

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.

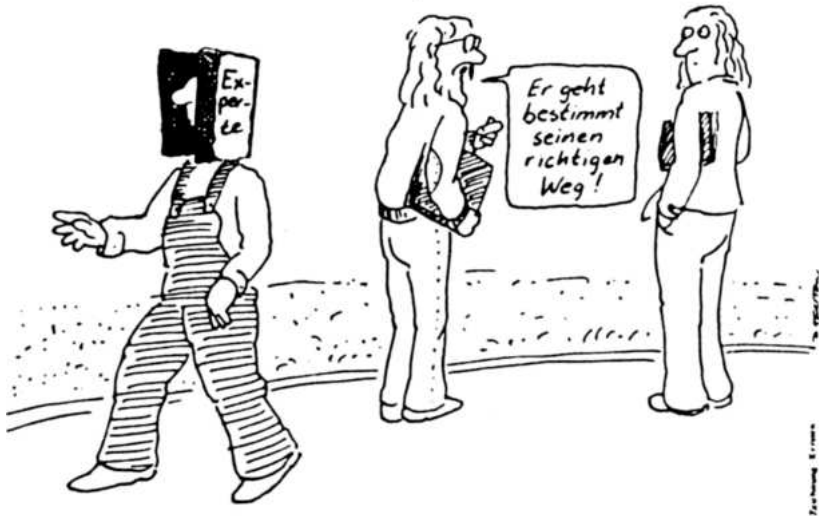
### Kritik am Trialog

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 Psychiatriebetroffenen, 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 sogenannten 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](http://www.faelle.org)).<sup>1</sup>

## 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 muss<sup>2</sup>, 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](http://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](http://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