

Entwicklungslinien des Dialogs

Thomas Bock, Dorothea Buck und Hans-Jochim Meyer

Der lange Aufbruch zu einer bedürfnisorientierten Psychiatrie

(Thomas Bock)

Psychosen phänomenologisch zu betrachten, sie als Erfahrung ernst zu nehmen, hat in Deutschland eine Tradition, die zurückreicht mindestens bis zur Phänomenologie und Daseinsanalyse (Binswanger, Kisker, ...). Der Dialog hat diese anthropologische Sicht nicht erfunden, doch er hat sie belebt und ihr eine neue Basis gegeben.

Für mich war die Begegnung mit Dorothea Buck 1989 ein Geschenk. Und fast jedes Psychoseseminar all die 20 Jahre lang bringt mir neue Anregungen, Psychosen ganzheitlich wahrzunehmen. Gerade weil ich als psychiatrisch Tätiger nicht allseits therapeutisch verantwortlich bin, kann ich in solchen Zusammenkünften lernen, vollständiger wahrzunehmen und gelassener zu bleiben – ein für die alltägliche Arbeit großer Gewinn. Gerade Erfahrene und Angehörige, die nicht über enge persönliche Beziehungen miteinander verflochten sind, können sich so wechselseitig aufmerksamer zuhören und besser einfühlen – eine Art Familientherapie ohne Familie.

Bemühen um einen »herrschaftsfreien Diskurs«

(Habermas)

In Psychose-Seminaren begegnen mir die Erfahrenen zum ersten Mal als Lehrende und Lernende zugleich. Experten durch eigene Erfahrung bzw. durch Miterleben als Angehörige sowie Experten durch Ausbildung und Beruf begegnen sich auf gleicher Ebene, um sich fortzubilden und Respekt zu vermitteln für subjektive Wahrnehmungen und unterschiedliche Bedürfnisse. Zugleich können wir erleben, dass sich eigene Veränderung und eigenes Lernen genau dort vollziehen, wo sie nicht (fremdbestimmt und unter Zeitdruck) abgefordert werden. Solche Begegnungen ermöglichen Entwicklungen, gerade weil diese nicht schon eine Bedingung ist, gerade weil sie nicht verlangt wird – eine Art Therapie ohne Absicht, eine nachvollziehbare Paradoxie und ein Ausdruck unser aller Streben nach Autonomie.

Das Psychoseseminar ist keine Therapie, vermittelt keinen Veränderungsdruck und ermöglicht so einen weitgehend »herrschaftsfreien Diskurs« (Habermas). Im Vordergrund stehen das Erzählen von Geschichten, das Austauschen von Wahrnehmungen und das Verknüpfen von Perspektiven.

»Dialog« meint die gleichberechtigte Begegnung von Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen in Behandlung, Öffentlichkeitsarbeit, Antistigmaarbeit, Lehre, Forschung, Qualitätssicherung, Psychiatrieplanung usw. Er findet mitnichten nur in Seminaren statt. Diese sind lediglich das

Übungsfeld, denn die Idee des dialogischen Diskurses bedeutet eine Herausforderung für alle drei Gruppen. Sie setzt damit Maßstäbe für die künftige Entwicklung und kann die Psychiatrie grundlegend verändern.

Stationen des Dialogs

- 1989 erstes Psychoseseminar in Hamburg
- 1992 Gründung des Bundesverbandes Psychiatrieerfahrener, seitdem Dialog auch auf Verbandsebene
- Erste dialogische Bücher, Ausweitung der Dialogidee, Dialogforen beim Stimmenhörer-Netzwerk
- 1994 Weltkongress für soziale Psychiatrie »Abschied von Babylon« mit dialogischem Konzept, seit dem viele dialogische Kongresse und Fortbildungen
- 1994 erste Behandlungsvereinbarung (Bielefeld)
- 1998 Veröffentlichung der Broschüre *Es ist normal, verschieden zu sein* in deutscher und englischer Sprache. Mit einem breiten (anthropologischen) Verstehensmodell und sehr differenziertem Behandlungskonzept
- bis 1999 ca. 150 Psychoseseminare, bundesweite Treffen in Bonn (1992), Schwerin (1999), Potsdam (2007)
- 1999 Beginn der »Antistigmakampagne von unten«, dialogische Aufklärungsarbeit gegenüber Journalisten, in Schulen, Betrieben usw., Start *Irre menschlich Hamburg* u. a.
- Etablierung der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störung (DGBS) als dialogische Fachgesellschaft
- Dialogforen von Borderline-Patienten u. a.
- Dialogforen bei der jährlichen DGPPN-Tagung
- dialogische Beschwerdestellen, ein Projekt, das von der DGSP gefördert wurde
- Start des EU-Programms zu Förderung eines Curriculums »Experienced Involvement«
- Durchführung erster EX-IN-Kurse in Bremen und Hamburg
- Start eines gemeinsamen EX-IN-Fortbildungskurses »Train the trainees«

Samenkörner für eine gesprächsbereite Psychiatrie

(Dorothea Buck)

Am 20. Januar 2009, als Barack Obama als erster schwarzer Präsident der USA vereidigt wurde, ließ auch bei uns ein Ereignis auf einen entscheidenden Gesinnungswandel hoffen. Bei einem öffentlichen Symposium im Lichthof des Berliner Martin-Gropius-Bau zur Gestaltung einer Gedenkstätte für die bisher ausgegrenzten »Euthanasie«-Opfer und für uns bis heute nicht rehabilitierten als »minderwertig« Zwangssterilisierten stimmten die rund 200 Gäste für ein Dokumentations-

Zentrum, in dem sich nichts mehr verschweigen lässt. Bis es so weit ist, wird es zwar noch lange dauern. Mit meinen 92 Jahren werde ich es nicht mehr erleben. Aber ich stelle mir dieses halbunterirdische Dokumentations-Zentrum in der Berliner Tiergartenstraße 4 neben der Philharmonie vor: Ein runder, grün bewachsener Platz lädt vor ihm zur Besinnung ein. In seiner Mitte auf niedrigem Sockel ein aus weißem Marmor gehauenes etwa 1 Meter hohes Samenkorn, aus dem sich die ersten Keimblätter entfalten. In der mit dem gleichen weißen Marmor niedrigen Einfassung der runden grün bewachsenen Fläche einige Sitze zum verweilenden Nachdenken.

Dieses sehr vergrößerte, in der Sonne strahlend weiße Samenkorn soll ein Symbol der Hoffnung dafür sein, dass aus der völlig geschichtslosen Psychiatrie vom Emil Kraepelin (1865–1926), die unsere deutsche Psychiatrie bestimmte und uns ohne ein Gespräch nicht als Mitmenschen erkennen ließ und uns darum als »minderwertig« zwangssterilisierte, und die darüber hinaus unbeschädigt zur Verkümmern Gezwungenen als »lebensunwert« ermordete, dass aus diesen Ausrottungsmaßnahmen gegen uns eine einsichtigeren, auf unseren Erfahrungen gründende empirische Psychiatrie hervorgehen möge. Ebenso wie der Samen Ursprung aller lebendigen Gestalt ist, bleibt das WORT – »Im Anfang war das Wort« – das Gespräch die Grundlage gegenseitigen Verstehens.

Wie kam es zu diesem Gespräch, dem TRIALOG zwischen uns Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen, Freunden und – wo es sie gibt – BürgerhelferInnen und Fachleuten aller in der Psychiatrie arbeitenden Berufsgruppen vor 20 Jahren im Sommersemester 1989 in der Hamburger Uni-Psychiatrie? Zwei Jahre zuvor, am 24. Juni 1987, hatte Prof. Klaus Dörner nach über drei langen Briefen an die Politiker die erste und einzige Anhörung von uns Zwangssterilisierten und einigen die »Euthanasie« Überlebenden vor dem Innenausschuss des Deutschen Bundestages in Bonn erreicht. Unsere Anhörung wurde für mich auch deshalb zu einem Wendepunkt, weil die anwesende Behinderten-Beauftragte des Bundesgesundheitsministeriums, Frau Vogel, mir auf meine Kritik an der damaligen völlig geschichtslosen und heute immer noch geschichtsarmen Psychiatrie vorschlug, meine Vorstellungen einer einsichtigeren und menschlicheren Psychiatrie für das Bundesgesundheitsministerium aufzuschreiben. Zum ersten Mal wollte jemand von der Profi-Seite wissen, wie wir die Psychose erleben und verstehen, welchen Sinn sie für uns haben kann und welche Hilfen notwendig wären.

Fast ein Jahr arbeitete ich an meinem »Antrag auf einen ›Arbeitskreis für mehr Mitbestimmung Betroffener in der Psychiatrie«, den ich am 8. Juni 1988 auf 22 Seiten auf unserem »ak 71«-Briefpapier an die Bundesgesundheitsministerin, Frau Prof. Rita Süßmuth, schickte. Kopien gingen an acht Fachleute der angeführten Berufe, auf deren Teilnahme an diesem Arbeitskreis ich hoffte. Er sollte sich aus »Psychiatern, Psychologen, Vertretern der Pfleger und Schwestern, je einem theologischen Leiter einer evangelischen und katholischen Anstalt, einem Vertreter des ›Dachverbandes psychosozialer

Hilfsvereinigungen e. V., Vertretern der Angehörigen und aus Betroffenen der Selbsthilfegruppen zusammensetzen. Aus insgesamt 30 Teilnehmern«. Er sollte »ein Arbeitspapier für die Psychiatrie- und Anstaltsverantwortlichen der anderen Bundesländer und für die konfessionellen Anstalten herausgeben« und sich einmal im Monat im Bundesgesundheitsministerium treffen.

Aus der Absage des BGM mit dem Vorschlag, »einen Arbeitskreis der vorgeschlagenen Art vor Ort einzurichten«, ging unser Hamburger TRIALOG hervor. Ich erhielt eine Einladung zu einem Psychose-Seminar im Sommersemester 1989, das der Psychologe Dr. Thomas Bock für Berufstätige und Studierende im UKE anbot. Nicht *über* psychotische Menschen, sondern *mit* mir als »schizophren« Diagnostizierter nach fünf Schüben zwischen 1936 und 1959 und damals 30-jähriger »Heilung« über die Veränderungen durch die Psychose zu sprechen, und was mir zum Psychose-Verständnis geholfen hatte, fanden sie spannend. Schon im nächsten Wintersemester 1989/90 wandelte sich das universitäre Psychose-Seminar aus einer beruflichen Fortbildung *über* Psychosen und *über* psychotische Menschen zu einem Erfahrungsaustausch *mit* den eingeladenen Mitgliedern von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen. In den folgenden Jahren verbreiteten inzwischen Professor Dr. Thomas Bock und ich auf vielen Lese- und Vortragsreisen diesen trialogischen Erfahrungsaustausch in 150 Psychose-Seminaren auch in der Schweiz und in Österreich.

Entwicklung und Bedeutung des Trialogs aus Angehörigensicht (Hans-Joachim Meyer)

Die berüchtigte »schizophrenogene Mutter«, double-bind-Theorie, einseitige Interpretationen des sog. EE-Konzeptes – alles unbewiesene Hypothesen, die den Familien der Erkrankten die Schuld an der Erkrankung zuschoben, alle wurden (und werden?) gern von vielen in der Psychiatrie Tätigen aufgegriffen. Folge dieser Theorien waren und sind vielerorts noch immer: die Familie wird abgelehnt und ausgegrenzt, Gespräche mit der Familie werden verweigert, es wird versucht, Keile zwischen die erkrankten Menschen und ihre Familien zu treiben, man beraubt damit die betroffenen Menschen der familiären Unterstützung, man verstärkt ihre soziale Isolierung, bei den Familien stellen sich Hilflosigkeit, Ratlosigkeit und Verzweiflung ein.

Die Geburt von Trialog und Psychoseseminar war ein Lichtblick für Angehörige. Es ist ein Ort, an dem ein Gespräch unter allen Beteiligten auf Augenhöhe versucht wird, ein Ort, an dem auch Angehörige ihr Erleben, ihre Sorgen, ihre Erfahrungen, ihre Fragen und Probleme artikulieren können. Es ist ein Ort, an denen Angehörigen nicht in erster Linie feindselig begegnet wird, in denen ihre Ansichten nicht von vornherein abqualifiziert werden.

Ein gelungener Trialog verhilft Angehörigen zu Informationen und Kenntnissen, die sie für sich selbst und für den Umgang

mit dem betroffenen Familienmitglied brauchen. Er verhilft zum Umgang mit den eigenen Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken, die bei den meisten Angehörigen vor der eigenen Betroffenheit genauso wie in der übrigen Bevölkerung vorhanden waren. Im Trialog können Angehörige von Betroffenen lernen, sie erfahren Dinge, die sie von ihrem eigenen erkrankten Familienmitglied nicht erfahren, sie erfahren in der Diskussion, welches Verhalten hilfreich und welches abträglich sein kann, sie erleben aus eigener Anschauung, dass Erholung von psychischer Erkrankung möglich ist.

Angehörige erleben den Trialog als einen essenziellen Baustein auf dem Weg zu einer besseren, einer humanen Psychiatrie, einer Psychiatrie, die den betroffenen Menschen und sein familiäres und soziales Umfeld einbezieht, die dem betroffenen Menschen helfen will, in und mit seiner Umwelt ein zufriedenstellendes Leben zu führen, die nicht versucht, ihn ohne Not in ein Getto sozialpsychiatrischer Versorgungssysteme einzugliedern.

Wie stellt sich uns Angehörigen der Trialog nach 20 Jahren dar? Man kommt zunächst nicht an der nüchternen Feststellung vorbei, dass der Trialoggedanke zwar offiziell gern und oft hochgehalten wird, dass aber im Arbeitsalltag des medizinischen und sozialpsychiatrischen Versorgungssystems noch erheblicher Verbesserungsbedarf besteht.

Es ist gut und begrüßenswert, dass sich landesweit mehr als 100 Psychose-Seminare gegründet haben, dass es in manchen Kliniken mittlerweile trialogische Gesprächskreise gibt, überwiegend auf » Funktionärsebene«, d. h. Chef- und Oberärzte sprechen mit Vertretern der Selbsthilfverbände der Betroffenen und der Angehörigen, dass auch auf medizinischen Fachkongressen vereinzelt trialogische Elemente zu finden sind, dass sich auch im außerstationären Bereich zunehmend trialogische Aktivitäten entwickeln.

All dies wäre vor 20 Jahren undenkbar gewesen und stellt einen enormen Fortschritt dar, der nicht geleugnet werden kann. Dieser Fortschritt darf aber nicht den Blick darauf vernebeln, dass wir, zumindest aus Angehörigensicht, noch keineswegs am Ziel sind. Es muss daran gearbeitet werden, den Trialog von der » Funktionärsebene« und aus den Zirkeln besonders engagierter Menschen heraus zu bringen in den Alltag der klinischen und außerklinischen Versorgungssysteme. Speziell auf den Stationen psychiatrischer Kliniken muss der Trialog zur Maxime täglichen Handelns im Umgang mit den Betroffenen und ihren Familien werden. Dies wird nur gelingen bei einer entsprechenden inneren Haltung der dort tätigen Menschen, bei einer humanen Haltung, die frei ist von Überheblichkeit und Besserwisseri und offen ist für die Nöte und Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Familien.

Die Verfasser

*Prof. Dr. Thomas Bock, Psychol. Psychotherapeut,
Leiter im Psychosebereich der Uniklinik Hamburg-Eppendorf,
Mitbegründer der Psychoseseminare, von Irre menschlich und ExIn,
Autor von Fach- und Kinderbüchern, Hamburg*

*Dorothea Buck, 92, Bildhauerin,
Ehrenvorsitzende des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener,
Mitbegründerin der Psychoseseminare,
Ehrenmitglied Irre menschlich, Hamburg*

*Dr. Hans-Jochim Meyer, Hausarzt,
Vorsitzender des Landesverbandes Hamburg der
Angehörigen psychisch erkrankter Menschen,
Beirat ExIn, Hamburg*