

## »EX-IN sollte sich nicht von der Selbsthilfe abkoppeln, sondern sich mit ihr rückkoppeln.«

*Peter Lehmann ist ein unabhängiger Selbsthilfeaktivist in Berlin. Als Buchautor (u.a. »Der chemische Knebel«) sowie als Herausgeber (u.a. »Psychopharmaka absetzen«) und Verleger des Antipsychiatrieverlags prägt er maßgeblich die öffentliche Diskussion über die Verabreichung potenziell toxischer Neuroleptika. Der diplomierte Sozialpädagoge wurde 2010 in Griechenland mit der Ehrendoktorwürde ausgezeichnet und erhielt 2011 das Bundesverdienstkreuz. Mehr siehe [www.peter-lehmann.de](http://www.peter-lehmann.de)*

*Bettina Jahnke: Herr Lehmann, wenn ich als EX-INler daherkomme und behaupte, mit EX-IN habe in Deutschland die Recoverybewegung neuen Aufschwung erhalten, sträuben sich Ihnen da als langjährigem Vertreter einer humanistischen Antipsychiatrie die Nackenhaare?*

**Peter Lehmann:** Dass Aktivisten von EX-IN ihren Einfluss hoch einschätzen, ist verständlich. Ich würde allerdings eher zuerst fragen, was Sie unter »Recoverybewegung« verstehen. Ich halte den Aufbau angemessener und wirksamer Hilfen für Menschen in psychosozialer Not für notwendig, ebenso die Unterstützung beim selbstbestimmten Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka. Wenn Ihr Verständnis von Recovery diese Aspekte einschließt, gibt es erst mal keinen Grund, dass sich meine Nackenhaare aufstellen. Allerdings haben Psychiater längst versucht, die Deutungshoheit über die Frage zurückzuerobern, wer sich womit und wovon erholt.

Sie verwenden den Begriff Recovery meist willkürlich einseitig, um ihre Ideologie aufrechtzuerhalten.

*Dazu kann ich als Lektüre einen Artikel empfehlen, den Sie 2013 in dem Buch »Recovery in der Praxis – Voraussetzungen, Interventionen, Projekte« veröffentlicht haben. Da springt den Leser der kritische Tenor gleich in der Überschrift an, wenn Sie die Frage aufwerfen: »Recovery: ein neuer Etikettenschwindel in der Psychiatrie?«.*

Recovery ist ein schwammiger Begriff, dem man unterschiedliche Bedeutungen zuordnen kann. Manche meinen mit Recovery die Erholung von einer psychischen Krankheit, das Nachlassen der Symptome oder die Gesundheit. Andere denken dabei an die Erholung von unerwünschten Wirkungen der verabreichten Psychopharmaka nach dem Absetzen. Oder an die Wiedergewinnung der Freiheit nach Verlassen des psychiatrischen Systems, oder an die Rettung aus dem psychiatrischen Sumpf. Dieser zweite Aspekt wird von der Mainstream-Sozialpsychiatrie komplett ignoriert. Genau dies habe ich im besagten Artikel ausgeführt. Dass er in jenem Buch enthalten ist, ist vor allem Christoph Abderhalden zu verdanken, der mich seinerzeit eingeladen hatte, 2012 beim 1. Internationalen Psychiatrie-Kongress für seelische Gesundheit und Recovery in Bern einen kritischen Vortrag zur ideologischen und vor allem einseitigen Verwendung des Recoverybegriffs zu halten. Es ist tragisch, dass im Jahr darauf mit Christoph einer der wenigen kritischen Geister der Sozialpsychiatrie gestorben ist.

Ich zähle mich zu jenem Teil der Betroffenen-Bewegung, der Recovery als Erholung von der Behandlung erfahren hat. Ohne diese Erfahrung gäbe es den Recoverybegriff nicht. Schließlich hat die Tatsache, dass eine Vielzahl von Personen trotz Schizophrenie-Diagnose ein freies Leben ohne Psychiatrie und Psychopharmaka führen konnte und dies publik gemacht hat, dazu geführt, dass Psychiater ihr Konzept der Unheilbarkeit widerrufen mussten. Jetzt aber versuchen sie, durch die Vereinnahmung des Begriffs zu retten, was zu retten ist. Beide Konzepte stehen in ziemlichem Widerspruch zueinander. Vor diesem Hintergrund halte ich die Verquickung



von EX-IN und Recoverybewegung, wie sie von der Mainstream-Sozialpsychiatrie definiert wird, nicht unbedingt für gelungen. Für den sozialpsychiatrischen Bereich, und genau da würde ich EX-IN ansiedeln, dominiert das einseitige Recoveryverständnis im Sinne von »Erholung von der Krankheit«. Ganz besonders deutlich wird dies im Recoverybuch von Amering und Schmolke.

*Was braucht es Ihrer Ansicht nach für ein Bewusstsein, damit das von Ihnen umrissene »beschränkte« Krankheitsverständnis der Sozialpsychiatrie sich wieder weiten kann?*

Ich stehe der Sozialpsychiatrie mit ihrem Ansinnen, gesellschaftliche Probleme mit psychiatrischen Mitteln lösen zu wollen, ablehnend gegenüber, insofern will ich alles andere als eine Ausweitung ihres Krankheitsverständnisses. Die psychiatrische Diagnostik verstellt nach meiner Meinung den Blick auf die wirklichen Probleme des einzelnen Menschen in der Gesellschaft. Mit dem Krankheitsbegriff werden störende und unbequeme Lebens- und Sinnesweisen als unberechenbar, potenziell gemeingefährlich und medizinisch oder psychotherapeutisch behandlungsbedürftig abgewertet.

Es braucht ein anderes Verständnis von Verrücktheit einschließlich Trauer und Verzweiflung, nämlich Verrücktheit als Prozess mit potenziell emanzipativem Charakter, als Chance zur Überwindung hemmender und normierter Persönlichkeitsstrukturen, die in die Krise geführt haben. Im sozialpsychiatrischen Kontext fehlt dieser emanzipatorische Aspekt von Verrücktheit. Mich wundert das wenig, war es doch Emil Kraepelin, der angesichts der revolutionären Bestrebungen nach dem Ersten Weltkrieg erstmals den Begriff »soziale Psychiatrie« verwendete. Es ging ihm darum, mit dem Instrument der Psychiatrisierung die Machtstrukturen der Gesellschaft zu erhalten. Natürlich verwendete Kraepelin damals den Begriff anders als die Sozialpsychiatrie ab den 1970er Jahren, niemand beruft oder bezieht sich in dem Zusammenhang auf diesen Psychiater. Aber es setzt sich auch niemand kritisch mit dem historischen Namensgeber der Sozialpsychiatrie auseinander. Wichtig wäre, dass psychiatriekritische Publikationen und Erfahrungen von den Leuten der Sozialpsychiatrie, die ein humanistisches Bewusstsein

haben, zur Kenntnis genommen und wiedergegeben werden. Diese Erfahrungen werden im sozialpsychiatrischen Recoveryverständnis vollständig ausgeblendet. Wer sich Literatur von Thomas Bock, Klaus Dörner, Michaela Amering, Andreas Knuf usw. anschaut, kann erkennen, dass sich diese Autoren in ihrem ständig gleichen Kreis drehen und sonnen. Menschenrechtsverletzungen und frühes Sterben Psychiatriebetroffener kommen bei ihnen nicht vor, auch nicht die massive Abhängigkeit psychiatrischer Lehre, Publikationen und Organisationen von der Pharmaindustrie. Sie ignorieren das Problem unterlassener Hilfeleistung, wenn sich Psychiatriebetroffene entschließen, die Einnahme von Psychopharmaka zu beenden. In der Recoverywelt der Mainstream-Sozialpsychiatrie herrscht Friede Freude Eierkuchen.

*Haben Sie eine Erklärung dafür?*

Kritische Geister, die an die Wurzel gehen, passen nicht in das medizinische Krankheitskonzept und das Verständnis des psychosozial Tätigen als Samariter, der Medizin und Psychologie mit heißem Bemühen studiert hat und Teil von jener Kraft ist, die stets das Gute will und natürlich auch schafft. Außerdem stören kritische Geister den Monolog der Experten beziehungsweise derer, die sich dafür halten. Wenn ich beispielsweise einen Vortrag von Andreas Knuf höre, den ich übrigens privat recht gut leiden kann, fällt mir auf, dass jedes zweite Wort in seinen Vorträgen »Fachperson« ist. Damit wird gesagt: »Ich Fachmann, du Laie, also du doof. Ich weiß besser, was gut für dich ist!« Bei all dem Gerede um Achtsamkeit, Empowerment, Recovery, Dialog usw. finde ich eine solche Haltung und Rhetorik peinlich. Zuletzt muss man auch das Problem sehen, das Abweichlern widerfahren würde: Sie würden aus dem Kreis der immer gleichen Autoren und Redner ausgeschlossen. Das hätte auch finanzielle Einbußen zur Folge, gut bezahlte Professoren- und andere Posten wären in Gefahr. Sie würden auch nicht so einfach Verlage für ihre Bücher finden. So etwas hemmt die Gedankenfreiheit.



*Das ist eine klare Abgrenzung, die Sie mit Bezug auf die Sozialpsychiatrie vornehmen. Wo stehen Sie, wenn es um EX-IN geht?*

Ich stehe der EX-IN Bewegung prinzipiell aufgeschlossener gegenüber. Schon allein, weil bei EX-IN der Autonomie von Betroffenen ein höherer Stellenwert zugeordnet wird.

Die Idee, dass Betroffene auch im psychosozialen Bereich bezahlte Arbeit finden, teile ich seit vielen Jahren. Wieso sollen sie immer unbezahlt diejenigen Schäden beheben, die andere bezahlt verursachen? Ich hatte meine erste bezahlte Arbeitsstelle 1984 bei der Irren-Offensive, einer seinerzeit undogmatischen Selbsthilfegruppe von Psychiatriebetroffenen, die ich mit Gleichgesinnten 1980 gegründet habe. Leider zerstörten nach meinem Weggang 1989/90 die neuen Macher durch ihren einfältigen Verstoß gegen die Verwendungsrichtlinien der Gelder die komplette staatliche Förderung des Vereins samt der drei bezahlten Arbeitsstellen.

In Österreich war ich 2003 beim Verein Oase in Ried im Innkreis im Auftrag des Berufsförderungsinstituts Oberösterreich als Peer-Coach-Ausbilder tätig. Und das Europäische Netzwerk von Psychiatriebetroffenen ENUSP, der weltweit größte demokratische Verband nationaler Betroffenenorganisationen, forderte 2005 die wirksame Teilnahme geschulter Psychiatriebetroffener an der Entwicklung von Qualitätsstandards und Forschungsprojekten. Dies tat es gemeinsam mit Profi-, Angehörigen- und Betroffenenverbänden aus England & Wales, Österreich, Spanien, Deutschland und den Niederlanden, und zwar im Rahmen des »Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung«. Das Programm ging von 2001 bis 2006 und war finanziert von der Europäischen Kommission, Abteilung Beschäftigung & Soziales. Als Maßnahme gegen Diskriminierung sollte materielle und immaterielle Unterstützung investiert werden in kostenfreie Angebote für Psychiatriebetroffene, um sie zu trainieren, sich selber gegen Diskriminierung zu schützen, als Betroffene in allen Bereichen angestellt zu werden und in Programmen zur Bekämpfung von Diskriminierung und Schikane selber Trainerin oder Trainer zu werden. Wir forderten zudem die wirksame Vertretung von Psychiatriebetroffenen oder deren Mitarbeit in Kriseneinrichtungen, Beratungsstellen,

Öffentlichkeitsarbeit, Forschungsprojekten und auf Kongressen, die Vernetzung und die internationale Kommunikation von Psychiatriebetroffenen, ihren Repräsentantinnen und Repräsentanten und die Unterstützung von Initiativen im Peer-Coaching, von regionalen Selbsthilfezentren und Treffpunkten. Sie finden diese Informationen im Internet unter [www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/enusp/schikane.htm](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/enusp/schikane.htm).

*Das ist interessant, weil just 2005 das europäische Leonardo-da-Vinci Projekt startete, in dessen Rahmen das EX-IN Curriculum entwickelt wurde. Was haben Sie seinerzeit davon mitbekommen?*

Ich war damals im Vorstand von ENUSP. Ich kann mich nicht erinnern, dass wir von den EX-IN Initiatoren jemals angesprochen oder einbezogen wurden. Das ist bedauerlich, weil das Feld einer Ausbildung für Psychiatriebetroffene bereits seit den 1980er Jahren von Betroffeneninitiativen beackert wurde. Statt ENUSP, wo die geballte Erfahrung betroffenenorientierter Peer-Coach-Ausbildung zu finden gewesen wäre, wurde von den EX-IN Schrittmachern ein kleiner und psychiatriepolitisch unbedeutender Verein im britischen Birmingham namens »Change« hofiert, der dann bei der Konzeptentwicklung in weiten Teilen die Betroffenen repräsentieren sollte.

Damals wie heute sehe ich die marginale Betroffenenbeteiligung bei der EX-IN Konzeptentwicklung als Manko. Auch im Rückblick erkenne ich darin ein tendenziell elitäres, akademisches Projekt mit den üblichen Verdächtigen auf Profiseite.

*Die Zeit ist nicht stehen geblieben. Und wie es aussieht, haben Sie weniger Berührungsängste, wenn es um EX-IN geht, als andere Wortführer im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE). Jedenfalls habe ich Sie erstmals in einem Vortrag in Köln erleben dürfen, als Sie auf Einladung einer EX-IN Kursleiterin zum Thema »Absetzen von Psychopharmaka« referierten.*

Gudrun Tönnies hatte mich schon 2010 nach Münster zu einer EX-IN Fortbildung eingeladen. Als ich dieses Thema vorschlug, das ja



Psychiatriebetroffene brennend interessiert, hieß es zunächst, es sei im Konzept von EX-IN nicht vorgesehen. Ich schlug daraufhin vor, das Konzept zu erweitern, und diesem Vorschlag wurde entsprochen. Ich schätze diese Bereitschaft, sich zu öffnen. Zum Vortrag, den ich auf der Website des BPE angekündigt hatte, kamen dann viele Mitglieder des BPE, auch einzelne Vorstandsmitglieder.

Der damalige BPE-Vorstand, der die mangelnde Repräsentanz Psychiatriebetroffener in den EX-IN Leitungsgremien kritisierte und sich deshalb komplett gegen das EX-IN Konzept aussprach, untersagt mir seither die Ankündigung von Veranstaltungen von Gruppen, die nicht Mitglied im BPE sind, auf seiner Website, die ich seit 2000 betreue. Jetzt müssen sie Termini an den BPE-Vorstand mit der Bitte um Genehmigung per Vorstandsbeschluss senden. Ergebnis ist, dass seit 2010 fast keine Veranstaltungen mehr auf der BPE-Website angekündigt werden, eine traurige Angelegenheit. Dies nur als kleine Anekdote am Rande, die eine geistige Unbeweglichkeit mit Verzicht auf eigene Handlungsmöglichkeiten widerspiegelt.

#### *Wie ließen sich hier Brücken bauen?*

Die EX-INler sind bisher den Beweis schuldig, dass sie tatsächlich etwas verändern in der Psychiatrielandschaft. Dazu müssten Klienten, die mit Genesungsbegleitern gearbeitet haben, Zeugnis ablegen. Solche Referenzen wären eine solide Basis für eine Brücke. Selbstbeweihräucherung hilft EX-IN wenig.

Auf der anderen Seite ist ein mögliches Schwarz-Weiß-Denken in der autonomen Selbsthilfebewegung unangebracht. Entsprechend der Erklärung von Vejle gilt es, die Arbeit all derer anzuerkennen, die die Behandlung in psychosozialen Einrichtungen ernsthaft verbessern oder Alternativen zur Psychiatrie aufbauen wollen. Hierzu kann man auch EX-IN zählen. Jedes einseitige Verständnis psychischer Probleme ist abzulehnen.

Die genannte Deklaration wurde 2004 beim Kongress »Vernetzung unserer Arbeit für Menschenrechte und Menschenwürde« des Weltnetzwerks und des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen von ungefähr 200 Delegierten aus aller Welt ein-

stimmig verabschiedet. Benannt ist sie nach Vejle, einer Stadt in Dänemark, wo der Kongress stattfand. Unter anderem ist sie in dem von Peter Stastny und mir gemeinsam herausgegebenen Buch »Statt Psychiatrie 2« abgedruckt. An erster Stelle heißt es in der Deklaration im Sinne eines guten und respektvollen Austausches untereinander, – ich zitiere – »eine konstruktive, einladende, freundliche und attraktive Atmosphäre aufbauen, die Meinungen anderer respektieren, nicht über ihr Wohl entscheiden wollen und uns gegenseitig in der Entwicklung unserer individuellen und kreativen Fähigkeiten unterstützen.«

Um auf die Frage zum Brückenbau zurückzukommen: Nicht nur EX-IN ist in der Pflicht, die gewählten Interessensvertreter im BPE-Vorstand wären es auch. Auch die BPE-Mitbegründerin und Ehrenvorsitzende Dorothea Buck steht hinter dem EX-IN Gedanken; ihr Engagement als irrelevant abzutun, ist doch recht despektierlich.

#### *Wenn ich Sie eben richtig verstanden habe, legen Sie Wert auf eine nutzergeleitete EX-IN Evaluation.*

Genau. Es macht unbedingt Sinn, dass eine vom psychiatrischen System unabhängige Organisation mit Forschern, die eine kritische Grundhaltung mitbringen, EX-IN untersucht. Am besten wäre eine betroffenenorientierte oder eine betroffenenkontrollierte Forschung mit gleichrangiger Mitarbeit von Psychiatriebetroffenen. Diese schließt die Bezahlung und die Beteiligung an allen Forschungsphasen ein. Psychiatriebetroffene würden dann von der Entwicklung der Konzeption bis hin zur Veröffentlichung der Forschungsergebnisse alle Aspekte des Forschungsprojekts kontrollieren oder wären zumindest wirksam beteiligt. Eine solche Beforschung von EX-IN wünsche ich mir.

#### *Lassen Sie uns noch einmal auf das EX-IN Curriculum zurückkommen. Wo sehen Sie Defizite?*

Mir fehlt die psychiatriekritische Komponente. Konfliktfelder und machtpolitische Einflussphären müssten darin benannt werden, schließlich sind sie real existent. Es gibt eine übergreifende Pharma-



lobby und es gibt eklatante Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie. Mir ist schleierhaft, wie es ein Curriculum geben kann, das die im Durchschnitt um zwei bis drei Jahrzehnte reduzierte Lebenserwartung psychiatrischer Patienten ausblendet. Das die fehlende Aufklärung über Risiken und sogenannte Nebenwirkungen ausblendet. Das die fehlende Information über frühe Symptome sich abzeichnender chronischer oder gar tödlicher Psychopharmakawirkungen ausblendet. Ich lasse mich gerne eines Besseren belehren, sollte ich mich in meiner Wahrnehmung täuschen. All diese Aspekte gehören in einer EX-IN Ausbildung thematisiert, andernfalls werden dort Mitläufer oder Erfüllungsgehilfen mit Feigenblattfunktion herangezogen, die dann billige und im Team nicht gleichberechtigte Arbeitskräfte sind.

Ich frage mich: Welche Mittel bekommt ein EX-IN Genesungsbegleiter in spe an die Hand, wenn es darum geht, einen Klienten oder Patienten darin zu unterstützen, sich gegen eine offene oder verdeckte Drangsalierung durch psychiatrisch Tätige zu schützen? Welche Hilfestellungen können EX-INler geben, wenn sich Menschen, die sie begleiten wollen, dazu entscheiden, einen eigenen Weg ohne Psychopharmaka einzuschlagen?

Nach meiner Einschätzung klafft hier bislang die allergrößte Angebotslücke. An diesem Punkt angelangt, werden die Leute im Regen stehen gelassen. Da heißt es dann nur: »Dann guck halt woanders!« oder »Da musst du eben zusehen, wo du bleibst!«

Natürlich kann kein EX-INler all die Probleme lösen, das erwarte ich nicht. Aber ich erwarte schon, dass in der EX-IN Ausbildung die Konflikte benannt und Wege aufgezeigt werden, wie sich die Konflikte in ethisch vertretbarer Weise regeln lassen – oder auch nicht.

*Das EX-IN Curriculum ist nicht in Stein gemeißelt und wird kontinuierlich weiterentwickelt. Was Sie vorbringen, sind wertvolle Anregungen, die meiner Ansicht nach auch Gehör finden sollten. Mir persönlich schwebt allerdings über die EX-IN Ausbildung hinausgehend noch ein ergänzender Ausbildungsgang zum Inklusionsbeauftragten vor. Was halten Sie davon?*

Ich glaube, die Idee eines Inklusionsbeauftragten würde keines der angesprochenen Probleme lösen. Aber sofern für solche Inklusionsbeauftragten abgesicherte Möglichkeiten bestünden, Einfluss zu nehmen und unabhängig zu arbeiten, hielte ich dies für eine akzeptable Idee.

*Dann lassen Sie uns das beide doch einmal zusammen in der Theorie durchspielen. Was wäre der erste Schritt, um eine Ausbildung zum Inklusionsbeauftragten zu etablieren?*

Diese Ausbildung sollte nicht von den Leuten durchgeführt werden, die Teil des psychosozialen Systems sind. Die zerrüttete Betroffenenbewegung, wie sie sich im Moment darstellt, ist in diesem Zusammenhang ein weiteres Problem. Es gibt nach meiner Einschätzung derzeit keinen repräsentativen Selbsthilfeverband, der hinreichende Kompetenzen mitbringt, um ein entsprechendes Ausbildungskonzept zu erarbeiten. Es müsste sich also erst einmal ein seriöser Verband Psychiatriebetroffener gründen oder der BPE-Vorstand müsste den Weg zurückfinden zu einer ausgewogenen Interessenvertretung.

*Aber woran soll man diese Seriosität messen? Wer könnte darüber entscheiden?*

Das ist in der Tat ein Dilemma. Wer wählt die Ausbilder aus? Einzelne Personen? Oder wird in einem Gremium darüber basisdemokratisch abgestimmt? Werden die Ausbilder berufen oder können sie sich bewerben?

Fest steht: Es braucht Leute, die sich mit Fortbildungsinitiativen auskennen und die in der Lage sind, konzeptionell zu arbeiten. Sie müssten einen Überblick haben über strukturelle Diskriminierungen, die Inklusion verhindern. Außerdem sollte man nicht die Fehler von EX-IN wiederholen und die europäische Selbsthilfebewegung außer Acht lassen. Da gibt es reichlich Erfahrungen. Warum nimmt EX-IN nicht Kontakt mit dem Vorstand von ENUSP auf?

In Großbritannien ist man uns heute zum Beispiel weiterhin um



einiges voraus. Dort arbeiten qualifizierte Psychiatriebetroffene, die für ihr Engagement auch einen anständigen Lohn beziehen.

*Was halten Sie von der Idee, die bestehende EX-IN Ausbildung um einen Spezialisierungskurs zu ergänzen? Man hätte dann einen Grundkurs, in dessen Mittelpunkt die Selbstreflexion steht und der Erfahrungsaustausch. Danach kommt der Aufbaukurs, der allgemein zu einer Tätigkeit als EX-IN Genesungsbegleiter qualifiziert. Und danach – als krönender Abschluss – könnte man sich in einem Spezialisierungskurs zum »Inklusionsbeauftragten« weiterbilden.*

Warum nicht? Dann könnte man von der EX-IN Infrastruktur profitieren und hätte auch gleich einen Zugang zu potenziellen Interessenten unter kritischen Psychiatriebetroffenen.

*Wenn man eine an EX-IN angelehnte Weiterbildung zum Inklusionsbeauftragten anbieten will, braucht es eine Tätigkeitsbeschreibung ...*

Ganz wichtig! Es reicht keineswegs, ein Schlagwort in den Raum zu stellen. Es muss auch eine Idee dahinter ausformuliert werden. Hier sollte klar werden, in welche Richtung Inklusionsbeauftragte später tätig werden sollen. Inklusion ist ein großes Wort, aber was hat es damit im Detail auf sich? Wie können Inklusionsbeauftragte tätig werden, damit diskriminierte Menschen zu ihren sozialen und bürgerlichen Rechten gelangen? Welche Lebensbereiche sind tangiert? Wo tun sich Konflikte auf? Wo liegen die Arbeitsgebiete?

*Apropos, wer sollte die Inklusionsbeauftragten einstellen?*

Ich habe keine Ahnung, wo sich diese Arbeitsplätze ansiedeln ließen. Das ist ja bisher ein reines Gedankenspiel. Innerlich tendiere ich spontan zu unabhängigen Beschwerdezentren.

*Ich würde einen anderen Weg einschlagen. Ich würde Inklusionsbeauftragte mitten in die Gesellschaft pflanzen. Alle, die sich dem Ruf nach mehr Inklusion anschließen, wären in der Pflicht, Stellen*

*für Inklusionsbeauftragte zu etablieren. In der Wirtschaft, in der Politik, in der Verwaltung, in der Wohlfahrtspflege etc.*

Wenn man diesen Ansatz wählt, lohnte es sich, die Arbeitsplätze von Behindertenbeauftragten auszuleuchten. Dann käme der Inklusionsbeauftragte doch einer Variante des Behindertenbeauftragten gleich, oder? Mich würde hierzu interessieren: Wo kommen Behindertenbeauftragte eigentlich her? Wer stellt die ein? Wie qualifiziert man sich für einen solchen Job? Und wieso haben die eigentlich keine Ahnung von der Diskriminierung Psychiatriebetroffener?

*Angenommen, es gäbe fünf Module für einen EX-IN basierten Spezialisierungskurs zum Inklusionsbeauftragten. Welche Themenkomplexe müssten da abgehandelt werden?*

Auf alle Fälle der Komplex »Betroffenenorientierte oder -kontrollierte Forschung«. Hier bedarf es einer Sensibilisierung und Differenzierung.

*Ich bin für ein Modul »Politik und Lobbyarbeit«.*

Ja, unbedingt. Hier wäre zu eruieren: Welche Verflechtungen gibt es zwischen Psychiatrie und Pharmaindustrie? Wie werden Angehörigen- und Selbsthilfegruppen, Berufsstände oder Medienvertreter manipuliert? Wer definiert psychiatrische Diagnosen, die die Tore für immer mehr Verordnungen öffnen? Welche Psychiater, welche Verlage, welche Zeitschriften dienen als Mietmäuler den Interessen der Pharmaindustrie?

*Sie haben Vorschlagsrecht für ein drittes Modul.*

Unentbehrlich sind »Medizinische Grundlagen«. Wirkungsweise und Risiken jeglicher Behandlungsmethoden werden darin zur Sprache gebracht. Ein solches Wissen ist von zentraler Bedeutung. Schließlich gibt es eine um 25 Jahre reduzierte Lebenserwartung von Psychiatriepatienten. Inklusion setzt voraus, dass die Leute die Behandlung überleben. Sieht man in ihrer gesundheitlichen Misere



den Grund für ihr frühes Ableben, sollten sie in ihrer Vulnerabilität nicht noch weiteren toxischen Substanzen oder hirnzellenzerstörenden Elektroschocks ausgesetzt werden.

*Vielleicht hat man Sorge, dass dies den Rahmen sprengen könnte und die EX-INler mit Schulbuchwissen überfrachtet würden ...? – Würden »Forschung« und »Medizinische Grundlagen« nicht zusammengehören?*

Wenn man ein Thema nicht haben will, ist das Argument der Überfrachtung schnell zur Hand. Sinnvoll wird es deshalb nicht. Da alles Mögliche beforscht werden kann, gibt es keinen Grund, medizinische Fragen vorab auszuklammern.

Die »Medizinischen Grundlagen« sind zudem unbedingt gesondert zu behandeln. Wir haben es in der sogenannten Pharmakotherapie mit persönlichkeitsverändernden und körperschädigenden Substanzen zu tun, die zu erheblicher körperlicher und psychischer Abhängigkeit führen. Ich halte Grundkenntnisse in dieser Materie für unerlässlich.

*Mir scheint noch das Thema »Konfliktbewältigung und Mediation« im Berufsalltag von Inklusionsbeauftragten relevant.*

Ja natürlich! Man muss die Konflikte erkennen, die mit dem System Psychiatrie einhergehen, um zu wissen, wie man sich in diesem Minenfeld einigermaßen sicher bewegt. Sonst rennt man mit dem Kopf von einer Wand an die nächste. Hinzu kommt die Gewaltbereitschaft psychiatrisch Tätiger. Man kann verschiedene Strategien der Deeskalation und des Umgangs mit Niedertracht erlernen.

*Fünf Module hatte ich für den »Inklusionsbeauftragten« angedacht. Was fällt Ihnen zum Abschluss noch ein?*

Das Modul »Rechtliche Grundlagen« sollte nicht fehlen. Gerade da ist mit der UN-Behindertenkonvention und dem Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht vieles in Bewegung geraten.

*Oh ja. Die Juristen sind derzeit überall auf dem Vormarsch, um die Handlungsspielräume der in der Psychiatrie Tätigen zu begrenzen.*

Und das ist hoffentlich nur der Anfang. Endlich haben sich Gerichte mit den massiven Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie zu beschäftigen begonnen. Wobei der Fall des Gustl Mollath zeigt, welch unheilvolle Allianz Psychiatrie und Justiz bilden und wie schwer es ist, sich aus den Fängen der Psychiatrie zu befreien.

*Das war ein konstruktives Brainstorming. Danke dafür. Ist doch erstaunlich, welche Fortschritte man machen kann und könnte, wenn die politisch-ambitionierte Selbsthilfe dazu überginge, ihre Kräfte zu bündeln. Glauben Sie eigentlich, dass die EX-IN Bewegung die traditionelle Selbsthilfe schwächt?*

Die organisierte Selbsthilfe mit politischer Ausrichtung schwächt sich zurzeit vor allem selbst, und zwar dadurch, dass viel zu häufig Dogmatiker auf dem Podium stehen, die die Leute in Scharen davontreiben und latente Zersplitterungstendenzen verschärfen. Leute, die eine eigene Meinung äußern, werden beschimpft, beleidigt, diffamiert, ausgegrenzt, ausgeschlossen. Ich weiß, wovon ich spreche. Wo man auch hinsieht, überall ziehen sich unabhängige und besonnene Akteure zurück, da sie sich von rechthaberischen Dogmatikern und Brüllhanseln abgestoßen fühlen und ihre Energie lieber produktiv und konstruktiv einsetzen. Wenn in dieser Situation noch ein paar Leute zu EX-IN wechseln, fällt dies auch nicht mehr ins Gewicht.

*An dieser Stelle möchte ich gerne einmal einwerfen, dass ich zu den Vertretern zähle, die durch EX-IN überhaupt erst mit der politischen Selbsthilfe in Kontakt kam.*

Umso besser, wenn die psychiatriepolitisch aktive Selbsthilfe durch EX-IN neue Köpfe hinzugewinnt. EX-INler sollten sich nicht von der Selbsthilfe abkoppeln, sondern sich mit ihr rückkoppeln.

Schließlich profitieren alle von unabhängigen Selbsthilfegruppen, deren Arbeit in unserer Gesellschaft von zentraler Bedeutung



ist und bleibt. Ohne Aktivierung des Selbsthilfepotenzials von Betroffenen geht bei psychischen Problemen nichts voran. Und ohne den Einfluss kritischer Psychiatriebetroffener gibt es keine wie auch immer geartete ernsthafte Reform im Psychiatriewesen.

*Abgesehen vom rüden Ton untereinander, mir macht bei der politischen Selbsthilfe noch ein ganz anderes, ziemlich profanes Problem zu schaffen. Die meisten Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen dort arbeiten ehrenamtlich in irgendwelchen Gremien oder Ausschüssen mit. Das muss man sich erst einmal finanziell und zeitlich leisten können. Ich für meinen Teil stoße da in jeglicher Hinsicht fortwährend an meine Belastungsgrenzen.*

Ich habe ja schon betont: Es geht nicht, dass wir dauernd unbezahlt die Probleme lösen sollen, die andere bezahlt verursachen. Von unsereins wird aber ständig unbezahltes Engagement gefordert, insbesondere von besser verdienenden psychiatrisch Tätigen oder Politikern oder Verwaltungsbeamten. Das ist pure Ausbeutung. Wenn beispielsweise ich irgendwohin eingeladen werde, muss ich als Selbstständiger faktisch jemanden dafür bezahlen, dass er meine Arbeit erledigt, die ansonsten liegen bleibt. Meine Lebenshaltungskosten und die meiner Familie müssen irgendwie aufgebracht werden. Während ich mich dann andernorts unbezahlt engagiere, werden psychiatrisch Tätige von ihrer Arbeit freigestellt und verdienen weiter ihr Geld. Auch wenn ich mich wiederhole: Die Selbstverständlichkeit, mit der von Psychiatriebetroffenen unbezahlt oder mit einem Butterbrot honorierte Mitarbeit erwartet wird, ist ein Skandal, der von den Beteiligten stillschweigend hingenommen wird.

B  
ic  
in  
Tr  
nä  
Sie



Peter Lehmann im Interview

**»EX-IN sollte sich nicht von der Selbsthilfe abkoppeln, sondern sich mit ihr rückkoppeln« mit Bettina Jahnke**

in: Bettina Jahnke: »EX-IN Kulturlandschaften. 12 Gespräche zur Frage: Wie gelingt Inklusion?«

ISBN 978-3-940636-31-7

Neumünster: Paranus Verlag 2014

S. 118-132