

J. Bombosch/H. Hansen/J. Blume (Hg.)

Dialog praktisch

Paranus

Die Herausgeber:

JÜRGEN BOMBOSCH, Jahrgang 1951, examinierter Krankenpfleger, Diplompsychologe, Diplomsoziologe, Diplom-Nonprofit-Manager. Heute Geschäftsführer des Bereichs Sozialwesen im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland. Vorstandsmitglied der „Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ und Redaktionsmitglied der „Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie“.



HARTWIG HANSEN, Jahrgang 1957, Diplompsychologe, langjährig Geschäftsführer des Bonner Psychiatrie-Verlages. Heute Redaktionsmitglied des „Brückenschlag – Zeitschrift für Sozialpsychiatrie, Literatur, Kunst“ und Mitarbeiter im Paranus Verlag Neumünster sowie Paar- und Familientherapeut in Hamburg.

JÜRGEN BLUME, Jahrgang 1960, er lernte Buchhändler und studierte Germanistik, Geschichte und Journalistik und ist heute Redaktionsmitglied des „Brückenschlag“ und Mitarbeiter des Paranus Verlages. Er ist Co-Moderator im Kieler Psychoseseminar und Mitglied im Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Schleswig-Holstein. Heute lebt er in Rendsburg.



J. Bombosch/H. Hansen/J. Blume (Hg.)

Trialog praktisch

Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle
gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie



Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© bei den Autorinnen und Autoren

© für diese Ausgabe 2004 Paranus Verlag der Brücke Neumünster gGmbH

Postfach 1264, 24502 Neumünster

Telefon (0 43 21) 20 04-5 00, Telefax (0 43 21) 20 04-4 11

www.paranus.de

Satz und Umschlaggestaltung: drei-satz der Brücke Neumünster gGmbH,
unter Verwendung eines Motivs von Arnhild Köpcke, Langenhagen
Druck und Bindung: Druckerei der Brücke Neumünster gGmbH

ISBN 3-926200-57-X

»Die meisten Psychiatrie-Erfahrenen kriegen derweil noch einen sehr langen Hals, um auf ›gleiche Augenhöhe‹ mit den psychiatrisch Tätigen zu kommen. Aber es gibt sie auf Mitarbeiterebene zum Glück wirklich, die, die eigentlich immer schon so gearbeitet haben, zu einer Zeit, als dieser Begriff (Trialog) noch gar nicht erfunden war. Wohl wissend, dass psychiatrisches Heilen nur in einem Klima von gefühlter gegenseitiger Wertschätzung gelingen kann.«

*Lothar Bücher, verantwortlicher Redakteur des Rundbriefs
des »Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener« (BPE)*

»Wozu sollen sich Angehörige mit der Frage nach dem Trialog beschäftigen? Wir sind doch von der ersten Minute des psychotischen sowie des psychiatrischen Geschehens dabei, ob wir wollen oder nicht. Von uns wird erwartet, dass wir mit unserem Angehörigen so lange den Dialog führen, bis er ›trialogfähig‹ ist, bis er also bereit ist, die Hilfen des professionellen Systems anzunehmen.«

Reinhard Peukert, in diesem Band

»Während wir Profis vor 25 Jahren Fürsprecher der Sprachlosen waren, besteht die wichtigste Veränderung darin, dass erst die Angehörigen, dann auch die psychisch Kranken selbst auf kommunaler und Bundesebene sich zu Selbsthilfeinitiativen zusammengeschlossen haben und selbst für ihre Interessen kämpfen. Alles muss anders sein, seit die psychiatrische Diskussion somit auf drei grundsätzlich gleichberechtigten Partnern, auf einem Trialog beruht. Eine solche trialogische Psychiatrie muss eine ungleich stärkere politische Glaubwürdigkeit haben. Vorausgesetzt, wir Profis erliegen nicht der Versuchung, unsere Partner zu instrumentalisieren, sondern unsere Rolle neu zu definieren ...«

Klaus Dörner / Ursula Plog in: »Irren ist menschlich« 1996 und 2002

Inhalt

I. Einleitung

- 11 Jürgen Bombosch / Hartwig Hansen / Jürgen Blume:
Die Reise zur Trialogischen Psychiatrie
- 18 Hans-Ludwig Siemen:
Vom Monolog der Psychiatrie

II. Psychoseseminare – Chancen und Grenzen

- 23 Dorothea Buck:
*Der trialogische Erfahrungsaustausch –
Unsere Antwort auf die gesprächslose Psychiatrie, die zu den
Ausrottungsmaßnahmen von 1933-45 führte*
- 29 Thomas Bock:
Wo wir stehen – die Landschaft der Psychoseseminare heute
- 40 Rita Harbeck:
Ich bin nicht die Einzige – Erfahrungen aus einem Psychoseseminar
- 45 Ursula Höger:
*Erfahrungen aus zwei Blickwinkeln:
Als Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene –
ohne und mit Psychoseseminar*
- 51 Susanne Heim:
Trialog – praktisch nur im Biotop!

- 55 Margret Osterfeld:
Der Einfluss des Trialogs auf eine Psychiatrie-Karriere
- 62 Andreas Becher / Manfred Zaumseil:
Professionelle im Psychose-Seminar – Erste Forschungsergebnisse
- 73 Cornelia Schäfer:
Ein Thema für mehr als einen Tag

III. Trialog – Was wollen und tun die Verbände?

- 76 Ruth Fricke (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, BPE):
Was erwarten Psychiatrie-Erfahrene vom Trialog?
- 82 Reinhard Peukert
(Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, BApK):
Was erwarten Angehörige vom Trialog? oder: Ein ungleicher Kampf um wechselseitige Anerkennung und Beteiligung
- 95 Birgit Görres (Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen, DV):
Wegbereiter des Trialogs – Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V.
- 100 Günter Storck
(Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, DGSP):
DGSP und der Trialog in der Psychiatrie
- 105 Niels Pörksen (Aktion Psychisch Kranke, APK):
Wie fördert die Aktion Psychisch Kranke das trialogische Denken und Handeln?
- 108 Manfred Wolfersdorf (Bundesdirektorenkonferenz):
Klinische Psychiatrie und Psychotherapie – Raum für »trialogische Psychiatrie«
- 114 Jürgen Bombosch / Ruth Fricke / Susanne Heim / Reinhard Peukert / Richard Suhre:
Kooperation konkret: »Selbstbestimmt leben – Werkstatt Trialogische Psychiatrie«

IV. Dialog praktisch

- 119 Andreas Gehrke:
Das Netzwerk Stimmenhören – Erste Schritte auf dem Weg von der Theorie in die Praxis des Dialogs
- 124 Jürgen Blume:
Gelebter Dialog
Ein subjektiver Bericht vom Stimmenhörer-Kongress
- 126 Peter Lehmann:
Das dialogische Weglaufhaus?
Über das Ernstnehmen von Partnerschaft im psychiatrischen Bereich
- 135 Theiß Urbahn:
Rückblick auf dreizehn Jahre Dialog mit den Augen eines Psychiaters
- 141 Eckhard Giese / Christina Reinhardt:
Dialog im Osten: zum Beispiel Thüringen
- 148 Fritz Bremer:
Vom Selbsthilfeverein zur Institution – Vom Psychoseseminar zur dialogischen Praxis
- 158 Martina Hoffmann-Badache:
Dialog praktisch – auch ein Thema für den überörtlichen Träger der Sozialhilfe?
- 168 Jürgen Bombosch:
Die Kunst, sich als Profi selbst ans Bein zu treten und daraus Positives zu lernen – Acht Thesen

V. Ausklang

- 171 Inge und Gustav Schöck:
Über den Dialog hinaus – Wo bleibt »die Gesellschaft«?

- 177 Heinz Mölders:
*Multilog – Verständigung über (psychisches) Leiden im/am
Alltagsleben*
- 189 Sibylle Prins:
Theaterflitter? Vom Unbehagen im Trialog
- 194 Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Lesehinweis:

Die Schreibweisen »Psychiatrie-Erfahrene« bzw. »Psychiatrieerfahrene«, »Psychose-Seminar« bzw. »Psychoseseminar« etc. haben wir in den einzelnen Beiträgen so belassen, wie sie von den Autorinnen und Autoren verwandt wurden.

Die Reise zur Dialogischen Psychiatrie

»Es hat lange gedauert, bis die Fachleute als Lernende auf Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige zugehen konnten. Psychiatrie kann sich aber nur als empirische, das heißt als Erfahrungswissenschaft bezeichnen, wenn sie die Erfahrungen von seelisch leidenden Menschen und ihren Angehörigen gleichberechtigt einbezieht. Wir wollen deshalb zu einer gemeinsamen Sprache finden, die von Patienten, Angehörigen und Therapeuten verstanden wird.«

(aus der »Hamburger Erklärung zu den Perspektiven einer Dialogischen Psychiatrie« nach dem XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie 1994 in Hamburg)

Die Reise zur Dialogischen Psychiatrie hat vermutlich Anfang der 1970er Jahre mit der Bewegung der Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland begonnen. Diese forderte schon damals deutlich eine verstärkte »Subjektorientierung«, die sich konzeptionell eindeutiger den individuellen Erfahrungen, Erkenntnissen und Bewertungen der Psychiatrie-Erfahrenen in Theorie und Praxis öffnen sollte. Im Mittelpunkt standen dabei zunächst die Psychiatrie-Erfahrenen selbst; die Angehörigen psychisch kranker Menschen spielten zu dieser Zeit aus Sicht der Professionellen eine untergeordnete Rolle. Herausgestellt wurde insbesondere: »Sozialpsychiatrie ist vor allem orientiert an der Chancengleichheit aller Angehörigen einer Gesellschaft, das heißt an der objektiv bedarfsgerechten und subjektiv bedürfnisgerechten Hilfe für alle psychisch Leidenden.«¹

Und natürlich galt der Klaus Dörner zugeschriebene Satz: »Psychiatrie ist soziale Psychiatrie – oder sie ist keine Psychiatrie.« Margret Osterfeld hat – aus der Sicht einer Psychiaterin und Psychiatrie-Erfahrenen – dieses Motto in ihrem Buchbeitrag in einem Wort verändert: »Psychiatrie ist dialogische Psychiatrie – oder sie ist keine Psychiatrie.«

1 DÖRNER, K.; PLOG, U.: *Sozialpsychiatrie. Psychisches Leiden zwischen Integration und Emanzipation*. Neuwied und Berlin, Luchterhand, 1973, 2. korr. Auflage, S. 9

1970 gründete sich die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) in Hannover, 1976 dann der Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. (DV) der durch bürgerschaftlich Engagierte entstandenen Vereine zur Hilfe psychisch kranker Menschen. Die Arbeit des Dachverbandes sollte in den kommenden Jahren starken Einfluss auf die Selbsthilfebewegung von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen haben.

Eine weitere wichtige Wegmarke zur Dialogischen Psychiatrie ist sicher die Gründung des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK) in der Bundesrepublik Deutschland 1985, der sich aus dem »Arbeitskreis Angehörige« des Dachverbandes entwickelt hatte (vgl. hierzu auch den Beitrag von Inge und Gustav Schöck).

Durch die Beteiligung der Angehörigen psychisch kranker Menschen erhielt der primär durch Professionelle geführte Monolog mit psychisch erkrankten Menschen die Chance, über einen bis dahin in zögerlichen Ansätzen gepflegten Dialog (in erster Linie zwischen Profis und Psychiatrie-Erfahrenen) zum Dialog zu werden. Wobei wir auch den heutigen Dialog, insbesondere in der eher naturwissenschaftlich orientierten Mainstream-Psychiatrie, einschränkend eher als nach wie vor »monologischen Dialog« bezeichnen müssen.

Dies heißt aber wiederum auch nicht, dass die Sozialpsychiatrie, die wir als Basis für den Weg zur dialogischen Psychiatrie sehen, immer schon dialogisch oder gar dialogisch (gewesen) ist.

Hans-Ludwig Siemen macht dazu in seinem folgenden Beitrag deutlich, dass der »psychiatrische Monolog« auch heute noch »die vorherrschende Gesprächsform« ist. Und diese These bzw. Erfahrung einer nach wie vor eher »monologischen Gesprächskultur« in der heutigen Psychiatrie hat uns ganz besonders angetrieben, den damit ja immer noch monologischen Dialog durch dieses Buchprojekt mit dem Dialog herauszufordern!

Daher verstehen wir dieses Buch auch gleichzeitig als »Aufklärungsbuch« über Partizipation und Pseudopartizipation in psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Diskursen. Denn Sie werden als Leserinnen und Leser feststellen, dass insbesondere die psychiatriee erfahrenen und angehörigen Autorinnen und Autoren dieses Bandes zwar den Dialog grundsätzlich schätzen; bisherige dialogische Pflänzchen aber selbst in den wenigen »kreativen dialogischen Nischen« unserer Republik mit äußerster Vorsicht betrachten.

Immer wieder wird die Frage aufgeworfen, wer denn im jeweiligen sozialpsychiatrischen Umfeld die Deutungs- und Definitionsmacht wirklich ausübt und dadurch letztlich die tägliche Kommunikationskultur bestimmt.

Allerdings gilt auch die Gegenfrage an alle Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen, inwieweit eine Demokratisierung psychiatrischer Kommunikationskulturen auch teilweise durch einseitige Erwartungen an die Kompetenz Professioneller nicht vorankommt.

Für die dialogische Idee und Praxis stehen heute – neben vielen anderen Engagierten – vor allem zwei Namen: Dorothea Buck und Thomas Bock, die 1989 in Hamburg das erste Psychoseseminar ins Leben riefen und die in diesem Band sowohl zu Historischem wie Aktuellem Stellung nehmen.

Mit der Gründung des ersten Psychoseseminars und dem Weltkongress für Soziale Psychiatrie 1994 in Hamburg wurden entscheidende Impulse auf dem Weg zur Dialogischen Psychiatrie gesetzt.

Aktuell tagen über 130 Psychoseseminare oder Psychose-Foren in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Eine einfache und nahe liegende Idee hat sich durchgesetzt.

Ausgehend von diesen Wurzeln äußern sich in diesem Band weitere Autorinnen und Autoren aus den drei Perspektiven der Beteiligten, was die Psychoseseminare für sie bedeutet haben und bedeuten.

Doch sicher ist auch, dass die Psychoseseminare nicht die psychiatriepolitische Alltagsarbeit in den für die Gestaltung der psychiatrischen Landschaft entscheidenden Gremien leisten können.

Was dazu an persönlicher Initiative und gesellschaftlichem Strukturwandel nötig ist, versuchen die Beiträge unter dem Stichwort »Dialog praktisch« im vierten Teil des Buches zu diskutieren – gemischt mit grundsätzlich kritischen Stimmen.

Durch die Gründung des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) 1992 bekamen in Deutschland endlich auch die Psychiatrie-Erfahrenen eine stärkere Stimme, Position und Lobby im psychiatrischen und gesamtgesellschaftlichen Kontext – ein weiterer Schritt auf dem Weg zur Dialogischen Psychiatrie. Auch hier spielte der Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen durch den »Arbeitskreis Betroffene« eine wichtige gestaltende Rolle.

So lag es nahe, die jeweiligen aktuellen Positionen und Perspektiven der erwähnten, den Dialog gestaltenden Verbände – erweitert um die Voten der Vorsitzenden der Aktion Psychisch Kranker und der Bundesdirektorenkonferenz – zu erfragen und im dritten Kapitel des Buches zu dokumentieren.

Seinen bisherigen Höhepunkt fand der Dialog der Verbände, der mit der gemeinsamen Tagung »Das erste Mal...« im Mai 1995 in Lutherstadt Wit-

tenberg begonnen hatte, in der im März 2003 in Magdeburg stattfindenden »Werkstatt Trialogische Psychiatrie«, aus der die »Magdeburger Thesen zur Trialogischen Psychiatrie« entwickelt wurden (vgl. dazu den Beitrag von Bombosch/Fricke/Heim/Peukert/Suhre).

Was verstehen wir nun als Herausgeber unter »Trialog«?

Für uns ist Trialog das partizipative Denken und Handeln der drei Hauptgruppen im (sozial)psychiatrischen Entwicklungsprozess, die im Idealfall gleichberechtigte Partnerinnen und Partner sind.

Dies sind die Psychiatrie-Erfahrenen (die von Professionellen auch Patienten, Klienten, Bewohner, Betroffene, Nutzer, Teilnehmer..., paradoxerweise mitunter »Gäste« und aktuell »Kunden« genannt werden), die Angehörigen psychisch kranker Menschen und die professionellen MitarbeiterInnen in (sozial)psychiatrischen Handlungsfeldern.

Andere wichtige Kommunikationspartner, wie beispielsweise alle bürgerschaftlich Engagierten bzw. ehrenamtlich Tätigen, sollen durch diese Definition nicht ausgegrenzt werden. Hierzu melden sich Inge und Gustav Schöck in diesem Band als Bürgerhelferin und Bürgerhelfer der ersten Stunde entsprechend kritisch zu Wort.

Doch wir meinen, die »Kerngruppe« (sozial)psychiatrischen Handelns besteht aus der oben genannten »Trias« von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen. In allen anderen Handlungsfeldern Sozialer Arbeit und Gesundheitspflege wird die Kommunikationskultur ebenfalls primär entscheidend durch die Trias von Klienten, Angehörigen und Professionellen gestaltet. Insofern messen wir dem Trialog auch universelle Bedeutung zu, unabhängig vom jeweils fachspezifischen Handlungsfeld sozialer Arbeit.

Natürlich wollen wir letztlich auch, dass der Trialog zum »Multilog« wird, wie dies Heinz Mölders für eine Initiative in den Niederlanden am Ende dieses Buches beschreibt, und psychiatrisches Handeln zunehmend als gesamtgesellschaftliche Verantwortung begriffen wird.

Alle bürgerschaftlich Engagierten und ehrenamtlich Helfenden haben ja gerade dadurch einen außergewöhnlichen gestalterischen Vorteil im Kontext gesamtgesellschaftlichen Handelns, da sie eben nicht zur definierten Kerngruppe des Trialogs gehören. Dies kann sich allerdings immer wieder in Mehrfach-Rollen engagierter Bürgerinnen und Bürger positiv mischen, die als Ehrenamtliche selber Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und/oder Professionelle sind. Eine solche (positive) Rollendiffusion bzw. Doppelkompetenz kommt nach unserer Erfahrung wesentlich öfter vor, als dies selbst in Insiderkreisen bekannt ist bzw. veröffentlicht wird. Hier bestehen auch aktuell,

in unserer noch so aufgeklärten Postmoderne, nach wie vor heftige Tabuzonen.

Was es bedeutet, als Psychiaterin »die Seiten zu wechseln« und als Patientin behandelt zu werden, schildert Margret Osterfeld in ihrem Beitrag sehr eindrücklich.

Einerseits repräsentiert eine solche Mehrfachrolle eine besondere »trialogische Kompetenz«. Andererseits wird an diesen Beispielen auch wiederum die Fragwürdigkeit der starren Rollenzuschreibung im Trialog deutlich.

Uns scheint es dringend erforderlich, dass professionelle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Bereichen der Psychiatrie, in Ministerien, Fachverbänden (auch in den sozialpsychiatrisch geprägten Verbänden), in Wissenschaft und Politik, bei Kostenträgern sowie in der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege bereit sind, von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen zu lernen.

Der Trialog soll dazu beitragen, die einseitige Definitions- und Deutungsmacht professioneller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Psychiatrie (sowie in allen mit der Psychiatrie zusammenhängenden Gremien) deutlich zu hinterfragen und in eine demokratische Handlungskultur zu überführen, in der alle Beteiligten bereit sind, einen Perspektivwechsel vorzunehmen und einen offenen Diskurs zu führen. Hier spielen die leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf allen Ebenen und in allen Bereichen, die in irgendeiner Form mit der Psychiatrie zusammenhängen, eine ganz entscheidende Rolle. Das jeweilige »Top-Management« ist daher ganz besonders in seiner Vorbildfunktion gefragt.

»Die beste Qualitätskontrolle geschieht in der Psychiatrie durch die Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen!« Diesem von Theiß Urbahn in Magdeburg geprägten Leitsatz für Qualitätshandbücher der (Sozial)Psychiatrie schließen wir uns an. Alle umfassenden und teuren Qualitätsentwicklungsprozesse, die seit Jahren in der deutschen Psychiatrielandschaft stattfinden und fälschlicherweise oft »Qualitätssicherung« – dies wäre ein stagnierender Prozess – genannt werden, haben erst dann den Status des viel gerühmten und in der Psychiatrie wenig praktizierten »Total Quality Managements« erreicht, wenn Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige gleichberechtigt, wirklich als »Experten in eigener Sache«, in diesen Prozess einbezogen werden.

Erst an diesem Punkt wird der Trialog praktisch und die Voraussetzung geschaffen, dem Ziel einer demokratischen Psychiatrie näher zu kommen!

Aus aktuellem Anlass

Während der Abschlussarbeiten an diesem Buch erreichen uns Nachrichten aus Berlin, die uns als Herausgeber eines »Trialog-Buches« nachdenklich stimmen. Im Parlament wird ein Gesetzentwurf behandelt, der – offenkundig auch aus Kostengründen – eine »ambulante Zwangsbehandlung« psychisch erkrankter Menschen ermöglichen soll. Der dafür vorgesehene §1906a des bürgerlichen Gesetzbuches soll es erlauben, dass der Betreute durch seinen Betreuer – nach einem entsprechenden Beschluss des Vormundschaftsgerichts – einer ambulanten ärztlichen Heilbehandlung zwangsweise zugeführt werden kann. Dies soll dann möglich sein, wenn der psychisch Erkrankte andere gefährdet, die Notwendigkeit der Behandlung nicht erkennt und die Gefahr besteht, dass er sich der notwendigen Behandlung entzieht.

Die ebenfalls neuen §§ 1358, 1358a und 1618b BGB sehen eine generelle Bevollmächtigung der Angehörigen psychisch kranker Menschen vor und weisen insofern in die gleiche bedenkliche Richtung, die einen Trialog grundsätzlich gefährdet. Sinnvoll ist eine solche Regelung wohl bei Unfallopfern oder Komapatienten, aber auf keinen Fall in den oftmals »verstrickten« Familien psychisch kranker Menschen.

Denn diese beabsichtigten Gesetzesänderungen stellen einen massiven Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen dar. Die »Notwendigkeit der Behandlung« wird über das Recht auf Selbstbestimmung gestellt. Bei körperlichen Erkrankungen käme niemand auf eine solche Idee.

Verwiesen (und begründet) wird im Gesetzentwurf auf die Gefahrenabwehr bei Eigen- oder Fremdgefährdung. Damit geraten auch die Betreuer in eine prekäre Lage. Das für eine gelingende Begleitung/Betreuung notwendige Vertrauen wird zerstört. Denn eigentlich soll ja das Wohl und der Wille des Betreuten das Handeln der Betreuerinnen und Betreuer bestimmen. So würden sie zu staatlichen Ordnungshütern und Erfüllungsgehilfen. Dies darf und kann insbesondere nicht die Aufgabe von Angehörigen psychisch kranker Menschen sein. Diese stellen aber die große Mehrheit der ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer. Und: Es geht um mehr als eine Million Menschen, die momentan rechtlich betreut werden.

Die Gefahrenabwehr durch Selbst- oder Eigengefährdung ist eine staatliche Aufgabe, die in den PsychKGs der Länder geregelt wird. Das Betreuungsrecht hingegen hat eine ganz andere Aufgabe. Es soll der Wahrung und Stärkung der Persönlichkeitsrechte der Betreuten dienen. Maßnahmen zur Gefahrenabwehr für die Allgemeinheit gehören nicht ins Betreuungsrecht.

Mit dieser Aufgabenverschiebung würde jedem Trialog – vor allem im gesamten ambulanten Behandlungsbereich – die Grundlage entzogen. Wo bliebe »Verhandeln statt Behandeln«? Wie soll Vertrauen unter Betroffenen und ihren Angehörigen als Partner des Trialogs entstehen, wenn dem einen staatliche Zwangsmittel in die Hand gegeben werden, gegen den Willen des anderen vorzugehen? Gespräche und erst recht eine Praxis »auf gleicher Augenhöhe« würden verunmöglicht. Ein ernst gemeinter Trialog wäre durch eine »Gewichtverschiebung per Gesetz« zum Scheitern verurteilt.

Wir können nur hoffen, dass sich die Abgeordneten die Folgen ihres Handelns klar machen und ein solch verhängnisvoller Vorgang für die Entwicklung einer trialogischen Praxis doch noch gestoppt wird. Die §§ 1358, 1358a, 1618b und 1906a BGB dürfen nicht Gesetz werden!

DIE HERAUSGEBER

Hans-Ludwig Siemen

Vom Monolog der Psychiatrie

»Die psychiatrische Wissenschaft erstaunt zu sehen, das ist ein schönes Gefühl.«

(Alexander März in Heinar Kipphardt: März)

Die Psychiatrie führt – strukturell bedingt – zumeist einen Monolog über psychisches Kranksein und psychisch kranke Menschen. Um so bedeutsamer ist es, dass in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts ein »Trialog« zwischen Betroffenen, professionell in der Psychiatrie Tätigen und Angehörigen einsetzte. Sollte der Monolog der Psychiatrie damit ausgestanden sein?

»Trialog« ist ein Kunstwort, das sich in keinem Duden findet. Wenn es einen Ursprung dieses Wortes gibt, dann den des »Triologus«, ein im 14. Jahrhundert vom englischen Theologen John Wiclef (1324-1384) für die Diskussion zwischen Wahrheit, Lüge und Klugheit gewählter Begriff. Ein so wenig gebräuchliches Wort zu wählen, lässt vermuten, dass das, was damit beschrieben wird, nicht die Regel, zumindest ungewöhnlich ist. Die Beziehungen zwischen den Sprechenden scheinen so asymmetrisch zu sein, dass mit »Triolog« nicht nur das einfache Gespräch gemeint ist, sondern eben auch die besonderen Gesprächsbedingungen, die die Asymmetrie auszugleichen suchen.

1.

Für Michel Foucault ist die Gründung der Psychiatrie das Ende des beginnenden Gespräches mit dem Wahnsinn und der Beginn des Monologs der Ordnungsmächte und der Psychiatrie über den Wahnsinn. Die Psychiatrie diene als institutionelle Lösung für das Unvermögen, den Wahnsinn in die moderne Gesellschaft zu integrieren. Psychisches Kranksein wurde als medizinisches Problem beschrieben, psychisch kranke Menschen würden in extra geschaffene, außerhalb der Ballungsräume liegende Anstalten ausgegrenzt

und dort einem strengen Regime unterworfen. Psychisch kranke Menschen waren zu Objekten geworden, zu Objekten einer medizinischen Theorie, die sie zu »Opfern« krankhafter Gehirne, krankhafter Stoffwechsel oder »minderwertiger« Erbanlagen erklärte, zu Objekten eines institutionellen Umgangs, der sie zu rechtlosen Insassen herabwürdigte und zu Objekten vielfältiger Therapievversuche, die, wie die Schocktherapien, generalisierend und invasiv eingriffen. Unter den besonderen Bedingungen des Nationalsozialismus erfuhr diese Objektivierung ihre grausame Zuspitzung: psychisch kranke Menschen wurden als »minderwertiges«, lebensunwertes Leben denunziert, zur Zwangssterilisation gezwungen, mussten in dürftigst ausgestatteten Anstalten ihr Leben fristen und mehr als 250.000 Menschen wurden während des zweiten Weltkrieges ermordet.

2.

»Kofler, Notizen. Der Psychiater, der der Ansicht ist, dass es sich bei der Psychose um eine organische Störung handelt, ist an den inhaltlichen Mitteilungen des Patienten so wenig interessiert wie etwa ein Techniker an den Resultaten eines technisch gestörten Computers interessiert ist.«

(Heinar Kipphardt: März)

In der Bundesrepublik Deutschland waren die Reaktionen auf die grauenhaften Vorgänge in der Psychiatrie während des Nationalsozialismus unterschiedlich. Die Mehrheit der Psychiater zog sich ins Schweigen und auf ihre biologisch-medizinischen Positionen zurück. Das Anstaltswesen blieb unangetastet bestehen und die therapeutischen Verfahren, insbesondere die Schocktherapien, wurden fortgeführt. Zu den wenigen, die wie Alexander Mitscherlich und Gerhard Schmidt nach 1945 eine Aufarbeitung einforderten, gehörte auch Werner Leibbrand, der in dem von ihm herausgegebenen Buch »Um die Menschenrechte der Geisteskranken« die rhetorische Frage stellte: »Ist nicht das Geschehene gerade Ausdruck von geschichtlicher Blindheit zu Gunsten eines übersteigerten Biologismus?« und die menschliche Begegnung mit psychisch kranken Menschen forderte, die während des Nationalsozialismus »radikal ausgelöscht« worden sei.

Ebenso wie er wandten sich einige Psychiater als Reflex auf die nationalsozialistische Psychiatrie der daseinsanalytisch bzw. anthropologisch orientierten Psychiatrie zu, die nach 1945 zu einer beachtetten Strömung innerhalb der psychiatrischen Lehrmeinungen wurde. Im Unterschied zu den objektivierenden und monokausalen Erklärungsansätzen versuchte diese Strömung, psychisches Kranksein als »subjekthaft personenbezogen« darzustellen und den »Abgrund zwischen psychisch Normalem und Verrücktem zu überbrück-

ken.« (Seidel, 1990, S. 26) »Sie hat dem ›Verrückten‹ sein Subjektsein wiedergegeben und damit die mitmenschliche Brücke zur Welt der ›Normalen‹ gefestigt.« (ebd., S. 28)

Auf die reale Lebenssituation psychisch kranker Menschen, vor allem in den Großkrankenhäusern der 50er und 60er Jahre, wirkte sich dieses psychiatrische Konzept nicht aus, dennoch waren es vor allem anthropologisch orientierte Psychiater wie Kisker und Kulenkampff, die die Psychiatriereform in der Bundesrepublik wesentlich mitinitiiert und gestaltet haben.

3.

Die Lebenssituation psychisch kranker Menschen in den psychiatrischen Anstalten war bis weit in die 70er Jahre hinein durch Entmündigung und Rechtlosigkeit gekennzeichnet. Einer der wesentlichen Impulse, dieses System zu reformieren, bestand darin, dass es sich als zunehmend dysfunktional erwies.

Bereits vor Einsetzen der Psychiatriereform gab es einige Ansätze, die nicht nur aus technokratischen Motiven heraus die Position psychisch kranker Menschen in den »totalen« Institutionen zu verbessern suchten. Vor allem beeinflusst durch Entwicklungen im europäischen Ausland wurden geschlossene Stationen geöffnet, das Milieu gestaltet und im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft gearbeitet. (vgl. z.B. Haisch, 1966; Flegel, 1966).

Mit der Psychiatriereform wurden die Großkrankenhäuser zu Akutkrankenhäusern umgewandelt, außerhalb entstanden vielfältige Einrichtungen und Dienste, die psychisch kranke Menschen betreuten und begleiteten. Durch das Aufbrechen der institutionellen Reglementierung befanden sich viele Betroffene in einer strukturell besseren Position, da ihr Verhalten nun nicht mehr durch enge Regeln und ein differenziertes Sanktionsinstrumentarium gesteuert werden konnte. Als wesentlich für eine gute Behandlung und Betreuung erwies sich, die Patienten von den eingeleiteten therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zu überzeugen, da ihre zumindest passive Mitwirkung unabdingbar schien.

Im Zuge dieser relativen Normalisierung der Lebensverhältnisse psychisch kranker Menschen musste die versorgende Psychiatrie ihren Monolog zugunsten eines Gespräches mit den Angehörigen und den Betroffenen unterbrechen. Die Asymmetrie der Gesprächssituation war damit nicht aufgehoben, die Betroffenen und ihre Angehörigen blieben Objekte psychiatrischer Behandlung, die sie nun allerdings subjektiv – krankheitseinsichtig – als sinnvoll anerkennen und daran mitwirken sollten.

Erst in den 90er Jahren entwickelte sich aus dieser Tendenz eine eigenständige Richtung, die die Position der Betroffenen und ihrer Angehörigen

durch psychoedukative Verfahren, kognitive Verhaltenstherapie, Angehörigengruppen u.a. deutlich stärkten, ohne allerdings eine gleichberechtigte Beziehung zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen als Programm verfolgen zu wollen (vgl. als aktuelles Beispiel: Binder, Bender, 2003). An den psychisch kranken Menschen, die als Langzeitpatienten in Heime verlegt wurden und dort immer noch in reglementierten Verhältnissen leben müssen, ging diese Entwicklung vorbei.

4.

»*Ich verstehe Sie nicht, Herr März.*«

»*Dann müssen Sie sich eine Brille aufsetzen.*« (März dreht sich weg und sieht auf den Boden.) (Heinar Kipphardt: März)

»Irren ist menschlich« – mit diesem provokativ-programmatischen Titel überschrieben Ursula Plog und Klaus Dörner ihr Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie und drückten damit Ende der 70er Jahre die Position einer Strömung aus, die aus politischen und moralischen Überzeugungen heraus eine andere, nicht nur auf institutionelle Reformen beschränkte Psychiatrie wollte.

»Psychiatrie ist die Begegnung zweier Menschen, dem psychisch Kranken und dem psychiatrisch Tätigen. Ein psychisch Kranker ist ein Mensch, der bei der Lösung seiner Lebensprobleme in eine Sackgasse geraten ist. Diese Sackgassen nennen wir Krankheit, Kränkung, Störung, Leiden oder Abweichung. Sie sind grundsätzlich allgemein menschliche Möglichkeiten; d.h., sie sind für uns alle unter bestimmten Bedingungen Ausdrucksformen der Situation ›so geht es nicht mehr weiter‹: Daher sind sie grundsätzlich uns allen innerlich zugänglich.« (Dörner, Plog, 1978, S. 10)

Nicht zufällig erfolgte aus dieser Haltung heraus eine intensive und schonungslose Auseinandersetzung mit der Psychiatrie im Nationalsozialismus, die eine Rehabilitierung und Entschädigung der Opfer des Zwangssterilisationsgesetzes und der Überlebenden der psychiatrischen Tötungsanstalten forderte. Im Zuge dieser Auseinandersetzung schlossen sich Betroffene zum »Bund der ›Euthanasie‹geschädigten und Zwangssterilisierten« zusammen, um ihre Interessen wirkungsvoller vertreten zu können. Für Dorothea Buck war – wie sie auch in ihrem folgenden Beitrag schildert – die Anhörung von Zwangssterilisierten und Überlebenden vor dem Innenausschuss des Bundestages am 24. Juni 1987 der Auftakt zum beginnenden gleichberechtigten Erfahrungsaustausch, der 1989/90 mit dem ersten Psychoseseminar eine strukturierte Form fand.

5.

Der Monolog der Psychiatrie wurde nicht nur von innen unterbrochen, auch gesellschaftliche Strömungen außerhalb der Psychiatrie suchten, vor allem im Zuge der Studentenrevolte, das Gespräch mit dem Wahnsinn, sei es in einem eher kulturellen Kontext, wie der Roman »März« von Heinar Kipphardt oder in einem eindeutigen politischen Kontext, wie die 1972 unter dem Titel »Das Elend mit der Psyche« erschienenen Kursbücher 28 und 29. Die Ausgrenzung psychisch kranker Menschen aus der Gesellschaft wurde als Skandal begriffen, der der Gesellschaft den Reichtum vorenthält, der aus dem Gespräch mit dem Wahnsinn erwachsen könnte. So romantisch viele dieser Vorstellungen heute anmuten, waren sie doch eine der wesentlichen Triebfedern, die zur Reform der Psychiatrie zwangen.

6.

Noch ist der Monolog die vorherrschende Gesprächsform in der Psychiatrie. Trotz aller Fortschritte ist die Beziehung zwischen Professionellen, Betroffenen und Angehörigen strukturell bedingt ungleichgewichtig. Noch ist der »Dialog« ein – sicher bedeutsames – Gemurmel, das den Monolog der Psychiatrie nur phasenweise unterbricht. Gemessen an der Deutungsmacht und institutionellen Stärke der Psychiatrie ist allein dieses Gemurmel ein kaum zu überschätzender Schritt zu einer gleichberechtigten Beziehungsgestaltung zwischen Psychiatrie und Betroffenen.

Literatur:

- WERNER BINDER, WOLFRAM BENDER (Hg): *Die dritte Dimension in der Psychiatrie, Angehörige, Betroffene und Professionelle auf einem gemeinsamen Weg*. Köln, 2003
- KLAUS DÖRNER, URSULA PLOG: *Irren ist menschlich*. Wunstorf, 1978
- HORST FLEGEL: *Die psychiatrische Krankenabteilung als therapeutische Gemeinschaft*. In: *Der Nervenarzt* 37, Heft 4, 1966, S. 160-164
- MICHAEL FOUCAULT: *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt, 1978 (3. Auflage)
- E.O. HAISCH: *Von der Anstalt zum psychiatrischen Krankenhaus*. In: *Der Nervenarzt* 37, Heft 4, 1966, S. 155-160
- HEINAR KIPPHARDT: *März*. Roman, Hamburg, 1978
- Kursbuch 28, 29: *Das Elend mit der Psyche, I Psychiatrie, II Psychoanalyse*. Berlin, 1972
- WERNER LEIBBRAND (Hg): *Um die Menschenrechte der Geisteskranken*. Nürnberg, 1946
- RALF SEIDEL: *Phänomenologische, daseinsanalytische und anthropologische Psychiatrie*. In: Achim Thom, Erich Wulff (Hg): *Psychiatrie im Wandel – Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*. Bonn, 1990

Dorothea Buck

Der dialogische Erfahrungsaustausch –

Unsere Antwort auf die gesprächslose Psychiatrie, die zu den Ausrottungsmaßnahmen von 1933-45 führte

Überfliege ich die lange Reihe bekannter AutorInnen, die etwas zum Dialog beitragen, finde ich das sehr ermutigend nach allem, was wir in der Psychiatrie an menschlicher Abwertung erlebten. Der als Dialog bezeichnete Erfahrungsaustausch zwischen uns Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Fachleuten aller in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen war eine notwendige Konsequenz aus dem dunkelsten Kapitel der deutschen Psychiatriegeschichte, ihren rigorosen Zwangssterilisationen und den Patientenmorden von 1933-45. Diese Verbrechen waren nur möglich, weil die Psychiater kein Gespräch mit uns psychotischen PatientInnen führten und uns darum auch nicht als Menschen mit unseren Lebensgeschichten und den Sinnzusammenhängen zwischen unseren Psychoinhalten und unseren vorausgegangenen Lebenskrisen kennen lernen konnten. Wie glücklich wären Tierforscher, wenn Tiere sprechen könnten, habe ich manchmal gedacht. Wir konnten sprechen, durften es aber nicht.

Ein unauslöschliches Beispiel der völligen Gesprächslosigkeit erlebte ich in meiner ersten hochangesehenen Von Bodelschwingschen Anstalt in Bethel bei Bielefeld 1936 als gerade Neunzehnjährige. Ebenso wie ich wurden auch meine langfristigen Mitpatientinnen der von der Außenwelt völlig abgeschotteten und für jeden Besuch unzugänglichen geschlossenen Station vermutlich bis zu ihrem Tode niemals von den Ärzten und den beiden Hauspfarrern eines Gespräches gewürdigt. Die Pfarrer zitierten nur Bibelworte an unseren Betten, in denen wir lange verwahrt wurden, ohne ein einziges persönliches Wort mit uns zu sprechen. Auch der sprachliche Kontakt der Schwestern beschränkte sich auf ihre Anweisungen an uns. Und miteinander sollten wir auch nicht sprechen. Daher traten an die Stelle unserer sprach-

lichen Kommunikation Symbolhandlungen, durch die wir uns verständigten und sogar einmal einen Streit austrugen.

Auch die rigorosen Zwangssterilisationen gegen uns wurden hier ohne ein einziges ärztliches und seelsorgerliches Gespräch – weder vorher noch nachher – durchgeführt. Und das alles unter dem großen Jesuswort an der Wand »Kommet her zu mir, Alle, die Ihr mühselig und beladen seid, Ich will Euch erquicken«.

Bis heute hat man die tief verwirrende Wirkung solcher zynischen Umkehrungen aller erlernten Werte in ihr Gegenteil auf die Anstaltspatienten ignoriert. Wie hätten wir diese totale Abwertung zu nur verwahrten, sprachlosen Objekten unter Bibelworten als »geistige Gesundheit« erkennen können, zu der wir hier gebracht werden sollten? Ich jedenfalls schwor mir unter Bethels missverstandendem Jesuswort an der Wand, lieber »geisteskrank« zu bleiben, als mir jemals die uns hier vorgelebte unmenschliche »Vernunft« zu eigen zu machen. Dass Bethel die natürliche und selbstverständliche Hilfe durch Gespräche und Beschäftigung durch quälende Kaltwasserkopfgüsse, durch Dauerbäder unter einer Segeltuchplane mit steifem Stehkragen, in den mein Hals 23 Stunden von einer Visite zur nächsten eingeschlossen war, durch die »nasse Packung« in kalte nasse Tücher, die sich durch die Körperwärme erhitzten, so fest eingebunden, dass man sich nicht mehr bewegen konnte, durch betäubendes Paraldehyd und Betäubungsspritzen ersetzte, war zutiefst verwirrend. Für die Dauerpatientinnen – unter ihnen zwei Pastorenfrauen – muss ihre lebenslang erzwungene Verkümmerng noch mehr als für uns Durchgangspatientinnen eine Katastrophe gewesen sein.

Auch die heute in den Akutstationen vor allem bekämpften statt angehörten PatientInnen, die mit überdosierten Medikamenten »ruhig gestellt« werden, können das nur in seltenen Fällen als echte Hilfe erkennen.

»Ich weiß, wie schlimm es für alle Patienten war, dass wir als Ärzte bis in die Anfänge der 70er Jahre gelernt haben, mit psychisch Kranken möglichst nicht persönlich zu sprechen, ihre psychotischen Erlebnisse als nicht nachvollziehbar einzustufen...«, schrieb Niels Pörksen mir auf mein 1990 erschienenes Buch »Auf der Spur des Morgensterns – Psychose als Selbstfindung«.

Wenn aus dieser uns abwertenden und bekämpfenden Psychiatrie je eine ver-

stehende werden soll, würden nur wir Psychoseerfahrenen selbst ein solches Verständnis vermitteln können, sagte ich mir.

Seit 1960 hatte ich mich nach meinem gewonnenen Psychoseverständnis, das mir zur Heilung notwendig zu sein scheint, vergeblich an einige Psychiater gewandt. Ich hoffte, sie für Gruppengespräche zu einem gemeinsam erarbeiteten Psychoseverständnis gewinnen zu können an einer von den PatientInnen gestalteten »Fibel der Schizophrenie«, zu der sie die Bilder malen und die Texte selbst schreiben würden. Ich stellte mir vor, dass sich mehrere Psychiatrien daran beteiligen würden und aus den dort entstandenen Fibeln sich schließlich eine herauskristallisieren würde (oder auch mehrere, weil die Schizophrenie so viele Gesichter hat), die die wichtigsten und häufigsten Veränderungen gegenüber dem normalen Sein verständlicher machen und gedruckt werden würde. Die Wertschätzung der PatientInnen als die Schizophrenie Erforschende statt nur als »Kranke« abgewertet zu werden, würde ihr Selbstvertrauen gar nicht erst untergraben, wie das auch heute noch vielfach geschieht. Die angeschriebenen Psychiater waren an einem gemeinsam erarbeiteten Psychoseverständnis aber gar nicht interessiert. Ich solle das nur ihnen überlassen, antwortete mir ein Oberarzt.

Erste Chance zu einem trialogischen Erfahrungsaustausch

Am 24. Juni 1987 ergab sich eine erste Chance. An diesem Tag fand vor dem Innenausschuss des Deutschen Bundestages auf Betreiben von Professor Klaus Dörner die erste und einzige Anhörung der bis dahin völlig ignorierten Überlebenden der psychiatrischen Tötungsanstalten und von uns Zwangssterilisierten vor Vertretern aller Bundestagsparteien in Bonn statt. Zuvor hatten Klaus Dörner, Klara Nowak als Vorsitzende unseres im Februar 1987 gegründeten »Bund der ›Euthanasie‹-Geschädigten und Zwangssterilisierten« und ich ein längeres Gespräch mit der damaligen Bundesgesundheitsministerin Frau Rita Süßmuth über die verschwiegenen und verdrängten Verbrechen. Am 24. Juni 1987 schlug mir die Behinderten-Beauftragte Frau Vogel auf meine Kritik an der immer noch gesprächssarmen hierarchischen Psychiatrie vor, für das Bundesgesundheitsministerium meine Vorstellungen einer menschlicheren Psychiatrie aufzuschreiben. Am 8. Juni 1988 reichte ich auf zweiundzwanzig Seiten meinen »Antrag auf einen Arbeitskreis für mehr Mitbestimmung Betroffener in der Psychiatrie« an die Bundesgesundheitsministerin und an acht Fachleute der angeführten Berufe, auf deren Teilnahme ich hoffte, ein. Der Arbeitskreis sollte sich »aus Psychiatern, Psychologen,

Vertretern der Pfleger und Schwestern, je einem theologischen Leiter einer evangelischen und katholischen Anstalt, einem Vertreter des Dachverbandes psychosozialer Hilfsvereinigungen, Vertretern der Angehörigen und aus Betroffenen der Selbsthilfegruppen zusammensetzen. Aus insgesamt etwa 30 Teilnehmern«. Er sollte »ein Arbeitspapier für die Psychiatrie- und Anstaltsverantwortlichen der anderen Bundesländer und für die konfessionellen Anstalten herausgeben« und sich einmal im Monat im Bundesgesundheitsministerium in Bonn treffen.

Da Prof. Klaus Dörner meinen Antrag bei Frau Süßmuth befürwortet hatte, erhielt er auch eine Kopie der Absage und schlug Dr. Thomas Bock vor, Kontakt zu mir aufzunehmen. Thomas Bock bot damals in der Hamburger Uni-Psychiatrie ein Psychose-Seminar für Berufstätige und StudentInnen an und lud mich zu einem ihrer Treffen im Sommersemester 1989 ein. Eine echte Schizophrene mit fünf Schüben zwischen 1936 und 1959 und damals dreißigjähriger »Heilung« als Gesprächspartnerin im Seminar fanden sie spannend. Schon im nächsten Wintersemester 89/90 wandelte sich das universitäre Psychose-Seminar aus einer beruflichen Fortbildung über Psychosen und über psychotische Menschen zu einem Erfahrungsaustausch mit den eingeladenen Mitgliedern von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen.

Etwa zur gleichen Zeit bot die Dipl.Sociologin und Transaktionsanalytikerin Manuela Ziskoven in der Diakonischen Akademie in Stuttgart die Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung und andere Fortbildungskurse an. Als ReferentInnen lud sie von vornherein Betroffene und Angehörige außer den Fachleuten ein. Fünfzehnmal war ich dort und stellte dabei auch unser Hamburger Psychose-Seminar vor. TeilnehmerInnen ihrer Kurse luden mich danach in ihre Arbeitsstellen ein. So wurden in den ersten Jahren die meisten Psychose-Seminare im süddeutschen Raum angeboten. In diesem Jahr 2004 läuft Manuela Ziskovens Auftrag der Entwicklungshilfe in der palästinensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bethlehem nach drei Jahren aus. Vielleicht würde sie danach in einem Forschungsprojekt zum Dialog mitarbeiten. Leiden doch die palästinensischen Kinder und Jugendlichen durch ihre politische Situation unter einer ähnlichen Entmutigung wie die deutschen Psychiatrie-Erfahrenen durch das wieder dominierende nur defizitäre Somatosen-Dogma der sinnlosen, genetisch bedingten Hirnstoffwechselstörung als Ursache der Psychosen, ohne die Erfahrungen Betroffener genügend zu berücksichtigen.

Als Reisende für Psychiatrie war ich in den Jahren 1989-98 über 160mal in

Deutschland, der Schweiz und in Luxemburg zu Lesungen und Referaten unterwegs. Am Vormittag darauf probierten wir häufig den trialogischen Erfahrungsaustausch aus. Auch Thomas Bock war viel auf Reisen.

Ursprünglich hatte ich mir vorgestellt, dass das einmalige Potential an Experten ihres eigenen Psychoseerlebens in den Psychose-Seminaren mehr dazu genutzt werden würde, die immer noch zu wenig erforschte Schizophrenie in ihren Grundveränderungen gegenüber dem normalen Sein besser zu erforschen und für die Angehörigen und Fachleute verständlicher zu machen. Dazu müssten die teilnehmenden Psychoseerfahrenen dazu ermutigt werden, miteinander über die wichtigsten Veränderungen durch die Psychose zu diskutieren, wie wir das zuweilen in der Selbsthilfegruppe taten. Denn mit der Hirnstoffwechselstörung als Ursache der Schizophrenie ist ebenso wenig gewonnen, als wenn die leiblichen Begleiterscheinungen etwa des Zorns – Gesichtsröte, laute Stimme, heftige Bewegungen – als Ursache des Zorns erklärt werden würden.

Wenn ich bei meinen Psychiatriereisen am Vormittag nach der Abendveranstaltung mit dem Erfahrungsaustausch beginnen musste, ging das am leichtesten etwa mit der Frage, ob jemand von den Psychoseerfahrenen z.B. das in der Psychose veränderte Weltgefühl sonst nicht gespürter Sinnzusammenhänge kennen würde. Die häufigen »Beziehungs- und Bedeutungsideen«, das »nicht mehr Unterscheiden von Wesentlichem und Unwesentlichem«, die Glaubwürdigkeit aufgebrochener Symbole als Wirklichkeit, diese bekannten Symptome der Schizophrenie würden ohne den Hintergrund des veränderten Weltgefühls kaum überzeugen. So kannten meistens mehrere Betroffene dieses beeindruckende veränderte Welterleben und wir waren schnell im Gespräch. Sigmund Freud beobachtete im Traum etwas Ähnliches: »Da ist vor allem eine auffällige Tendenz zur Verdichtung, eine Neigung, neue Einheiten zu bilden aus Elementen, die wir im Wachdenken gewiss auseinander gehalten hätten.« (»Abriss der Psychoanalyse«)

Die Erfahrung, dass Traum und Psychose die gleichen Mittel anwenden, war für meine Heilung vor 45 Jahren entscheidend. Dass in der Psychose das zuvor Ungestaltete, Ausweglose einer vorausgegangenen Lebenskrise, die wir mit unseren bewussten Kräften nicht lösen konnten, ebenso wie im Traum eine zumeist symbolische Gestalt gewinnt und uns dadurch zugänglicher wird, scheint mir neben dem veränderten Weltgefühl eine der wichtigsten Parallelen zum Traum zu sein. Die Gemeinsamkeiten von Traum und Psychose ermöglichten mir vor allem meine Befreiung vom nur negativen psychiatrischen Unheilbarkeits-Urteil, weil ich nun die Vorstellungen meiner abgeklungenen Psychose auf der Traumebene verstand und mir dadurch

ihren Sinn erhalten konnte, nur ihre Wirklichkeit nicht. Außerdem war für mich die Einbeziehung der in allen meinen fünf Psychosen aufgebrochenen starken inneren Impulse in mein normales Leben entscheidend, so dass sich nichts mehr stauen und in einer neuen Psychose aufbrechen musste.

Wichtig bleibt mir, dass der Dialog unsere Antwort auf die psychiatrische und seelsorgerliche Gesprächslosigkeit ist, die zu unseren Zwangssterilisationen und zu den Patientenmorden führte. Tiefer kann ein Mensch nicht entwertet werden, als seine ganze Lebensgeschichte, seine Erfahrungen und Gefühle so völlig zu ignorieren und diesen menschlichen und fachlichen Mangel auch noch als »geistige Gesundheit« und als »Wissenschaft« auszugeben. Wenn eine dialogische Psychiatrie die Erfahrungen von uns Betroffenen und der Angehörigen nun endlich nicht mehr ignoriert, ist das eine längst überfällige Selbstverständlichkeit nach allen durch die psychiatrische Abwertung verursachten Leiden psychiatrieerfahrener Menschen.

Literatur:

- ZERCHIN, S. / D. BUCK: *Auf der Spur des Morgensterns – Psychose als Selbstfindung*. Hg.: H. KRIEGER. List Verlag (1990). TB, Econ & List (1999). Jetzt: Anne Fischer Verlag/Norderstedt: Tel. (040) 5 25 28 28
- BUCK-ZERCHIN, D. S.: *Lasst Euch nicht entmutigen – Texte (1968-2001)*. Anne Fischer Verlag/Leipziger Universitätsverlag (2002) – Mit einer Liste aller zurzeit bekannten Psychose-Seminare in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Thomas Bock

Wo wir stehen – die Landschaft der Psychoseseminare heute

Für mich war es ein großes Geschenk, Dorothea Buck kennen zu lernen und mit ihr den Dialog zu erfahren, zu erproben, um die Angehörigen zu erweitern und zu verbreiten.

Ich spreche von »Dialog«, denn auch der gleichberechtigte Umgang zwischen drei Gruppen trägt diesen Namen. Sich als ernst zu nehmende Menschen, als Experten in eigener Sache und Experten durch Ausbildung und Beruf zu begegnen, bedeutet *nicht*, die Hilfsbedürftigkeit des Erkrankten oder die Verzweiflung der Angehörigen zu leugnen.

Es bedeutet viel mehr, nämlich den anderen auch in der Erkrankung als sinnhaftes, subjektiv glaubwürdiges, auch in der Verirrung zutiefst eigensinniges Wesen anzuerkennen. All unser berufliches Expertentum, all die neuen und künftigen psychiatrischen Erkenntnisse bedürfen der Grundlage einer gewissen Bescheidenheit, sie bedürfen der Anerkennung des Irreseins bzw. Irrewerdens als einen zutiefst menschlichen Vorgang.

»Menschen müssen im Unterschied zu anderen Lebewesen um ihr Selbstverständnis ringen. Es gehört zu unseren Möglichkeiten, an uns zu zweifeln und dabei auch zu verzweifeln, über uns hinaus zu denken und uns dabei auch zu verlieren. Dauert dieser Zustand an, sprechen wir von Psychosen (in affektiver oder kognitiver, das heißt schizophrener Hinsicht). Wer psychotisch wird, ist also kein Wesen vom anderen Stern, sondern zutiefst menschlich.« (Arbeitsgemeinschaft der Psychoseseminare 2001¹).

1 »Es ist normal, verschieden zu sein – Verständnis und Behandlung von Psychosen« (erstellt von Psychoseerfahrenen, Angehörigen und Psychiatrie-Profis/Wissenschaftlern). Zu beziehen beim Autor, beim Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, beim Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, bei der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie oder beim Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen, Thomas-Mann-Straße 49a, 53111 Bonn.

Konflikte ernst nehmen

Dialog findet *nicht* statt, wenn verschiedene Meinungen oberflächlich angeglichen oder eine verlogene Harmonie angestrebt wird.

Überhaupt geht es im Psychoseseminar ja nicht nur um ein strukturelles Prinzip – drei Gruppen treffen sich auf gleicher Ebene –, obwohl auch das gegenwärtig schon revolutionäre Impulse mobilisieren kann. Dialog impliziert zugleich, das Anderssein von Menschen und die Verschiedenheit von Lebensentwürfen anzuerkennen und die verschiedenen unterstützenden Strategien dieser Vielfalt zu öffnen. Es bedeutet, Menschenbild und Krankheitsverständnis gemeinsam immer wieder infrage zu stellen.

Eine Psychiatrie, die sich ausschließlich an allgemein gültigen Standards zu orientieren versucht (nach dem Motto: »Erste Psychose zwei Jahre, zweite Psychose fünf Jahre Neuroleptika.«), hat das Wesen dieser Erkrankung nicht begriffen: Menschen, die in ihren eigenen Grenzen zutiefst verunsichert sind, die sich durchlässig erleben, sind besonders sensibel dafür, wenn sie nicht in ihrer besonderen Individualität mit Respekt wahrgenommen und unterstützt werden – einschließlich der psychotischen Symptome, die oft wie Versuchsballons wirken, mit denen die Glaubwürdigkeit der Umgebung getestet wird. Fortschritte werden psychiatrische Praxis und Wissenschaft in Zukunft nur erzielen, wenn die Subjektivität aller Beteiligten mehr Beachtung findet.

An der Geschichte anknüpfen

Dorothea Buck hat die Psychoseseminare aus ihren Erfahrungen in der Nazi-psychiatrie begründet. Vielleicht lohnt es sich zusätzlich, auch die positiven Wurzeln dialogischer Handlungsstrategien und anthropologischer Verstehensansätze wahrzunehmen.

Natürlich haben die Psychoseseminare »das Rad nicht neu erfunden«. Gerade in Deutschland gab es auch früher schon sehr ernst zu nehmende Versuche, das besondere Wesen des psychotischen Geschehens zu erfassen und sich den psychotischen Symptomen verstehend zu nähern.

Für die Bemühungen der Daseinsanalyse und der Phänomenologie stehen Psychiater wie Binswanger oder Kisker. Und bei aller Distanz der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen gab es immer schon hervorragende Vertreter, die sehr engagiert mit psychoseerfahrenen Patienten arbeiteten.

Im Rückblick kann man feststellen, dass diese historischen Versuche es sehr viel schwerer hatten; denn sie blieben in der klinischen Situation und Interaktion gefangen. Sie entwickelten ihre zum Teil recht komplizierten

Sprachcodes. Sie hatten letztlich keine Dialogsituation wie in den Psychoseminaren. Sie waren sehr auf sich allein gestellt, konnten die Psychoseerfahrenen und die Angehörigen noch nicht so grundlegend als Partner der Verständigung wahrnehmen, wie das heute zwar noch nicht allgemein üblich, aber eben doch möglich ist.

Dass sich inzwischen Psychotherapeuten aller Schulen mehr denn je für Psychoseerfahrene interessieren – und umgekehrt –, sehe ich auch als Erfolg der Psychoseminare an.

Wegsteine

Bei aller Nüchternheit haben wir in den zurückliegenden etwa fünfzehn Jahren seit Beginn des ersten Psychoseminars viel geschafft – in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Davon sollen die unten aufgeführten Wegsteine zeugen.

Je mehr es uns gelingt, den Dialog als Grundhaltung von der Seminarebene in den psychiatrischen Alltag und in die Psychiatriepolitik zu transportieren, desto grundlegender wird sich die psychiatrische Kultur ändern (müssen).

Und je mehr es uns gelingt, ausgehend von der Aufarbeitung wechselseitiger Vorurteile auch die öffentlichen Zerrbilder zu verändern – im Sinne einer so erst glaubwürdigen Antistigmakampagne von unten –, desto eher wachsen die Chancen, dass uns das auch gelingt.

Hier ein paar Wegsteine auf dem bisher zurückgelegten Weg:

- Von Hamburg ausgehend, gibt es im deutschsprachigen Raum inzwischen über 130 solcher Foren, die sich regelmäßig treffen und auf ihre Weise Berührungängste abbauen helfen. Das bedeutet, dass sich in allen Winkeln der Republik regelmäßig etwa 4.000 Menschen treffen, um sich über Psychoseerfahrung auszutauschen und wechselseitig fortzubilden.
- Der erste Weltkongress für Psychiatrie, der nach dem zweiten Weltkrieg auf deutschem Boden stattfand, der Weltkongress für Soziale Psychiatrie 1994 in Hamburg unter dem Titel »Abschied von Babylon« war vom Triolog geprägt und machte diese Idee weit bekannt. Mehrere Bücher zeugen von dieser Idee². Inzwischen ist die Beteiligung der jeweils anderen Perspektive auf vielen Kongressen selbstverständlich oder doch zumindest wahrscheinlicher geworden.

- Viele Psychoseseminare verstehen sich inzwischen als Foren mit öffentlicher Wirkung, laden Mediatoren (Journalisten, Pastoren oder auch mal Polizisten) ein, um durch die bloße Begegnung auf gleicher Ebene Ängste abzubauen (schon das eine Art »Antistigmakampagne von unten«).
- Die Herausgabe der Broschüre »Es ist normal, verschieden zu sein« bringt die dialogischen Ideen zum Verständnis und zur Behandlung von Psychosen in den psychiatrischen Alltag und in die allgemeine Öffentlichkeit. Inzwischen liegt die Auflage bei 40.000 Exemplaren, der Vertrieb (zu einer Schutzgebühr von 1,- Euro) wird inzwischen von den Bundesverbänden der Erfahrenen und Angehörigen sowie von der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie unterstützt. Der Dialog bekommt also auch auf der verbandlichen Ebene neue Impulse.
- Die »Antistigmakampagne von unten« ist ebenfalls ein Ausdruck der Vitalität von Psychoseseminaren. Immer mehr Dialogforen starten nach dem Vorbild von »Irre menschlich Hamburg« oder »Irrsinnig menschlich Leipzig« eigenständige Initiativen zur Beratung von Journalisten und/oder zur Aufklärung und Information von Schülern (s. u.).

Das Geheimnis des Erfolgs – paradoxe Wirkungen des Psychoseseminars

Gegenüber einer ausschließlichen pathologischen Sichtweise kann schon die Betrachtung der Psychose als »fauler« Kompromiss, als Flucht nach vorne, als letzter Hort von Eigenheit, als Kanalisation existentieller Angst usw. wie eine Befreiung wirken.

Entscheidend ist die gleichzeitige Anwesenheit der voneinander unabhängigen drei Gruppen – Erfahrene, Angehörige und Profis. Diese besondere Konstellation wirkt ausgleichend, entkräftet Vorurteile und öffnet neue Perspektiven.

Statt Compliance Kooperation, statt »Krankheitseinsicht« Selbstbewusstsein – die neue Kultur der Begegnung will Empowerment fördern, nicht den hierarchischen Austausch von Informationen (Alanen 2001³).

Die Interaktion ist spielerisch, chaotisch, nicht auf Veränderung oder individuelle Heilung orientiert. Themen werden gemeinsam festgelegt. Der Moderator soll darauf hinweisen, wenn eine der drei Gruppen zu kurz kommt, soll zu gruppenübergreifendem Diskurs anregen. Übergreifende Fragen und Ant-

worten machen die Diskussion spannend. In mancher Hinsicht erinnert das Geschehen an den herrschaftsfreien Diskurs von Habermas. Das Geschehen ist absichtslos, aber nicht ohne Wirkung. Mehrere Paradoxien sind festzustellen:

- Im selbstbestimmten, weitgehend absichtslosen Rahmen sprechen manche Psychoseerfahrene, die in Therapie, auch Gruppentherapie kaum oder gar nicht den Mund aufmachen, »wie von selbst«. In einem halb öffentlichen wohlwollenden Rahmen von sich zu sprechen, die Symptome dabei mehr oder weniger beiläufig oder selbstverständlich zu erwähnen, fördert den Integrationsprozess.

Gerade der Seminarcharakter, die sachliche Zielsetzung ermöglicht persönliche Äußerungen (*Therapie ohne Absicht*).

- Im Psychoseseminar begegnen sich überwiegend Menschen, die nicht füreinander verantwortlich und voneinander abhängig sind. Es begegnen sich fremde Söhne und Väter, Mütter und Töchter, Geschwister usw. Dabei mutet es zunächst ebenfalls paradox an, dass über den Umweg der Fremdheit Verständigung oft leichter gelingt:

Der psychoseerfahrene Sohn kann dem fremden Vater viel besser abnehmen, dass er auch verzweifelt und voller Angst war. Die Mutter hört vom fremden Sohn oder der fremden Tochter unter Umständen Sätze über die Psychoseerfahrung, die dem eigenen Kind in der Nähe nicht möglich wäre (*Familientherapie ohne Familie*).

- Und auch als Profi kann ich gelassener zuhören und vollständiger wahrnehmen, wenn ich nicht ständig unter Handlungs- oder Erwartungsdruck stehe. Ich erlebe Psychoseerfahrene, die sich im Rückblick mit der eigenen Krise auseinander setzen, ihr vorsichtig und spielerisch Sinn zuordnen und unter Umständen auch nicht nur negative Bedeutung beimessen oder beides wieder verwerfen.

Ich erlebe Psychoseerfahrene, die Behandlung sehr weitgehend ablehnen, kann so quasiexperimentell erfassen, welche Bewältigungsstrategien auch ohne mich oder sogar besser alleine funktionieren.

- 2 BOCK, TH.; DERANDERS, J. E.; ESTERER, I.: *Stimmenreich – Mitteilungen über den Wahnsinn*. Bonn, Psychiatrie-Verlag, 1992

BOCK, TH.; DERANDERS, J. E.; ESTERER, I.: *Im Strom der Ideen – Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn*. Bonn, Psychiatrie-Verlag, 1994

- 3 ALANEN, Y. O.: *Schizophrenie – Entstehung, Erscheinungsformen und bedürfnisangepasste Behandlung*. Stuttgart, Klett-Cotta, 2001

Ich bekomme Rückmeldung von Patienten und Angehörigen, warum eine bestimmte Hilfe fast unannehmbar, also falsch konzipiert ist. Ich kann mein eigenes Tun gefahrlos überdenken und seine Wirkung relativieren. Unabhängig von bestimmten Konflikten kann ich lernen, mein therapeutisches Handeln zu triangulieren. Gerade, wenn ich nicht auf Veränderung meiner Symptome aus bin, bzw. nicht den anderen verändern will/muss, kann ein Respekt entstehen, der die Symptome mit einbezieht (*Dreifache Supervision ohne Bezahlung*).

- Noch in Ausbildung kann ich mich rechtzeitig von allzu einfachen Gewissheiten verabschieden, bevor sie mir den Blick auf das Eigentliche verstellen.

Qualitätsmerkmale des Psychoseminars

	Psychoseminare	Psychoedukative Gruppen
Teilnehmer	Psychoseerfahrene, Angehörige, Mitarbeiter, Studierende	i.d.R. schizophrene Patienten
Inhalt	Erzählen von Geschichten Austausch subjektiver Erfahr.	Vermittlung von Wissen allgem. Psychoseverständnis
Ziel	Empowerment, Selbstbestimmung	bessere Compliance
Lernprozess	wechselseitig	einseitig
Themen	gemeinsam bestimmt	vom Leiter festgelegt
theoret. Bezug	offener Diskurs mit verschiedenen Bezügen	medizinisches Krankheits- konzept
Rollenverteilung	offener Dialog, Begegnung als Experten	traditionell Lehrer-Lernende
Sprache	Ziel: gemeinsame Sprache	professionelle Definitionsgewalt
Moderation	möglichst wechselnd, im Dialog	professionell
Anonymität	möglich	unüblich
Teilnahme	auf eigene Entscheidung/ Verantwortung	nach Indikation

Diese offene gemeinschaftliche Reflexion hat einen unschätzbaren Wert. Gerade wenn Liegezeiten im Krankenhaus immer kürzer werden, die Entlassung immer schneller geschieht, Kontinuitäten eben nicht strukturübergreifend organisiert sind, wird mein Blick auf die Psychose und auf den Patienten fast zwangsläufig immer enger und reduzierter. Ich sehe nur die Ohnmacht, die Angst und das Risiko. Nicht mehr die Stärken des Patienten, die Chancen der Krise und die Funktion der Psychose.

Ich sehe den Patienten kaum noch unter Handlungsaspekten, kaum noch seine mehr oder weniger gelingende Sinnggebung, kaum noch seine Geschichtlichkeit, seine Gestaltungskraft, seinen sozialen und biografischen Kontext; das heißt aber, ich sehe ihn kaum noch als Menschen.

In Zeiten, in denen psychiatrisches Handeln zeitlich, örtlich und in der Zielsetzung immer reduzierter wird, sehe ich fast zwangsläufig nur noch das Symptom.

Da ich aber die Begrenztheit kaum wahrnehme, wiege ich mich in der (Wahn)Gewissheit, ich hätte alles Wesentliche erfasst.

Fast automatisch greife ich zu den Manualen, ordne das Symptom einer Diagnose zu, um nach vorgegebenen Standards nun die Diagnose zu behandeln.

Das Besondere des Einzelnen, das Menschliche des Besonderen – beides geht verloren.

Krankheitseinsicht und Compliance – Widersprüche der aktuellen Psychiatrie

Wir verzichten in der Akutpsychiatrie zunehmend auf die Einsicht in den Kontext und in die subjektiven Bedeutungen des psychotischen Geschehens.

Stattdessen verlangen wir Einsicht von den Patienten: Sie sollen Einsicht nehmen in unser Denken, sollen »Krankheitseinsicht« entwickeln.

Diese Art Einsicht machen wir oft sogar zur Voraussetzung von Therapie, sprechen aber gleichzeitig psychotischen Patienten die notwendige Einsichtsfähigkeit ab.

Welche Einsicht meinen wir und welchen Wert hat sie? Dadurch dass eine unverständlich gewordene eigene Entwicklung mit (medizinischen) Fremdworten belegt wird, entsteht keine Einsicht.

Wenn es darum gehen soll, Fremdes in sich selbst zu integrieren, ist das mit der eigenen Sprache schon schwer genug. Einsicht brauchen vor allem wir Profis – nicht in eine abstrakte Krankheit, sondern in die besondere Ent-

wicklung eines Menschen. Dabei hilft nicht einseitige Definitionsgewalt, sondern die Suche nach einer gemeinsamen Sprache.

Wir definieren Compliance als Leistung des Patienten und Noncompliance als Merkmal seiner besonders schweren Erkrankung.

Diese einseitige Auffassung widerspricht jeder Kommunikationstheorie. Compliance ist nicht als einseitige Anpassungsleistung zu verstehen, sondern als Ergebnis gemeinsamer Anstrengungen.

In der klinischen Psychiatrie wirkt Qualitätssicherung oft inhaltsleer und Standardisierung wird zum Selbstzweck. Standard-Behandlungsprogramme aber sind zur Psychosebehandlung denkbar ungeeignet. Psychoseerfahrene sind gerade an dieser Stelle empfindlich, prüfen genau, ob sie wirklich als Person gemeint sind, wollen individuelle therapeutische Zuwendung, Achtung und Respekt auch und gerade für ihre psychotische Erfahrung.

Patienten mit »idiosynkratischen«, also eigensinnigen Krankheitskonzepten und kritischer Haltung zur Psychiatrie zeigen eine höhere Lebensqualität als solche, die sich nur ihren Ärzten anpassen. Mit diesem unerwarteten Ergebnis einer großen Studie steht der Sinn einer allzu engen Psychoedukation deutlich infrage (Roessler 1999⁴).

Ein umfassendes Menschenbild, eine vollständige Wahrnehmung, mehr Respekt für subjektive Prozesse und eine größere Fähigkeit zum Dialog sind notwendig, um langfristig tragfähige therapeutische Strukturen zu entwickeln.

Mit einer reduktionistischen Sicht auf die Psychose als eine Art »Transmittermangelerkrankung« wird die Psychiatrie für sich selbst zum Problem: Mit einer so beschränkten Wahrnehmung kann man die heutigen Patienten nicht mehr überzeugen. Entsprechend autoritäre Beziehungsangebote schrecken ab. So könnte zu erklären sein, dass das Problem der Noncompliance – trotz neuerer und besserer Medikamente – geblieben ist. Nicht nur die Chemie der Substanz, die Chemie der Beziehung entscheidet!

Die tatsächlichen neuen Erkenntnisse der biologischen Psychiatrie belegen keine monokausalen Theorien, sie sprechen *nicht* gegen eine integrative Sicht und erst recht nicht gegen einen dialogischen Umgang miteinander.

Die Verkaufsstrategen biologischer Forschung benutzen das Bedürfnis vieler Angehörigen und auch mancher Patienten, sich von Selbstvorwürfen zu entlasten.

4 ROESSLER, W. u. a.: *Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics?* Acta psychiatr. Scand. 100 (1999), S. 142-148

Die anthropologische Sichtweise, die im Psychoseminar entwickelt wurde, geht hier weiter, weil die Psychose insgesamt in den Kontext menschlichen Erlebens gestellt wird: Psychose als Flucht aus der Realität, Rückgriff auf kindliche Wahrnehmung, Parallele zum Traum, Aufbruch des Unbewussten – viele Aspekte des psychotischen Geschehens zeigen, dass es sich um eine zutiefst menschliche Form der Realitäts(nicht)verarbeitung handelt.

Diese komplexe Sicht ist weder resignativ, noch reduziert sie Behandlungschancen – im Gegenteil! Dialogische Behandlung hat mehr Chancen, weil sie nicht ausschließlich oder primär auf Symptomreduktion und Rückfallprophylaxe zielt, sondern mindestens ebenso auf Verständnis und Stärkung innerer Kräfte und Ressourcen. Auch die psychotischen Symptome als eine Form der Sprache zu verstehen, kann die Eigenverantwortung des Patienten stützen und die therapeutische Partnerschaft erleichtern.

Symptome ausschließlich medizinisch beseitigen zu wollen, mag Patienten und Angehörige vordergründig entlasten, tatsächlich aber wird so der notwendige Respekt vor der ganzen Person verweigert und die Gefahr von »depressiven Nachschwankungen« und »Negativsymptomen« erhöht.

Perspektiven – von den wechselseitigen zu den öffentlichen Vorurteilen

Um die öffentliche Wahrnehmung psychischer Erkrankungen und die Notwendigkeit, Vorurteilen entgegenzuwirken, ist ein Streit entbrannt, der für die Sozialpsychiatrie bedeutsam ist.

Es geht dabei um die Frage, wer eigentlich wen in welcher Weise stigmatisiert bzw. mit welcher Glaubwürdigkeit entstigmatisieren kann. Soziologen sehen in Stigmatisierung die »Zuordnung gesellschaftlich negativ bewerteter Merkmale«. Sie geschieht – ob wir wollen oder nicht – in der Psychiatrie und nicht erst anschließend. Eine Psychiatrie, die sich in der Antistigmaarbeit glaubwürdig engagieren will, sollte sich also selbst nicht ausklammern, sondern bewusst einbeziehen.

- Eine Psychiatrie, die mit Diagnosen vorsichtig umgeht, die sich um eine gemeinsame Sprache bemüht, Symptome nicht nur bekämpft, sondern auch zu verstehen sucht, Selbstverstehen und Selbstverständlichkeit fördert, die Angehörige einbezieht und in ihren Aufgaben stützt, betreibt individuelle Antistigmaarbeit, wie sie später in allgemeiner Öffentlichkeitsarbeit nicht wirksamer betrieben werden kann.
- Eine Psychiatrie, die Diagnosen ebenso schematisch zuordnet wie Behandlungsstandards, die sich auf ihre medizinische Fremdsprache beschränkt

und Symptome ausschließlich wie Fremdkörper bekämpft, die den Patienten von seinen (verrückten) Wahrnehmungen noch weiter entfremdet, seine tiefer liegenden Gefühle und Konflikte nicht aufgreift, sondern weiter abspaltet, die Angehörige nicht oder nicht rechtzeitig einbezieht und auch selbst keine Behandlungskontinuität anbietet oder zu organisieren vermag, betreibt Stigmatisierung, weil sie Fremdheit auf allen Ebenen verstärkt, statt sie zu mindern, ein Prozess, der später durch noch so große Anstrengungen nicht aufzuheben ist.

Antistigmaarbeit sollte mehr sein als einseitige Aufklärung der Öffentlichkeit durch die Psychiatrie. Notwendig ist eine kritische Reflexion der Interaktionen in der Psychiatrie selbst, ein Abbau der wechselseitigen Vorurteile zwischen Psychoseerfahrenen, Angehörigen und psychiatrisch Tätigen, um dann gemeinsam glaubwürdiger nach außen wirken zu können.

Das Projekt »Irre menschlich Hamburg« entstand aus dem Hamburger Psychoseseminar heraus. Auch »Irrsinnig menschlich Leipzig« gewinnt seine Überzeugungskraft aus der dialogischen Zusammenarbeit. Nach den Wünschen der Lehrer werden in Hamburg lehrplanbezogen, altersgemäß und fächerübergreifend Medien zum Thema »Anderssein, Verrücktheit, psychische Erkrankung« zusammengestellt und verschiedene Formen der direkten Begegnung zwischen Schülern und Psychoseerfahrenen erprobt.

Inzwischen liegen Erfahrungen aus über 50 Unterrichtseinheiten in Unter-, Mittel- und Oberstufe vor. Die Resonanz bei den Schülern ist überraschend positiv. Für die beteiligten Psychoseerfahrenen zeigt sich ein besonderer Gewinn im Sinne von Empowerment.

Die eher gesundheitspolitischen Motive der Antistigmaarbeit werden inzwischen durch eine bildungspolitische Begründung ergänzt: Mehr Toleranz im Umgang mit anderen und mehr Sensibilität im Umgang mit sich selbst, beides Voraussetzungen für mehr Gesundheit.

Verschiedene Psychoseseminare bereiten ähnliche Initiativen vor oder haben im Kleinen bereits damit begonnen. Auch »Open the doors« sollte daraus lernen: Antistigmaarbeit ist nur im Dialog glaubwürdig.

Vergleich der Antistigmakampagnen von oben und von unten

	»Open the door«	»Irre menschlich«
Verständnis	Psychosen sind vor allem neurologisch bedingt, also »Hirnkrankheiten«	Psychosen sind existentielle Lebenskrisen besonders dünnhäutiger Menschen mit psychischer/biologischer Eigendynamik
Heilbarkeit	Psychosen sind heilbar	Sie sind zwar nicht immer heilbar; aber man kann mit ihnen leben lernen
Familien	Familien sind unschuldig; die körperlichen Prozesse wirken unabhängig	Es gibt im Zusammenleben viele Wechselwirkungen, aber keine einseitige Schuld. Familien brauchen Entlastung/Unterstützung
Behandlung	Atypische Neuroleptika sind das Mittel der Wahl	Notwendig ist eine therapeutische Begleitung als Orientierungshilfe. Auch Medikamente wirken nur in einem tragenden Kontext.

Rita Harbeck

Ich bin nicht die Einzige – Erfahrungen aus einem Psychoseseminar

Im Sommer 1995 entdeckte ich ein Plakat im Ambulanten Zentrum des »Kieler Fensters«, auf dem ein Workshop »Psychoseseminare« angekündigt wurde.

Meine erste stationär behandelte Psychose lag zu diesem Zeitpunkt erst ein halbes Jahr zurück. Die »Wunde« war noch relativ frisch und in keinsten Weise verheilt.

Ich hatte das Gefühl, ich müsse an dem Workshop teilnehmen, Psychosen seien mein Thema und es sei meine Pflicht, dort hinzugehen, auch wenn ich es mir eigentlich nicht zutraute.

Die 75,- DM Teilnahmegebühr für den Workshop übernahm damals das »Kieler Fenster«, was mir die Entscheidung zur Anmeldung erheblich erleichterte.

Ich fühlte mich unterstützt und ich meinte, etwas Wichtiges zu tun – auch das hat sicher zu meiner Stabilisierung beigetragen.

In »unserem« Workshop waren die Psychiatrie-Erfahrenen eine Minderheit. Ich glaube, es waren drei Betroffene, zwei Angehörige und etwa 20 Profis anwesend.

Für mich überraschend drückte Frau Dorothea Buck mir mit Bestimmtheit ein Faltblatt in die Hand. Dabei ging von ihr eine sehr starke Kraft aus, die mich tief beeindruckte. Das tröstete mich über vieles hinweg und auch später habe ich dieses Erlebnis nie vergessen bei allem, was ich dann noch über Psychotiker im Allgemeinen und im Besonderen hören sollte.

Damals hatte Frau Buck ihren 80. Geburtstag noch vor sich. Ich fand, wenn eine Frau mit so viel Erfahrung als Psychiatriepatientin so alt werden kann und dabei noch so kraftvoll und überzeugend ist, ohne dass man sich von ihr unterdrückt fühlt, kann die Erkrankung ja wohl doch nicht so gefährlich sein. Wovor sollte ich Angst haben?

An den Vorbereitungstreffen für das Kieler Psychoseseminar nahm ich nicht teil. Es war mir zu viel Verantwortung, zu viel konkrete Planung. Aber irgendwie landete ich »im Verteiler«, so dass ich immer die Protokolle erhielt.

Das erste Kieler Psychoseseminar fand am 11. Oktober 1995 in der »Pumpe«, einem Kommunikationszentrum, statt. Es waren sehr viele Leute gekommen und zu meinem Erstaunen auch die Psychiaterin, bei der ich in Behandlung war. Einerseits fand ich es ein gutes Zeichen, dass sie gekommen war, andererseits fühlte ich mich durch ihre Anwesenheit noch einmal zusätzlich gehemmt.

Ich habe eigentlich Angst, in großen Gruppen zu sprechen, und ich bin durch meine eher seltenen Beiträge im Psychoseseminar immer wieder in helle Aufregung geraten.

»Ist Psychose eine Flucht?« war das Thema des ersten Abends – und es war auffällig, dass »wir« nicht beim Thema bleiben konnten. Daran hat sich bis heute nichts geändert.

Das Thema des zweiten Treffens war »Was bedeutet Psychose?«.

Am dritten Abend wollten wir diskutieren, wie sich eine Psychose aufbaut, und landeten dann bei der Diskussion des Begriffs »Schub«. Heute fällt mir erst auf, dass seitdem der Begriff »Schub« nie wieder verwendet wurde.

An diesem Abend schrieb ich das erste Mal das Protokoll, was ich im Laufe der Jahre dann öfter tat. Wir haben in den acht seitdem vergangenen Jahren fast für jeden Abend einen Protokollanten gefunden.

Ab dem vierten Abend trafen wir uns in einem eigentlich unüblichen Drei-Wochen-Rhythmus in der Tagesklinik des »Kieler Fensters«.

Weitere Themen waren dann zum Beispiel »Wie entsteht eine Psychose?«, »Ohnmacht im Umgang mit der Psychose« oder »Welche Frühwarnzeichen gibt es?«.

Da ich in dieser Zeit mit Hilfe eines Psychotherapeuten ein Frühsymptomtraining durchführte und mich als Expertin in dieser Frage fühlte, fiel mir auf, wie manche Psychoseerfahrenen ihre Frühsymptome zu kennen meinen und dennoch irgendwie »darauf pfeifen«. Sie beschäftigen sich nicht genau genug mit sich selbst, scheinen sogar unwillig darüber zu sein, dass es möglich wäre, sich selbst zu kennen.

Manche nehmen Psychosen als eine schlicht unvorhersehbare Naturkatastrophe hin. Ich weiß noch, wie ein Psychoseerfahrener betonte, die Frühsymptome zu kennen, sei ein Geschenk. Wer schenkt da aus welchen Gründen?, frage ich mich dann. Ich meine, seine Frühsymptome kann man sich »erarbeiten«. Und man muss auch nicht gleich Neuroleptika schlucken, wenn sich die Störungen häufen. Ich selbst denke gar nicht mehr daran,

Medikamente zu nehmen, wenn Probleme auftreten. Ich versuche nur, irgendwie zur Ruhe zu kommen, etwas für mich Angenehmes zu tun und mich vor allem nicht unter Druck zu setzen.

Ich werde nie mehr normal sein, mich immer mit irgendwelchen Abgründen auseinander setzen müssen, ich kann den Leistungsnormen dieser Gesellschaft nicht mehr entsprechen, aber solange es noch Möglichkeiten gibt, dennoch arbeiten zu gehen, gehe ich nicht in Rente.

Da für mich Arbeit so wichtig ist, war auch das Thema »Arbeit und Psychose« im März 1996 im Psychoseseminar von besonderer Bedeutung für mich. Das Protokoll dieses Seminars lag auf meinem Schreibtisch, als ich wieder mal dachte, ich schaffe die Rückkehr in das Arbeitsleben nicht. Ich war in meinen alten Job zurückgekehrt und die Arbeit erschöpfte mich sehr. Mein Blick fiel auf das Protokoll und auf einmal wusste ich, dass ich ja nicht die Einzige bin, die sich mit diesen Problemen und Zweifeln rumschlägt.

Was mir geholfen hat, waren nicht die konkreten Aussagen in dem Protokoll, sondern die Menschen, die ich im Psychoseseminar an diesem Abend getroffen hatte – die Erinnerung an sie.

Ich bin nicht die Einzige, da stehen einige vor der Tür, die wieder dazugehören wollen. Und mit dieser Gewissheit, dass »wir« uns wieder in das Leben der »Normalen« drängen wollen, bin ich weiterhin zur Arbeit gegangen. Das ist eine merkwürdige Gratwanderung. Denn einerseits habe ich mich mit den Psychoseerfahrenen identifiziert und mich als Teil des Gettos begriffen und andererseits habe ich verlangt, wieder am Arbeitsleben teilnehmen zu dürfen, mich mit meinem langen Schatten unter die Normalen zu mischen, was – zugegebenerweise – vor allem finanzielle Gründe hatte.

Nach einem Jahr näherten wir uns den Themen »Zwangseinweisung«, »Behandlungsvereinbarungen« und »Alternativen zur Psychiatrie«. Es wurde immer wieder deutlich, dass die Verletzungen durch den Aufenthalt in der Psychiatrie und die Behandlung in der Psychiatrie schwerer wiegen als die Grunderkrankung.

Beim Thema Psychose-Inhalte merkten wir, dass unser Treffen zu öffentlich ist, um wirklich erzählen zu können, was wir in der Psychose erleben. Eine Psychose rührt an sämtliche Tabus und löst Angst nicht nur bei den Betroffenen aus, sondern auch bei den Nicht-Betroffenen. Ich habe meiner Mutter einmal das Buch »Stimmenreich« zum Lesen gegeben, und sie sagte mir dann später, sie hätte es nicht lesen können, weil es ihr unheimlich sei. Sie ist auch nie in ein Psychoseseminar gegangen.

Im Juni 1997 diskutierten wir die Frage »Sind Psychosen Erfindungen der Ärzte?« und ich beschäftigte mich – wie andere auch – sehr mit dem Thema Schamanismus. Lange Zeit waren die Schamanen meine einzige Hoffnung. Ich hoffte, ich sei einfach nur eine verhinderte Schamanin. Aber seitdem ich von den Schwitzhütten gehört habe, in die ich freiwillig nie einen Fuß setzen würde, ist das Thema Schamane für mich auch durch.

Beliebt sind immer wieder Themenabende wie »Liebe und Psychose«, »Kann sich verlieben in die Psychose führen?« oder »Liebe, Angst, Psychose«. Tatsächlich sind einige Psychoseerfahrene der Ansicht, dass sich verlieben in die Psychose führt. Also: sich besser nicht verlieben. Jeder Spaß führt zu weit. Mein Vater hat früher immer gesagt, wenn wir Kinder Spaß hatten: »Ihr lacht so lange, bis ihr weint.« Meistens hatte er Recht.

1998 begannen dann die Stellungnahmen des Psychoseseminars zum PsychKG und zum Psychiatrieplan 2000 in Schleswig-Holstein. Um diese Stellungnahmen zu erarbeiten, mussten wir viel lesen, unter anderem auch Gesetzestexte. Es wurden Arbeitsgruppen gebildet, die sich außerhalb des Psychoseseminars trafen. Einige vereinbarten Termine mit dem Psychiatriereferenten im Ministerium und stellten dort ihre Forderungen für eine bessere Psychiatrie vor. Wegen des PsychKGs waren wir auch irgendwann einmal im Landeshaus, glaube ich.

Es war einfach so, dass die Planungen des Gesetzgebers und des Sozialministeriums dazu führten, dass wir Stellung beziehen mussten, und um Stellung beziehen zu können, mussten wir erst einmal durcharbeiten, was geplant wird. Das war sehr aufwendig und anstrengend.

In dieser Zeit habe ich mich aus dem Psychoseseminar zurückgezogen. Ich begann an einer Frauengruppe teilzunehmen, die sich als eine Art Selbsthilfegruppe für Frauen mit psychotischen Erkrankungen versteht, aber von einer Diplompsychologin geleitet wird. Hier habe ich dann den eher kleinen und persönlichen Rahmen gefunden, um zum Beispiel über meine Psychoseinhalte zu sprechen und die Psychoseinhalte anderer Frauen zu erfahren.

Zuvor hatte ich noch den Versuch unternommen, in eine Selbsthilfegruppe für in der Kindheit sexuell missbrauchte Frauen einzusteigen, aber es zeigte sich, dass mich die Psychoseerfahrung und die daraus resultierende Vorsicht, die ich mir zugelegt habe, von den anderen Frauen trennen. Später habe ich gehört, dass mit Psychotikerinnen keine therapeutische Arbeit an Kindheitstraumen mehr stattfinden sollte, sondern nur noch Trauerarbeit über verlorenes Selbsterleben. Das ist einerseits schwer zu akzeptieren für eine Betroffene, aber andererseits gibt es Beeinträchtigungen, die sich nicht mehr rückgängig machen lassen.

Ich halte die Psychose nicht für ein großes Glück, aber es gibt eben auch hier einen gewissen »Krankheitsgewinn«: Ich sehe vieles klarer, in gewisser Weise genieße ich das mir verbliebene Leben mehr als früher. Ich bin nicht mehr so unzufrieden. Ich weiß, dass ich das, was ich habe und was mir immer zu wenig war, auch noch verlieren kann. Sogar mich und die innere Freiheit. Alles.

Im Jahr 2001 gab mir ein Bekannter das Protokoll des Psychoseseminars zum Thema »Angsterfahrung – was passiert mit mir, wenn ich Angst habe?«, später fragte mich eine Freundin, ob ich das Protokoll über das Thema »Psychose und Kreativität« haben möchte.

Daraufhin ging ich wieder mal in das Psychoseseminar. Hier hatte sich inzwischen das »Tollhaus-Projekt« gebildet, das in Kiel eine Möglichkeit schaffen will, Psychosen weitgehend ohne Neuroleptika zu behandeln oder zu durchleben (Soteria-nahes Projekt).

Inzwischen haben uns die Angehörigen fast völlig verlassen. Manchmal kommt eine Angehörige, beginnt nach einiger Zeit zu weinen und lässt sich von uns trösten, aber nie wieder blicken. Vielleicht sind wir nach den Psychosen nie wieder dieselben und es ist für die Angehörigen schwer zu ertragen, den Sohn oder die Tochter auf diese Weise mitten im Leben und ohne es begreifen zu können, verloren zu haben. Eltern bilden sich ja auch immer eine Menge darauf ein, ihre Kinder zu kennen.

Auch wenn meine Besuche des Psychoseseminars seltener geworden sind, fahre ich doch immer wieder gerne mit nach Rendsburg zum landesweiten Treffen der Psychoseseminare in Schleswig-Holstein, wo wir dann so richtig viele sind, aus allen Landkreisen dieses Landes.

Manchmal ist es mir auch zu viel und ich will das alles nicht mehr hören. Aber man kann es sich nicht aussuchen und »Die beste Krankheit nützt nichts«.

Ursula Höger

Erfahrungen mit der Psychiatrie aus zwei Blickwinkeln: Als Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene – ohne und mit Psychoseseminar

Erste Erfahrungen

Im September 1989 bin ich psychisch erkrankt – nicht das erste Mal. Denn bereits Anfang November 1968 hatte ich eine Wochenbettdepression. Meine Familie und die Familie meines Mannes konnten damals nicht mit meiner psychischen Erkrankung umgehen. Ich wurde beschimpft und mir wurden sehr starke Schuldgefühle gemacht. Das waren sehr schlimme Erlebnisse für mich, die ich zum damaligen Zeitpunkt zunächst gar nicht verarbeiten konnte. Hilflos und relativ unwissend begab ich mich zu einem Nervenarzt. Doch es stellte sich sehr schnell heraus, dass mir eine ambulante Behandlung und Medikamente alleine nicht helfen konnten. Ein Klinikaufenthalt wurde notwendig, der schließlich ca. sechs Wochen dauern sollte. Danach ging es mir erstaunlich gut. Nach kurzer Zeit war ich gesund und setzte sofort die Medikamente ab.

Ende 1989 geriet dann zunächst mein Sohn in eine psychische Krise. Er litt damals an einer Augenerkrankung, die zur Erblindung führen kann. Er hatte insbesondere Probleme mit dem Dämmerungssehen und einer Gesichtsfeldverengung. Ein Augenarzt in der Uniklinik Düsseldorf gab meinem Sohn den Rat, schnellstens einen Beruf zu ergreifen und eine Familie zu gründen, da er praktisch morgen am Tag erblinden könnte. Man kann sich leicht vorstellen, dass dies mein Sohn psychisch absolut nicht verkraften konnte und in eine entsprechende psychosoziale Krise geriet.

Diese problematische Augenerkrankung wird in meiner Familie vererbt. Ich gehöre zu denjenigen, die nicht selber erkranken. Mein Sohn, der 1989 21 Jahre alt war, ist heute 34 Jahre und verfügt immer noch über ein gutes Sehvermögen! Damit wird auf fatale Weise deutlich, welchen Schaden manche Ärzte mit ihren unbedachten Äußerungen – und das noch gegenüber einem jungen Menschen von 21 Jahren – anrichten können!

Ich suchte dann mit meinem Sohn gemeinsam einen Nervenarzt auf. Leider verbesserte sich aber auch dadurch die Situation meines Sohnes nicht. Nach weiteren vier Wochen wurde ich dann selber krank und bat den Nervenarzt, auch mir zu helfen. Nachdem für meinen Sohn die ambulante nervenärztliche Behandlung nicht den gewünschten Erfolg brachte, schlug ich meinem Sohn vor, freiwillig eine psychiatrische Klinik aufzusuchen. Obwohl unser Arzt mit meinem Vorschlag nicht einverstanden war, bestand ich auf meinem Vorschlag, da ich den Eindruck hatte, dass für ihn in dieser aktuellen Krise eine ambulante nervenärztliche Behandlung nicht ausreichen würde.

Psychiatrische Demütigungen

So kam es dann, dass Ende Oktober 1989 sowohl mein Sohn wie auch ich in verschiedenen Kliniken waren. Hätte ich bereits damals mehr über psychische Erkrankungen und entsprechende Heilmethoden gewusst, wäre uns wahrscheinlich viel Leid erspart geblieben. Bei mir ging der Leidensweg dann folgendermaßen weiter:

Obwohl ich mich freiwillig in eine Nervenklinik begeben hatte, wurde ich in eine geschlossene Abteilung eingewiesen. Mir war vor dieser Erfahrung nicht bewusst, wie krank man überhaupt werden kann: Eingesperrt und mit Medikamenten vollgepumpt, keine Gespräche, so dass ich nach kurzer Zeit völlig verzweifelt war.

Meine Krankheit verschlimmerte sich so, dass ich quasi dabei zusehen konnte. Meine Gedanken kreisten zu diesem Zeitpunkt ausschließlich darum, was ich bloß angerichtet hatte. Zum Glück hatte es mein Sohn besser angetroffen. Er verbrachte seine Klinikzeit auf einer offenen Abteilung. Diese psychiatrischen Kliniken sind ja tatsächlich zum Teil auch heute noch wie kleine Dörfer aufgebaut, so dass man sich regelrecht isoliert fühlt und selten mit anderen »normalen« Menschen zusammenkommt. Dies ist ja um so problematischer in geschlossenen Bereichen. Das hatte ich 1968 wesentlich positiver erlebt, da zum Beispiel das Krankenhaus gemeindeintegriert mitten in der Stadt lag.

Aber das Schlimmste war für mich, dass ich 1989 mit einem verantwortlichen Chefarzt zu tun hatte, der, um es sehr direkt zu sagen, am laufenden Band erniedrigende und diskriminierende Sprüche auf mich los ließ.

Damals war ich 46 Jahre alt und als ich diesen Chefarzt beispielsweise fragte, wann ich wieder gesund werden würde, sagte er mir wortwörtlich: »Mit Ihnen kann man nichts mehr anfangen, Sie sind reif für die Müllhalde.« Solche außergewöhnlich diskriminierenden Sprüche drückten natürlich weiter auf meine angeschlagene psychische Verfassung, so dass ich schließlich dachte: »Es wäre besser, du bist tot.«

Sie können sich als Leserinnen und Leser sehr wahrscheinlich vorstellen, welche ohnmächtige Wut ich auf diesen Arzt hatte. Solche Menschen können einen regelrecht in den Selbstmord treiben. Doch selbst diese außergewöhnlich drastischen Äußerungen des Arztes ließen sich noch steigern. Auf meine Frage, ob bei mir eine Computer-Tomographie gemacht werden könnte, antwortete dieser Arzt: »Glauben Sie denn, dass man für Sie noch Geld aus gibt?«

Aufgrund dieser furchtbaren Äußerungen dachte ich nur noch darüber nach, wie ich meinem Leben ein Ende bereiten könnte. Ich habe mir alles Mögliche überlegt, war aber schließlich (heute sage ich zum Glück) zu feige dazu.

Als die psychiatrischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von meinen Suizidabsichten erfuhren, drehte sich die ganze psychiatrische Mühle um mich herum erneut im Kreis. Ich kam dann wieder von einer offenen auf eine geschlossene Abteilung und wurde zu allem Drama auch noch nachts angeschnallt. Diese Demütigungen und Diskriminierungen waren für mich so schrecklich, dass ich mir vornahm, darüber öffentlich zu berichten, sobald es mir besser gehen würde. Damals hatte ich regelrecht die Übersicht über mein Leben verloren, da man es mir praktisch aus den Händen genommen hatte. Meine Familie und ich wären fast daran zerbrochen! Meine Frage lautete nur noch: »Wer zieht diese Ärzte eigentlich zur Rechenschaft?«

Mein Weg zum Trialog

Nachdem ich mich von diesen ganzen schrecklichen Geschehnissen einigermaßen erholt hatte, wurde es mein wichtigstes Ziel, aufgrund dieser negativen Erfahrungen anderen Menschen in ähnlichen Situationen zu helfen und ihnen – insbesondere in Gesprächen – Hoffnung zu machen. Seit Mai 1994 bin ich nun gesund! Und seit 1995 besuche ich kontinuierlich Psychose-Seminare, nachdem ich davon aus der Zeitung erfahren hatte. Dies war einer der

wichtigsten Entschlüsse in meinem Leben und der Anfang einer wunderbaren Entwicklung.

Meine frühere Idee, über meine eigenen Erfahrungen als Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene zu berichten und dadurch anderen Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen zu helfen, nahm nun ganz konkrete Formen an. Meinem Sohn ging es damals leider noch nicht so gut wie mir. Auch das war für mich ein wichtiger Anlass, etwas ganz Konkretes auch für die Gesundheit unserer ganzen Familie zu tun. Außerdem wollte ich Positives dazu beitragen, in der Psychiatrie etwas zu verändern!

Aus meiner Perspektive nehmen leider zu wenige Profis (insbesondere Ärztinnen und Ärzte) an den Psychose-Seminaren teil. Zunächst habe ich in den Psychose-Seminaren überwiegend von meinen eigenen Erfahrungen berichtet. Zu meinem Sohn habe ich mich zuerst nicht geäußert. Ich habe aber nach jedem Seminar meinem Sohn ausführlich erzählt, wie gut diese Psychose-Seminare für mich sind und dass es mir dadurch besser geht.

Nachdem er zunächst sehr ablehnend war und Angst äußerte, dass ihn die Gespräche im Psychose-Seminar belasten könnten, entschloss er sich doch nach längerer Zeit, mit mir gemeinsam die Seminare zu besuchen.

Dies war der Beginn einer sehr positiven Entwicklung für uns beide. Mein Sohn war dann auch in der Lage, offen über seine Erfahrungen zu sprechen. Und in der Pause hatte er Kontakte mit anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Betonen möchte ich auch, dass die Pausen in den Psychose-Seminaren aus meiner Wahrnehmung eine ganz wichtige Funktion haben. Denn in den Pausen findet oft ein sehr reger Austausch über die jeweiligen Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer statt. Und mit der Zeit ist auch meine Wut, mein Zorn und meine große Enttäuschung über die oft falsche und erniedrigende Behandlung in der Psychiatrie, aber auch bei ambulanten Nervenärzten, durch die vielfältigen und bereichernden Gespräche in Seminaren kleiner geworden. In den Psychose-Seminaren konnte ich mit großem Respekt lernen, was viele der Angehörigen tatsächlich leisten. Und ich wurde immer zuversichtlicher, auch meinen Weg zu finden und zu gehen wie auch meinem Sohn helfen zu können und selbst nicht mehr krank zu werden.

Die Einladung der Ärztin und Moderatorin eines weiteren Psychose-Seminars, mich an den dialogischen Vorbereitungen der Seminare und der Themengestaltung zu beteiligen, nahm ich sehr dankbar an. Im Mai 2001 war es für mich ein sehr beeindruckendes Ereignis, am Forum Rehabilitation in Hamburg teilnehmen zu können. Dort konnte ich auch Herrn Thomas Bock und Frau Dorothea Buck kennen lernen. Die Teilnahme an diesem Kongress war für mich sehr wertvoll und ich konnte mein Wissen dort erweitern.

Im Jahre 2001 wurde auch ein erstes Psychose-Seminar in Düsseldorf-Kaiserswerth veranstaltet, das ich regelmäßig gemeinsam mit meinem Sohn besuchte. Wir konnten beide immer unbefangener und ohne Scheu und aus unserer jeweiligen Sicht erzählen, was wir bis jetzt im Rahmen der Psychiatrie und mit psychischer Erkrankung erlebt haben. Dabei war für mich besonders wichtig, dass mein Sohn im Psychose-Seminar mehr von sich und seinen Empfindungen sprach als privat zu Hause. Auch an der Vorbereitung und Durchführung dieses Seminars war ich beteiligt.

2001 wurde ich auch zum 125-jährigen Jubiläum der Rheinischen Klinik in Düsseldorf durch Herrn Professor Gaebel eingeladen. Dort habe ich zum aktuellen Stand der psychiatrischen Versorgung und zur Planung der weiteren Entwicklung einen Vortrag aus Sicht einer Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen gehalten. Meine Rede vor großem Publikum stieß dort auf sehr gute Resonanz. Auf dieser und allen folgenden Veranstaltungen fühlte ich mich sehr ernst genommen.

Im Juni 2002 nahm ich an einer Podiumsdiskussion zum Thema: »Arbeitsalltag mit psychisch Kranken – ein Widerspruch in sich?« in Essen teil. Dort machte ich deutlich, dass dies für mich keinesfalls ein Widerspruch sei. Schließlich bin ich ja nicht mein Leben lang krank, sondern nur vorübergehend. Ein Unternehmer aus Hamburg betonte auf dieser Tagung, dass auch alle psychisch kranken Menschen ihre Chance nutzen, wenn man sie ihnen entsprechend ihren individuellen Fähigkeiten einräumt.

Allerdings sieht dies nach meiner Erfahrung bei vielen anderen Firmen oft ganz anders aus. Psychisch kranken Menschen wird manchmal viel zu schnell die Arbeit in Behindertenwerkstätten angeboten, aus denen sie dann nicht mehr herauskommen. Dies finde ich gar nicht in Ordnung! Meinen Sohn bewundere ich insbesondere dafür, dass er nie aufgegeben hat, eine Arbeit zu finden, und immer wieder einen Neuanfang gewagt hat.

An der Gemeindepsychiatrie kritisiere ich aufgrund meiner Erfahrungen, dass zu wenig für die berufliche Integration psychisch kranker Menschen getan wird. Dies konnte ich auch am Beispiel meines Sohnes in einem Übergangwohnheim für psychisch kranke Menschen feststellen. In einem Zeitraum von über drei Jahren fanden dort lediglich vier bis fünf Gespräche mit den Angehörigen statt. Und diese Gespräche kamen auch nur auf meinen Druck hin zustande. Ich fühlte mich generell zu wenig über Behandlung und Therapien informiert. Für mich ist aber sicher, wenn wir als Angehörige nicht immer wieder unseren Sohn aufgefangen hätten, ginge es ihm heute nicht so gut. Allerdings gab es in dem erwähnten Übergangwohnheim auch einige

Mitarbeitende, die partnerschaftlich mit meinem Sohn umgegangen sind und ihm Sicherheit und Unterstützung gaben. Doch andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter machten aus meiner Sicht entscheidende Fehler, die ohne unsere tatkräftige Hilfe als Angehörige zur Katastrophe geführt hätten.

Selbsthilfe als Konsequenz

Im Januar 2003 bin ich dann noch einmal sehr wütend geworden und habe meinem Sohn und meinem Mann vorgeschlagen, ab jetzt alles gemeinsam und mehr in Selbsthilfe anzugehen. Mein Sohn hat inzwischen eine schöne Wohnung für sich und mit Hilfe eines früheren Mitbewohners im Übergangsheim auch eine Arbeitsstelle. Die beiden jungen Männer helfen sich nun gegenseitig und sind echte Kollegen. Der Arbeitgeber ist mit den Leistungen der beiden Freunde so zufrieden, dass er ihnen mitgeteilt hat, weitere Mitarbeiter einzustellen, wenn die Freunde diese vorschlagen würden.

Auf diesen wunderbaren Moment habe ich lange Zeit gewartet!

Das haben wir gemeinsam geschafft! In den letzten Jahren konnte ich somit vielfältige Erfahrungen durch die unterschiedlichen Psychose-Seminare, Fachtagungen und Podiumsdiskussionen machen. Außerdem bin ich seit 1995 auch Mitglied im Angehörigenverband und nehme bereits seit einigen Jahren an den Sitzungen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) im Kreis Mettmann (NRW) teil. Dort konnte ich auch guten Kontakt zu einer Oberärztin einer Rheinischen Klinik für Psychiatrie aufbauen. Durch die Initiative dieser Oberärztin finden in ihrer Abteilung regelmäßig dialogische Gespräche mit Angehörigen, Psychiatrie-Erfahrenen und Profis statt. Am Anfang hatten insbesondere die Profis große Angst, dass durch diese dialogischen Gespräche mehr Arbeit auf sie zukommen könnte. Dies hat sich aber als gegenstandslos erwiesen. Das genaue Gegenteil ist eingetreten. Denn durch diese Dialoggespräche hat sich die gesamte Atmosphäre zwischen allen Beteiligten verbessert. U. a. bestätigte mir der Chefarzt dieser Klinik, dass die geschilderte Zwangsbehandlung von 1989, die genau in dieser Klinik stattgefunden hat, Freiheitsberaubung war.

Und stellen Sie sich vor, heutzutage werde ich in derselben Klinik zu Fortbildungsveranstaltungen und Vorträgen eingeladen. Nun habe ich mir in der Klinik, in der ich 1989 auf das Schlimmste erniedrigt worden war, eine akzeptierte Rolle als Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene erarbeitet! Ich fühle mich nun nicht mehr als hilflose Patientin, die einfach gedemütigt werden kann, sondern als gleichberechtigte Partnerin!

Das hat bei mir der praktische Dialog bewirkt!

Susanne Heim

Trialog – praktisch nur im Biotop!

**Darüber reden reicht nicht:
Es gibt nichts Gutes, außer man tut es!**

Ein Schlagwort geht um in der sozialpsychiatrischen Szene: Alle reden vom Trialog, gelegentlich sogar trialogisch. Aber die Aufbruchstimmung, die 1994 vom legendären Weltkongress für Soziale Psychiatrie in Hamburg ausging, die hat sich längst ganz leise verflüchtigt. Zwar ist der Trialog noch immer in aller Munde – aber wehe, wenn's zum Schwur kommt!

Nicht, dass da jemand offen mauern wollte! Nicht, dass da jemand sich selbst oder womöglich gar vor anderen heimliche Vorbehalte eingestehen würde. Nein, wir finden den Trialog doch alle so richtig, so wichtig, so wünschenswert! Grundsätzlich. Ja, eigentlich selbstverständlich! Nur in der Praxis geht das dummerweise immer wieder unter. Da sitzt der Springteufel im Detail und macht uns unverhohlen eine lange Nase.

Da werden immer wieder motivierende Fortbildungen und andere Angebote zur Ermutigung Trialogwilliger geplant – und mangels Interesse reihenweise wieder abgeblasen. Da werden Diskussionen und ganze Tagungen zu sozialpsychiatrischen Themen, womöglich gar zu einem Thema wie Nutzerbeteiligung, Qualitätskontrolle oder (*expressis verbis*) Trialog ausgerichtet und nicht nur nicht trialogisch vorbereitet – nein, auch auf dem Podium bleiben die professionellen Diskutanten ganz arglos unter sich. Wohlmeinende Veranstalter versäumen geflissentlich bis drei zu zählen – und »vergessen« ganz einfach, auch die Psychiatrie-Erfahrenen und/oder die Angehörigen einzuladen. Selbst dort, wo rechtzeitig an beide Partner-Gruppen gedacht wurde, kommt die Ambivalenz oft unversehens im Programm zum Vorschein. Wie zum Beispiel unlängst beim Pflegeforum einer Klinik im Rheinland zur »Kooperation mit Betroffenen und Angehörigen«: Der Referate-Marathon

am Nachmittag dauerte drei Stunden und ließ erst einmal vier Profis zu Wort kommen, bevor eine Angehörige und ganz zuletzt eine »Betroffene« auch noch etwas sagen durften. Gut, man könnte natürlich sagen: Das Wichtigste als Höhepunkt zum Schluss. Wenn/weil dann schon keiner mehr zuhören kann? Wie kann Kooperation gelingen, wenn ich mich nicht zuerst einmal für meine Partner und deren Vorstellungen interessiere! Autistische gute Absicht ist nicht genug!

Das ist die eine Seite. Und wo stehen die Psychiatrie-Erfahrenen und die Angehörigen? Wie ernst ist es ihnen mit dem partnerschaftlichen Dialog auf gleicher Augenhöhe? Meckern kann jeder, fordern kann man viel! Aber wer engagiert sich, greift zu und nutzt die Gunst der Stunde, wo sich Türen öffnen? Sind wir überhaupt schon so weit, gibt es in unseren Reihen schon genügend Leute, die willens und in der Lage sind aufzustehen, »aufzutreten«, sich zu zeigen, ihre Interessen und die Sache ihrer Gruppe selbstbewusst zu vertreten? Bei der mühsamen Suche nach Mitstreitern fällt mir jedenfalls immer wieder ein weises Wort von Nossrat Peseschkian ein: »Man muss gut überlegen, was man haben will. Es könnte passieren, dass man es bekommt.« Deshalb trete ich nicht selten vorsichtshalber leiser auf – man kann auch sagen: halbherzig. Denn die Gefahr ist allgegenwärtig, dass angebotene Stühle doch wieder unbesetzt bleiben, wenn eine Tür endlich aufgestemmt ist.

Fast alle maulen, fast keiner tut's Maul auf. (Albert Mathias Kreuels)

Was tun, wenn sich kaum jemand findet, der sich traut? Wenn die einen mauern und die andern hinter eben diesen Mauern mosernd in Deckung bleiben? Soll man überhaupt noch daran erinnern, dass schon die Experten-Kommission der Bundesregierung in ihren Reform-Empfehlungen 1988 gefordert hat, »der Bedeutung des nicht-professionellen Bereichs« Rechnung zu tragen, indem solche »Initiativen in den Planungs- und Kontrollgremien der Psychiatrie vertreten sind«? Blamieren wir uns mit unserem Zögern und Zaudern nicht alle gleichermaßen – trialogisch korrekt!?

Gut, es gibt die Psychoseseinare. Aber schon damit hapert es vielerorts. Fast überall machen sich die professionellen Helfer rar: Wenn sie nicht durch Abwesenheit glänzen, halten sie sich überwiegend bedeckt. Selbstverständlich nur aus Rücksicht! Schließlich sollen sich die Psychiatrie-Erfahrenen endlich einmal ungehindert aussprechen dürfen! Gleiche Augenhöhe? Psychoseseinare als Feigenblatt, zur Entlastung der Psychiatrie? Wenn Psychiater (auf Deutsch: Seelenärzte!) sich nicht für die Kümmernisse ihrer Patienten interessieren, sie nicht anhören, ihnen nicht zuhören – ist das nicht schlichtweg ein Kunstfehler, um nicht zu sagen: ein Skandal?

Nicht selten wird aber auch regelrecht »Seminar« veranstaltet, mit einem Vortrag und anschließender Fragerunde, Diskussion genannt. Von wegen Erfahrungsaustausch zwischen gleichrangigen Experten in jeweils eigener Sache! Da müssten wir ja – trialogisch – allesamt aus der Rolle fallen! Wir rebellieren zwar gerne gegen Autoritätspersonen und ihre »Definitionsmacht«, lassen aber offensichtlich ungern ab von unserer Autoritätsgläubigkeit. Also begnügen wir uns – generös die einen, dankbar die andern – mit Psychoedukation. Auch das ist Selbstbestimmung – selbstbestimmte Beschränkung!

Weil wir dem vorbeugen wollten, haben wir in Köln das Psychoseseminar von Anfang an Psychose-Forum genannt. Wir wollen damit deutlich machen: Es handelt sich um ein Forum für Begegnung, nicht um eine Lehrveranstaltung. Erfahrungsaustausch schließt Lernen ja nicht aus! Das Kölner Team ist selbstverständlich trialogisch besetzt und moderiert zu dritt. So nutzen alle, Team wie Teilnehmer, das Forum als Lern- und Übungsfeld für ein respektvoll gleichberechtigtes Miteinander – und das seit mittlerweile sieben Jahren. Selbstbestimmt leben will schließlich gelernt sein – ob mit oder ohne Psychiatrie-Erfahrung. Selbstbestimmt leben ist weder einfach noch bequem. Denn ich muss die Verantwortung für mein Tun und Lassen übernehmen, selber tragen. Muss meine Bedürfnisse äußern und sie vertreten. Wenn aber alle gleichwertig, gleichberechtigt sind, kann es nicht darum gehen, die eigenen Wünsche gegen die anderen rundum durchzusetzen. Einen Anspruch auf Selbstbestimmung habe ja nicht nur ich. Da müssen wir bei Konflikten verhandeln, ab- und zu-geben, Kompromisse schließen lernen. Und wenn mein Gegenüber mir noch so verquer oder befremdlich vorkommt: Ich muss seine Rechte und Bedürfnisse genauso wahr und wichtig nehmen wie die meinen. Wir müssen uns auseinander setzen, um irgendwie zusammenzukommen, uns zu arrangieren. Im Psychose-Forum gelingt das schon ganz gut.

An ihren Früchten sollt ihr sie erkennen. (Matthäus 7,16)

Und doch: Das Trialog-Biotop an der Kölner Volkshochschule scheint sich überwiegend selbst zu genügen. Der Versuch, auch die begleitenden Vortragsveranstaltungen nun endlich ebenso konsequent trialogisch auszurichten, ist vorerst kläglich gescheitert: Es war und ist nicht möglich, für alle Themen rechtzeitig jeweils eine/n Psychiatrie-Erfahrene/n und eine/n Angehörige/n aufzutreiben, die als Koreferenten namentlich auf dem Plakat erscheinen und auf dem Podium wenigstens, im Anschluss an das Referat des Profis, ein kurzes Statement abgeben mögen. Auch für Gremien wie die Arbeitskreise der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, den unabhängigen,

trialogisch besetzten Beschwerderat, die Besuchskommissionen etc. etc. lassen sich Vertreter der so genannten Nutzergruppen nur mit großer Mühe finden – wenn überhaupt! Und Köln ist (fast) überall.

So kommt es, dass man landauf und landab immer wieder auf dieselben Leute trifft – den allseits bekannten »Wanderzirkus«. Das wiederum führt dazu, dass die wenigen, die sich abstrampeln und »'s Maul aufmachen«, Gefahr laufen, sich heillos zu überfordern. Und es fördert Größenfantasien – nach dem Motto: »Taxi, Taxi! Fahren Sie mich irgendwo hin – ich werde überall gebraucht!« Gleichzeitig verführt es die andern dazu, die Repräsentanten und die von ihnen Vertretenen nicht wirklich ernst zu nehmen. Denn es sind ja immer nur die paar Unentwegten, die sich zu Wort melden. Wenn die womöglich unbequem »aufmüpfig« sind, den professionellen Konsens kritisch hinterfragen und damit die gewohnten reibungslosen Rituale stören – dann kann man sie bedenkenlos als Querulanten denunzieren. Oder als »Berufsbetroffene« abqualifizieren, wie es Professor Wolfgang Gaebel bei einer öffentlichen Veranstaltung am 22. Januar 2002 in Düsseldorf für angemessen hielt.

Ja doch, es gibt ein paar »Inseln«, wo trialogische Partnerschaft schon einigermaßen funktioniert. Aber wie viele Generationen werden wohl noch kommen und gehen, bis der Trialog als selbstverständliche Praxis das Festland erobert und in allen Herzen Wurzeln geschlagen hat? Man soll nicht ohne Hoffnung zweifeln. Deshalb als meine Quintessenz trialogischer Praxis, ein Aufschrei – im Duett mit dem Direktor im Vorspiel auf dem Theater von Goethes Faust: »Der Worte sind genug gewechselt, lasst uns auch endlich Taten sehn!«

Margret Osterfeld

Der Einfluss des Dialogs auf eine Psychiatrie-Karriere

Ja, ich glaube, ich kann von Glück reden, da ich schon früh in meiner Weiterbildungszeit zur Psychiaterin den ersten dialogischen Aktivitäten begegnete.

In meiner Heimatstadt gründeten 1995 einige engagierte Menschen ein Psychoseminar nach Hamburger Vorbild und betraten damit in unserer Region absolutes Neuland. Tief hat sich mir der Besuch von Dorothea Buck zur Gründungsveranstaltung und ihre Analogie vom psychotischen Erleben als »Traum, aus dem man nicht aufwacht« eingeprägt. Es schien auf einmal doch nicht alles so unverständlich zu sein, wie mir meine Ausbilder immer wieder klarzumachen versuchten.

Was ich von Betroffenen und ihren Angehörigen erfuhr, war lehrreicher als jedes Lehrbuch; ihre Schilderungen ließen allerdings so manches Mal die psychiatrische Behandlung nicht im allerbesten Licht erscheinen. Ich gebe zu, ich neigte dazu, so etwas als überzogene Kritik abzutun. Denn schließlich war ich überzeugt, dass meine Kollegen, genau wie ich, stets nur das Beste für die Patienten wollten. Wenn diese das nicht auf Anhieb erkennen konnten, dann mochte dies wohl eine Begleiterscheinung der Krankheit sein.

Wichtiger aber als dieses ewige Streitthema war, dass ich hier Menschen kennen lernte, die eindrücklich schildern konnten, welch tief greifende und oft nicht nur negative Veränderung die psychische Erkrankung für sie bedeutete. Da wurde es auf einmal nachvollziehbar, dass psychotische Episoden durchaus eine Bedeutung in einer Lebensgeschichte haben können. Ich lernte so differenzierte Auseinandersetzungen mit eigenen Krankheitsgeschichten kennen, dass es mir durchaus fragwürdig schien, die Segnungen der Psychopharmakologie mit Nachdruck und Überzeugungskraft bei jedem Betroffenen zum Einsatz zu bringen.

Es wurde – zum Teil sogar schmerzhaft – einfühlbar, dass Druck, Zwang und Gewalt oft jahrelange seelische Traumatisierungen bei den Betroffenen

hinterlassen. Ich verdanke dem Psychoseseminar einen Blick für das Leben nach der akuten Phase, den mir die Klinik nicht vermitteln konnte, und damit sicher auch einen etwas größeren therapeutischen Optimismus als ohne diese Erfahrung.

Auch die Leiden der Angehörigen wurden im Psychoseseminar erstmals für mich begreifbar. Auch sie brauchen und suchen Hilfe und Unterstützung. Manche engagierten sich sehr für eine umfassendere ganzheitliche psychiatrische Behandlung. Andere wieder forderten eher das Unmögliche: »Gebt meinem Familienmitglied die richtige Pille, so dass er oder sie wieder so wird wie früher!« Durchaus gelang es aber hin und wieder, dass solche Erwartungen durch Psychiatererfahrene besser aufgeweicht wurden, als es jeder Profi gekonnt hätte.

»Auf der anderen Seite«

Allerdings konnte diese besondere Erfahrung im Psychoseseminar kein Schutz davor sein, vom Klinikalltag aufgesogen zu werden. In den nächsten Jahren gab es mehr Arbeit, mehr Verantwortung, mehr Patienten, mehr Dokumentation. Für das Psychoseseminar schien keine Zeit mehr übrig zu bleiben. Neue Medikamente brachten zunächst neue Hoffnungen, eine neue Klinikleitung brachte biologistische Überzeugungen. Der Alltag wurde immer mehr von medikamentöser Therapie beherrscht. Zeit zum kritischen Reflektieren gab es immer seltener, auch Diskussionen im Kollegenkreis erstarben, gefragt war Handeln oder genauer Behandeln und zwar mit Medikamenten.

Im Rückblick ist mir klar, dass dies nicht lange gut gehen konnte. Im sechsten Jahr meiner Psychiatriekarriere landete ich »auf der anderen Seite«; ich wurde selbst psychisch krank.

Was ich während zweier Episoden in vier verschiedenen Kliniken erlebte, hat weder mit Trialog noch mit Dialog etwas zu tun. Es ging vom ersten Tag an nur darum, Medikamente zu schlucken. Die Fragen, wie ich meine Erkrankung sehe und was mir meiner Meinung nach helfen würde, wurde erst gar nicht gestellt. Jeder Druck und jedes Mittel, gelegentlich auch jenseits des durch rechtsstaatliche Prinzipien gesteckten Rahmens, war recht, um eine Behandlung zu erzwingen, die die Behandler sinnvoll fanden. So durfte ich mir in einer durchaus elitären Universitätsklinik anhören: »Frau Osterfeld, wenn Sie jetzt das Medikament nicht nehmen, mache ich Ihnen ein Psych-KG!«

Achtzehn Monate später hieß es dann in einer anderen Klinik im Unterbringungsantrag: »Sie will sich nicht richtig behandeln lassen und gefährdet sich durch Chronifizierung.«

Ich tat erst einmal heimlich Abbitte bei jedem Kritiker, den ich im Psychoseminar für überzogen gehalten hatte. Ich grübelte darüber nach, wie Menschen – Psychiater – zu so einer Haltung kommen können. Ich glaube, die Schlussfolgerung ist zulässig, dass bei Menschen, die solche Behandlungs- oder soll ich eher sagen »Entrechtungs«prinzipien einer Kollegin gegenüber ohne Zaudern anwenden, diese zum Alltagsrepertoire gehören. Es war täglich neu spürbar für mich, dass ich als ver-rückter Mensch keinen Anspruch darauf habe, gehört, geschweige denn ernst genommen zu werden. (Es sei hier der Fairness halber erwähnt, dass diese Aussagen nicht für die Pflege-teams gelten.) Hier wird ein kranker Mensch zum willenlosen Objekt degradiert und diese Erfahrung ist zutiefst verletzend, traumatisierend. Sie bereitet meiner Meinung nach den Boden für so manchen Chronifizierungsprozess.

Veränderungen

Offensichtlich wurde für mich aber auch, dass das Bild, das ich mir bisher von der Psychiatrie, von meinem Berufsstand gemacht hatte, augenscheinlich viel zu rosig war. Konnte ich weiterarbeiten in einem Fachgebiet, in dem anscheinend eine Mehrzahl der Meinungsführer nur noch auf Medikamente vertraut, in dem Diagnosen im Handumdrehen vergeben werden und jede abweichende Ansicht eines Betroffenen als »mangelnde Krankheitseinsicht« vom Tisch gewischt wird? Kann es eine psychiatrische Behandlung geben, in der es um mehr geht, als die Definitionsmacht des Psychiaters mit allen Mitteln durchzusetzen?

Es würde hier zu weit führen, all die Gedanken zu diesem Thema niederzuschreiben, ich will mich auf die praktischen Schritte beschränken. Der erste war natürlich zurück an die Arbeit. Schließlich war dies mein täglich Brot. Die Stolpersteine bei diesem Schritt hatte ich bereits nach meiner ersten Episode zu Genüge erlebt, sie sind an anderer Stelle beschrieben¹. Nach der zweiten Episode traf ich es besser. Ein neues Team in einer allgemeinpsychiatrischen Aufnahmestation brachte mir genau die Offenheit und Skepsis ent-

1 M. OSTERFELD: *Eine Kollegin wird wieder gesund*. In: WOLLSCHLÄGER, M. (Hg.): *Sozialpsychiatrie*. Tübingen, DGVT-Verlag, 2001

gegen, die jedem »Neuen« entgegengebracht werden. Nach drei Monaten schaute Schwester Ute mir in die Augen und sagte: »Und wissen Sie, wem es auch immer besser geht?« Verdutzt antwortete ich: »Meinen Sie etwa mir?« Mit ihrem klaren »Ja« war das erste Eis gebrochen, ich fühlte mich akzeptiert. Bis allerdings die ständigen Zweifel daran nachließen, was der Sinn meines ärztlichen Tuns sei, ob ich nicht durch mein Handeln mehr Schaden anrichte als nütze, verging noch mehr als ein weiteres Jahr. Inzwischen habe ich den Eindruck, dass ich in diesem Team eher mehr Akzeptanz habe als ein »Nur-Akademiker«, gerade weil ich auch »die andere Seite« kenne.

Der zweite Schritt führte zurück ins Psychoseseminar. Es ist leider inzwischen ein wenig zu einer »Volkshochschulveranstaltung« verkümmert, bei der viel zu oft irgendwelche Koryphäen Vorträge halten, die dann von den Anwesenden diskutiert werden dürfen. Eine Veränderungswirkung auf den Klinikalltag fehlt leider. Aber vielleicht lässt sich daran ja was ändern. Aus diesem Grund habe ich mich nach und nach auch mehr in der Vorbereitungsgruppe engagiert. Ich merkte, ich suchte Räume, wo ich nicht nur als Rad im Getriebe funktionieren, sondern auch verändern konnte.

Der dritte Schritt folgte logischerweise bald. Es war die Mitgliedschaft beim Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener. Ich suchte zunächst Möglichkeiten, mich über meine Erfahrungen auszutauschen, denn dies ging natürlich am Arbeitsplatz nicht, und auch meine Familie verschließt hier gern die Ohren. Aber ich suchte auch die Organisation, die Veränderungen anstrebt. Inzwischen weiß ich, hier gibt es eine geballte Erfahrungskompetenz, die mir zeigt, dass meine Psychiatrieerfahrungen bei weitem kein Einzelfall sind, und der dringend im Alltag der institutionalisierten Psychiatrie mehr Gehör verschafft werden muss.

Natürlich gab es auch Veränderungen in meinem ganz persönlichen Arbeitsalltag. Wenn ich nicht will, dass meine Seele zu einem Chemiebaukasten degradiert wird, der von außen beliebig mit Medikamenten beeinflusst werden kann, dann kann ich dies auch von keinem Patienten erwarten. Es mag gute Gründe für die Einnahme von Psychopharmaka geben, aber es gibt sicher auch gute Gründe, dies nicht zu tun. Den richtigen Weg kann ich nicht kraft Fachkompetenz verordnen, sondern nur gemeinsam mit dem oder der Betroffenen als gleichberechtigten Partner erarbeiten. Übrigens würden nach einer Umfrage von M. Amering (1999)² dreißig von hundert in der Psychi-

2 AMERING, M. ET AL. (1999): *Psychiatric wills of mental health professionals: A survey of opinions regarding advance directives in psychiatry*, Soc. Psychiatry Psychiatric. Epidemiol. 34, S. 30-34; zitiert nach: KNUF, A.: *Selbstbefähigung fördern*. Bonn, Psychiatrie-Verlag, 2000

atrie Tätigen im Falle einer Psychose die Einnahme von Neuroleptika ablehnen. Nach einer von der Firma Janssen veröffentlichten Untersuchung nehmen ca. fünfzig Prozent der Psychosekranken ihre Medikamente nicht. Aber auch fünfzig Prozent der Hypertoniker, Diabetiker, Asthmatiker lehnen eine regelmäßige Medikation ab.

Also woher nehmen wir Psychiater das Recht, mit Druck, Zwang und Gewalt eine Medikation zu erreichen? Das grundgesetzlich garantierte Recht auf Selbstbestimmung kann meiner Ansicht nach nicht einfach durch eine psychiatrische Diagnose außer Kraft gesetzt werden.

Gleichberechtigung im Psychiatriealltag

Es ist ja auch nicht so, dass uns als Alternative zur Medikation keinerlei Möglichkeiten mehr blieben. Schließlich gibt es noch die psychosozialen Behandlungsansätze, die jedem Patienten auch zur Verfügung stehen sollten. Ich versuche in meinem Stationsalltag viel Raum für den gleichberechtigten Austausch über Psychoseerleben und Entwicklung eines gemeinsamen Krankheitsverständnisses zu geben. Hier gelingt es manchmal, Einsicht zu gewinnen in das Krankheitserleben des Betroffenen, zu gemeinsamen Einschätzungen zu kommen, die nichts mit der einseitigen »Einsicht« in das monokausal biologische Krankheitsmodell der Mainstream-Psychiatrie zu tun haben.

Auch der »Trialog im Kleinen«, Gespräche mit Betroffenen und Angehörigen, können häufig weiterhelfen und zur Klärung der Situation beitragen. Dabei löse ich oft zunächst Verblüffung aus, wenn ich darauf bestehe, in Anwesenheit des Betroffenen mit Angehörigen zu sprechen. Ich meine aber, schon hier fängt die Gleichberechtigung an; ein Informationsaustausch hinter dem Rücken von Betroffenen hat meist eher den Stellenwert von Klatsch und Tratsch als den von echter Hilfe.

Das Gleiche gilt natürlich für die ärztliche Dokumentation. Da sammle ich munter Daten, gebe sie an Versicherungen, Weiterbehandler, Gerichte oder andere Institutionen weiter – und der Betroffene soll diese Daten nicht einsehen dürfen? Da kann von Begegnung auf gleicher Augenhöhe nicht mehr die Rede sein, die informationelle Selbstbestimmung des Betroffenen wird mit fadenscheinigen Begründungen (er könne seelischen Schaden nehmen, die Rechte Dritter könnten tangiert sein u.ä.) beiseite gewischt.

Ich meine, ich bin es jedem Patienten schuldig, meine Dokumentation so zu verfassen, dass er oder sie sie auf Wunsch genauso lesen kann wie andere

Stellen. Wenn viele Institutionen sich an dieser Stelle zieren, dann drängt sich doch die Frage auf, was haben sie zu verbergen? Eine Behandlung zum Wohle des Patienten braucht sicher nicht vor diesem geheim gehalten zu werden.

Natürlich ist damit das Rad nicht neu erfunden. Es sind eher Selbstverständlichkeiten, die ich hier vertrete. Aber warum kommen diese Selbstverständlichkeiten im Alltag so oft unter die Räder? Ich denke heute, dass es in den allermeisten Fällen nicht an böser Absicht liegt, sondern an der sehr einseitigen psychiatrischen Sozialisation, die zu einer verzerrten Realitätswahrnehmung der Professionellen führt und dadurch ihr Handeln einseitig werden lässt. So lange das Wohl des Patienten unhinterfragt mein höchster handlungsleitender Wert ist, werden Patientenwille und Patientenrecht natürlich leicht ausgeblendet. Dazu kommt die in unserem Fachgebiet einzigartige Möglichkeit, die Willensfähigkeit des Patienten krankheitsbedingt wegzudefinieren. Die Nebenwirkungen dieses Handelns – Traumatisierungen, die stark zur Chronifizierung beitragen können – werden gar nicht erst hinterfragt. Die Entmündigung des Patienten findet in unseren Köpfen statt, lange bevor es zu einer richterlichen Anhörung kommt.

Trialogische Ausbildung

Daher gilt es meiner Meinung nach, schon die psychiatrische Sozialisation trialogisch auszurichten. Wie kann es angehen, dass – wie in einer mir wohl vertrauten Klinik nicht unüblich – Pharmareferenten Theorie Seminare der Weiterbildungsassistenten bestreiten, aber noch nie ein Vertreter der Betroffenen- oder Angehörigenorganisation zu weiterbildungsrelevanten Themen sprechen konnte? Wann Patientenrechte zuletzt Thema waren, ist mir nicht bekannt.

Es gibt inzwischen vereinzelte erste Ansätze, Betroffenenerfahrungen in die Ausbildung einzubeziehen. Der eine oder andere Klinikleiter hat sich bereit erklärt, die Teilnahme seiner Weiterbildungsassistenten an Psychose Seminaren als Weiterbildungszeit zu werten. Dies mag als Schritt in die richtige Richtung gesehen werden, ist aber eine zweiseitige Angelegenheit. Die Psychose Seminare leben von der engagierten Auseinandersetzung der beteiligten Gruppen. Ein Assistenzarzt, der dort ein paar Pflichtstunden »absitzt«, kann dabei eher stören als nützen. Außerdem sehe ich keinerlei Grund dagegen, dass ein Psychiatrieerfahrener oder auch Angehöriger sein Wissen honorarpflichtig im Rahmen der regulären Theorie Seminare der Ausbildungsklinik weitergibt. Auch hierdurch wird »gleiche Augenhöhe« demonstriert.

Verbindlichere Patientenverfügungen

Ein anderer sicher sinnvoller Schritt, der inzwischen an die zehn Jahre zurückliegt, war die Einführung der Behandlungsvereinbarungen. Auch wenn sicher nicht behauptet werden kann, dass sie einen Siegeszug durch den psychiatrischen Alltag angetreten haben, und auch wenn es ebenso sicher kein Zufall war, dass sie kurz nach den ersten Patientenverfügungen auf der psychiatrischen Bildfläche erschienen, haben sie in der einen oder anderen Klinik eine fruchtbare Auseinandersetzung ausgelöst. Inzwischen sind wir zehn Jahre weiter und der Bundesgerichtshof hat erst kürzlich wieder die Bedeutung der Patientenverfügung hervorgehoben. Ich frage mich inzwischen, ob es nicht sinnvoller ist, gerade um die Patientenrechte zu unterstützen und zu betonen, Hilfestellung beim Aufsetzen von rechtlich verbindlicheren Patientenverfügungen zu geben. Die Auseinandersetzung darum, welche Behandlungsform ein Betroffener als hilfreich erlebt – auf Wunsch auch unter Beteiligung der Angehörigen – ist sicher ein Prozess, der gegenläufig zu einer chronifizierenden psychiatrischen Karriere ist.

Recht auf Selbstbestimmung

Es lässt sich, unter Abwandlung eines Wortes von Klaus Dörner feststellen: »Psychiatrie ist trialogische Psychiatrie – oder sie ist keine Psychiatrie«. Psychiatrie, die nicht allen drei Partnern gleiche Rechte zugesteht, insbesondere auch das Recht auf Selbstbestimmung, verdient den Namen trialogisch nicht. Während ich diese Zeilen schreibe, findet in Dortmund gerade ein großer Kongress der Lebenshilfe zum Recht auf Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung statt. Zahlreiche Betroffene beteiligen sich an der Veranstaltung. Die segensreiche Tätigkeit der ursprünglich als Angehörigenorganisation gegründeten »Lebenshilfe« hat in den letzten Jahrzehnten dazu geführt, dass die Gesellschaft dieses Grundrecht den Menschen mit geistiger Behinderung nicht mehr absprechen kann.

Werde ich bis zum Ende meiner Psychiatrie-Karriere eine ähnliche Entwicklung für uns Psychiatrieerfahrene erleben dürfen?

Andreas Becher & Manfred Zaumseil

Professionelle im Psychose-Seminar – Erste Forschungsergebnisse

Die nachfolgend dargestellten Forschungsergebnisse stammen aus einer empirisch-qualitativen Untersuchung, in der die Teilnahme Professioneller (Helfer) an Psychose-Seminaren analysiert wurde.

Die Forschungsfrage lautete, wie Professionelle ihre Teilnahme an Psychose-Seminaren beschreiben und wie sie dort von anderen Teilnehmern gesehen werden. Es wurden acht Professionelle sowie acht »Nicht-Professionelle« (Experten, Betroffene, Angehörige), die an Berliner Psychose-Seminaren teilnahmen, retrospektiv nach ihren Erfahrungen befragt.

Ergänzend wurden zwei Gruppendiskussionen durchgeführt, in denen die Rolle Professioneller bei Gründung und Durchführung eines Psychose-Seminars thematisiert wurden.

Professionelle sind mit einer Vielfalt sich verändernder *Leitbilder im Gesundheitswesen* konfrontiert: Im Widerstreit unterschiedlichster Orientierungsangebote erscheint ihre Rolle in Psychose-Seminaren ein besonders interessanter Untersuchungsgegenstand zu sein.

Dafür sprechen auch verschiedene Anzeichen innerhalb der Psychose-Seminare selbst: Professionelle sind in vielen Psychose-Seminaren deutlich unterrepräsentiert, nehmen relativ kurz teil und gelten als eher zurückhaltend in ihren persönlichen Äußerungen. Insofern könnte man sie als »Problemgruppe« im Psychose-Seminar sehen.

Gleichwohl wird in der Programmatik der Psychose-Seminare vermutet, Professionelle könnten die größten Nutznießer sein, wenn sie sich nur persönlich einlassen würden. Professionelle sollen von der »dreifachen Supervision« profitieren und »ohne Verantwortungsdruck zu vollständiger Wahrnehmung und Gelassenheit« gelangen (Bock, 1999), so die werbende Programmatik.

Trotz der scheinbaren Attraktivität des Angebots lassen sich viele Professionelle nur bedingt auf Psychose-Seminare ein.

Die Ergebnisse der Untersuchung werden nun zusammengefasst unter folgenden Gesichtspunkten vorgestellt:

1. Welche Professionellen finden – unter welchen Bedingungen – den Weg ins Psychose-Seminar?
2. Welche zentralen Kategorien ergaben sich bei der Auswertung des Datenmaterials?

1. Welche Professionellen finden – unter welchen Bedingungen – den Weg ins Psychose-Seminar?

Für welche Professionellen ist das Psychose-Seminar ein »passendes« Angebot?

Man kann sagen, dass Professionelle, die am Psychose-Seminar teilnehmen, in der Psychiatrie eine eher marginale Stellung einnehmen.

Ein Interviewpartner spricht von »bunten Vögeln«¹. Die Professionellen kommen nicht »aus der Mitte« der Psychiatriemitarbeiterschaft, sie repräsentieren nicht den »Mainstream«. Eine gewisse »Randständigkeit« ergibt sich aus den (meist) sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern in Kombination mit dem Bewusstsein, einer Avantgarde anzugehören, die ein neues, anthropologisches Psychoseverständnis entwickelt und eine gleichberechtigtere Beziehung zu den Patienten anstrebt. Die teilnehmenden Professionellen werden auch als »Gutmenschen und Querdenker« bezeichnet.

Strukturell gesehen, lassen sich die Professionellen – in Bezug auf ihren Arbeitsbereich – wie folgt charakterisieren:

- Sie arbeiten meist im ambulant-komplementären Bereich.
- Bezüglich der hierarchischen Stellung in den Institutionen kommen sie aus der mittleren Hierarchieebene.
- Der Altersdurchschnitt der interviewten Professionellen liegt bei 42,38 Jahren und somit im mittlerer Abschnitt ihrer beruflichen Laufbahn.
- Untersucht man die teilnehmenden Professionellen in Hinsicht auf ihre präferierte (psycho)therapeutische Richtung, so fällt eine besondere Häufung bei *systemischen* und *humanistischen* Ansätzen auf. Die präferierte Therapiemethode steht auch mit dem Menschenbild der einzelnen Interviewpartner in Zusammenhang. So wird von den Systemikern die Ressourcenorientierung und die gesellschaftlich-soziale Einbettung der Betrof-

1 Bei kursiv gedruckten Zitatstellen ohne Autorenangaben handelt es sich um Zitate aus Interviews bzw. Gruppendiskussionen.

fenen betont, von den humanistisch-gestalttherapeutisch Orientierten die Eigenverantwortung und die Subjektivität der Psychose-Erfahrenen.

Wie sehen die Bedingungen aus, unter denen Professionelle den Weg ins Psychose-Seminar finden?

Die Bedingungen, unter denen Professionelle am Psychose-Seminar teilnehmen, können unterteilt werden in:

- zeitliche und örtliche Gegebenheiten
- persönliche und fachliche Voraussetzungen

In jedem Fall weisen die Ergebnisse darauf hin, dass für professionelle Helfer »etwas Spezielles hinzukommen« muss, damit sie am Psychose-Seminar teilnehmen. Im Einzelnen sind dieses:

Zeitliche Gegebenheiten:

Eine Bedingung, die es Professionellen erleichtert teilzunehmen, ist der Umstand, dass sie sich in einer *Lebenssituation* befinden, in der sie über *relativ viel freie Zeit* verfügen (z. B. Erziehungsurlaub).

Die Feststellung, dass bei hoher Arbeitsbelastung die Tendenz zur Nichtteilnahme steigt, verweist auf die eher *untergeordnete Bedeutung*, die die Teilnahme am Psychose-Seminar für die Professionellen hat. Wäre die Motivation zur Teilnahme sehr hoch, könnten auch als ungünstig erlebte Rahmenbedingungen die Professionellen nicht von einer Teilnahme abhalten.

Örtliche Gegebenheiten:

Für einige Professionelle ist wichtig, dass das *Psychose-Seminar im gleichen Stadtbezirk stattfindet, in dem sich die Arbeitsstelle befindet*. Sie hätten kaum ein Psychose-Seminar in einem weit entfernten Stadtbezirk aufgesucht.

Andere Professionelle berichten, dass es ihnen wichtig ist, im Psychose-Seminar auf ihnen persönlich nicht bekannte Teilnehmer zu stoßen. Sie erwarten sich von der *Anonymität* günstigere Kommunikationsmöglichkeiten.

Für beide Haltungen – Psychose-Seminar örtlich nah versus weiter entfernt – können die Interviewpartner gute Gründe anführen. Beide Haltungen findet man in etwa gleich verteilt vor.

Persönliche und fachliche Voraussetzungen:

- Professionelle bringen ein bestimmtes *Psychoseverständnis* mit. Es zeichnet sich aus durch Ressourcenorientierung, Interesse an den Inhalten psychotischen Erlebens und der Bewertung einer Psychose als Lösungs-

versuch für eine konflikthafte, psychosoziale Situation. Dies zeigt sich in nahezu allen Interviews mit Professionellen.

- Der Umgang mit ihren Patienten ist bereits tendenziell *partnerschaftlich* organisiert.
- Sie bringen in der Regel eine *psychiatriekritische Haltung* mit. Althergebrachte, autoritäre Einstellungen findet man kaum.
- Sie haben besonders häufig *Identitätswechsel* auf ihrem beruflichen Weg erlebt, unkonventionelle Therapieausbildungen durchlaufen und kommen aus so genannten »Nischen«.
- Überzufällig häufig verfügen sie über *Doppelerfahrungen* im Sinne einer eigenen Psychoseerfahrung und/oder einer Erfahrung als Angehörige/r.

2. Die zentralen Kategorien der Datenauswertung

1. Die Funktion der Professionellen im Psychose-Seminar
2. Die Veränderungen auf der Beziehungsebene durch die Teilnahme
3. Das sich wandelnde professionelle Selbstverständnis
4. Die Widersprüchlichkeiten, die Professionelle erleben

1. Die Funktion der Professionellen im Psychose-Seminar

Viele Professionelle sehen ihre Aufgabe im Psychose-Seminar darin, den anderen Teilnehmern die *Strukturen und Abläufe in der Psychiatrie zu erklären*. Einige sind verblüfft darüber, wie gering zum Teil der Kenntnisstand der Betroffenen ist.

Je nach Arbeitsfeld unterscheiden sich die Informationen, die die Professionellen geben können. Ein Professioneller beispielsweise sieht seine Aufgabe als *Geschäftsführer* eines psychosozialen Vereins darin, *in Strukturen zu denken*. Er glaubt von daher, eine Fülle von Informationen vermitteln zu können über die psychosoziale Landschaft seines Stadtbezirkes, die Finanzierung einzelner Leistungen und die Perspektive eines Arbeitgebers.

Als Sozialarbeiter im Sozialpsychiatrischen Dienst steuert ein Weiterer beispielsweise Fakten über das *Funktionieren einer Behörde* bei. Er sieht sich als Spezialist für das Thema Zwangseinweisung und kann hier einige Mechanismen und Rahmenbedingungen erläutern.

Als niedergelassener Psychotherapeut ist ein Anderer bemüht, seine systemischen Interventionen zu erklären. Ihm ist wichtig, »*der Psychotherapie den Nimbus der Geheimwissenschaft zu nehmen*«.

Bei den Betroffenen lösen die neuen Einblicke Interesse und Skepsis aus. Sie thematisieren, dass sie nunmehr in einer Krise Probleme hätten, sich vertrauensvoll an eine psychiatrische Institution zu wenden, da sie »*einen Blick hinter die Kulissen*« geworfen und in einer Krise weniger Vertrauen zu den (institutionszentrierten) Einrichtungen hätten.

Eine weitere wichtige Funktion der Professionellen besteht darin, *Informationen zu vermitteln*. Damit sind zum Beispiel Vorträge über Psychopharmaka oder psychotherapeutische Interventionen gemeint. Diese Funktion wird durchgehend als wichtig und interessant beschrieben.

Professionelle, die zum Beispiel nicht direkt mit der Pharmakotherapie betraut sind, können bei solchen Vorträgen durchaus noch einiges für sich selbst lernen. Teilen Professionelle die Beweggründe für ihre psychotherapeutischen Interventionen im Psychose-Seminar mit, stoßen sie auf großes Interesse bei den Betroffenen. Dies hängt mit dem hohen Stellenwert zusammen, dem Psychotherapie im Psychose-Seminar eingeräumt wird. Dass es sich bei einer solchen Metakommunikation nicht unbedingt um persönliche Erfahrungen im engeren Sinne handelt, wird den Professionellen dabei nicht angekreidet.

Eine weitere wichtige Funktion besteht darin, *persönliches Erleben* mitzuteilen. Dies ist ja laut Programmatik das zentrale Anliegen.

Persönliches Erleben im Psychose-Seminar mitzuteilen, wird von den Professionellen als Bereicherung erlebt: Neben Zuhören wird dies als eine der neuen Qualitäten beschrieben. Die normalerweise positiv bewertete berufliche Distanz aufzugeben, erzeugt jedoch auch Ängste und Verunsicherungen.

Die Sichtweisen der Psychose-Erfahrenen gegenüber den Professionellen lassen sich in zwei Haltungen zusammenfassen: Aggressives Anprangern und tolerantes Akzeptieren. Beide Pole lassen sich in der Teilgruppe der Betroffenen finden. Sie hängen eng mit den Erfahrungen zusammen, die sie als Patienten in der Psychiatrie gemacht haben.

2. Die Veränderungen auf der Beziehungsebene durch die Teilnahme

Fast alle Professionellen betonen, dass sie *beeindruckt* sind von der Schilderung der Betroffenen über ihre psychotischen Erfahrungen. Aus der distanzierten Betrachtung heraus gelingt es vielen Betroffenen, mit großer Vehemenz und Eindringlichkeit ein Bild ihrer (ver-rückten) Erfahrungen zu zeichnen.

In den *Arbeitsfeldern* der Professionellen scheint es in der Regel nicht möglich und/oder nicht gewünscht, dass Psychose-Erfahrene über ihre Erlebnisse in der akuten Phase sprechen. Vielmehr geht es meist um Management

der Erkrankung, um ein Leben mit der Erkrankung, um medikamentöse Unterdrückung der Symptome, um Strukturierung des Alltags. (Zum Zusammenhang von institutionellen Strukturen und Beziehungsformen s. Schürmann, 1997). Unter verändertem Kontext wird die Unterschiedlichkeit der Erfahrungen deutlich.

Man könnte vermuten, dass in Psychose-Seminaren die Meinung vorherrscht, auf Professionelle als Teilnehmer verzichten zu können, da Professionelle kritisiert werden wegen ihrer Zurückhaltung, ihrer zeitlich gesehen zu kurzen Teilnahme und der wenig persönlichen Wortbeiträge.

Dem ist jedoch nicht so: Professionelle stellen eine wichtige Teilnehmergruppe im Psychose-Seminar dar! Sowohl die Betroffenen, als auch die Angehörigen äußerten sich in diese Richtung. Die Psychose-Erfahrenen sind *neugierig* auf die Professionellen. Sie wollen wissen, was Professionelle »wirklich denken«. Die Angehörigen äußerten sich *wohlwollend*. Insofern ist ein Trialog hier wirklich gewünscht.

Psychose-Erfahrene wünschen sich einen persönlicheren Kontakt sowie Deprofessionalisierung im Sinne von weniger distanziert und weniger an Konzepten und Methoden orientiert.

Professionelle werden mit der Metapher des »Suchenden« beschrieben, die häufig aus Nischen kommen. Hier wird eine interessante Gemeinsamkeit mit den Psychose-Erfahrenen deutlich. Auch sie werden als Suchende von den Professionellen beschrieben. Professionelle suchen nach einem neuen Verständnis von Psychosen und nach veränderten Beziehungen. Betroffene suchen nach einem Ort und einem Kontakt, der sie aufwertet.

Gesund und krank sind Kernkategorien: Für Professionelle rückt Psychose etwas näher, die Psychose-Erfahrenen können sich etwas gesünder erleben. Im Unterschied zur Psychiatrie mit der Dichotomie von Gesundheit und Krankheit (medizinisches Krankheitsverständnis) kommt es im Psychose-Seminar zu einer Angleichung.

Die Not und das Alleingelassen-Werden der Angehörigen erzeugt bei den Professionellen ein schlechtes Gewissen. Sie nehmen sich vor, in Zukunft mehr mit den Familien-Angehörigen zu arbeiten.

Professionelle rechtfertigen ihr Handeln, indem sie darauf hinweisen, dass sie in ihren Arbeitskontexten meist ausschließlich mit den Psychose-Erfahrenen zu tun haben. Sie sehen sich als Sachwalter ihrer Patienten. Ein Arbeitsplatz wie zum Beispiel der sozialpsychiatrische Dienst lasse das Einbeziehen der Angehörigen nur sehr beschränkt zu.

Lassen Professionelle die Psychose-Erfahrenen »näher an sich heran«, so müssen sie »Abgrenzungskompetenzen« erlernen, damit sie *weniger formale*

Distanz benötigen. Der Verlust der beruflichen Rolle und die damit verbundene Distanz müssen durch eine neu zu erwerbende Fähigkeit, Nähe und Distanz neu auszuhandeln, kompensiert werden.

Professionelle sprechen von einer Grenze zwischen Privatem und Persönlichem. Persönliches ist gewünscht und möglich, Privates zum Teil von Betroffenen gewünscht, wird jedoch von Professionellen als nicht hilfreich bewertet und vermieden.

Die Professionellen sollen sich mehr zeigen! Dies ist eine Forderung der Betroffenen, aber auch der interviewten Experten. Vor allem Professionelle mit Doppelerfahrungen (zum Beispiel Professioneller und Angehöriger) öffnen sich besonders im Psychose-Seminar. Andere Professionelle sehen schon darin eine neue Qualität von Begegnung, wenn sie im Psychose-Seminar »*nur zuhören*«. Bei ihnen lässt sich eine Bewegung identifizieren vom Behandler/Helfer zum Zuhörer.

Im Psychose-Seminar zeigt sich eine *neue Beziehungsgestaltung*: Es kommt zu einer Angleichung, zu einem persönlicheren Kontakt.

Professionelle erleben die Psychose-Erfahrenen *unter veränderten Kontextbedingungen* als Individuen, die eine Geschichte zu erzählen haben.

Dies wird deutlich, wenn die Interviewpartner die Betroffenen in den persönlichen Erfahrungsberichten als »*durchsetzungsfähige, starke und relativ intakte Persönlichkeiten*« beschreiben.

Auch wenn die Professionellen, die am Psychose-Seminar teilnehmen, für sich in Anspruch nehmen, in ihren jeweiligen Arbeitskontexten authentische und respektvolle Beziehungen zu ihren Patienten zu pflegen, stellt die Begegnung im Psychose-Seminar dennoch eine neue Qualität dar: Es entwickelt sich ein partnerschaftlicherer Umgang miteinander, als dies im Arbeitskontext möglich und üblich ist. Die Gruppe der Betroffenen wird differenzierter wahrgenommen, die einzelnen Menschen mit ihrer Geschichte werden als interessante Gesprächspartner erlebt, Studenten lauschen den Erfahrungsberichten der Betroffenen »*mit offenem Mund*«. Dies macht die Erzähler stolz.

Durch die Berichte über die *Psychiatriestrukturen* erfahren die Psychose-Erfahrenen und die Angehörigen etwas über die Begrenzungen und Sachzwänge, denen ihre Behandler in den psychiatrischen Institutionen unterliegen. Die Beziehungen werden dadurch *realistischer*.

Psychose-Erfahrene erleben sich *selbstsicherer* im Umgang mit Professionellen. Dies wurde atmosphärisch deutlich in der Gruppendiskussion des Psychose-Seminars. Die Selbstsicherheit ziehen Betroffene u. a. durch einen Ab-

gleich ihrer Wahrnehmungen: Sie tauschen sich nach dem Psychose-Seminar darüber aus, wie sie einzelne Professionelle erlebt haben. Dies bedeutet für die Betroffenen eine neue Qualität. In der Psychiatrie konnten sie in akuten Phasen ihrer Wahrnehmung »nicht so recht trauen« und waren oft isoliert den Behandlern ausgeliefert.

Die *Angehörigen* weisen die Professionellen deutlich darauf hin, wie unzulänglich die Angebote der psychiatrischen Einrichtungen in Bezug auf Hilfsangebote für das mitbetroffene (Familien-)System sind.

3. Das sich wandelnde professionelle Selbstverständnis

Viele professionelle Helfer beschreiben eine Veränderung ihrer Rolle »vom Helfer zum Zuhörer«.

So erlebt ein Professioneller im Psychose-Seminar einen Impuls, helfend einzugreifen, wenn beispielsweise Angehörige ein zu enges Verhältnis zu den Betroffenen beschreiben. In solchen Situationen muss er sich »verbieten, mit therapeutischen Fragen zu intervenieren«. Stattdessen verlegt er sich auf das *Anhören der Erfahrungswelten* der Menschen. Diese veränderte Haltung führt in der Regel dazu, mehr vom Leid und den Anstrengungen der Angehörigen mitzubekommen, als dies im Arbeitskontext möglich ist. Es geht für ihn mehr darum, »abzuwarten und nachzufragen«.

Erleichtert wird die Übernahme der neuen Rolle durch die Erkenntnis vieler Professioneller, dass Psychose-Erfahrene mit zeitlichem Abstand und unter veränderten Kontextbedingungen *unerwartet interessante Erfahrungsberichte* liefern. Für die meisten Professionellen eröffnet sich eine neue Perspektive auf ihre Patienten.

Das berufliche Selbstverständnis der interviewten Professionellen verändert sich: Sie wollen (und sollen) nicht mehr einseitig helfen und behandeln. Sie sind auf der Suche nach einer neuen Haltung.

Psychose-Erfahrene treten ihnen gegenüber, die unter veränderten Kontextbedingungen ihnen vorhalten, mit einem Manko behaftet zu sein: »*Ihr seid nicht psychosefähig!*«

Das Stigma einer psychischen Erkrankung wird umgedeutet in eine Fähigkeit, über die Professionelle nicht verfügen. Professionelle müssen sich den Vorwurf gefallen lassen, sich hinter ihrer Rolle zu verstecken und wenig persönlichen Kontakt zuzulassen. Insbesondere wenn Professionelle im Kontext ihrer Institution auftreten, sei die Beziehung asymmetrisch, Psychose-Erfahrene würden zu sehr durch die »*pathologische Brille*« wahrgenommen, so die Psychose-Erfahrenen. Hier setzt das Psychose-Seminar einen Kontrapunkt.

4. Die Widersprüchlichkeiten, die Professionelle erleben

Professionelle lösen im Psychose-Seminar ambivalente Reaktionen aus: Einerseits werden sie herbeigesehnt und vermisst, wenn sie nicht teilnehmen, andererseits werden ihnen zum Teil massive Vorwürfe gemacht, wenn sie sich dem »*Tribunal*« stellen. Die Vorwürfe beziehen sich jedoch oft nicht auf ihre konkrete Arbeit, sondern sie fungieren als »*Blitzableiter*« für abwesende Professionelle. Dies führte bei einem interviewten Professionellen dazu, dass er die Teilnahme abbrach.

Psychose-Seminare spielen sich nicht im luftleeren Raum ab. Zum Teil sind Macht und Abhängigkeiten von Bedeutung. So berichtet ein Professioneller, dass er Befürchtungen hat, sich »*im Psychose-Seminar als Angehöriger zu outen*«, da dies in anderem Kontext evtl. gegen ihn verwendet wird. Konkret befürchtet er, in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft bei der Vergabe der knappen finanziellen Mittel benachteiligt zu werden, da ihm persönliche Befangenheit vorgeworfen werden könnte.

Das freie Mitteilen persönlicher Erfahrungen steht somit in Widerspruch zur *Konkurrenz zu anderen Professionellen*.

Desweiteren scheint Konkurrenz aber auch ansonsten eine Rolle zu spielen, wenn Professionelle sich im Psychose-Seminar äußern: Es geht immer auch um die Frage, wer der »*bessere Profi*« ist. Es werden Positionen verteidigt, es sitzen sich »*Verhandlungspartner gegenüber, die um die richtige Position ringen*«.

Eine weitere Widersprüchlichkeit liegt in der Forderung, Betroffene näher an sich heran zu lassen. Dem steht die Erfahrung gegenüber, dass *professionelle Distanz* auch wichtig ist, um eigene Probleme zurückzustellen und nicht »*vom System aufgesaugt*« zu werden. Einige Professionelle lösen diesen Widerspruch dahin auf, dass sie persönliches »*sich anfassbar machen*« als wünschenswert bezeichnen, das Mitteilen von Privatem im Beruf als nicht hilfreich bewerten. Andere sprechen davon, dass sich unter dem »*Druck der vielen zu bearbeitenden Fälle*« ein distanzierteres Verhältnis wieder in den Arbeitsalltag einschleicht.

Die Rolle der Professionellen im Beruf und im Psychose-Seminar ist äußerst unterschiedlich: Der Schutz der Rolle und der Institution entfällt im Psychose-Seminar. Professionelle werden verängstigt und verunsichert. Für viele stellt sich die Frage, was sie an die Stelle des »alten« professionellen Selbstverständnisses setzen sollen.

Der *Verunsicherung* begegnen die Professionellen mit zwei Strategien: Entweder sie bleiben nur kurze Zeit im Psychose-Seminar oder sie erklären das

Psychose-Seminar zu »ihrer Welt«: Nehmen sie nur relativ kurz teil, so tangieren die Erfahrungen ihr professionelles Selbstverständnis kaum, nehmen sie länger teil, so müssen sie die Dissonanz ertragen, die durch die Teilnahme erzeugt wird. Eine Interviewpartnerin sprach von »*Wanderern zwischen den Welten*«.

Eine weitere Widersprüchlichkeit ergibt sich aus zwei Haltungen, die beide berücksichtigt werden müssen: Den Betroffenen Schutz und Fürsorge angedeihen lassen (Gefahr der Chronifizierung) versus Kooperation und Aktivitätsförderung (Gefahr der Überforderung).

Da die *Selbsthilfepotentiale* – bedingt durch die ressourcenorientierte Haltung der Psychose-Seminare – in den Vordergrund treten, wird die Hilfe der psychiatrischen Institutionen relativiert und in einen Prozess von Fremd- und Selbsthilfe eingeordnet, bei dem zu verschiedenen Zeitpunkten mal das Eine und mal das Andere im Vordergrund steht. Insbesondere Professionelle, die bereits in ihrem Arbeitsalltag ausdrücklich ressourcenorientiert arbeiten, vertreten eine solche Sichtweise.

Fazit:

Professionelle stellen eine wichtige und unverzichtbare Teilgruppe der Psychose-Seminare dar.

Das Psychose-Seminar ist eine Möglichkeit für Professionelle, eine neue und ungewohnte Rolle einzuüben: interessanten Geschichten zuhören, Stauen über die Kompetenz der Betroffenen, die sich in verändertem Kontext entfaltet, passive Aktivität praktizieren, Nichts-Tun erlernen, einen relationalen Prozess zu gestalten, in dem die Stimme der Betroffenen privilegiert ist.

All dies kann eine interessante und herausfordernde Erfahrung sein.

Die Widersprüchlichkeiten und Unsicherheiten, die Professionelle aushalten müssen, um zu einem »menschlichen Experten« zu werden, sind jedoch vielfältig: Professionelle fungieren als Blitzableiter für abwesende Kollegen, konkurrieren darum, wer der bessere Profi ist, haben Angst, sich persönlich einzubringen, da dies in anderem Kontext gegen sie verwendet werden könnte, kommen in Konflikt mit der üblicherweise positiv konnotierten »professionellen Distanz«.

Die Welt der Psychose-Seminare und die Arbeitswelt werden als so unterschiedlich erlebt, dass sie zu »Wanderern zwischen den Welten« werden. Für viele bleibt das Psychose-Seminar »Spielbein«, die Psychiatrie »Standbein«.

Traditionelle (paternalistisch orientierte) Experten nehmen in Anspruch, die Richtung der Therapie vorzugeben, das Problem zu lösen und den Betrof-

fenen Einsichten zu vermitteln. Eine solche Expertenposition hat wesentliche Nachteile: Sie hindert den Experten daran, sich selbst zu entwickeln, indem sie seine Sichtweise vorab begrenzt und fixiert.

Den Betroffenen hindert sie daran, seine Eigenverantwortung und seine Kompetenzen zu entwickeln. Sie kann sowohl bei Professionellen als auch bei Betroffenen zu einer kontraproduktiven Expertengläubigkeit führen.

Dies erschwert den Dialog oder macht ihn sogar unmöglich.

Im Psychose-Seminar kommt es zu einer Angleichung. Nicht länger ist der Psychose-Erfahrene Objekt der (rhetorischen) Fähigkeiten des Professionellen, vielmehr nimmt er den Status eines ebenfalls wirksamen Rhetorikers ein.

Soziale Wirklichkeiten werden gemeinsam zwischen Professionellen und den »*Experten in eigener Sache*« (Geislinger, 1998) kreiert.

Literatur:

- BADURA, B. et al (1999): *Sozialwissenschaftlicher Gutachtenteil*. In: BADURA, B. et al.: *Bürgerorientierung im Gesundheitswesen: Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung*. S. 39–101. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft
- BADURA, B. (1997): *Soziale und Gesundheitsdienste – Strukturwandel ohne Ende?* www.dl2000.de (letzter Abruf am 10.05.2003)
- BOCK, T., BUCK, D., ESTERER, I. (Hg.) (1997): »*Es ist normal, verschieden zu sein*«, *Psychose-Seminare – Hilfen zum Dialog*. Bonn, Psychiatrie-Verlag
- BOCK, T. (1999): *Über Psychoseseminare hinaus... Plädoyer für einen Dialog im psychiatrischen Alltag und in der Psychiatriepolitik*. Soziale Psychiatrie, 1/99, S. 22–24
- CHARLES, C., GAFNI, A., WHELAN, T. (1997): *Shared decision making in the medical encounter: What does it mean? (Or: It takes at least two to a tango)*. Social Science and Medicine, 44, 5, P. 681–692
- DIERKS, M. L., BITZER, E. M., LERCH, M., MARTIN, S., RÖSELER, S., SCHIENKEWITZ, A., SIEBENEICK, S., SCHWARTZ, F. W. (2001): *Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt*. www.ta-akademie.de (letzter Abruf 10.05.2003)
- GEISLINGER, R. (Hg.) (1998): *Experten in eigener Sache. Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe*. München, Zenit Verlag
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Gutachten 2000, 2003, Kurzfassung. www.svr-gesundheit.de (letzter Abruf am 10.05.2003)
- SCHÜRMMANN, I. (1997): *Beziehungsformen zwischen Langzeitnutzern und Professionellen im Kontext der Moderne*. In: ZAUMSEIL, M., LEFERINK, K. (Hg.): *Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie*. Bonn, Psychiatrie-Verlag

Cornelia Schäfer

Ein Thema für mehr als einen Tag

Neben mir sitzt ein beinahe kahlrasierter Mann in knisternd sauberer, weißer Kleidung. Seine kräftigen langgliedrigen Hände sind in ständiger Bewegung. Mal ringt der Geschorene sie, mal lässt er die penibel gepflegten Finger knacken. Gelegentliche Stoßseufzer unterstreichen noch den Eindruck nur mühsam unterdrückter Gereiztheit, den er vermittelt.

Besorgt schiele ich zur Seite. Er wird doch wohl nicht...?

Mein erster Besuch im Kölner Psychose-Forum im Herbst 1997 lässt ungefragt Vorstellungen in mir aufsteigen, die die aufgeklärte, vorurteilslose Journalistin, die ich sein möchte, gerne verleugnen würde. Das Bild eines alle Kontrolle fahren lassenden, Amok laufenden Weißgekleideten setzt mir am meisten zu. Wittert er am Ende auch meine wachsende Anspannung? Um Ablenkung bemüht blicke ich mich um. Rund 40 Menschen umfasst der Kreis von psychoseerfahrenen Menschen, Angehörigen und Psychiatrieprofis. Wer wohl zu welcher Gruppe gehört? Eine erste produktive Verwirrung erfasst mich, der in den folgenden Jahren noch etliche folgen werden.

Ich habe das Psychose-Forum im fünften Stock der Kölner Volkshochschule besucht, um es für das Radio zu portraituren. Aber als das Erlebnis der einen Sitzung und die Interviews mit VertreterInnen der drei Gruppen längst in zwei Sendungen verarbeitet waren, bin ich wieder hingegangen, und wieder – bis heute. Nie konnte ich Freunden zufriedenstellend beantworten, was ich dort zu finden hoffte. Vielleicht habe ich gespürt, dass ich erst an der Oberfläche angekratzt hatte, was ich doch zutiefst zu wissen verlangte. Nämlich: Wozu ist die Seele fähig, wenn ihr Mensch und das ihm unverzichtbar Erscheinende in höchste Bedrängnis geraten? Was geschieht dem Ich in der Psychose, und ist dieses Umspringen auf eine bisher fremde Spur nur eine Katastrophe oder kann es auch zu einer neuen Klarheit führen? Was kann man selbst, was können wir anderen tun, damit gut wird, was oft so verstörend beginnt? Was gibt es zu verstehen, oder vielleicht auch: einfach anzunehmen, als Beweis dafür, dass es neben der eigenen noch viele andere, manchmal befremdliche, aber doch auch vollgültige Welten gibt? Im Psychose-Forum, wo ich an solchen anderen Welten teilhaben und nach-

fragen durfte, habe ich nicht zuletzt auch einiges über mich gelernt. Über meine eigenen Strategien, mit den Schrecken des sicheren Todes und des fordernden Lebens zurechtzukommen. Über meinen Hunger nach Wahrhaftigkeit und meine Freude am Poetischen, das sich eben nicht eins zu eins ins Rationale übersetzen lässt. Über eigene Potenziale, die ich in meinem bisherigen Leben nur ängstlich gestreift habe.

Im Psychose-Forum, wo meistens ohne Masken und stets mit großem Respekt für das jeweils Andere diskutiert wird, habe ich eine Art Heimat gefunden. Nicht, dass es mir sonst an wahrhaftigen GesprächspartnerInnen mangelt. Aber hier bin ich immer ganz dicht dran an den existenziellen Fragen, die ja durchaus nicht nur Psychoseerfahrene umtreiben. Und das ist gut so.

Natürlich gibt es auch Donnerstage, wo mich das Thema weniger bewegt oder wo mich Wiederholungen ermüden. Aber dann belebt mich die Begegnung mit den Menschen, von denen mir einige ans Herz gewachsen sind. Bilde ich mir das nur ein, oder ist nicht auch so etwas entstanden wie ein gemeinsamer Entwurf, wie man innerhalb und außerhalb der Psychiatrie zum eigenen Wohl und dem des anderen miteinander umgehen sollte? Dass es zumindest darum geht, künstliche Gräben zu vermeiden zwischen »den Kranken« und »den (glücklicherweise!) Gesunden«, dass es keine Menschen gibt, die nur bedürftig oder andererseits über jede Schwäche erhaben sind. Dass das eigentlich Rettende immer in einem selbst liegt, und dort gefunden werden will. »Empowerment« heißt das wohl in der Fachsprache. Wie so etwas gehen kann, das wird ja längst und selbstverständlich im Psychose-Forum gelebt. Hier, wo kaum mal jemand dem anderen Ratschläge aufdrängt und wo eher Unbehagen aufkommt, wenn – was durchaus geschieht – jemand nach »dem besten Mittel gegen...« fragt. Wo manche Opferrolle hinterfragt wird und auch Psychoseerfahrene »die Starken« sein dürfen.

Manchmal, wenn ich unterwegs bin, um das eine oder andere – oft durch Diskussionen im Psychose-Forum angeregte! – Thema aus dem Bereich Psychiatrie zu recherchieren und für den Hörfunk aufzubereiten, verspüre ich den beinahe missionarischen Drang, meinen Gesprächspartnern von der Klugheit, dem Humor und der Sensibilität meiner Mitstreiter aus dem Psychose-Forum zu berichten. Ich bin hellhörig geworden für falsche Töne bei solchen, die sich auf die Fahnen geschrieben haben, den armen Kranken gegen ihre Psychose und die schlimme unverständige Umwelt zu helfen, und die dabei das Kind mit dem Bade ausschütten.

Wie viel sie ihrer – angeblichen – Sache doch dienen könnten, wenn sie einen echten Austausch mit ihren Patienten/Klienten wagen würden!

Einen Austausch, wie er im Psychose-Forum nicht idealer sein könnte?

Das nun auch wieder nicht. Manchmal ist mir dieser Kreis zu klein und zu privat. Als politischer Mensch würde ich dem Psychose-Forum noch viel mehr Wirkmächtigkeit nach außen wünschen. Zu den einzelnen Sitzungen müssten jedesmal auch neue Menschen, zum Beispiel mehr interessierte BürgerInnen kommen, die nicht nur die Inhalte, sondern auch die Form des – mehr oder weniger – partnerschaftlichen Austauschs in ihre Bereiche tragen könnten. Denn was im Psychose-Forum geübt wird, könnte eigentlich in der gesamten Gesellschaft Früchte tragen: Ich stelle mir vor, wie zum Beispiel in Schulen zwischen Schülern, Eltern und Lehrern, in Obdachloseneinrichtungen zwischen den Klienten, ihren Betreuern und Bürokraten oder in Betrieben die Hierarchien zugunsten von sach- und verständigungsorientierter Auseinandersetzung zurücktreten. So eine Verhandlungskultur würde zu genauer auf die jeweiligen NutzerInnen zugeschnittenen Lern-, Wohn- und Arbeitsbedingungen führen.

Traumtänzerei? Vielleicht. Auch der Dialog, der auf eine kommunikativere, flexiblere, menschlichere Psychiatrie abzielt, stößt ja immer wieder an Mauern des Unvermögens und der fehlenden Bereitschaft zum Wandel. Immerhin ist der Besuch eines Psychose-Seminars oder -Forums aber schon in manchen Ausbildungsplänen für professionelle Helfer vorgesehen. Im Kölner Psychose-Forum mangelt es leider immer ein wenig an praxiserprobten Psychiatrie-Profis, die den Mut haben, sich mit ihrem oft unzulänglichen Helferalltag den Fragen und der Kritik von Angehörigen und Patienten zu stellen und auch ihre eigene Sicht zu schildern. Und gelegentlich wünsche ich mir auch mehr »freche« Psychiatrie-Erfahrene, die die ganze ehrwürdige Psychiatrie mit ihren hochwissenschaftlichen Diagnosen und Prognosen nicht gar so bierernst nehmen.

Als so ein »frecher« Psychose-Forums-Teilnehmer entpuppte sich übrigens der Weißgewandete. Die harmlose Erklärung für seine Unruhe erhellte sich mir nach der Sitzungspause. Da bekam mein Nachbar nämlich endlich Gelegenheit, in die Diskussion einzugreifen und den Finger auf eine Wunde zu legen, die sonst taktvoll verschwiegen worden wäre. Das konnte er nicht ertragen: Wenn etwas greifbar im Raume stand, aber aus Scham oder übertriebener Rücksichtnahme von niemandem angesprochen wurde. Dann brachte er das durch die unterschwellige Störung ins Stocken geratene Gespräch durch eine spitze Bemerkung oder eine messerscharf formulierte Frage – oft mit erstaunlichem Feingefühl! – wieder in Gang. So lernte ich den anfangs Gefürchteten später schätzen und vermisse ihn des öfteren, seit er in eine andere Region gezogen ist und nicht mehr kommt.

Ruth Fricke

Was erwarten Psychiatrie-Erfahrene vom Trialog?

Diese Frage ist gar nicht so einfach zu beantworten. Es gibt Psychiatrie-Erfahrene, die vom Trialog gar nichts halten und ihn deshalb u.a. als »Triälüg« bezeichnen, und es gibt Psychiatrie-Erfahrene, die im Trialog einen Weg sehen, die Psychiatrie zu reformieren. Zur letzteren Gruppe zähle ich mich. Allerdings muss auch ich sagen, dass nicht alles, was sich Trialog nennt, auch wirklich Trialog ist. An manchen Orten haben sich Psychiatrie-Profis des Etiketts »Trialog« bemächtigt. Da wird ein Jahresprogramm erstellt, in dessen Verlauf Monat für Monat irgendein Experte oder eine Expertin, hin und wieder auch mal eine Betroffene oder ein Angehöriger, einen Vortrag hält, dem eine artiges trialogisch zusammengesetztes Publikum stundenlang lauscht und am Ende vielleicht noch zehn Minuten diskutieren darf. Oder es wird nach der Trichtermethode unter diesem Etikett Psychoedukation betrieben, wo Betroffenen und Angehörigen klargemacht wird, was beispielsweise eine Psychose ist und wo sich Betroffene erzählen lassen müssen, was sie angeblich in ihrer Krise erlebt haben, ohne auf die wirklichen Erfahrungen der Betroffenen einzugehen – und wo letztlich das einzige Ziel darin besteht, die Betroffenen zum artigen Pillen-Schlucken abzurichten.

Oder es werden unter diesem Etikett für teures Geld Fortbildungen angeboten, mit denen Profis ihre Weiterbildungspunkte scheffeln können und an denen Betroffene und Angehörige gnädiglich teilnehmen dürfen, wenn sie die horrenden Teilnehmergebühren zu zahlen bereit sind. Dies alles pervertiert den ursprünglichen Gedanken des Trialogs.

Welche Unterstützung brauchen wir?

Nur ein wirklich gleichberechtigter und offener Trialog, in dem Psychiatrie-Erfahrene als Experten in eigener Sache ernst genommen werden, kann einen

Beitrag zur Humanisierung der Psychiatrie und zur Entwicklung und Umsetzung besserer Heilungsmethoden leisten.

Viele Psychiatrie-Erfahrene wünschen sich

- dass sie auch in akuten psychischen Krisen ernst genommen werden;
- eine umfassende Diagnostik, die auch die Analyse psychotischen Erlebens in ihren Ursache-Wirkungszusammenhängen einschließt und sich nicht nur an äußeren Symptomen orientiert;
- eine gewaltfreie, medikamentenfreie, mindestens jedoch medikamentenarme Behandlung und Therapie, bei der die »sprechende« Medizin im Vordergrund steht;
- einfühlsame psychiatrisch Tätige, die ausreichend Zeit haben zum Zuhören und »Dabeisein«;
- ausreichend Zeit für eine umfassende therapeutische Aufarbeitung der die psychische Krise auslösenden und als traumatisch empfundenen, seelischen Verletzung, um so flash-backs zu vermeiden und langfristige Stabilität zu erreichen;
- die Anerkennung der Arbeit der Selbsthilfegruppen Psychiatrie-Erfahrener als wesentlichen Faktor zur Erlangung langfristiger individueller seelischer Stabilität.

Für ein anderes Krankheitsverständnis

Wenn sich die Psychiatrie diesen Wünschen entsprechend verändern soll, hat dies zur Voraussetzung, dass das einseitig medizinisch-biologische Krankheitsmodell abgelöst wird durch ein Verständnis psychischer Erkrankungen, welches auf dem Erfahrungswissen der Psychiatrie-Erfahrenen basiert. Hier kann der dialogische Erfahrungsaustausch zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, professionell in der Psychiatrie Tätigen und Angehörigen für ein besseres gegenseitiges Verständnis sorgen und den Weg für eine wissenschaftliche Evaluierung des Erfahrungswissens der Psychiatrie-Erfahrenen ebnen, denn

- nur Psychiatrie-Erfahrene verfügen über eigene Psychose- bzw. Depressionserfahrungen und können demzufolge authentisch über ihre Erfahrungen, ihr Erleben und ihre Gefühle während ihrer psychischen Ausnahmestände berichten.
- nur die Psychiatrie-Erfahrenen kennen ihre, die psychische Krise auslösenden, traumatischen Erfahrungen und können daher den Zusammenhang zwischen psychotischem Erleben und traumatischer Erfahrung herstellen.

- nur Psychiatrie-Erfahrene wissen wirklich, was welche Art von Behandlung (im medizinischen wie im umgangssprachlichen Sinn) positiv oder negativ bei ihnen bewirkt.
- nur Psychiatrie-Erfahrene selbst können ihre jeweils ganz persönlichen Frühwarnzeichen – unterstützt durch den Erfahrungsaustausch in den Selbsthilfegruppen der Psychiatrie-Erfahrenen – entdecken.

Qualitätskriterien für den Dialog

Dieses Wissen können sie dann sinnvoll in den dialogischen Erfahrungsaustausch, als Experten in eigener Sache, einspeisen, wenn der Dialog folgende Qualitätskriterien erfüllt:

- Der dialogische Erfahrungsaustausch findet an einem neutralen Ort statt. Hierzu bieten sich die Volkshochschule, der Raum einer Kirchengemeinde oder sonstige öffentliche Gebäude an. Tagungsorte, die im weitesten Sinne mit psychiatrischer Versorgung zu tun haben, sind absolut tabu, weil ansonsten die Profis allein durch ihr Hausrecht in der Vordergrund wären.
- Ein Erfahrungsaustausch auf gleicher Augenhöhe setzt voraus, dass keine der drei beteiligten Gruppen die alleinige Definitionsmacht bezüglich Krankheitsursachen oder der »richtigen« Behandlungs- und Therapiemethoden für sich beansprucht. Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige sind aufgrund ihrer ureigensten Erfahrungen Experten in eigener Sache. Psychiatrie-Profis sind Experten aufgrund ihrer Ausbildung. Richtig verstanden kann der Dialog daher eine Art gegenseitiger Permanentfortbildung der drei beteiligten Gruppen sein.
- Alle Beteiligten sollten ausschließlich aus ureigenstem Interesse an diesem Erfahrungsaustausch teilnehmen. Innere Triebfeder muss die Neugier sein, die Sichtweisen, Erfahrungen und Ängste der jeweils anderen beiden Gruppen kennen zu lernen, sowie die Bereitschaft, diese ernst zu nehmen und im künftigen Handeln zu berücksichtigen. Profis, die zu derartigen Treffen kommen, weil sie von ihrem Arbeitgeber entsandt wurden und weil sie diese Zeit mit ihrer sonstigen Arbeitszeit verrechnen können, sind für diesen Erfahrungsaustausch ungeeignet.
- Alle Beteiligten – Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Psychiatrie-Profis – müssen bereit sein, ihre Erfahrungen, Gefühle, Ängste, aber auch die

eigene Hilfslosigkeit im Umgang mit psychischen Krisen und Gewaltsituationen in der Psychiatrie offen anzusprechen. Nicht nur die Betroffenen müssen bereit sein, sich zu öffnen, sondern auch die beiden anderen Parteien.

- Der offene Bericht über gegenseitig empfundene Verletzungen darf nicht als Schuldzuweisung an die jeweils andere Gruppe missverstanden werden. Nur wer bereit ist nachzuvollziehen, wie die eigenen Handlungen beim Gegenüber angekommen sind und warum sie deshalb Verletzungen verursacht haben, nur wer bereit ist nachzuvollziehen, warum der jeweils andere in bestimmten Situationen so gehandelt hat oder meinte, nicht anders handeln zu können, wird in der Lage sein, gemeinsam nach neuen heilsameren Wegen innerhalb und außerhalb der Psychiatrie zu suchen und diese auch zu finden.
- Alle Anwesenden müssen sicher sein können, dass das, was im Raum gesprochen wurde, auch im Raum bleibt. Es ist besonders fatal, wenn Profis meinen, in der Dienstbesprechung am nächsten Morgen – unter Nennung von Namen – detailliert Bericht erstatten zu müssen. So etwas zerstört die zwingend erforderliche Vertrauensgrundlage.

Für eine echte Mitbestimmung

Die Entwicklung und Umsetzung neuer Konzepte kann der trialogische Erfahrungsaustausch, z.B. in Psychoseseminaren, nicht mehr leisten. Dazu bedarf es trialogisch besetzter echter Mitbestimmungsgremien, deren Kompetenzen möglichst gesetzlich abgesichert werden sollten.

Ich würde mir trialogisch besetzte Psychiatrie-Beiräte wünschen, die mit echten Kompetenzen ausgestattet sind,

- einmal auf der Ebene des Gesetzgebers,
- zum anderen bei den Kreisen als Träger der Aufgaben
- und, wenn die Kreise nicht gleichzeitig Klinikträger sind, auch in den Kliniken.

Allerdings ist die im trialogischen Erfahrungsaustausch erworbene Fähigkeit aller drei Gruppen, einen Perspektivwechsel vornehmen zu können, das heißt das Denken, Fühlen und Handeln der jeweils anderen beiden Gruppen in bestimmten Konfliktsituationen nachvollziehen zu können, eine wesentliche Voraussetzung für Konzept- und Qualitätsentwicklung durch trialogisch besetzte Gremien.

Ich habe selbst erleben dürfen, wie sich durch den ständigen Diskussionsprozess mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen in den informellen Beiräten der Westfälischen Klinik Gütersloh die innere Haltung der psychiatrisch Tätigen aller Berufsgruppen zu psychischen Erkrankungen und Menschen in psychischen Krisen kontinuierlich veränderte, so dass wir in der Abteilung II (Herford/Lippe) gemeinsam ein neues Abteilungskonzept entwickeln und schließlich den Umbau nach Soteriakriterien auf diagnose-durchmischten Stationen unter Pflichtversorgungsbedingungen auf allen Stationen vorantreiben konnten. Dieses Beispiel zeigt aber auch gleichzeitig die Grenzen von rechtlich nicht abgesicherten Beiräten auf. Dieses Konzept, das von den Patienten als wirklich hilfreich erlebt wurde, weil u.a. Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen drastisch zurückgegangen sind, stand den Bestrebungen des Krankenhausträgers entgegen, durch Schaffung von Spezialangeboten Bettenkapazitäten auch dann aufrechterhalten zu können, wenn die in Planung befindlichen Abteilungspsychiatrien ihre Arbeit aufgenommen haben würden. So wurde über unsere Köpfe hinweg die ärztliche Abteilungsleitung ausgewechselt, um pure Trägerinteressen besser durchsetzen zu können. Dennoch ist es uns gelungen, auch unter der neuen Abteilungsleitung wesentliche Kernelemente des Soteriakonzepts der Abteilung II durch beharrliche Interessenvertretung im Abteilungsbeirat noch einige Zeit zu erhalten. Erst jetzt, wo die erste Abteilungspsychiatrie an den Start gegangen ist, schwappen die negativen Folgen der konsequenten Spezialisierung der Abteilung I auch auf den noch verbliebenen Rest der Abteilung II über.

Wer Psychiatrie-Erfahrene und deren Angehörige als Experten in eigener Sache ernst nimmt, muss ihnen auch die Möglichkeit geben, ihr Expertentum in wesentliche Entscheidungen mit einzubringen. Hierzu gehören gesetzliche Grundlagen ebenso wie konzeptionelle Fragen und Personalentscheidungen.

Die Profis lernen von uns

Schlussendlich muss das Expertenwissen der Selbsthilfeorganisationen auch einfließen in die Ausbildungsordnungen der Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und sonstigen Mitarbeiter im Bereich der Psychiatrie.

Ich würde mir wünschen, dass Medizinstudentinnen und -studenten schon in einem sehr frühen Stadium ihrer Ausbildung die Gelegenheit zum Gedankenaustausch mit Psychiatrie-Erfahrenen bekommen, dass dieser Austausch obligatorischer Bestandteil ihrer Ausbildung wird, damit sich die verqueren Vorstellungen von psychischer Erkrankung und deren Ursachen, wie sie bei

den »Klassikern« beschrieben werden, erst gar nicht bei ihnen festsetzen.

Die Psychiatrie braucht mündige Patienten, damit sich endlich ein realistisches Krankheitsverständnis und daraus resultierende menschenwürdige und wirklich hilfreiche Therapiemethoden durchsetzen.

Fazit

Zurück zu dem Spannungsfeld, in dem wir uns als Psychiatrie-Erfahrene bewegen: Auf den Trialog einlassen oder sich auf die eigene Selbsthilfe-Arbeit beschränken?

Das scheint mir eine praktische Frage zu sein. Vieles muss sich noch ändern:

Wir brauchen Unterstützung von den Profis, die uns und unsere Erfahrungen ernst nimmt.

Wir brauchen ein Krankheitsverständnis, welches von unseren Erfahrungen ausgeht und sie in den Mittelpunkt stellt.

Trialogischer Erfahrungsaustausch muss unter Bedingungen stattfinden, die ein Gespräch »auf gleicher Augenhöhe« ermöglichen.

Mitwirkung aller Beteiligten muss in allen Gremien institutionell verankert werden.

Die Profis müssen auch und gerade von uns lernen.

In diese Richtung muss die Reise gehen. Nur dann kann ich mit einem guten Gefühl vor mir selbst zu den Kritikern (Stichwort »Trialog«) sagen: Der Trialog ist unsere Sache, das Anliegen der Psychiatrie-Erfahrenen.

Reinhard Peukert

Was erwarten Angehörige vom Trialog ?

oder:

Ein ungleicher Kampf um wechselseitige Anerkennung und Beteiligung

Seit der Zeit, als der Trialog noch ein Dialog war, sind wir Angehörigen mit dabei: Angehörige waren von Anfang an in den Hilfsvereinen beteiligt, die sich im Jahre 1976 zum *Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen* zusammengeschlossen haben (siehe den folgenden Beitrag von Birgit Görres).

Und auch im Alltagsleben sind es in der Regel Angehörige, die in den Familien den Dialog auch mit den betroffenen Familienmitgliedern fortsetzen, die schließlich psychiatrie-erfahren werden und in den Dialog mit den Professionellen eintreten.

Wozu sollen sich Angehörige mit der Frage nach dem Trialog beschäftigen? Wir sind doch von der ersten Minute des psychotischen sowie des psychiatrischen Geschehens dabei, ob wir wollen oder nicht. Von uns wird erwartet, dass wir mit unserem Angehörigen so lange den Dialog führen, bis er »trialogfähig« ist, bis er also bereit ist, die Hilfen des professionellen Systems anzunehmen.

Ist unser Angehöriger bereit, sich auf das professionelle System einzulassen, erfolgt eine wundersame Wandlung: Wir werden von allem, was nun geschieht, weitgehend ausgeschlossen! Der Patient/Klient steht im Mittelpunkt (gut so!), und wir Angehörigen draußen (schlecht so!); wenn wir in dieser Situation »nicht loslassen können«, erweisen wir uns als »overprotecting«, als überfürsorglich.

Dieser Ausschluss gilt so lange,

- bis der entsprechende Teil des Systems seine Aufgabe aus seiner Sicht erfüllt hat¹,

- oder für die Aufgabe kein Geld mehr bekommt²,
- oder meint, mit unserem Angehörigen nichts Nützliches mehr anfangen zu können³.

Tritt einer dieser Fälle ein, erfolgt eine zweite kopernikanische Wende: nun werden wir Angehörigen wieder zuständig und verantwortlich; dies abzulehnen macht aus overprotecting – Raben-Angehörige.

Leider entspricht diese etwas holzschnittartige Darstellung für den Umgang der Professionellen mit den Angehörigen in sehr, sehr vielen Situationen und Regionen noch der Realität, und gleichzeitig nehmen wir sehr wohl die engagierten Bemühungen um Veränderungen in vielen Diensten, Einrichtungen und Regionen wahr, und wir sehen auch, dass an vielen Orten diese Bemühungen erfolgreich sind:

Es kommt immer häufiger zu personenorientierten Hilfen – für uns daran erkennbar, dass diese Hilfen nicht mehr den konfektionierten Angeboten entsprechen, sondern den faktischen Bedürfnissen unserer Angehörigen;

wir erfahren in zunehmend mehr Regionen, dass die elendigen Wartelisten verschwinden und schneller und flexibler Hilfe weichen;

wir erkennen mehr und mehr darin die praktisch werdende Verpflichtung der Träger zur Versorgung der Bürger in ihrer Region.

Die mehrheitlich negativen Erfahrungen auf der einen, die von positiven Entwicklungen geprägten Erfahrungen auf der anderen Seite bestimmen unsere Erwartungen vom und unser Engagement für den Trialog.

Für uns gibt es drei Ebenen des Trialogs, die natürlich miteinander in Beziehung stehen:

1. Die Ebene der Gestaltung von Strukturen, zum Beispiel von Verbänden mit Versorgungsverpflichtung.

1 Jede der Einrichtungen hat ihr Konzept und ihre häufig selbst definierte Aufgabe; für den über diese eigene Helferdefinition hinaus gehenden Hilfebedarf fühlt sich niemand professionell verantwortlich.

2 – die Krankenkasse zum Beispiel nicht mehr bereit ist, den Klinikaufenthalt länger zu finanzieren.

3 Wenn unser Angehöriger mit den Betreuern des Betreuten Wohnens, oder diese mit ihm, nicht mehr übereinkommen, erfolgt eine Entlassung; wohin wird aus der Klinik und dem Betreuten Wohnen entlassen? In der Regel in den Schoß der Familie.

2. Die Ebene der Gestaltung der Behandlungs-, Betreuungs- bzw. Rehabilitationsbeziehung.
3. Die Ebene des offenen Dialogs in den Psychoseminaren.

Entsprechend dieser drei Ebenen gliedern sich unsere Erwartungen.

Die Ebene der Gestaltung von Strukturen

Wir erwarten eine uneingeschränkte Beteiligung in allen Gremien, und dies ist weitgehend realisiert.

Wir wünschen diese Beteiligung – und das ist unsere eigentliche Erwartung –, um mit dafür zu sorgen, dass den schönen Worten von den personensorientierten Hilfen, von der Versorgungsverpflichtung, von der personenzentrierten Hilfeplanung usw. entsprechende Taten folgen, die eine entsprechende Realität schaffen.

Wir wollen *den* Profis den Rücken stärken, die die mit diesen schönen Worten gemeinten Veränderungen tatsächlich wollen.

Allerdings wissen wir auch um die Probleme der Beteiligung in Gremien, die die Strukturen gestalten wollen.

Die Teilnehmenden in den Gremien haben gelernt zu schweigen, wenn wir reden – aber hören sie uns auch zu?

Wir nutzen unsere Beteiligung in den Gremien zum gebetsmühlenartigen Vortrag der Forderungen, dann und nur dann – aber dann auch tatsächlich – Hilfen zu bekommen, wenn wir und/oder unsere kranken Familienmitglieder nicht mehr weiterwissen – und dass diese Hilfen dort verfügbar sein sollen, wo sie zu dem Zeitpunkt gebraucht werden: also an den Orten, wo wir und/oder unsere Familienmitglieder gerade leben.

Diese Forderung bzw. dieser Wunsch kommt seit Jahren in unterschiedlichen Gewändern daher:

- die Einrichtung von Krisendiensten (heute sprechen wir lieber von der »Krisenfunktion«, die in einer Region erfüllt sein muss),
- die Kritik an den niedergelassenen Nervenärzten und Psychiatern, zu wenig Hausbesuche durchzuführen,
- die Kritik an den Sozialpsychiatrischen Diensten, sehr häufig nur dann zur Verfügung zu stehen, wenn unser krankes Familienmitglied mit ihnen

sprechen will (verbunden mit dem gut gemeinten Hinweis, sie kämen allerdings auch dann, wenn wirklich Gefahr im Verzuge sei...).

Alles dies ist Ausdruck des Ringens um die Lösung des Problems, gerade in kritischen Zeiten schnell und flexibel Hilfe zu erhalten, damit das familiäre Hilfesystem nicht an den aktuell hohen Belastungen zusammenzubrechen droht – mit dem Effekt, dass wir Angehörigen dann die Abgabe unserer Teil-Verantwortung und die »Abgabe« unseres Familienmitgliedes an eine die totale Verantwortung übernehmende Institution herbeisehnen.

Schon seit Beginn der organisierten Angehörigenbewegung sagen wir dies und wir wiederholen uns mit schöner Regelmäßigkeit in allen den Gremien – aber hört man uns zu?

Trotz permanenten Vortragens dieser Forderungen in trialogisch besetzten Gremien: wo gibt es die so heiß herbeigesehnten flexiblen Hilfen mit Übernahme der Krisenfunktion⁴?

Viele Angehörige haben auch heute noch, trotz aller Erfolge der Psychiatriereform, nach wie vor so sehr unter den Belastungen zu leiden, dass vielen von uns Angehörigen selbst in den so genannten »ruhigen Zeiten« die notwendige Gelassenheit für eine hilfreiche Unterstützung verloren zu gehen droht.

Belastend sind die vom Versorgungssystem diktierten Bedingungen, die definieren,

- wie und welche professionellen Hilfen unsere Familienmitglieder bekommen,
- wie wir in diese Hilfeleistungen eingebunden werden oder eben nicht einbezogen werden,
- und wie und welche Hilfen wir dann kompensatorisch (d. h. in Kompensation der Lücken und der sonstigen Mängel des Versorgungssystems) selbst zu übernehmen haben, damit unser Familienmitglied mit seiner Krankheit und den Krankheitsfolgen möglichst angemessen fertig werden kann.

4 Zur möglichen Organisation von solchen flexiblen Basisdiensten und der realen Verfügbarkeit von Krisenfunktionen »rund um die Uhr« siehe: PEUKERT, R: *Stand und Perspektiven der Psychiatriereform in Hessen*. In: Hessischer Psychiatrietag 2000, S. 5-22 (zu beziehen über Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker, Bettinastraße 77, 63067 Offenbach)

Das Ärgerliche daran: Wir beteiligen uns aktiv am Dialog in den Gremien, die die Strukturen der Hilfen gestalten – müssen aber mit Bestürzung feststellen, dass diese unsere Beteiligung bisher an vielen Orten zu keinen Veränderungen führte.

Daneben gibt es Regionen, die sich offensichtlich ohne unser Zutun an unseren Wünschen zu orientieren scheinen – obwohl es dort keine aktiven Angehörigenvertreter gibt!

Was sollen wir daraus lernen? Dass der Dialog in diesen Gremien überflüssig ist?

Ich meine nein; aus meiner Sicht bestätigt sich einmal mehr: »gute Psychiatrie« ist in der Lage, die Bedürfnisse von uns Angehörigen zu erkennen, ohne dass wir sie aktuell vortragen.

Wo die Entwicklung allerdings unserer Erfahrungen und unserer Forderungen bedarf, da müssen wir noch viel lauter, noch viel klarer, eindeutiger und noch viel fordernder werden, um das schweigende Weghören zu durchbrechen.

Es genügt offensichtlich nicht, beim Dialog innerhalb der Gremien körperlich anwesend, hellwach und mit guten Argumenten ausgerüstet zu sein.

Um in diesem Dialog mit den eigenen Vorstellungen Wirkungen erzielen zu können, ist für uns Angehörige (und das Gleiche gilt wohl auch für die Psychiatrie-Erfahrenen) mehr als unsere Präsenz und das Wohlwollen der Professionellen erforderlich, es bedarf stützender institutioneller Vorkehrungen, wie zum Beispiel der folgenden:

- Zu jeder Planung und zu jedem Vorhaben wird von der Politik und den Leistungsträgern eine Stellungnahme seitens der Angehörigen und der Psychiatrie-Erfahrenen verlangt; ein positives Urteil bzw. eine Einigung im Anschluss an eine negative Beurteilung ist für die Realisierung der Planungen unabdingbar.
- Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene werden von der Politik und den Leistungsträgern zur Bewertung der bestehenden Einrichtungen und Dienste aufgefordert; im Falle von negativen Bewertungen erhalten die Angehörigen und die Psychiatrie-Erfahrenen nach einer ausreichenden »Mängelbeseitigungsfrist« einen Bericht, wie die Schwachstellen beseitigt wurden.
- Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige erhalten fachkompetente Unterstützung bei der Entwicklung eigener Vorschläge, wie bestimmte Hilfebedarfe beantwortet werden könnten; diese Vorschläge werden von den Gremien bevorzugt behandelt⁵.

In den Gremien bedeutet »Trialog auf gleicher Augenhöhe«, für Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene ungleiche (d. h. sie stärkende) institutionelle Bedingungen zu schaffen, um die naturwüchsige Ungleichheit auszugleichen.

Die Ebene der Gestaltung der Behandlungs-, Betreuungs- bzw. Rehabilitationsbeziehung

Auf dieser Ebene des unmittelbaren therapeutischen Kontaktes, der so genannten »Arbeitsebene«, wünschen Angehörige ebenfalls den Trialog – ohne in das intime therapeutische Verhältnis des Helfenden zum kranken Angehörigen einzudringen.

Allerdings gehört es wohl zu den bestbehütetsten Missverständnissen seitens vieler Professioneller, eine solche Einmischung zu unterstellen, wenn Angehörige über Behandlung, Betreuung und/oder Rehabilitation und Teilhabe informiert werden wollen.

Und auch hier gilt wieder: Das trifft auf einige der Professionellen zu, andere suchen geradezu gezielt den Kontakt zu den Angehörigen und ihrem Wissen.

Zwei Aspekte sind uns Angehörigen in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung:

1. Warum wollen wir den »Arbeits-Trialog«?
2. Was macht es einigen Professionellen so schwer, ihn herzustellen bzw. ihn durchzuhalten?

1. Angehörige fordern den Trialog auf der Arbeitsebene.

– Welche Hilfe auch immer mit unseren Angehörigen vereinbart wird und welche Unterstützungen auch immer als nicht erforderlich oder nicht möglich angesehen werden, hat gravierenden Einfluss auf uns, denn darüber wird definiert, was wir als Familienunterstützung einerseits zu leisten haben und aus welchen Bereichen wir uns andererseits heraushalten können und sollten.

- 5 Ein von Angehörigen entwickelter Vorschlag zur Lösung ihrer Probleme mit »Hilfe-Uneinsichtigen« ist die Rolle des »Familiengastes« in regional zuständigen ambulanten Teams; PEUKERT, R.: *Personenzentrierter Ansatz und Familienselbsthilfe*. In: Psychosoziale Umschau 4/2003, S. 12-15

- Da nach wie vor ein überaus großer Teil der außerklinischen Hilfen nicht über die primären Kostenträger, sondern die Sozialhilfe nach BSHG finanziert wird, ist eine Heranziehung von uns Angehörigen zu den Kosten nicht ausgeschlossen – darüber sollte man mit uns zumindest gesprochen haben.
- Wir Angehörigen bilden in der Regel einen nicht unwesentlichen Teil des »sozialen Umfeldes« unseres kranken Familienmitgliedes; dies lässt erwarten, dass wir über Erfahrungen und Informationen verfügen, die für die professionellen Helfer nicht unwichtig sein sollten.
- Der aus den obigen Argumenten begründete »Arbeits-Triolog« zwischen den Helfern, unserem Familienmitglied und uns würde zudem sehr schnell etwas zu Tage treten lassen, das auch in der Sozialpsychiatrie mit dem modernsten Gewand, d. h. der konsequenten Personenorientierung, nach wie vor zu kurz kommt.

Dort werden die Familien zu Recht als Ressource des außerpsychiatrischen Unterstützungssystems gesehen – wobei allerdings der in der Krankheit des Familienmitgliedes begründete Hilfebedarf der »Rest-Familie« übersehen wird. Diesen blinden Fleck kann man unschwer in allen zur Zeit geläufigen Hilfeplanungsinstrumenten entdecken: nirgendwo wird danach gefragt, ob die bzw. der Erkrankte bisher wesentliche Funktionen für andere Familienmitglieder erfüllte (z. B. für eigene Kinder, für die alt gewordenen Eltern etc.) und welcher Unterstützungsbedarf sich aus der (vorübergehenden) Einbuße an Funktionsfähigkeit ergibt!

Damit sind noch gar nicht die erforderlichen professionellen Hilfen angesprochen, die der Familie dabei helfen könnten, mit ihrer neuen Situation besser fertig zu werden:

- fachgerechte Informationen über die Erkrankung,
- incl. dem Angebot der Teilnahme an Informationsgruppen, die traditionell »Psychoedukative Gruppen« genannt werden,
- sozialarbeiterische Beratung zur Regelung administrativer Angelegenheiten (mit dem Arbeitgeber, mit den Versicherungen etc.),
- psychotherapie-ähnliche Gesprächsangebote zu Beginn der Erkrankung mit dem doppelten Ziel, die anfängliche tiefe Irritierung zu stabilisieren, den Angehörigen dabei zu helfen, in einer schwierigen Situation Zuversicht und Hoffnung aufrechtzuerhalten und die Familienmitglieder bei anhaltender Erkrankung auf die Teilnahme an einer Angehörigenselbsthilfegruppe vorzubereiten etc.

Auf dem Hintergrund dieser Einschätzungen zur Notwendigkeit und Nützlichkeit des »Arbeits-Trialogs« sind Angehörige geradezu begeistert von einer Institution, für die sich die Bezeichnung »Angehörigenvisite« eingebürgert hat und wie sie in einigen Psychiatrischen Abteilungen eingeführt wurde.⁶

Diese Angehörigenvisiten finden regelmäßig zu festen Zeiten auf den Stationen statt, sie werden durch deutlich sichtbare (!) Aushänge angekündigt und Angehörige können sich für einen Termin eintragen. In einem entsprechend ausgestatteten Raum finden sie dann alle Therapeuten vor, und selbstverständlich wird auch der Patient dazu geladen (zu den weiteren Aspekten siehe die Literatur in der Anmerkung).⁷

Der ungeheure Vorteil dieser Visiten:

- Angehörige (ob Familienmitglieder oder Freunde und Bekannte, denn: »Wer Angehöriger ist, definiert der Patient!«) werden zu einem Gespräch eingeladen – und müssen nicht hinter dem zweifellos belasteten Klinikpersonal herlaufen,
- in der Visite kann ganz konkret über die Erkrankung und die Behandlung berichtet und gesprochen werden,
- wir Angehörigen können erfahren, dass auch die Professionellen sehr differenzierte Sichtweisen von der Erkrankung haben – und können uns so von unserer traditionell »arzt-zentrierten Sicht«⁸ lösen, denn auch die anderen Berufsgruppen sind anwesend, wir erfahren deren Behandlungsbeitrag und deren Sichtweisen!

6 OSTERMANN, J.; HOLLANDER, S.: *Die Angehörigenvisite*. In: Psychiatrische Praxis 1985; 12: 43-47. FÄHNDRICH, E.; KEMPF, M.; KIESER, C.; SCHÜTZE, S.: *Die Angehörigenvisite (AV) als Teil des Routineangebotes einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Allgemeinkrankenhaus*. In: Psychiatrische Praxis 2001; 28: 115-117

7 Wie selbstverständlich gibt es in diesen Kliniken auch kurze, aber prägnante und aussagefähige Befragungen von Angehörigen, so zum Beispiel in Neukölln.

8 Befragt man Angehörige, was sie sich zum Beispiel in der Klinik wünschen und wen sie für relevant halten, stehen in der Regel die Ärzte allein im Vordergrund: von ihnen wird Hilfe und Unterstützung sowie Information erwartet, also richtet sich die Kritik auch an deren begrenzte Gesprächsbereitschaft und Tendenz, immer in Eile zu sein; diese sehr zentristische Sicht auf die Klinikrealität sollte allen Trialog-Partnern zu denken geben. Beim ersten Trialogforum am 27.-29. März 2003 in Magdeburg wurde genau dies im Rahmen der szenischen Vorführung eines »Trialogs« in der Klinik von der Angehörigen Frau Heim in der Rolle einer Klinikärztin großartig in Szene gesetzt!

Auch hier zeigt sich:

Die Erweiterung des therapeutischen Dialogs um den Trialog dient auch den Professionellen.

Man beachte bitte die Formulierung: Es ist nicht die Rede von der Erweiterung des therapeutischen Dialogs zum Trialog, sondern von der Erweiterung um den Trialog; damit soll einmal mehr darauf verwiesen sein, dass mit dem Trialog auf der Arbeitsebene von uns Angehörigen gerade nicht die Einmischung in die genuin dialogische Therapiebeziehung gemeint ist oder angestrebt wird!

Dass sich unter den Bedingungen des Arbeits-Trialogs auch der therapeutische Dialog verändern mag, können wir uns sehr gut vorstellen: Der Blick aller Beteiligten wird erweitert, das sollte schon Wirkung zeigen. Und dass der Trialog selbst »beiläufig therapeutisch« wirkt, wissen wir seit den Psychoseminaren; da ist es nahe liegend, dass das auch beim Arbeits-Trialog beiläufig geschieht.

Dies führt zum zweiten Gesichtspunkt:

2. Was macht es den Professionellen so schwer, den Trialog auf der Arbeitsebene herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten?

»Viele Angehörige sind schon recht schwierig; aber es gibt auch eine ganze Anzahl, die sehr gut in den therapeutischen bzw. Betreuungs-Prozess einbezogen werden können und da hilfreich sind«⁹, lautet der allgemeine professionelle Tenor zu uns Angehörigen.

Natürlich sind wir schwierig und nerven mit unseren Anliegen, und leichte bis schwere Neurosen sind wohl in der Gesellschaft normal verteilt, so dass wir diese in angemessenem Prozentsatz teilen. Aber gerade auch das spricht für die Einbeziehung von uns in den Arbeits-Trialog:

Wo könnten »schwierige« Angehörige ihre schwere Rolle besser lernen als im alltäglichen Trialog auf der Arbeitsebene?

Hier gilt das rehabilitative Prinzip: Kompetenzen sollten dort gelernt werden, wo sie genutzt werden können – und das heißt in diesem Falle: in der unmittelbaren Begegnung.

9 Einen kleinen Einblick in die Dichotomie und die konkreten Wahrnehmungsinhalte von »guten Angehörigen« und »schlechten Angehörigen« seitens der Professionellen finden Sie in PEUKERT, R.: *Vom Objekt zum Subjekt – aus der Sicht eines Angehörigen*. In: Aktion Psychisch Kranke (Hg.): 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Bonn, Psychiatrie-Verlag, 2001, S. 208f

Doch, wie bemerkt, haben viele der Professionellen gerade hier Probleme.

Versuchen Angehörige, auf der Arbeitsebene mit den professionellen Helfern ins Gespräch zu kommen, müssen sie – oft mit dem Hinweis auf die Schweigepflicht – hören, sie mögen sich doch bitte heraushalten; wie kommt das?

Als Angehöriger kann man dazu nur Hypothesen formulieren und darauf hoffen, dass jemand Berufener auf die Hypothesen antwortet.

Meine Hypothese in Kurzversion: Vielen dieser Professionellen gelingt es (noch) nicht, den Unterschied zwischen dem Trialog auf der Arbeitsebene und dem therapeutischen Dialog zu realisieren. Realisieren meint, mit den Beteiligten den Trialog *so* zu führen, dass daraus eben keine Einmischung in den therapeutischen Dialog wird.

Unsere Erwartung: Die Professionellen sind in der Lage, mit Klienten und ggf. auch mit uns therapeutische Dialoge zu führen. Wir erwarten, dass sie zusätzlich die Kompetenz erwerben, mit den gleichen Beteiligten an anderem Ort und zu einer anderen Zeit den Trialog auf der Arbeitsebene zu pflegen.

In den Trialog gehört zum Beispiel:

- Die Verständigung über die langfristigen Ziele des Klienten, zum Beispiel in Zukunft wieder einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anzustreben, das Studium wieder aufzunehmen oder abzubrechen; je überzeugter auch wir Angehörigen von diesen Zielen sind, desto eher werden wir die Lasten auf dem Weg dorthin mittragen (können).
- Die Verständigung über die Ziele des Klienten, die seine Familie unmittelbar betreffen (Ausziehen oder wieder in die Wohnung der Eltern zurückkehren; Besprechen einer zurückliegenden Suizidhandlung; die potentielle Nutzung von Angeboten, für die die Angehörigen zur Kasse gebeten werden; Verständigung über die Unterstützungen, die von Angehörigen im Rahmen eines Hilfeplanes erwartet werden etc.).
- Die Verständigung darüber, was die Familienmitglieder tolerieren wollen bzw. können und was nicht, zum Beispiel an Befriedigung nächtlicher Gesprächsbedürfnisse oder was die Maßstäbe von Ordentlichkeit und Hygiene angeht.
- Die Verständigung über potentiell divergent wahrgenommene Rehabilitations- oder Behandlungsverfahren (zum Beispiel über die neuroleptische Behandlung, aber auch Arbeitstraining; es macht wenig Sinn, wenn Angehörige, Profis und Patient unterschiedliche Haltungen haben, die womöglich nicht einmal angesprochen werden).

Mit dieser exemplarischen Aufzählung sollte deutlich geworden sein, worin sich der Arbeits-Trialog von therapeutischer Interaktion unterscheidet:

Im Trialog treffen in der Regel aus der jeweiligen Sicht wohl begründete Haltungen, Normen, Erwartungen, Zukunftsentwürfe, Befürchtungen etc. aufeinander, und der Trialog soll dazu beitragen, diese – wo es möglich ist – anzugleichen und ansonsten in der Divergenz gemeinsam lebbar zu machen.

Aus Angehörigensicht ist der Trialog auf der Arbeitsebene konsequent realitätsbezogen, verzichtet auf Ausdeutungen ebenso wie auf ein theoretisches Gerüst bzw. eine Schulmeinung, und er baut auf die Möglichkeit der Verständigung als Ergebnis des Bemühens um Verstehen. Aber: dem therapeutischen Dialog nicht unähnlich muss man wohl qua reflexiver Erfahrungsbildung lernen, ihn »fachgerecht« zu führen.¹⁰

Der Trialog auf der Arbeitsebene setzt einerseits die Kompetenz voraus, ihn vom therapeutischen Dialog unterschieden zu erkennen und entsprechend zu handeln.

Der Trialog setzt andererseits die Bereitschaft und Fähigkeit des genau Hinhörens, Nachfragens und der Auseinandersetzung auf der Arbeitsebene voraus, damit das im Trialog zur Sprache kommt, was mit den ersten Worten eingeleitet werden sollte.

Wo kann diese Kompetenz besser erworben und die erforderlichen Fähigkeiten besser eingeübt werden als in einem Rahmen, der von unmittelbarem Handlungsdruck befreit ist, nämlich im Psychoseminar?

¹⁰ Es geht nicht darum, die Äußerungen von uns Angehörigen mit der vermeintlich »richtigen« Bedeutung zu hinterlegen und uns so auszudeuten. Die Erwartung besteht vielmehr darin, sich auf eine offene Auseinandersetzung über unsere Wünsche, Klagen, Hoffnungen etc. mit ganzer Kraft einzulassen, um gerade nicht vorschnellen Interpretationen aufzusitzen und dort sitzen zu bleiben. (»Die Angehörigen regen sich immer über die Sauberkeit auf und bringen die Hygiene ins Spiel – Sachen, die sie zu Hause nie geschafft haben, aber jetzt von uns fordern, um vor sich selbst die eigene Erfolglosigkeit zu verbergen.«). Zum Beispiel sind Krisendienst, Hausbesuche von Niedergelassenen die ersten Worte, mit denen ein nicht immer gleich erkennbares Thema eingeleitet werden will, nämlich auch in kritischen Zeiten schnell und flexibel Hilfe zu erhalten.

Die Ebene des offenen Dialogs: das Psychoseseminar

Die zentrale Erwartung von Angehörigen an die Psychoseseminare lautet:

Wir wünschen uns, dass unter den Rahmenbedingungen der vom Handlungsdruck befreiten Kommunikation im Psychoseseminar die Professionellen (und die Psychiatrie-Erfahrenen natürlich auch) etwas besser verstehen können, was uns umtreibt.

Soweit sich die Professionellen und Psychiatrie-Erfahrenen damit kritisch auseinander setzen, sich auch widerständig und insistierend zeigen, helfen sie uns, uns selbst ein wenig besser zu verstehen.

Gemäß der Maßgabe der Kommunikation auf gleicher Augenhöhe gilt gleichermaßen: was wir von den anderen erwarten, erwarten wir auch von uns; was wir von uns erwarten, erwarten wir auch von den anderen Dialogpartnern.¹¹

Das in aktiver Auseinandersetzung wachsende wechselseitige Verstehen ist aus unserer Sicht kein Selbstzweck – es führt zu Veränderungen im Handeln.

Viele Angehörige gehen erstmals in ein Psychoseseminar mit der Erwartung, dort zu erfahren, wie sie besser mit ihrem kranken Angehörigen umgehen können (der keine Hilfe annehmen will, der sich immer wieder in Ausnahmesituationen hineinmanövriert, der den Angehörigen mit seinem Verhalten Angst einflößt etc.); sie erwarten Ratschläge und eigenen Erkenntnisgewinn aus den Beiträgen der Professionellen und der Psychiatrie-Erfahrenen.

Nach einiger Zeit ändert sich diese Erwartung und sie sind eher daran interessiert, Professionellen und Psychiatrie-Erfahrenen die Sichtweisen von Angehörigen nahe zu bringen.¹²

Das Gebot der Aufrichtigkeit gebietet allerdings auch folgenden Hinweis.

Sehr viele der belasteten Angehörigen meiden die Psychoseseminare; ich habe sogar viele getroffen, die die Seminare ablehnen: aus ihrer Sicht werde dort den Anliegen der Psychiatrie-Erfahrenen zu exklusiv zu breiter Raum

11 Dass sich dies nicht naturwüchsig einstellt, wenn man sich im Psychoseseminar zusammenfindet, versteht sich von selbst: es ist ein Ziel, an dem gemeinsam gearbeitet werden muss – und das Psychoseseminar bietet die Rahmenbedingungen, dieses Ziel auch zu erreichen.

12 Dabei geschieht Folgendes: indem sie selbst anfänglich »informationshungrig« Rat und Einsichten suchen, vermitteln sie den Dialog-Partnern intensive Einsichten in die Erlebnis- und Gefühlswelt von uns Angehörigen.

gegeben und deren Weltsicht in der Regel bestätigt – wobei doch aus der Weise, wie unsere kranken Angehörigen die Welt sehen und sich verhalten, für die Familien so viele Probleme entstünden.

Ich wäre sehr glücklich, wenn gerade diese Angehörigen in die Psychoseminare kämen und sich offen in die Auseinandersetzungen einbringen würden.

Das genau ist eine meiner zentralen Erwartungen (im Sinne von Wünschen) an den Trialog:

Es möge uns gelingen, auch die zum Trialog zu »verführen«, die sich am wenigsten von ihm versprechen – und das gilt für mich besonders für uns Angehörige.¹³

Ansonsten ist zu den Psychoseminaren in diesem Band viel gesagt, deshalb möchte ich aus Angehörigensicht mit zwei Zukunftserwartungen abschließen.

1. Der »Schiefolog« vieler Psychoseminare wird zum Trialog

Zu häufig halten sich die ohnehin spärlich vertretenen Professionellen zurück, nutzen die Seminare einseitig zu ihrer »Fortbildung«, bringen ihre eigenen subjektiven Erfahrungen aus der Begegnung mit Psychosen nicht ein, zu denen auch Ängste gehören – und verlegen dies in Supervisionen. Wo Professionelle dies tun, ist der Trialog eigentlich ein »Schiefolog«: da hängt etwa schief und da geht etwas schief im Trialog.

2. In die Facharztordnung wird der Nachweis der Teilnahme der Kandidaten an Psychoseminaren aufgenommen; dafür könnte der Nachweis der Teilnahme an Angehörigengruppen entfallen.¹⁴

13 Es ist Sache der Professionellen und der Psychiatrie-Erfahrenen, ihre »Psychoseminar-Resistenten« zu überzeugen bzw. zu verführen.

14 Zum Beispiel Ärztekammer Berlin. Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung. Stand: 12.9.1995, S. 15

Birgit Görres

Wegbereiter des Dialogs: Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V.

Mitte der Siebziger Jahre entstanden bundesweit im Rahmen der gesellschafts- und institutionskritischen Diskussionen – beeinflusst durch umfangreiche Veröffentlichungen, unter anderem von Günter Wallraf, Ernst Klee (Behindertenreport 1974, Psychiatriereport 1978) und Klaus Dörner (Bürger und Irre 1975) – erste psychiatrische Hilfsvereine, die an die Vorkriegstradition der »Unterstützung von psychisch Erkrankten von Bürger zu Bürger« anknüpfen wollten. Jedoch wollten sie nicht – wie vormals – lediglich die Besuchsdienste in den Kliniken verbessern, sondern stellten die psychiatrischen Anstalten und die ausschließlich medizinische Sichtweise von »Psychischer Krankheit« grundsätzlich in Frage. Die Vertreter der ersten Hilfsvereine begannen daher schon früh, alternative Angebote (Kontaktclubs, Beratungsstellen, Wohnheime, Betreutes Wohnen) in den Gemeinden und Stadtteilen aufzubauen (s. auch den Beitrag von Inge und Gustav Schöck in diesem Band).

Der DACHVERBAND Psychosozialer Hilfsvereinigungen wurde 1976 von den »Pionieren der gemeindepsychiatrischen Trägervereine« als bundesweite Dachorganisation dieser bürgerschaftlich organisierten Hilfsvereine für eine Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Versorgung gegründet.

Das Besondere am DACHVERBAND war von Anfang an, dass er sich einem anderen Bild der Akteure und Betroffenen sozialpsychiatrischer Versorgung verpflichtet hat. So wurde und wird in den Einrichtungen unserer Mitgliedsvereine angestrebt, den psychisch erkrankten Menschen als Mitbürger mit all seinen Kompetenzen zu sehen, die Angehörigen als Mitbetroffene, sowie die professionellen Helfer als veränderungsorientierte Fachleute, die professionelle Unterstützung und den Aufbau und die Weiterentwicklung gemeindepsychiatrischer Versorgungssysteme anbieten.

Die Ziele »Schließung der Anstalten«, »Humanisierung des Umganges mit psychisch erkrankten Menschen« und der geplante »Aufbau von vernetzten Hilfesystemen in der Gemeinde« interessierte vor mehr als 25 Jahren im Zuge der Psychiatriereform eine große Gruppe von Menschen unterschiedlichster Hintergründe und politischer Ausrichtung.

In dieser Aufbruchzeit waren die Ziele und Abgrenzungen einfach und klar – hier die engagierten Bürger, die sich für eine menschenwürdige Psychiatrie und Alternativen zur Psychiatrie einsetzten (»Freiheit heilt!«) – dort die konservativen Mediziner und Vertreter der Anstaltspsychiatrie, die einen Veränderungsbedarf in der Psychiatrie höchstens bei der Sanierung der maroden Räumlichkeiten der alten Anstalten sahen.

Diese Polarisierung und die tatsächlich menschenunwürdigen Verhältnisse in den Anstalten führten in den entstehenden Vereinen zu einem hohen Engagement und großer Aufmerksamkeit für Ausgrenzungen durch Stigmatisierung und Hospitalisierung. Die Identitäten der neuen sozialpsychiatrischen Hilfsvereine wurden sehr stark geprägt von der realen Möglichkeit, »solidarisch tatsächlich etwas zu bewirken«. Hierbei spielte es keine Rolle, ob ein Vereinsmitglied Psychiatrie-Erfahrener, Angehörige oder Mitarbeiter in der Psychiatrie war – alle fühlten sich als Bürger und Mitbürger von den Missständen der Psychiatrie betroffen. Lange wurde nicht nach dem »Status« gefragt und an dem Aufbau von neuen Versorgungsstrukturen interessierte Menschen wurden möglichst rasch mit der konkreten Arbeit vertraut gemacht und einbezogen. Es entstand eine vitale »Kultur der Auseinandersetzung«, die auch eine hohe Anzahl von Studenten motivierte, sich in den entstehenden Vereinen zu engagieren. Entsprechend schnell wurden neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Informationen über die psychiatrische Versorgung in anderen europäischen Ländern an die sich bildende »Basis« vermittelt. Dies alles sicherte der noch »jungen« sozialpsychiatrischen Bewegung ein breites Bündel von Kompetenzen und war ein wichtiger Motor für den Aufbau von »Hilfevereinen« und bei der Formulierung von institutionskritischen Zielen und Werten.

Inzwischen haben sich die Zeiten und die Zustände in der Psychiatrie geändert.

Das solidarische Engagement der »Bürger« ist einer hohen Professionalisierung auf der einen Seite und starken Selbsthilfebewegungen auf der anderen Seite gewichen – die Rollen und Identitäten der handelnden Personen haben sich geändert und differenziert. In diesem Zusammenhang ist das aktuelle Ringen um die Schaffung einer dialogischen Diskussionskultur, die Stärkung des Empowerments der Psychiatrie-Erfahrenen und eine struktu-

relle Verankerung der Nutzerbeteiligung zu sehen. Diese Diskussionen werden inzwischen in allen sozialpsychiatrischen Verbänden und Einrichtungen – mal mehr, mal weniger intensiv – geführt.

Für alle Mitgliedsvereine ist jedoch zur Aufnahme in den DACHVERBAND nach wie vor verbindlich, dass in ihren Satzungen die Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen sowie die Unterstützung der Selbsthilfe Betroffener verankert ist.

Entsprechend wurden daher in den bisherigen Grundsatzprogrammen des DACHVERBANDES unter anderem folgende Ziele und Werte formuliert:

- Solidarische Anteilnahme der Gesellschaft am Schicksal der psychisch erkrankten Menschen und ihrer Angehörigen sowie die Überzeugung, dass das Zusammenleben mit psychisch erkrankten Menschen und das wechselseitige Lernen eine unverzichtbare Bereicherung für das Leben in der Gemeinde darstellen
- Aufbau von Partnerschaften und die Schaffung eines Klimas gegenseitigen Respekts und gegenseitiger Achtung
- Psychiatrische Hilfen dürfen nicht ohne eine Beteiligung der betroffenen Nutzer – seien es Psychiatrie-Erfahrene oder Angehörige – initiiert oder verantwortet werden.
- In den Gemeinden muss eine Lobby für und mit psychisch erkrankten Menschen gebildet werden – die Nutzerperspektive und die Öffentlichkeit müssen in die Arbeit vor Ort mit einbezogen werden.
- Aufbau und Einrichtung von Betroffenenvertretungen in den Vorständen der Hilfsvereine
- Einrichtung von Beschwerdestellen in den Regionen
- Förderung und Hilfestellung beim Aufbau eigenständiger Betroffenenforen, in denen Psychiatrie-Erfahrene in eigener Regie zusammenfinden, um ihre Interessen zu artikulieren

Diese Grundsätze prägen die Mitgliedsvereine des DACHVERBANDES bis heute. Darüber hinaus werden seit vielen Jahren in unserem Verband die trialogisch organisierten »Psychoseseminare« auf Bundes-, Länder- und regionaler Ebene unterstützt – die bisherigen beiden bundesweiten Fachtagungen der Psychoseseminare wurden vom DACHVERBAND ausgerichtet und unterstützt (1990 Bonn, 2000 Schwerin). Die dort in trialogischer Diskussion erarbeiteten Grundsätze und Forderungen wurden in der »Schweriner Erklärung« erstmals gebündelt und veröffentlicht (z.B. in Psychosoziale Umschau 4/2000, S. 8 f).

Als ein weiteres Ergebnis der in den letzten zehn Jahren entstandenen trialogischen Sichtweise und Diskussionskultur wurden auf der Schweriner Tagung trialogisch erarbeitete Materialien gefordert und inzwischen mit Unterstützung des DACHVERBANDES realisiert. (Broschüre »Es ist normal, verschieden zu sein«, s. dazu auch den Beitrag von Thomas Bock in diesem Band; Internetplattform der Psychoseminare – Projekt der Uni Berlin, verantwortlich Prof. Manfred Zaumseil, www.psychoseminare.de)

Die ersten Beschwerdestellen, in denen alle Nutzer psychiatrischer Versorgung beteiligt waren, wie zum Beispiel vor über zwanzig Jahren in Stuttgart, entstanden aus bürgerschaftlichem Engagement durch Mitgliedsvereine des DACHVERBANDES ohne »Outing« der Akteure als Betroffene, Angehörige oder Professionelle und schöpften sicherlich auch daraus einen großen Teil ihrer Energie.

Heute zeichnet sich eine Kontroverse um die Frage ab, ob bei den weiter aufzubauenden Beschwerdestellen bzw. insgesamt bei der Weiterentwicklung der Psychiatrie die »bürgerschaftliche Grundhaltung« (»Ich wende mich gegen einen Missstand, der auch mich, meine Angehörigen und Freunde betreffen könnte.«) oder ein »trialogisches Verständnis«, das wesentlich stärker von einer schon vorhandenen Betroffenheit und damit eventuellen Stigmaerfahrungen ausgeht, sinnvoller ist.

Diese Diskussion verspricht spannend zu werden und wird sicherlich in den Vereinen, Institutionen und Psychoseminaren noch zu führen sein...

Auf der Basis der Grundsätze von »Nutzerbeteiligung« und »Selbsthilfe« entstanden in den letzten 26 Jahren innerhalb des DACHVERBANDES erst Arbeitskreise von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen und später dann daraus die Verbände der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK, 1985) sowie einige Jahre später der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE, 1992). Beide Selbsthilfeverbände Psychiatrie-Betroffener prägen seither die aktuelle Diskussion in der Bundesrepublik sehr aktiv mit.

Im Vorstand und Beirat des DACHVERBANDES sind seit seinem Bestehen verbindlich die Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen vertreten. Seit 2001 sind es von den Selbsthilfeverbänden BPE und BAPK vorgeschlagene und damit legitimierte Vertreter, die sicherstellen, dass die Sicht der Betroffenen in die geplanten Projekte und Aktivitäten des DACHVERBANDES auch auf Bundesebene mit einfließen.

Auf Länder- und regionaler Ebene wird dies ebenfalls so gehandhabt (und scheidet bislang in Einzelfällen höchstens an der personellen Situation).

Bei einer von uns als notwendig erachteten weiteren Stärkung der psychosozialen Trägervereine, die inzwischen die gemeindenahе psychiatrische Versorgung in den Regionen realisiert haben, werden spezifische Werte, handlungsleitende Prämissen und Erfahrungen des DACHVERBANDES auch weiterhin einen wichtigen Platz einnehmen – wie zum Beispiel

- Nutzerbeteiligung und Selbsthilfe fördern,
- unabhängige Strukturen wie Psychoseseminare fördern,
- Aufbau von unabhängigen, dialogisch besetzten Beschwerdestellen fördern.

Wichtig ist uns dabei zukünftig, die unterschiedlichen Formen und strukturellen Ansatzpunkte von Nutzerbeteiligung in den Qualitätssicherungskonzepten unserer Mitgliedsvereine sowie in den regionalen Planungs- und Steuerungsstrukturen von Psychiatrieentwicklung stärker zu verankern.

Weitere Entwicklungsanforderungen bestehen bei der Initiierung einer bundesweiten Diskussion um Möglichkeiten und Grenzen der Nutzerbeteiligung im Rahmen der schon seit einiger Zeit von uns betriebenen Empowermentdiskussion. Hier möchte der DACHVERBAND¹ in den nächsten Jahren weitere Impulse und Anregungen für die Akteure gemeindepsychiatrischer Versorgung geben. Zu einem strukturierteren Empowermentansatz gehört auch die Erarbeitung einer zuverlässigen Aussage über die Förderungsmöglichkeiten und die konkrete Unterstützung der Selbsthilfegruppen und Psychoseseminare vor Ort.

Hier ist nach wie vor das Know How, das Engagement und die Kreativität der Vertreter unserer unabhängigen und innovativen Trägervereine gemeindepsychiatrischer Versorgung gefragt.

1 Die Mitgliederversammlung im Dezember 2003 beschloss eine Namensänderung in »Dachverband Gemeindepsychiatrie«.

Günter Storck

DGSP und der Dialog in der Psychiatrie

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie hat seit ca. 1991 aktiv und praktisch den Dialog betrieben. Dabei ist nicht zu verschweigen, dass es für die Profis, auch in der DGSP, nicht leicht war und ist, einen dialogischen Diskurs stringent durchzuhalten. Dennoch ist der inhaltliche Kurs einer dialogischen Psychiatrie auch hier nicht mehr aufzuhalten.

Die DGSP ist ein Verband, der überwiegend von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus dem Arbeitsfeld psychiatrischer Hilfeangebote getragen wird, sich aber dennoch, von seinem fachlich und inhaltlichen Verständnis her, in seiner Arbeit dialogisch orientiert.

Fachtagungen, Fortbildungen, politische Stellungnahmen wurden und werden, wenn geboten, in dialogischer Weise gestaltet.

Besonders deutlich wurde dies beim Weltkongress für Soziale Psychiatrie 1994 in Hamburg, wo die DGSP als Hauptveranstalter in Planung und Durchführung intensiv mit Angehörigen psychisch Kranker und Psychiatrie-Erfahrenen kooperierte.

Der Weltkongress war in dieser Form einmalig und hatte für die bundesdeutsche Psychiatrielandschaft großen Impulscharakter, zum Beispiel gründeten sich in der Folge zahlreiche Psychoseseminare.

Es findet heute kein Kurs der Sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung der DGSP statt, bei dem nicht auch Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene als ReferentInnen beteiligt sind. Gleiches gilt auch für die sozialpsychiatrischen Kurzfortbildungen.

Beobachtungen zum Umgang mit dem Thema »Dialogische Psychiatrie«

Anlässlich der ersten gemeinsamen Fachtagung aller Dialoggruppen im Mai 1995 in Lutherstadt Wittenberg mit dem Titel »Ersterfahrungen in und mit der Psychiatrie« wurde von den Veranstaltern der Versuch unternommen, die Tagung auch wirklich dialogisch in die Praxis umzusetzen. Es gab neben

diversen Beiträgen aus den drei unterschiedlichen Perspektiven dialogisch gemischte Arbeitsgruppen. Ohne hier auf die Ergebnisse einzelner Gruppen eingehen zu können, lässt sich insgesamt feststellen, dass die anwesenden Profis angesichts der Anforderung, in den Dialog zu treten, verstummten. Wollten sie den Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen in altruistischer Absicht Raum geben, ihre Positionen darzulegen? Waren sie durch die Veranstalter kalt erwischt worden und konnten sich nur durch Schweigen gegen die geäußerten Ersterfahrungen abgrenzen? Eine schlüssige Antwort war auch in der Auswertung zur Tagung nicht zu ermitteln. Ein konkretes Ergebnis der Tagung waren die Wittenberger Thesen, die vom dialogischen Geist getragen sind (siehe Soziale Psychiatrie 2/95).

Auf der dialogischen Tagung »Ich und die Psychiatrie« 1998 in Kaufbeuren referierte der Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen, Dr. Ernst Kostal, über die Psychiatrie als permanenten Horror. Es war eine Generalabrechnung mit der Psychiatrie aus Sicht der Antipsychiatrie, die den anwesenden Profis fast die Luft zum Atmen nahm. Es war eine komplette Zurückweisung aller professionellen psychiatrischen Hilfen, die als Ausdruck des politischen Machtapparats einseitig disqualifiziert wurden (siehe Soziale Psychiatrie 3/98). Zu beobachten war während des Vortrags eine große Verlegenheit einerseits und andererseits eine große Geduld mit dem Referenten bei dem (professionellen) Publikum. Was war der Grund, dass sich die anwesenden Profis diese Beschimpfungen gefallen ließen? Was war der Grund des zaghaften Widerstands? Was macht psychiatrisch Tätige in diesen Situationen so sprach- und hilflos?

Die unter dialogischen Gesichtspunkten durchgeführte Frühjahrstagung 2002 in Hannover über das Beschwerdewesen in der Psychiatrie mit dem Thema »Missstände abstellen – weg mit der Angst« zeigte, dass die Psychiatrie-Erfahrenen insbesondere eine dialogische Auseinandersetzung wünschen. Sie waren die größte und argumentativ stärkste Teilnehmergruppe auf der Tagung.

Auf der Tagung »Selbstbestimmt leben – Werkstatt Dialogische Psychiatrie« im März 2003 in Magdeburg waren alle drei Verbände – der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE), der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) und die DGSP – gemeinsame Veranstalter dieser kleinen, aber sehr intensiven Tagung (siehe dazu den Beitrag von Bombosch u.a. in diesem Band).

Thomas Bock warnte mit folgendem Satz: »Wo Sozialpsychiatrie draufsteht, ist nicht automatisch Trialog drin.« Das zustimmende Nicken des Plenums nach diesem Satz war eindeutig. Was in der Analyse doch nur heißen kann: Trialogische Psychiatrie hat ihre eigenen Gesetze und eigene Dynamik, die im sozialpsychiatrischen Handeln immer im Auge behalten werden müssen.

Als gemeinsames Ergebnis dieser Tagung wurden die »Magdeburger Thesen« erarbeitet und verabschiedet. (siehe Seite 117/118)

Trialogisches Handeln, wie wir es verstehen

»Die Anrufung der Objektivität ist gleichbedeutend mit der Abschaffung der Verantwortlichkeit. Alles, was uns widerfährt, ist nur ein Echo auf das, was wir sind.«
Jens Gebser

Trialogisches Handeln heißt, dem Partner in der trialogischen Beziehung Selbstverantwortung als persönliches Handeln zuzugestehen.

Warten wir nicht darauf, dass die anderen etwas tun. Die anderen erleben es anders. Eine Beziehung übernimmt Verantwortung, sie nimmt teil. Aber sie nimmt sich »ihren Teil«, das heißt sie besteht auf die Einhaltung klarer Grenzen, die gleichzeitig die Verhandlungsgrenzen in der trialogischen Beziehung – aber auch Auseinandersetzung – markieren.

Die Fähigkeit zur Distanznahme steigert die Handlungskompetenz. Das erst schafft Übersicht und Entschiedenheit. Das Wir-Gefühl entsteht dann aus der entschiedenen Zustimmung zum gemeinsamen Spiel und den vereinbarten Spielregeln – eine mündige, selbstbewusste Entscheidung für ein gemeinsames Tun. In einer trialogischen Beziehung kann die Akzeptanz des anderen zur Pflicht, zur Selbst-Verpflichtung werden.

Wir sind nicht auf der Welt, um nach den Erwartungen und Urteilen anderer zu leben. In der trialogischen Auseinandersetzung übernimmt jeder Verantwortung für das, was er tun will. Selbstachtung geht vor Fremdachtung! Der Mensch verändert sich nur, wenn er selbst will. Alles ist verhandelbar! Diese Devise gilt unter Partnern im Trialog der Psychiatrie.

»Man gibt immer den Verhältnissen die Schuld für das, was man ist. Ich glaube nicht an die Verhältnisse. Diejenigen, die in der Welt vorankommen, gehen hin und suchen sich die Verhältnisse, die sie wollen, und wenn sie sie nicht finden können, schaffen sie sie selbst.«
George Bernard Shaw

Die Art und Weise, wie Menschen miteinander umgehen, wird zum entscheidenden Arbeitsfaktor, deshalb brauchen wir nicht nur im allgemeinen Management unserer Dienstleistungen eine kritische Reflexion des Vorhandenen, sondern auch eine Weiterentwicklung in der psychiatrischen Arbeit und in der Qualitätssicherung psychiatrischen Handelns.

So bietet sich der Trialog in der Psychiatrie als konsequente Weiterentwicklung unserer inhaltlichen Arbeit mit den Psychiatrie-Erfahrenen, den Angehörigen an.

Trialogisches Handeln sichert die Qualität des Miteinander, weil alle, die in dem Kontext der psychischen Krankheit stehen, beteiligt sind. Jeder mit seinen Ressourcen und seinem Expertentum.

Es soll eine Haltung bei den Beteiligten, insbesondere auf der Ebene der MitarbeiterInnen und der Angehörigen entwickelt werden, die sich durch »Verhandeln statt Behandeln« kennzeichnet. Der psychisch kranke Mensch soll als Subjekt und nicht als Objekt professionellen Handelns oder des Handelns Angehöriger wahrgenommen werden. (DGSP 2003)

Gelebter Trialog ist die Grundvoraussetzung für eine demokratische Psychiatrie! (DGSP 2003)

Die trialogische Psychiatrie ist eine Fortentwicklung aus den Psychoseminaren. Diese waren und sind stets trialogisch besetzt.

Dabei ist der »Trialog« eigentlich kein grundsätzlich neues Prinzip. Denn das dahinter stehende Denken und Handeln gehört zu den Ur-Prinzipien sozialpsychiatrischer Philosophie und Praxis.

Der Trialog will dazu beitragen, eine demokratische Handlungskultur zu initiieren, in der alle Beteiligten bereit sind, einen Perspektivwechsel vorzunehmen und einen offenen Diskurs zu führen.

Trialog basiert auf dem Interesse aller Beteiligten an einer Weiterentwicklung einer subjektorientierten, partnerschaftlichen psychiatrischen Arbeit.

Er kann als universelles psychosoziales Prinzip für die Arbeit in allen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens bezeichnet werden, das entsprechend generelle Bedeutung für alle Kommunikationssysteme hat, unabhängig von der spezifischen Fachlichkeit des jeweiligen Hilfesystems. (DGSP 2003)

Trialogisches Handeln zielt stets auf selbstbestimmtes Leben hin. Ein trialogisches Miteinander erwartet nicht, dass Gegensätze verdeckt oder verwässert werden sollen.

Die wahre Kunst professionell Helfender im Kontext der Sozialpsychiatrie besteht darin, sich trialogisch an und mit ihrer Klientel tatsächlich zu professionalisieren, ohne Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige erneut zu in-

strumentalisieren. Denn ein wesentliches Element in diesem Zusammenhang ist die glaubwürdige Kommunikation auf Seiten der Profis.

Die Philosophie und Praxis des Trialogs haben demnach ihre Grundlage im »gegenseitig-partizipatives« Denken und Handeln der drei Hauptakteure im sozialpsychiatrischen Entwicklungsprozess.

Trialogisches Arbeiten und damit qualitätssicherndes Handeln hat immer das Ziel, die Fähigkeit der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen zur Selbsthilfe und Selbstverantwortung anzuerkennen.

»Einem Menschen Verantwortung für sein Verhalten abzusprechen, entspricht einer Entmachtung seiner Person. Indem der Psychiatrie-Erfahrene erkennt, dass er Verantwortung tragen kann, erkennt er auch, dass er tragen und nicht bloß leiden kann. Eine grundsätzliche Unverantwortlichkeit ist ein Aspekt, der zum Ausschluss aus der Gemeinschaft und zur Entmündigung der Person führt.«

Matthias Krisor

Dahinter steht eine verstärkte Subjektorientierung in der psychiatrischen Arbeit. »Die Rückgabe der Verantwortung für sich selbst an den Klienten ist die Basis subjektorientierter Beziehungsarbeit.« (Krisor, 2001)

Trialogisch zu handeln heißt insofern, in Beziehung treten zu wollen und die Beziehung auch zu leben.

Literatur:

RICHARD SUHRE: *Trialog in der Psychiatrie*, unveröffentlichtes Manuskript des Geschäftsführers der DGSP, 2003

REINHARD SPRENGER: *Das Prinzip Selbstverantwortung – Wege zur Motivation*. Frankfurt/Main, Campus Verlag 1999 (10. Aufl.)

REINHARD SPRENGER: *Aufstand des Individuums – Warum wir Führung komplett neu denken müssen*. Frankfurt/Main, Campus Verlag, 2000

MATTHIAS KRISOR: *Freiheit und Verantwortung in der Psychiatrie*. In: Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 2/2001, 31. Jahrg., Bonn, Psychiatrie-Verlag, 2001

»Magdeburger Thesen«, verabschiedet auf der Trialog-Tagung »Selbstbestimmt leben« der DGSP, des BPE und BAPK in Magdeburg März 2003

Niels Pörksen

Wie fördert die Aktion Psychisch Kranke das dialogische Denken und Handeln?

Die Aktion Psychisch Kranke (APK) wurde 1970 gegründet, um die Sachverständigenkommission zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik (Enquete-Kommission), eingesetzt vom Deutschen Bundestag, bei der Erarbeitung der Reformkonzepte zu unterstützen. Zur Kommission und zu den Arbeitsgruppen gehörten noch keine Vertreter der Patienten (heute Psychiatrieerfahrenen) oder ihrer Angehörigen. So etwas schien unnötig in der damaligen Zeit, in der die Psychiatrie im Wesentlichen in »Verwahrl«-Anstalten stattfand und ambulante Strukturen mit Ausnahme weniger niedergelassener Nervenärzte und einiger Beratungsstellen nicht existierten.

Inzwischen sind die in der Psychiatrie-Enquete formulierten Prinzipien und Leitlinien der Psychiatriereform in der BRD weitgehend realisiert. Die Psychiatrie ist mit ihren Diensten und Einrichtungen »in der Gemeinde angekommen«, sie hat allerdings viele Strukturen und Denkweisen der alten Anstaltsphilosophie mitgenommen. Diese zu überwinden wird voraussichtlich noch viele Jahre andauern. Dennoch: Gemeindepsychiatrisches Handeln, Prinzipien wie »ambulant vor stationär«, »Behandlung und Hilfe in Diensten und Einrichtungen vor Ort« usw. sind etabliert.

Die APK ist bei ihrem ursprünglichen Auftrag und Handlungsansatz geblieben, dazu erhält sie auch die institutionelle Förderung der Bundesregierung. Sie hat in den 30 Jahren der Psychiatriereform in der BRD zahlreiche Modellvorhaben und das Bundesmodellprogramm begleitet und gemeinsam mit der Expertenkommission 1988 Empfehlungen zur Weiterentwicklung ausgesprochen.

Die APK ist ein kleiner Verein, in dem die Fraktionen des Deutschen Bundestages vertreten sind, wobei die Fraktion, die den Bundeskanzler stellt, auch den Vorsitz der APK innehat. Während der vergangenen Legislaturperiode

und in der jetzigen sind Vorsitzende jeweils die gesundheitspolitischen Sprecherinnen ihrer Fraktion.

Im Vorstand sind außer den Abgeordneten Fachleute aus der Psychiatrie, die in dieser Funktion die Politiker beraten und sich darüber hinaus zum Ziel gesetzt haben, die Umsetzung der Psychiatriereform weitgehend aus dem Parteienstreit und den Interessen einzelner Gruppen herauszuhalten.

Die APK sorgt dafür, die Umsetzung der Psychiatriereform energisch voranzutreiben und dabei möglichst die Interessen der Patienten, ihrer Angehörigen und die Interessen bedarfsgerechter gemeindepsychiatrischer Versorgung zu vertreten.

Die APK ist die Organisation, die sich dafür verantwortlich macht, die inhaltlichen Vorhaben der Psychiatriereform in Strukturen der »Versorgung« zu übersetzen und sich für die praktische Umsetzung der Versorgungsvorhaben zu engagieren, ggf. die Umsetzungsvorhaben modellhaft und praktisch zu erproben.

So wurde zum Beispiel im Bericht der Expertenkommission auf Koordination und Kooperation in den kommunalen Strukturen der Versorgung Wert gelegt. In vielen Kommunen sind in der Zwischenzeit Psychiatrie-Beiräte von den Parlamentariern eingesetzt worden, die den entsprechenden Ausschüssen und Dezernenten zuarbeiten. In diesen Beiräten sind in der Regel auch die Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen – sowohl der psychisch Kranken wie der Suchtkranken – verantwortlich vertreten.

Im Verlauf der Weiterentwicklung der Psychiatriereform kam die APK bei der Erarbeitung der Personalverordnung Psychiatrie (Psych PV) und noch mehr bei der Konkretisierung des personenbezogenen Ansatzes in der Psychiatrie zur Überwindung der institutionellen Orientierung zwangsläufig und aus voller Überzeugung zu der Erkenntnis, dass Psychiatrie nicht für (oder gegen) die Betroffenen (Angehörige und Patienten) zu gestalten ist, sondern ausschließlich mit ihnen.

Die APK ist die Organisation, die sich im Wesentlichen mit den Aufgaben der Umsetzung (Implementation) der Psychiatriereform beschäftigt. Zur Zeit geschieht dies in der Einführung des personenbezogenen Ansatzes in die konkrete Hilfeplanung vor Ort, in die Etablierung von Hilfeplankonferenzen und in den Aufbau des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. All diese Aufgaben lassen sich nicht ohne Mitwirkung der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen ausführen. Hilfeplanung, zum Beispiel nach dem Verfahren der Integrierten Behandlungs- und Rehabilitations-Planung (IBRP) ist ohne die verantwortliche Mitwirkung derjenigen, um die es geht, nicht möglich. Erst

die verantwortliche Mitunterzeichnung durch den Hilfeempfänger ist die Erfüllung der Vorgaben der Hilfeplanung.

Im Laufe der vergangenen 30 Jahre haben Angehörige und psychisch kranke Menschen nicht nur ihre Stimme erhoben und ihre Interessen artikuliert. Sie sind in den Prozessen der Behandlung zum Verhandlungspartner und in der Planung, Organisation und Durchführung der Psychiatriereform auf vielen Ebenen zu Partnern und Mitverantwortlichen geworden. Diese Entwicklung dient den Zielen der APK.

Für die APK ist die Frage nach verantwortlicher Mitwirkung von Patienten und Angehörigen keine Sollvorschrift, keine ideologische Forderung oder gar ein Bekenntnis. Für die APK ist die Zukunft der Psychiatrie immer Gemeindepsychiatrie und soziale Psychiatrie, die ohne verantwortliche Mitwirkung im Dialog nicht denkbar ist, wenn man die Strukturen der Versorgung, der institutionellen Orientierung, der Behandlung und Betreuung in Richtung auf ein verbindliches Miteinander verändern und weiterentwickeln will.

Die Tagungen und Veranstaltungen der APK sind ohne den Dialog nicht mehr denkbar; dies zeigte sich auch an der Jahrestagung im Juni 2003.

Die APK steht dafür, diese Selbstverständlichkeiten in allen Gremien in der Politikberatung, in Ausschüssen und Sitzungen, in Verhandlungen mit Politikern, Behörden, Kostenträgern usw. mit zu vertreten.

Die APK ist bereit, sich in diesem Sinne in die Pflicht zu nehmen, wobei sie andererseits deutlich macht, dass sie nicht Vertreterin einer Gruppe ist – seien es die Anbieter, die Erfahrenen, die Angehörigen, die Politiker, die Kostenträger, die Ministerien etc.

Die APK wird sich wie bisher in Zukunft darum bemühen, eine an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Psychiatrie weiterzuentwickeln und insofern engagierte Positionen zu vertreten, sich aber gleichzeitig nicht zum Sprecher einer Gruppierung machen.

Insofern fördert die APK vor allem das dialogische Handeln. Dabei wird es auch in Zukunft bleiben, wenn die APK ihrem Selbstverständnis und ihrem Auftrag gerecht werden will.

Manfred Wolfersdorf

Klinische Psychiatrie und Psychotherapie – Raum für »trialogische Psychiatrie«

Einleitung

Eine aktuelle Bestandsaufnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser in Deutschland (BAG Psychiatrie, Landschaftsverband Köln, R. Kukla 2003) weist ca. 422 Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit derzeit etwa 56.362 stationären Betten aus; hinzu kommen in etwa 358 Tageskliniken insgesamt 8.978 Plätze für teilstationäre Therapie.

Diese Zahlen verdeutlichen die enorme Entwicklung der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie in den letzten Jahrzehnten seit der Psychiatrie-Enquete Mitte der 1970er Jahre:

Weg von der so genannten Fachkrankenhaus-Psychiatrie – hin zur Gemeindenähe und zur Vernetzung des Psychiatrischen Krankenhauses innerhalb des regionalen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems.

Weg von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie »als letzte Wiese«, die es möglichst »zu vermeiden gilt« – und hin zu einem Verständnis stationärer und teilstationärer Psychiatrie und Psychotherapie als einer hochspezialisierten Aufgabe innerhalb eines kreisförmigen Versorgungssystems, in welchem komplementäre Einrichtungen angesiedelt sind:

- die Sozialpsychiatrischen Dienste (SPDi),
- das Betreute Wohnen (heute mit dem Ziel zurück zum individuellen Wohnen),
- Selbsthilfefirmen, Werkstätten für Behinderte bzw. Rehabilitationseinrichtungen (oder auch zurück zum ersten Arbeitsmarkt).

Der »Trialog« in der Psychiatrie wird häufig unter dem Aspekt der Dreieckskommunikation zwischen einer/einem Psychosekranken, ihren/seinen An-

gehörigen und Vertretern der so genannten Fachkompetenz in Medizin und Pflege gesehen.

Damit wird die Kommunikation zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachkompetenz auf eine heute in der Klinik zahlenmäßig und von der therapeutisch-pflegerischen Orientierung her nicht mehr dominierende Patientengruppe eingeengt.

Nur noch etwa 15–20% aller stationären Aufnahmen in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie sind Menschen mit Psychoseerkrankungen, dagegen 30–40% suchtkranke Menschen, wiederum 15–20% solche mit schweren depressiven Störungen und jeweils die gleiche Anzahl mit neurotischen Erkrankungen, Angst-, Ess- und Persönlichkeitsstörungen, mit Anpassungs- und Belastungsreaktionen und in gleicher Höhe auch mit dementiellen Erkrankungen.

Vor diesem Hintergrund darf »trialogische Kommunikation« – das gemeinsame Gespräch zwischen einem Betroffenen, seinen Angehörigen und der therapeutisch-pflegerischen Seite – nicht auf Psychoseerfahrene beschränkt sein, sondern muss, in Abhängigkeit von jeweiligen Krankheitsphasen, in Abhängigkeit vom Selbstverständnis des Betroffenen auch bei den affektiven Störungen, insbesondere bei den bipolaren und unipolaren affektiven Störungen, bei den Suchterkrankungen eine Rolle spielen; zumindest liegen hier die meisten Erfahrungen vor, während im Bereich der klassischen neurotischen Störungen die duale Therapeut-Patient-Beziehung, im Bereich der Behandlung demenzkranker Menschen ebenfalls die therapeutisch-pflegerische Beziehung zwischen Angehörigen und therapeutischer Seite überwiegen.

Entwicklung der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie in den letzten Jahrzehnten: Was hat sich verändert?

Die nachfolgenden Ausführungen stützen sich im Wesentlichen auf die Gedanken zum Profil zukünftiger Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland, wie sie vor kurzem vom Arbeitskreis der Krankenhausleitungen Psychiatrischer Kliniken (Adler et al. 2003) formuliert wurden.

Psychiatrie und Psychotherapie haben in den letzten Jahrzehnten eine stürmische Entwicklung erfahren, wobei sich Behandlungsmöglichkeiten, Organisationsformen, Formen der Inanspruchnahme ambulanter, teilstationärer

und stationärer Therapie, aber auch die finanziell-materiellen Grundlagen dramatisch verändert haben.

Dies mag für manchen beruhigend sein, andererseits sind immer noch nicht einmal ein Viertel der Patienten mit psychischen Erkrankungen wie z. B. Depressionen, Angststörungen, Somatisierungsstörungen oder Suchterkrankungen fachgerecht versorgt.

Vorurteile und Furcht vor psychischen Erkrankungen an sich gehören zu den Gründen viel zu geringer Inanspruchnahme heutiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgungsmöglichkeiten im ambulanten und stationären Bereich.

Dabei ist zu bedenken, dass sich die psychotherapeutische Versorgung in der Allgemeinbevölkerung deutlich verbessert hat, und zwar durch den »Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie« seit 1992, die Möglichkeit des Erwerbs der Psychotherapie-Zusatzbezeichnung auch für andere Ärzte, die Anzahl niedergelassener Psychologischer Psychotherapeuten und auch rein psychotherapeutisch arbeitender Psychiater und Nervenärzte sowie durch die Angebote der Psychiatrischen Institutsambulanzen von Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie.

Allerdings führen schlechte ambulante Pauschalentgelte, Kostendeckelung und Budgetierung im Krankenhaus und auch zunehmend ein Nachwuchsbedarf in der Medizin (und speziell im Fach Psychiatrie) zu Überlastungsphänomenen im therapeutisch-pflegerischen Bereich, zu unzureichenden Behandlungserfolgen, zu Kommunikationsstörungen infolge Überlastung, zu Behandlungsunzufriedenheit und unzureichendem Zeitbudget für Patienten und Angehörige.

Psychiatrie und Psychotherapie sind wie kein anderes Fach auf verfügbare Zeit und auf Persönlichkeit der dort tätigen Therapeuten und Pflegepersonen angewiesen.

Die meisten der historischen Psychiatrie-Enquete-Ziele sind heute umgesetzt, nämlich die »Gemeindenähe«, d. h. die Versorgung psychisch kranker Menschen so nahe wie möglich am Wohnort, dann das Grundprinzip »ambulant vor stationär«, das in der Folge zur deutlichen Abnahme stationärer Behandlungsnotwendigkeiten geführt hat, und das Bemühen um eine patientenorientierte Zusammenarbeit aller am Behandlungs- und Pflegeprozess beteiligten Menschen.

Die genannten Ziele – Gemeindenähe, ambulant vor stationär, Patientenorientiertheit – lassen sich am ehesten bei Menschen mit Psychoseerkrankungen hinsichtlich ihrer Notwendigkeit belegen. Beteiligung der Angehörigen

gen und Psychiatrieerfahrenen sowie eine aktive Zusammenarbeit mit den somatischen Krankenhäusern, eine Kooperation mit komplementären psychosozialen Einrichtungen und die gemeindenah ambulante, tagesklinische und stationäre Behandlung werden dann in der Zukunft die Formen der Versorgung aller psychisch kranken Menschen prägen.

»Triolog« als Kommunikationsform

Im Bereich der Psychoseerfahrenen liegen über die Wege von Psychoedukation und Angehörigenarbeit seit den 80er Jahren gute Erfahrungen zur Entwicklung einer »trialogischen Kommunikation« vor.

Bei den bipolar affektiv Erkrankten (manisch-depressiv Kranke) und den unipolar Depressiven verfügen wir heute im Bereich der Psychoedukation bei Patienten und Angehörigen über gute Erfahrungen, in Ergänzung zur dualen therapeutischen Beziehung, zum Beispiel in einer tiefenpsychologisch fundierten oder verhaltenstherapeutisch orientierten Richtlinien-Psychotherapie.

Selbst das sollte jedoch nicht daran hindern – und eigene psychotherapeutische Erfahrungen sprechen für eine punktuelle Einbeziehung des gesamten Dreieckes in einer entsprechenden Kommunikation –, auch bei klassischen Richtlinien-Psychotherapien Angehörige mit einzubeziehen; der/die Betroffene erfährt bei psychotherapeutischen Behandlungsmethoden sowieso den umfänglichen Raum von Aufmerksamkeit.

Auch in der Behandlung von suchtkranken Menschen ist die Einbeziehung von Patienten und Angehörigen in trialogischer Kommunikation seit Jahrzehnten Teil der Behandlungskonzepte. Allerdings wird durch die Trennung von »qualifiziertem Entzug und Motivationsbehandlung« von der »Entwöhnungsbehandlung« (wobei letztere dann meist in einer hochspezialisierten Einrichtung nicht gemeindenah irgendwo in Deutschland stattfindet) die regelhafte Einbeziehung der Angehörigen in die Kommunikation deutlich eingeschränkt.

»Triologische Kommunikation« heißt in der Therapie Einbeziehung des Verständnisses von Krankheit, Therapie, Lebenskonzept, Hilfesuchverhalten von Seiten des Betroffenen und der Angehörigen. Theoretisch soll es sich dabei um ein gleichberechtigtes Dreieck, deswegen trialogisch, handeln. Allerdings ist dem Unterzeichner die Kommunikation der wesentliche Bestandteil, denn gemeint sind letztendlich das Respektieren, das Verstehen, der

Versuch der Entwicklung gemeinsamer Krankheits- und Behandlungskonzepte, auch eines neuen Lebenskonzeptes in der genannten Konstruktion.

Die hierfür notwendigen Umdenkungsprozesse im Bereich von therapeutisch-pflegerischer Versorgung – zum Beispiel weg von einer eher paternalistischen Betreuung psychosekranker Menschen, hin zu einer verstehend-akzeptierenden und die jeweilige Kompetenz einbringenden Kommunikation – haben begonnen und laufen nun seit über zehn Jahren, nicht zuletzt auch gefördert durch die mit einem hohen Maß an Selbsterfahrung einhergehende psychotherapeutische Qualifikation der heutigen Fachärztinnen und Fachärzte.

Abschlussbemerkung

Die Entwicklung der letzten Jahrzehnte im Anschluss an die Psychiatrie-Enquete hat nicht nur die äußere Gestalt der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland maßgeblich verändert, sondern auch zu differenzierten Behandlungsstrukturen und -angeboten innerhalb von Kliniken geführt.

Sie hat weiterhin zu einer Erhöhung der psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlich-therapeutischen und pflegerischen Bereich geführt und zu einer verstärkten Einbeziehung der Angehörigen und auch der von einer psychischen Erkrankung betroffenen Menschen.

Dabei sind Möglichkeiten und Grenzen einer dialogischen Kommunikation in Abhängigkeit von den unterschiedlichen Störungsbildern und auch von unterschiedlichen Behandlungskonzepten mit einzubeziehen.

Dieses Einbeziehen und das vertiefte Nachdenken über die Möglichkeiten dialogischer Kommunikation nicht nur für Psychoseerfahrene und deren Angehörige, sondern zum Beispiel auch für bipolar affektiv erkrankte Menschen oder im Bereich der Suchtkrankenbehandlung ist ein wichtiger Baustein heutiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit und wird zukünftig sicher zumindest im Bereich der Arbeit mit Psychoseerfahrenen Standard eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Alltags werden.

Dabei ist zu hoffen, dass die dramatischen Entwicklungen im Bereich der finanziell-materiellen Absicherung stationärer und teilstationärer sowie ambulanter Versorgung psychisch kranker Menschen, die weitere Verkürzung von Verweildauern in der Klinik, das drohende Nachwuchsproblem im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich nicht wieder zu einer Verschärfung der Behandlungsbedingungen mit Rückkehr zu eher paternalistischen Be-

handlungsformen führt, in denen dann nicht mehr die Auseinandersetzung und Kommunikation mit Betroffenen und Angehörigen, sondern die Organisation von Krankheit und Erkrankten im Vordergrund stehen würde.

Hier ist es auch Aufgabe der Betroffenen- und Angehörigenverbände, der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Interessenvertretungen im Bereich stationärer und ambulanter Psychiatrie und Psychotherapie, Sorge dafür zu tragen, dass der in den letzten 20 Jahren gewonnene Fortschritt zumindest erhalten bleibt.

Literatur:

- ADLER, L. UND ARBEITSKREIS DER KRANKENHAUSLEITUNGEN PSYCHIATRISCHER KLINIKEN: *Gedanken zum Profil zukünftiger Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland*. Positionspapier des AKP (Arbeitskreis der Krankenhausleitungen Psychiatrischer Kliniken). In: *Krankenhauspsychiatrie* 2003; 14: S. 36-42
- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER TRÄGER PSYCHIATRISCHER KRANKENHÄUSER (Vorsitzender der BAG: R. Kukla, Landschaftsverband Rheinland, Köln, Dezernat Gesundheit/Heilpädagogische Heime): *Verzeichnis der Psychiatrischen Krankenhäuser/Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland*. Stand: Juli 2003. Landschaftsverband Rheinland, Köln 2003

Jürgen Bombosch, Ruth Fricke, Susanne Heim,
Reinhard Peukert, Richard Suhre

Kooperation konkret

»Selbstbestimmt leben – Werkstatt Trialogische Psychiatrie«¹

Das Fazit der gemeinsamen Tagung des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (BPE), des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) sowie der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) vom 27. bis 29. März 2003 in Magdeburg, der Landeshauptstadt Sachsen-Anhalts, lautet aus der Perspektive der Vorbereitungsgruppe: Wir haben einen Stein ins Wasser geworfen – aber er muss noch viele Wellen anstoßen, bis daraus eine flächendeckende Bewegung wird.

Ja, es gibt bereits kreative kooperative Trialog-»Nester« wie zum Beispiel in Halle an der Saale, Ostwestfalen oder in Stuttgart/Baden-Württemberg. Doch zeigt sich die Mainstream-Psychiatrie (die in Sachsen-Anhalt wie überall in Deutschland primär naturwissenschaftlich orientiert ist) nicht gerade vom Wunsch und Willen beseelt, sich mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen auf »gleicher Augenhöhe« zu verbünden. Auch das Sozialministerium in Magdeburg übt sich bislang in Zurückhaltung.

So wurde bei der Podiumsdiskussion am Ende der Tagung deutlich, dass die Psychiatrieplanung im Lande Sachsen-Anhalt seit 1996 stagniert. Eine durch das Ministerium in Aussicht gestellte Novellierung des Landespsychiatrieplans, wodurch die Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen als »Experten in eigener Sache« und gleichberechtigte Partner in den Entscheidungsgremien des Landes Sitz und Stimme erhalten sollten, liegt bis zum heutigen Tage nicht vor (Dezember 2003).

1 Die Tagung wurde im Rahmen des Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderung gestaltet und durch EU-Mittel gefördert.

Welche Folgen kritische Äußerungen von Professionellen auch heute noch haben können, zeigen die alltäglichen Kommunikationsprobleme einer Krankenschwester aus der klinischen Psychiatrie im Raum Magdeburg: Sie traute sich nicht, an der Podiumsdiskussion zur Eröffnung der Tagung teilzunehmen, weil sie befürchtete, anschließend durch ihren zuständigen Chefarzt Repressionen ausgesetzt zu werden, falls dieser von ihrem kritischen Auftritt auf der Tagung erfahren würde. Leider ist dies kein exotischer Einzelfall – und keineswegs ein Relikt aus DDR-Zeiten. Auch in den »alten« Bundesländern sind solche Erfahrungen noch lange nicht in die Mottenkiste für repressive Hierarchie-Psychiatrie verbannt.

Gleiches gilt für die Besuchskommissionen nach dem PsychKG in Sachsen-Anhalt wie anderswo im Osten und Westen der Bundesrepublik.

Hier berichtete Felix Böcker, Chefarzt der Abteilungspsychiatrie am Kreis-krankenhaus Saale-Unstrut, dass die derzeitigen Besuchskommissionen noch gar nicht ernsthaft darüber nachgedacht haben, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen überhaupt Sitz und Stimme anzubieten, wie dies zum Beispiel inzwischen in Nordrhein-Westfalen gesetzlich verankert ist.

Wie die Realität in den restlichen Bundesländern der Republik aussieht, könnte allerdings eine spannende Vergleichsuntersuchung werden.

Felix Böcker versicherte aber, dass er alles in seiner Kraft Liegende dafür tun werde, um die Integration von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen auf gesetzlicher Grundlage anzuregen – zur Förderung der zukünftigen Qualitätsentwicklung der Besuchskommissionen im Lande Sachsen-Anhalt. Da gelang den rund 70 TagungsteilnehmerInnen, die gut dialogisch gemischt waren, das Durchatmen wieder etwas besser.

Als eine wichtige Etappe auf dem Weg zur Dialogischen Psychiatrie sei angemerkt, dass es inzwischen als eher selbstverständlich gelten kann, wenn die beiden bundesweiten Selbsthilfeverbände der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen offiziell mit der DGSP – als dem interdisziplinären Verband für beruflich in der Sozialpsychiatrie Tätige – kooperieren!

Ein Anfang ist also gemacht – aber es liegt noch ein weiter Weg vor uns. Schließlich hat die Expertenkommission der Bundesregierung in ihren Empfehlungen zur Reform der Psychiatrie schon 1988 schriftlich festgehalten: »Angehörige und Bezugspersonen psychisch Kranker und Behinderter sollen in Planung, Aufbau und Gestaltung der gemeindepsychiatrischen Versorgung einbezogen werden.«

Fünfzehn Jahre sind seither ins Land gezogen – und wir ringen immer noch um den Mut zu gegenseitiger Anerkennung und gleichberechtigter Part-

nerschaft. Die Tatsache, dass es mit dem BPE e.V. inzwischen seit über zehn Jahren eine selbstbewusste Organisation der Psychiatrie-Erfahrenen gibt, hat dem trialogischen Gedanken neue Impulse verliehen. Psychiatrie-Erfahrene haben es gelernt, ihre Interessen zu formulieren und zu vertreten. Dies ist für den Trialog auf gleicher Augenhöhe richtig und wichtig, auch und gerade weil Psychiatrie-Erfahrene hierbei häufig gegen den Strom schwimmen.

Es wird vermutlich eine lange Reise werden bis zur »Trialogischen Psychiatrie«, auf der wir alle miteinander noch viel Geduld, Widerstandskraft, Durchhaltevermögen, immer wieder (Galgen-)Humor und natürlich gegenseitige Wertschätzung und Respekt aufbieten müssen!

Im »praktischen Trialog« sollte es zukünftig kein Entscheidungsgremium im Kontext Sozialpsychiatrie/Psychiatrie mehr geben, das Planungen, Politik, strategische oder operative Prozesse, Forschungen, Aus-, Fort- und Weiterbildungen ... usw. vorbereitet, koordiniert und/oder steuert und es sich leisten kann, auf die *Kompetenz* von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen zu verzichten!

Die »Experten durch Beruf« aus der Vorbereitungsgruppe ahnen zunehmend deutlicher, dass sie wesentlich mehr Mut zur »Ein-Drittel-Professionalität« benötigen, um den beiden »Expertinnen und Experten durch Erfahrung« in der zukünftigen trialogischen Handlungskultur genügend Raum für ihre Zwei-Drittel-Mehrheit zu überlassen! Wie schwer es selbst trialogbegeisterten »Vorreitern« fällt umzudenken, demonstrierte in Magdeburg der Berliner Psychiater Theiß Urbahn mit seinem wohlwollenden Appell, niemand solle mehr im Wohnheim leben. Er vergaß hinzuzufügen: Niemand, der das nicht will...

Dabei könnten doch die »Profis« völlig entspannt sein, da sie ja im demokratischen Diskurs ab sofort ein Drittel der Verantwortung an die Psychiatrie-Erfahrenen und ein weiteres Drittel an die Angehörigen abgeben können!²

Umgedacht auf eine demokratische Parlamentsstruktur, wäre hier jede weitere Diskussion relativ überflüssig, da gegen eine 2/3-Mehrheit im Plenum das Votum der Ein-Drittel-Minderheit schlicht keine Chance hätte – es

2 Der Philosoph und Soziologe Jürgen Habermas hat den »herrschaftsfreien Diskurs« beschrieben: HABERMAS, J.: *Theorie des Kommunikativen Handelns*. Band 1: Handlungsrationale und gesellschaftliche Rationalisierung. Frankfurt/Main, 1995

sei denn, man übt respektvollen Umgang miteinander und entwickelt eine konstruktive Streitkultur...!

Die »Magdeburger Thesen zur Trialogischen Psychiatrie« rufen dazu auf. Wir wünschen ihnen eine umfassende Verbreitung in allen 16 Bundesländern unserer Republik – und durchschlagenden Erfolg!

BPE, BApK und DGSP haben sich vorgenommen, den Trialog gemeinsam weiterzuentwickeln!

Magdeburger Thesen zur Trialogischen Psychiatrie

These 1

Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige psychisch kranker Menschen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen psychiatrischen Handlungsfeldern, die miteinander auf gleicher Augenhöhe in Austausch treten, pflegen den Trialog.

These 2

Im Trialog gehen Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und in der Psychiatrie Tätige jeweils als Experten in eigener Sache aufeinander zu, um voneinander zu lernen. So entsteht erst die Chance, psychiatrisches Denken und Handeln auf eine erfahrungswissenschaftliche Basis zu stellen.

These 3

Der Trialog trägt dazu bei, die einseitige Definitionsmacht der psychiatrisch Tätigen in eine demokratische Handlungskultur zu überführen, indem er allen Beteiligten ermöglicht, einen Perspektivwechsel vorzunehmen und einen offenen Diskurs zu führen.

These 4

Die Verwirklichung einer demokratischen Psychiatrie, die auf dem Trialog fußt, erfordert die volle Unterstützung der Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger.

These 5

In allen Fragen:
– der Planung und strukturellen Weiterentwicklung gemeindepsychiatrischer Angebote

- von Gesetzesnovellierungen für den gesamten psychiatrischen Bereich
- der Aus-, Fort und Weiterbildung psychiatrisch Tätiger in allen Arbeitsfeldern
- der psychiatrischen Forschung
- der Entwicklung und Weiterentwicklung von Qualitätsstandards für eine trialogische Praxis
- der Weiterentwicklung des gesetzlich festgelegten Grundsatzes: »Ambulant vor stationär« und der Forderung »Selbsthilfe vor Fremdhilfe« sind grundsätzlich Vertreterinnen und Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene demokratisch zu beteiligen!

These 6

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Magdeburger Tagung »Selbstbestimmt leben – Werkstatt Trialogische Psychiatrie« rufen alle fachlich und politisch Verantwortlichen in der Bundesrepublik Deutschland auf, die Weiterentwicklung einer »Trialogischen Psychiatrie« zu fördern und auf allen Ebenen durchzusetzen!

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Magdeburger Tagung erklären sich bereit, die Idee des Trialogs in ihren jeweiligen Handlungsfeldern bekannt zu machen und weiterzuentwickeln.

Beschlossen in Magdeburg am 29. März 2003

Andreas Gehrke

Das Netzwerk Stimmenhören

Erste Schritte auf dem Weg von der Theorie in die Praxis des Trialogs

Als Anfang der 1990er Jahre sich die Idee des Trialogs langsam herumsprach, gab es hier in Deutschland vorerst nur recht zarte Versuche von Stimmen hörenden Menschen, sich überhaupt erst einmal öffentliches Gehör zu verschaffen.

Einige wenige von uns begannen nach dem Weltkongress für Soziale Psychiatrie 1994 in Hamburg über das Für und Wider des Trialogs zu diskutieren. Sie schilderten, dass es hässliche Auseinandersetzungen, aber auch ganz seltsam anmutende Annäherungsversuche von allen Seiten gegeben hat.

Ich selbst war damals noch nicht aktiv an diesen Diskussionen beteiligt. So danke ich Hannelore Klafki, Gründungsmitglied des Netzwerkes Stimmenhören e.V., dass sie wesentliche Gedanken zur Erarbeitung dieses Beitrages beige-steuert hat.

Der niederländische Psychiater Marius Romme beeindruckte durch seine Forschungen auf dem Gebiet des Stimmenhörens außerordentlich und auch die Gründung der Stiftung »Weerklank« in den Niederlanden ließ Stimmenhörende in Deutschland aufhorchen.

Vorbild für das im Mai 1998 in Deutschland neu gegründete »Netzwerk Stimmenhören e.V.« wurde jedoch das »Hearing Voices Network« in Großbritannien.

Die Gründungsmitglieder in Deutschland gingen von Anfang an von einer trialogischen Besetzung aus. Man suchte nach neuen Wegen, wie Stimmen hörenden Menschen, die unter ihren Stimmen zumeist leiden, besser geholfen werden kann. Und dies ausdrücklich außerhalb festgefügtter Strukturen der Psychiatrie.

Den Gründungsmitgliedern des Netzwerkes war bewusst, dass Änderungen in den Haltungen gegenüber dem »Phänomen Stimmenhören« nur gemeinsam herbeigeführt werden können. In der Satzung hob man allerdings das Vetorecht der Stimmen hörenden Menschen hervor.

Nicht die Stimmen abzutöten wurde zum Ziel, sondern erst einmal mit ihnen, so gut wie möglich, leben zu lernen – das ist eine der wichtigsten Kernbotschaften von uns. Hinter die Stimmen schauen, die Botschaften der Stimmen erkennen und deuten; dies lehrte uns der holländische Professor Marius Romme. Er ist schon seit Mitte der 80er Jahre Vordenker der Bewegung und schließlich auch Vorsitzender von »Intervoice« geworden, einer Organisation, die nationale Netzwerke in der ganzen Welt vorwiegend theoretisch koordiniert.

Für uns als Selbsthilfverein gilt, den Dialog entsprechend unseren Bedürfnissen und Anliegen thematisch zu bestimmen. Die praktische Umsetzung lässt manchen »Alten« von uns an den Idealen, die seit 1994 für die dialogische Arbeit verbreitet wurden, verzagen.

Einige von uns haben sich resigniert zurückgezogen, weil sie meinen, dass die großen Anstrengungen zum Wohle der Stimmen hörenden Menschen noch keine großartigen Ergebnisse zeigen.

Andere wiederum fühlen sich zu Organisationen hingezogen, die schnellere Lösungen versprechen.

Aber alle sind bei uns nach wie vor willkommen, denn es gibt nur eine wirklich feste ideologische Größe im Netzwerk: die Verwirklichung des Dialoges.

Wir, die in unserer Vereinsarbeit den Dialog hochhalten, sehen noch vielfältige Möglichkeiten der weiteren Entwicklung. Vielleicht sollten wir bei solch entscheidenden Fragen in den Dimensionen von Jahrzehnten denken lernen.

Dialog sollte also auch für uns eine ständig und stetig zu verwirklichende Aufgabe sein. Aus der Sicht der Betroffenen macht der Dialog nur Sinn, wenn sich auch langfristig Veränderungen im gesamten System der Psychiatrie ergeben.

Ich denke, dass in einer so kapitalorientierten Gesellschaft wie der unseren die Psychiatrie ebenso kapitalbeeinflusst ist und auch weiterhin sein wird. Und so kann der Dialog das starke Pflänzchen sein, das die Ideale von möglichst unvoreingenommenem Zusammenwirken hochhält.

Viele von uns wollen schnelle Erfolge, und das ist angesichts bestehender

Verhältnisse sicher nicht leicht. Aber meines Erachtens gibt es keine Alternative zum Dialog, zum Miteinander; insofern ist der dialogische Gedanke eine Existenzbedingung für das inhaltliche Voranschreiten des gesamten Gesundheitssystems in unserem Lande!

Auf dieser Basis möchte ich berichten, wie wir im Netzwerk Stimmenhören diesen bedeutenden gesellschaftlichen Prozess mitzugestalten versuchen.

Wir in Berlin haben eine Dialoggruppe ins Leben gerufen, deren Arbeit schon seit Jahren auf einer gleichberechtigten Basis beruht. Machtspiele sind hier nicht nötig und würden nur der Atmosphäre abträglich sein. Hier funktioniert im Kleinen, was unter Dialog verstanden wird.

Die Teilnahme an der Gruppe ist freiwillig, jede/r darf anonym bleiben, und im Mittelpunkt steht der gleichberechtigte Dialog zwischen Erfahrenen, Angehörigen und in der Psychiatrie Tätigen.

Die Moderation übernimmt eine Moderatorengruppe, die sich aus allen drei Teilnehmergruppen zusammensetzt. Dabei sollen die Themen so formuliert sein, dass sich möglichst alle drei Gruppen angesprochen fühlen. Direkte Fragen und Bemerkungen zwischen den Beteiligten haben Vorrang und alle drei Gruppen sollen ausgewogen beteiligt sein.

Allerdings finden sehr wenige Fachleute aus der Psychiatrie zu uns. Das zeigt, dass wir noch ganz am Anfang einer nicht unbedeutenden Entwicklung stehen.

Ermutigend für uns im Netzwerk ist, dass in der Psychiatrie Tätige nicht immer von einer hohen Warte mit uns in Kontakt treten, sondern das Bestreben haben, mehr von uns kennen zu lernen. Insofern gibt es befruchtende Diskussionen, die als wohltuend und lehrreich empfunden werden.

Grundlage der Arbeit dort sind folgende Fragen, denen sich die Dialoggruppe in 14-tägigem Abstand widmet:

1. Wie ist Stimmenhören und individuelles Erfahren umfassend und eben nicht nur medizinisch zu verstehen?
2. Was brauchen Stimmen hörende Menschen und was brauchen Angehörige sowie in der Psychiatrie Tätige, um zu einer offenen und ehrlichen Begegnung und Auseinandersetzung in der Lage zu sein?
3. Was brauchen Stimmen hörende Menschen, um wieder »Herrin oder Herr im eigenen Haus« zu werden?

Zum Tätigkeitsbereich Aufklärung und Information im Netzwerk Stimmenhören gehört vor allem die Verbreitung der Botschaft: *» Wer Stimmen hört, muss nicht automatisch krank sein.«*

Dazu betreiben wir Öffentlichkeitsarbeit im Fernsehen, im Rundfunk, in Zeitungen und nicht zuletzt natürlich im Internet.

Diesen Tätigkeitsbereich haben vorwiegend Betroffene übernommen, die gelernt haben, mit ihren Stimmen umzugehen, aber auch Angehörige und Professionelle sind oft helfend und unterstützend dabei.

Ein wichtiger Teil unserer Arbeit sind die Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen. Wir gestalten zweitägige Seminare, ganztägige Fortbildungen und zahlreiche Informationsveranstaltungen. Wir besuchen Krankenhäuser, Fachhochschulen für Sozialarbeit und den Fachbereich Psychologie an Universitäten. Die Seminare und Ganztagsfortbildungen liegen in den Händen von Frau Klafki.

Oder wir beteiligen uns mit einem Informationsstand an externen Veranstaltungen.

Diese Aufzählung ist nur ein Ausschnitt aus den vielen über das ganze Jahr verteilten Aktivitäten.

Bei den Hilfsangeboten steht die Gruppenarbeit im Vordergrund. In Selbsthilfegruppen, therapeutisch begleiteten Gruppen und in der Trialoggruppe, die sich in der Regel in zweiwöchigem Abstand treffen, beleuchten wir das Stimmenhören aus den unterschiedlichsten Perspektiven.

Veranstaltungsprogramme werden nur zu größeren Zusammenkünften erstellt, in der Regel ergeben sich aktuelle Problemstellungen in den Gruppen.

In der Trialoggruppe verständigt man sich langfristiger auf eine Themenauswahl, aber auch hier erhalten aktuelle Fragen Vorrang.

Wir tauschen Erfahrungen und Bewältigungsstrategien aus und vermitteln neueste Informationen über das Stimmenhören, wobei die Selbsthilfegruppe den Meinungs austausch von ausschließlich Betroffenen vorsieht.

Doch nicht nur die Gruppenarbeit, auch Einzelgespräche, telefonische und schriftliche Beratung für Hilfe suchende Menschen beziehungsweise ihre Angehörigen sind wichtige Bestandteile unserer Arbeit. Hier arbeiten Aktive aus den drei Trialog-Gruppen eng zusammen.

Dabei sehen wir Stimmen hörende Menschen nicht als Kranke an, sondern als Menschen in Not, die Unterstützung in vielfältiger Form benötigen. An erster Stelle steht das »Entkatastrophieren« und Normalisieren; psychiatrisches Vokabular vermeiden wir weitgehend.

Wir arbeiten nicht gegen die Psychiatrie – auch das ist Grundsatz –, suchen aber nach anderen Wegen auch außerhalb der Psychiatrie.

Wir haben uns vorgenommen, in periodischen Abständen zu überprüfen, ob die dialogische Zielrichtung auch in unserer praktischen Arbeit verwirklicht wird. So haben wir zwischenzeitlich auf unserem Kongress »Leben und arbeiten mit Stimmen« im Jahre 2001 in einer Arbeitsgruppe feststellen können, dass wir auf einem guten Weg beim Dialog sind. Festgelegt wurde dort, was Stimmen hörende Menschen, Angehörige und in der Psychiatrie Tätige zu einer offenen und ehrlichen Begegnung brauchen.

Dabei wurden so wichtige Details behandelt wie:

- Akzeptanz der »verrückten« Normalität
- Berücksichtigung der Vielfalt von Wahrnehmungen
- kein Aufdiktieren vorgefasster Meinungen
- nur reden über die eigene Sichtweise
- keine Schuldzuweisungen
- Durchbrechen der Sprachlosigkeit
- eventuelle Patenschaften für neue Mitglieder usw.

Wichtig scheint mir zu sein, dass wir nicht die unterschiedlichen Interessenlagen der drei aufeinander treffenden Gruppen verkleistern.

Die Gefahr ist groß, dass unterschiedliche Interessen und Standpunkte verwässert oder zugedeckt werden. Es ist wichtig, die vielfältig differenzierten Standpunkte zu akzeptieren – denn auch in den drei Gruppen gibt es ja unterschiedliche Sichtweisen.

Wir müssen uns dabei jedoch auch immer wieder fragen: Wo können, wo dürfen und wo sollen sich unsere Interessen überschneiden? Was liegt gegenwärtig (noch) außerhalb dieser Schnittpunkte?

Das Ziel der Gleichberechtigung in der Psychiatrie ist ein fernes. Gegenwärtig sehen wir den Dialog als Sinnbild für Partizipation und Mitbestimmung an. Deshalb scheint es uns wichtig festzustellen, dass wir keine »Verbrüderungsarien« feiern wollen, sondern eine gemeinsame Streitkultur entwickeln, um unterschiedliche Standpunkte akzeptieren zu lernen.

Das Netzwerk Stimmenhören zeigt, wie der Dialog funktionieren kann, wenn eben die Augenhöhe stimmt. Ohne Machtstrukturen und Hierarchien wird miteinander auf zunehmend gleichberechtigter Ebene umgegangen.

Dadurch haben wir in nur wenigen Jahren schon eine Menge bewegt.

Wie hieß es doch auf dem Weltkongress 1994?

»Der Dialog ist die Voraussetzung, um Reformen in der Psychiatrie erfolgreich durchzusetzen.«

Wenn wir uns verbünden und an einem Strang ziehen – ohne dabei unsere wichtigen unterschiedlichen Standpunkte zu vergessen – können wir es schaffen.

Jürgen Blume

Gelebter Dialog

Ein subjektiver Bericht vom Stimmenhörer-Kongress

Bereits zum vierten Male versammelten sich in Berlin am letzten Oktoberwochenende 2003 auf Einladung des Netzwerkes Stimmenhören über hundert »ExpertInnen der Erfahrung«, »ExpertInnen des Berufs« und Angehörige, um sich an dem Thema »Stimmenhören – (k)eine Katastrophe?« abzuarbeiten.

So wie das Netzwerk Stimmenhören von Anfang an ein Unternehmen von Erfahrenen und Profis und Angehörigen war und ist, so war auch der Kongress dialogisch organisiert. Die Beiträge kamen aus dreierlei Sicht.

Mich hat beeindruckt, wie diese Vorgabe auch praktisch gelebt wurde. Die anwesenden Profis hörten genau zu, schrieben mit, stellten Nachfragen, wenn Angehörige und Erfahrene sprachen. Die Angehörigen stritten sich untereinander über die richtige Haltung im Umgang mit Stimmenhörern – aber in solidarischer Form. Niemand wollte jemand anderen belehren. Mir scheint, dass die Stimmenhörer-Bewegung schon sehr weit auf dem Weg der dialogischen Praxis ist, dass die darin Engagierten schon sehr nahe an einem wirklichen »Gespräch auf gleicher Augenhöhe« sind.

Die Hauptthese des Vortrages von Thomas Bock: Die Stigmatisierung von Stimmenhörern – wie überhaupt von psychisch Kranken – beginnt in der Psychiatrie (Forschung & Anstalt). In der psychiatrischen Lehre werden in der Regel die Begriffe »erfunden«, die dann später als Vorurteile in der Öffentlichkeit im Umlauf sind. Dagegen ist vor allem Aufklärung wichtig. Zum Beispiel, dass Stimmenhörer in den Schulen über ihre Erfahrungen berichten – aber auch solche Kongresse wie dieser.

Beeindruckend der Vortrag von Susanne Heim, die sich als »trialogischen Menschen« mit dreifacher Erfahrung vorstellte. Und sie sprach auch so. Sehr differenziert, mit unterschiedlichem Blickwinkel auf die Probleme und mit klarer Sprache. Als sie von ihrem Umgang mit ihrem psychisch erkrankten Sohn sprach, spürte man, wie es Frau Heim die eigene Erfahrung ermöglicht, angemessen und geduldig mit ihrem Sohn umzugehen.

Marius Romme – Arzt aus Maastricht (Niederlande) – ist einer der Gründerväter der internationalen Stimmenhörerbewegung (»Intervoice«). Er warnte davor, vorschnell das Stimmenhören als Krankheit zu begreifen. Stimmenhören kann alleine auftreten und kann bei entsprechender Haltung auch nützlich sein im Leben. Quasi als Ratgeber. Es kann aber auch mit Psychosen zusammen auftreten oder bestimmte Umgangsweisen mit Stimmen können Psychosen auslösen. Auf jeden Fall ist Stimmenhören an sich keine »Krankheit«. Und auch nicht bloße Einbildung. So konnten Forscher nachweisen, dass beim Stimmenhören das Hörzentrum aktiviert ist.

Einen schönen Schlusspunkt des ersten Tages setzte Ben Steultjens, Therapeut aus Utrecht (Niederlande). Ein Plädoyer an die Profis, den Stimmenhörern zuzuhören. Ihre Hörerlebnisse und -inhalte ernst zu nehmen, ja sich ein Stück weit auf ihre »Reise« einzulassen. Und er beschrieb, wie Profis Stimmenhörer unterstützen können, damit »aus Feinden Freunde werden«, wie es der Stimmenhörer und Netzwerk-Organisator Andreas Gehrke in seinem Buch »Aufbruch aus dem Angstkäfig« formuliert. Stimmen müssen nicht Angst machen, sie müssen keine Katastrophe sein, sie können – bei entsprechendem Umgang – durchaus nützliche Ratgeber im Leben sein.

Fazit: Ich bin ein ganzes Stück klüger geworden und mir hat vor allem die solidarische Atmosphäre gefallen. Das Rathaus des Berliner Bezirks Neukölln war an diesem Tag wirklich ein öffentlicher Raum. Dialog praktisch.

Peter Lehmann

Das trialogische Weglaufhaus?

Über das Ernstnehmen von Partnerschaft im psychiatrischen Bereich

Im psychiatrischen Bereich Erfahrungen und Kenntnisse gleichberechtigt und auf derselben Augenhöhe auszutauschen, setzt Gleichberechtigung der Beteiligten voraus. Dass der gleichberechtigte Umgang kurz bevorsteht, ist reines Wunschdenken (Lehmann 2000). Der »Trialog« stellt lediglich das Gedankenkonstrukt einer Interessensgleichheit und Gleichberechtigung der Beteiligten dar. Jeglicher Beleg einer echten Partnerschaft ist bis heute Mangelware. Wie eine echte Partnerschaft aussehen könnte, veranschaulichen die unten angeführten Beispiele.

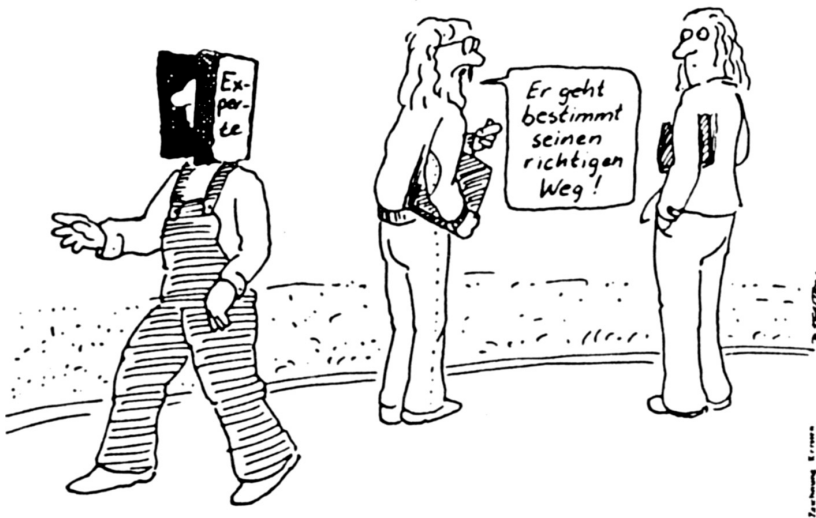
Kritik am Trialog

Die vorgegebene Struktur des Trialogs als gleichberechtigter Austausch legte Thilo von Trotha in der *Zeitschrift für systemische Therapie* augenfällig und bisher unwidersprochen als wenig ernst zu nehmende Veranstaltung bloß. Im *Trialog* werde das Vielfache an Macht, Einfluss und materiellen Ressourcen, über welche die psychiatrische Seite im institutionellen, wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Bereich verfüge, einfach ausgeklammert:

»Während Betroffene im Rahmen des Trialogs über sich und ihr persönliches Erleben reden, sprechen Psychiater und Angehörige über andere und ihre jeweiligen Reaktionen auf verrücktes Erleben und das davon ausgelöste Verhalten. Während Betroffene und Angehörige auf ihre individuellen und alltäglichen Deutungsmuster angewiesen sind, verfügen Psychiater über einen komplex strukturierten Fachdiskurs, der ihnen die Möglichkeit gibt, sich als Privatpersonen auszuklammern. Damit läuft der Trialog Gefahr, das klassische psychiatrische Muster einer Fallpräsentation bloß zu variieren: Der eine hat was erlebt, und der andere weiß schon, was jener »eigentlich« erlebt hat. ... Auch wenn Betroffene sich ernster genommen fühlen als auf der Sta-

tion und Psychiater sich selbst für fortschrittlicher, offener, verständnisvoller als konventionell vorgehende Kollegen halten, bleiben diese Bemühungen subtil verschleierte Neuauflagen der altbekannten psychiatrischen Objektivierung des verrückten Gegenübers zum medizinischen Ding.« (von Trotha, 2001, S. 206)

Je stärker der ideologisch bedingte, einer Nötigung gleichkommende Druck ausgeprägt ist, die eigene Zeit mit Profis und Angehörigen »am gleichen Tisch« zu verbringen, desto stärker wird die Gefahr des Verstummens speziell der Psychatriebetroffenen, denen Reden vor großen Runden nicht liegen oder die die Forderung zynisch finden, sich bitteschön den AnhängerInnen einer psychiatrischen Ideologie zu öffnen, welche Menschenrechtsverletzungen (z.B. die strukturelle Behandlung ohne informierte Zustimmung) sowie beleidigende und den Blick auf die tatsächlichen Problemen verstellende Diagnosen wie gehabt praktizieren.



Die vorsätzliche Nichteinladung von JuristInnen, beinhaltet in der psychiatrische Trialogdefinition, sichert psychiatrische Machtstrukturen zusätzlich. Personen, die die immensen Menschenrechtsverletzungen im psychiatrischen Bereich nicht sehen wollen und häufig nicht einmal verstehen, fällt die *trialogische* Ausgrenzung freilich nicht auf.

Eigene Finanzmittel, um unabhängige Medien und Alternativangebote gleich welcher Art aufzubauen, sind gewöhnlich nicht vorhanden bei jenen

Kreisen, die dem trauten Miteinander mit dem Psychiater am runden Tisch jeden ersten und dritten Mittwoch im Clubraum von 17.15 bis 18.45 Uhr kritisch gegenüberstehen.

Erarbeiten unabhängige Psychiatriebetroffene viel versprechende Konzepte der Selbstbestimmung und wirksamen Hilfe, kann man sich darauf verlassen, dass Psychiater über kurz oder lang diese Konzepte aufgrund ihrer ungleich stärkeren Finanzposition und aufgrund der Ärztegläubigkeit so mancher Psychiatriebetroffener therapeutisch verbieten:

- aus der Forderung nach uneingeschränktem Recht auf Akteneinsicht wird das Angebot, den Akteninhalt gemeinsam zu lesen und therapeutisch zu begreifen;
- aus dem Konzept von Empowerment als Ausdruck des Rechts auf eigene Orientierung wird die Anleitung zum Empowerment, speziell zur selbstverantwortlichen Einnahme von Psychopharmaka;
- aus der Diskussion des Zwecks von Psychopharmaka und Diagnosen wird die psychoedukative Gehirnwäsche;
- aus dem Psychiatrischen Testament als selbstbewusste Willenserklärung von Psychiatriebetroffenen wird das Bittebitte bei – zudem unverbindlichen – Behandlungsvereinbarungen.

Gibt es Ansätze, von Psychiatriebetroffenen geleitete Publikationsformen oder Fortbildungsveranstaltungen aufzubauen, werden sie von psychiatrisch Tätigen sowie den Mitgliedern der organisierten Angehörigen nahezu so systematisch ignoriert wie Artikel und Bücher, die durch eine autonome Haltung der betroffenen AutorInnen geprägt sind, oder sozialpsychiatrische Profis beginnen, »aus der Sicht« von Betroffenen zu schreiben.

Kommt nun noch das *trialogische* Weglaufhaus (betrieben von *Trialog*-freunden, dem *guten* Sozialpsychiater und dem tatkräftigen, von Pharmafirmen gesponserten Angehörigenverband)?

Versuche von Psychiatriebetroffenen, sich auf Kongressen gleichberechtigt einzubringen, scheitern in aller Regel daran, dass sie die Kosten für eine Teilnahme selbst übernehmen sollen, dafür picken sich Kongressveranstalter immer wieder gerne krankheitseinsichtige Psychiatriebetroffene als Feigenblatt zur Dokumentation der gemutmaßten eigenen Fortschrittlichkeit heraus.

Trotz alledem, im Folgenden sollen drei Beispiele aufzeigen, wie die seit Jahrzehnten ungebrochen fortgesetzte Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im psychiatrischen Bereich aufgebrochen werden könnte.

Betroffenenkontrollierte Forschung

Ziel dieser Forschungsrichtung ist es, den Stimmen und Sichtweisen der Betroffenen eine Plattform zu geben und dazu beizutragen, dass sie, die so genannten NutzerInnen des Hilfesystems, mit ihrer Expertise und ihren Erfahrungen zu einem festen Bestandteil jeder Planung im psychiatrischen Bereich werden.

Einen ersten Schritt in diese Richtung im deutschen Sprachgebiet unternahm der Paritätische Wohlfahrtsverband (Berlin) bei der Erstellung der Studie »Obdachlosigkeit und Psychiatrie aus den Perspektiven der Betroffenen«, die Jasna Russo, Mitglied des Berliner Vereins »Für alle Fälle e.V.« und des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen, gemeinsam mit einem nichtbetroffenen Psychologen durchführte.

Genauso wichtig wie die Ergebnisse war der Forschungsprozess an sich, in dem Wege aufgezeigt wurden, wie die Betroffenen als ExpertInnen in eine Forschung einbezogen werden können.

Die Anregung für den betroffenenkontrollierten Forschungsansatz – genannt *user*, *user-led* und *survivors research* – stammt aus dem angloamerikanischen Sprachraum und ist Ergebnis der dortigen Psychiatriebetroffenenbewegung, wo sich dieser neue Ansatz vor allem in einer kritischen Auseinandersetzung mit den Ansätzen traditioneller Forschung und orientiert an feministischer Forschung herausgebildet hat.

Die Forschungsansätze des *user research* unterscheiden sich von traditionellen Forschungen in ihren Themen und Fragestellungen, in ihren Werten und der verwendeten Sprache. Allerdings gibt es keine einheitliche Auffassung darüber, was *user research* ist; dementsprechend existieren verschiedene Forschungspraxen. Auch die Übersetzung des Begriffs öffnet mehrere Interpretationsmöglichkeiten: »Nutzerforschung«, »nutzerorientierte Forschung«, »Betroffenenforschung« sowie »betroffenenkontrollierte Forschung«.

Die britische Psychiatriebetroffene Vivian Lindow beschreibt, Forscher seien wie KönigInnen gegenüber ihrem Forschungsgegenstand; sie täten immer noch so, als wären sie objektiv, obwohl ihre Forschungsmethoden bekanntlich von der individuellen und sozialen Kultur geprägt seien (Lindow 2001). Die Betroffenen spielen in traditionellen Forschungen lediglich als Objekte eine Rolle. Auch aus dem Forschungsteam bleiben die Betroffenen wie selbstverständlich ausgeschlossen.

Eine weitere Variante traditioneller Forschung fragt die NutzerInnen und Betroffenen zwar nach ihren Meinungen, ihren Erfahrungen und ihrer Zufriedenheit, allerdings:

»Die Fragestellung wird allein von den Professionellen erarbeitet und geht oft an den Realitäten der Betroffenen vorbei. Manchmal werden Personen mit eigenen Erfahrungen als InterviewerInnen benutzt, um einen besseren und näheren Kontakt zu der Zielgruppe zu schaffen, die Interpretation und Analyse wird jedoch wiederum allein von den ExpertInnen gemacht. In der Ausarbeitung der Fragestellung, der Analyse und Bewertung sowie in den Schlussfolgerungen, welche aus den Forschungsergebnisse gezogen werden, bleibt die Expertenmeinung vorherrschend.« (Russo / Fink, 2003, S. 5)

Die Beteiligung der Betroffenen an der Forschung beginnt dort, wo die Betroffenen gleichrangig im Forschungsteam mitarbeiten können. Wenn eine Gleichrangigkeit in der Bezahlung und eine Beteiligung an allen Phasen der Forschung gegeben ist, kann sich diese als eine betroffenenkontrollierte Forschung bezeichnen. Dies bedeutet, dass die Betroffenen Kontrolle über alle Teile der Forschung haben: angefangen von der Finanzierung und Konzeption bis hin zur Veröffentlichung der Ergebnisse.

Gewöhnlich werden Forschungsmethoden verwendet, die auf einem Einbezug der Betroffenen in die Forschung basieren. Nichtbetroffene ForscherInnen können technische Unterstützung leisten.

User research ermöglicht bisher ausgeblendete Fragen und Auseinandersetzungen mit den Themen wie der Identität der ForscherInnen, den Machtverhältnissen, ethischen Fragen oder der Frage, wem die Forschungen letztendlich gehören. Gehörte das Ergebnis traditioneller Forschung bisher dem Auftraggeber, der bei Nichtgefallen auf eine Veröffentlichung verzichten kann, liegt es nun in der Hand der Betroffenen, welche Ergebnisse und in welcher Form diese veröffentlicht werden.

Fortbildung aus Sicht von Betroffenen

Miteinander in Aus-, Fort- und Weiterbildung gilt als Bereich des *Trialogs*. Wie ein ernst zu nehmendes Miteinander aussehen könnte, soll am Beispiel der Fortbildung deutlich werden, die der junge und betroffenenkontrollierte Verein »Für alle Fälle e.V.« (Berlin) anbietet.

Die Besonderheit dieses Vereins besteht darin, dass seine Mitglieder seit teilweise über zwanzig Jahren im Bereich der Selbsthilfe und des Aufbaus von Alternativen zur Psychiatrie tätig sind. Innerhalb von »Für alle Fälle e.V.« bieten die ReferentInnen Fortbildung an, seit 2003 in eigenen Räumlichkeiten in Berlin-Mitte. Die Fortbildung richtet sich vor allem an Psychiatriebetroffene, aber auch an psychiatrisch Tätige und Angehörige, und umfasst die-

jenigen Themenkomplexe, die in traditioneller Fortbildung gemeinhin ausgeblendet sind:

- Alternativen zur Psychiatrie (auch unter frauenspezifischen Gesichtspunkten)
- Selbstbestimmter Umgang mit Psychopharmaka incl. Absetzmöglichkeiten
- Antipsychiatrie und Betroffenenbewegung
- Psychiatrisches Testament und andere Vorausverfügungen
- *nur für Psychiatriebetroffene*: Selbsthilfe, Empowerment und Projektaufbau (www.faelle.org).¹

Partnerschaftlicher Erfahrungsaustausch

Einen ernst zu nehmenden partnerschaftlichen Erfahrungsaustausch ist das *Recovery*-Konzept.

Mit »*Recovery*« gemeint ist ein zutiefst persönlicher Prozess der Veränderung der eigenen Einstellungen, Vorlieben, Werte, Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und Rollen, um ein sinnvolles Leben zu führen.

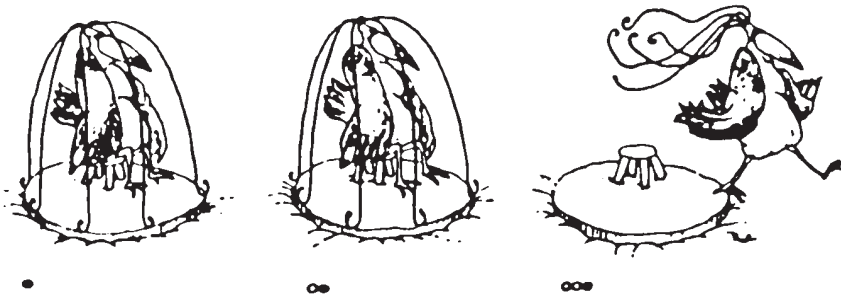
Durch den partnerschaftlichen Erfahrungsaustausch soll die Entwicklung einer neuen Lebensbedeutung und eines neuen Lebenszwecks möglich werden, ebenso das Hinwegkommen über eine sich katastrophal auswirkende psychiatrische Behinderung. An einem solchen *Recovery*-Projekt in den Niederlanden hat zum Beispiel die Betroffene Wilma Boevink teilgenommen. Jahrelang trafen sich acht Betroffene alle zwei Wochen, um Erfahrungen auszutauschen. Wilma Boevink hebt die Besonderheit des Erfahrungsaustausches hervor, wenn Betroffene unter sich sind:

»Die Terminologie der Profis von Krankheiten und Symptomen war uns so vertraut, dass es uns ungewohnt war, in einer anderen Rolle als der des Patienten über psychischen Beschwerden zu diskutieren, darüber hinaus in einer Perspektive von Selbstinitiative und Selbsthilfe. Die Aufforderung, die vertraute Patientenrolle zu tauschen gegen andere, selbst zu schaffende Rollen, bekam Nachdruck durch die Form der Treffen. Wir saßen an Tischen, die wie bei einem Managementtreffen im Kreis aufgestellt waren, wir hielten uns an eine vorab vereinbarte Tagesordnung und führten Protokolle. Die Mitglieder erzählten, was sie in den vorhergehenden Wochen beschäftigt hatte. Erfahrungen wurden ausgetauscht, und man gab einander Tipps und Ratschläge über den Umgang mit Hindernissen bei eigenen Versuchen, neue

1 Newsletter »Fortbildungsangebote aus der Perspektive von Betroffenen«: Kostenfreie Registrierung unter <http://www.topica.com/lists/fortbildung>

Lebensperspektiven zu gewinnen. Das Besprechen des Protokolls der letzten Sitzung schuf Distanz zu diesen Erfahrungen und eröffnete den Weg zu ihrer Systematisierung.« (Boevink 2003, S. 38)

Damit bestätigte Boevink die Erfahrungen, die die psychiatriebetroffene Sozialpädagogin Tina Stöckle bereits 1981 über eine autonome Selbsthilfegruppe in Berlin und die dort praktizierten Kleingruppen beschrieb (Stöckle 2000, S. 214ff.). In den Niederlanden waren die Betroffenen vom psychiatrischen Behinderungsbegriff ausgegangen, in Berlin von einem als relativ wertfrei verstandenen Begriff der Verrücktheit. Beide Male war der vorhandene oder in Beschlag genommene Freiraum die Voraussetzung für Entwicklungsprozesse in Richtung Befreiung vom psychiatrischen Einfluss.



Fazit

Wäre es nicht ein prima erster Schritt, wenn sich *trialogisch* verstehende psychiatrisch Tätige statt Fortbildung bei immer aus demselben Stall stammenden DozentInnen von einem betroffenenkontrollierten Verein fortbilden lassen, wenn sich die organisierten Angehörigen auch mal eine Gegenposition zu den von Pharmafirmen gestellten und finanzierten »unabhängigen Wissenschaftlern« anhören, wenn die Angesprochenen ihre zur Verfügung stehenden Finanzmittel für Fortbildungen »gleichberechtigt« mit den »PatientInnen«, »KlientInnen« und »NutzerInnen« ihrer Einrichtungen teilen?

Wäre es nicht ebenso angebracht, Bücher zum Thema *Trialog*, Psychiatriereform usw. durch gleichberechtigte und gleichbezahlte Teams von HerausgeberInnen zu publizieren? Oder Kongresse für ein gemischtes Publikum durch ein gleichberechtigtes Gremium vorbereiten zu lassen und dafür zu sorgen, dass auf allen Ebenen (HauptrednerInnen, SymposiumsleiterInnen usw.) Psychiatriebetroffene gleichberechtigt teilnehmen? Und dies auch in der Kongressankündigung deutlich hervorzuheben?

Recoverykonzepte umsetzen können die Betroffenen allerdings nur selbst. Dennoch steht zu befürchten, dass es bald sozialpsychiatrische *Recoverykurse für psychisch Kranke* geben wird. In der sozialpsychiatrischen Zeitschrift *Pro mente sana* beendete der Psychologe Andreas Knuf seinen Artikel über »eine Annäherung an das Recovery-Konzept« folgerichtig mit der erwarteten Forderung von Therapeutenseite, den Betroffenen die Zuständigkeit zur selbständigen Definition des Recoveryverständnisses zu nehmen: »Zuallererst aber brauchen wir mit den Betroffenen und ihren Angehörigen einen trialogischen Diskurs über die Ideen von Recovery. Das wird in nächster Zeit sicher vermehrt geschehen.« (Knuf, 2003, S. 31)

Wollen Profis Psychiatriebetroffene tatsächlich unterstützen, wäre es vorrangig, ihnen Räume und einen Teil ihrer Finanzmittel zur Verfügung zu stellen. Psychiatriebetroffene könnten dann selbst entscheiden, ob sie Erfahrungen unter Gleichen austauschen (wie dies zum Beispiel Frauen in Frauengruppen machen) oder ob sie sich weiterhin als Fallbeispiele *trialogisch* darbieten. Psychiatriebetroffene müssten die Verantwortung für ihr eigenes Leben übernehmen, wenn sie den Erfahrungsaustausch auf ihresgleichen konzentrieren. Findet diese Emanzipation nicht statt, dann werden Ungleichheiten zementiert, wird die Möglichkeit zum wirklichen Erfahrungsaustausch verhindert, wird die Entwicklung von Partnerschaft torpediert.

Wird die Ausrichtung auf das Bild des guten Doktors jedoch nicht ersetzt durch den Blick auf sich selbst *und* die anderen, so werden die anderen nur benutzt, um eine Projektionsfläche für die Darstellung der eigenen Probleme zu bieten oder als Zuhörerschaft für die Darstellung des eigenen Leidens zu fungieren.

Nichtsdestotrotz: Solcherart Probleme in Selbsthilfegruppen müssen in Betroffenenkreisen thematisiert werden. Der Weg zur ernst gemeinten Gleichberechtigung kann dann umso schneller beschritten werden, je eher die Beteiligten auf psychiatrische *Trialogideologie* verzichten und auf eine wirkliche Partnerschaft sowie der Wertschätzung der Erfahrungen Psychiatriebetroffener aufbauen.

Dass es jenseits eines ernst gemeinten Erfahrungsaustausches unter Psychiatriebetroffenen zu partnerschaftlichen Zusammenhängen mit Nichtbetroffenen kommen muss², versteht sich angesichts der Vielzahl und der Schwere

2 Das *trialogische* Internet-Diskussionsforum für Psychiatrie-Erfahrene, ihre FreundInnen und Angehörige sowie Professionelle zum Erfahrungsaustausch und zur Diskussion über Selbsthilfe/Psychiatrie, Psychiatriereform & Antipsychiatrie/ Alternativen zur Psychiatrie.

Näheres siehe <http://www.p.lehmann.berlinet.de/maillinglists.htm>

potentiell vorhandener Probleme von selbst. Eine ernst gemeinte Partnerschaft im psychiatrischen Bereich beinhaltet allerdings gleiche Rechte und Möglichkeiten der Beteiligten unter Wahrung der Autonomie der Psychiatriebetroffenen.

Quellen:

- BOEVINK, WILMA: *Recovery: Mitreden – mitmachen – selbst aktiv werden. Wie in den Niederlanden Psychiatrie-Erfahrene Partizipation neu definieren.* In: Psychosoziale Umschau, 18. Jg. (2003), Nr. 3, S. 37-39;
siehe auch www.antipsychiatrie.berlinet.de/artikel/selbsthilfe/recovery.htm
- KNUF, ANDREAS: *Wie kann Gesundheit gelingen? Eine Annäherung an das Recovery-Konzept.* In: Pro mente sana (Zürich), 2003, Nr. 4, S. 30-31
- LEHMANN, PETER: *Dialog nicht nur in Psychoseseinaren – Steht der gleichberechtigte Umgang im psychiatrischen Alltag kurz bevor?* In: Psychosoziale Umschau, 15. Jg. (2000), Nr. 4, S. 11-12; siehe auch www.antipsychiatrie.berlinet.de/artikel/trialog/trialog.htm
- LINDOW, VIVIAN: *Survivor Research.* In: CRAIG NEWNES, GUY HOLMES, CAILZIE DUNN (Hg.): *This is madness too – Critical perspectives on mental health services*, Ross-on-Wye 2001, S. 13-146
- RUSSO, JASNA / FINK, THOMAS: *Stellung nehmen. Obdachlosigkeit und Psychiatrie aus den Perspektiven der Betroffenen*, hg. vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, Berlin 2003
- STÖCKLE, TINA: *Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieopfern.* Berlin, Antipsychiatrieverlag, 2000
- VON TROTHA, THILO: *Unterwegs zu alten Fragen – Die neue Antipsychiatrie.* In: KARIN ROTH (Hg.): *Antipsychiatrie. Sinnerzeugung durch Entfesselung der Vielstimmigkeit.* In: Zeitschrift für systemische Therapie, 19. Jg. (2001), Nr. 4, S. 201-210

Abbildungen:

Abb. 1: aus STÖCKLE, TINA: *Die Irren-Offensive.* Berlin, Antipsychiatrieverlag, 2000, S. 245

Abb. 2: ebd., S. 222

Theiß Urbahn

Rückblick auf dreizehn Jahre Trialog mit den Augen eines Psychiaters

Erinnerung erzeugt Fragen:

Wann, womit beginnt ein Trialog? Wann bin ich als in der Psychiatrie Tätiger, als Arzt, als so genannter Profi, so weit und in der Lage, in den Trialog einzutreten, und besonders in ein Psychoseseminar? Welche Schritte musste ich tun, welche Entwicklungen machen?

Aus der linken Studentenbewegung kommend, blicke ich auf eine dreißigjährige ärztliche Tätigkeit in der Psychiatrie zurück (etwas anderes habe ich nicht gelernt).

Diese dreißig Jahre sind zeitlich deckungsgleich mit den Reformbestrebungen in der BRD, und aus meinem politischen Selbstverständnis heraus und vor dem Hintergrund des Nationalsozialismus wollte ich immer Reformpsychiater sein, also Sozialpsychiater (allerdings wusste keiner genau, was das war – und ist).

Von Anfang an habe ich den schwer erträglichen Zwiespalt meines Berufsalltags gespürt: zum einen individuell helfen zu wollen, zum anderen »die Gesellschaft« (wer ist das?) von unangepassten, störenden, kranken Menschen entsorgen zu sollen. Noch konkreter: Einerseits wollte ich den einzelnen Menschen mit »seiner« Schizophrenie verstehen und heilen, andererseits erwartete »man« (wer ist das?) von mir, »die« Krankheit Schizophrenie zu bekämpfen und am besten wie eine Seuche auszurotten (so hatte ich es an der Universität von Professoren gelernt, die bereits in der NS-Zeit tätig waren).

Zehn Jahre, bis 1983, habe ich gebraucht, den Mut aufzubringen für die ersten Versuche, das ärztliche Hoheitsgebiet, bestehend aus Diagnostik, Therapie und Rehabilitation, mit den Patienten, ihren Angehörigen und den Team-Mitgliedern zu teilen (damals arbeitete ich begünstigt in einer Tagesklinik in Hannover).

Aber war das wirklich schon ein Trialog?

Nein, das war allenfalls eine Vorform, denn ich fühlte mich weiterhin

dafür verantwortlich, alle Fragen als »Experte« zu beantworten und letztendlich zu entscheiden. Es war noch weit entfernt von einer Begegnung auf gleicher Augenhöhe, von einem gleichberechtigten Erfahrungsaustausch.

Die Gruppensitzungen hatten eher etwas von dem, was später »Psychoedukation« hieß, und ich war schließlich der Therapeut, der Erzieher zum »richtigen, gesundheitsfördernden« Verhalten. Schließlich war ich es, der um die geheimnisvollen Ursachen der Krankheit und die Wege und Mittel zur Heilung, mindestens zur Besserung, wusste oder zu wissen meinte.

Außerdem bedurfte ich selbst ja nun keiner Therapie. Ich genoss es, ein bisschen Mitsprache in diesen schwierigen »Sach«-Fragen zu gewähren und damit den Ruf als demokratischer Sozialpsychiater (ist das nicht eine Doppelung?) zu festigen.

Zu meiner Entlastung kann ich allerdings darauf verweisen, dass es damals noch keine selbstbewusste Organisation der Angehörigen und Betroffenen gab, die mich hätten korrigieren, also gewissermaßen erziehen können.

Immerhin – darauf bin ich stolz – ist aus dieser Tagesklinik einer der Gründer der Betroffenen-Bewegung in Niedersachsen hervorgegangen.

Es bedurfte weiterer fünf bis sechs Jahre, bis ich reif war für eine wirkliche trialogische Praxis.

Inzwischen hatte Klaus Dörner die Familie von Schuld freigesprochen, und ich hatte in der Gütersloher Klinik die Leitung einer psychiatrischen Abteilung übernommen. Dort war ich sogleich mit den organisierten und selbstbewusst-kritisch auftretenden Angehörigen konfrontiert, die jederzeit Zugang zu den Stationen hatten bzw. sich verschafften, denen keine Missstände und Fehlverhaltensweisen entgingen und die deren Beseitigung hartnäckig verlangten. Auch einige mutige Patienten saßen in den Startlöchern, sich zu organisieren. Im Kreis Lippe war der Angehörigenverein bereits Träger von Selbsthilfe- und Zuverdienstfirmen.

Dass jede Sektorstation für ihre Region Angehörigengruppen anbot, war längst selbstverständliche Alltagspraxis.

Auf diese Szenerie konnte ich zurückgreifen, als ich mich mit den Mitarbeitern daran machte, eine neue Konzeption für die Stationen zu entwickeln: Einführung von Soteriaelementen mit offenen Stationstüren in die stationäre Pflichtversorgung der Abteilung.

Dazu mussten wir uns die einfachen und doch so schwierigen Fragen stellen: Was braucht ein Mensch, der in einer so genannten akuten Krise auf die Station kommt, wirklich? Was hilft ihm, was tut ihm gut? Was hilft den Angehörigen?

Da bot sich an, die Selbsthilfegruppen der Psychatrierfahrenen und der Angehörigen einzuladen und uns beraten zu lassen.

An vielen Abenden und auf Wochenendseminaren lernten wir das Lernen voneinander – das Konzept entstand trialogisch.

Erst später wussten wir, was wir da getan hatten: Wir hatten das Psychoseminar in Gütersloh eingeführt, um die Abteilung Klinische Psychiatrie II zu verändern.

Diese Entwicklung spiegelte sich dann im Konzept der Abteilung 1997 wider, in dem es u.a. heißt:

»Hier geht es uns vor allem darum, dass alle an einem psychischen Leiden beteiligten Menschen (Patienten, Angehörige/Bekannte, Professionelle usw.) aufhören, einander als Objekte zu behandeln; dass sie vielmehr beginnen, sich selbst und die anderen in ihrer Subjektivität ernst zu nehmen; und dass alle Beteiligten lernen, selbstbewusster und gleichberechtigter miteinander umzugehen... Wir wollen versuchen, einen hohen Grad von Vertrautheit mit der Lebenswelt von Patienten, Angehörigen und dortiger Bevölkerung zu erreichen, so dass sich die Perspektive von der Krankheit auf die Person (Subjektivität) des Patienten mit seinem sozialen Kontext verlagert... Diese Orientierung dient also der geistigen, strukturellen und materiellen Ambulantisierung psychiatrischer Krisenhilfen...«

Damit war der Grundstein dafür gelegt, dass die Krisenhilfe auf den drei Stationen der Abteilung, aber auch in der dazugehörigen Tagesklinik und Ambulanz, mehr und mehr den Charakter von Psychoseminaren annahm.

Auf diese Weise gelang es, die Stationstüren durchgehend offen zu halten und Gewaltanwendung (Zwangsmedikation, Fesselung u.a.) im Vergleich zu ähnlichen Stationen der anderen Abteilungen der Klinik um ca. 90% zu vermindern.

Damit entwickelte sich eine neue, manchmal gar freundschaftliche Einstellung der Patienten, ihrer Angehörigen und der in den Sektorgemeinden ambulant und komplementär Tätigen zu den Stationen und der Tagesklinik: Das wurde »ihre Station«, die sie zum Austragen einer Krise, einfach zur Entlastung, beanspruchen konnten. In Wechselwirkung damit veränderten wir stationär Tätigen uns in Haltung und Praxis, wobei die Arbeit schwieriger und anspruchsvoller, aber auch erheblich befriedigender wurde.

Um diesen mühsamen Prozess zu stabilisieren und zu beschleunigen, waren weitere Aktivitäten und Strukturen notwendig.

Zum einen begannen wir mit den aktiven Psychose-Erfahrenen und Angehörigen, in den Sektorgemeinden (Herford und Lippe) Psychoseminare

aufzubauen. Daran beteiligten sich die auf den jeweiligen Stationen Tätigen aus allen Berufsgruppen, wobei ich darauf achtete, dass gerade Assistenzärzte und andere Berufsanfänger davon profitieren konnten.

Als besonders erfolgreich hat sich bei der Installierung der Psychoseminare herausgestellt, diese im Rahmen der örtlichen Volkshochschule mit trialogischer Ankündigung im VHS-Verzeichnis stattfinden zu lassen und die Themen pro Semester anzukündigen. Die trialogische Leitung und der neutrale Ort scheinen für den Erfolg besonders günstig zu sein, zumal dadurch auch ansonsten unbeteiligte Bürger erreicht werden können.

Zum anderen etablierten wir den trialogisch besetzten Abteilungsbeirat, der einmal im Monat tagte und sich aufgrund eines offenen Informationsaustausches mit allen wesentlichen Problemen und Entwicklungen der Abteilung (einschließlich der ökonomischen) beschäftigte. Er wurde schnell zum wichtigsten Instrument der Qualitätssicherung, was sich nach der Pensionierung Klaus Dörners 1996 als sehr bedeutsam erweisen sollte.

Ein weiteres geeignetes Mittel, das Anliegen von Trialog im Allgemeinen und von Psychoseminar im Besonderen zu befördern, war die persönliche Einbeziehung und Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen in die (interne) Klinikfortbildung für alle Berufsgruppen und in die (überregionale) Weiterbildung der Assistenzärzte zu Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie.

Ein Höhepunkt für mich war die trialogische Vorbereitung und Gestaltung der 49. Gütersloher Fortbildungswoche 1997 mit dem Thema: »Gute Psychiatrie in schlechten Zeiten?«

Klaus Dörner war ein Jahr zuvor ausgeschieden und der nachfolgende Klinikleiter noch nicht eingearbeitet. Sollte etwa deswegen die große Tradition der jährlichen Gütersloher Fortbildungswochen unterbrochen werden?

In trialogischer Selbsthilfe entstand ein anspruchsvolles Programm, in dem jede der drei Seiten in Referaten und Arbeitsgruppen Stellung nahm.

Die Woche gipfelte in der Verabschiedung der »Gütersloher Thesen zur Weiterentwicklung der Psychiatrie«.

Darin ist u.a. festgeschrieben: »Die beste Qualitätskontrolle geschieht durch die Betroffenen und ihre Angehörigen selbst. Sie sind auf allen Ebenen der Planung und praktischen Umsetzung gleichberechtigt mit Profis, Politikern und Kostenträgern in den dafür vorgesehenen Gremien zu beteiligen. So wird der Dominanz medizinischen und ökonomischen Expertentums gesteuert.«

Insgesamt war im Versorgungsbereich der Gütersloher Klinik (umfassend die Kreise Lippe, Herford und Gütersloh), in enger Zusammenarbeit mit der für Bielefeld zuständigen Betheler Klinik, ein derart lebendiges Klima der Kooperation, aber auch des Streites zwischen den trialogischen Partnern entstanden, dass in Theorie, Praxis und Planung (fast) nichts mehr ohne den jeweiligen Anderen ging.

Das hat mich sehr geprägt und mein Denken und Handeln – nicht nur in der Psychiatrie – erheblich bereichert. Erst dadurch habe ich die Widersprüchlichkeit, die Zwiespältigkeit, ja auch manches Absurde in der Psychiatrie verstehen und aushalten gelernt, und ich bin in die Lage versetzt worden, mich infrage stellen zu lassen und meine Rolle und Aufgabe als Arzt in der Psychiatrie zu überdenken und zu korrigieren.

Dafür danke ich vielen Betroffenen und Angehörigen.

Das kommt mir jetzt hier in Berlin sehr zugute als Angestellter bei einem großen Anbieter von Betreutem Wohnen (Pinel gGmbH). Denn es gibt hier viel zu tun, da eine trialogische Kultur wie in Gütersloh kaum existiert, aus verschiedenen historischen Gründen.

Ich finde hier viel Bereitschaft, aber auch eine Menge Hindernisse vor.

Ein wesentliches ist die Polarisierung zwischen den Kliniken (Abteilungen) einerseits, von denen die meisten sich nach wie vor vom Trialog in ihrer Gemeinde (Bezirk) offenbar aus Angst vor Veränderung abschotten, und den bisher organisierten Psychiatrieerfahrenen andererseits, da sie sich durch ihr antipsychiatrisches Dogma dem Trialog verweigern, wahrscheinlich ebenso aus Angst vor Veränderung, wohl aber auch wegen schlechter Erfahrungen.

Dieses Fehlen einer durchsetzungsfähigen trialogischen Kraft ist gerade in dieser Zeit besonders fatal. Es ist nötig, alle Bemühungen in deren Entwicklung zu investieren – und zwar auf verschiedenen Ebenen und mit unterschiedlichen Mitteln:

- > auf der individuellen Ebene (Gespräche in und mit Familien)
- > auf der dialogischen Selbsthilfe-Ebene (Initiierung und Unterstützung von Betroffenen- und Angehörigengruppen)
- > auf der trialogischen Selbsthilfe-Ebene (Initiierung von Psychoseminaren)
- > auf der institutionellen Ebene (trialogische Beiräte, trialogische PSAG, trialogische Beschwerdestellen, trialogische Fortbildungen)
- > auf der politischen Ebene (trialogische Planungs- und Beratungsgremien auf Bezirks- und Landesebene, am besten festgeschrieben im Psychiatrie-Gesetz, z.B. PsychKG).

Meine Erfahrung ist, dass einzelne dieser Aktivitäten schnell an ihre Grenzen stoßen, wenn sie nicht miteinander verbunden werden, um sie zu einer unübersehbaren Kraft in der Weiterentwicklung und Praxisveränderung der Psychiatrie werden zu lassen.

Sonst besteht immer wieder die Gefahr, dass der Dialog von einer Klinik oder einer anderen Institution als bloßes Aushängeschild ohne praktische Konsequenz missbraucht wird.

Eine weitere zentrale Erfahrung möchte ich an jüngere Kolleginnen und Kollegen, besonders in meiner Berufsgruppe, weitergeben: Haben Sie Geduld mit sich selbst, aber verleugnen Sie auch nie Ihre berufliche und persönliche Identität. Denn Begegnung »auf gleicher Augenhöhe« heißt auch, den Anderen als Gegner ernst zu nehmen, ihm etwas zuzutrauen, also auch zuzumuten.

Zum Schluss eine Bitte an die Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen: Haben Sie Geduld mit uns Profis, aber bleiben Sie stets unnachsichtig gegen unsere Überheblichkeit (die doch meist nur Unsicherheit ist), und lassen Sie nicht nach, mit Ihrem Wissen und Ihren Erfahrungen die dringend notwendige Verbesserung der Psychiatrie voranzutreiben. Wie könnten wir Profis sonst lernen?

Eckhard Giese und Christina Reinhardt

Dialog im Osten: zum Beispiel Thüringen

Die Ausgangslage: Psychiatrie in der DDR

Die psychiatrische Versorgung im heutigen Thüringen war – wie auch in anderen Teilen der DDR – durch große stationäre Einrichtungen mit Mischbelegung bei klarer Dominanz des medizinischen Modells geprägt¹.

Eine Angehörigen- und Betroffenenbewegung, Selbsthilfegruppen und Patienteninitiativen waren in dieser Psychiatrielandschaft nicht geduldet. Die Eingliederung ins Arbeitsleben wie auch im Wohnbereich für psychisch kranke Menschen waren hingegen selbstverständlicher als in der heutigen Situation. Freiräume, die das Fehlen marktwirtschaftlicher Perspektiven mit dem heute allgegenwärtigen Kostendruck hätte eröffnen können, konnten dagegen nicht zu Gunsten der Entwicklung einer Nutzerperspektive in der Psychiatrie ausgeschöpft werden. Nach durchaus anerkanntswerten Reformbestrebungen Ende der 50er Jahre, wie sie in den bekannten Rodewischer Thesen von 1963 ihren Ausdruck fanden, war die DDR-Psychiatrie vielmehr weitgehend von internationalen Reformbestrebungen abgekoppelt.

Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Thüringen nach der Wende vollzog sich im Einklang mit den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete-Kommission von 1991². So wurden auch hier die bekannten komplementären Einrichtungen geschaffen, stationäre Psychiatrien verkleinert und klinifiziert, schließlich nach der millionenschweren Sanierung privati-

- 1 Nähere Einzelheiten finden sich z. B. bei GIESE, E.: *Starker Impuls zum Dialog. Zehn Jahre Psychiatriereform in den neuen Bundesländern*. In: *Soziale Psychiatrie* 24 (2000), Heft 1, S. 24-25 und GIESE, E.: *Sozialpsychiatrie in den neuen Bundesländern*. Von einem, der auszog, an der Fachhochschule Erfurt zu lehren. In: *Soziale Psychiatrie* 26 (2000), Heft 2, S. 37-39.
- 2 Bundesministerium für Gesundheit (1991): *Enquete-Kommission »Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR«* Bonn. Zur Psychiatrieentwicklung nach der Wende, S. 76. Gesundheitsministerkonferenz in Chemnitz am 2./3. Juli 2003: Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren.

siert. Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen wurden weiterqualifiziert, wobei nur ein kleiner Teil dieses Personenkreises durch die sozialpsychiatrischen Fortbildungen erfasst wurde. Eine »heimliche Psychiatrie« im Sinne der Verschiebung von Anstaltspatienten in private Pflegeheime entstand auch in Thüringen in großem Ausmaß; positive Errungenschaften des staatlichen Gesundheitssystems der DDR-Ambulanzen und Polikliniken wurden höchstens punktuell weitergeführt, so dass bei den Mitarbeitern der psychiatrischen Einrichtungen zum Teil der Eindruck entstand, dass »Kompetenzen, der Erfahrungsschatz und das Engagement von Betroffenen und Angehörigen bei der Neuorientierung seit der Wende ungenutzt blieben«³.

Bei aller Kritik bleibt festzustellen, dass es gelungen ist, mit erheblichem Aufwand die Grundlagen für eine landesweite gemeindepsychiatrische Versorgung zu legen. Die nutzerorientierte Ausrichtung der Einrichtungen soll sich nun auch in dialogischen Mitwirkungsmöglichkeiten der Betroffenen umsetzen. Bereits im 1994er Landespsychiatrieplan werden in diesem Sinne Patientenfürsprecher und Besuchskommissionen angestrebt, »sollen Vertreter von Selbsthilfegruppen psychisch Kranker und der Angehörigen in die Koordination der Psychiatrieplanung einbezogen werden«⁴.

Die Fortschreibung der Landespsychiatrie unter Mitwirkung des Instituts für Forschung, Entwicklung und Beratung (FEB) hat schon im Prozess der Datenerhebung und der Fachgruppendifkussionen die dialogische Mitwirkung der Beteiligten genutzt⁵. Mit den Daten von 2000 erschien mit einiger Verzögerung schließlich in 2002 der gültige Landespsychiatriebericht; während die Vorarbeiten durchaus dialogisch angelegt waren, sind konkrete Handlungsschritte zur Verwirklichung des Dialogs nun aus dem Bericht abzuleiten und einzufordern.

Die Gegenwart

Im Folgenden listen wir eine Reihe von Initiativen und Projekten auf, die in Thüringen dialogisch inspiriert waren bzw. sind. Von 1997 bis 2000 arbei-

3 Aus den »Motzener Thesen«, einer Resolution der TeilnehmerInnen einer Fachtagung 1998 unter dem Titel »Zehn Jahre Psychiatriereform in den Neuen Bundesländern«, s. GIESE, E.: *Starker Impuls zum Dialog*. In: *Soziale Psychiatrie* 24 (2000), Heft 1, S. 24.

4 Psychiatrieplan des Landes Thüringen 1994

5 Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit: 2. Bericht zur Situation und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Freistaat Thüringen, 2002

tete die »Koordinierungsstelle Weiterbildung in Thüringen im Bereich Psychiatrie« mit Unterstützung des Thüringer Sozialministeriums, der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege und des Europäischen Sozialfonds. Die beim PARITÄTischen Bildungswerk Landesverband Thüringen (PBW) angesiedelte Projektstelle wurde von einem dialogisch besetzten Beirat begleitet. In die zu erarbeitenden Curricula und in die praktische Arbeit in den Fort- und Weiterbildungen flossen die Anregungen und Hinweise der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen ein. In diesem Rahmen wurden verschiedene Netzwerke aktiviert, die nach wie vor wirksam sind.

Mehr und mehr werden Fort- und Weiterbildungsangebote des PBW so geplant, dass sie sowohl psychiatrieerfahrene Menschen als auch Angehörige ansprechen. Wir konnten vielfältige Erfahrungen machen, wie belebend der TeilnehmerInnen-Mix wirkt. Ergebnisse dieser Projektarbeit sind zum Beispiel ein landesweit publiziertes Angebot an Fort- und Weiterbildungen und der Psychiatriewegweiser Thüringen.

Die seitdem jährlich stattfindende Fachtagung des LIGA-Arbeitskreises Psychiatrie greift ein jeweils aktuelles Thema⁶ auf und bearbeitet es dialogisch.

Bereits Anfang der 90er Jahre wurde der bis heute sehr aktive »Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V.« gegründet. Eine breite Struktur von Angehörigengruppen ist seitdem entstanden, die vom Landesverband unterstützt wird. Regelmäßige Seminarangebote und Tagungen werden gut genutzt. Der Landesverband ist starker Partner in den verschiedenen Landesgremien, wie z.B. dem Landespsychiatriebeirat, dem LIGA-Arbeitskreis Psychiatrie und der Besuchskommission des Landes. Bis

6 Themen der im Regelfall stark besuchten Veranstaltungen der letzten Jahre waren: »Ambulant vor stationär vor ambulant?!? Wohin treibt die Thüringer Psychiatrie?«, »Enthospitalisierung, Umhospitalisierung, De-Institutionalisierung – Eine kritische Auseinandersetzung mit Lebens- und Wohnformen psychisch kranker Menschen«, »Personenzentrierte Hilfen in der Psychiatrie – eine praxisorientierte Sichtweise«, »Psychiatrie zwischen Gestern und Morgen – Bilanz und Perspektiven für die Thüringer Psychiatrieplanung«, »Ich habe Recht. Oder: Wir sind ein Team. Zur Abgrenzung der Leistungen im Betreuungsrecht und der Leistungen der Betreuung in der Eingliederungshilfe (BSHG)«.

Diese Veranstaltungen stehen für eine gut entwickelte sozialpsychiatrische Tagungskultur, die – oft unter Mitwirkung auswärtiger ExpertInnen – der psychiatrischen Praxis im Lande durchaus vorherauseilen. Gespannt sind wir auf den Verlauf und die Ergebnisse der diesjährigen LIGA-Fachtagung zum Thema Beschwerdemanagement. Das Veranstaltungsprogramm spiegelt die dialogische Form der Vorbereitung.

vor kurzem wirkte die Vorsitzende auch aktiv im Bundesverband der Angehörigen mit.

Im Jahr 2000 gründete sich der Thüringer Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e.V. Die Initiative übernahmen engagierte Menschen aus Jena und Erfurt. Trotz der großen Resonanz, die sie spontan fanden, verteilt sich die Arbeit nach wie vor auf ganz wenige Schultern – die Gefahr der Überlastung ist für die Aktiven groß. Dennoch ist der Verband mittlerweile im Landespsychiatriebeirat, im LIGA-Arbeitskreis Psychiatrie und in den Fachgruppen des PARITÄTischen vertreten. Seit kurzem nimmt eine Vertreterin – allerdings noch im Gaststatus – an der Besuchskommission nach dem PsychKG teil. Schwerpunkt der Arbeit des Verbandes ist neben der politischen Arbeit im Land die Unterstützung von Selbsthilfegruppen von Menschen mit psychischen Störungen. Eigene Seminar- und Tagungsangebote treffen den Bedarf der Mitglieder und interessierter Gäste. Auch das Engagement im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener ist wichtig.

Das Engagement der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen im Rahmen der Landesgremien spiegelt durchaus nicht die Situation in den einzelnen Regionen Thüringens. Ein Projekt (Förderung über das Deutsche Hilfswerk und das Landesministerium) mit Namen »TRIALOG« sollte daher in 2000/2001 zwei Thüringer Regionen unterstützen, entsprechende Strukturen aufzubauen. Ausgewählt wurden dazu der Landkreis Gotha und die Landeshauptstadt Erfurt, um strukturelle Unterschiede deutlich zu machen und verschiedene Wege zur Entwicklung beschreiben zu können.

Aktuell zeigt unsere für diesen Beitrag durchgeführte Erhebung bei Trägern und Sozialpsychiatrischen Diensten den Stand des Trialogs in Thüringen (17 von 23 Kreisfreien Städten und Landkreisen beteiligten sich) folgendes Bild:

- Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige werden im Rahmen der individuellen Hilfeplanung und der Gremienarbeit in die regionale Arbeit einbezogen. Genannt wurde die Beteiligung an der PSAG und an Arbeitskreisen. Die Konzeptentwicklung spielt mit drei Nennungen bisher nur eine untergeordnete Rolle. In neun PSAG nehmen die Psychiatrie-Erfahrenen immer bzw. häufig teil, in sechs Kreisen/Städten nie. Angehörige nutzen die PSAG in drei Kreisen/Städten immer, in vierzehn Fällen jedoch selten oder nie. Wichtig für eine Bewertung der Zahlen ist zu wissen, wie häufig PSAG-Beratungen stattfinden. Die Spannbreite liegt hier zwischen zweimal jährlich bis monatlich. In einem Landkreis fanden seit 2000 überhaupt keine Beratungen statt. Ergänzt werden die »offiziellen« PSAG-Sitzungen in einigen Regionen durch Arbeitskreise, die sich mit spezifischen Fragen be-

schäftigen. So gibt es zum Beispiel in Erfurt neben der Arbeitsgruppe Allgemeinpsychiatrie die AG Sucht und Gerontopsychiatrie.

- Psychosegespräche finden bisher nur in Altenburg und in Erfurt statt. Im südthüringer Raum werden die Angebote in Coburg genutzt. Die Organisation und Moderation sind unterschiedlich geregelt. Monatliche Psychosegespräche finden in Erfurt als offene Gesprächsrunde statt. Der TeilnehmerInnen-Kreis (20-40) setzt sich in der Mehrzahl aus Psychiatrie-Erfahrenen und Profis zusammen, die zum Teil aus den umliegenden Landkreisen anreisen. Angehörige nehmen bisher eher selten teil. Moderiert werden die Gespräche durch die Mitglieder der Vorbereitungsgruppe. Als Veranstalter treten die Volkshochschule und die Fachhochschule Erfurt auf.

In Altenburg organisiert die Klinik für Psychiatrie das Psychosegespräch. Auch hier nehmen weniger Angehörige als Psychiatrie-Erfahrene und Profis teil.

In einigen Regionen werden gemeinsame Veranstaltungen durchgeführt, die trialogisch ausgerichtet sind. Hier wurden in erster Linie Fortbildungen genannt. In der Mehrzahl wird die Moderation jedoch von Profis übernommen. Nur zwei der genannten Beispiele finden im öffentlichen Raum statt.

- Patientenfürsprecher sind nur in drei Regionen bekannt.
- Die Stadt Erfurt hat sich unter Beteiligung des Projektes »TRIALOG« als Kernthema der Fortschreibung des Psychiatrie- und Suchtberichtes den Trialog auf die Fahnen geschrieben. Vielfältige Initiativen sind während dieser Arbeit entstanden. Beispielhaft sei an dieser Stelle der Psychiatrie-Stammtisch genannt. Er dient als Gesprächsforum, in dem Fachthemen zunächst aus fachlicher Sicht diskutiert werden können, um sie dann mit Unterstützung der PSAG in die konkrete Umsetzung zu bringen. In dieser Runde bringen sich auch die Angehörigen sehr intensiv ein.

Anti-Stigma-Projekte

Seit einigen Jahren wird auch im Raum Erfurt das Thema Psychiatrie und Öffentlichkeit unter Beteiligung von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen vorangetrieben.

- Eine große Veranstaltung im Juni 2001 versammelte rund 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den neuen Bundesländern zu einem Anti-Stigma-Tag⁷ in der Fachhochschule Erfurt. Hierbei wurden differenzierte Erhebungen zur Einstellung der Erfurter Stadt-Öffentlichkeit gegenüber psychisch Kranken und ein themenbezogenes Video-Clip vorgestellt. Studentische Aktivitäten im Rahmen eines Schul-Präventions-Projektes wurden dargelegt; eine dialogische Podiumsdiskussion mit ExpertInnen der Thüringer Psychiatrie und der Leipziger Journalistin Dr. Manuela Richter-Werling sollte das Anliegen der Anti-Stigma-Arbeit einer breiteren »Fach-öffentlichkeit« nahebringen.⁸
- In enger Zusammenarbeit mit der PSAG des Landkreises Gotha führte das PARITÄTische Bildungswerk mit finanzieller Unterstützung durch das Thüringer Kultusministerium im März 2002 das Schulprojekt »Spinnst du – was heißt hier eigentlich normal?« an der Regelschule Georgenthal durch. 40 SchülerInnen arbeiteten und diskutierten mit psychiatriee erfahrenen Menschen und Profis eine Woche lang, besuchten psychiatrische Einrichtungen und bearbeiteten die Thematik mit kreativen Methoden.⁹ Das Projekt wurde wenig später in zwei Foren auf der Erfurter Jugendmesse »Yomo« ca. 300 SchülerInnen und LehrerInnen vorgestellt.
- Im Juni und Dezember 2003 wurde jeweils in Kooperation der Fachhochschule Erfurt und dem Landesfilmdienst eine Psychiatrie-Filmwoche mit Erfurter Schulklassen veranstaltet. Gezeigt wurden Ausschnitte aus dem Film »Ich bin schizophran, aber nicht verrückt« sowie Teile einer Fernsehdokumentation aus der Hamburger Jugend-Psychiatrie. Nach den Filmen sprachen die SchülerInnen in Kleingruppen über ihren eigenen Umgang mit seelischen Krisen und erhielten im Abschlussplenum von Psychiatrie-Experten und Psychiatrie-Erfahrenen Antworten auf ihre Fragen. Nicht zuletzt durch den Amoklauf am Erfurter Gutenberg-Gymnasium ist die Bereitschaft, sich mit diesem Themen zu beschäftigen, an Erfurter Schulen gestiegen, ebenso die Bereitschaft der zuständigen Landesministerien.¹⁰

7 Die Konferenz »Psychiatrie und Öffentlichkeit«, unveröffentlichte Dokumentation, Erfurt 2001

8 Die vielfältigen Aktivitäten der Leipziger Initiative »Irrsinnig Menschlich e.V.« können an dieser Stelle leider nicht angemessen gewürdigt werden, auf den besonders gelungenen Film »Ich bin schizophran, aber nicht verrückt«, der hier entstand, soll aber ausdrücklich hingewiesen werden.

9 REINHARDT, C.: *Weiterbildung in Thüringen im psychiatrischen Bereich*. Abschlussbericht. Neudietendorf, 2000 sowie REINHARDT, C.: »Spinnst du – was heißt hier eigentlich normal?« Projektbericht. Neudietendorf, 2002

- Anfang Juli fand ein Projekttag zum Thema »Seelische Gesundheit – Seelische Erkrankungen« beim PARITÄTischen Bildungswerk in Neudietendorf statt, bei dem sich ca. 40 SchülerInnen und ihre LehrerInnen zur Projektarbeit »Spinnst du?...« und zu konkreten Fragen im Kontext psychischer Erkrankungen informieren konnten.

Wird der Dialog in Thüringen Wirklichkeit?

An dieser Stelle könnte eine Einschätzung durch die Psychiatrie-Erfahrenen stehen. Für uns Profis steht fest, dass die Teilnahme einiger Psychiatrie-Erfahrener in Gremien der städtischen oder Landespsychiatrieplanung allein keineswegs die Verwirklichung des psychiatrischen Dialogs im Alltag bedeutet. Theoretisch-praktische Grundlage des Dialogs ist ein ganzheitliches Verständnis insbesondere der Psychosen. Der Weg dorthin ist schwierig und auch von lokalen (personellen) Gegebenheiten abhängig. Es setzt das Aufeinander-Zugehen aus allen drei Richtungen voraus. Vorbehalte auf allen Seiten müssen aufgelöst und durch ein wertschätzendes, offenes Umgehen miteinander abgelöst werden. Gemeinsames Miteinander-Arbeiten, zum Beispiel im Rahmen von Psychosegesprächen oder Fortbildungen, bietet hierzu einen geeigneten Rahmen.

Die Einstellung der Thüringer Gesellschaft zu seelischen Problemen zu verändern; Neugier statt Ablehnung; Unterstützung statt Abwendung zu wecken, ist ein langfristiges Anliegen, das – so zeigen auch nachdrücklich unsere Erfahrungen mit SchülerInnen – immer neu zu beleben ist. Nicht überall, wo Dialog draufsteht, ist auch der gleichberechtigte Austausch von Erfahrungen garantiert.¹¹ Die Erwartungen und Bewertungen der erreichten Stadien sind und bleiben durchaus kontrovers. Wo der Dialog gelingt, gewinnt die Psychiatrie an Lebendigkeit und Lebensqualität für alle Beteiligten.

10 »Ist es normal verschieden zu sein?« Bericht über eine Psychiatrie-Filmwoche mit Erfurter SchülerInnen (in Vorbereitung)

11 Ruth Fricke warnt u.a. in ihrem Beitrag in diesem Band vor einem regelrechten Etikettenschwindel und nennt sechs Qualitätskriterien für den Dialog, die nach unserer Einschätzung zielführend sind, s.S. 78/79.

Fritz Bremer

Vom Selbsthilfeverein zur Institution – Vom Psychoseseminar zur dialogischen Praxis

1981 wurde der Verein »Brücke Neumünster e. V.« von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern psychiatrischer Kliniken, von psychiatriee erfahrenen Menschen (»Betroffenen«, wie wir damals sagten), von Angehörigen und engagierten Bürgerinnen und Bürgern gegründet. Die Vereins- und Vorstandssitzungen der ersten Jahre waren dialogische Veranstaltungen – auch wenn wir das zu dieser Zeit nicht so nannten und die spätere Idee der Psychoseseminare noch nicht in Sicht war. Tatsächlich ging es in den damaligen Sitzungen auch nicht um ein gemeinsames besseres Verstehen des Psychoseerlebens. Es ging – dialogisch – um den gemeinsamen Einsatz für sozial- und psychiatriepolitische Ziele, um die Durchsetzung und Entwicklung gemeindenaher, sozialpsychiatrisch orientierter Betreuungsmöglichkeiten für psychisch erkrankte Menschen in der Stadt.

Inzwischen sind die Einrichtungen der »Brücke« ein mittragender Bestandteil des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in Neumünster, mitverantwortlich für die Betreuung, Begleitung, Beratung von 450-500 Menschen in psychischen Krisen und Erkrankungen pro Jahr.

Die unterschiedlichen und unterschiedlich finanzierten Arbeitsbereiche, die dies in die Tat umsetzen, seien hier nur überblicksartig genannt:

Der Ambulanter Dienst mit Begegnungsstätte, die Tagesstätte, die Betreuten Wohngruppen, das Übergangwohnheim u. a. mit einem Betreuungsangebot für Menschen mit einer Sucht- und Psychoseerkrankung, das ambulant betreute Wohnen, der Fachdienst Arbeit sowie die Besonderen Arbeitsprojekte (Tischlerei, Hauswirtschaft mit Kantinenbetrieb, Druckerei, Satzbereich, Paranus Verlag, Fahrradwerkstatt mit Fahrradladen) und die Werkstatt für psychisch behinderte Menschen (WfpbM) mit Siebdruckerei, Näherei, Stickerei und Buchbinderei.

Das vorrangige Ziel zur Zeit der Vereinsgründung war es, für die Entwicklung solcher Einrichtungen zu arbeiten, um im Verbund mit den psychiatrischen Kliniken der Stadt, den niedergelassenen Fachärzten und dem Sozialpsychiatrischen Dienst am Gesundheitsamt eine ausreichende, alltagsorientierte gemeindenahere Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu realisieren. Die langen Reisen zum damaligen Landeskrankenhaus in Heiligenhafen wurden für viele »Betroffene« und viele Angehörige seltener. Es gab eine große Übereinstimmung in den Zielen und Motiven bei den Angehörigen, den »Betroffenen« und den ersten Mitarbeitern. Vor allem im Ambulanten Dienst mit Begegnungsstätte erlebten wir in den ersten Jahren ab 1983 eine bewegende solidarische Atmosphäre und wirklich gemeinsame Arbeit. In dieser Atmosphäre entstand zum Beispiel 1984 die Idee zur »trialogisch« angelegten Zeitschrift »Brückenschlag«, die später (1990) zur Gründung des Paranus Verlages führte.

Der Prozess der zunehmenden Institutionalisierung stellte uns vor neue Fragen. Im Zuge der Umsetzung des § 93 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) wurden wir spätestens seit Mitte der 90er Jahre mit einer Qualitätsmanagementdebatte konfrontiert, die uns in Erstaunen versetzte. Der Qualitätsbegriff, die Managementverfahren, das quantifizierende Denken, das alles stand völlig quer zu dem, was wir in den ersten Jahren der Aufbauphase erlebt, erfahren, erarbeitet hatten.

In dieser Debatte brachte uns der Doppelsinn des Begriffes »Qualität« in eine zunehmend verwirrende Lage. So scheinen sich die ökonomisch-instrumentelle und die philosophisch-kommunikative Bedeutung von »Qualität« diametral entgegenzustehen: Auf der einen Seite liegt der Schwerpunkt des Interesses bei Preisvergleich und Wettbewerb, auf der anderen bei Menschenbild, Beziehung, Begegnung.

Die Organisation des Psychoseminars, die Beteiligung von Angehörigen und »Betroffenen« in der Besuchskommission, in den Gremien des Verbundes, die Einrichtung eines Werkstattbeirates – das lag uns nah und hatte nach unserer Auffassung mit Qualität zu tun. Aber die Qualitätsdebatte im Zeichen beginnender Sparzwänge wirkte von Anfang an wie ein ideologisch verpackter Angriff auf das Wesen, auf die eigentliche Qualität der Arbeit.

In dieser Lage, die von vielen, auch von mir, als bedrängend erlebt wurde, entwickelte sich – sozusagen aus der Erfahrung mit der kommunikativen, interaktiven, existenziellen Bedeutung der Arbeit heraus – die Notwendigkeit, einen angemessenen Begriff von Qualität zu finden.

Im Herbst 2001 formulierten wir unsere Qualitätsleitlinie: »Qualitätsent-

wicklung wird in den Einrichtungen der Brücke Neumünster gGmbH zum einen verstanden als Prozess der Demokratisierung der Betreuungssituation im Interesse der Entwicklung von Selbstwertgefühl und Autonomie der Nutzerinnen und Nutzer. Wir gehen davon aus, dass in den traditionellen psychiatrischen Einrichtungen auf der Grundlage der Regeln der totalen Institution eine paternalistische Praxis von Beziehungen zwischen Betreuten und Betreuern vorherrschend war. Wenn sozialpsychiatrische gemeindenahere Versorgung ihre Ziele wirklich einlösen will, dann geht es nun um die bewusste Umsetzung demokratischer, transparenter, wertschätzender Beziehungen in Betreuungsverhältnissen.

Das zweite gleichrangige und für die Verwirklichung gemeindenaher Versorgung ebenfalls zentrale Ziel ist die Entwicklung und Gewährleistung von Zuverlässigkeit, guter Erreichbarkeit, Kontinuität, Lebensnähe und verständnisvoller Subjektorientierung der Angebote, bzw. der Arbeitsweise in unseren Einrichtungen.«

Im Herbst 2001 begannen wir mit der Umsetzung, mit der Entwicklung von Qualität im Sinne der Entwicklung von Mitwirkung. Nur unter Mitwirkung der betroffenen Menschen selbst kann sich herausstellen, welche Qualitätsanforderung an unsere Arbeit zu stellen ist.

Hier einige Arbeitsfelder und Themen:

Entwicklung von Gremien der Mitwirkung

1. In allen Einrichtungen der »Brücke Neumünster« wurde die Wahl von *Sprechern bzw. Beiräten der Nutzerinnen und Nutzer* initiiert. In allen Einrichtungen wurde diese Anregung verknüpft mit der Information über die Auswertung einer NutzerInnenbefragung und verbunden mit den ersten Gesprächen über Verbesserungswünsche und -vorschläge. In allen Einrichtungen wurden inzwischen Sprecher/Beiräte gewählt. Seither finden ca. alle sechs Wochen Sprechertreffen der Nutzerinnen und Nutzer statt. Beim zweiten Treffen wurden ein Delegierter und zwei Stellvertreterinnen für den Qualitätszirkel (siehe weiter unten) gewählt. Ganz allmählich erkennen die TeilnehmerInnen im Treffen der Beiräte und Sprecher der NutzerInnen die Notwendigkeit und die Möglichkeiten der Entwicklung von Mitwirkung. Die Gespräche darüber haben Austausch und Atmosphäre in einigen Einrichtungen spürbar belebt.
2. Seit 16 Jahren gibt es die *Angehörigengruppe* in der »Brücke Neumünster«. Rund um einen sehr beständigen Teilnehmerkern besteht sie aus 15

bis 20 auch wechselnden TeilnehmerInnen. In der Gruppe wurde die Möglichkeit der Mitwirkung im Qualitätszirkel begrüßt. Ein Delegierter wurde gewählt, der seither regelmäßig teilnimmt und die Diskussion im Qualitätszirkel bereichert.

3. Der *Qualitätszirkel* tagt regelmäßig alle sechs Wochen. Er ist das steuernde Element der Qualitätsentwicklung. Er setzt sich zusammen aus den Delegierten der NutzerInnen, der Angehörigen, einem Delegierten der handwerklichen MitarbeiterInnen, je einem Delegierten der verschiedenen Einrichtungen, einem Delegierten des Betriebsrates und den beiden Geschäftsführern.

Bisherige Themen:

- Klärung der Arbeitsweise und der Funktion des Qualitätszirkels in der Arbeit und im Aufbau der »Brücke«
- Auswertung und konkreter Umgang mit den Ergebnissen der NutzerInnenbefragung
- Umgang mit den Ergebnissen der MitarbeiterInnenbefragung
- Einführung einer Basisdokumentation in Papierform
- Planung der Einrichtung eines »Brücke«-internen Beschwerdewesens
- Wie finden wir eine gemeinsame Sprache?
- Infragestellung der traditionellen Rollen und Rollenbilder von MitarbeiterInnen und Betroffenen/NutzerInnen

(entnommen einem Arbeitspapier von Rainer Holsten/Fritz Bremer).

Beispielhaft möchte ich zwei weitere Arbeitsfelder kurz beschreiben:

Mitwirkungsmöglichkeiten in der Einrichtung, in der Betreuungssituation

In den unterschiedlichen Betreuungssituationen, zum Beispiel im Wohnheim, in den Wohngruppen, in den Arbeits- und Beschäftigungsprojekten arbeiten wir an der Entwicklung bzw. Intensivierung folgender Möglichkeiten:

- Beteiligungsformen bei der Erarbeitung der Entwicklungsberichte
- Intensivierung der Ziel- oder Hilfeplangespräche mit den NutzerInnen
- Überprüfung und Verbesserung der Informationsvermittlung bei Bewerbung und Aufnahme (Info-Blatt über Aufnahmeverfahren, Aufnahmevoraussetzungen, Antragsverfahren)
- soweit noch nicht geschehen, weitere Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zum Mitwirkungsrecht in der Werkstatt für psychisch behinderte Menschen und im Übergangwohnheim
- Unterstützung eigener Initiativen der NutzerInnen.

Psychoseseminar

Wir arbeiten an einer inhaltlichen und methodischen Weiterentwicklung des Seminars. Dabei sind uns die Weiterentwicklung themenbezogener Trialoggespräche und die Stärkung der psychiatriee erfahrenen Menschen und der Angehörigen besonders wichtig.

Bei der Vorbereitung der Psychosese minare sollen die Themen, die zur Stärkung der NutzerInneninteressen und der Mitwirkungsmöglichkeiten beitragen können, besonders beachtet werden. Die inhaltliche und methodische Planung der Seminarsitzungen soll die zentrale Bedeutung der Erfahrungsberichte betonen. Psychiatriee erfahrene Menschen und Angehörige sollen vorzugsweise als ReferentInnen zu Themen eingeladen, ermutigt und gehört werden.

Inzwischen ging aus der Vorbereitungsgruppe des Psychosese minars eine trialogische Arbeitsgruppe »Behandlungsvereinbarung und Krisenpass« hervor. Jetzt gibt es seit einigen Monaten in Neumünster einen Krisenpass. Die Arbeitsgruppe wird Erfahrungen mit dem Krisenpass auswerten.

Ebenfalls aus der Vorbereitungsgruppe des Psychosese minars entstand eine trialogisch besetzte Gruppe zur gemeinsamen Vorbereitung von Veranstaltungen. In Zusammenarbeit mit anderen Trägern und der Volkshochschule Neumünster sind bereits sechs Veranstaltungen geplant.

*

Um das hier abstrakt Zusammengefasste zu illustrieren und um ein möglichst authentisches und lebendiges Bild von der Mitwirkungsarbeit zu vermitteln, möchte ich nun Auszüge aus Stellungnahmen einiger Beteiligter, Auszüge aus Protokollen und Redebeiträgen vorstellen.

Aus einem Besprechungs-Protokoll des Begegnungsstättenbeirates mit den Mitarbeitern vom 15. April 2003:

»zu Punkt 7: Die Bemühungen der Mitarbeiter des Ambulanten Dienstes, trotz der Finanzknappheit in Zusammenarbeit mit der Freiwilligenagentur Neumünster weitere Gruppenangebote anzubieten, haben Früchte getragen: Es gibt mittlerweile die AG-Singen und die Kreativwerkstatt. Weiter Angebote sind in Planung.

Vom Beirat wird Kritik an dem Sprechertreffen der NutzerInnen geäußert: ›Ich weiß gar nicht, was ich da soll!‹ Inhalte und Sprache seien zu kompliziert, es gäbe keine persönliche Ansprache... Der Beirat wird diese Kritik ansprechen.«

Die Beiräte der Begegnungsstätte trugen die Kritik beim folgenden Sprechertreffen vor. Das anschließende Gespräch hatte zwei Ergebnisse:

1. Alle TeilnehmerInnen haben den Wunsch, in der Runde Zeit zu haben, um von sich und den Erfahrungen in der jeweiligen Einrichtung zu erzählen.
2. Die SprecherInnen der Einrichtungen möchten reihum zum Sprechertreffen einladen, so dass die Räume vertrauter werden und jeder Gastgeber sein kann.

Erika Lorek, Beirätin in der Begegnungsstätte – Auszug aus ihrer Stellungnahme beim »Forum Qualität« (DPWV), November 2002:

»Zu meiner Person möchte ich sagen, dass ich als schüchterne, depressive und zurückhaltende Besucherin vor ca. fünf Jahren in die Begegnungsstätte gekommen bin und mich durch die Hilfe der Mitarbeiter erheblich befreit habe und mittlerweile ohne die Vielzahl der damaligen Ängste sprechen und vertrauensvoll mitreden kann. Seit etwa einem Jahr bin ich gewählte erste Vorsitzende des damals neuen Begegnungsstättenbeirates. Dieser setzt sich aus drei BesucherInnen zusammen und tagt regelmäßig, mindestens einmal im Monat, mit Mitarbeitern und bespricht mit Hilfe einer Tagesordnung verschiedene Themen. Zum Beispiel: Ausflugswünsche, zwischenmenschliche Probleme unter den BesucherInnen, gemeinsame Bemühungen der Verbesserung der Hilfsangebote, Vorbereitung der Begegnungsstättenvollversammlung u.v.a.m.

Durch die Einrichtung des Beirates werden unsere Anliegen noch besser berücksichtigt und das Gefühl der Anerkennung gestärkt.«

Frau Haupt/Herr Lettner, Delegierte der Angehörigengruppe – Auszug aus ihrer Ansprache zum Jubiläum in der Begegnungsstätte, Mai 2003:

»Wir sind nicht nur innerhalb der Brücke, sondern auch außerhalb der Einrichtung aktiv. Wir sind mit Teilnehmern beteiligt an folgenden Gremien:

1. Arbeitskreis gemeindenaher Psychiatrie
2. Arbeitsgruppe Kinder und Jugendliche
3. Arbeitsgruppe allgemeine Psychiatrie
4. Qualitätszirkel der Brücke
5. Vorbereitungsgruppe des Psychoseminars
6. Landesverein der Beschwerdestellen
7. Besuchskommission im Friedrich-Ebert-Krankenhaus

Außerdem sind wir an dem Anhörungsverfahren zum Neubau des Friedrich-Ebert-Krankenhaus beteiligt.

So hat sich die Angehörigengruppe von einer Gesprächsgruppe auch zu einer Instanz entwickelt, die vielerorts beteiligt ist und Mitspracherechte eingefordert hat.

Eine Entwicklung, die zu begrüßen, aber noch nicht am Ende ist. (...)

Ich wünsche im Namen unserer Gruppe, dass diese Einrichtung möglichst wie bisher erhalten bleibt und die Angebote für Angehörige trotz der geringen Finanzspielräume der öffentlichen Hand bestehen bleiben und noch ausgebaut werden können.«

Erika Lorek/Uschi Kühn, Beirätinnen der Begegnungsstätte – Auszug aus ihrer Ansprache zum Jubiläum, Mai 2003:

»Nicht nur der Ambulante Dienst mit seiner Begegnungsstätte feiert Jubiläum, nein, auch einige Besucherinnen und Besucher! Unter uns sind Betroffene oder Nutzer, die von Anbeginn der Begegnungsstätte dabei sind. Einige hatten die Wände der Begegnungsstätte mit gestrichen, einige sind sogar Gründungsmitglieder der Brücke. Einige wären vermutlich ihr Leben lang Krankenhauspatienten geblieben, wenn es nicht die Brücke mit dem Ambulanten Dienst und der Begegnungsstätte gäbe.

So ist für uns die Begegnungsstätte mehr als ein Raum: sie ist eine wichtige Möglichkeit, um ein lebenswertes Leben führen zu können, ein Weg heraus aus der Vereinsamung.«

Anja Musculus-Viehöfer, Mitarbeiterin im Ambulanten Dienst – Auszug aus ihrem Mitwirkungserfahrungsbericht, Februar 2003:

»Wichtig ist es meines Erachtens, darauf zu achten, dass bei den BesucherInnen nicht der Eindruck entsteht, Mitwirkung sei eher eine Alibi-Veranstaltung, da viele Wünsche und Verbesserungsvorschläge aus Kostengründen sowieso nicht umgesetzt werden können.

Eine wichtige Aufgabe des Beirats war zum Beispiel die Umfrage in der Begegnungsstätte zur Planung des Neubaus im Friedrich-Ebert-Krankenhaus. Hier wurden viele gute Ideen, Anregungen und Wünsche zusammengetragen und der Klinikleitung übergeben. Eine später folgende Anhörung in der Klinik zu diesem Thema, an der der Beirat teilnahm, wurde von diesem sehr positiv wahrgenommen. (...)

Ich sehe Mitwirkung als einen Prozess der Sensibilisierung und Demokratisierung, als Chance, verinnerlichte Macht- und Ohnmachtstrukturen bei allen aufzubrechen. Es ist notwendig, als MitarbeiterIn Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene kontinuierlich und ausführlich zu informieren und größt mögliche Transparenz herzustellen. Ebenso ist es erforderlich, Einflussmög-

lichkeiten, aber auch deren Grenzen aufzuzeigen, immer wieder zur Mitwirkung zu ermuntern und diese als einen Prozess darzustellen.«

Ralf Witte, Mitarbeiter im Ambulanten Dienst – Auszug aus seinem Erfahrungsbericht »Entwicklung des Trialogs«, Februar 2003:

»Insgesamt wird die Institution ›Beirat‹ von mir sehr positiv bewertet. Andererseits stößt der Mitarbeiter seinerseits immer wieder an bestimmte Grenzen in der Zusammenarbeit mit dem Beirat.

Beispiel 1 Schweigepflicht: Eine Beirätin hat einen zwischenmenschlichen Konflikt mit einer anderen Besucherin, dieser Konflikt kann trotz intensiver Bemühungen seitens des Beirates und der Mitarbeiter nicht beigelegt werden. Die Beirätin macht diesen Konflikt häufig zum Thema während der Beiratsitzung. Uns Mitarbeitern ist bewusst, dass in diesem Fall eine Konfliktlösung eng mit der psychischen Situation und Vorgeschichte einer Konfliktpartei verknüpft wäre. An dieser Stelle setzt die Schweigepflicht ein. Unter Umständen kann dies als mangelndes Vertrauen gegenüber dem Beirat missverstanden werden.

Beispiel 2: Es werden bestimmte Neuerungen, Anschaffungen, Feste, Ausflüge, Ferienzeit etc. gewünscht, die vom Beirat vorgebracht und vom Kern her mitarbeiterseits unterstützt werden. Schnell aber geraten wir hier an unsere finanziellen Grenzen. (...)«

Sylvia Kohlbecher, ehemalige Teilnehmerin im Arbeitsprojekt drei-satz, zum Thema Mitwirkung in der »Brücke Neumünster«, Februar 2003:

»Das erste Mal von dem Begriff ›Mitwirkung‹ habe ich im Arbeitsprojekt der Brücke gehört. Es gab vor ca. eineinhalb Jahren eine so genannte ›Benchmarking-Befragung‹, in der jeder Klient anonym nach seiner Meinung über die Einrichtung, in der er arbeitete, befragt wurde. Kurz darauf wählten wir bei uns im Bereich Druck, Satz und Paranus Verlag der Brücke einen ›Klientensprecher‹ und seinen Stellvertreter. Zu dem Zeitpunkt verstand ich noch nicht so ganz, was das eigentlich bringen sollte. Unser Klientensprecher sollte ›bei Problemen mit Mitarbeitern für uns da sein‹ und ›uns zur Seite stehen‹. Die Aufgaben waren noch nicht fest umrissen, auch unser Gewählter wusste nicht genau, was dieser Posten bedeutet.

Mittlerweile bin ich zu seiner Nachfolgerin gewählt worden und mir ist ziemlich klar, worin meine Aufgaben bestehen und dass eine Einrichtung wie unsere eine(n) Klientensprecher(in) braucht. Wir dürfen uns im Namen der Klienten um die Umsetzung ihrer Vorschläge kümmern und ihre Probleme mit den Mitarbeitern an deren Vorgesetzten herantragen. Das Amt ist ein Teil

der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in unserer Einrichtung, so dass indirekt alle Klienten mitwirken können, wenn sie wollen.

Trotzdem ist das alles nicht so einfach, wie es sich anhört. Genau genommen ist das Thema Mitwirkung ein schwieriges Feld, auf das sich unsere Einrichtung mutig begeben hat, denn man muss ganz klar sagen, dass sich nicht von heute auf morgen alles verändert und dass die Mitwirkung ein hartes Stück Arbeit ist, wo jeder mitmachen muss.

Viele Klienten denken aufgrund ihrer schlechten Erfahrungen ›Meine Meinung zählt ja doch nicht‹ oder ›Was bringt das alles denn? Bis sich etwas ändert, dauert es ja viel zu lange‹ oder vielleicht ›Die Mitarbeiter stehen und entscheiden sowieso über uns, ohne unsere Meinung zu hören, und nehmen uns nicht ernst.‹ Das ist das Problem.

Denn das Erste, was man oftmals als psychisch kranker Mensch im Krankenhaus erfährt, sind Zwangsmaßnahmen und Entwertung der eigenen Person. Das setzt sich nicht selten im persönlichen Umfeld fort, vor allem bei einer psychischen Ersterkrankung. Und gerade diese Ausgrenzung, die sehr viele psychisch Kranke erfahren, macht die Mitwirkung so schwierig und zu einem hohen Ziel.

Um alle zur Mitwirkung zu bewegen, muss sich viel in den Köpfen der Mitarbeiter ändern, aber auch in den Köpfen der Klienten. Die Hierarchie als solche muss ein Stück weit aufgegeben werden, die Mitarbeiter der Einrichtung müssen sich mit den Klienten auf ›Augenhöhe‹ begegnen und bereit sein, von ihnen zu lernen. Sie müssen das altbekannte Denken aufgeben, alles, was die Klienten betrifft, über deren Köpfe hinweg zu entscheiden.

Die Klienten müssen ein Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl entwickeln, das es ihnen ermöglicht, ihre Meinung frei heraus zu vertreten, und sich auch vor den Mitarbeitern/Betreuern gerade zu machen. An diesem sensiblen Punkt muss die Arbeit der Betreuer und Mitarbeiter ansetzen, damit sich die Betreuten bestärkt anstatt entmündigt fühlen.

Für mich persönlich bedeutete Mitwirkung, meine eigenen Ziele in meinem Arbeitsbereich zu verfolgen und mir meine Ziele nicht aufdiktieren zu lassen. Die Entstehung unsere Klientenzeitschrift ›Brückenbote‹ wurde von den Mitarbeitern gefördert, mein Engagement gewürdigt und mir mit Hilfe und Feedback nützlich zur Seite gestanden. Im praktischen Sinne bedeutete für mich die Mitwirkung auch, dass ich berechtigte Kritik und meine Meinung frei äußern konnte – auch über die Mitarbeiter oder Vorgesetzten, ohne Repressalien fürchten zu müssen.«

Abschließend möchte ich einige Thesen formulieren, die u.a. die Anforderungen an die weitere Arbeit skizzieren:

1. Die Entwicklung von Mitwirkung ist für alle Beteiligten ein gemeinsamer Lernprozess. Dieser Lernprozess setzt die Bereitschaft voraus, gewohnte Helfer- und Opferrollen in Frage zu stellen, Rollenverhalten zu verändern.
2. Die Mitwirkung muss fortwährend ihren Platz finden in den Strukturen und in den Arbeitsabläufen der Einrichtungen und der Gesamtorganisation, das heißt auch in der Hierarchie der Entscheidungswege. Auch die Leitung wird mit ungewohnten, widerstreitenden Interessen konfrontiert sein.
3. Die Möglichkeiten und die Wirksamkeit von Mitwirkung sind spürbar, erweisen sich in vielen alltäglichen Details, werden sich aber auch erweisen müssen, wenn es zum Beispiel um schwer wiegende Beschwerden, um evtl. notwendige Personalentscheidungen und um finanzielle Entscheidungen geht.
4. Diese Art der dialogischen Mitwirkungsentwicklung setzt Einrichtungen und Einrichtungsstrukturen voraus, deren Finanzierbarkeit zukünftig weiter gewährleistet bleiben muss und deren Arbeitsweise durch formale Anforderungen nicht überreguliert werden darf.
5. Es gilt in nicht-pädagogischer und nicht-therapeutischer Absicht Räume zu schaffen, in denen Mitwirkung, Übernahme von Verantwortung, Stärkung von Autonomie und Selbstvertrauen möglich werden.
6. Es gilt, zu dokumentieren und zu erklären, dass auf diese Weise eine Qualität entsteht, die sich ständig verändert, die den Bedürfnissen und Erwartungen der »Betroffenen« und dem Wesen unserer Arbeit entspricht.

Martina Hoffmann-Badache¹

Dialog praktisch – auch ein Thema für den überörtlichen Träger der Sozialhilfe?²

Im Rheinland stehen wir am Anfang eines tief greifenden Wandels hinsichtlich der Konzipierung und Finanzierung der Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen insgesamt.

Wegen der Komplexität des Themas möchte ich einige grundsätzliche Informationen vorwegschicken.

Der Landschaftsverband Rheinland ist der kommunale Regionalverband der 27 rheinischen Städte und Kreise. Ihm haben die Kommunen alle diejenigen Aufgaben übertragen, die besser überregional durchgeführt werden.

Das sind im sozialen Bereich:

Die Trägerschaft der Rheinischen Kliniken und Heilpädagogischen Heime, der Rheinischen Schulen für behinderte Menschen, die Aufgabe des Landesjugendamtes, die Aufgaben des Integrationsamtes zur beruflichen Integration behinderter Menschen und zur Kriegsofopferfürsorge und die Funktion des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe, wobei die beiden letzteren Aufgaben in meinen Zuständigkeitsbereich als Sozialdezernentin gehören.

Die Aufgaben des Landschaftsverbandes Rheinland werden im Wesentlichen finanziert über eine Umlage der 27 rheinischen Mitgliedsstädte und Mitgliedskreise. Kontrolliert wird unsere Arbeit durch ein Rheinisches Par-

1 An diesem Artikel haben mitgewirkt: Herr Lothar Flemming, Sozialwissenschaftler und Leiter des medizinisch psychosozialen Fachdienstes im Rheinischen Sozialamt, sowie Herr Andreas Zimmermann, Jurist und ebenfalls Mitarbeiter des medizinisch psychosozialen Fachdienstes, denen ich an dieser Stelle für ihre Unterstützung herzlich danke.

2 In diesem Beitrag wurden die im Herbst 2003 aktuellen Konzepte und Initiativen des Landschaftsverbandes Rheinland sowie Verordnungen und Gesetzesinitiativen der Bundes- und Landesregierung berücksichtigt. Jeweils aktuelle Informationen auch zur individuellen Hilfeplanung finden Sie im Internet: www.lvr.de/Soziales

lament aus 146 Kommunalpolitikern und Kommunalpolitikerinnen, die entsprechend der jeweiligen Kommunalwahlergebnisse von den Städten und Kreisen entsandt werden.

Im Jahr 2003 gibt der Landschaftsverband insgesamt ungefähr drei Milliarden 134 Millionen Euro zur Finanzierung seiner Aufgaben aus.

Davon werden allein fast zwei Milliarden Euro für die Leistungen der Sozialhilfe aufgewendet.

Eine Milliarde 384 Millionen Euro werden gebraucht zur Finanzierung der Leistungen zur Eingliederung behinderter Menschen, davon allein 700 Millionen Euro für das Leben in Wohneinrichtungen freier Träger und fast 300 Millionen Euro für Werkstätten für behinderte Menschen.

Nur ca. 20 Millionen Euro wurden bisher jährlich für Hilfen zum selbstständigen Wohnen, dem so genannte Betreuten Wohnen, aufgewendet.

Die ambulanten Hilfen sind für den überörtlichen Träger der Sozialhilfe im Mittelwert kostengünstiger als die Wohnheimplätze; zum Vergleich: im Rheinland kostete im Jahr 2002 ein Wohnheimplatz im Mittel 38.251,- Euro pro Jahr. Ambulante Hilfen zum Wohnen würden bei einem mittleren Betreuungsschlüssel zwischen 1:3 und 1:15 ca. 15.370,- Euro pro Jahr einschließlich der Hilfe zum Lebensunterhalt kosten.

Die Zahl der behinderten Menschen, die Hilfen zum Wohnen benötigen, ist in den letzten Jahren ständig gestiegen. Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge hat mitgeteilt, dass im Jahr 2002 bundesweit ca. 202.000 Menschen Hilfen zum Wohnen in Anspruch genommen haben.

Nach den Schätzungen der überörtlichen Träger der Sozialhilfe wird ihre Zahl in den kommenden Jahren bis zum Jahr 2007 um ca. 21% auf ungefähr 244.000 Menschen ansteigen.

Der damit verbundene Kostenanstieg wird bei ca. 30% liegen.

Die neue Zuständigkeit des Landschaftsverbandes Rheinland für Hilfen zum ambulant betreuten Wohnen

Fast allen Orts werden die Hilfen zum Wohnen in Wohnheimen durch die überörtlichen Träger der Sozialhilfe finanziert, während die ambulanten Hilfen zum selbstständigen Wohnen in der Regel in die Zuständigkeit der örtlichen Träger der Sozialhilfe, also der Städte und Kreise, fallen.

Diese gesetzlich geregelte getrennte Zuständigkeit hat dazu beigetragen, dass in der Vergangenheit der steigenden Nachfrage nach Hilfen zum Wohnen in der Regel das Angebot eines Wohnheimplatzes gegenüberstand. Ambulante Hilfen wurden in weitaus geringerem Maße ausgebaut als die stationären Angebote, die kommunale Haushalte entsprechend geringer belastet. Um diese ungleichgewichtige Entwicklung, die insbesondere auf dem Feld der Hilfen für geistig behinderte Menschen sehr deutlich ist, zu beenden, hat das Land Nordrhein-Westfalen entschieden, dass ab dem 1. Juli 2003 zunächst befristet auf sieben Jahre, die Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe die Zuständigkeit sowohl für die stationären Hilfen zum Wohnen als auch für die ambulanten Hilfen zum Wohnen erhalten. Ziel dieser Planung ist, dass bei einer steigenden Zahl von Menschen mit Hilfebedarf nicht mehr praktisch automatisch ein Wohnheimplatz bereitsteht, sondern dass entsprechend dem individuellen Bedarf verstärkt ambulante Hilfen gewährt werden. Der damit verbundene Ausbau der ambulanten Hilfen soll so umfassend werden, dass in der Zukunft Wohnheimplätze abgebaut werden können.

Auf diese Weise soll erreicht werden, dass die Hilfegewährung entsprechend dem individuellen Bedarf erfolgt und nicht entsprechend der vorhandenen Angebotsstruktur.

Die Weiterentwicklung der Angebote in der Region und damit die Regionalplanung soll diesem Grundsatz folgend fortgeschrieben werden.

Bei der Entscheidung des Gesetzgebers im Land Nordrhein-Westfalen geht es darum, sowohl den Kostenanstieg der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zu begrenzen als auch behinderten Menschen, die selbständig in der eigenen Wohnung allein oder gemeinsam mit anderen leben wollen, dieses in der Regel zu ermöglichen.

Um diese Zielsetzungen erreichen zu können, ist es auf der einen Seite erforderlich, dass sich die Rahmenbedingungen seitens der Leistungsträger und seitens der Leistungsanbieter umstrukturieren und vor allen Dingen auch erheblich flexibilisieren.

Auf der anderen Seite ist es aber notwendige Voraussetzung, dass der individuelle Hilfebedarf der behinderten Menschen, deren persönlichen Wünsche und Anliegen tatsächlich geklärt und transparent gemacht werden. Dies muss am Anfang aller weiteren Schritte stehen.

Aus diesem Grund wurde die personenzentrierte Hilfeplanung entwickelt.

Personenzentrierte Hilfeplanung und Trialog

Mit dem Begriff des Trialoges wird eine bestimmte Denk- und Arbeitshaltung verbunden. Unser Verständnis sei folgendermaßen formuliert:

Die Suche nach Antworten auf die Lebensfragen von psychisch erkrankten Menschen gelingt eigentlich nur dann gut, wenn sie als »Dialog von mindestens drei Beteiligten, also als Trialog« angelegt ist.

Nicht die Professionellen, nicht die Angehörigen und auch nicht die betroffenen Menschen wissen alleine genug, um Erklärungen zu finden und Lösungen zu suchen, Ziele für die Zukunft festzulegen.

Erst im Austausch der unterschiedlichen Sichtweisen gelingt es, voneinander und füreinander zu lernen und zu angemessenen Lösungen für alle Beteiligten zu gelangen.

Trialog bedeutet, dass die Beteiligten »auf Augenhöhe« ihre Erfahrungen und Sichtweisen austauschen.

Es wird dabei nicht möglich sein, weiterhin bestehende Interessengegensätze zwischen den Beteiligten aufzuheben: Zum Beispiel werden die Professionellen weiterhin in bestimmten Ausnahmesituationen auch gegen den Willen des betroffenen Menschen Behandlungsmaßnahmen ergreifen müssen. Im Trialog sind jedoch diese Interessengegensätze besser transparent und diskutierbar zu machen als in anderen Arbeitsformen.

Bei diesem Verständnis trialogischen Denkens und Handelns ergeben sich viele Parallelen zur personenzentrierten Hilfeplanung. Diese beansprucht in ähnlicher Weise, von den Bedürfnissen des behinderten Menschen ausgehend und die Erfahrungen der relevanten Personen seines Umfeldes einbeziehend, zur Formulierung von erforderlichen Hilfen zu gelangen.

Hilfeplanung ist deshalb ein sehr gut taugliches Instrument, um einen trialogischen Handlungsansatz praktisch werden zu lassen, aber: genauso wie der Trialog scheitert, wenn er als Wissensvermittlung von Experten an Laien verstanden wird, so scheitert auch die Hilfeplanung, wenn sie als Expertenäußerung über die »wirklichen« Hilfebedarfe eines behinderten Menschen angelegt ist. Positiv formuliert: Die Hilfeplanung steht und fällt genau wie der Trialog mit der integralen Einbindung aller Beteiligten »auf Augenhöhe«.

Hilfeplanung kann nur dann gelingen, wenn die Bedürfnisse, Wünsche und Fähigkeiten des behinderten Menschen im Mittelpunkt aller Überlegungen stehen.

Sie müssen in geeigneter Weise herausgefunden und deutlich gemacht werden.

Deshalb ist das trialogische Denken und Handeln für den Erfolg der personenzentrierten Hilfeplanung unerlässlich. Besonders wichtig wird die trialogische Grundhaltung und damit das Gelingen dieses Prozesses, wenn sich die Wünsche der behinderten Menschen und die Erfahrungen der Angehörigen und der Professionellen sehr unterscheiden:

Wer trifft dann die Entscheidung, in welcher Richtung es weitergeht?

Wenn es gelingt, sich auf gemeinsame Ziele, zum Beispiel für das nächste Jahr der gemeinsamen Arbeit zu verständigen, gilt es, laufend gemeinsam den Stand der Umsetzung in das praktische Alltagshandeln wieder zu überprüfen, notfalls die Richtung oder das Tempo zu ändern.

Notwendigerweise wird die Beziehung zwischen dem behinderten Menschen und der Fachkraft als seinem Gesprächspartner folgendermaßen und damit entsprechend der trialogischen Grundhaltung definiert:

Nicht die Tatsache der Behinderung und die aus ihr resultierenden Betreuungsnotwendigkeiten stehen im Vordergrund, sondern das gemeinsame, überprüfbare Handeln zum Erreichen von verabredeten Zielen. In moderner Terminologie ausgedrückt:

Vom Fürsorgeempfänger zum Auftraggeber einer Dienstleistung, vom Objekt der Hilfe zum steuernden Subjekt.

Trialogisches Denken und individuelle Hilfeplanung haben gemeinsam, dass sie viel mehr verlangen als nur eine methodische Neuorientierung. Es geht nicht nur darum, überkommene Begrifflichkeiten durch Stichworte wie Gleichbehandlung behinderter und nicht behinderter Menschen oder Kundensouveränität zu ersetzen. Dialog und individuelle Hilfeplanung stellen hohe Anforderungen an die Lern- und an die Veränderungsbereitschaft aller beteiligten Menschen wie aber auch aller beteiligten Organisationen. Und hier ist die Skepsis gegenüber dem Sinn und Zweck der personenzentrierten Hilfeplanungen und ihren Auswirkungen auf die Gestaltung von Hilfen ganz konkret:

– *Für die behinderten Menschen* ist es noch lange nicht selbstverständlich, als Experten für ihre Lebenssituation angefragt, respektiert und auch in die Verantwortung genommen zu werden. Können sie glauben, dass es den anderen Beteiligten wirklich ernst damit ist? Oder müssen sie befürchten, dass es sich bei der individuellen Hilfeplanung nur um den Versuch handelt, sie mit ihrem Schicksal allein zu lassen und ihnen die Unterstützung und den Schutz umfassender Förderangebote von Wohneinrichtungen zu versagen? Die behinderten Menschen können umgekehrt »testen« wollen, wie ernst es den anderen Beteiligten tatsächlich mit der Berücksichtigung ihrer Wünsche ist und sich dabei übernehmen.

– *Die Angehörigen* könnten ebenso kritisch sein, was die Motive des scheinbar plötzlichen Vertrauens in die Ressourcen ihrer behinderten Familienmitglieder betrifft und zurückhaltend mit ihrer Unterstützung sein. Auch sie könnten befürchten, dass es sich lediglich um einen fachlich verbrämten Weg handelt, den behinderten Familienmitgliedern fürsorgliche Unterstützung und Schutz einer Wohneinrichtung zu versagen.

Die Angehörigen werden sicherlich in vielen Fällen erst noch davon überzeugt werden müssen, dass nach Beendigung der Lebensphase in der Familie sehr gut auch die eigene Wohnung folgen kann und nicht automatisch das Heim der nächste Lebensort ist.

Wie kann man in diesem Rahmen den Angehörigen die Sorge um das Wohlergehen des psychisch erkrankten oder behinderten Familienmitgliedes in der neuen Lebenssituation außerhalb der Familien nehmen?

– *Die Professionellen* werden sich in ähnlicher Weise verunsichert sehen:

Bedeutet individuelle Hilfeplanung nunmehr, dass plötzlich die bisherige fachliche Arbeit in Frage gestellt wird? Heißt gleichberechtigter Austausch unterschiedlicher Sichtweisen, dass das fundierte fachliche Wissen über Erkrankung und Behinderung sowie deren Therapie nicht mehr von Interesse ist? Wer trifft denn nun bei diesem Vorgehen letztendlich die Entscheidung? Wie läuft es denn, wenn therapeutische Maßnahmen erforderlich sind, die die Persönlichkeitsrechte zumindest zeitweise einschränken? Wie vertragen sich Verantwortung für den Betrieb eines Heimes mit dem Wunsch- und Wahlrecht der BewohnerInnen? Und schließlich und endlich: Sind denn die Arbeitsplätze der Beschäftigten in der Zukunft noch sicher? Was passiert, wenn institutionelle Fördersysteme durch Leistungsentgelte ersetzt werden, bzw. wenn im Anschluss an die Hilfeplanung ein persönliches Budget zur Verfügung des betreffenden psychisch erkrankten oder behinderten Menschen vereinbart wird?

Trialogisches Denken und individuelle Hilfeplanung dürfen an diesen oft auch berechtigten Fragen und Verunsicherungen nicht scheitern. Vielmehr muss es darum gehen, im Hilfeplanungsprozess sich offen mit diesen Fragestellungen auseinander zu setzen und die Bearbeitung dieser Fragen und Grenzen als Teil des gemeinsamen Hilfeplanungsprozesses zu sehen.

Ganz wichtig ist es dabei, dass Trialog und individuelle Hilfeplanung nicht als reine Techniken misszuverstehen sind: Den Trialog als Gesprächsmethode, den Hilfeplan als neues Formular.

Allerdings würden solche Missverständnisse sehr schnell augenfällig werden, denn bei dem Trialog und der individuellen Hilfeplanung handelt es sich

um Denk- und Handlungsansätze, die nur dann zu Ergebnissen führen, wenn sie als respektvoller Dialog der Beteiligten mit dem Ziel gemeinsamer Lösungen praktiziert werden.

Dialog und Hilfeplanung sind selber eher technokratische, künstliche Begriffe. Sie sollen praktische Ausdrucksformen der Grundhaltung sein und werden, die die soziale Integration und persönliche Autonomie behinderter Menschen in den Mittelpunkt allen fachlichen Handelns stellen. Im Sinne dieses Paradigmenwechsels, der auch in das Sozialgesetzbuch IX Eingang gefunden hat, sollen sie dazu beitragen, neue Umgehensweisen miteinander zu entwickeln und im Ergebnis auch dazu führen, dass sich Art und Umfang der Hilfeangebote nach dem individuellen Bedarf der betroffenen Menschen richtet.

Die dialogische Grundhaltung ist somit also notwendige Voraussetzung dafür, dass die vom Gesetzgeber gewünschten und von dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe ausdrücklich unterstützten Veränderungen im Hilfesystem für Menschen mit Behinderungen in der alltäglichen Praxis verwirklicht werden.

Dialog und Hilfeplanung – welche Rolle hat der Leistungsträger Landschaftsverband Rheinland?

In den Prozess des *Hilfeplangesprächs* selber wird seitens des Leistungsträgers nicht eingegriffen, vielmehr beginnt im Anschluss daran rein formal die klassische verwaltungsmäßige Entscheidung des Leistungsträgers über die Bewilligung einer Leistung. Über die Weiterentwicklung von vielfach vor Ort bereits bestehenden Hilfeplankonferenzen soll versucht werden, auch die Entscheidung des Leistungsträgers über Art und Umfang der Finanzierung eines Hilfeangebotes mit einem dialogisch gestalteten Prozess zu verbinden.

Die betroffene Person und ihre Angehörigen entscheiden dabei selber, ob sie sich an diesem Beratungsprozess beteiligen.

Beim Hilfeplangespräch nach den Grundsätzen des Landschaftsverbandes Rheinland mit dem Hilfeplan als Gesprächsleitfaden steht der betroffene Mensch als steuerndes Subjekt im Mittelpunkt eines in geschützter Atmosphäre stattfindenden persönlichen, dialogisch gestalteten Gesprächskontextes.

Die *Hilfeplankonferenz* dient der einzelfallbezogenen Angebotsentwicklung unter Einbeziehung aller potentiell in Frage kommenden Leistungsanbieter und Leistungsträger.

Der Landschaftsverband Rheinland setzt sich in diesem Sinne dafür ein,

dass in allen Regionen des Rheinlandes Hilfeplankonferenzen initiiert werden. Aber auch diese sollen und müssen der dialogischen Grundhaltung der Kommunikation »auf Augenhöhe« verpflichtet sein. Das Hilfeangebot muss auf Zustimmung des Betroffenen und des Leistungsträgers treffen, wobei Letzterer dabei auch die gesetzlich vorgegebenen Wirtschaftlichkeitskriterien zu beachten hat.

Die Rolle des betroffenen Menschen erhält eine höhere Bedeutung, wenn der oder die Leistungsträger ihre Gelder in Form eines persönlichen Budgets bereitstellen. Der Landschaftsverband Rheinland beabsichtigt, dass seine MitarbeiterInnen an derartigen Konferenzen zur Planung und Gestaltung des individuell erforderlichen Hilfeangebotes teilnehmen. Ziel ist, dadurch zu ermöglichen, dass die Entscheidung über die Gewährung der Finanzierung einer Hilfe sachgerecht und zügig erfolgen kann.

Dialog, Hilfeplanung und die Anforderungen des Bundessozialhilfegesetzes an die Wirtschaftlichkeit des Hilfeangebotes

Das Sozialgesetzbuch IX verlangt, dass die behinderten Menschen als steuerndes Subjekt ihr Wunsch- und Wahlrecht einbringen. Gemäß § 3 BSHG sowie § 9 des Entwurfes zum SGB XII (Stand September 2003) richten sich Art, Form und Maß eines Leistungsangebotes nach den Besonderheiten des Einzelfalles, vor allem nach der Person des Leistungsberechtigten, der Art ihres Bedarfes und den örtlichen Verhältnissen. Wünschen des Leistungsberechtigten, die sich auf die Gestaltung des Angebotes richten, soll entsprochen werden, soweit sie angemessen sind. Der Begriff der Angemessenheit wird dabei in § 3 Abs. 2 Satz 2 des BSHG weiter konkretisiert: »Wünschen des Hilfeempfängers, die Hilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung zu erhalten, soll nur entsprochen werden, wenn dies nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, weil andere Hilfen nicht möglich sind oder nicht ausreichen.« Der Träger der Sozialhilfe braucht Wünschen nicht zu entsprechen, deren Erfüllung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden wäre. In § 3a BSHG sowie § 9 Abs. 2 des Entwurfes zum SGB XII werden diese Grundsätze dahingehend konkretisiert, dass offene Hilfen gegenüber stationären Maßnahmen vorrangig sind. Hierbei gilt die Grenze der »unverhältnismäßigen Mehrkosten«.

Diese Regelungen haben die juristische Konsequenz, dass die Prüfung des

Sozialhilfeträgers, welche Art und welchen Umfang der Hilfe er finanziert, in zwei Stufen zu erfolgen hat.

Zunächst muss im Rahmen des »pflichtgemäßen Ermessens« herausgearbeitet werden, welches Leistungsangebot angemessen, also bedarfsgerecht ist. Bei dieser fachlichen Prüfung spielen finanzielle Gesichtspunkte zunächst keine Rolle, es muss aber bei der fachlichen Prüfung beachtet werden, dass der Gesetzgeber in den §§ 3 und 3a des BSHG den Vorrang der offenen Hilfen normiert hat. Wenn also eine leistungsberechtigte Person eine stationäre Maßnahme wünscht, dann ist dies nur angemessen, wenn ambulante Maßnahmen nicht möglich sind bzw. nicht ausreichen. Im Rahmen dieser Prüfung der Frage, welches Leistungsangebot angemessen ist, ist für den Landschaftsverband Rheinland die individuelle Hilfeplanung und deren Ergebnisse die notwendige und entscheidende Grundlage und Voraussetzung.

Erst nach der fachlichen Prüfung erfolgt die Entscheidung über die Kosten respektive die Prüfung der Frage der unverhältnismäßigen Mehrkosten. Bei dieser Prüfung muss der Sozialhilfeträger die Kosten der angemessenen Maßnahme einerseits und die Kosten konkreter Alternativen andererseits gegenüberstellen, wobei er sämtliche sozialhilferelevanten Kosten berücksichtigen muss. Bisher hat die Rechtsprechung keine klaren Grenzen hinsichtlich der Frage von unverhältnismäßigen Mehrkosten gezogen.

Diese Grundsätze gelten für das gesamte Bundessozialhilfegesetz, das Sozialgesetzbuch IX sowie den Entwurf des SGB XII. Der Gesetzgeber unterstellt dabei – zumindest für den Bereich des Bundessozialhilfegesetzes –, dass ambulante Maßnahmen in der Regel preiswerter sind als stationäre Maßnahmen.

In den vergangenen Jahren und Jahrzehnten hat dieser eigentlich vom Gesetzgeber geforderte Abwägungsprozess in der Praxis keine große Rolle gespielt, da in der Regel ambulante Alternativen gar nicht im notwendigen Umfang zur Verfügung standen. Die Kostenträgerschaft stationärer Maßnahmen lag in der Regel beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe, während die ambulanten Maßnahmen durch die örtlichen Träger zu finanzieren und zu sichern waren. Die Folgen dieser Zuständigkeitstrennung habe ich eingangs bereits beleuchtet. Da nunmehr der Landschaftsverband Rheinland für beide Leistungsarten zuständig ist, ist er in der Pflicht, diesen Abwägungsprozess durchzuführen.

Deshalb sind Hilfeplanung und trialogisches Denken für den Landschafts-

verband als Kosten- und Leistungsträger unabdingbare, notwendige Denk- und Handlungsansätze, um diesen Prozess sachgerecht einzuleiten. Aber: Diese Darstellung der gesetzlichen Rahmenbedingungen macht ebenfalls deutlich, dass dabei der Aspekt der Wirtschaftlichkeit zwingend zu beachten ist. An dieser Stelle kann somit das Wunsch- und Wahlrecht der betroffenen psychisch kranken oder behinderten Menschen auf die durch den Gesetzgeber gesetzten Grenzen stoßen.

Auch hat der Sozialhilfeträger insgesamt die Erkenntnisse, die aus einem Hilfeplanprozess hervorgehen, auf Plausibilität zu überprüfen und ggf. hierzu weitere fachliche Stellungnahmen einzuholen. Für diesen Prozess der Überprüfung wurden in einzelnen Städten und Kreisen des Rheinlandes bereits gut funktionierende Modelle entwickelt, zum Beispiel durch die Einbeziehung sozialpsychiatrischer Dienste. Vielfach wird der Beratung einer Hilfeplankonferenz eine entsprechende Überprüfung vorgeschaltet. Wir als Landschaftsverband Rheinland haben im Rheinischen Sozialamt einen medizinisch psychosozialen Fachdienst eingerichtet, der u.a. die Aufgabe der Begutachtung von Hilfeplänen hat.

Schlussbemerkung und Ausblick

Wie beschrieben stehen wir im Rheinland am Anfang eines tief greifenden Wandels in Bezug auf die Konzipierung und Finanzierung der Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen.

Darüber hinaus werden derzeit vom Bundesgesetzgeber Überlegungen entwickelt, wie die persönliche Autonomie behinderter Menschen bei der Inanspruchnahme von Hilfen durch die Einführung eines persönlichen Budgets noch weiter gestärkt werden kann. Diese Planungen und Diskussionen machen deutlich, dass dialogisch gestaltete Prozesse und gesetzliche Maßnahmen zur Kostenbegrenzung sich gegenseitig befruchten, auch wenn sie sich im Einzelfall gegenseitig begrenzen können. Gerade in Konfliktfällen wird es erforderlich sein, über dialogisch gestaltete Prozesse »in Augenhöhe« Transparenz für alle Beteiligten herzustellen. Ernsthafte »Dialoge vor Ort« sollen aber vor allen Dingen die bisher weit verbreitete Praxis beenden, dass vorhandene Hilfesysteme und Angebotsstrukturen die Wünsche der behinderten Menschen dominieren. Vielmehr sollen individueller Bedarf und das individuelle Wunsch- und Wahlrecht das Leistungsangebot prägen und bestimmen.

Jürgen Bombosch

Die Kunst, sich als Profi selbst ans Bein zu treten und daraus Positives zu lernen

Acht Thesen zum Thema: »Haltung und Professionalität auf dem Weg zu einer trialogischen Kommunikationskultur«¹

Der Autor bietet den Leserinnen und Lesern dieses Buches an, jetzt sofort einen E-mail-Diskurs zu beginnen.

Jeder Diskussionsbeitrag wird beantwortet!

Die E-mail-Adresse des Autors lautet: jbombosch@dw-rheinland.de

These 1

Wir Profis verfügen über eine umfassende Deutungs- und Definitionsmacht, die wir in der täglichen psychiatrischen Praxis – nach wie vor – relativ unreflektiert anwenden.

These 2

Wir Profis reden ununterbrochen von der Personenzentrierung gegenüber Psychiatrie-Erfahrenen (und Angehörigen); denken und handeln aber – nach wie vor – primär institutionenzentriert.

1 Diese Thesen sind in Zusammenhang mit einem »Trialogischen Forum« zum Thema »Ambulantisierung – Gewinner und Verlierer« auf der Jahrestagung des Bundesverbandes evangelischer Behindertenhilfe (BeB) am 22. Oktober 2003 in Bonn entstanden. Dieses Trialogische Forum habe ich gemeinsam mit Sibylle Prins, Buchautorin und Psychiatrie-Erfahrenere, sowie Susanne Heim, Mitbegründerin der Angehörigenselbsthilfe »Rat und Tat« in Köln, vorbereitet und gestaltet.

These 3

Wir Profis haben u.a. auch deshalb Probleme, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige als »Experten in eigener Sache« und als gleichberechtigte PartnerInnen »auf gleicher Augenhöhe« anzuerkennen, da wir dadurch unsere eigene Rolle als Professionelle in Frage gestellt sehen und (ob bewusst oder unbewusst) Angst vor dem daraus resultierenden bzw. drohenden Macht- und Rollenverlust haben.

These 4

Wir Profis bezeichnen uns gerne als Ressourcenmanager für Psychiatrie-Erfahrene (und Angehörige), kommen aber aus der Falle des Defizitblicks, trotz aller »ernsthaften« Bemühungen, bis heute nicht heraus.

Auch »schwierigste« Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung und »schwierigste« Menschen als Angehörige haben Ressourcen: Sie können etwas!

These 5

Wir Profis sprechen aktuell besonders gerne davon, dass Psychiatrie-Erfahrene (und Angehörige) unsere Kundinnen und Kunden sind, obwohl wir wissen, dass unsere »psychiatrische Kundschaft« nur sehr selten über die vier entscheidenden Kundenmerkmale verfügt. Diese sind nach Bruno W. Nikles (Professor für Sozialplanung an der Uni GH Essen):

1. Eigenverantwortliches Handeln
2. Finanzielle Autonomie
3. Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Anbietern
4. Freiwilligkeit der Inanspruchnahme.

Auch ein »persönliches Budget« macht noch lange keinen souveränen Kunden aus!

These 6

Wir Profis wissen sehr genau, dass selbst das beste Qualitätsmanagement zu nichts führt, wenn es: erstens in der so genannten Qualitätssicherung (= Stagnation) stecken bleibt und nicht kontinuierlich als Qualitätsentwicklung gestaltet wird, und dass zweitens ein tatsächliches Total Quality Management erst erreicht ist (ebenso eine wirklich empirische Psychiatrie), wenn Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige als gleichberechtigte Partner einbezogen sind.

These 7

Wir Profis kennen Psychoseseminare (die Urform des Trialogs), Psychoseforen oder Trialog-Foren überwiegend als Abwesende!

Und wir Profis wissen außerdem, dass die Psychoseseminare starke Unterstützung auf der gemeinsamen Reise zur Trialogischen Psychiatrie benötigen; und zwar ganz eindeutig durch die Mächtigen: Die Vorstände, die Geschäftsführenden, die Forschenden, die Politikerinnen und Politiker, insbesondere die Ärztinnen und Ärzte in der Psychiatrie.

These 8

Wir Profis wissen schließlich, dass die von uns als äußerst wichtig benannte »Compliance«² keineswegs als Einbahnstraße funktionieren kann.

Wer hindert uns also eigentlich daran, ab sofort die »gegenseitige Compliance« einzuführen, als kooperative und partizipative Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen?

Alle Beteiligten müssen zum Perspektivenwechsel und somit zur »Lernen-Organisation« bereit sein.

2 siehe dazu auch den Beitrag von Thomas Bock in diesem Band

Inge und Gustav Schöck¹

Über den Dialog hinaus – Wo bleibt »die Gesellschaft«?

Wahrscheinlich ist so etwas nur in Freiburg möglich: Die Freiburger Hilfs-gemeinschaft für psychisch Kranke, Behinderte und Gefährdete e.V. (FHG) konnte sich in den letzten Jahren bei Heimspielen des Bundesligisten SC Freiburg zweimal im Stadion präsentieren: Mit Infostand und Sammelaktion einschließlich einer Lautsprecherdurchsage. Dabei zählte gewiss nicht nur der materielle Erfolg der Aktion, sondern mindestens genau so sehr die Öffentlichkeitswirkung. Da die Heimspiele des SC Freiburg stets ausverkauft sind, erreichte die FHG jeweils ein Publikum von ca. 22 000 Personen. Dass solche Aktionen möglich waren und auch künftig möglich sein werden, ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass die FHG als von Bürgern getragener Verein im Freiburger Stadtleben positiv präsent und verankert ist. Diese Position erleichtert den Zugang zu den Entscheidungsträgern des SC Freiburg ganz wesentlich.

Die Verankerung der 1970 gegründeten FHG und ihre Wahrnehmung im Stadtleben haben unmittelbar mit dem Selbstverständnis des Vereins im Umgang mit seelisch erkrankten Menschen zu tun: bürgerliche Kategorien wie Mitsprache, Mitbestimmung und Mitverantwortung prägen seit mehr als 30 Jahren das Vereinsleben. Integration statt Ausgrenzung, Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben statt Isolation waren und sind Leitideen von Beginn an. Dahinter steht der sozialpolitische Grundgedanke, dass dies nur realisiert werden kann durch das Engagement von Bürgern. Sie lassen psychisch kranke Menschen erleben, dass sie gleichberechtigter Teil der Gesellschaft sind.

Auf der anderen Seite versteht sich der Verein als politische Lobby, die durch eine Vielzahl von Aktivitäten daran arbeitet, Vorurteile abzubauen, bessere Lebens-, Arbeits- und Therapiebedingungen zu schaffen. Konkret

1 Arbeitskreis Bürgerhilfe des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen, Stuttgart

bedeutet das, dass die FHG sich nicht nur in politischer Gremienarbeit engagiert, sondern auch als örtlicher Trägerverein Verantwortung übernimmt.

Die am Beispiel der FHG ganz grob skizzierten Grundprinzipien galten in der Zeit zwischen 1965 und 1980 für eine Vielzahl von örtlichen Initiativen, die zur Unterstützung seelisch erkrankter Menschen ins Leben gerufen wurden. Sie fanden ein Sprachrohr im 1976 gegründeten Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen. Wie die FHG gehörte eine ganze Reihe von sozialpolitisch ähnlich orientierten Zusammenschlüssen zu dessen Gründungsmitgliedern.

Entsprechend den von den Bürgerinitiativen eingebrachten Grundüberzeugungen war es für den Dachverband von Anfang an selbstverständlich, Angehörige und Betroffene neben freiwilligen Helfern und Profis gleichberechtigt in die Arbeit einzubeziehen. Nicht wenige der Ehrenamtlichen, so stellte es sich im Lauf der Zeit heraus, waren Betroffene, im heutigen Sprachgebrauch Psychiatrie-Erfahrene oder Angehörige. Um nur zwei Gruppen zu nennen, bei denen dies schon im Namen zum Ausdruck kam oder früh angesprochen wurde: »Aufgehende Sonne« – Selbsthilfegruppe für Menschen in seelischer Not, Wulfsen (Niedersachsen); Arbeitskreis zur Hilfe für psychisch kranke Mitbürger, Iserlohn (Nordrhein-Westfalen). Sie konnten also ihre Erwartungen und Bedürfnisse unmittelbar artikulieren. Nicht nur vom theoretischen Anspruch her, sondern auch aus der Praxis heraus war in vielen Gruppen das Prinzip der Partnerschaft verwirklicht, »gleiche Augenhöhe«, ein noch kaum verwandtes Schlagwort, aber vielfach gelebte Realität.

Nach und nach vermittelte sich auf den bundesweiten Tagungen des Dachverbandes und bei vielen alltagsnahen Gesprächen mit Angehörigen und Betroffenen bzw. Psychiatrie-Erfahrenen das Wissen, dass beide ihre Erfahrungen, ihre Kompetenz und ihre Probleme letztlich selber artikulieren müssten. Durch gezieltes Ansprechen von Einzelpersonen und mit Hilfe organisatorischer Unterstützung durch den Dachverband formierte sich 1981 der »Arbeitskreis Angehörige«. In ihm fanden sich innerhalb weniger Jahre die Initiatoren zusammen, die im Jahr 1985 in Neckargemünd den Bundesverband der Angehörigen ins Leben riefen. Angehörige sind seitdem nicht mehr nur eine Größe, über die man theoretisch spricht, sie melden sich selber und eigenständig zu Wort.

Eine wichtige Keimzelle für den heutigen Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener bildete der »Arbeitskreis Betroffene«, der sich im Gefolge einer Tagung des Dachverbandes in Altenberg (Nordrhein-Westfalen) etablierte. Auf dieser Tagung im Frühjahr 1986 war es erstmals zu einer Arbeitsgruppe gekommen, in der gezielt und ausschließlich die Situation der Betroffenen zur

Sprache kam. Im Herbst 1986 konstituierte sich dieser Arbeitskreis in Solingen, wobei der Trägerverein Solingen mit seinem weit reichenden Mitbestimmungsmodell wichtige Hilfestellung leistete. Die Förderung der Eigenständigkeit der Betroffenenbewegung war von da an ein wichtiger Bestandteil der Dachverbands-Politik – bis hin zur Gründung des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener im Jahr 1992, bei der der »Arbeitskreis Betroffene« und der Dachverband eine wichtige Rolle spielten.

Eine Nachbemerkung zu dieser hier nur kurz skizzierten Entwicklung scheint uns unumgänglich: Es war bei der Mehrzahl der psychiatrischen Profis wie auch bei den frühen Vertretern der Selbsthilfebewegung in hohem Maße umstritten, ob psychisch erkrankte Menschen sich auf Dauer in Selbsthilfegruppen organisieren könnten. Die Geschichte vieler lokaler Gruppen sowie der regionalen und überregionalen Zusammenschlüsse haben den Beweis dafür erbracht, dass das sehr wohl möglich ist. Es war eine interessante Beobachtung, wie elegant in dem einen oder anderen Fall die neue Bewegung begrüßt und die Standpunkte neu justiert wurden.

Seelisches Leiden hat für die Betroffenen mehrere Dimensionen: zum einen ist es die unmittelbare Krankheitserfahrung mit all ihren medizinischen Konsequenzen. Unmittelbar damit verbunden ist das Leiden an der eigenen Unzulänglichkeit. Ein dritter Punkt ist, dass psychische Erkrankung in nahezu allen Bereichen der Gesellschaft bis heute noch viel zu häufig diskriminierend wirkt und mit negativen Vorurteilen behaftet ist. Daraus wiederum folgt in vielen Fällen eine zunehmende soziale Isolierung und gesellschaftliche Ausgrenzung: Freunde, oft genug auch Mitglieder der eigenen Familie ziehen sich zurück. Die Kontakte beschränken sich mehr und mehr auf (ehemalige) Mitpatienten. Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben reduziert sich immer stärker.

Dieser letzte Aspekt wurde noch verstärkt durch die Großkrankenhäuser, die über viele Jahrzehnte die einzigen Behandlungsorte waren. Sie bildeten riesige Ghettos und lagen häufig fernab der großen Städte und damit auch der Heimatorte einer Mehrzahl der Kranken. Zudem ließ meist auch die Verkehrsanbindung zu wünschen übrig, was bis zur Vollmotorisierung der Gesellschaft eine zusätzliche Isolierung bedeutete. Besuche von Angehörigen und Freunden waren oft nur schwer möglich. Dieser Situation versuchte man gesundheitspolitisch – die Psychiatrie-Enquête von 1975 gab die Stichwörter vor – auf mehreren Ebenen entgegenzuwirken. An den Großkrankenhäusern sollten massiv Betten abgebaut werden. Stattdessen wurden an vielen Kreiskrankenhäusern psychiatrische Abteilungen eingerichtet. Sie bedeuteten nicht nur Nähe, sondern auch »Normalität«: Die Erkrankung wurde nicht

mehr in einer Sondereinrichtung, sondern quasi »im Krankenhaus nebenan« behandelt. Sie sollte damit auch entstigmatisiert werden. Dieser Schritt zur Verkleinerung der großen Krankenhäuser wurde allerdings begleitet von einer massiven Aufstockung des Heimsektors. Hier ergeben sich ähnliche Strukturen wie bei den Großkrankenhäusern: Die Heime lagen und liegen oft weit entfernt von den Herkunftsorten der Heimbewohner. Kontakte von und nach außen sind eher die Ausnahme.

Einen wichtigen Schritt weiter ging das Konzept der »gemeindenahen Psychiatrie«. Durch Einrichtungen wie sozialpsychiatrische Dienste, wohnortnahe Tages- bzw. Nachtkliniken, Betreutes Wohnen usw. sollten Menschen möglichst lange, im besten Fall sogar gänzlich an ihrem Wohnort verbleiben können. Auch wenn diese Hilfen bei weitem nicht so ausgebaut worden sind, wie es notwendig wäre, haben einschlägige Untersuchungen ergeben, dass dieser Effekt tatsächlich eintritt.

Allerdings – es sollte nicht vergessen werden, dass sich parallel zu dieser Entwicklung in den letzten 40 Jahren die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte stark erhöht hat und auch die Wirksamkeit der Medikamente verbessert wurde.

Obwohl sich also Betreuungsstruktur und Betreuungsintensität auf mehreren Ebenen grundsätzlich verändert haben, scheint die öffentliche Akzeptanz des Phänomens psychische Erkrankung damit nicht Schritt gehalten zu haben. Der Arbeitsmarkt z.B., oberster Gradmesser gesellschaftlicher Integration, lässt immer weniger Nischen frei für minderbelastbare Menschen. Das Abdrängen in den Zweiten Arbeitsmarkt oder die »Ausmusterung« in Rente oder Sozialhilfe wird mehr und mehr zur Regel. Die gesellschaftliche Entsolidarisierung, die auf breiter Basis zum politischen Programm zu werden droht, könnte so zu neuer Diskriminierung führen. Die »Front« – wenn man so sagen will – Vorurteil und Diskriminierung wird also auch künftig eine wichtige Rolle spielen.

Damit schließt sich gewissermaßen der Kreis zum eingangs Geschilderten. Eine Gemeindepsychiatrie, durch die seelisch erkrankte Menschen sich in der Gemeinde aufgehoben fühlen können, braucht die Gemeinde, genauer gesagt: deren Bürger. Auch noch so professionelle Strukturen können den sozial-integrativen Part des primären Hilfesystems – Familie, Freunde, Nachbarn, Kollegen usw. – nicht übernehmen. Der öffentliche Auftrag, in dem Profis auf allen Ebenen handeln müssen, schließt das nachgerade aus. Verlässliche, auf längere Zeit angelegte private Kontakte und Beziehungen kann es nur auf freiwilliger Ebene geben.

Solche Kontakte und Beziehungen aufzubauen, Brücken zu schlagen zwischen dem sekundären, dem professionellen Hilfesystem einerseits und der bürgerlichen Gesellschaft andererseits war von Anfang an das Ziel der ehrenamtlich Engagierten in der Psychiatrie. Nicht von ungefähr waren und sind gelebte Solidarität, Gleichberechtigung und Mitbestimmung Leitbegriffe in der Bürgerhelferbewegung. Diese Ortsbestimmung ist also nicht theoretisch formuliert, sondern aus langjähriger Praxis abgeleitet. Zu ihr gehören z.B. Besuchsdienste in Kliniken, die für viele Kranke die einzigen Kontakte mit der Außenwelt sind. Denn auch das gehört ganz praktisch zum Thema Vorurteil: Im Unterschied zu somatischen Kliniken sind Besuche in psychiatrischen Krankenhäusern für die große Mehrzahl der Menschen mit hohen Barrieren verbunden. Jeder Besuch eines Ehrenamtlichen stellt insofern ein Stück Normalität her, wie sie in anderen Häusern selbstverständlich stattfindet.

Einen besonderen Schwerpunkt ehrenamtlicher Arbeit bilden Kontakt- und Freizeitgruppen mit einem vielseitigen Programm. In einer ganzen Reihe von Fällen war es dabei sogar möglich, mit ehrenamtlichen Kräften Angebote aufzubauen, die den Charakter von Tageszentren haben – und dies zu einer Zeit, als in der »offiziellen« Psychiatrie solche Angebote noch in weiter Ferne lagen. Aber selbst wenn manche der »Angebote« in den ehrenamtlich geführten Kontakt- und Freizeitgruppen auf den ersten Blick nicht anders aussehen als bei professionell angeleiteten Aktivitäten, sind sie doch in zwei Punkten intentional anders gelagert. Zum einen sind sie Angebote aus der Gesellschaft heraus, eine Art bürgerlicher Mitverantwortung. Zum andern sind sie Teil der Ehrenamts-Kultur, ohne die unsere Gesellschaft gar nicht leben könnte, auf jeden Fall viel ärmer wäre.

Es ließen sich leicht noch weitere Felder aktuellen und früheren bürgerschaftlichen Engagements aufzählen, z.B. Wohnen, Arbeit, Beschwerdemöglichkeiten. Die Umsetzung solcher Ideen und Vorstellungen bedeutet neben sozialer Zuwendung unmittelbaren Kontakt und Umgang mit der Politik. Dies ist das besondere Kennzeichen des im Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen erarbeiteten Konzeptes der Bürgerhilfe: Sie ist einerseits direkt engagiert in der Zuwendung zum einzelnen psychisch Erkrankten. Andererseits versucht sie auf dem Weg der Lobby-Arbeit politisch Einfluss zu nehmen. Die Bürgerhilfe sieht den Einzelnen als aktiv Handelnden, der das Gebot mitverantwortlichen Engagements aufgreift und sich zu Wort meldet. Lobby-Arbeit bedeutet in diesem Zusammenhang nicht wie üblich eine Interessenvertretung für sich selbst, sondern sie hat ein Interesse daran, das Los psychisch erkrankter Menschen zu verbessern.

Ausgehend von den früh im Dachverband sich gemeinsam (!) artikulierenden Gruppen – Bürgerhelfer, Angehörige, Betroffene, Profis – wurde in den frühen 90er Jahren als Ergänzung für den Begriff »Trialog« der Begriff »Quadrolog« vorgeschlagen für ein gemeinsames Bemühen, die Lebenssituation und die Hilfeangebote für psychisch kranke Menschen nachhaltig zu verbessern. Er sollte zum Ausdruck bringen, dass es über den »therapeutischen Dialog« zwischen Erkrankten, Angehörigen und professionellen Helfern hinaus eine gesellschaftliche, wenn man so will: eine mitbürgerliche Dimension gibt. Über sie und durch sie gewinnt der Begriff »Gemeindepsychiatrie«, gewinnen Konzepte der gesellschaftlichen Rehabilitation erst ihre eigentliche Bedeutung. Es müsste wirklich im Sinne aller sein, diese Dimension zu sehen und gleichzeitig die darin liegenden Chancen zu erkennen. Ob dafür dann noch Begriffe wie Trialog oder Quadrolog eine Rolle spielen würden, ist eine untergeordnete Frage.

Heinz Mölders

Multilog¹– Verständigung über (psychisches) Leiden im/am Alltagsleben

Einführung

Wenn uns das medizinische und psychologisierende Denken über (psychosoziale) Probleme in unserer Lebens- und Alltagswelt nicht hilft, zu kurz greift bzw. wir es nicht anwenden können oder wollen oder auch einfach damit unsere Probleme nicht »in den Griff bekommen«, stellt sich die Frage nach Alternativen. Hiermit meine ich Alternativen, die nicht einseitig an Krankheitskonzepten ansetzen, sondern sich vor allem an einem Gesundheitskonzept orientieren – also an einem Konzept, das vorrangig an der (Lebens)Perspektive von Menschen ansetzt und die jeweils eigenen Potentiale und Möglichkeiten ins Auge fasst.

Wie, müssen wir uns dann fragen, sollten die Hilfsmittel beschaffen sein, die sich an den eigenen Kräften, (Handlungs-)Möglichkeiten und Perspektiven orientieren? Wie und auf welche Art und Weise kann ich Unterstützung bekommen, um zu klären, was mir in meinem Alltagsleben wichtig und bedeutsam ist, was mir Kraft und Energie gibt, kurzum, was mir gut tut? Wie kann ich mir Klarheit darüber verschaffen, was mich dabei behindert bzw. warum mir die klare Sicht auf das, was mir wichtig und bedeutsam ist, für die verantwortungsvolle Sorge um mich und mein Leben immer wieder abhanden kommt? Welche Bedingungen sind notwendig, um mich mit mir selber und anderen darüber zu verständigen und um schließlich Veränderungen durchführen und meine Handlungsfähigkeit erweitern zu können?

Wie müsste der Rahmen aussehen und wie müssten diese Bedingungen beschaffen sein – sowohl in der Theorie wie auch in der Praxis –, damit ich

1 Im Holländischen Multiloog

mit meinen Erfahrungen zu Wort kommen und mich als aktives Subjekt in meinem alltäglichen Lebenskontext einbringen kann?

Diese und noch mehr Fragen haben mich in den letzten Jahrzehnten auf die Suche geschickt, um in der Praxis Möglichkeiten ihrer Beantwortung zu finden. Sie haben dazu geführt, in den Niederlanden das Projekt COMPRO (Communicatieproject) und Teilprojekte wie u.a. die Multiloog-Treffen zu gründen. Obwohl wir an der Entwicklung von Konzepten arbeiten, die für alle Menschen von Bedeutung sind, machen wir mit diesem Projekt einen Einstieg bei der Problematik von psychiatrisierten Menschen und ihrem Umfeld.

Hintergrund/Geschichte

COMPRO entstand unter Einfluss der »Gekkenbewegung« (Ver-rücktenbewegung) in den Niederlanden, der Demokratischen Psychiatrie in Italien, der Kritischen Psychologie in Deutschland, aber auch meiner Arbeit im Rahmen der Plattform GGZ Amsterdam (einer kritischen Bewegung in der Psychiatrie und psychosozialen Versorgung) und der aus dieser Plattform hervorgehenden niederländischen Zeitschrift *Deviant*.

Ein wichtiger Anreiz für den Start kam aber auch 1994 vom »Internationalen Kongress Soziale Psychiatrie« in Hamburg und dem Versuch, dort den Dialog mit verschiedenen Gruppen aus der Psychiatrie zu üben (u.a. in den vorgestellten Psychose-Seminaren). Obwohl der dynamische Kongress mit den vielen Teilnehmern mich sehr inspirierte und der Dialog zwischen Psychiatriebetroffenen, Angehörigen und Professionellen in dieser Form neu und interessant war, habe ich mich auch über den dort vielfach verwendeten Begriff »Trialog« gewundert. In einem Artikel (*Deviant* Nr. 3/94²) über den Kongress habe ich diese Verwunderung zum Ausdruck gebracht und geschrieben: »Warum sollen wir uns im Kommunikationsprozess über Psychiatrie und psychiatrische Problematik auf drei Gruppen beschränken? Meiner Ansicht nach sollten noch viele andere Gruppen wie Politiker, Juristen, Gewerkschafter, Beamte usw. in einem so genannten Multi-log einbezogen werden.« (ebd. S.18) Denn dieser breite Austausch – auf gleichberechtigter Grundlage und aus der Perspektive der jeweiligen Beteiligten – war mein Anliegen in dem beschriebenen Suchprozess. Aber es ging mir nicht nur um einen »breiteren« Austausch bzw. darum, Menschen aus vielen verschiedenen Positionen und mit verschiedenen Hintergründen zusammenzubrin-

2 Mölders, H: *Wereldcongres Sociale Psychiatrie. Babylon: spraakverwarring en grootheidswaan*. In: *Deviant*, no. 3, 1994, S. 16-19.

gen, sondern mir ging und geht es vor allem um eine spezifische Gestaltung der Art und Weise des Austausches. Trotz der Bedeutung des Versuchs, einen »gleichberechtigten« Dialog dieser drei Gruppen miteinander zu gestalten, reicht er nicht aus. Das heißt, er greift zu kurz, wenn die methodische Herangehensweise es nicht ermöglicht, auch die Strukturen mit zu analysieren, in denen wir Menschen involviert sind und in denen systematisch (Macht-) Ungleichheit und Abhängigkeit, unter denen wir leiden, mitproduziert werden. Deshalb wurde COMPRO/Multiloog so entwickelt, dass sich die Arbeit nicht nur auf Kommunikationsprozesse in einem spezifischen institutionalisierten Arbeitsgebiet (Gesundheitswesen bzw. Psychiatrie und psychosoziale Versorgung) beschränkt, sondern dass sie vor allem auf die Verständigung (über psychisches Leiden) mit sich selbst und anderen in der Gesellschaft als Ganzes abzielt.³

Der entscheidende Aspekt der Art und Weise des Austausches – oder besser gesagt der wesentliche Unterschied zwischen der Dialog-Theorie/Praxis und Multilog – ist für mich aber die Arbeit an der Entwicklung von Begriffen bzw. Kategorien, die es Menschen ermöglicht, jenseits vom medizinischen und psychologisierenden Sprachgebrauch ihre (Lebens)Situation aus ihrer Sicht zu erfassen und zu beschreiben.

Kommunikationsprojekt (über psychisches Leiden)

Der Ausgangspunkt für das Kommunikationsprojekt COMPRO ist die Schaffung eines Rahmens, der an der Alltagssprache von Menschen ansetzt und der außerhalb von Strukturen (wie z.B. im Gesundheitswesen/Psychiatrie) organisiert werden soll, in denen eine bestimmte Sprache (wie z.B. eine medizinisch oder psychologisch orientierte) und eine bestimmte Kultur dominiert. Damit meine ich eine Kultur, in der im Allgemeinen der Mensch reduziert wird auf individuelle, psychische oder etwa biologische Faktoren. Es wird dabei abstrahiert vom gesellschaftlich vermittelten Lebensalltag, wodurch nur Teilaspekte des menschlichen Lebens wahrgenommen und diese auch noch aus einer »Außenperspektive« gesehen werden.

Mein Ansatz ist die subjektwissenschaftliche Herangehensweise, die sich zum Ziel gesetzt hat, die Entwicklung von Wissen aus der Perspektive von

3 Siehe auch den Übersichtsartikel: MÖLDERS, H.: *The process of developing an improved understanding. Experiences with a communicationproject on mental suffering.* In: BOOG, B., COENEN, H., KEUNE, L. (eds.): *Action Research: Empowerment and reflection*, Dutch University Press, Tilburg, 2001

Menschen selbst anstatt vom Außenstandpunkt zu ermöglichen. Es findet dabei keine wie auch immer geartete Wissensvermittlung (wie etwa bei psychoedukativen Veranstaltungen) statt, sondern es wird auf Grundlage gleichberechtigter Teilnahme verborgenes Wissen (»tacit knowledge«/ Mehan) über (psychische/psychiatrische) Probleme im Alltag von den Beteiligten erarbeitet.

Von der Vorgehensweise und dem methodischen Prinzip her soll dieses Projekt allgemein für Menschen von Bedeutung sein und sich nicht auf eine Problemgruppe beschränken. Gleichwohl wollen wir uns mit psychiatrischer Problematik auseinander setzen und für diesen Bereich bzw. für »psychiatrisierte« Menschen und deren Umfeld ein Angebot entwickeln. Als übergeordnetes Thema steht aber der Austausch über Erfahrungen (mit psychischem Leiden) im Lebensalltag.

Aus diesen Vorstellungen heraus konnten wir 1997 mit dem ersten Teilprojekt von COMPRO, dem »Multiloog-Projekt«, anfangen. Parallel dazu haben wir – bis heute mit beschränkten Möglichkeiten und Mitteln – an der Entwicklung der Projekte »Wissenschaft und Praxis« und »Kunst und Kommunikation« gearbeitet. Der Organisationsrahmen war und ist die Firma INCA Projektbüro Amsterdam (INCA-PA)⁴ und später kam die eigens ins Leben gerufene »Stiftung Integration, Partizipation und Kommunikation« (IPC) hinzu. Über die Stiftung IPC wurden dann öffentliche Mittel für die Durchführung von Projekten beantragt. Durch Präsentation der Erfahrungen auf Tagungen und Kongressen und durch intensive Lobby- und politische Arbeit gelang es uns, den Multiloog-Gedanken in den Niederlanden bekannter zu machen und zu verbreiten.⁵ So wurde COMPRO/Multiloog als bedeutsames Projekt in diversen politischen Programmen erwähnt, wie u.a. in der Region Amsterdam⁶. Aber auch landesweit, wie z.B. im Programm der »Task Force«, einer Kommission, die durch die Gesundheitsministerin Borst zum Thema »Vergesellschaftung« der Psychiatrie ins Leben gerufen wurde.⁷

4 INCA ist eine Abkürzung für International Communication Amsterdam. Informationen über INCA wie auch über COMPRO/Multiloog sind zu finden unter www.inca-pa.nl

5 Seit 1997 wurden bzw. werden in 15 Städten der Niederlande ca. 17 Multiloog-Treffen bzw. -Gruppen organisiert oder sind in Planung.

6 Regio commissie visie GGZ Amsterdam-stad/Diemen: *Client centraal in de Geestelijke Gezondheidszorg*, Regiovisie GGZ Amsterdam-stad/Diemen, 2002

7 Commissie Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg: *Erbij horen. Advies*, Amsterdam, 2002

Multiloog-Treffen und -Gruppen

Im November 1997 haben wir in Amsterdam mit der ersten geschlossenen Multiloog-Gruppe mit ca. fünfzehn Teilnehmern angefangen. Diese geschlossene Multiloog-Gruppe ist eine wichtige Arbeitsgrundlage für unsere Forschungsarbeit und gleichzeitig auch für unser Teilprojekt »Wissenschaft und Praxis«. Der Teilnehmerkreis bestand aus fünf Psychiatriebetroffenen, fünf Angehörigen und fünf Profis. Das Einstiegsthema war der Erfahrungsaustausch über »Psychosen«. Hier, wie auch in den ein halbes Jahr später begonnenen offenen Treffen im Nachbarschaftshaus in Amsterdam-West, haben wir allerdings auch Erfahrungen mit anderen Diagnosen aus verschiedenen Perspektiven thematisiert. Durch die Betonung, die wir aber immer wieder auf das übergeordnete Thema der Kommunikation über psychisches Leiden gelegt haben, wurden die eigenen Erfahrungen aus den verschiedenen Lebenswelten mehr und mehr im Kontext der Alltagserfahrungen besprochen. In den Treffen in Amsterdam – aus denen ein großer Teil des hier verwendeten empirischen Materials stammt – wechseln die Themen, angefangen von spezifischen Psychiatrieerfahrungen (Erfahrungen z.B. mit »Psychosen«, »Depressionen« oder »Borderline«) bis hin zu nicht diagnostizierten Krisen und psychosozialen Problemen im Alltag.

Während der Multiloog-Treffen ist es uns vor allem wichtig, einen »sicheren Gesprächsraum« zu schaffen (mit Unterstützung einiger Regeln), in dem Gleichberechtigung garantiert wird, Vertrauen entsteht und dadurch Konflikte und Probleme versprachlicht werden können. Wir sind im Allgemeinen nicht fixiert auf personenzentrierte Gespräche, sondern konzentrieren uns eher auf ein Thema, einen spezifischen Gegenstand oder auf ein Problem. Es geht uns in diesem Ansatz nicht um eine wie auch immer geartete Binnenschau, sondern um die möglichst genaue Darstellung der »Konfrontation mit der Welt«, also der Welt des Lebensalltags. Je besser es den TeilnehmerInnen dann mit Unterstützung der Moderatoren und den TeilnehmerInnen untereinander gelingt, die Erfahrungen zu konkretisieren und in ihrem Lebenszusammenhang zu kontextualisieren (also auch die Bedingungen, mit denen diese Erfahrungen einhergehen, zu beschreiben), umso mehr verschwindet der Exklusivcharakter (das Fremde, Unverständliche, Außergewöhnliche) und werden die anfangs extremen und beängstigenden Erfahrungen erkennbarer und nachvollziehbarer.

Einen Ort zu finden, an dem die eigenen, oft auch (gesellschaftlich) tabuisierten, Erfahrungen geäußert werden können, verschafft vielen eine enorme Erleichterung – wie aus den nachfolgenden Zitat von Psychiatrieerfahrenen hervorgeht:

»Wichtig ist für mich hier das Gefühl, dass, wenn ich von mir alles auf den Tisch lege, nicht der Blitz einschlägt. Dann auch festzustellen, dass es gar nicht schlimm ist, offen persönliche Erfahrungen einzubringen... Reden, sich äußern, die eigenen Erfahrungen einzubringen, ohne dass einem eine Lanze durch die Seele gestoßen wird. In dieser Feststellung liegt für mich der besondere Wert dieser Multiloog-Gruppe. Ich traue mich inzwischen, Erfahrungen, die tabuisiert sind, zu erzählen, also Erfahrungen, die ich noch vor fünf Jahren für kein Gold auf der Welt erzählt hätte. Vollkommen offen erzählen zu können, was sich in dir abspielt, ohne dass es zu einer gigantischen Abweisung führt. Also das heißt, die Angst vor Abweisung zu überwinden, die Angst vor einem Ausgestoßenwerden loszuwerden... Das ist für mich die große Entdeckung, die mir geholfen hat, den psychischen Prozess und mein Leben mehr in den Griff zu bekommen.«

»Diese Gruppengespräche helfen mir enorm. Wenn ich hier teilnehme und das, was jemand erzählt, begreife, dann denke ich: ›Ich bin ganz normal, normaler geht es nicht in dieser Situation.‹ Das ruft dann bei mir ein kräftiges Gefühl hervor. Die Profis versuchten, mich verrückt zu reden, aber ich bin es nicht. Das ist im Augenblick meine Kraft. Ich hab ›es richtig gesehen.‹«

Im Unterschied zu den offenen Multiloog-Treffen sind wir in der »geschlossenen« Multiloog-Gruppe in der Lage, tief gehender miteinander zu arbeiten. Die Themen werden hier nicht vorgegeben, sondern von den Teilnehmern noch intensiver als in den offenen Treffen eingebracht. Die Gespräche werden auf Tonband aufgenommen, vollständig ausgearbeitet, den Teilnehmern zur Weiterarbeit zurückgegeben und in der folgenden Sitzung besprochen. Dadurch, dass der Kern der Gruppe, mit der wir vor fünf Jahren angefangen haben, noch immer teilnimmt, führt die Intensität der Gespräche zu interessanten Lernprozessen für alle. Einige Beteiligte seien hier zitiert:

Eine Angehörige: »Durch die Arbeitsweise in dieser Gruppe und durch die Bearbeitung des Themas krank/gesund ist es mir gelungen, meine eigenen Schwächen besser zu akzeptieren. Viele Jahre hindurch bin ich jemand gewesen, der immer versuchte, stark zu sein, und in meinem Leben habe ich die schwachen Seiten zur Seite geschoben. Meine schwachen Seiten sind mir hier in der Arbeit miteinander bewusst geworden. Ich traue mich jetzt darüber zu reden. Ich traue mich jetzt zu sagen: ›Da in dem Bereich fühle ich mich schwach. Hier stehe ich, ich kann nicht anders.‹«

Ein Professioneller: »Es wurde immer wieder sichtbar, dass krank/gesund Teil der eigenen Geschichte ist. Und hier habe ich auch den Eindruck, dass die Unterschiede zwischen Psychiatrieerfahrenen, Profis und Angehörigen teilweise weggefallen sind, d.h. sie fallen weg, je mehr es gelingt, die eigene persönliche Geschichte einzubringen und je klarer es wird, warum jemand bestimmte Begriffe verwendet und wie er/sie damit umgeht.«

Ein Psychiatrieerfahrener: »Wirkliche Kommunikation bedeutet in Kontakt zu sein mit der Situation, in der man steht. Das hat mir in der Psychiatrie gefehlt und ich dachte immer, dass es an mir liegt, aber es kann genauso gut ein Problem der Psychiatrie sein. Das ist mir hier bewusst geworden. Anders ausgedrückt, ich habe hier eine Art der Kommunikation erlebt, die ich in der Psychiatrie nicht mitgemacht habe... Es ist hier eine Art der Sorgfalt... es geschieht hier auch mehr, als dass man es unter die Begriffe ›Lernen‹ oder ›Therapie‹ fassen kann... nämlich die Tatsache, dass man einander in bestimmten Momenten eben ›berühren‹ kann. Das ist für mich sehr wertvoll. Also das Gefühl zu haben, jetzt begreife ich dich eben...«

Psychiatrieerfahrene mit Hafterfahrungen sahen zum ersten Male (in den offenen Multiloog-Treffen) den Menschen hinter dem Polizisten in Uniform, nachdem die Polizisten über ihre Erfahrungen mit der Inhaftierung von Menschen in Krisensituationen berichtet hatten und ihre Hilflosigkeit im Umgang mit und Vorurteile über Psychiatriebetroffene offen zum Ausdruck brachten. Andererseits hörten sie zum ersten Mal, wie Betroffene es erfahren, wenn man in einer Krisensituation in einer Zelle eingeschlossen ist.

Die Grenzen der verschiedenen Positionen – das gilt für die schon genannten Beteiligten genauso wie für die ebenfalls teilnehmenden Personalchefs oder Politiker – sind in diesem Rahmen wesentlich durchlässiger geworden und der Umgang miteinander, der anfangs eher zurückhaltend und vorsichtig war, wurde viel spontaner und direkter. Außerdem hat eine Sensibilisierung nicht nur für den Umgang mit den eigenen Problemen stattgefunden, sondern auch, wie wir mit dem Gegenüber umgehen. Damit wurde immer wieder die Voraussetzung geschaffen, unsere Probleme zu versprachlichen und schließlich die eigene Handlungsfähigkeit zu erweitern.

Projekt Wissenschaft und Praxis

Um die anfangs beschriebenen Fragen beantworten zu können, brauchte es natürlich für COMPRO nicht nur eine erlebbare Praxis, sondern auch eine entsprechende Theorie, die es möglich macht, das »Dialogische« in der (zwischen)menschlichen Existenz zu betonen und Erkenntnisse aus der Perspektive von Betroffenen abzubilden. Ebenfalls sollte die Theorie in der Lage sein, den Menschen als soziales und aktiv handelndes Wesen darzustellen, der seine Probleme im gesellschaftlichen Kontext bzw. im Alltagsleben verortet und auf sie verändernd Einfluss nimmt.

Unsere Grundlage wurde die subjektwissenschaftliche Herangehensweise der Kritischen Psychologie, insbesondere das Konzept der »(sozialen) Selbstverständigung im Rahmen der alltäglichen Lebensführung«, wie von Klaus Holzkamp formuliert⁸ und in Nachfolge von Ute Osterkamp⁹ weiterentwickelt.

Zentral steht darin der reale Weltbezug der Subjekte. Das heißt auf unsere Projekte angewandt: wenn wir in den Treffen und Gruppen Gelegenheit bieten zur Selbstreflexion, zur Selbstrepräsentation oder einfach, um sich die Probleme von der Seele zu reden, dann zielen wir nicht vorrangig auf die Analyse der psychischen Verfasstheit der TeilnehmerInnen, sondern betonen vor allem die Konfrontation mit der Welt, einer Welt, so wie sie sich den Einzelnen in ihrem Alltag zeigt. Die spezifische Problematik der Teilnehmenden steht im Vordergrund. Es wird versucht, darüber ein Verständnis zu entwickeln. Dabei kann es sich um Probleme handeln, die in einem Zusammenhang mit einem (Langzeit)Aufenthalt in der Psychiatrie stehen und den damit zusammenhängenden unmittelbaren Erfahrungen – wie Ängste, verschiedene Formen von Halluzinationen – oder etwa mit der fehlenden Hilfe.

Es kann sich aber auch um Probleme handeln, die nicht direkt in einem Zusammenhang mit einer psychiatrischen Diagnose stehen, wie eine Angehörige eindrücklich beschreibt:

»Es wird über vieles in der Psychiatrie geredet, aber nicht, wie es ist, in dieser Gesellschaft als Farbiger aufzuwachsen. Das wird nicht angesprochen. Die Hautfarbe ist nämlich immer sichtbar. Es wird so häufig über Diskriminierung gesprochen, aber was es bedeutet, als Mutter ein farbiges Kind zu

8 HOLZKAMP, K.: *Alltägliche Lebensführung als subjektwissenschaftliches Grundkonzept*. In: *Das Argument*, nr. 212, 1995, S. 817-846

9 OSTERKAMP, U.: *Lebensführung als Problematik von Subjektwissenschaft*. In: *Forum Kritische Psychologie* 43, Berlin, 2001

erziehen, die Frage hat mir noch nie jemand gestellt. Das ist ja auch eine Erfahrung, die von wenigen Menschen geteilt wird, und deshalb wird sie nicht thematisiert.«

Letztendlich geht es in den Begegnungen immer wieder um die Verständigung über die vielfältigen Mechanismen der Verhinderung der sozialen Selbstverständigung, die zur Erweiterung der Handlungsfähigkeit führen und zur Überwindung von behindernden Mechanismen beitragen..¹⁰

Obwohl uns zur analytischen Arbeit und für Forschungszwecke wenig Zeit zur Verfügung steht (momentan haben wir dafür noch keine Forschungsmittel), arbeiten wir im Rahmen des Projektes Wissenschaft und Praxis als einem Teilprojekt von COMPRO kontinuierlich an den theoretischen Grundlagen. Außerdem stehen wir in einem inhaltlichen Austausch mit anderen Forschern wie z.B. dem »Netzwerk Handelingsonderzoek« (Netzwerk Handlungsforschung) in den Niederlanden und einer Forschungsgruppe »Lebensführung« in Berlin.

Projekt Kunst und Kommunikation

In den Multiloog-Treffen steht die verbale Kommunikation im Mittelpunkt, sie ist jedoch begrenzt. Zur Erweiterung der Ausdrucksmöglichkeiten arbeiten wir in dem Projekt Kunst und Kommunikation mit anderen Ausdrucksformen wie Malen, Bewegung/Tanz, Musik, Lesen und Schreiben. Gerne würde ich hier auch unsere Erfahrungen aus den vielfältigen workshops (z.B. anlässlich eines Psychiatriefestivals oder auch in einer Grundschule mit einem sehr hohen Ausländeranteil) beschreiben. Das würde den Rahmen dieses Beitrages jedoch sprengen. Wichtig ist mir dabei, dass wir uns nicht nur auf die Verständigung über psychiatrische Themen konzentrieren, sondern den Horizont erweitern möchten.

¹⁰ siehe auch: BADER, K.: *Alltägliche Lebensführung und Handlungsfähigkeit*. In: BADER, K. u.a.: *Alltags(T)räume. Lebensführung im Gemeinwesen*, Stiftung Mitarbeit, Bonn, 2002

Resümee: Probleme und Perspektiven

In den fünf Jahren der Arbeit mit COMPRO haben wir viele Erfahrungen mit dem Multiloog-Projekt sammeln können. Im Allgemeinen bekommen wir eine positive Resonanz – zuerst von den Teilnehmern, aber auch von verschiedenen Institutionen und Organisationen, besonders aus der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung. Das umfangreiche Interesse hat dazu geführt, dass wir bisher aus verschiedenen Finanzierungsquellen begrenzte Mittel bekommen, um Multiloog-Treffen außerhalb der psychosozialen Versorgung zu organisieren, aber auch um an einer Infrastruktur arbeiten zu können, damit sowohl die Idee wie auch die Treffen in den Niederlanden Verbreitung finden. Zur Zeit arbeiten wir an der Entwicklung eines landesweiten Stützpunktes (LSC), von dem aus diejenigen, die Multiloog-Treffen organisieren wollen, im Vorfeld beraten und beim Start und der Entwicklung unterstützt werden. Inzwischen haben wir ein Trainingsprogramm für Moderatoren entwickelt und erste Schulungen für Moderatoren durchgeführt.

Bezogen auf die inhaltliche Arbeit ist es ein schwieriger Prozess, das Prinzip der Gleichwertigkeit für alle Teilnehmenden zu realisieren. Gleichwertigkeit bedeutet hier vor allem die (auch gemeinsame) Erarbeitung gleicher Möglichkeiten zur Versprachlichung der Probleme bzw. das Vermeiden von Beurteilungen und Einordnungen des Gesagten und die kontinuierliche Reflexion der Voraussetzungen und Bedingungen, die diese Basisregel ermöglichen bzw. verhindern. Hier hat z.B. das Training für Moderatoren, in dem die methodische Herangehensweise erarbeitet und Fallstricke des Verständigungsprozesses immer wieder besprochen und analysiert werden, eine wichtige Funktion.

Obwohl wir mit Menschen aus den verschiedenen Positionen arbeiten, wäre es wünschenswert, die eine oder andere Gruppe, wie z.B. die Profis in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung, mehr als es bisher gelungen ist, in unsere Arbeit einzubeziehen. Es kostet uns viel Mühe, immer wieder ausreichend Profis zur Teilnahme zu bewegen bzw., wenn sie kommen, sie auch zur aktiven Teilnahme anzuregen. Während viele mutige Profis die Chance nutzen, ihre persönlichen und professionellen Erfahrungen einzubringen, sind andere eher zurückhaltend und verunsichert bzw. schlagen sich mit widersprüchlichen Gefühlen herum. (vgl. auch den Beitrag von Becher/Zaumseil in diesem Band)

Weiterhin bleibt es für uns schwierig, das Prinzip des Forschers und Mitforschers (wie wir es in der geschlossenen Multiloog-Gruppe praktizieren) konsequent in der Praxis umzusetzen. Diese »Forschungsdyade« impliziert ja, dass wir nicht von außen über das, was wir erforschen, Vorgaben machen, vielmehr erarbeiten wir uns mit den Teilnehmern die Forschungsthemen und den analytischen Prozess soweit wie möglich gemeinsam. Allerdings gelingt uns das nur ansatzweise in der geschlossenen Gruppe. In den offenen Treffen sind wir Organisatoren/Moderatoren häufig geneigt, zu viele Vorgaben zu machen und den Gesprächsverlauf zu lenken, anstatt uns vorrangig auf die Sicherstellung von adäquaten Bedingungen (dem »sicheren Gesprächsraum«) zu konzentrieren.

Ein weiterer Grund, der die Reflexion unserer Arbeit, z.B. in Publikationen, erschwert, ist sicherlich der immer währende Druck (in mir selbst, aber auch von außen kommend) einer einseitigen Selbstdarstellung – wobei die realen und widersprüchlichen Abläufe und Prozesse aus dem Auge verloren werden bzw. die Kraft und Zeit nicht mehr zur Verfügung stehen, sie zu reflektieren – um die »junge Pflanze« nicht zu gefährden.

Belastend sind auch die finanziellen Unsicherheiten. Obwohl sich in Amsterdam positive Entwicklungen in Richtung einer etwas gesicherteren Finanzierung zeigen, gibt es immer noch keine langfristigen Finanzierungszusagen. Jedes Jahr müssen die Gelder aufs Neue – mit dem entsprechenden zeit- und energieraubenden verwaltungstechnischen Aufwand – beantragt und verantwortet werden. Zudem fließen die Mittel in diesen Bereichen immer spärlicher und wir sehen uns in Zeiten von großflächigem Sozialabbau und sehr intensiven Sparmaßnahmen im öffentlichen Haushalt der Niederlande immer mehr gezwungen, uns auf dem freien Markt zu verkaufen. So haben wir uns entschlossen, den Begriff des »Multiloog®« sowohl für die Beneluxländer als auch für die deutschsprachigen Länder registrieren und damit unser Angebot schützen zu lassen.

Schließlich kommt als weitere Schwierigkeit hinzu, dass wir die Initiative aus einer unabhängigen Struktur heraus ergriffen haben und als grundlegende Bedingung für die Organisation der Treffen nicht nur gefordert haben, dass sie außerhalb der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung stattfinden (um sie gewissermaßen dem Einfluss der medizinischen und psychologisierenden Praxis zu entziehen bzw. sie dem Sog dieser Kultur fernzuhalten), sondern auch, dass mit anderen Institutionen zusammengearbeitet wird – ein

mühsames Unterfangen in Zeiten von zunehmender marktwirtschaftlicher und neoliberaler Orientierung auch im Gesundheitswesen.

Gleichzeitig gibt es aber für den Bereich der so genannten »Vergesellschaftung der Psychiatrie«, wie sie in den Niederlanden genannt wird und wo wir uns gesamtgesellschaftlich und politisch zu verorten versuchen, wenig infrastrukturelle Möglichkeiten (inkl. finanzieller Mittel), die nicht an diesen Gesundheits-Bereich gebunden sind. Der mit dem Vorhergehenden verbundene verwaltungstechnische Aufwand und der immer währende Suchprozess nach den finanziellen Mitteln raubt uns quasi die notwendige Zeit zur Reflexion und inhaltlichen und konzeptionellen Weiterentwicklung des Projektes. Es scheint selbstverständlich, dass wir das als Freizeitbeschäftigung und damit als eine Form von Selbstausschöpfung sehen müssen.

Trotz dieser vielfältigen Probleme machen wir weiter – nicht nur wegen der Bedeutung der Treffen und der spezifischen Arbeitsweise für die verschiedensten Teilnehmer, sondern auch wegen des gesellschaftlichen Nutzens (u.a. Erarbeitung von Alternativen für Psychiatrieaufenthalte und Entwicklung von mehr Verständnis in Bezug auf psychisches Leiden in der Gesellschaft/im Alltagsleben). Schließlich ist es wichtig, nicht nur Psychiatriebetroffene und ihr direktes Umfeld, sondern Bürger in verschiedenen Positionen zur Teilnahme zu bewegen und zum Austausch über ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen anzuregen. Denn Multiloog zielt nicht nur auf die Demokratisierung des Gesundheitswesens bzw. der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung, sondern vor allem auch auf die Förderung eines gesamtgesellschaftlichen Kommunikationsprozesses. Es bleibt wichtig und notwendig, in Zeiten der spürbar zunehmenden Individualisierung und Vereinsamung die Verständigung mit uns selbst und anderen gesamtgesellschaftlich zu fördern bzw. die Erörterung von (psychischen) Problemen bzw. (psychischem) Leiden in die verschiedensten Bereiche des gesellschaftlichen Alltagslebens zu integrieren und sie nicht auszugrenzen in abgeschlossene Bereiche wie etwa der Psychiatrie und der psychosozialen Versorgung.

Sibylle Prins

Theaterflitter? Vom Unbehagen im Trialog

Es gibt eine Umgangsform, der ich in den letzten fünfzehn Jahren in den unterschiedlichsten Bereichen begegnet bin und die mich befremdet. Es geht um Folgendes: wenn man eine Person oder eine Institution kritisieren will, sagt man zuerst oft was Nettos. Was gut war oder ist. Vielleicht sogar ein Kompliment. Um danach umso tiefer den Dolch in die Rippen zu stoßen. Ich betrachte dieses Vorgehen mit Verwunderung: soll das vorweggereichte Zuckerl eine schmerzlindernde oder narkotisierende Wirkung haben?

Aber ich will mich diesem Brauch, der allgemein im Schwange zu sein scheint, nicht verschließen. Also vorab das Positive: in manchen Bereichen, in manchen Regionen »funktioniert« der Trialog auf eine Weise, wie man sie sich besser kaum wünschen kann. Da ist untrialogisches Arbeiten gar nicht mehr denkbar. Selbstverständlich werden Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige einbezogen, an Planungen und Entscheidungen beteiligt. Ein Umgangston hat sich eingebürgert, der eher an eine eingespielte Kollegialität als an Interessenkonflikte und Rivalitäten denken lässt. Nicht zuletzt ist dies dem Engagement und der Offenheit vieler psychiatrischer Profis zu danken. Das darf auch mal gesagt werden. So, dies war jetzt das Zuckerl.

Trialog – längst nicht selbstverständlich

Was den Dolch angeht: hier fallen mir zuerst die vielen trialogfreien Psychiatrie-Bereiche ein, die es immer noch gibt. Karge Landstriche. Öde, trockene Wüsten, in denen die durchziehende Karawane Psychiatrie keineswegs die Oase Trialog ansteuert, sondern sich in Richtung auf das gelobte Land »biologische Psychiatrie« hinbewegt. Oder beliebte Ferienzele ansteuert, etwa die Chefarzt-Islands. Vielleicht werden auch eher Abenteuer im wilden, trialogisch noch unentdeckten Forschungsdschungel gesucht. Gefährlich sind die großen Treibsandbänke, in denen das Argument »mit unseren Klienten ist

Dialog nicht möglich« die potentiellen Teilnehmer in die Tiefe saugt und von der Bildfläche verschwinden lässt. Vielleicht werden auch alle miteinander, Wüste, Psychiatrie und Dialog durcheinander gewirbelt und hinweggefegt von dem Sandsturm namens »Sozialkürzungen«? Was aber diejenigen, die am Dialog teilnehmen, betrifft – ob das immer mit voller Überzeugung geschieht? Den Satz »Das kommt davon, wenn man Patienten beteiligt!« habe ich mir bisher nur als Scherz anhören müssen. War es nur ein Scherz?

Vorsicht: Instrumentalisierungsgefahr!

Ferner werde ich regelmäßig von allen(!) beteiligten Seiten ermahnt, wir Psychiatrie-Erfahrenen (wahlweise auch die Angehörigen) sollten uns nicht von der Psychiatrie benutzen, instrumentalisieren lassen. Bei diesem Satz will ich behutsam vorgehen: bekanntlich soll man Kinder und Bäder nicht zusammen ausschütten, und so bin ich nicht dafür, hinter jedwedem dialogischen Beisammensein sogleich das Benutztwerden und die Ausbeutung zu wittern. Der Schuss kann dann nämlich nach hinten losgehen, denn auch Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige können sich nicht davon freisprechen, dieses hin und wieder mit psychiatrischen Mitarbeitern oder Institutionen zu tun.

Trotzdem muss man da sehr wohl aufpassen: da sind zum Beispiel einige psychiatrische Großveranstaltungen, zu denen man mich einlud. Nichts ahnend fuhr ich hin. Außer mir waren dann keine weiteren Psychiatrie-Erfahrenen, nicht einmal Angehörige anwesend. Weder als Referenten noch als schlichte Teilnehmer. Über die dadurch verursachte mangelnde soziale Gemütlichkeit will ich mich hier nicht groß beschweren, und vielleicht hat es dem Thema ja auch irgendwie gut getan, dass überhaupt jemand von den Betroffenen den Mund aufmachte. Dialogisch ist so was aber ganz und gar nicht. Da ist man nicht bloß Aushängeschild für Veranstalter, man wird zudem noch zum Aushängeschild ohne Funktion, mit rein dekorativem Wert. Zur Dekoration hätte sich dann wohl eher ein Fotomodell geeignet.

Ehrlicher wäre es gewesen, die Veranstalter hätten sich offen zur Dialogfreiheit bekannt. Besser wäre es gewesen, man hätte die vorangehende Planung dahingehend intensiviert, dass eine wirklich und nicht bloß schein-dialogische Veranstaltung daraus geworden wäre.

Zum Thema Vereinnahmung noch ein Punkt, der mich persönlich immer wieder beunruhigt: naturgemäß und durchaus erfreulicherweise haben sich die Dialogparteien inzwischen aufeinander zu bewegt. Man kann sich aber auch zu ähnlich werden. Und so finden sich Psychiatrie-Erfahrene in Gre-

mien und Arbeitsgruppen wieder, in denen sie sich geradezu gezwungen fühlen, Sprachgebrauch und Sichtweise der Professionellen zu übernehmen.

Gegen etwas Objektivität habe ich nichts einzuwenden. Ich finde auch nicht, dass ich ständig meine eigene Geschichte erzählen muss, denn es gibt noch unzählige ganz andere Geschichten und ganz andere Bedürfnisse. Trotzdem – wenn ich genötigt werde, mehr als notwendig von der Erfahrungsebene zu abstrahieren, mich plötzlich nur noch in Zahlendiagrammen und Begriffen aus dem verwaltungsrechtlichen und kommunal- oder gesundheitspolitischen Bereichen wieder finden oder mit psychiatrischen Fachwörtern (»biopsychosoziale personenbezogene Einzelfallhilfesysteme«) verständigen darf – da geht eine erste und wichtigste Forderung verloren: nämlich die Forderung nach Subjektivität und danach, einer Verdinglichung von konkreten, lebenden Menschen und ihren Geschichten entgegenzutreten.

Vielleicht geht es nicht anders, wenn wir politisch Einfluss nehmen wollen – mir ist nicht wohl dabei. Ich scheue keineswegs die Beschäftigung beispielsweise mit Paragraphen – im Gegenteil, diese sind sogar ein kleines Steckenpferd von mir. Hier aber würden, jedenfalls was mich betrifft, am ehesten die Grenzen des Dialogs erreicht.

Nach dieser ernsthaften Einlassung noch eine kleine Bosheit: manche Profis freuen sich so über die Existenz aktiv sich betätigender Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger, dass sie diese auffordern, nun mal ordentlich auf den Putz zu hauen, sich ja nichts gefallen zu lassen, und die Psychiatrie in Grund und Boden zu argumentieren. In mir regt sich die Frage, ob wir Psychiatrie-Erfahrenen da mal wieder stellvertretend revolutionäre Sehnsüchte ausleben müssen von Leuten, die als abhängig Beschäftigte in Kliniken oder gemeindepsychiatrischen Zentren arbeiten?

Herrschaft der Herrschaftsfreiheit?

Ist der Dialog eine Veranstaltung auf gleicher Augenhöhe? Ich bezweifle das. Zum einen ist Psychiatrie als solche häufig keine Veranstaltung auf gleicher Augenhöhe – ein gar nicht mal spektakuläres Beispiel erlebte ich neulich, als eine Psychiatrie-Erfahrene sich zum Zeitpunkt der Überprüfung ihrer gesetzlichen Betreuung zu ihrem durchaus netten Arzt begab, voller Hoffnung, er werde bescheinigen, dass die Betreuung inzwischen überflüssig sei. Der Arzt entschied anders und entsprechend fiel sein Gutachten aus. Die Betreuung blieb bestehen. Wie sich die Psychiatrie-Erfahrene fühlte, brauche ich nicht zu beschreiben. Ob der Arzt Recht hatte, weiß ich nicht. Aber ist das gleiche Augenhöhe?

Und im Trialog? Vielleicht in einem wirklich gut laufenden Psychoseseminar. Aber ist ein Psychoseseminar eine politische Veranstaltung oder doch mehr ein kulturelles Event, etwa einem Literaturabend vergleichbar? Sicher, für die Teilnehmenden hat es möglicherweise weitergehende Wirkung. Jedoch bleibt die Zahl der Psychose-Erfahrenen und Angehörigen, die ein solches besuchen, begrenzt. Gibt es außerdem genügend Nachwuchs? In unserem Psychose-Seminar habe ich schon lange keinen Psychose-Erfahrenen unter 30 Jahren mehr gesehen. Zudem gibt es in der Psychiatrie auch eine Menge Psychiatrie-Erfahrener ohne Psychosen. Die Damen und Herren Geschäftsführer und Einrichtungsleiter aber, mit denen man in anderen Zusammenhängen zu tun hat, tauchen in einem Psychose-Seminar so gut wie nicht auf (und die niedergelassenen Ärzte machen sich ebenfalls sehr rar). Was aber viele Gremien in den besagten anderen Zusammenhängen angeht – über die zwischenmenschliche Seite habe ich keine Klagen. Man wird wohl anständig behandelt, bekommt Redezeit, erhält die Unterlagen zugeschickt, keiner äußert sich abfällig, bloß weil man Psychiatrie-Erfahrene/r ist. Dort, wo es gut läuft, werden auch unsere Einwände aufgenommen, Forderungen unsererseits zumindest diskutiert. Meine angeborene Schüchternheit kann ich für diese Stunden auch mal in die Besenkammer sperren, und dass ich mich im Kreise von meist mehrfach qualifizierten leitenden Mitarbeiter/inne/n merkwürdig damit fühle, meine Krankheit als einzige Qualifikation mitzubringen, liegt einfach daran, dass ich zu lange im Arbeitsleben war.

Aber dass ich in so einer Runde auf gleicher Augenhöhe sein soll – bei diesem Informations- und Wissensvorsprung der anderen Beteiligten, bei den anwesenden Entscheidungskompetenzen (meine liegen bei Null), mit meiner ideellen Verantwortung neben diesen realen Verantwortungen – das kann ich nicht glauben. Selbst dann nicht, wenn ich aus politischen Gründen eine wirksame Anleihe bei meinem psychotischen Größenwahn mache. Ich glaube auch nicht, das irgendjemand das glaubt. Von den fehlenden Druckmitteln der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen und den Mehrheitsverhältnissen ganz abgesehen. In schlechten Momenten denke ich an diejenigen, die eine trialogische Kooperation ganz ablehnen und der Meinung sind, wir Psychiatrie-Erfahrenen hätten bei unseren Anfängen und dem Kritisieren von Missständen stehen bleiben sollen. Der Begriff »gleiche Augenhöhe« bleibt für mich jedenfalls für den Umgang von Psychiatrie-Erfahrenen untereinander reserviert. Dort ist er viel machtvoller.

Nachdenklich sollte auch stimmen, dass der Trialog genau das bewirkt, wogegen wir uns auf anderem Terrain so vehement wenden: er zementiert die Rollen. Im Trialog gibt es festgelegte Parteien, selbst dann, wenn jemand gleichzeitig mehreren Lagern gleichzeitig angehört – also trete ich immerzu

als Psychiatrie-Erfahrene auf. Diese Rolle zu verlassen, einfach nur eine interessierte Person zu sein, die sich zu einem Thema äußern möchte, ist mir dort verwehrt. Apropos Rollenverteilung: dass organisierte Psychiatrie-Erfahrene und dito Angehörige stärker miteinander kooperieren oder sich jedenfalls intensiver auseinander setzen könnten, scheint meine persönliche Privatmeinung zu sein. Ich will deshalb nicht länger darauf herumreiten.

Viel Lärm um sehr wenig?

Ich frage mich auch, was wohl der »geheime Lehrplan« des Trialogs sei. Ist er vielleicht doch wieder eine therapeutische Veranstaltung, nur auf anderem Niveau und mit anderem Vorzeichen? Ist es eine Gelegenheit, bei der man endlich, endlich mal nett zueinander sein darf? Oder wo wir endlich nicht mehr nett zueinander sein müssen? Ist es ein Tummelplatz für alle, die so mit der Psychiatrie (und weiteren gesellschaftlichen Gegebenheiten) nicht zufrieden sind, und hier ein sicheres Plätzchen zum gemeinsamen Träumen über Systemveränderungen gefunden haben? Ist es ein Betätigungsfeld für Leute, die sich irgendwie unausgefüllt fühlen?

Und: was bewirkt eigentlich der Trialog? Manchmal höre ich von anderen Psychiatrie-Erfahrenen die Äußerung »Das ändert ja doch nichts«.

Dieser Ansicht muss man sich stellen. Was bringt der Trialog für den einzelnen Psychiatrie-Erfahrenen in seiner/ihrer eigenen Behandlung? Und zwar für jene, die sich nicht aktiv am trialogischen Geschehen beteiligen – klar habe ich was davon, wenn ich in irgendeiner Arbeitsgruppe sitze, an einer Tagung teilnehme oder wie hier einen Artikel verfasse. Aber die anderen?

Ich sehe mir das an: der Trialog ist arbeitswütig, da wird viel diskutiert und kooperiert, konzipiert und telefoniert, unglaublich viel Papier produziert – ich bin auch schon wieder auf Seite fünf. Als Psychiatriejargongeschädigte kann ich nicht verhindern, dass mir dabei der Begriff »Beschäftigungstherapie« einfällt.

Was aber ändert der Trialog bei den niedergelassenen Nervenärzten, in den Kliniken, in den Heimen und sozialpsychiatrischen Zentren, bei den Psychotherapeuten und den Arbeitsprojekten? Wo sind da nachweisbare, überzeugende Ergebnisse, die den oben genannten Einwand entkräften? Sie bleibt nicht aus, die bange Frage: trialügen wir uns vielleicht alle selbst etwas vor?

ANDREAS BECHER, Jg. 1959, Diplompsychologe, derzeit als Psychotherapeut in eigener Praxis in Berlin tätig, Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapie von Ängsten, Depressionen und Psychosen

JÜRGEN BLUME, s. Seite 2

THOMAS BOCK, Jg. 1954, PD Dr., Diplompsychologe, verheiratet, drei Kinder, Leiter der Psychosen-Ambulanz an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, diverse Fachveröffentlichungen

JÜRGEN BOMBOSCH, s. Seite 2

FRITZ BREMER, geb. 1954 in Lübbecke, Diplompädagoge, gründete 1985 mit Henning Poersel den »Brückenschlag – Zeitschrift für Sozialpsychiatrie, Literatur, Kunst« und später den Paranus Verlag, ist (Mit)Geschäftsführer der Brücke Neumünster gGmbH, verheiratet und Vater von drei Kindern.

DOROTHEA BUCK, Jg. 1917, Bildhauerin. Von 1969 bis 1982 Lehrerin für Kunst und Werken an der Fachschule für Sozialpädagogik Hamburg. Gründungs- und Vorstandsmitglied im »Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener« bis 1996. Seitdem Ehrenvorsitzende des BPE.

RUTH FRICKE, Jg. 1948, Augenoptikerin, nach Weiterbildung auf dem zweiten Bildungsweg Oberstudienrätin für Wirtschaft, Geschichte, Politik und Fachtheorie für Augenoptik; seit Oktober 2000 Beamtin im Ruhestand, ehrenamtlich tätig im Rat der Stadt Herford, Vorsitzende der Selbsthilfegruppe für Psychiatrie-Erfahrene im Kreis Herford »Hilfe für verletzte Seelen e.V.«, seit März 2002 Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE)

ANDREAS GEHRKE, Jg. 1946, Archivar und Historiker, heute engagiert im Netzwerk Stimmenhören e.V., Autor des Buches: »Aufbruch aus dem Angstkäfig – Ein Stimmenhörer berichtet«, Paranus Verlag, 2003

ECKHARD GIESE, Jg. 1953, Dr. phil., Diplompsychologe. Nach Praxiserfahrungen in der italienischen Psychiatrie und in der Berliner Jugendhilfe seit 1992 Professor mit den Schwerpunkten Sozialpsychiatrie, Umweltpsychologie/-pädagogik und Gender Studies am FB Sozialwesen der Fachhochschule Erfurt. giese@soz.fh-erfurt.de

BIRGIT GÖRRES, 45 Jahre, Dipl. Sozialarbeiterin, systemische Organisationsberaterin, Arbeit in innovativen sozialpsychiatrischen Einrichtungen seit 1981, Geschäftsführerin im DACHVERBAND seit 1998, Kölnerin

HARTWIG HANSEN, s. Seite 2

RITA HARBECK, Jg. 1957, 1976 Abitur, danach zwei abgebrochene Ausbildungen, u.a. ein Psychologie-Studium. Seit zehn Jahren als Stationshilfe im Krankenhaus tätig, aufgrund meiner Psychose im Jahre 1994 Eintritt in den Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Schleswig-Holstein im Jahre 1995. Mein Arbeitsschwerpunkt ist eigentlich immer noch »Überleben«.

SUSANNE HEIM, Jg. 1937, Redakteurin i.R., langjährige Psychiatrie-Erfahrung aus unterschiedlichen Blickwinkeln: als Hilfsschwester in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Privatklinik (1961); als (suizidale) Patientin auf der geschlossenen Station eines Landeskrankenhauses und in einer Tagesklinik (1981); als »schizophrenogene« Mutter eines seit mittlerweile über 25 Jahren psychosekranken Sohnes.

Seit 1984 Engagement in der Angehörigen-Selbsthilfe. 1985 Mitbegründerin und bis 1995 Vorsitzende der Kölner Hilfsgemeinschaft für Angehörige von psychisch Kranken RAT UND TAT e.V. Seither Vorsitzende des Kuratoriums der von ihr ins Leben gerufenen Kölner Stiftung für psychisch Kranke und ihre Angehörigen. Autorin, Moderatorin (u.a. Kölner Psychose-Forum, Angehörigengruppen) und Referentin/Dozentin in Sachen Angehörigenarbeit.

URSULA HÖGER, Jg. 1943, Bankangestellte, heute Hausfrau, aktiv im Angehörigenverband, der PSAG sowie in Psychoseseminaren. Schwerpunkte: Öffentlichkeitsarbeit, Förderung von Arbeit für psychisch kranke Menschen, Verbesserung der Psychiatrie generell

MARTINA HOFFMANN-BADACHE, Jg. 1956, Diplompsychologin, Landesrätin, Leiterin des Dezernates Soziales, Integration des Landschaftsverbandes Rheinland, Arbeitsschwerpunkte: als überörtlicher Träger der Sozialhilfe zuständig für Leistungen zur Eingliederung behinderter Menschen, als Integrationsamt zuständig für die berufliche Integration schwerbehinderter Menschen

PETER LEHMANN, Diplompädagoge. Heute Autor und Verleger in Berlin. 1986 Gründung des Antipsychiatrieverlags, 2003 von Peter Lehmann Publishing (England). Von 1994 bis 2000 Vorstandsmitglied des BPE. Als Delegierter des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. von 1997 bis 1999 Mitglied im Exekutivkomitee von Mental Health Europe. Seit 2002 Sekretär des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen und Repräsentant für Support Coalition International bei den Vereinten Nationen in Genf. Kontakt: Zabel-Krüger-Damm 183, D-13469 Berlin, Tel. +49-(0)30-85 96 37 06, Fax +49-(0)30-40 39 87 52, eMail: mail@peter-lehmann.de, Internet: www.peter-lehmann.de

HEINZ MÖLDERS, geb. 1947 in Sonsbeck am Niederrhein, ist u.a. Diplompsychologe, lebt und arbeitet in Amsterdam und ist Geschäftsführer von INCA Projectbureau Amsterdam (Forschungs-, Organisations- und Trainingstätigkeiten, Arbeitsschwerpunkt z.Z. Entwicklung und Organisation von COMPRO/Multiloog; siehe

auch www.inca-pa.nl). Mitglied der Redaktion von *Deviant – Zeitschrift zwischen Psychiatrie und Gesellschaft* – in Amsterdam. Künstlerische Tätigkeiten.

MARGRET OSTERFELD, Jg. 1950, zwanzig Jahre Berufstätigkeit als pharmazeutisch technische Assistentin, seit zehn Jahren tätig als Ärztin in einer psychiatrischen Großklinik. Zwischen 1999 und 2000 wiederholte Psychiatrieerfahrungen von der anderen Seite, die besonders lehrreich waren. Seit zwei Jahren aktives Mitglied beim Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, Mitarbeit bei der Gesellschaft für seelische Gesundheit in Dortmund und der DGSP.

REINHARD PEUKERT, Jg. 1945, Prof. für Sozialpsychiatrie und Sozialmanagement, Fachhochschule Wiesbaden, (als Angehöriger) Vorsitzender des Landesverbandes Hessen der Angehörigen psychisch kranker Menschen e.V. und Vorstandsmitglied des Dachverbandes psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V., Bonn; (als Profi) Vorstandsmitglied der Aktion Psychisch Kranke, Bonn-Berlin, sowie Vorsitzender eines neu gegründeten Instituts mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung, Wiesbaden und München; Arbeitsschwerpunkte: Weiterentwicklung der Sozial- und Gemeindepsychiatrie in Lehre und Praxis; Personenorientierung, regionale Verbundstrukturen; Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für eine neue Praxis in der Psychiatrie: Integration von fachlichen und betriebswirtschaftlichen Anforderungen und Stärkung der Psychiatrie-Erfahrenen- und der Angehörigenperspektive; Transkulturelle Psychiatrie (Afrika)

NIELS PÖRKSEN, Jg. 1934, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie, Medizinstudium in Berlin, Zürich und Kiel (dort Promotion), langjährige ärztliche Leitung der von Bodelschwingschen Anstalten Bielefeld-Bethel, Vorstandsmitglied der Aktion Psychisch Kranke Bonn-Berlin, Vorsitz im Verein Lebensräume e.V. in Bielefeld und der Deutsch-Polnischen Gesellschaft für Seelische Gesundheit.

SIBYLLE PRINS, Jg. 1959, ursprünglich Sonderschullehrerin, nach kaufmännischer Umschulung zwölf Jahre als Verwaltungsangestellte tätig, inzwischen berentet; seit 1991 aktiv in Selbsthilfe und Trialog, u.a. als Autorin und mit Tagungsbeiträgen. Kontakt über: www.vpe-bielefeld.de.vu oder www.psychiatrie-bielefeld.de

CHRISTINA REINHARDT, Diplompädagogin, Erzieherin, seit 1991 in der Erwachsenenbildung tätig, seit 1995 im Paritätischen Bildungswerk, ab 1997 bis 2000 im Projekt »Koordinierungsstelle Weiterbildung in Thüringen« im Bereich Psychiatrie Projektkoordination, Erarbeitung von Curricula, Fort- und Weiterbildung Psychiatrie, Knüpfen von Netzwerken, 2000-2001 Projekt TRIALOG – Gestaltung der Netzwerkbildung vor Ort, Schulprojektarbeit Psychiatrie, Psychiatrie und Öffentlichkeit. Seit 2002 Pädagogische Mitarbeiterin im Bereich Psychiatrie-Fort- und Weiterbildung.

- CORNELIA SCHÄFER, Jg. 1959, Lehramtsstudium Sozialkunde und Germanistik in Göttingen, Volontariat beim WDR und seit 1988 als freie Journalistin vor allem für den Hörfunk tätig. Inhaltlicher Schwerpunkt ist seit vielen Jahren die Psychiatrie bzw. eigentlich: seelische Verrückungen und Verstrickungen, und wie damit persönlich, medizinisch, philosophisch und politisch umgegangen wird.
- INGE SCHÖCK, Jg. 1944, Dr., Studium in Tübingen: Kulturwissenschaft (Volkskunde), Geschichtliche Landeskunde und Germanistik. Wissenschaftliche Angestellte im Landesdenkmalamt Baden-Württemberg. Seit 1974 ehrenamtliche Tätigkeit als Bürgerhelferin in der Psychiatrie. 1977-1979 Vorstandsmitglied, 1979-1989 Vorsitzende des Dachverbands Psychosozialer Hilfsvereinigungen; Beiratsmitglied; Mitglied im Arbeitskreis Bürgerhilfe des Dachverbands. 1981 Mitbegründerin der Kontaktgruppe »Treffpunkt Süd« in Stuttgart und seither Mitarbeiter. Vorsitzende des Landesverbands Psychosozialer Hilfsvereinigungen Baden-Württemberg seit Gründung 1990. Engagement auf europäischer Ebene, Vorstandsmitglied der Mental Health Europe (europäischer Regionalverband der WFMH – World Federation for Mental Health). Nationale und internationale Gremienarbeit. Vortragstätigkeiten mit Schwerpunkten Bürgerhilfe und Beschwerdeinstanzen für Psychiatrie-Erfahrene.
- GUSTAV SCHÖCK, Jg. 1941, Dr., Studium in Tübingen: Kulturwissenschaft (Volkskunde), Germanistik, Geschichte. Arbeitet als Oberkonservator am Württembergischen Landesmuseum in Stuttgart. Vielseitige wissenschaftliche Publikationstätigkeit. Mitgliedschaft in wissenschaftlichen Gremien. Seit 1974 ehrenamtliche Tätigkeit als Bürgerhelfer in der Psychiatrie. 1981 Mitgründer der Kontaktgruppe »Treffpunkt Süd« in Stuttgart. Gründungsmitglied des Landesverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen Baden-Württemberg. Beirat im Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen, Bonn. Mitglied im Arbeitskreis Bürgerhilfe. Autor und Co-Autor von Publikationen zum Thema Bürgerhilfe.
- HANS-LUDWIG SIEMEN, Jg. 1954, Dr. phil., arbeitet als Psychologe in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Erlangen und ist Vorsitzender des »Vereins zur Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen – Die Wabe e.V.«. Beschäftigt sich seit vielen Jahren mit der Geschichte der Psychiatrie.
- GÜNTER STORCK, Jg. 1945, Krankenpfleger/Lehrer für Krankenpflegeberufe/Weiterbildung zur Pflegedienstleitung, Leiter einer psychiatrischen Einrichtung, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)
- RICHARD SUHRE, Jg. 1957, Diplomsozialarbeiter, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)
- THEIB URBAHN, Jg. 1942, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Therapeutischer Leiter in der Pinel gGmbH Berlin

MANFRED WOLFERSDORF, Prof. Dr. med., Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Bezirkskrankenhaus Bayreuth, derzeit Vorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz (Bundeskonferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte deutscher Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, BDK)

MANFRED ZAUMSEIL, Jg. 1943, Prof. Dr., Hochschullehrer für Psychologie an der Freien Universität Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Umgang mit chronischer (psychischer) Krankheit; professionelle und nicht-professionelle Unterstützungssysteme im kommunalen Zusammenhang; Kultur und (psychische) Gesundheit/Krankheit; qualitative Forschungsmethoden im klinischen Bereich, Evaluation psychosozialer Dienste; Konzepte und Methoden der Gemeindepsychologie



Sibylle Prins

„Gut, dass wir mal darüber sprechen!“

Wortmeldungen einer Psychiatrie-Erfahrenen

„Auf ein Buch wie dieses habe ich persönlich schon lange gewartet. Endlich schreibt eine selbst betroffene Frau darüber, was in ihren Augen in der Psychiatrie der Gegenwart gut läuft und was eben nicht.“

Andreas Knuf in: pro mente sana aktuell

„Die Autorin hat als erste Psychiatrie-Erfahrene zur dialogischen Sozialpsychiatrie ein höchst unterhaltsames und gleichzeitig gewichtiges und kluges Sachbuch vorgelegt. Sie macht den einen oder anderen geeigneten Leser süchtig auf ihre spezifische Art, die Inhalte zu betrachten, und uns Psychiatrie-Erfahrene stolz.“

Brigitte Siebrasse in: Psychosoziale Umschau

ISBN 3-926200-49-9 · 200 Seiten · 12,80 € · Paranus Verlag



Andreas Gehrke

Aufbruch aus dem Angstkäfig

Ein Stimmenhörer berichtet

In diesem einmalig präzisen und erhellenden Bericht eines Stimmenhörers schildert Gehrke seine ängstigende Reise in die Stimmenwelt – aber auch den nach Jahren geglückten Aufbruch aus dem Angstkäfig.

Dieses Buch richtet sich nicht nur an Stimmenhörende selbst, sondern ermöglicht vor allem all denen ein besseres Verständnis, die mit Stimmen hörenden Menschen zusammenleben – sei es im privaten Umfeld oder in der psychiatrischen Praxis und Forschung.

ISBN 3-926200-53-7 · 168 Seiten · 12,80 € · Paranus Verlag



Postfach 1264 · 24502 Neumünster
Telefon (0 43 21) 20 04-5 00 · Fax (0 43 21) 20 04-4 11
www.paranus.de · verlag@paranus.de



Detlef Petry
unter Mitarbeit von Hartwig Hansen

Die Wanderung

Ein „chronischer Psychiatrie-Patient“,
seine Familie und sein Psychiater

Eine trialogische Biografie

Detlef Petry ist Psychiater. Geprägt von den Erfahrungen in den großen „alten Psychiatrien“ von Andernach und Köln geht er 1978 nach Maastricht (Holland), um etwas für die Menschen zu tun, die als „chronische Patienten“ oft jahrelang in der Psychiatrie „leben“ müssen. 1980 lernt er dort Bert Boers als Patienten kennen und seine sich sorgende Familie.

Über zwanzig Jahre danach schreibt Detlef Petry „Die Wanderung“ mit ihnen auf. Und das in einer Weise, die es bisher noch nicht gab. Petry macht Ernst mit dem „Triolog“ und dem Grundsatz: „Verhandeln statt Behandeln auf gleicher Augenhöhe“.

Er erzählt hier nicht nur die persönliche Geschichte von Bert Boers und die dessen Großfamilie, sondern bezieht sich mit ein und stellt seine persönliche Geschichte als Psychiater daneben.

Detlef Petry hat die erste trialogische Biografie in Deutschland geschrieben: Der Patient wird als Mit-Mensch betrachtet, die Stigmatisierung durch eine psychiatrische Diagnose wird aufgehoben. Seine Familie wird ernst genommen in ihrem Leid und freigesprochen von „Schuld“. Und der Psychiater wird „demaskiert“ – er steigt herab von dem hohen Ross des „Spezialisten“, wird ein Freund des Patienten, ein Teil der Familie. Er wird zum „Lebensassistenten“!

Detlef Petry ist Psychiater – und ein mutiger Mensch.

ISBN 3-926200-55-3 · 190 Seiten mit vielen Fotos · 18,- € · Paranus Verlag



Postfach 1264 · 24502 Neumünster
Telefon (0 43 21) 20 04-5 00 · Fax (0 43 21) 20 04-4 11
www.paranus.de · verlag@paranus.de