



1

*Die gekürzte Fassung ist erschienen in: Soziale Psychiatrie Heft 3,
Juli 2011*

**Gepflegter Umgang? –
Gespräch über
Beziehungsgestaltung in der
Psychiatrie 1970-2010
*Sibylle Prins /Renate Schernus***

Dialogvortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) –
40 Jahre Psychiatriebewegung - 40 Jahre DGSP - Frankfurt, 11.11.2010

Gepflegter Umgang? –**Gespräch über Beziehungsgestaltung in der Psychiatrie 1970-2010***Sibylle Prins /Renate Schernus*

Sibylle: Renate, wie habt Ihr vor vierzig Jahren das Thema „Beziehungsgestaltung in der Psychiatrie“ diskutiert? Welche Vorstellungen hattet Ihr, und welchen Stellenwert hatte für Euch das Thema?

Renate: Ich kann mich gar nicht so recht erinnern, dass dieses Wort damals eine Rolle spielte, aber der Sinn des Begriffs schon, wir sprachen wohl eher von Umgang, oder Begegnung. Die Anfänge der Psychiatriereform habe ich um 1970 in Bethel bei Bielefeld als junge, fachlich und sozialpolitisch völlig unerfahrene Psychologin miterlebt. Außerdem habe ich bis 1985 im engeren Sinne gar nicht in der Psychiatrie gearbeitet, sondern mit anfallskranken Kindern und Jugendlichen.

Sibylle: Kannst Du sagen, was damals deine Ausgangs-Motivation für die Arbeit mit Menschen war?

Renate: Ich war, glaube ich, vorrangig motiviert durch so was Unspektakuläres wie das Interesse an Menschen. Ich war neugierig auf ihre Geschichten, auf ihre Art, diese zur Sprache zu bringen. Und zunehmend mehr war ich verblüfft über ihre Gestaltungskraft im Umgang mit Krankheit und sozialen Umständen. Mir wurde bewusst: Krankheit wird nie nur erlitten, sondern immer auch gestaltet. Und natürlich interessierte mich, wie Menschen das, was ihnen helfen soll, eigentlich erlebten.

Sibylle: Du sagtest, vorhin, du hättest „im engeren Sinne“ nicht in der Psychiatrie gearbeitet und „im weiteren Sinne“?

Renate: In der Arbeit mit anfallskranken Kindern und Jugendlichen hatte ich zwar für das, was ich damals unter psychologischer Arbeit verstand, Gestaltungsfreiheit,

weil es vorher keine Psychologen gab und ich mich quasi selbst erfinden konnte, aber - mit Ausnahme der Schriften von Janz - in Berlin fand sich bei den Epileptologen keine anthropologische oder gar philosophische Untermauerung des helfenden Tuns. Diese Untermauerung habe ich mir damals aus der Psychiatrie geholt, über den DGSP Rundbrief, über die Sozialpsychiatrischen Informationen, insbesondere aber von Dörner und Plog „Irren ist menschlich“ (1978)

Jedenfalls habe ich das, was da über Grundhaltung und Begegnung stand, viel ernster genommen als die damals wie Pilze aus dem Boden schießenden unterschiedlichen psychotherapeutischen Methoden.

Sibylle: Warst du nicht auch mal so was wie leitende Psychologin.

Renate: Ja, das war ich einige Jahre lang mit der Hälfte meiner Arbeitszeit und insofern hatte ich mit Kollegen zu tun, die in der Psychiatrie arbeiteten. Von ihnen bekam ich natürlich mit, was sich dort tat und vor allem was sich dort nicht tat. Die Psychiatrie in Bethel befand sich, zumindest was die psychiatrische Klinik betraf, bis 1984 im konservativen Tiefschlaf.

Sibylle: Wolltest du damals deshalb nicht in der Psychiatrie arbeiten?

Renate: Im Gegenteil, eigentlich war dies von Anfang an mein Wunsch gewesen. Ich hatte jedoch keine Chance in diese gut bewachte Festung einzudringen.

Aber jetzt mal zu dir. Wann hattest du deine ersten Berührungen mit der Psychiatrie und wie hast du in der Rolle als Patientin damals das Beziehungsklima in der Psychiatrie erlebt?

Sibylle: Das war Mitte der 80er Jahre. Ich hatte ganz stark das Gefühl, dass Mitarbeiter und Patienten in zwei strikt voneinander getrennten Welten lebten. Hier die Mitarbeiter in ihren diversen Dienstzimmern, dort die Patienten auf der Station. Ich hatte weiterhin den Eindruck, diese strikte Trennung sei auch so gewollt, und die

Mitarbeiter befassten sich nur mit uns, um etwas anzuordnen, zu kontrollieren oder zu beaufsichtigen.

Ich erinnere mich an eines der ersten Trialog-Gespräche später in Bielefeld, Anfang der 90er Jahre. Es gab eine heftige, kontroverse Debatte, und ein Mitarbeiter der Klinik rief sehr leidenschaftlich aus: „Aber es geht uns doch um Beziehung! Der Hauptteil meiner Arbeit ist das *Ring* um Beziehung!“ Ich fiel fast vom Stuhl. Davon hatte ich überhaupt noch nie etwas bemerkt.

Renate: Nie? Meistens gibt es ja auch unter strukturell und ideologisch verkorksten Bedingungen so was wie Beziehungsinseln – also Mitarbeiter, denen man anmerkt, dass sie den Menschen in der Rolle des Patienten immerhin sehen.

Sibylle: Ja, natürlich es gab auch damals schon Ausnahmen: da war eine relativ junge, engagierte Stationsärztin, die sich mitunter viel Zeit für mich nahm. Beim zweiten Aufenthalt kam ich in eine Kunstwerkstatt, wo regelmäßig eine schon berentete Psychiaterin vorbeischaute, nur um sich mit den Patienten zu unterhalten. Überhaupt, diese Kunstwerkstatt- zu dem Leiter hatte ich zwar nicht direkt eine persönlich zu nennende Beziehung, aber er gestaltete die Atmosphäre dort so gut, dass ich mich einfach wohl fühlte.

Renate: Du hattest doch bestimmt auch Erfahrungen mit niedergelassenen Psychiatern und ambulant arbeitenden Therapeuten. Konntest du da bessere Erfahrungen machen?

Sibylle: Ja, zum Glück. Da gab es dann sehr viel mehr Zeit und Raum auch für Persönliches. Allerdings habe ich diese einseitige Gesprächssituation oft als sehr künstlich empfunden. Und, weil ich anfangs eine ziemlich hohe Gesprächsdichte hatte, ergab sich da mitunter eine recht große Abhängigkeit von den Therapeuten. Das hat mich manchmal gestört, das wollte ich nicht. Natürlich gibt es auch fruchtbare Abhängigkeiten, aber in einem Fall, bei meiner ersten Psychotherapie,

hätte das schief gehen können: damals war der Begriff Psychotherapeut noch nicht geschützt, und ich landete in so einer Modepraxis, die später wegen missbräuchlicher und manipulativer Therapiemethoden in die Kritik und in die Medien geriet. Zum Glück habe ich damals nicht so viel Schaden davongetragen wie andere Klienten dieser Praxis.

Renate: Wie wollten die denn die Beziehung zu dir gestalten?

Sibylle: Bezeichnend fand ich, dass der Therapeut in der letzten Sitzung zu mir sagte, er habe durch mich gelernt, dass man einen Menschen nicht „Einfach so ändern könne“. Was der sich wohl gedacht hat? Er hatte mich für ungeeignet für die Gruppentherapie gehalten. Du glaubst gar nicht, was es für ein Glück sein kann, wenn man für etwas ungeeignet ist. Ich kannte nämlich auch Leute, die an den Gruppen teilnahmen und habe später auch noch darüber gelesen. Dort ging wirklich die Post ab. Da wurde einem vorgeschrieben, wie man sich anzuziehen hatte, wie man sich in seinen Beziehungen zu verhalten hatte- vielen wurde z.B. der Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie regelrecht verboten-, wie und was man zu arbeiten hatte, mit welchen Leuten man umgehen sollte, und so weiter. Die Therapeuten schliefen auch mit einzelnen Klientinnen oder erwarteten persönliche Dienstleistungen von den Klienten, und spielten sich als allwissende Gurus auf.

Renate: Fehlt nur noch, dass diese Beziehungsverformung oder dieser Beziehungsmissbrauch finanziellen Interessen diene.

Sibylle: Ja, diese waren auch im Spiel: teure Therapie-Blockwochen, zum Teil im Ausland, und aus der Praxis heraus wurde eine einigermaßen edle Firma gegründet, in der man dann als Angestellter oder selbständiger Franchisenehmer arbeiten sollte. Diese Sachen bekam ich nur so am Rande mit, und blieb davon weitgehend verschont- aus heutiger Sicht würde ich aber sagen, dass mein Therapeut damals seine Macht über mich ausgespielt und auch genossen hat. Ich dachte damals, das

müsse wohl so sein in einer Therapie.

Renate: Unter den Therapiemethoden , die damals unkontrolliert wie Pilze aus der Erde, beziehungsweise aus den Geistern schossen, waren, wie deine Erfahrung deutlich macht, wohl auch gefährliche Giftpilze.

Sibylle: Ja, ich erinnere mich auch an meine Studentenzeit, vor meiner eigenen Psychiatrie-Erfahrung: damals kam die sog. „neue Innerlichkeit“ auf. Viele Leute, die ich kannte, auch Kommilitoninnen von mir, begannen damals eine Psychotherapie- allerdings meist ohne festgestellte psychiatrische Diagnose, sondern eher, weil sie sich selbst besser verstehen wollten, sich weiterentwickeln oder ihre Beziehungen klären wollten. Oder es gab auch recht obskure Selbsterfahrungsgruppen, in denen mit Bioenergetik und so weiter experimentiert wurde. Ich habe das damals ziemlich skeptisch betrachtet, nicht zuletzt deshalb, weil diese Psychotherapie-Klienten dann anfangen, auch im Alltag in einem fürchterlichen Therapiejargon zu sprechen.

Renate: Ich glaube damals war einiges dieser Art – wenn auch nicht immer ganz so giftig – in Mode - von Sensitivity-Training bis zum Ur-Schrei. Und zum Teil waren in dieser Zeit ganze Teams so munter auf dem Selbsterfahrungs-Trip, dass sie vor lauter Klärung der Beziehungen untereinander vergaßen, wofür sie eigentlich bezahlt wurden. Ich fürchte, dieser Boom hat kaum dazu beigetragen, den Umgang mit Patienten in den Kliniken und Großkrankenhäusern menschlicher zu gestalten. Jedenfalls, beeinflusste die Sache mit den strikt getrennten Welten, die du vorhin erwähnt hast, noch ziemlich lange die Arbeit in den Kernfeldern der Psychiatrie. Die Weltentrennung war tatsächlich so gewollt und wurde für psychotische Menschen noch verschärft durch die Ideologie der prinzipiellen Unverstehbarkeit psychotischen Erlebens.

Bist du eigentlich noch Vertretern dieser Ideologie begegnet, und wenn ja, was hat das bei dir ausgelöst, wie verändert sich dadurch die Beziehung?

Prins: Ich habe von dieser Ideologie so richtig erst ziemlich spät erfahren. Erlebt habe ich sie aber schon früher. Die Oberärztin meiner ersten Klinik war der Meinung, Gespräche seien gefährlich für Psychotiker. So hat man mit uns eben nicht geredet. Weder über die Psychose, noch über die Diagnose und was diese bedeutet, auch über die Medikamente habe ich nichts erfahren dürfen- weder, was das für Pillen waren, noch wozu sie gut sein sollten, wie sie überhaupt hießen, welche Nebenwirkungen sie hatten, usw. Das habe ich dann alles von meinen Mitpatienten erfahren. Es gab damals im ganzen Haus einen einzigen Psychologen, der war aber ausschließlich für die psychosomatische Station da.

Etwas anderes Unschönes habe ich kurze Zeit später bei einem stationären Therapieprogramm für Psychotiker erlebt. Das war so eine Mischung aus Tagesklinikprogramm und einem Vorläufer der Psychoedukation. Da wurde uns ein Film gezeigt, in dem jemand psychotisch wird. Also zum Beispiel auf Werbeplakate sehr stark reagiert und dazu lauter wilde Assoziationen hat. Zum einen war es so, dass die psychotisch werdende Hauptperson sehr unsympathisch und hässlich dargestellt war. Für uns Psychose-Erfahrene nicht gerade ein Identifikationsangebot. Zum anderen haben sich die anwesenden Mitarbeiter dann in unserem Beisein über die dargestellten Psychose-Inhalte kaputtgelacht. Fand ich sehr entwürdigend. Du, Renate, hast damals die Ideologie der Unverstehbarkeit hoffentlich nicht geschluckt?

Renate: Na ja – sie ist mir noch während meines Studiums sozusagen als Lehrstoff eingeflössst worden. Da hatte ich noch keine Ahnung von nichts und war erstmal geneigt zu glauben, dass Professoren schlauer sind als ich. Letzteres gehört jetzt übrigens nicht mehr unbedingt zu meinen Grundüberzeugungen. Erst später stieß ich dann auf phänomenologisch-anthropologische und daseinsanalytische Anstöße die Gegenpositionen zu der prinzipiellen Unverstehbarkeit psychotischer Erlebnisweisen einnahmen. Das Wichtigste waren aber konkrete Begegnungen mit psychisch kranken Menschen. Die halfen mir ziemlich schnell, das bloß Angelernte zu relativieren.

Prins: Und wann begannen solche konkreten Begegnungen?

Renate: Meine erste Berührung mit der Psychiatrie fand etwa Anfang der 70er Jahre statt. Eine etwa 18 jährige anfallsranke Klientin von mir , war zusätzlich an einer Psychose erkrankt und in die psychiatrische Klinik eingeliefert worden. Als ich sie mit dem Argument, ich sei ihre Therapeutin, besuchen wollte, wurde ich zunächst von dem zuständigen Arzt abgewiesen. Nur mit beharrlichem Insistieren gelang es mir, zu einem kurzen Besuch zugelassen zu werden. Genau wie du es noch in den 80er Jahren erlebt hast, hieß es, Gespräche würden den Patienten schaden, würden zu viele Gefühle aufwühlen und sie durcheinander bringen. Das Mädchen wirkte auf mich völlig verzweifelt und wollte nun von mir wissen, warum sie eigentlich in dieses seltsame Gebäude verschleppt worden war, was eigentlich los sei, keiner hätte ihr irgendetwas erklärt, keiner wolle mit ihr sprechen, sie könne dieses Schweigekartell nicht länger ertragen. Mir kamen diese Äußerungen keineswegs psychotisch, sondern menschlich sehr verständlich vor. Der Eindruck drängte sich mir auf, dass die junge Frau in dieser Klinik vor allem an einer kompletten Beziehungsverweigerung litt. Und ich wusste nicht so recht, wie ich damit umgehen sollte, dass mir mit vorwurfsvollem Unterton mitgeteilt wurde, man hätte der Patientin nach meinem Besuch wieder mehr Valium geben müssen. Die Psychiatrie Bethels wurde zu dieser Zeit von einem sehr konservativen Klinikchef dominiert, der tatsächlich die Ansicht vertrat, Gespräche seien für psychisch kranke Menschen schädlich, besonders für psychosekranke Menschen und wenn überhaupt sollte es den Psychiatern vorbehalten sein, das Wort an sie zu richten. Psychologen waren damals noch eine Rarität und ihr Erscheinen wurde mit misstrauischer Skepsis beobachtet.

Sibylle: Und was fällt Dir ein, wenn Du unter dem Begriff Beziehungsgestaltung die heutigen Verhältnisse in der Psychiatrie mit diesem Erlebnis vor 40 Jahren vergleichst?

Renate: Tja, - die Lage für mich als Psychologin ist inzwischen völlig anders. Ich kann in der Klinik ungehindert ein und ausgehen, sogar mit dem Gefühl, gern gesehen zu werden. Es herrscht kein Unverstehbarkeitsdogma mehr und auch kein alleiniger Zuständigkeitsanspruch der Ärzte. Das ist jedoch nicht alles, was sich auf deine Frage sagen lässt. Ein Beispiel:

Ende 2009 wird mir eine junge Frau, gerade genesen von einer heftigen, aber rasch wieder abgeklungenen Psychose, von der Klinik übermittelt. Man halte es für sehr wichtig, dass mit ihr psychotherapeutische Gespräche geführt würden. Die junge Frau ist schwer geschockt von dem Erleben der Psychose, aber ebenfalls - von dem Erlebnis der Psychiatrie. Keiner habe versucht, ihr bei der Einweisung zu erklären, worum es ginge, was das für ein Haus sei. Die Behauptung, man bringe sie in ein Krankenhaus habe sie nicht glauben können, dazu habe es überall zu dreckig und unfreundlich ausgesehen, keine Blumen, keine Gardinen. Allmählich habe sie begriffen, wo sie sich befand. Die Mitarbeiter seien recht nett gewesen, aber keiner habe ausreichend Zeit gehabt, mit ihr über ihre alptraumhafte Psychose zu sprechen, der sie völlig ratlos und mit großem Schamgefühl gegenüber stand.

Ogleich also Ärzte und Mitarbeiter bei weitem aufgeschlossener sind als vor 40 Jahren, schien es der Patientin nicht viel besser ergangen zu sein als dem jungen Mädchen, das ich vor 40 Jahren in der Klinik aufsuchte.

Sibylle: Ja, das kann ich aus meiner Selbsthilfearbeit nur bestätigen. Ich denke oft: in den Kliniken soll sich angeblich so viel geändert haben- aber die Klagen der Betroffenen haben sich so gut wie nicht geändert. Insbesondere Menschen, die zum ersten Mal in eine psychiatrische Klinik kommen, erleben diese noch genauso wie vor 25-30 Jahren. Das bezieht sich vor allem auf das Fehlen von Gesprächen. Manche Menschen erzählen mir, sie seien wochenlang in der Klinik gewesen, aber es habe kein einziges Gespräch über die Gründe und Hintergründe für die Einweisung gegeben, nur Medikamente. Das finde ich ziemlich skandalös.

Renate: Also ich glaube die räumlichen Bedingungen haben sich schon sehr verändert und die personellen Bedingungen in den Jahren nach der Psychiatriereform und dann noch mal nach Einführung der PVPsych auch, aber in den letzten Jahren drängt sich mir der Eindruck auf, dass den Patienten jetzt zwar nicht mehr aus ideologischen Gründen das Gespräch verweigert wird, aber aus ökonomischen Gründen.

Sibylle, mir fällt auf, dass wir bisher den Begriff Beziehung und Beziehungsgestaltung einfach so verwendet und nichts dazu gesagt haben, was das eigentlich ist, warum es so wichtig ist.

Sibylle: Und mir fällt dabei auf, dass Deine Geschichte viel stringenter ist als meine. Du hast beruflich in der Psychiatrie gearbeitet, konntest Dir eine Grundhaltung erarbeiten, warst Mitglied in einem Berufsverband, hast in einer psychiatrie- und sozialpolitischen Bewegung mitgemacht. Meine Geschichte als Patientin ist sehr viel mehr von Zufällen geprägt- in welche Klinik ich gekommen bin, mit welchen Ärzten oder Therapeuten ich es zu tun bekam. Manche wichtigen Entscheidungen habe ich aufgrund von ungenauen Informationen getroffen, die sich hinterher als falsch oder fragwürdig herausstellten. Ich glaube, so geht es vielen Betroffenen und Angehörigen heute noch. Außerdem hatte ich anfangs natürlich kein bisschen das Ansinnen, mit der Psychiatrie oder psychiatrischen Mitarbeitern in irgendeine Art von Beziehung eintreten zu wollen- die Polizei hat mich dort hin gebracht, und bei meinem ersten Aufenthalt habe ich die ganze Zeit eigentlich nicht gewusst, warum ich überhaupt in der Psychiatrie bin. Das hat mir auch niemand erklärt. Aber gerade daraus scheint sich wie selbstverständlich zu ergeben, dass Beziehung und Gespräch eng zusammengehören. Um aber noch einmal darauf zurückzukommen, dass ich ja anfangs überhaupt nicht vorhatte, irgendwelche Beziehungen einzugehen- was ist denn mit jenen Psychiatrie-Erfahrenen, die sich auch langfristig weigern, Beziehungen mit Psychiatrie-Mitarbeitern, egal aus welchem Bereich, einzugehen?

Renate: Wer außerhalb der Psychiatrie Beziehungen hat oder findet und irgendwie

klar kommt - umso besser. Aber du denkst wahrscheinlich an Menschen, denen es schlecht geht, die vereinsamen, verwaarloosen, sich selbst oder andere schädigen und denen der Gedanke, sie könnten psychisch krank oder behandlungsbedürftig sein, völlig fremd ist oder vielleicht auch an Menschen, die einmal so schlechte Erfahrungen mit der Psychiatrie gemacht haben, dass es schwierig ist, ihr Vertrauen wieder zu gewinnen. Hattest du vorhin nicht den Mitarbeiter zitiert, der etwas vom *Ringeln* um Beziehung gesagt hat? Um das Vertrauen von Menschen zu gewinnen, die in einer völlig eigenen Welt leben, muss man oft viele Umwege machen. Um im Bild zu sprechen, man kann nicht erwarten gleich durch die Tür rein gelassen zu werden, oft muss man lange um das Haus herumgehen, ehe man auch nur einen Blick durchs Fenster tun kann. Oft fehlen jedoch die zeitlichen Möglichkeiten, jemandem so nachzugehen, wie er es nötig hätte.

Flexiblere institutionelle Versuche, Brücken zu bauen zu schwer gestörten und schwer erreichbaren Menschen sind etwa das Hotel Plus in Köln oder die psychiatrische Straßensuche für Obdachlose in Hamburg.

Aber ich kenne auch das Gefühl, ziemlich rat- und hilflos da zu stehen.

Sibylle: Die Sache mit den Beziehungen ist nicht so einfach. Mir fällt dazu noch ein, dass Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung oft durchaus Beziehungen wollen, sie aber als sehr anstrengend, sogar überfordernd erleben. Oder auch enttäuscht sind von zwischenmenschlichen Beziehungen, weil die Hoffnungen, die sie damit verknüpfen, nicht in Erfüllung gehen. Grundsätzlich scheinen mir beim Thema Beziehungen zwei Gefahren zu lauern: erstens die zu große Distanz, bei der es gar keine Grenzüberschreitung von Welt zu Welt mehr gibt und zweitens die aufdringliche, eindringende Grenzüberschreitung. Zu letzterer gehört auch der ungebremste Veränderungswille von Mitarbeitern, der möglicherweise durch die Nachweispflicht von dokumentierbaren Fortschritten für die Kostenträger verstärkt wird.

Renate: Der ersten von dir genannten Gefahr werde ich wahrscheinlich erliegen, wenn, ich im Umgang mit dem anderen zu passiv bleibe, sei es aus ideologischen

Gründen, aus Gründen mangelnder Fantasie oder auch nur wegen fehlender Zeit. Dann lasse ich ihn machen, kriege aber auch nichts mehr oder nicht genug von ihm mit. Der zweiten Gefahr kann ich erliegen, wenn, ich zu aktiv bin, wenn ich Ziele verordne, Fortschritte erwarte und Anderssein nicht respektiere.

Klaus Dörner hat einmal sinngemäß gesagt. Ich habe mich in einer Beziehung so zu begrenzen, dass ich meine aktiven Schritte in eine passive Grundhaltung einbette. Mein Problem mit den heutigen so vollmundig propagierten neuen Werten von Empowerment über passgenaue Hilfen, Zielplanung usw. ist, dass das alles zwar nicht falsch ist, dass es aber vereinseitigt wird und in Gefahr steht, die Fundierung in der passiven Grundhaltung zu verlieren, zumal diese sich weder standardisieren noch messen lässt.

Sibylle:bevor wir das vertiefen, möchte ich doch noch wissen wie du in den 70er/80er Jahren überhaupt einen offiziellen Fuß in die psychiatrische Festung bekommen hast?

Renate: Das war 1985 kurz nachdem Niels Pörksen die Aufgabe des leitenden Arztes in der Betheler Psychiatrie übernommen hatte. Erst mit seinem Arbeitsbeginn war die Ära der konservativen, stark medizinisch orientierten Psychiatrie in Bethel endgültig zu Ende. Denn trotz der bereits in den 1970er Jahren erarbeiteten Ideen hatte sich in Bielefeld der Anschluss an die Psychiatriereform nur sehr langsam und immer wieder stockend vollzogen.

In diesem Zusammenhang noch eine Frage an dich: wie war eigentlich dein Blick auf die Psychiatrie bevor du durch eigene Erkrankung mit ihr in Berührung kamst?

Sibylle: Daran kann ich mich komischerweise gar nicht erinnern. 1975 war ich wohl noch zu jung, um das mitzubekommen, aber in den 80er Jahren habe ich ja auch einen sozialen Beruf studiert und erlernt. Dabei ging es um Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen, also eigentlich ein benachbarter Bereich. Ich kann mich aber nicht erinnern, mich mit dem Thema „Psychiatrie“ beschäftigt zu

haben. Wohl las ich auch psychologische Literatur, vorwiegend aus dem Bereich der humanistischen Psychologie und der Verhaltenstherapie. Und gut erinnere ich mich an die Lektüre der Kommunikationstheorien u. a. von Bateson und Watzlawick, die spielten für uns eine große Rolle. Darin kommt ja das double-bind-Phänomen vor, das als „schizophrenogen“ beschrieben wurde. Doch näher heran an psychiatrische Diagnosen und die Praxis der Psychiatrie bin ich damals nicht gekommen. Neulich traf ich eine Kollegin aus der Zeit, die jetzt seit Jahrzehnten in diesem Beruf arbeitet. Wir kamen auf das Thema Psychiatrie zu sprechen, und sie fragte mich, wie viele der Patienten eigentlich zwangsweise dort seien. Als ich ihr sagte, das seien etwa 7-10% war sie ganz erstaunt und erleichtert. Sie hatte gedacht, der größte Teil der Psychiatriepatienten sei unfreiwillig dort. Soviel zu dem Wissen anderer sozialer Berufe über die Psychiatrie.

Jetzt noch mal zu dir: Gab es noch andere Berührungspunkte zwischen dir und der Psychiatrie, aus denen sich etwas über die damaligen Ansichten zur Beziehungsgestaltung erfahren ließe.

Renate: Ja, die gab es. 1971 entstand in einer der drei damals bestehenden Psychiatrischen Kliniken Bethels eine aufmüpfige Patientenzeitung, protegiert durch einen ebenfalls aufmüpfigen Psychiater. Da hatte ich die Chance gemeinsam mit Psychiatriepatienten mitzumachen. Schon der Name dieser Zeitung nämlich „*Der Drücker*“ war Programm.

Sibylle: Inwiefern?

Renate: Drücker nannten sich die klobigen drei oder auch Vierkantschließer, mit denen geschlossene Stationen auf- oder zugeschlossen wurden. Ich hab hier mal so ein Museumsstück zur Anschauung mitgebracht.

Sibylle: Von Fritz Bremer hörte ich, dass es in diesem Zeitraum in Schleswig-Holstein eine ähnliche kritische Patientenzeitschrift gab, die den bezeichnenden Untertitel

„Unabhängige Zeitung entmündigter, aber nicht mundtoter Patienten“ trug

Renate: Ja, der Aufruhr lag damals in der Luft.

Sibylle: Und den machten die Patienten?

Renate : Jedenfalls wird m. E. die Rolle, die um die 70er Jahre herum die damaligen so genannten Langzeitpatienten, für das Einfordern von Reformen und die späteren Veränderungen spielten zu wenig gewürdigt. Sie wohnten ja damals quasi mehr schlecht als recht in den Kliniken.

Sibylle: Gab es denn außer solchen Patientenzeitungen noch Orte, wo sie sich Gehör verschaffen konnten?

Renate: Dafür spielte der sogen. Mannheimer Kreis, sozusagen der Vorläufer der DGSP, eine wichtige Rolle. Beim Abschlussplenum der 5. Tagung des Mannheimer Kreises im Mai 1972 zum Beispiel kamen die meisten Redebeiträge von Patienten aus dem längerfristigen Bereich. Es war, glaube ich, die erste Tagung, die gemeinsam mit Patienten durchgeführt wurde. Was sie beitrugen und kritisierten, wurde dann in einer der folgenden Nummern des „Drücker“ festgehalten und dort weiter diskutiert.

Sibylle : Heute tut man ja so, als sei die Sache mit der „gleichen Augenhöhe“ etwas Neues. Aber genau dies scheinen damals die Bewohnerinnen und Bewohner der Langzeitbereiche laut und öffentlich gefordert zu haben.

Renate: Ja – sie forderten es unter dem Stichwort „Gleichberechtigung“, die sie im Kontakt zwischen Patienten und Mitarbeitern nicht gewährleistet sahen.

Sibylle: Und was genau forderten sie?

Renate: Sie forderten unter anderem, dass die Gespräche der Therapeuten nicht hinter ihrem Rücken geführt werden sollten. Auch erinnere ich mich, dass die Entlassungssituation kritisiert wurde, die so schlecht sei, weil die Gesellschaft über psychische Krankheiten nicht im positiven Sinn aufgeklärt werde. Ferner forderten sie die Einführung von Gruppengesprächen und Rollenspielen in den Heimen und sie wollten, dass Psychologen eingestellt würden, von denen sie sich verständnisvolles Zuhören erhofften.

Manche beschwerten sich, dass sie in den Heimen und Kliniken wie im Kindergarten behandelt würden. Natürlich gab es auch kontroverse Ansichten unter den Patienten. Manche fanden, dass das alles zu schwarz gemalt würde, und hoben hervor, dass es doch auch Personen gäbe, die sich ihnen sehr zuwandten.

Sibylle: Wie kam es, dass die Patienten nun plötzlich den Mut fanden, sich so kritisch zu äußern

Renate: Hinter der Ermutigung solcher Kritik, steckten natürlich auch kritische, unangepasste Mitarbeiter, aber der O-Ton der Anliegen der Patienten war unverkennbar. Sie forderten andere Beziehungen und zwar auf drei Ebenen. Auf der Ebene der Gesellschaft, auf der Ebene der Beziehung zu den Mitarbeitern und auf der Ebene der Beziehungen untereinander. Alles das gehört ja – mindestens - zur Beziehungsgestaltung dazu.

Sibylle: Das mit den Mitarbeitern und der Gesellschaft scheint mir auf Anhieb verständlich, aber was meinst du mit Beziehungen der Patienten untereinander?

Renate: Die Beziehungen der Patienten unter einander wurden z. B. beeinträchtigt durch die verordnete Geschlechtertrennung – ich habe noch im Ohr wie eine Frau sich damals empörte: „Wir haben doch niemanden gebissen. Sollen wir hier denn ein Klosterleben führen?“ Die Beziehungen der Patienten untereinander wurden aber auch durch die damaligen katastrophalen räumlichen Bedingungen gestört und

erschwert – also sozusagen das Gegenteil von gestaltet. Man kann schon einen Hass auf seine Mitpatienten bekommen, wenn man in einem großen Schlafsaal nächtens zwanzigmal durch das Schlurfen zur Toilette gestört wird, mit all den entsprechenden Nebengeräuschen oder wenn man in einem engen Waschraum, mit ca. 10 Waschbecken nebeneinander unvermeidbar von den anderen bespritzt wird. In dieser Hinsicht hat sich immerhin sehr viel zum Positiven verändert.

Sibylle: Mir fällt dazu aber noch ein, dass auch heute in psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen Menschen aus oft sehr unterschiedlichen Milieus aufeinander treffen, die sich auch nicht immer gut miteinander vertragen. Und junge Menschen, die erstmalig mit der Psychiatrie zu tun haben, sind oft ganz erschrocken, wenn sie Patienten mit sehr langen Krankengeschichten und merkbaren Beeinträchtigungen dort antreffen. Oder einfach auch Leute, die in einer WfbM arbeiten oder in eine Tagesstätte gehen. Ich glaube, das wird oft von Mitarbeitern übersehen, dass dieses Miteinander für viele auch nicht leicht ist. Ich höre aber in den letzten Jahren zunehmend mehr auch von Mitarbeitern, dass sie unzufrieden sind mit derzeitigen Entwicklungen. Wie war das denn damals?

Renate: Ich würde mal so sagen: Wir waren begeistert unzufrieden. Wir waren überzeugt, wenn wir dran bleiben, wird sich was ändern. Der Feind war identifiziert, die Fronten klar. Wir wollten eine menschenwürdige Psychiatrie und der medizinisch-konservative Flügel verhinderte sie. In psychiatriekritischen Büchern, wie etwa in Jan Foudrains „Wer ist aus Holz?“ (1973), in dem die starre, „hölzerne“, diagnose-fixierte Weise Patienten zu begegnen, vehement angegriffen wurde, erkannten wir unsere Anliegen wieder.

In kleinen Widerstandsnestern mit starkem Linksdrall wurde viel diskutiert. Wir waren, glaube ich, oft auch rechthaberisch, vereinfachend und argumentierten moralisch. In Bethel schlugen sich übrigens auch einige Diakone aus durchaus christlichen Motiven, auf unsere Seite.

Ich erinnere mich, dass ein –Diakon, der ein Haus, in dem sehr schwer

beeinträchtigte Menschen lebten, leitete, ein Sit-In vor der Hauptverwaltung veranstaltete, um seinen Forderungen – so weit ich mich erinnere nach mehr Personal- Nachdruck zu verleihen. Heute würde er sich mit so einer Aktion vermutlich sofort eine Abmahnung einhandeln.

All das hatte zur Folge, dass eine Zeit des manchmal recht chaotischen Experimentierens mit neuen Begegnungs- und Beziehungsformen zwischen Patienten, Mitarbeitern und sonstigen Bürgern, insbesondere Studenten, anbrach. Neue Wohnformen wurden ausprobiert, demokratischen Patientenversammlungen abgehalten, Patientenclubs gegründet usw. Der Krankheitsbegriff wurde in Frage gestellt und zwar weil man meinte, dass dadurch echte Beziehungen unmöglich würden. Trotz mancher Übertreibungen und illusionärer Vorstellungen, kam es schließlich zu – wie ich meine - konkreten positiven Veränderungen.

Sibylle: Welche konkreten Veränderungen meinst du?

Renate: Mal abgesehen von Verbesserungen der klinischen Situation gehen viele der heutigen Dienste des Betreuten Wohnens auf solche praktischen, reformorientierten Initiativen von engagierten Bürgern, Patienten und psychiatrischen Mitarbeitern zurück.

Sibylle: Du erwähnst jetzt zum ersten Mal außer Mitarbeitern und Patienten auch Bürger. Gab es so etwas wie eine psychiatriefreundliche Bürgerbewegung?

Renate: Mir scheint, dass sich damals die Psychiatrie, jedenfalls in intellektuellen Kreisen und in den Medien, eines sehr viel größeren Interesses erfreute als heute. Sehen muss man auch, dass unsere damaligen Diskussionen in einen vielschichtigen, weit über die Psychiatrie hinaus gehenden gesellschaftlichen Diskurs eingebettet waren. Unter anderem spielte die 68er Bewegung mit ihrer Infragestellung autoritärere Strukturen hinein. Das hat ja auch mit Beziehungsgestaltung zu tun. Vertieft und differenziert wurde unsere Haltung zum bestehenden psychiatrischen

System und den Menschen, denen es nicht schaden, sondern helfen sollte, durch die beginnende Auseinandersetzung mit den Verbrechen, die während der Naziära an behinderten und psychisch kranken Menschen begangen worden waren.

Sibylle: Ich vermute, dass diese Auseinandersetzung eine Rolle für die Psychiatriereform der 70er Jahre spielte.

Renate: Ja, sie spielte eine nicht zu unterschätzende Rolle. Es war wesentlich der DGSP-Denkschrift zum 1. September 1979 „Holocaust und die Psychiatrie - oder der Versuch, das Schweigen in der Bundesrepublik zu brechen“ zu verdanken, dass der ja schon seit 1975 vorliegende Bericht der Sachverständigenkommission zur Lage der Psychiatrie in Deutschland, die so genannte Psychiatrieenquete, im Oktober 1979 endlich im Bundestag ernsthaft diskutiert wurde.

Die meisten Abgeordneten bezogen sich in der Diskussion auf die Ermordung psychisch Kranker Menschen.

Sibylle: Warst du an dieser Denkschrift beteiligt?

Renate: Nein, ich war lediglich an einer Arbeitsgruppe beteiligt, die Art und Grad der Verstrickungen Bethels in Ideologie und Verbrechen der Naziära zu erforschen versuchte.

Das Entsetzen über die unsäglichen Verschleppungen, Menschenversuche und Morde, ist das eine. Das andere ist die Zurkenntnisnahme der gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Vorgeschichte der Euthanasie. Wie konnten sich z. B. Menschen aus Wissenschaft und Kirche verführen lassen, behinderte und schwache Menschen vorwiegend als Belastung einer gesunden Gesellschaft anzusehen? Die Beschäftigung mit solchen Fragen bewirkte, dass mir die Ambivalenz des Helfens und Heilens deutlich wurde. –Es war bestürzend zu erkennen, dass Mitarbeiter in der Psychiatrie der 30er Jahre im Prinzip nicht als moralisch schlechter anzusehen sind als wir heutigen, dass sie verstrickt waren in damals moderne, angeblich wissenschaftlich

belegte Ansichten.

Die Auseinandersetzung mit diesem Schillern des Gutgewollten zum Negativen – und unter den Bedingungen der Diktatur zum schlechthin Bösen – spielte – glaube ich - für viele an der Psychiatriereform Beteiligte eine wesentliche Rolle.

Sibylle: Ich frage mich gerade, ob dieses Argument die heutigen Generationen noch erreicht, ob sie nicht einfach sagen „diese alte Geschichte hat nichts mit uns heute zu tun“. Und inwiefern hat das mit dem uns vorgegeben Thema der Beziehungsgestaltung zu tun?

Renate: Der Untertitel des 1980 von Dörner und anderen herausgegebenen Buches „Der Krieg gegen die psychisch Kranken“ lautete: Nach »Holocaust«: Erkennen – Trauern – Begegnen.“ Da hast du mit dem Stichwort „begegnen“ sehr deutlich die Verknüpfung. In den damaligen Diskussionen spielte die Erkenntnis eine Rolle, dass die Euthanasie nicht einfach von einem bösen Diktator befohlen worden ist, sondern dass bereits vor 1933 Mentalitätsveränderungen statt fanden, die es mit gutem Gewissen möglich machten, psychisch kranken und behinderten Menschen eben nicht mehr zu begegnen, sich von ihnen und ihren Geschichten nicht berühren zu lassen, Mentalitätsveränderungen, die es ermöglichten Mitleid und Barmherzigkeit als Haltung verweichlichter Schwächlinge zu diskriminieren. Und wer damals im mentalen mainstream lag, durfte sich auf der Seite von Wissenschaft und Fortschritt wähnen.

Sibylle: In welcher Weise spielt denn dies alles für die Beurteilung unserer heutigen Situation eine Rolle?

Renate : Die Frage, die sich mir stellt lautet, sind wir in der Lage früh genug zu erkennen, was gesellschaftlich vorgeht? In welche Helferideologien sind wir heute verstrickt? Wie beeinflusst gesellschaftlicher Kontext unser heutiges Handeln? Was lähmt uns gegen Missstände anzugehen?

Sibylle: Man wird dir entgegenhalten damals gab es eine Diktatur, heute haben wir demokratische Verhältnisse.

Renate: Da hätte man recht.

Sibylle: Und wie würdest du die von dir aufgeworfenen Fragen beantworten?

Renate: Am liebsten gar nicht, denn die richtigen Antworten zu finden, ist sehr schwierig.

Sibylle: Was ist daran so schwierig?

Renate: Schwierig ist erstens, dass wir Menschen dazu neigen, alles was vor unserer Zeit war selbstgerecht zu verdammen, anstatt die historischen Bedingtheiten mit in Rechnung zu stellen. Schwierig ist zweitens, dass ich ein Alter erreicht habe, in dem ich womöglich versucht bin, das, was wir selbst gemacht haben, in bestem Licht zu sehen und die gegenwärtigen Tendenzen überkritisch zu gewichten. Drittens stehe ich mitten drin im Zeitgeist, und zu einer objektiven Beurteilung braucht man eigentlich Distanz.

Sibylle: Mich interessiert aber vor allem deine subjektive Beurteilung.

Renate: Das ermutigt mich. Ich versuche also mal etwas dazu zu sagen, was ich derzeit für eine der Hauptströmungen in der Beziehungsgestaltung halte.

So etwa um 1990 herum konnte ich mich des Eindrucks nicht mehr erwehren, dass sich die Art, wie über Patienten und Klienten gesprochen wurde, deutlich veränderte. Wir waren in den Jahren vorher langsam vom Patienten zur Person vorgedrungen, von der Krankengeschichte zur Lebensgeschichte, da veränderte sich die Person schon wieder in den Kunden und die Arbeit der Mitarbeiter wurde zu Produkten.

Zum Kunden gehört eine ganz bestimmte Beziehungsstruktur. Mit Kunden macht man Verträge und verkauft Produkte. Leiter von sozialen Einrichtungen wurden zu Managern, ihre Arbeitsbereiche zu Geschäftsfeldern. Ich leitete bis 2000 den Fachbereich Psychiatrie in Bethel und sollte z. B. einen Geschäftsfeldsteckbrief erstellen, sollte Marktattraktivität, Wettbewerbs- und Marktstruktur allgemein, Markttrends, Risiken, eigene wettbewerbsrelevante Stärken, eigene wettbewerbsrelevante Verbesserungspotentiale, Marktzutrittsbarrieren usw. beschreiben.

Sibylle: Gab es denn in den sozialen Arbeitsbereichen keine Gegenwehr gegen dieses ja deutlich marktkonforme Denken und die damit verbundene Sprache.

Renate: Als das anfang schien es mir manchmal sogar so, als hätten viele nur auf solche Klarstellungen gewartet. Ich glaube, manche dachten: endlich kommt mal Transparenz in das ganze kryptische Beziehungsgemunkel, hinter dem sich doch womöglich nur Kaffee trinkende, zu viel mit Kolleginnen plaudernde Sozialarbeiter verbergen. Und Tatsache ist ja auch, dass es Gemunkel, Eigeninteressen von Institutionen, Intransparenzen etc gab. Welche Folgen die Ausweitung der Marktlogik in Verbindung mit überbordenden bürokratischen Kontrollsystemen auf den Umgang mit Menschen in den Kliniken und Diensten haben würde und wie unerbittlich diese Marktlogik weiter voran getrieben werden würde, war anfangs nicht deutlich erkennbar, trat ja auch gemeinsam mit schönen Konzepten zur Qualitätssicherung auf, die suggerierten, alles solle immer noch besser werden. Außerdem schien sich das neue Beziehungsspiel zwischen Verkäufer, bzw. Anbieter und Kunden zunächst recht gut mit anderen fachlichen Konzepten von Autonomie, Selbstbestimmung, Empowerment und auch mit der aktivierenden Sozialpolitik zu vertragen.

Von Kunden kann man erwarten, dass sie deutlich sagen, was sie wollen, Auge in Auge mit dem Anbieter, eben auf Augenhöhe und dann erhalten sie ihre einzeln verpackten Leistungspakete – natürlich nur soweit das Warenlager sie vorrätig hat.

Beziehung, Begegnung, Umgang wie will man das kontrollieren und gegenüber der Gesellschaft rechtfertigen, dass da Gelder rein fließen. Es schien von Vorteil soziale Arbeit als Produkt zu definieren. Dieses Produkt lässt sich nämlich gut über Minuten erfassen und die kann man seit Erfindung der Uhr wunderbar messen. Dann braucht man nur noch eine flächendeckende Ablaufoptimierung, ein paar Standards und eine saubere Bestimmung von Effizienzkriterien.

Der mündige Kunde, nicht mehr der befürsorgte Patient oder Klient - ist das nicht eine prima Rolle für Euch Psychiatrie-Erfahrene?

Sibylle: Beim ersten Hinhören sind das natürlich goldene Worte. Mich hat an dieser Diskussion von Anfang an skeptisch gestimmt, dass zur gleichen Zeit in der allgemeinen Politik auch dauernd von „Selbstbestimmung“ und „Eigenverantwortung“ die Rede war, dass dies in der Praxis aber bedeutete, dass der Staat oder die Solidargemeinschaft sich zurückzogen und dem einzelnen Bürger größere Lasten, vor allem finanzieller Art, auferlegten. Wenn aber unter „Mündigkeit“ oder „Eigenverantwortlichkeit“ kein größerer Gestaltungsspielraum verstanden wird, sondern eine schwerere Last, muss man auch gucken, ob der Bürger, ob nun psychisch krank oder nicht, in der Lage ist, diese Last zu tragen. Das ist das eine. Und als „Kunde“ kann ich natürlich auch an einen Neppladen geraten, wo ich bloß über den Tisch gezogen werde. Oder das so genannte Produkt ist Nepp. Und wird heutzutage ein Kunde als „mündig“ behandelt? Von Leuten, die mit Autowerkstätten oder Telefonanbietern Ärger hatten, habe ich schon öfter den Ausdruck „Knecht Kunde“ gehört. Darüber hinaus kann man im Zuge einer psychischen Krise mit seiner Selbstbestimmung auch mal an Grenzen geraten. Wer fühlt sich dann noch verantwortlich? Ich denke, der Einzelne ist nicht nur für sich selbst und die Gemeinschaft verantwortlich. Sondern die Gemeinschaft hat auch eine Verantwortung für den Einzelnen. Sonst ist Gemeinschaft, die ja auch ihre drückenden Seiten hat, in meinen Augen sinnlos. Für einen „Kunden“ aber fühlt sich niemand verantwortlich.

Renate: Verstehst du dich etwa nicht als Kundin? Wie ist es bei dir mit den Anbietern. Was nimmst du in Anspruch?

Sibylle: Eigentlich gehe ich nur so ca. einmal im Quartal zu meiner Psychiaterin. Da bin ich dann fünf Minuten drin, wir unterhalten uns meist über Nebensächliches und sie stellt mir ein Rezept aus. Mehr will ich da auch gar nicht. Ob man das nun „Beziehung“ nennen soll- ich staune manchmal, wie viel Bedeutung andere Psychiatrie-Erfahrene, die ebenso lange Termine haben, diesen kurzen Begegnungen beimessen. Darüber hinaus kann man natürlich der Meinung sein, ich bräuchte doch noch mehr und anderes- mir ist momentan nicht danach, außerdem müsste ich vieles selbst bezahlen, weil ich nicht unter die Sozialhilferegelungen falle.

Renate: Und was bekommst du in dieser Hinsicht bei anderen Psychiatrie-Erfahrenen mit?

Sibylle: Bei den niedergelassenen Ärzten eben genau das, was ich eben schilderte: Fünfminutenmedizin. Für mich ist das zur Zeit o. k., aber für jemanden, der erstmalig erkrankt ist oder sich in einer schwierigen Lage befindet, ist das viel zu wenig. Das liegt natürlich auch an der schlechten Bezahlung der niedergelassenen Ärzte, dass sich da solche Fließbandpraxen entwickelt haben. Manche Ärzte sind ja ganz engagiert und tun ihr bestes- aber sie müssen halt eine bestimmte Anzahl Patienten haben, um klarzukommen. Für die Psychiatrie-Erfahrenen ist übrigens das Argument der Ökonomisierung meist nicht ersichtlich- die nicht stattfindenden Gespräche beispielsweise führen sie oft auf Unwilligkeit oder Bössartigkeit der Mitarbeiter/innen zurück.

Renate: Ich habe da auch die gegenteilige Erfahrung gemacht. Bei meiner Arbeit in der Beschwerdestelle höre ich in letzter Zeit oft. Die Mitarbeiter sind ganz bemüht, aber sie schaffen die Arbeit nicht. Trotzdem möchte ich mich beschweren, denn es gibt Vereinbarungen und Versprechen, die nicht eingehalten werden und ich bin doch

nicht dazu da, um auf die Probleme der Mitarbeiter Rücksicht zu nehmen.

Sibylle: Mag sein, aber, was mir da manchmal aus Arztvisiten berichtet wird, lässt einen mitunter auch sehr zweifeln an deren Kommunikationsfähigkeit und Einfühlungsvermögen.

Renate: Im Spiegel las ich von neueren Studien, aus denen hervorgeht, dass Ärzte ihre Patienten im Durchschnitt nach 18 Sekunden unterbrechen.

Man könnte heute versucht sein zu fragen, wer eigentlich kritischer zu sehen ist, der Homöopath, der mit viel Zeit und Sorgfalt, ein langes zugewandtes Gespräch führt, eine ausführliche Anamnese erhebt und dann daraufhin Medikamente, die zumindest nicht schaden, verordnet oder der eilige 5-Minuten Psychiater, der schnell Bescheid zu wissen meint, hochwirksame Psychopharmaka verschreibt und den Patienten erst in drei Monaten wieder einbestellt. Der erstere nutzt wenigstens den inzwischen auch wissenschaftlich erwiesenen Placeboeffekt, der zweite verschenkt ihn.

Dabei lassen die Befunde der Placeboforscher keinen Zweifel daran, dass jede medizinische oder psychologische Zuwendung angetan ist, Selbstheilungskräfte des Körpers und der Seele frei zu setzen. Dafür gibt es sogar organische Korrelate. Hektische und unfreundliche Therapeuten können sogar den erwiesenen Nutzen von Heilverfahren zerstören.

Sibylle: Ansonsten beobachte ich, dass es riesige Unterschiede in der Behandlung und Betreuung der einzelnen Psychiatrie-Erfahrenen gibt. Es gibt, wie gesagt, Leute, die erleben die Klinik heute noch ganz genauso wie ich vor fünfundzwanzig Jahren. Andere kriegen bei einem Klinikaufenthalt alles: mehrere Einzelgespräche mit der Psychologin, Einzel- und Gruppenmusiktherapie, Psychosegruppe, Seelsorgegruppe und so weiter. Während die Erstgenannten davon noch nicht mal gehört haben, eher noch Zwangsmaßnahmen erleben. Im ambulanten Bereich bin ich auf solche Diskrepanzen auch schon gestoßen.

Renate: Hängt diese ungleiche Verteilung deiner Meinung nach eher von Zufällen ab, wie z. B. Urlaubszeiten der Mitarbeiter oder Krankheitsausfällen oder steckt darin eine bestimmte Logik? Es könnte ja sein, dass es vornehmlich diejenigen sind, die es besonders nötig haben, die so viele therapeutische Angebote bekommen.

Sibylle: Zu meinem Leidwesen sind es nach meiner subjektiven Beobachtung eher die hoffnungsvolleren und fitteren Patienten, die diese schönen Angebote bekommen, gerade nicht die kränkeren. Deshalb ist mir diese Ungleichverteilung ja so aufgestoßen.

Renate: Das habe ich befürchtet. Wie siehst du die Sache mit dem gepflegten Umgang denn im ambulanten Bereich? In unserer Stadt gibt es ja sehr viele Plätze für Betreutes Einzelwohnen, und auch etliche kleinere Wohnheime.

Sibylle: Ich glaube, viele Psychiatrie-Erfahrene machen beim Betreuten Wohnen gute Erfahrungen. Da gibt es wirklich langjährige, vertrauensvolle Beziehungen, die von den Klienten auch als sehr hilfreich beschrieben werden. Diese Beziehungen sind für die Psychiatrie-Erfahrenen dann auch sehr wichtig, mitunter überlebenswichtig. Zumal wenn sie sonst keine oder keine sehr tragfähigen sozialen Netzwerke haben. Ich frage mich sowieso, wie weit man informelle Beziehungen einseitig mit Problemen belasten kann, mit psychischen Problemen, aber auch mit Sachfragen. Irgendwann können Angehörige oder Freunde die psychische Not auch nicht mehr aushalten, fühlen sich hilflos, und wenn ich Stress mit dem Grundsicherungsamt oder der Rentenversicherung hätte, wäre mir ein darin versierter Sozialarbeiter auch lieber als eine nette Freundin, die von der Sache keine Ahnung hat. Natürlich werden diese Beziehungen auch nicht immer positiv gesehen: manche erleben ihre Betreuer sehr bevormundend oder als „Antreiber“ oder „Kontrolettis“. Wieder andere sind enttäuscht, weil ihre Erwartungen, sagen wir mal nach Verständnis und Geborgenheitsgefühlen, nicht erfüllt werden. Das ist wirklich sehr unterschiedlich. In Einzelfällen habe ich mich sogar schon gefragt, ob die Beziehung zum Betreuer nicht

schon zu nah und zu symbiotisch ist. Auch frage ich mich, wie die Dauer dieser Beziehungen gehandhabt wird- können Träger heutzutage überhaupt noch ein Interesse daran haben, Klienten auch wieder „loszulassen“? Unterschiedlich gesehen werden übrigens auch die Beziehungen an sog. geschützten Arbeitsplätzen, zum Beispiel in einer WfbM. Während einige auch da sehr zufrieden sind, kommen von anderen ernstzunehmende Klagen, die Unterschiede zwischen den „gesunden“ pädagogischen Mitarbeitern und den „kranken“ Beschäftigten würden sehr stark ausgespielt und ins Gewicht fallen, man werde überhaupt nicht als ernstzunehmender Kollege oder Kollegin wahrgenommen, immer nur als Betreuungsfall. Von anderen wiederum hörte ich, dass in manchen Werkstätten der Arbeits- und Auftragsdruck stark zugenommen habe, und von einem „geschützten“ Arbeitsplatz, also auch mit abgefederten Arbeitsbedingungen, kaum noch die Rede sein könne.

Renate: Was du beschreibst, sind kontrastreiche laufende und gegenläufige Tendenzen. Die die Antwort auf die Frage „Was geht hier vor?“ erschweren. Sehr positiv erlebe ich die zahlreichen außerinstitutionellen Kooperationszusammenhänge, im Rahmen derer wir beide uns ja auch näher gekommen sind, Z. B. gemeinsam gestaltete Fortbildungen, Psychoseseminare, interessante Projekte wie die Peerberatung, Beschwerdestellenarbeit, gemeinsame Redaktionsarbeit oder sonstige Projekte, die gemeinsam von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Profis in Angriff genommen wurden und werden. Da könnten wir aus der Bielefelder Landschaft noch manches aufzählen. M. E. sind dies neue Umgangsformen, die nicht genug gepflegt werden können. Sie zu pflegen, ist allerdings schwierig in einem Klima von Zeitnot, Minutenzählerei, Dokumentationsübertreibungen, ständigen Strukturveränderungen, Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes und einem Verständnis von Erfolg, das sich vor allem in schwarzen Zahlen ausdrückt.

Ich denke, dass heutige Mitarbeiter es da schwerer haben als wir in den 70er Jahren, die Fronten sind alles andere als klar, das gesellschaftliche Interesse an Psychiatrie ist nicht gerade auf einem Höchststand und die durch Ökonomie gesetzten Zwänge

scheinen jedes inhaltliche Argument auszustechen. Was ich von Mitarbeitern, insbesondere Basismitarbeitern höre, hört sich oft so an, als säßen sie in einer Falle und hätten keinen Bewegungs-, keinen Gestaltungsspielraums.

Sibylle: Und was wünschst du dir für die Zukunft?

Renate: Dass viel mehr Mitarbeiter aus der Rolle fallen, damit sie aus der Falle rollen, und dass Leitungen sie dabei unterstützen, und dass alle zusammen politisch deutlicher werden.

Sibylle: und in Bezug auf den gepflegten Umgang?

Renate: Dadurch, dass wir während unseres Gesprächs auch immer mal wieder den Blick auf die Geschichte geworfen haben, habe ich den Eindruck gewonnen, dass jede Zeit gefährdet ist, speziellen, zeitgeistabhängigen Versuchungen zu erliegen, Versuchungen, sich Begegnung und Beziehung zu entziehen. Solche Versuchungen kommen meist getarnt daher z. B. als neue wissenschaftliche Erkenntnisse, gerade in Mode gekommene fachliche Ideale oder als angebliche Sachzwänge.

Sibylle: Da fällt mir noch etwas ein. Was hältst du eigentlich von der UN-Behindertenrechtskonvention, die ja auch von unserer Regierung ratifiziert worden ist?

Renate: Einerseits sehr viel, denn da steht eigentlich alles drin, was heute zu einem gepflegten Umgang einer Gesellschaft mit *allen* ihren Bürgerinnen und Bürgern gehören könnte. In der Konvention heißt diese Umgangspflege Teilhabe oder Inklusion.

Sibylle : Du sagst einerseits – und andererseits?

Renate: Na ja, ich wünsche mir, dass der Graben zwischen den idealen Forderungen der Konvention und der sozialpolitischen Wirklichkeit nicht in Sonntagsreden schön geredet wird. Denn in den letzten Jahren ist meiner Ansicht nach in der Sozial- und Gesundheitspolitik auf vielen Feldern nicht mehr Teilhabe ermöglicht, sondern Exklusion verschärft worden. Ich wünsche mir, dass der Graben „Graben“ genannt wird, und dass hartnäckig daran gearbeitet wird, ihn zu überbrücken.

Sibylle: Und was wünschst du dir in Bezug auf die Beziehungsgestaltung im psychiatrischen Alltag?

Renate: Für die zwischenmenschliche Begegnung in der Psychiatrie wünsche ich mir, dass das, was in den Psychoseseminaren so im Vordergrund steht, die verständnisvolle Annäherung an die Erfahrungen Betroffener und die gemeinsame Erarbeitung von Sichtweisen zwischen den Beteiligten viel mehr Wurzeln auch im Alltag der Kliniken und Dienste schlägt. Ich glaube, dass all die erwähnten und nicht erwähnten außerinstitutionellen Aktivitäten und Projekte, trotz der Grenzen, an die sie stoßen, immerhin wie Hefepilze im Psychiatrie-Teig wirken und auch auf diejenigen Auswirkungen haben, die sich nicht direkt daran beteiligen wollen oder können.

Aber psychisch erkrankte Menschen, die bei diesen Aktivitäten nicht mithalten können, sind nach wie vor auf Kliniken und Dienste angewiesen und was da im Augenblick an Ressourcen zurückgefahren wird und gleichzeitig an lebensfremden Dokumentationsrastern gefordert wird, darf bei der jetzt manchmal vorherrschenden Empowerment und Recovery – Euphorie nicht vernachlässigt werden. Letztere ist ja gut und schön. Sie darf aber nicht dazu dienen, dass verschleiert wird, was sonst noch vorgeht.

Jetzt aber zu dir, was wäre in deinen Augen das Wichtigste damit der Umgang in der Psychiatrie sich in unserer Gegenwart als ein gepflegter erweist?

.....

Sibylle: Auf die Gefahr hin, dass das ein alter Hut ist: zu Beginn möchte ich doch

noch mal die Forderung aufstellen, dass Menschen, die mit der Psychiatrie zu tun bekommen, oder denen eine bestimmte Maßnahme empfohlen wird, gut und ausführlich informiert werden. Was den Patienten oder Klienten da manchmal als Information angedient wird oder überhaupt nicht gesagt wird, lässt einem schon mal die Haare zu Berge stehen. Dann erhoffe ich mir, dass die Unterstützung engagiert geschieht, das heißt jetzt nicht überaktiv oder gar übergriffig, sondern mit innerer Beteiligung. Dass die Mitarbeiter wirklich interessiert sind an dem Schicksal der Patienten oder Klienten, und nicht einfach „Fälle abarbeiten“.

Ich wünsche mir auch eine positive, ermutigende Grundhaltung-

Renate: Kannst du noch etwas genauer sagen, was du darunter verstehst?

Sibylle: Bei allem, was sich dann manchmal doch nicht verwirklichen lässt, ist es mir ein großes Anliegen, dass niemand aufgegeben wird. Oft ist es ja wichtig, dass Helfer die Hoffnung stellvertretend für den Betroffenen aufrechterhalten. Dass sie, ohne die Probleme zu beschönigen, auch immer die Fähigkeiten und positiven Seiten des Klienten im Blick behalten. Dass Mitarbeiter, wenn sie z.B. von einem Psychose-Seminar oder etwas anderem hören, das nicht von vornherein pauschal abwehren mit dem Satz „mit unseren Klienten geht das nicht“. Dass man den Psychiatrie-Erfahrenen die Zeit lässt, die sie brauchen. Und dass Mitarbeiter einen weiten Horizont haben, was mögliche, und auch „nicht normale“, unbürgerliche Lebensmodelle angeht, dass sie auch mal die fachliche Brille abnehmen können und den Menschen, um den es geht, nicht ausschließlich durch ein Geflecht von diagnostischen Begriffen betrachten, sondern einfach schauen: was ist mit diesem Menschen los? Insbesondere ist mir dabei auch wichtig, dass von vornherein und langfristig beachtet wird, dass auch Psychiatrie-Erfahrene ganz unterschiedliche Menschen sind, trotz gleicher Diagnosen und oft ähnlicher Lebensverhältnisse.

Renate: Sprichst du da aus eigener Erfahrung?

Sibylle: Aus meiner eigenen Erfahrung heraus wünsche ich mir auch eine gewisse Bescheidenheit, was die Änderbarkeit von Menschen durch Einflüsse von außen angeht, und dass darauf geachtet wird, dass angestrebte Ziele wirklich Ziele des Klienten sind. Zumindest sollten nicht Ziele des Betreuers als Ziele des Klienten ausgegeben werden. Und ich hoffe, dass die Mitarbeiter die Freude an der Arbeit, der Arbeit mit psychiatrie-erfahrenen Menschen, behalten. Das heißt nun nicht, dass sie ständig strahlen müssten oder nicht auch schlechte Tage haben dürfen- aber wenn sie eine pauschal negative oder pessimistische Sicht auf ihre Klienten entwickeln, doch innehalten und überlegen, wie es anders gehen könnte.

Renate: Zum Schluss möchten wir uns erlauben, unseren Dialog mit einem Zitat von Ernst Bloch¹ zu beenden. Es lautet: „Vom bloßen Wünschen ist noch keiner satt geworden.“

Sibylle: Es hilft nichts, ja schwächt, wenn kein scharfes Wollen hinzukommt.

Renate: Und mit ihm ein scharfer, umsichtiger Blick, der dem Wollen zeigt , was getan werden kann.“

Sibylle: Soweit Ernst Bloch. Wir hoffen, dass bei dieser Tagung aus dem Wünschen und Wollen auch Tun erwächst und zwar auf verschiedenen Ebenen -

Renate: auch auf der sozialpolitischen Ebene. “Wobei“, wie Ernst Bloch hinzufügt, „zur befreienden Hilfe gehört, dass sie auch zu lächeln vermag.“

Sibylle: In diesem Sinne, wünschen wir Ihnen allen und uns eine weitere kreative Tagung.

¹ Ernst Bloch: Über Karl Marx, Edition Suhrkamp, Frankfurt 1971, S. 14/15