

Prins / Schernus / Bremer

Wir sind weit miteinander gegangen

Paranus Verlag

Sibylle Prins und Renate Schernus

mit Fritz Bremer

Wir sind weit miteinander gegangen

Eine Psychiatrie-Erfahrene und eine Psychotherapeutin
im Gespräch



Der PARANUS-Verlag ist integrierter Bestandteil
der gemeinnützigen »Brücke Neumünster gGmbH«.

An Redaktion, Herstellung, Werbung und Vertrieb unserer Bücher und
Zeitschriften sind alle Betriebsangehörigen – Lektoren, die Teilnehmerinnen
und Teilnehmer der Einrichtung, Setzerinnen, Drucker und Betreuende –
gemeinschaftlich beteiligt.

Wir danken herzlich allen Menschen und Institutionen, die im Förderkreis
PARANUS-Verlag unsere Arbeit unterstützen.

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

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

© 2009 Paranus Verlag der Brücke Neumünster gGmbH
Postfach 1264, 24502 Neumünster
Telefon (043 21) 2004-500, Telefax (043 21) 2004-411
verlag@paranus.de
www.paranus.de

Koordination und Lektorat: Hartwig Hansen, Hamburg
Umschlaggestaltung: druckwerk der Brücke Neumünster gGmbH
unter Verwendung eines Bildes von Heinz Mölders, Amsterdam
Druck und Bindung: druckwerk der Brücke Neumünster gGmbH

ISBN 978-3-940636-02-7

Inhalt

- 7 *Erstes Gespräch,*
 bei dem Gratwanderungen und manches andere zur
 Sprache kommen

- 26 *Zweites Gespräch,*
 bei dem es interessante Entdeckungen gibt

- 48 *Drittes Gespräch,*
 bei dem unter anderem über Gesundheit geredet wird

- 67 *Viertes Gespräch,*
 bei dem es endlich auch mal um Krankheit geht

- 75 *Fünftes Gespräch,*
 bei dem sich ahnen lässt, wie neue Möglichkeiten
 entstehen können und was sie blockiert

- 90 *Sechstes Gespräch,*
 bei dem Patentrezepte mal wieder abgelehnt werden

- 106 *Siebtes Gespräch,*
 bei dem Zusammenarbeit eine große Rolle spielt

- 127 *Achtes Gespräch,*
 bei dem man ungern, aber doch auf ein paar Probleme zu
 sprechen kommt

- 146 *Neuntes Gespräch,*
 bei dem das Zauberwort Qualität schließlich auch noch
 auftaucht

- 171 Autorinnen und Autor

Erstes Gespräch, bei dem Gratwanderungen und manches andere zur Sprache kommen

Mit etwas Distanz das alles mal anschauen / Neugier und Skepsis – erste Begegnung im Rahmen einer Psychosegruppe / Lehrbuchprofis und eine Psychologin mit komischem Blick / Psychotherapie: Enteignung oder Hilfe, zu sich selbst zu finden? / Man kann ja schlecht sagen »ein Anfall von Basisstörungen« / Mit sich selbst identisch sein können / Gratwanderung: Therapeutische Distanz und menschliche Nähe / Neue Erfahrungen / Sublime Unterwerfungsszenarien / Was eigentlich ist Psychotherapie?

Fritz Bremer: Sibylle, Renate – ich freue mich, dass ihr zugestimmt habt, mit mir ein paar Gespräche zu führen. Ihr seid beide Autorinnen unseres Verlages, du, Renate, seit 1997 und du, Sibylle, seit 1998. Die Idee, euch zu interviewen, kam mir im Jahr 2007, da bin ich während eines Vortrags, den ihr beide als Dialog gehalten habt, neugierig geworden, was euch eigentlich zusammengeführt hat, welche Themen euch beschäftigen, wie es kommt, dass ihr zu zweit Vorträge haltet und auch schon Fortbildungen gemeinsam durchgeführt habt. Denn meines Wissens ist es bisher in der Psychiatrieszene nicht gerade üblich, dass sich Menschen mit eigener Psychiatrie-Erfahrung und Professionelle auf diese Weise aufeinander beziehen. Kurz und gut, ich habe gedacht, mit den beiden möchte ich mich mal ausführlich über Psychiatrie unterhalten. Ich fange an mit der Frage: Was sind eigentlich zurzeit eure wichtigsten Berührungspunkte mit der Psychiatrie?

Mit etwas Distanz das alles mal anschauen

Renate Schernus: Gute Frage, denn mit mir hast du eine Gesprächspartnerin erwischt, die eigentlich nicht mehr zur aktuellen

Psychiatrieszene gehört, da ich bereits in der glücklichen Situation bin, Rente zu beziehen. Dennoch habe ich noch etliche Berührungspunkte mit der Psychiatrie. Sie liegen bei mir vor allem in Bereichen, die von der institutionellen Psychiatrie eher als Kür denn als Pflicht angesehen werden. Also unter anderem zeitweiliges Engagement bei den Psychoseseminaren, Fortbildungen, Vorträge, Redaktionsarbeit, Mitarbeit bei der Beschwerdestelle, Beratungen/Supervisionen, Letzteres zum Beispiel beim Team der psychiatrischen Familienpflege und neuerdings bei der Gruppe »Betroffene beraten Betroffene«, dem sogenannten Peer Counseling und last not least meine psychotherapeutische Robin Hood-Praxis ...

Fritz Bremer: ... soll wohl heißen, von den Reichen viel nehmen, von den Armen wenig?

Renate Schernus: ... so ungefähr. Zu den psychiatrischen Institutionen stehe ich in größerer Distanz als früher, zu Psychiatrie-Erfahrenen und Mitarbeitern bisweilen in größerer Nähe.

Fritz Bremer: Wenn ich das richtig verstehe, hast du jetzt eine Rolle, die manches nicht mehr möglich sein lässt, aber anderes umso mehr. Und vielleicht ist ja eine etwas größere Distanz oder zumindest ein persönlich geringeres Eingebundensein in institutionelle Mechanismen, Machtspiele und Loyalitäten eine ganz gute Voraussetzung für einen unbefangeneren Blick auf die Psychiatrie.

Wie sieht das bei dir aus, Sibylle, mit Distanz und Nähe zur Psychiatrie?

Sibylle Prins: Das überlege ich auch gerade. Sicher, ich habe über die Selbsthilfearbeit mit unglaublich vielen anderen Psychiatrie-Erfahrenen in allen möglichen Lebenslagen zu tun, durch die Gremien- und Projektarbeit mit vielen Professionellen – aber mein persönlicher Bezug zur Psychiatrie ist mittlerweile doch recht dünn: mein letzter Klinikaufenthalt liegt sechs Jahre zurück, ansonsten gehe ich einmal im Quartal zur Psychiaterin, mit der ich meist nichts zu besprechen habe – mehr ist da derzeit nicht. Wo-

rüber ich natürlich auch sehr glücklich bin. Vielleicht hast du recht, dass eine etwas größere Distanz oder im Blick auf meine Person zumindest ein persönlich geringeres Belastetsein durch eigene Behandlung und Betreuung eine ganz gute Voraussetzung ist, um sich auf ein Gespräch über Psychiatrie einzulassen.

Fritz Bremer: Das sehe ich auch so. Aber zunächst eine neugierige Frage: wie ist es überhaupt zu eurem Dialog und eurer Zusammenarbeit gekommen? Ihr seid ja weit miteinander gegangen.

Renate Schernus: Oh – da müssen wir wahrscheinlich etwas ausholen.

Fritz Bremer: Fangt doch einfach damit an, wie ihr euch kennengelernt habt.

Renate Schernus: Das muss etwa Ende 1992 oder Anfang 1993 gewesen sein ...

Neugier und Skepsis – erste Begegnung im Rahmen einer Psychosegruppe

Sibylle Prins: Ja – und in dieser Zeit fühlte ich mich eigentlich gerade nicht in besonderem Maße zu Profis hingezogen. Ich war damals seit einiger Zeit in unserer neu gegründeten Selbsthilfegruppe Psychiatrie-Erfahrener, in der es überaus lebhaft zugeht – ganz anders als in den psychiatrisch angeleiteten Therapiegruppen, die ich bis dahin kennengelernt hatte. Eines Tages erzählte Wolfgang Voelzke, damals der »Motor« unserer Gruppe, dass zwei Psychologinnen eine Gesprächsgruppe planten, in der es darum gehen sollte, über die Inhalte der Psychose zu sprechen. Das entsprach natürlich einer ganz wichtigen Forderung von uns. Wolfgang kannte beide Psychologinnen und hat uns von ihnen regelrecht vorgeschwärmt, eine davon war Renate Schernus. Ich ließ mich also dazu überreden, dabei mitzumachen. Als ich das erste Mal dorthin kam, war ich gleichzeitig sehr neugierig und auch sehr skeptisch.

Fritz Bremer: Dorthin? – Wo kamst du denn hin?

Sibylle Prins: Die Gruppe fand in der Klinik statt, die Renate damals leitete.

Renate Schernus: – eine kleine Klinik für mittelfristige psychiatrische Behandlung. Wir hatten damals bereits klinikinterne Gesprächsgruppen, in denen auch über das Erleben während einer Psychose gesprochen wurde. Darin fühlten wir uns bestärkt durch Dorothea Bucks Erfahrungsbericht »Auf der Spur des Morgensterns – Psychose als Selbstfindung«, den sie 1990 unter dem Pseudonym Sophie Zerchin veröffentlicht hatte.

Fritz Bremer: Dorothea Buck hat ja damals mit ihrem Buch einen ganz entscheidenden Anstoß gegeben zur Würdigung psychotischer Erlebnisinhalte. Es war ihr eindrucksvoll gelungen, sie als sinn- und bedeutungsvoll im Rahmen der Lebensgeschichte darzustellen.

Renate Schernus: Ja, angeregt durch Gespräche mit ihr, hatte ich damals die Idee, dass vielleicht eine ganz andere Gesprächsdynamik entstehen könnte, wenn wir nicht in den Grenzen der Klinik blieben, sondern zu einer Gesprächsgruppe der Klinik auch Bielefelder Bürgerinnen und Bürger mit Psychose-Erfahrung einladen würden, Menschen, die von sich aus Interesse haben, möglichem Sinn und möglichen Zusammenhängen ihrer Erfahrungen nachzuspüren. Eine dieser Bielefelder Bürgerinnen war Sibylle. Auch ich war natürlich neugierig und gespannt, was sich ergeben würde.

Fritz Bremer: – und warst weniger skeptisch als Sibylle?

Renate Schernus: Skeptisch war ich eigentlich nicht so sehr wegen der Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer, sondern vor allem deshalb, weil ich die von Sibylle erwähnte Kollegin nur flüchtig kannte. Sie war mir empfohlen worden, aber hieß das auch, dass wir gut zusammenarbeiten würden? Sie arbeitete an der

Universität, ihre Spezialität war die Forschung, weniger die Praxis. Ich befürchtete, dass sie zu übertriebenem Glauben an wissenschaftliche Lehrsätze und zur Ehrfurcht irgendwelchen Forschungsergebnissen gegenüber neigen könnte. Meine Befürchtungen waren ganz unbegründet. Die Zusammenarbeit klappte gut. Wir ergänzten uns eher, als dass wir uns in die Quere kamen. Auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren ja unterschiedlich. Einigen kam ihre Art mehr entgegen als meine.

Fritz Bremer: Hast du noch Kontakt zu der Kollegin? Arbeitet ihr noch zusammen?

Renate Schernus: Nein, das war eine einmalige Zusammenarbeit. Leider habe ich den Kontakt zu ihr verloren. Sie ist in eine andere Stadt gezogen.

Sibylle Prins: Das war gerade die Zeit, in der sich lokale Selbsthilfegruppen und auch der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener zu gründen begannen.

Renate Schernus: Und so hatten wir das Glück, einige der Bielefelder Pioniere in der Gruppe zu haben.

Fritz Bremer: Sibylle war vermutlich eine der Pionierinnen. Aber sie war eine von mehreren Gruppenmitgliedern – konnte sich denn damals schon ein besonderer Kontakt zwischen euch anbahnen?

Renate Schernus: Nein, keineswegs. Das hätte da ja auch gar nicht hingepasst. Während der Gruppenarbeit fiel mir Sibylle allerdings besonders dadurch auf, dass sie so plastisch und bildhaft erzählen konnte. Ich erinnere mich zum Beispiel, dass du, Sibylle, als es um grenzüberschreitendes, die Subjektivität verletzendes Verhalten ging, das zur Auslösung von Psychosen beitragen könne, etwa Folgendes erzähltest: Eine Frau hätte einmal völlig distanzlos auf dich eingeredet und gleichzeitig behauptet, dir könne man alles einreden. Dass sei für dich wie weißer giftiger

Schaum gewesen, der auf dein Territorium einströmte – danach seiest du ausgetickt. Der weiße giftige Schaum, der über die Grenze schwappt, das beeindruckte mich als poetisches Bild. Ich hätte mir eigentlich schon damals denken können, dass du eine besondere Begabung fürs Schreiben hast.

Sibylle Prins: Da hatte ich ein Bild aus den Medien übernommen – in dem Jahr waren die Wattenstrände der Nordsee von irgendeinem giftigen Schaum befallen, es gab ein großes Robbensterben ... ich hatte das Gefühl, genau das, was am Nordseestrand passierte, geschähe in übertragenem Sinne auch im Gespräch mit dieser Frau. Es war schon ein bisschen präpsychotisch, diese Analogie zwischen innerer und äußerer Welt ...

Fritz Bremer: Kann man von präpsychotischer Poesie sprechen?

Renate Schernus: Ich meinte eigentlich nicht, dass das Poesie im eigentlichen Kunstsinn war, sondern eher eine Quelle, aus der heraus Poesie entstehen kann. Außerdem fiel mir Sibylle dadurch auf, dass sie so etwas widerständig Skeptisches an sich hatte. Sie schluckte nicht einfach irgendwelche Behauptungen, sondern hinterfragte sie – oft mit feiner Ironie –, dabei immer vorsichtig, höflich und nachdenklich. Das gefiel mir, denn ich habe von jeher Probleme mit Menschen, seien es nun Profis oder Patienten, die ihre eigenen Erfahrungen und ihr eigenes Denken dem Lehrbuchwissen opfern.

Lehrbuchprofis und eine Psychologin mit komischem Blick

Sibylle Prins: Dazu fällt mir ein – meine anfängliche Skepsis beruhte ja zudem darauf, dass ich genau solchen Lehrbuchprofis während eines stationären Therapieprogramms für Psychotiker bereits einmal ausgesetzt war.

Fritz Bremer: Hört sich interessant an – magst du davon erzählen?

Sibylle Prins: Zum Konzept dieses Programms gehörte es, in einer Sitzung auch über das zu erzählen, was man in der Psychose erlebt hatte. Danach verschwanden die Anleiter – ein Krankenpfleger, ein Diplompädagoge, kein Psychologe dabei – in ihrem Teamzimmer, um über das Erzählte zu beraten. Am nächsten Tag wurde man dann mit einer Deutung der Psychose konfrontiert. Das war so eine Art Psychoanalyse-Verschnitt. Schon damals hätte ich diese Deutung selbst auch so hinkriegen können. Irgendwie beteiligt wurden die Klienten nicht an der Erarbeitung der Deutung, und man hatte diese Deutung auch so hinzunehmen und zu akzeptieren. Alles andere war mal wieder die berühmte »Uneinsichtigkeit«. Die Deutung war zudem ausschließlich defizitär formuliert, da konnte man nichts draus machen, außer mit noch mehr Macken in der Persönlichkeit nach Hause gehen.

Fritz Bremer: Als du dann zu dieser neuen Gruppe kamst, hattest du vermutlich die Befürchtung, dass dir wieder irgendetwas aufgedrängt werden sollte.

Sibylle Prins: Ja, und dann auch noch zwei fremde Psychologinnen – was würde das werden? Ich fand auch, dass du, Renate, irgendwie so einen komischen Blick hattest – erst später erfuhr ich, dass du kurzsichtig bist.

Renate Schernus: Ich und komischer Blick – na so was! Wenn's an der Kurzsichtigkeit lag, müsste ich jetzt komisch-hoch-drei schauen, da ich inzwischen noch viel schlechter sehen kann.

Sibylle Prins: Die Gruppe jedenfalls verlief dann völlig anders, als ich befürchtet hatte: meiner Erinnerung nach bekamen alle zunächst einmal Zeit, ausführlich ihre Lebensgeschichten zu erzählen. In diesem Zusammenhang standen dann auch die Psychose-Inhalte. Explizite Deutungen kamen von Renate und ihrer Kollegin so gut wie gar nicht, allenfalls interessierte, weiterführende Fragen. Um es mal so zu sagen: wir konnten in der Runde zwar unsere Psychose-Erlebnisse kommunizieren, aber sie blieben doch unser Eigentum.

Psychotherapie: Enteignung oder Hilfe, zu sich selbst zu finden?

Fritz Bremer: Durch falsch verstandene psychologische Fachlichkeit kann es also zu so etwas wie Enteignung kommen. Das könnte ja geradezu bedeuten, dass die, die vorher reich waren, durch Psychotherapie ärmer werden?

Sibylle Prins: Das kann zumindest passieren. Vielleicht geht etwas, was ich allerdings eher als Kuriosum aus der Gruppe in Erinnerung behalten habe, auch ein wenig in diese Richtung. Die Kollegin von Renate hielt uns mal einen Vortrag über diese sogenannten »Basisstörungen«. Ich fürchte, ich habe fast alles davon vergessen, aber eine Sache fiel mir auf: sie berichtete von Wahrnehmungsstörungen, unter anderem dass Menschen, die zu Psychosen neigen, manchmal einzelne Gegenstände oder Szenerien besonders hervorgehoben vom Hintergrund wahrnehmen, einen Gegenstand zum Beispiel besonders farbig oder leuchtend sehen, und dann ihre Aufmerksamkeit darauf fokussieren. Nun komme ich ja aus so einer Art Künstlerhaushalt, mein Vater war im Ersterberuf Fotograf, ein ziemlich leidenschaftlicher sogar, und beide Eltern interessierten sich sehr für die bildende Kunst des frühen 20. Jahrhunderts. Dieses »einen Gegenstand besonders hervorgehoben wahrnehmen« hatte ich bis dahin als besonderen, künstlerischen Blick kennengelernt, eine Wahrnehmungsweise, die es zu schulen und zu kultivieren galt – und nun sollte das plötzlich ein Krankheitszeichen sein? Das fand ich sehr merkwürdig.

Fritz Bremer: Vielleicht nähern wir uns hier einem Verständnis von Psychose als eigener, origineller, in sich wertvoller Daseinsform. Führt das nicht zu einer grundsätzlichen Infragestellung von Psychotherapie?

Renate Schernus: Man bewegt sich, glaube ich, häufig auf einem sehr schmalen Grat zwischen Pathologisierung und der damit leicht verbundenen Entwertung bestimmter Erlebnisweisen und einem verharmlosenden Schönreden von Leiden und Störungen. Um mal ganz konkret bei der von Sibylle erwähnten Stunde

über die sogenannten Basisstörungen zu bleiben: ich erinnere da noch ganz andere interessante Nuancen. Und ich trete Sibylle hoffentlich nicht zu nahe, wenn ich die Möglichkeit in Erwägung ziehe, dass ihre Erinnerung hier vielleicht ein bisschen künstlerische Schönfärberei treibt. Ich weiß nämlich noch, dass du, Sibylle, ganz besonders darauf ansprangst, dass die Basisstörungen fluktuieren sollen. Und du erzähltest ausführlich, dass du Wahrnehmungen gehabt hättest, die genau zu den Beschreibungen der Kollegin passten. Dass du zum Beispiel, wenn du abends von der Arbeit nach Hause kamst, nicht mehr so richtig zusammenhängend sehen konntest und Dinge auf der Straße wie Papier, Steine oder Blätter isoliert wahrnahmst.

Man kann ja schlecht sagen »ein Anfall von Basisstörungen«

Sibylle Prins: Ja, ich erinnere mich. Das war dann nicht mehr die Straße, die ich kannte. Damals ist mir zum Beispiel eine Treppe – die Stufen schwarz-weiß-schwarz-weiß – so als Muster entgegengekommen. Der Zusammenhang der Dinge ist mir verloren gegangen. Und ich hatte große Mühe gehabt nach Hause zu kommen. Um mich nicht zu verlaufen, habe ich angestrengt versucht, die Orientierung nur noch über den Kopf und nicht mehr über die Gewohnheit zu regeln. Sehr lästig war auch, dass sich mir bisweilen bestimmte Worte oder Themen gleichsam wie dunkle Inseln dinglich aufdrängten, so Worte wie »Psychiatrie« oder »Arbeit« und so was.

Renate Schernus: Fluktuierend waren diese Wahrnehmungsphänomene insofern, als sie bei dir zu Hause bei einer Tasse Kaffee am Küchentisch verschwanden. All das mag ja aus einer ähnlichen Quelle wie die künstlerische Wahrnehmung stammen, die seelische Irritation, die damit zusammenhängt, hast du damals jedenfalls sehr viel mehr betont als jetzt.

Sibylle Prins: Ja, das stimmt, das hatte ich inzwischen ganz vergessen. Dieses sehr lästige und unangenehme Phänomen trat irgendwann nach meiner zweiten Psychose plötzlich auf – manch-

mal in spezifischen Stresssituationen, manchmal ohne erkennbaren Anlass, und immer nur, wenn ich außer Haus war, nie zu Hause, eigenartigerweise besonders in der freien Natur, je wilder sie ist, umso mehr. Sowie bei und nach Sitzungen und Konferenzen. Das kann man wirklich gut unter »Basisstörungen« einsortieren.

Fritz Bremer: Und – war dieses Einsortieren für dich irgendwie hilfreich?

Sibylle Prins: Ach nein, das hat mir wenig geholfen – Ärzte waren da auch hilflos – und wenn ich mich deswegen aus sozialen Situationen herausziehen musste, habe ich gesagt, ich hätte einen Migräneanfall. Na ja, man kann ja schlecht sagen »einen Anfall von Basisstörungen«. Dieses Symptom nun künstlerisch oder esoterisch zu verbrämen, ist mir auch nicht in den Sinn gekommen. Im Unterschied zu den Psychosen, bei denen ich immer denke, die Welt verändert sich, weiß ich hierbei immer ganz genau, mit *mir* stimmt etwas nicht. Wirklich, eine scheußliche Sache, irgendwie so ein inneres Verlorengehen. Nach meiner Berentung vor sechs Jahren ist es übrigens zunächst einige Jahre lang nicht wieder aufgetreten. Was mich ein wenig gewundert hat, angesichts der Dinge, die ich in diesen Jahren unternommen habe, insbesondere der Reisen, die das Risiko des Verlorengehens ja besonders in sich tragen.

Mit sich selbst identisch sein können

Fritz Bremer: Ist das so verwunderlich? Wenn »Verlorengehen« ein Ausdruck wäre für »nicht mit sich selbst identisch sein können«, dann könnte das darauf hinweisen, dass die sogenannten Basisstörungen keineswegs rein hirnpfysiologisch zu verstehen sind, sondern eher mit einem ins Wanken geratenen Identitätsgefühl zu tun haben könnten.

Sind nicht deine Reisen mit dem Anerkanntsein als Autorin und als Vortragende verbunden? Ich könnte mir jedenfalls vorstellen, dass dich das davor schützt, dabei innerlich verloren zu gehen.

Renate Schernus: ... und diese Gefahr könnte sehr wohl dann bestehen, wenn du in der Zwangsjacke eines nicht zu dir passenden Lebens steckst, zum Beispiel in einem Job, in dem nicht entdeckt wird, was du wirklich geben kannst. So weit ich das mitbekommen habe, war das lange Zeit deine Situation.

Sibylle Prins: Da könnte was dran sein. Eine Zeit lang habe ich gedacht, es hinge auch damit zusammen, dass ich da nicht als Touristin unterwegs bin, sondern an dem Ort, an den ich reise, etwas zu tun habe. Wenn ich irgendwo rein aus touristischen Gründen bin, habe ich oft das Gefühl, ich bekäme keinen wirklichen Kontakt zu meiner Umgebung. Plötzlich fülle ich meine Zeit damit aus, Sehenswürdigkeiten, Museen, schöne Landschaften zu bewundern – aber mit dem, was vor Ort wirklich passiert, was die Menschen bewegt, wie sie leben, habe ich keine Berührung, oft noch nicht mal mit irgendeinem Menschen, der dort lebt, es sei denn Kellner und Schaffner usw. Das ist bei diesen Reisen, die ich jetzt mache, doch etwas anders. Der Kontakt ist zwar nur begrenzt, aber doch da.

Renate Schernus: Du sagtest deutlich zögernd, eine Zeit lang hättest du das gedacht. Ich ahne, dass die von Fritz und mir so schön schlüssig aufgestellten Hypothesen nicht ganz zu deinen Erfahrungen passen.

Sibylle Prins: Na ja, Tatsache ist, dass ich in letzter Zeit wieder solche wirklich störenden Empfindungen habe, obgleich ich ja weiterhin interessanten und mich ausfüllenden Tätigkeiten nachgehe und es auch nicht an Anerkennung fehlt. Dennoch ist es wie damals. Mein Sehen verändert sich, ich kann mich schlecht konzentrieren, fühle mich diffus beobachtet, meine Gedanken machen sich selbstständig und ich habe dieses unangenehme Gefühl, mich irgendwie aufzulösen. Zu Hause klingt es dann meist rasch ab.

Fritz Bremer: Ein Psychiater würde jetzt vielleicht vermuten, dass du die Medikamente reduziert hast und deshalb psychosenähere Empfindungen hast.

Renate Schernus: Oder eine Psychologin könnte fragen, ob es sich vielleicht um Signale handelt, dass inzwischen doch nicht mehr alles so passt, wie direkt nach deiner Berentung. Viel Alltag, einigermaßen dröge Gremienarbeit, eine komplizierte, exponierte und auch irgendwie ungeschützte Rolle zwischen Profis und Psychiatrie-Erfahrenen, immer mehr wachsende Verantwortung bei nicht anwachsendem Verdienst?

Sibylle Prins: Die Frage nach den Medikamenten würde ich zurückweisen, da nehme ich seit zwanzig Jahren außerhalb von akuten Krisen dieselbe (niedrige) Dosis immer desselben Präparats. Damit habe ich gute und schlechte Zeiten erlebt. An dem anderen Argument könnte etwas dran sein: aus meinem zunächst freiwilligen Engagement haben sich mittlerweile viele Verpflichtungen ergeben, denen ich mich nicht ohne Weiteres entziehen kann. Ich will ja auch für andere Menschen halbwegs zuverlässig sein, obwohl ich es nie schaffe, so hundertprozentig zuverlässig zu sein, wie ich es gern wäre. Aber die äußeren Zwänge haben wieder Einzug in mein Leben gehalten. Nun wäre ein Leben ganz ohne Verpflichtungen für mich auch nicht attraktiv, aber ich muss mir doch überlegen, ob nicht schon wieder zu viele Pflichten auf mir lasten. Und du hast recht, Renate: Es hat sich auch wieder viel Routine- und Kleinarbeit eingestellt.

Gratwanderung: Therapeutische Distanz und menschliche Nähe

Fritz Bremer: Vielleicht können wir noch einmal zurückkommen zu eurer ersten Begegnung im Rahmen der Gruppe. Sibylle, mich würde interessieren, ob es dabei noch irgendwelche Elemente gab, die anders waren als deine bisherigen Erfahrungen mit Professionellen?

Sibylle Prins: Besonders beeindruckt hat mich damals, dass die beiden Leiterinnen der Gruppe sich nicht ausgeschlossen haben – auch sie haben von ihren Lebensgeschichten erzählt, über Lebenskrisen gesprochen – tut mir leid, Renate, dass ich so viel schon wieder davon vergessen habe.

Renate Schernus: Ich weiß selbst nicht mehr, was ich damals erzählt habe, nur dass ich ziemlich bewusst überlegt habe, was dazu helfen könnte, die Erfahrungsspektren einander anzunähern.

Sibylle Prins: – und da die beiden ja nicht von erlebten Psychosen sprechen konnten, haben sie von Erlebnissen erzählt, die aus ihrer Sicht vielleicht eine gewisse Ähnlichkeit mit psychotischer Wahrnehmung hatten. Das fand ich schon toll, diesen Versuch der Annäherung und die Bereitschaft, sich zu öffnen, in der Gruppe keine unsichtbaren Neutren zu bleiben.

Fritz Bremer: Da will ich dich mal fragen, Renate: Gehörte das zu eurem Konzept?

Renate Schernus: Ich meine mich zu erinnern, dass dieser Austausch auf eine Anregung von Sibylle zurückging. Sibylle äußerte Interesse an Erfahrungen von uns Nicht-Psychosetägigen, die in ihrer Struktur und Färbung vielleicht eine Ähnlichkeit mit psychotischen Erfahrungen haben könnten. Ich weiß gar nicht, ob das eine Frage des Konzepts war. Mir scheint es eher eine Frage von Grundhaltung, ob man für den Gedanken offen ist, dass alle menschlichen Möglichkeiten, auch psychotische, grundsätzlich in jedem Menschen angelegt sind. Zu unserem Konzept gehörte es insofern, als wir es wichtig fanden, die Interessen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen ernst zu nehmen.

Fritz Bremer: Und was ist mit der sonst doch so hoch gehaltenen therapeutischen Distanz?

Renate Schernus: Da haben wir es wieder einmal mit einer Gratwanderung zu tun. Ich glaube Erleben überhaupt und eben auch psychotischem Erleben kann man nicht einfach aus einer völlig neutralen Beobachterposition heraus gerecht werden. Da muss man bereit sein, den Umweg über sich selbst zu versuchen. Sibylle hat eben die Formulierung gebraucht, dass wir uns nicht »ausgeschlossen« haben. Das Gegenteil von Ausschluss ist: *jedes* Erleben als ein im Bereich der menschlichen Möglichkeiten liegendes

aufzufassen. Das hat auch mit den heute dauernd bemühten Begriffen Inklusion und Exklusion zu tun. Und selbstverständlich haben wir nicht einfach so über uns selbst dahergeplaudert, sondern das erzählt, was der Suche nach strukturellen Ähnlichkeiten und insofern vielleicht auch der Annäherung an ein vertieftes Verständnis psychotischen Erlebens dienen konnte. Uns fiel da mancherlei ein, angefangen von bestimmten Träumen über Angsterfahrungen bis hin zu religiösen Zugängen. Bei Letzterem konnten wir natürlich mit den starken symbolischen Bildern, den Himmel- und Höllenfahrten, die während der Psychosen erlebt worden waren, nicht mithalten.

Fritz Bremer: Ich würde gerne später ausführlicher auf religiöse Erfahrungen im Rahmen von Psychosen zurückkommen. Jetzt möchte ich erst einmal dabei bleiben, wie ihr euch kennengelernt habt.

Neue Erfahrungen

Sibylle Prins: Du hast vorhin danach gefragt, was für mich sonst noch neu oder anders bei der Begegnung mit Renate im Rahmen der Gruppe gewesen ist.

Mir ist zum Beispiel in Erinnerung, dass Renate einzelne Sätze gesagt hat, die ich früher schon mal von Profis gehört hatte, gegen die ich mich immer auflehnte, die ich aber diesmal akzeptieren konnte. Das hing zum einen mit meiner damaligen Lebenssituation zusammen, in die sie hineinpassten, hauptsächlich aber damit, dass Renate sie gar nicht zu mir gesagt hatte, sondern zum Teil in irgendwelchen Neben- oder Pausengesprächen zu anderen Teilnehmerinnen oder Teilnehmern, und dann nicht als dogmatische Behauptung formuliert, sondern eher zögernd und fragend. Einer dieser Sätze war zum Beispiel der, ob es nicht auch Situationen gäbe, wo man einem Psychose-Erfahrenen mal Grenzen setzen müsse. Gegen diesen Spruch hatte ich mich bis dahin immer gewehrt, weil ich das Gefühl hatte, den Psychose-Erfahrenen würden überhaupt *nur* Grenzen gesetzt, statt ihm oder ihr auch mal Freiräume zu eröffnen, und außerdem nahmen es sich die Nichtbe-

troffenen heraus, die Grenzen des Betroffenen ständig, massiv und manchmal mit Gewalt zu überschreiten. Aber so, wie das von Renate kam, konnte ich es dann annehmen, und das war doch wichtig für meine weitere Entwicklung.

Fritz Bremer: Mir fällt auf, dass ihr euch beide ausgesprochen gut an Feinheiten und Nuancen aus dieser Zeit erinnert, obgleich das alles doch schon lange her ist.

Renate Schernus: Bei mir hat das zwei Gründe. Viele der Teilnehmer und Teilnehmerinnen der damaligen Gruppe waren Persönlichkeiten mit hoher Fähigkeit, zu sich selbst in Distanz zu treten und das Erleben während der Psychose eindrucksvoll zu schildern. So ausgeprägt hatte ich das bei den Patienten der Klinik bisher noch nicht erlebt. Und Psychoseseminare, bei denen sich diese Erfahrung dann später wiederholte, gab es damals in Bielefeld noch nicht. Manchmal wird etwas abfällig von »Elitepatienten« gesprochen. Für mich standen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gruppe gleichsam auch stellvertretend für viele andere, denen ein solcher Selbstausdruck nicht so leicht gelingt, obgleich sie Ähnliches erleben. Ich konnte so viel lernen und deshalb war ich wohl auch hellwach. Der zweite banale Grund ist, dass wir die Gruppengespräche auf Video aufgenommen hatten, und die Kollegin und ich uns auch nach den Stunden damit auseinandersetzten. Da bleibt eben mehr hängen.

Fritz Bremer: Videoaufnahmen? Hat das nicht auch etwas Superprofessionelles und stark Objektivierendes? Hat das die Teilnehmer nicht gestört?

Sublime Unterwerfungsszenarien

Sibylle Prins: Mich jedenfalls hat es nicht gestört. Ich hatte zwar keine Lust, mir die Bänder noch mal anzusehen – mich selbst im Film zu sehen ist meist ein deprimierendes Erlebnis – aber ich dachte doch: wenn die Gruppe doof wird oder ich was zu monieren haben sollte, kann ich das ja notfalls auch mit den Aufnahmen

untermauern. Das ist manchmal gar nicht so klar: ich war mal in einer Profi-Runde, in der in einer Video-Aufnahme eine nachgespielte Szene gezeigt wurde, in der ein »schwieriger« Klient eine Beratungssituation total aushebelt. Er wechselt dauernd die Beziehungsebene und -definition, macht lauter Firlefanz, und die Beraterin kann überhaupt nicht mehr reagieren. Wobei sie natürlich auch dadurch gehindert ist, dass sie an der Situationsdefinition und ihrer Profirolle festhält. Dieses Rollenspiel wurde nun in der Runde ausführlich diskutiert und analysiert, eine Sache aber, die mir aufgefallen war, wurde überhaupt nicht besprochen: ich »sah« nämlich in diesem Spiel, dass der Klient sich weigerte, alle die vielen kleinen Unterordnungs- und Unterwerfungsgesten mitzumachen, die man als Klient oder Patient immer so mitmachen muss. Ich glaube, das ist vielen, die an solchen Schreibtischen sitzen, gar nicht bewusst, dass sie das verlangen oder die Situation so inszenieren. Deshalb denke ich, solche »objektivierenden« Medien wie Video o. ä. können ja nicht nur von Profis benutzt werden, um die Klienten oder ihr eigenes Verhalten zu dokumentieren, sondern interessant ist das auch für uns Psychiatrie-Erfarene.

Fritz Bremer: Durch deine Bemerkung zur Inszenierung therapeutischer Situationen im Sinne von sublimen Unterwerfungsszenarien, sind wir jetzt zum zweiten Mal bei einer sehr kritischen Sicht auf Psychotherapie gelandet.

Sibylle: Also Fritz, dagegen muss ich mich jetzt doch mal wehren! Eine »sehr kritische Sicht von Psychotherapie« – die hätte ich, wenn ich sagen würde, das sei eine manipulative Methode, die nur dazu dient, den Einzelnen an gesellschaftliche Normen anzupassen, die Probleme individualisiert und die Begleitumstände, unter denen Menschen leben, aus dem Blick verliert. Ich hingegen mache immerzu Werbung für Psychotherapie und halte recht viel davon – was nicht heißt, dass ich nicht daran auch das eine oder andere hinterfrage.

Fritz Bremer: Naja, du erkennst und beschreibst ja doch Unterwerfungsrituale. Also – auch wenn uns das jetzt etwas von der

Frage nach eurem Kennenlernen ablenkt, würde mich an dieser Stelle trotzdem interessieren, was eine Psychotherapeutin von deiner Kritik hält? Renate, ist da nicht mal ein Plädoyer für Psychotherapie fällig?

Was eigentlich ist Psychotherapie?

Renate Schernus: Bei allem, was sich Psychotherapie nennt, arbeitet man ja bewusst mit einer asymmetrischen Kommunikation. Der eine hört, wenn's gut geht, aufmerksam zu und zentriert seine Beiträge oder gar Vorschläge nicht um seine eigenen Probleme, sondern um die des Gegenübers, der andere spricht viel von sich. Der eine bekommt das Geld, der andere zahlt. Der eine hat was gelernt, was er in dieser Situation anwenden soll, der andere soll davon profitieren. Der eine gilt als gesund, der andere als krank oder zumindest als irgendwie nicht ganz im Lot. Ich war gegenüber meinem eigenen therapeutischen Handeln immer skeptisch. Habe mich oft gefragt, auf welcher zwischenmenschlichen Grundfigur eines möglichen miteinander Umgehens eigentlich das, was wir Neuzeit-Menschen Psychotherapie nennen, basiert? Ich glaube, die Antwort auf diese Frage ist ganz entscheidend dafür, ob die Asymmetrie starr wird, ob sie entartet in etwas Schablonenhaftes oder gar in die Arroganz der angeblich Wissenden, in Machtausübung. Das Grundlegende ist, glaube ich, dass der Mensch, dem ich begegne, insbesondere, wenn er sich durch Offenheit verletzlich macht oder in einer schwächeren Position ist, mich unmittelbar in die Pflicht nimmt. Diesem Vorgang kann ich mich prinzipiell nicht entziehen, ohne mich selbst in meiner Menschlichkeit zu verletzen.

Fritz Bremer: Kannst du noch etwas deutlicher beschreiben, was du meinst?

Renate Schernus: Fällt mir nicht leicht. Ich versuch's mal: Es gibt etwas zwischen mir und dem Menschen, dem ich begegne, das mich ihm gegenüber in eine Sorgfaltspflicht nimmt, unmittelbar und primär. Das hängt damit zusammen, dass wir als geborene

Sozialwesen herumlaufen und nicht als isolierte Einzelexemplare. Therapeutisches Wissen und therapeutisches Handwerkszeug sind etwas Sekundäres, das nur dann positiv wirken kann, wenn es auf diesem Sorgfaltsmuster aufsetzt. Meist sagen wir einfach, es kommt auf die »Grundhaltung« an. Da haben wir alle das Gefühl, dass wir wissen, was wir meinen.

Fritz Bremer: Mir ist deutlicher geworden, was du meinst. Ich will nun aber wieder etwas pragmatischer werden. Herrscht im Allgemeinen nicht die Erwartung, dass Psychotherapeuten oder auch andere Professionelle Menschen sind, die qua Ausbildung mehr über seelische Krankheiten zu wissen haben als die Betroffenen?

Renate Schernus: Selbstverständlich ist der Professionelle nicht der, der mehr weiß, sondern der, der anders weiß, und der auf das, was er von den Betroffenen erfahren kann, angewiesen bleibt. Ich wollte erst sagen, dass es auf eine grundlegende Haltung des Respekts und der Achtung hinausliefe. Aber diese Worte Respekt und Achtung kamen mir dann zu hoch gestochen vor, so als verschleierten sie, dass es auch therapeutische Kontakte mit sehr schwer gestörten, schwierigen Menschen gibt, für die ich nicht unmittelbar Respekt und Achtung empfinde, sondern die bei mir durchaus auch negative Gefühle hervorrufen. Die Begriffe Respekt und Achtung stimmen aber auch hier, wenn sie nicht als Beschreibung edler Gefühle beim Therapeuten gemeint sind, sondern gekoppelt sind an die Anerkennung der Menschenrechte eines jeden Menschen. Bei unserer damaligen Gruppe haben es uns die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sehr leicht gemacht, Respekt und Achtung zu empfinden.

Sibylle Prins: Also Psychotherapie hin oder her, diese Gruppe hat mir jedenfalls gut gefallen. Ob sie mir damals geholfen hat, meine Psychose-Inhalte besser zu verstehen und einzuordnen, weiß ich heute nicht mehr – ich glaube auch, ich habe mehr von den ausführlichen Psychose- und Lebensberichten der anderen gehabt als nun gerade von meiner eigenen Darstellung.

Fritz Bremer: Gut, vielleicht machen wir mit diesem Exkurs zur Psychotherapie für heute erst mal Schluss. Morgen würde ich gerne mehr darüber erfahren, wie es dann zwischen euch weitergegangen ist.

Zweites Gespräch,

bei dem es interessante Entdeckungen gibt

Die freie Verrückten-WG / Ich habe die Wohnheime nicht erfunden / Praktischer Alltag – oder »Frau Schernus hat gesagt, ich soll meine dunkle Seite mehr ausleben« / Über meine private Schwelle werde ich niemals einen Profi lassen / Wahrgenommen werden – die Entdeckung einer Autorin / Schwer zu sagen, was Kunst ausmacht / In Wirklichkeit ist die Realität ganz anders / Wenn Sie ergebnisorientiert arbeiten, werden Sie frustriert sein / Das Katharine-Hepburn-Syndrom / Es ist schwierig, wenn man sich verbergen muss / »Allein unter Profis« – ein Abenteuerroman, der nicht geschrieben wurde / Gesund werden – ein schmerzlicher Prozess

Fritz Bremer: Wie schon gestern angekündigt, würde mich heute als Erstes interessieren, wie es zwischen euch weitergegangen ist.

Die freie Verrückten-WG

Sibylle Prins: Erst mal gar nicht. Es folgte eine Phase, in der wir uns einige Jahre nicht sahen. Das heißt, so 1992 hatte ich zwar noch die allerersten Trialog-Treffen mitgemacht, bei denen Renate auch anwesend war. Es gab aber zu der Zeit einen indirekten Kontakt: Ich wohnte damals in einer Wohngemeinschaft mit zwei anderen Menschen, die auch Psychosen hinter sich hatten, einer Frau und einem Mann. Die Frau ging dann später bei dir zur Einzeltherapie. Diese WG war übrigens ein ziemlich chaotisches Unternehmen. Auch der Partner bzw. die Partnerin meiner Mitbewohner waren oft anwesend. Wir waren also häufig zu fünft. Es handelte sich natürlich um eine unbetreute Wohngemeinschaft, wir nannten uns »die freie Verrückten-WG«. Es gab darin wohl ganz schöne Zeiten, aber auch ziemlich viele Probleme – und seit der Zeit bin ich sehr skeptisch, ob man Menschen, die alle unter

einer ähnlichen schwerwiegenden Problematik leiden, so eng zusammen wohnen lassen soll. Nach meinem Eindruck verstärkten sich unsere jeweiligen persönlichen Schwierigkeiten gegenseitig. Das Gesamtproblem war schließlich größer als die Summe aller Einzelprobleme. Das ist auch mein Vorbehalt gegen diese betreuten WGs und Wohnheime für psychisch Kranke.

Fritz Bremer: Ich kenne viele gute Gründe für betreute Wohngemeinschaften. Aber, Renate – wieso bleibst du eigentlich so ruhig bei solchen Statements? Du warst doch einige Jahre für einige solcher betreuten WGs und Wohnheime verantwortlich.

Ich habe die Wohnheime nicht erfunden

Renate Schernus: Na ja, ich habe die Wohnheime schließlich nicht erfunden. Man findet was vor und muss dann sehen, wie man das Beste daraus macht. Manchmal muss man auch versuchen, es wieder abzuschaffen. Allerdings haben Menschen, die Psychosen oder andere seelische Abenteuer hinter sich haben, oft ein verständliches Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit. Manche haben Erfahrungen hinter sich, durch die ihr bisheriges Selbstverständnis völlig durcheinandergewirbelt und bisherige soziale Bezüge zerstört worden sind. Bei einigen kommt hinzu, dass sie aus verunsichernden sozialen Milieus stammen, Milieus, die vielleicht sogar zur späteren Erkrankung beigetragen haben. Manchmal habe ich den Eindruck, heute wird übersehen, dass Menschen nicht nur flexibilisierte *Prozesse* des Helfens und einzelne gut geschnürte Leistungspakete benötigen, sondern auch *Orte* und Atmosphären. Orte, die Sicherheit geben, auch Orte zum Ausrufen. Für manche ist das die eigene Wohnung. Meiner Erfahrung nach gibt es jedoch auch Menschen, die sich, zum Beispiel nach einem Klinikaufenthalt, sehr vor dem Alleinsein fürchten. Und da sind Wohngruppen mitunter eine ganz gute Zwischenlösung. Das Problem liegt vielleicht vor allem in der Enge, womöglich potenziert durch rigide Heimstrukturen. Ich kenne sehr viele psychisch erkrankte Menschen, die zunächst kleine Wohngemeinschaften ganz deutlich dem Alleinwohnen vorziehen.

Sibylle Prins: Wozu ich noch anmerken möchte, dass Wohnheime oder Wohngruppen in meinen Augen manchmal eine ziemlich unpersönliche Umgebung darstellen. Ich finde, es macht einen Unterschied, ob man einen Raum »Aufenthaltsraum« nennt und ihn so einrichtet und behandelt, oder ob man sagt: »Das ist unser Wohnzimmer.«

Fritz Bremer: Möchten Menschen, die seelische Krisen hinter sich haben, wirklich mit anderen, die auch psychische Probleme haben, zusammenwohnen? Oder suchen sie gerade diese Möglichkeit? Vielleicht geht es ja vor allem um sehr vielfältige verschiedene Angebote?

Renate Schernus: Manche der Patienten der Klink, die ich damals leitete, wollten auf keinen Fall allein in einer Wohnung wohnen, und viele wollten am liebsten in einer WG mit »gesunden« Menschen leben. Diese WG zu finden gelang meist nicht oder nicht schnell genug, dann haben sich bisweilen mehrere Patienten zusammengetan und sind gemeinsam in eine WG gezogen oder auch allein in eine schon bestehende. Nach ein paar Jahren hatten dann viele dieser WG-Bewohner die Nase voll und machten einen neuen Schritt. Eigentlich läuft das ganz ähnlich wie bei meinen sonstigen Freunden, die mit alternativen Wohnformen angefangen haben. Diese WG's sind inzwischen auch alle geplatzt.

Damals habe ich übrigens am Rande unserer Gesprächsgruppe beobachtet, dass Sibylle von einer äußerst originellen Teilnehmerin als gewünschte WG-Partnerin angesprochen wurde, und ich habe gedacht – hoppla – ob diese Originalitäten wohl zusammenpassen?

Sibylle Prins: Na ja, ich war mir auch unsicher, ob das klappen könnte. Aber ich stand ein bisschen unter Zugzwang. Zum einen brauchte ich dringend eine neue Mitbewohnerin, damit ich die Wohnung weiterhin finanzieren konnte. Zum anderen appellierte sie an die Selbsthilfe-Solidarität; dem konnte ich mich nicht so richtig entziehen.

Fritz Bremer: Ich suche gerade mal nach unserem roten Faden. Wir waren davon ausgegangen, wie es zwischen euch weitergegangen ist – es gab, wenn ich das richtig sehe, einen indirekten Kontakt über Sibylles Mitbewohnerin.

**Praktischer Alltag – oder »Frau Schernus hat gesagt,
ich soll meine dunkle Seite mehr ausleben«**

Sibylle Prins: Nun – diese Mitbewohnerin hat natürlich nicht ausführlich von den Therapiestunden bei Renate berichtet, aber doch mal was erzählt. Ich bekam dabei ein bisschen den Eindruck, dass sie sich in der Therapie hauptsächlich mit ihren Fantasien und ihrer Kindheit beschäftigte. Das sind natürlich legitime Themen für eine Psychotherapie. Allerdings gab es in ihrem aktuellen Leben und auch in unserem Zusammenleben doch einige gravierende Schwierigkeiten, bei denen Handlungsbedarf bestanden hätte. Aus dem, was sie erzählte, konnte ich nicht entnehmen, dass sie sich in der Therapie diesen Dingen intensiv zuwandte. Nun, vielleicht hat sie es einfach nicht erzählt. Einmal gab es noch eine witzige Situation, die verdeutlicht, was passiert, wenn in einem gemeinsamen Haushalt eine Person eine Therapie macht. Wir standen in der Küche, sie erzählte von der Therapie und sagte dann: »Frau Schernus hat gesagt, ich soll meine dunkle Seite mehr ausleben.« Spontan gab ich zurück: »Aber doch hoffentlich nicht an mir ...«

Renate Schernus: Das war ja noch eine zahme, wenn auch schlagfertige Reaktion. Eine meiner letzten Klientinnen pflegte zu Sprüchen solcher Art anzumerken: »Immer diese Psychokacke.« Ich hatte mir eingebildet, zu solchen Kommentaren keinen Anlass zu geben.

Sibylle Prins: Vielleicht erzähle ich das nur deshalb, weil ich während vieler Jahre in meiner eigenen Therapie immer das Gefühl hatte, das sei eine Situation, die ganz weit entfernt ist von meinem Alltag. Anfangs hatte ich dieses Herausgenommensein aus dem Alltag, in einem extra Sprechzimmer zu sitzen, eine

besondere Situation dafür zu schaffen, auch sehr positiv wahrgenommen. Das schafft ja auch Möglichkeiten, Freiräume, Raum für neue Perspektiven und einfach auch Entlastung. Später aber störte es mich: ich hatte das Gefühl, meine Probleme im Alltag – zum Beispiel zu Hause, am Arbeitsplatz – nicht realitätsgerecht darstellen zu können, das eigentliche Problem im Gespräch nicht erwischen zu können. Es schien sich dann immer zu verändern, bis ich es selbst nicht mehr wiedererkannte. Im Alltag war dann aber alles wie gehabt. Vielleicht lag das ja auch an mir, aber manchmal hätte ich mir gewünscht, das Problem in meinem Alltag demonstrieren zu können.

Über meine private Schwelle werde ich niemals einen Profi lassen

Fritz Bremer: Wäre es dir denn lieber gewesen, wenn die Therapie bei dir zu Hause stattgefunden hätte? So eine Art ambulante aufsuchende Psychotherapie ...?

Sibylle Prins: Da muss ich sagen: definitiv nein. Das wäre mir zu nah gewesen, zu privat, zu viel Kontrolle. Aber wenn beispielsweise ein Therapeut oder eine Therapeutin, die ich schon gut kenne, mich gefragt hätte, ob ich mit einem einmaligen Besuch bei mir zu Hause oder am Arbeitsplatz einverstanden wäre – das hätte ich, glaube ich, gemacht. Vielleicht sogar schön gefunden. Dazu fällt mir noch eine etwas kuriose Geschichte ein: in den späteren Jahren hat es mich gestört, dass ich immer nur allein in diesen Gesprächen saß. Ich konnte zwar von den Menschen aus meiner Umgebung, meiner Familie usw. sprechen, aber keiner der Behandelnden kannte überhaupt jemanden aus meiner sozialen Umgebung. Nun war da eine Therapeutin, die immerfort auf ihrer familientherapeutischen Ausbildung herumritt. Und ich habe ja ein sehr enges Verhältnis zu meiner jüngeren Schwester, sie ist auch als Vertrauensperson und Bevollmächtigte in meiner Behandlungsvereinbarung eingetragen. Also sagte ich dieser Therapeutin, ich wolle mal meine Schwester mitbringen, auch, damit sie für den Fall einer neuen Krise wüsste, wer die Ansprechpartnerin sei. Meine Schwester kam also zur nächsten Stunde mit, ich stellte die beiden

einander vor und sagte noch einmal, weshalb mir das wichtig war. Die Therapeutin nickte, wandte sich zu meiner Schwester und fragte: »Was ist denn der Grund, dass Sie mitgekommen sind? Gibt es irgendwelche aktuellen Probleme?« Meine Schwester verneinte Letzteres und griff auf meine ursprüngliche Begründung zurück. Ich aber war völlig baff und auch gekränkt über das Verhalten der Therapeutin, weil sowohl meine Initiative – stell dir vor, eine Klientin, die mitdenkt – als auch meine Begründung so entwertet wurden. Damals habe ich das sogar noch geschluckt, weil ich dachte, vielleicht gehört das zum professionellen Handwerkszeug, sich so zu vergewissern. Als Klientin denkt man ja immer, na, die wissen was sie tun ...

Fritz Bremer: Ich befürchte, dass man über Sibylles gesammelten Erfahrungen mit Therapeuten wohl eher die Überschrift setzen muss: Denn sie wissen nicht, was sie tun. Oder?

Sibylle Prins: Ganz so schlimm, wie du es eben formuliert hast, würde ich das nicht sehen.

Fritz Bremer: Bist du denn auch auf Therapeuten gestoßen, die deine sozialen Beziehungen in angemessener Weise mit im Blick hatten?

Sibylle Prins: In den Kliniken und Tageskliniken machte man natürlich »Angehörigenarbeit«. Das hieß dann meist, dass man, manchmal ohne mich zu fragen, meine Eltern einlud, bei denen ich schon lange nicht mehr lebte und die natürlich auch nicht meine wesentlichsten Bezugspersonen waren. Einmal hat man, auch ohne mich zu fragen, meine WG zu einem gemeinsamen Gespräch eingeladen, weil ich da Probleme gemacht hatte. Ich habe das als sehr unangenehme Situation in Erinnerung. Im ambulanten Bereich war ich aber immer eine »Einzelfigur« – ich erinnere mich an eine Situation, in der ich in einer Gruppe im Rollenspiel irgendeinen Konflikt aus einer Praktikumsstelle lösen sollte. Ohne Einblick in diesen Berufszweig und jenen speziellen Betrieb ging das völlig an der Realität vorbei. Überhaupt, wenn ich zum Beispiel in

Fragebögen nach regelmäßigen zwischenmenschlichen Kontakten gefragt wurde, wunderte es mich, dass man nirgendwo »die Kollegen« ankreuzen konnte – denn das waren die Leute, mit denen ich am häufigsten und regelmäßigsten zusammen war, die ich ertragen musste, und die mich ertragen mussten. Ich fand, dass die Fragestellungen in der Psychiatrie überhaupt oft an meinem Alltag vorbeigingen. Und die Rückmeldungen, die ich von Profis erhielt, waren oft konträr zu dem, was ich aus meinem Verwandten- und Freundeskreis zu hören bekam.

Renate Schernus: Als ich Sibylle kennenlernte, hatte sie daraus das Fazit gezogen: »Über meine private Schwelle werde ich niemals einen Profi lassen.« Damals hätte ich keine Chance gehabt, mal ne Tasse Kaffee bei ihr zu bekommen.

Sibylle Prins: Ja, das habe ich natürlich inzwischen nicht mehr aufrechterhalten können ... und so ausschließlich schlechte Erfahrungen hatte ich nun auch wieder nicht gemacht, auf jeden Fall nicht mit den Gesprächen bei niedergelassenen Therapeuten, die haben mir im Großen und Ganzen damals doch viel Halt gegeben.

Wahrgenommen werden – die Entdeckung einer Autorin

Fritz Bremer: Nach diesem Exkurs über Psychotherapie und Therapeuten möchte ich doch noch mal auf eure Geschichte zurückkommen. Seid ihr seit 1992 kontinuierlich im Kontakt geblieben?

Sibylle Prins: Nein, keineswegs, 1993 geriet ich in eine ganz schwerwiegende und lang anhaltende Krise, die mit einem bzw. mehreren recht verkorksten monatelangen Klinik- und Tagesklinikaufenthalten einherging. Danach hatte ich ziemliche Berührungsängste mit all diesen Psychiatrie-Mitarbeitern. Zur Selbsthilfegruppe und zu den Trialog-Treffen ging ich mehrere Jahre lang nicht mehr, hielt aber wohl meine privaten Kontakte zu einigen wenigen Psychiatrie-Erfahrenen aufrecht. Nach der endgültigen Entlassung aus der Tagesklinik ging es mir noch zwei Jahre lang ziemlich schlecht.

Renate Schernus: War das nicht bei dem Fest »5 Jahre Trialog«, als sich unsere Wege zufällig wieder kreuzten?

Sibylle Prins: Ja, das muss ca. 1997 gewesen sein. Da ging es mir wieder einigermaßen gut. Ich fühlte mich stark genug, dorthin zu gehen. Dort traf ich Renate dann erstmals wieder. Ich erinnere mich noch, dass sie ein lustiges Gedicht vorgetragen hat, und in einer Pause unterhielten wir uns ein bisschen.

Ich erzählte ihr unter anderem, dass ich schreibe, und fragte sie schließlich, ob ich ihr ein paar Texte von mir schicken dürfte. Sie zeigte Interesse und ich schickte ihr dann einiges zu, obwohl es mir eigentlich peinlich war – denn was sollte sie nun damit anfangen? Vielleicht gefielen ihr meine Texte auch überhaupt nicht. Mir kam das so unreif vor, diese Sachen jemandem zuzuschicken. Ich selbst war nicht sonderlich überzeugt von meinen Gedichtlein und den sonstigen Texten, aber hoffte natürlich trotzdem, sie könnten jemandem gefallen. Einige Tage später rief sie mich an und sagte, sie würde einen Herrn Bremer bzw. einen kleinen Verlag kennen, ob ich nicht mal was dorthin schicken wolle.

Sie gab mir dann eine Ausgabe eurer Zeitschrift *Brückenschlag*, damit ich den Paranus Verlag kennenlernen konnte.

Fritz Bremer: Jetzt interessiert mich natürlich, über welchen *Brückenschlag* du unseren Verlag kennengelernt hast.

Sibylle Prins: Nun, das war ausgerechnet der *Brückenschlag* zum Thema »Gewalt«, das heißt, darin waren lauter sehr ernste Texte zu einem sehr ernsten Thema. Und die meisten eben auch zur Gewalt in der Psychiatrie. Ich dachte, mit meinen heiteren Spielereien können die von diesem Verlag ganz bestimmt nichts anfangen. Außerdem war ich damals, obwohl meine Psychose- und Psychiatrie-Erfahrungen mein ganzes Leben umgekrempelt hatten und bestimmten, nicht in der Lage, darüber zu schreiben. Über jedes sonstige Thema, nur nicht über Psychose und Psychiatrie. Ich hatte bezüglich dieses Themenkreises eine regelrechte Schreibblockade, die schon lange anhielt, wenn man bedenkt, dass mein erster Psychiatrie-Aufenthalt bereits 1986 gewesen war. Und

ob ich das überhaupt sein wollte – eine schreibende Psychiatrie-Erfahrene? Ich war sehr erstaunt, dass der Verlag so positiv auf meine Texte reagierte!

Fritz Bremer: Warum ist das eigentlich oft so, dass eine Patientin, ein Patient sofort anders, besonders betrachtet werden, wenn sie oder er schreiben, zeichnen, malen, sich literarisch und künstlerisch äußern?

Sibylle Prins: Hm, ich fürchte, ich habe dazu eine etwas negative Meinung. Mir scheint oft eine ordentliche Portion Voyeurismus in diesem Interesse zu liegen, so, als könne man in den Werken psychisch erkrankter Menschen etwas ganz besonders Sensationelles aus den Abgründen der Seele erfahren – und sich dann so schön gruseln. Mein zweiter Einfall dazu ist auch nicht viel besser: Menschen mit psychischen Problemen werden ja auch deshalb stigmatisiert, weil sie in unserer Leistungsgesellschaft als »unproduktiv« gelten. Wenn dann jemand Bilder malt oder Texte schreibt, ist er oder sie doch wieder produktiv und kann gesellschaftliche Anerkennung erlangen. Diese Haltung gilt übrigens oft nicht nur für »die anderen«, sondern auch für uns Psychiatrie-Erfahrene selbst. Mir war dieser Zusammenhang, Schreiben und Psychiatrie-Erfahrung, anfangs überhaupt nicht recht, deshalb habe ich meine ersten Texte unter Pseudonym veröffentlicht. Man sollte nicht gleich erkennen können, ob sie von einer Psychiatrie-Erfahrenen stammen oder nicht, sondern sie als Texte für sich nehmen. Inzwischen schreibe ich aber so viel über Psychiatrie-Erfahrung, dass das hinfällig geworden ist. Allerdings kann man es natürlich auch ins Positive wenden: wenn jemand die Kraft hat, aus Erlittenem heraus schöpferisch tätig zu sein, das sozusagen kreativ zu überwinden, findet vielleicht auch dieser Aspekt Anerkennung.

Fritz Bremer: Und wie war das für dich persönlich? Würdest du sagen, das Schreiben hatte therapeutische Wirkung?

Sibylle Prins: Ich habe mich immer dagegen gewehrt, mein

Schreiben als »Therapie« zu betrachten, auch wenn man natürlich beim Schreiben über Dinge, Ereignisse noch einmal neu nachdenkt und sie sortiert. Aber mein Interesse am Schreiben war schon vor den Psychosen vorhanden, und später nahm ich an einer Schreibgruppe für Frauen teil, die lange Zeit mein einziger »krankheitsfreier Raum« war. Na ja, vielleicht war das gerade das Therapeutische daran ... Über Psychosen und Psychiatrie konnte ich erst anfangen zu schreiben, als ich diese Geschichte schon ein ganzes Stück weit verarbeitet hatte. Es war aber gut, so eine Tätigkeit, das Schreiben eben, zu kennen, die zwar zeitweise durch die Erkrankung beeinträchtigt, aber eigentlich – bei mir jedenfalls – davon unabhängig war. Heutzutage schreibe ich zwar viel über Psychiatrie, das ist jedoch eher so, dass sich mir dieses Thema in den Weg gelegt hat. Und weil es zu Veröffentlichungen in diesem Bereich kam, von denen die eine die nächste nach sich zog. Dieses Veröffentlichen tut mir auf jeden Fall gut – wenn das »therapeutisch« ist ...

Schwer zu sagen, was Kunst ausmacht

Renate Schernus: Bei euch beiden hörte ich ein gewisses Unbehagen hinsichtlich des Verhältnisses von Psychiatrie-Erfahrung und Kunst heraus. Das könnte damit zusammenhängen, dass die Krankheit als Krankheit übergeneralisiert wird, so als würde sie in alle Lebensäußerungen wie von selbst eindringen und sie krankhaft einfärben. Was Sibylle betrifft, weiß ich nun allerdings noch ganz genau, dass ich einfach von ihren Gedichten und Kurzgeschichten angetan war und dabei nicht ihre Psychiatrie-Erfahrung im Blick hatte, jedenfalls nicht als Krankheitsphänomen. Sibylles Texte sprachen in ihrem künstlerischen Ausdruck für sich.

Fritz Bremer: Aber – damit knüpfe ich auch an Sibylles Aussagen an – ist es nicht so, dass künstlerischer Ausdruck, zum Beispiel das Schreiben, zur Klärung, zur Selbstverständigung hilft und insofern auch immer, und am besten ohne Absicht, einen therapeutischen Aspekt hat?

Renate Schernus: Sicher, schreiben kann auch therapeutisch wirken und es kann oft Sinn machen, dass Menschen, die Leidvolles erlebt haben, darüber schreiben und zum Beispiel Gedichte verfassen. Auch wenn mich so etwas menschlich interessiert und anspricht, fühle ich mich nicht verpflichtet, dem allen auch einen künstlerischen Wert beizumessen. Sibylles Texte sprachen bei mir sofort eine andere Ebene an. Es ist ja schwer zu sagen, was Kunst ist, was Dichtung ausmacht. Ich glaube, es hat mit der Fähigkeit zu tun, die eigene Erfahrung zwar zu nutzen, sie anzuschauen und abzuhorchen, sie aber dann irgendwie mit den allgemeinen Menschheitsthemen und Menschheitsfragen zu verknüpfen, sich als Wesen, das sich in diesem erstaunlichen Kosmos selbst wahrnimmt, zu verstehen und das Subjektive daran auf eine andere Ebene zu bringen. Der leichte Hauch von Humor und Ironie, von einem »Sich-selbst-nicht-allzu-ernst-nehmen«, der über vielen von Sibylles Texten schwebt, gefiel mir auch sehr. Auf Anhieb hatte ich mich in das kleine Gedicht mit dem Titel *Profit* verliebt.

Es stimmt:

Mit Poesie

kann man keinen Blumentopf gewinnen

Nur die

Blume darin

Sibylle Prins: Damals sagte ich jedenfalls zu dem Vorschlag, dem Paranus Verlag Texte zu schicken, erst einmal nein. Du, Renate, entgegnetest dann so etwas wie: »Nun gut, wenn Sie nicht wollen, aber haben Sie denn andere Möglichkeiten zu veröffentlichen?« Hatte ich natürlich nicht. Und du: wenn ich selbst schon nichts einschicken wolle – ob du meine Texte hinschicken dürftest?

Na ja – wenn man einerseits gern mal was veröffentlichen möchte, andererseits so gedrängt wird. Ich gab also eine halbherzige Zustimmung und dachte: daraus wird ja doch nichts. Wurde aber was: bereits im nächsten *Brückenschlag* wurde ein Text von mir veröffentlicht. Damit hatte ich eigentlich mein Lebensziel er-

reicht – ein Text von mir war in einem richtigen Buch abgedruckt worden! Was sollte danach noch kommen?

Fritz Bremer: Inzwischen hast du zwei Bücher geschrieben und eines herausgegeben, die im Paranus Verlag veröffentlicht wurden. Ein weiteres hast du im Psychiatrie Verlag herausgegeben, hast in zahlreichen Zeitschriften veröffentlicht und bist eine begehrte Vortragsrednerin – und das alles nicht mehr unter Pseudonym, wie bei den ersten Veröffentlichungen.

Sibylle Prins: Renate hat mich mal gefragt, wozu ich die Psychosen nötig gebraucht hätte, und ich habe, glaube ich, geantwortet: um wahrgenommen zu werden.

Renate Schernus: Und dafür – so scheint es mir inzwischen – haben sie jetzt wohl ausgedient.

Fritz Bremer: Die Entdeckung einer Autorin haben wir also eurem Zusammentreffen auf diesem Jubiläum »5 Jahre Trialog« 1997 zu verdanken.

In Wirklichkeit ist die Realität ganz anders

Renate Schernus: Von dem Jubiläum erinnere ich übrigens noch etwas ganz anderes: Ich sehe Sibylle da noch in der linken Ecke beim Büfett stehen. Ich sage: »Ach wie nett, Frau Prins, Sie mal wiederzutreffen.« Und sie entgegnet schmunzelnd. »Ich fürchte, ich kann mich nur noch unter ärztlicher Begleitung verlieben.« Dann erzähltest du, Sibylle, dass du – wohl in Zusammenhang mit Verliebtheit – zwischenzeitlich wieder das Paradies auf Erden ins Auge gefasst und psychotische Ausflüge, mit sehr schwierigen Zeiten, hinter dir hattest. Die feste Absicht, auf die sich aufdrängende Überzeugung, das Paradies auf Erden hinge ganz entscheidend von dir ab, nicht wieder reinzufallen, hätte nichts genützt. Sobald das psychotische Erleben begänne, sei klar, eindeutig und zwingend, dass es aus unabweisbaren Gründen diesmal mit dem Paradies klappen werde.

Fritz Bremer: Das heißt, du kannst nicht mit Hilfe der Vernunft vorbeugen? Dein psychosefreies Wissen und Denken haben keinen Einfluss auf das Psychoseerleben?

Sibylle Prins: Das werde ich auch manchmal gefragt, wenn ich vor Fachschulklassen von Psychosen erzähle, ob man das irgendwann nicht einfach weiß, dass es nicht die Wirklichkeit, sondern psychotisches Erleben ist. Mal abgesehen von der interessanten Frage, was denn eigentlich die Wirklichkeit (und welche) ist – meine Psychosen oder mein psychotisches Ich waren zwar lernfähig, aber nur begrenzt – ich dachte dann jedes Mal, die früheren Paradiesausbrüche seien nur Probeläufe oder Tests gewesen, diesmal aber sei es wirklich wahr ...

Fritz Bremer: Vielleicht findest du meine Frage naiv, aber was ist für dich, nach all deinen Erfahrungen die »eigentliche« Wirklichkeit – oder besser die »wirkliche« Wirklichkeit?

Sibylle Prins: Naiv geantwortet: wenn ich das wüsste, würde ich alle Nobelpreise auf einmal bekommen und könnte mich für den Rest meines Lebens aufs Sofa zurückziehen ... Im Ernst: mir fällt auf, dass beim Auftreten von Psychosen, bei sogenanntem Wahn und Halluzinationen, alle Umstehenden plötzlich ganz genau wissen, was »wirklich« ist und was nicht. Ich schließe mich da selbst mit ein. Natürlich leben und handeln wir in einer Art gemeinsamer Wirklichkeit, über manche Dinge sind wir uns sogar einig – aber ob der andere Mensch dasselbe sieht, was ich sehe, wenn wir beide vom »blauen Himmel« sprechen, ist weiterhin unklar. Diese Wirklichkeit, auf die wir uns berufen, ist uns ja nur zum Teil bekannt, sie ist voller Widersprüche und kann aus ganz unterschiedlichen Perspektiven gesehen, erlebt, interpretiert werden. Wenn man auf die Physik schaut oder andere Grundlagenwissenschaften, löst sich unser Wirklichkeitsverständnis teilweise auf – da wird klar, dass der Augenschein und unser »normaler Menschenverstand« ganz schön trügen können. An der Hirnforschung finde ich beispielsweise interessant, dass sie sagt, wir könnten über die »Welt da draußen« überhaupt nichts Verlässliches aussagen,

sondern seien auf das angewiesen, was unser Gehirn uns davon vorspiegelt. Gleichzeitig stellen diese Forscher die sogenannte Wirklichkeit am wenigsten in Frage. Auch philosophische Konzepte, die sich mit dem Wesen der Realität beschäftigen, gibt es ja. Wir tun aber, insbesondere wenn wir es mit Psychosen zu tun haben, oft so, als sei die Wirklichkeit klar, eindeutig, selbstverständlich. Meine Frage dazu lautet einfach nur: ist sie das?

Renate Schernus: In Wirklichkeit ist die Realität ganz anders – oder: immer schön auf dem fliegenden Teppich bleiben.

Fritz Bremer: Du meinst, ich habe die Frage nach »Wirklichkeit« schon viel zu verbissen gestellt?

Renate Schernus: Nein, keineswegs – sie führt ja zur Einsicht in unser aller beschränktes Erkenntnisvermögen. Ich glaube, es gibt Fragen, die kann man nur mit weiteren Fragen beantworten, und mir gefällt, dass Sibylle das gerade gemacht hat.

Wenn Sie ergebnisorientiert arbeiten, werden Sie frustriert sein

Fritz Bremer: Gut, so weit zu »wirklichen« und anderen Wirklichkeiten – wenden wir uns also einer leichteren Frage zu: Wie ging es dann nach 1997 mit euch beiden weiter? Seid ihr jetzt in Kontakt geblieben?

Sibylle Prins: Nein, es vergingen wieder einige Jahre, in denen wir so gut wie nichts miteinander zu tun hatten. Im Oktober 2000 kam ich auf die Idee, mich bei Renate als Klientin anzumelden. Sie firmierte ja als Psychotherapeutin, also fragte ich nach Psychotherapie.

Fritz Bremer: Dies trotz deiner bisher sehr gemischten Erfahrungen mit Psychotherapie bzw. mit der Übertragung von Therapieerfahrungen auf Alltagssituationen?

Sibylle Prins: Ich hatte schon gewisse Befürchtungen ...

Renate Schernus: Mir sagtest du damals, du wolltest entlastende Gespräche und bestimmte, vor allem alltägliche, Probleme reflektieren. Deine Befürchtungen konnte ich allenfalls daran erkennen, dass du mir vorsorglich gleich ein paar Riegel vorge-schoben hast, die sich eher fürsorglich in Bezug auf meine Person anhörten. Zum Beispiel: »Wenn Sie ergebnisorientiert arbeiten, werden Sie frustriert sein.« Und auf meine ebenfalls vorsorgliche Frage, was Profis bei dir alles falsch machen könnten, sagtest du unter anderem »wenn Lern- und Trainingsziele gesetzt werden«.

Sibylle Prins: Eigentlich ging es mir zu der Zeit nicht besonders schlecht ...

Renate Schernus: Deine bescheidene Anfrage bezog sich auch nur auf eine Stunde im Monat. Bereits in der zweiten Stunde wolltest du über zwei Dinge sprechen, die keineswegs von seelischer Angeschlagenheit, sondern von Gesundheit zeugten.

Das Erste war der Entwurf eines Briefes, den du an die Enquete des deutschen Bundestages für Recht und Ethik in der Medizin geschrieben hattest und zu dem du Feedback wolltest. Ich weiß nicht mehr, worum es ging, nur dass ich den Brief beeindruckend fand. Das Zweite war die Sorge, die du dir um einen Mann machtest, den du für psychotisch hieltest, der aber mehrfach von der Klinik abgewiesen, schließlich per Psychisch-Kranken-Gesetz kurzfristig aufgenommen, dann aber ohne Nachsorge in die Obdachlosigkeit entlassen worden war. Du warst aus guten Gründen geneigt, hierin mangelnde Fürsorge zu sehen, zumal der Mann dich um Hilfe anging, die du ihm nicht geben konntest.

Fritz Bremer: Da hattest du ja eine interessante Klientin, die Recht und Ethik in der Medizin, den Bundestag, obdachlose Patienten und einiges mehr mitbrachte.

Renate Schernus: Wir hätten uns sehr interessant über Gott und die Welt unterhalten können, aber deshalb hatte sie sich ja nicht angemeldet, und so wartete ich pflichtgemäß auf die »bestimmten alltäglichen Probleme«.

Sibylle Prins: Ich glaube das erste Problem, das ich damals nannte, lautete: »Ich liege gern auf dem Sofa oder sitze am Küchentisch, ohne etwas zu tun, und nehme mir das übel.«

Das Katharine-Hepburn-Syndrom

Renate Schernus: Ich hatte damals den Eindruck, dass das Übelnehmen irgendwie damit zusammenhing, dass es dich an die lange Phase tiefer depressiver Niedergeschlagenheit nach der ersten Psychose erinnerte.

Später hast du mich mit dem Problem »Ich esse nie ordentlich Frühstück« dann doch zeitweilig zu so etwas wie Übungsvorschlägen verführt. Unter anderem dazu, dir die Aufgabe zu stellen, *mich* zum Frühstück zu bewegen (angenommen, ich hätte das Problem). Du brachtest eine Reihe origineller Vorschläge mit. Und unter anderem meintest du, es könnte ein Katharine-Hepburn-Syndrom vorliegen. Du hast mir geduldig erläutert, was darunter zu verstehen sei.

Fritz Bremer: Was ist denn das für ein Syndrom?

Sibylle Prins: Ich habe es, glaube ich, so erklärt: Wenn Katharine Hepburn in einem schnuckeligen kleinen Reihenhäuschen mit Mann und zwei Kindern in einem grünen Vorort ein geordnetes bürgerliches Leben führt, versagt sie völlig – leidet an Depressionen und Weinkrämpfen, verfällt dem Alkohol, schluckt Tabletten, schafft nicht einmal den Abwasch. Wenn sie sich aber durch den afrikanischen Morast kämpfen muss, im Dschungel gegen Räuber und wilde Tiere sich zur Wehr setzen muss, den Siedlertreck vor dem Indianerüberfall bewahren muss, ist sie groß in Form. Dieses Syndrom ist bestimmt erblich, denn es kommt in meiner Familie in noch viel stärkerer Ausprägung vor als bei mir.

Es ist schwierig, wenn man sich verbergen muss

Renate Schernus: Inzwischen brauchst du anscheinend den dramatischen Dschungel von Psychosen nicht mehr. Damals berichte-

test du zum Beispiel von deinem Job, dem du sehr ambivalent gegenüberstandest.

Sibylle Prins: Ja, er war anstrengend, zu großen Teilen langweilig, er passte weder zu meinen eigentlichen Begabungen noch zu meinem Lebensrhythmus. Schwierig war auch, dass ich aufpassen musste, nicht mit Fremdworten, die eigentlich zu meinem normalen Sprachgebrauch gehörten, aufzufallen. Auch mein Interesse für Bücher musste ich vor meinen Arbeitskollegen und -kolleginnen eher verbergen.

Renate Schernus: ... und deine schriftstellerischen Fähigkeiten sowieso. Stattdessen, so erinnere ich, musstest du ziemlich viel über Einbauküchen reden, um sozial gelitten zu sein.

Sibylle Prins: Ja, ich wollte das nie so recht erzählen, aber manchmal war es doch schwierig. Zum Beispiel war ich immer sehr zurückhaltend damit, die zu meiner Vorgeschichte gehörende Lehramtsausbildung zu erwähnen, um nicht arrogant oder eingebildet zu wirken. Meine sehr nette Chefin hatte schließlich einen Hauptschulabschluss. Ich fühlte mich manchmal sehr von meinen eigentlichen Interessen und meiner Identität abgeschnitten

Fritz Bremer: Wurdest du denn damals auch gemobbt?

Sibylle Prins: Nein. Das war zwar auf früheren Arbeitsstellen der Fall, aber hier nicht. Im Gegenteil, ich muss sagen: diese Menschen waren diejenigen, die warmherzig, geduldig, tolerant mit mir waren, mir einen Platz boten, während ich an Kreise, die sich eher für theoretische Diskussionen etc. interessierten, keinen Anschluss bekam, manchmal offen ausgegrenzt wurde. Dieser Stachel sitzt recht tief und macht sich auch heute noch manchmal bemerkbar – so in etwa die Frage: wer war denn für mich da, als es mir schlecht ging, ich in meiner Krötengestalt war?

Ich will meinen damaligen Arbeitsplatz nicht schlechter machen als er war. Zum einen gab es dort ein recht gutes Betriebsklima, und ich hatte bald begriffen, dass das wichtiger für mich ist als die

Frage, ob ich eine tolle Arbeit habe. Gegenüber meinen spezifischen Schwächen war man auch sehr lange tolerant. Zum anderen: ich konnte diese Arbeit nicht besonders gut – nur, weil eine Arbeit objektiv »leichter« ist, muss sie noch nicht jedem Menschen wirklich auch leichtfallen – und es war oft bedrückend langweilig. Dennoch habe ich diesen Rahmen auch damals schon als eine Chance für diese berühmte »Nachreifung« verstanden. Ferner konnte ich so Erfahrungen im Berufsleben sammeln, meiner Meinung nach ein ganz wichtiger Sozialisationsaspekt. Ich habe dort den Umgang mit dem PC gelernt, wozu ich wohl sonst nie gekommen wäre. Und ich habe ja noch diese ganzen Verwaltungslehrgänge mitgemacht, was mir heute in der Selbsthilfearbeit, aber auch privat, sehr zugutekommt. Auch einige andere Sachen habe ich mir abgeguckt – zum Beispiel von einer Vorgesetzten, deren Schreiben ich abtippte, wie man zu einer Sitzung einladen und diese vorbereiten kann, Anfragen beantwortet, und solche Dinge.

Fritz Bremer: Inzwischen schlägst du dich in einem Dschungel vielfältiger anstrengender, spannender, schöner Herausforderungen in der Selbsthilfe, bei Fortbildungen, Veröffentlichungen, Lesungen und Vorträgen im In- und Ausland durch, hast es zwar nicht mit wilden Tieren und Räubern zu tun ...

Sibylle Prins: ... na ja, aber mit Psychiatern, Chefärzten und Professoren ...

Renate Schernus: ... die dich bisher nicht fressen wollten, aber immerhin deine Abenteuerlust herausfordern. Du erlebst viele interessante Begegnungen, kommst mit Menschen aus den unterschiedlichsten Schichten und Zusammenhängen zusammen.

Das mit dem Katharine-Hepburn-Syndrom passte, wenn ich mir das so im Rückblick ansehe.

**»Allein unter Profis« – ein Abenteuerroman,
der nicht geschrieben wurde**

Sibylle Prins: Aber der Einstieg in dieses andere Leben war

manchmal auch mühsam, wenn ich nicht so gut unterstützt worden wäre und nicht so viele schöne Dinge dabei erleben könnte, hätte ich manches gar nicht geschafft. Früher, zum Beispiel, hatte ich einen Horror davor, gemeinsam mit anderen Menschen in Speisesälen, Frühstücksräumen, Kantinen zu essen, auf Feste zu gehen, die über den allerprivatesten Rahmen hinausgingen, mit fremden Menschen in einer Kneipe zu sitzen, überhaupt mit wildfremden Menschen zu sprechen – in den fünfzehn Jahren vor diesem »Umstieg« war ich kaum noch gereist, ich hatte ja einen Lebensradius von anderthalb Kilometer um meine Wohnung herum ... auch plötzlich so viel mit Psychiatrie-Profis zu tun zu haben, war nicht immer einfach für mich.

Fritz Bremer: Ohne dein geerbtes Katharine-Hepburn-Syndrom hättest du dieses Abenteuer wohl kaum so gut überstanden.

Sibylle Prins: Ich wollte schon einen Abenteuerroman schreiben »Allein unter Profis«, aber euer Verlag hat das leider abgelehnt ... und seltsamerweise: gerade dieses »Wiederfinden« meiner eigentlichen Interessen – Lesen (auch Theoretisches), Schreiben, Diskutieren, Zusammensein mit Menschen, die ähnliche Interessen haben – war zum Teil wirklich schwierig für mich und hat mich anfangs sehr verunsichert.

Gesund werden – ein schmerzlicher Prozess

Renate Schernus: Ich hatte damals den Eindruck, dass Sibylle fünfzehn Jahre im »Exil« gelebt hatte.

Sibylle Prins: Es war eine Umbruchsituation, in der sich die neuen Herausforderungen geradezu überstürzten.

Renate Schernus: Der Begriff »Umbruchsituation« macht mich nachdenklich. Was da von dir gefordert war, beinhaltete ein Sich-einlassen auf unerprobte Lebensfelder und neue Möglichkeiten. Es ist ja nicht so, dass Gesundsein das einfache Gegenteil von Kranksein ist. Vorher ist jemand gesund, dann ist er krank und dann

wieder wie vorher gesund. So ist es eben nicht. Als wir über die sogenannten Basisstörungen sprachen, ist auch schon deutlich geworden, dass trotz deiner eindrucksvollen Rückkehr aus dem Exil bestimmte Probleme sich immer mal wieder melden, dich begleiten, vielleicht auch rote Ampeln setzen – wobei vielleicht gar nicht zu unterscheiden ist, welche bleibenden Blessuren mit der Psychose zusammenhängen und welche mit dem erlittenen Exil.

Sibylle Prins: Die langen depressiven Zeiten haben mich doch nachhaltig beeinflusst. Und dann ist da noch der normale Vorgang des Älterwerdens ...

Fritz Bremer: Kann man sagen, dass Gesundwerden ein schmerzlicher Prozess ist, vermutlich sogar ein lebenslanger?

Sibylle Prins: Ja – ich denke schon. In dieser Zeit des Umbruchs habe ich mal über ein Ereignis ein recht selbstmitleidiges Gedicht geschrieben ...

Fritz Bremer: Wenn es dir nicht zu viel ausmacht, würde ich das Gedicht sehr gerne hören.

Sibylle Prins: Ist mir zwar ein bisschen peinlich, aber egal:
eines abends

*sechs leute
an einem tisch
unterhalten sich
über schriftsteller
die längst tot sind*

*dort wo ich lebe
spricht niemand
über schriftsteller
schon gar nicht
über solche
die längst tot sind*

*nach fünfzehn jahren
sitze ich
zum ersten mal wieder
mit an einem tisch
wo man sich unterhält
über schriftsteller
die längst tot sind*

*hinterher im hotel
weine ich*

Renate Schernus: Du sagtest »selbstmitleidig«, und das klang etwas abwertend. Vielleicht ist es selbstmitleidig, aber nicht in einem gefühligen oder gar sentimentalén Sinn. Ich finde, das Gedicht macht auf eher lakonische Art deutlich, wie das Gefühl des Ausgeschlossenseins schmerzt, und dass dieses Gefühl nicht erst bei einer offensichtlichen und krassen Diskriminierung entsteht.

Sibylle Prins: Na ja, selbstmitleidig oder »verwöhnt« fand ich diese Haltung, weil es mir damals, rein äußerlich gesehen, doch gut ging: ich hatte eine schöne Wohnung, einen Job, ein festes Einkommen, soziale Kontakte – und dann das Gespräch über Bücher und Literatur so sehr zu vermissen, dass es wehtut, wenn es doch wieder einmal da ist.

Fritz Bremer: Für mich ist durch das Gedicht nachvollziehbar, dass es alles andere als leicht ist, nach langer Zeit aus dem Exil zurückzukehren.

Sibylle Prins: Das bringt mich noch auf ein anderes Thema: ich habe es in der Psychiatrie oft vermisst, dass keiner danach fragte, was mich eigentlich wirklich und intensiv interessiert. Und auch heute sehe ich, dass die Hilfen, die Menschen erhalten, oft recht äußerlicher Natur sind: da soll jemand mit seinem Geld auskommen, die Medikamente nehmen, sich regelmäßig ernähren, seine Wohnung sauber halten, seine Behördenangelegenheiten erledigen – nur, wozu das alles? Was macht für diesen Menschen den Sinn

aus, für den er wirklich alle diese Dinge tun sollte? Ich bin ja schließlich nicht auf der Welt, um meinen Behördenkram zu regeln, auch wenn das sehr wichtig, existenzsichernd sein kann. Nach dem, was das Zentrum des Lebens, der Sinn sein könnte, wurden ich und andere wenig bis gar nicht gefragt.

Renate Schernus: Das geht mir ziemlich unter die Haut, was du da sagst. Es deutet darauf hin, dass das, was wir heutzutage unter Begriffen wie Integration, Rehabilitation oder Normalisierung betreiben, sehr macherisch, sehr instrumentell angelegt ist und dazu verführt, wichtige, vielleicht die wichtigsten menschlichen Dimensionen zu übersehen.

Fritz Bremer: Ich habe mich in letzter Zeit mit einigen philosophischen Grundsatzfragen der Gesellschafts- und Politikwissenschaftlerin Hannah Arendt beschäftigt. Und was Sibylle erlebt hat, erinnert mich an deren Kritik, an ihre Einwände gegen ein Denken, das Zweck-Mittel-Kategorien verabsolutiert. In den Sog dieser Verabsolutierung sind, wie es Arendt beschreibt, in der Neuzeit alle Wissenschaften mit zunehmender Beschleunigung hineingezogen worden. Und ich denke, die Psychiatrie und die Sozialwissenschaften sind davon keineswegs ausgenommen. Meiner Beobachtung nach hat sich in diesen Disziplinen das Interesse daran, alles in Zweck-Mittel-Relationen zu erfassen, in den letzten Jahren deutlich verschärft. Hannah Arendt zufolge ist der Neuzeit der kontemplative Zugang zu den Lebensphänomenen verloren gegangen.

Sibylle Prins: Wenn Hannah Arendt und du damit meinen, dass kein Mensch ohne Sinn, ohne Beziehung zu anderen und ohne so etwas wie einen zu ihm passenden Lebensauftrag glücklich sein kann, bin ich voll einverstanden. Ohne das wird auch eine äußerlich voll rehabilitierte Person sich immer fremd fühlen, eben wie im Exil.

Fritz Bremer: Sibylle, das ist für heute unser Schlusswort.

Drittes Gespräch,

bei dem unter anderem über Gesundheit

geredet wird

Es ist normal, verschieden zu sein / Frühstücksprobleme und TLE / Gesundheit, was ist das? / Eigentlich wollte ich was ganz anderes / Mentorin statt Psychotherapeutin / Weniger Therapie ist manchmal therapeutischer / Religion, (k)ein Thema? / Wer hat Zeit und Aufmerksamkeit für diese wesentlichen Erfahrungen? / Nachrichten aus dem Paradies

Fritz Bremer: Gestern waren wir bei dem Thema der Rückkehr aus dem Exil stehen geblieben und hatten Sibylle zum Verlesen eines Gedichts verführt. Ich finde es immer wieder erstaunlich, wie ein kurzes Gedicht eine Situation mit allen gefühlsmäßigen Nuancen verdeutlichen kann.

Es ist normal, verschieden zu sein

Sibylle Prins: Alle Nuancen meines damaligen Lebensgefühls sind darin wohl doch nicht erfasst. Es war eine Sache, zu akzeptieren, dass ich in den Psychosen als »verrückt« angesehen wurde. Das habe ich noch irgendwie hinbekommen. Für mich sind das ja auch Ausnahmestände. Aber zu akzeptieren, dass ich auch ohne Psychose »nicht ganz normal« bin, also Dinge sage oder tue, die andere komisch oder auffällig oder zumindest ungewöhnlich finden können – das hat mir lange Zeit schwer zu schaffen gemacht.

Fritz Bremer: Wie meinst du das »auch ohne Psychose nicht ganz normal«?

Renate Schernus: ... das würde ich nämlich in gewisser Hinsicht für mich auch in Anspruch nehmen. Mir hat einmal ein Theolo-

gieprofessor, der super selbstsicher wirkte, gesagt, dass seine Hauptangst sei, er könne sich irgendwie lächerlich machen.

Sibylle Prins: Ich glaube, diese Angst, »komisch« oder lächerlich zu wirken, haben ganz viele Leute. Nur nach einem Psychiatrieaufenthalt schlägt das natürlich doppelt zu Buche. Und es kommt auch immer sehr auf die Umgebung, das Milieu an, in dem man sich befindet, ob etwas akzeptiert oder sogar gutgeheißen wird. Ich finde zum Beispiel manchmal andere Dinge wichtig, als andere Leute das tun.

Fritz Bremer: Zum Beispiel welche Dinge?

Sibylle Prins : Menschen, denen Geldverdienen ganz wichtig ist, können nicht verstehen, wieso ich vieles ehrenamtlich mache. Oder als Frau »hat man« sich für Mode und dergleichen zu interessieren. Ich tue mich schwer damit, dieses Thema überhaupt in den Blick zu nehmen, und erhalte deshalb immer viel unerbetenen Nachhilfeunterricht. Ich rege mich oft über andere Dinge auf, als von mir erwartet wird – wo von mir Empörung erwartet wird, tangiert mich das Problem vielleicht kaum, oder ich denke, das ist halt der Lauf der Welt, während ich mich andererseits über Sachen aufrege, die andere nicht aufregenswert finden. Ich habe manchmal eine eigenwillige Beurteilung von Büchern oder schätze Menschen anders ein. Na, es ist eben wohl einfach nur dieses grundsätzliche Verschiedensein von jedem anderen, welches wir ja alle mit uns herumtragen.

Fritz Bremer: Das hört sich so an, als trage es sehr zur Aussöhnung mit sich selbst bei, wenn man erkennt, dass etwas grundsätzlich zum Menschsein dazugehört. Also – es ist eben normal, verschieden zu sein.

Sibylle Prins: Nun ja – aber unangenehm wird es, wenn man gewahr werden muss, dass diese »Verschiedenheit« immer noch teilweise psychiatrisch von Bedeutung ist. Ich nehme zum Beispiel als Interessenvertreterin öfter mal an der sogenannten Hilfeplan-

konferenz teil. Das ist ein Gremium, das hauptsächlich über Anträge auf Eingliederungshilfe, also Heimaufenthalt oder Betreutes Wohnen entscheidet. Und manchmal gibt es da Klienten, die haben dieselben Probleme, die ich auch alle habe – nur dass ich bisher keinen Antrag auf Eingliederungshilfe stellen wollte oder musste. Das ist eine seltsame Wahrnehmung, da zu sitzen und zu denken: was unterscheidet mich eigentlich von dem Menschen, der da diesen Antrag stellt? Und was würden die anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Konferenz sagen, wenn sie wüssten, dass es bei mir genauso ist wie bei dem hier vorgestellten Psychiatrie-Erfahrenen?

Renate Schernus: Die Rede davon, dass es normal ist, verschieden zu sein, so sehr sie mir in manchen Zusammenhängen gefällt, verharmlost, dass es Verschiedenheiten gibt, die sozial akzeptiert sind, und andere, die man öffentlich ungern bekannt gibt, die einem sehr unangenehm sind, unter denen man leidet und hinsichtlich derer man realistischer Weise befürchtet, stigmatisiert oder zu sehr darauf reduziert zu werden.

Fritz Bremer: Ich möchte gerne noch mal auf die Therapiegespräche zurückkommen. Ich bin nämlich neugierig geworden, wie es damit weitergegangen ist. Ist es euch möglich, etwas davon zu erzählen?

Renate Schernus: Meiner Erinnerung nach haben wir damals von Problemen mit dem Abwasch bis zu existenziellen Fragen einiges abgehandelt.

Sibylle Prins: Wobei die sich so harmlos anhörenden Alltagsdinge für mich auch ziemlich existenziell waren.

Renate Schernus: Meinst du diese Impuls-Gegenimpuls-Blockaden, die deine Handlungsabläufe und Intentionen im Alltag stören und über die wir bisweilen sprachen?

Sibylle Prins: Ja, so was in der Art. Darunter leide ich noch immer.

Renate Schernus: Aber inzwischen bekommst du so viel auf die Reihe, dass du – wie mir scheint – trotz mancher immer mal wieder zu nehmender Hürden deiner grundsätzlichen »Gesundheit« zu vertrauen gelernt hast. Da fällt mir übrigens noch mal eine Annäherung an das Verständnis deiner Psychosen ein, die im Gespräch zwischen uns auftauchte. Du erwähntest, dass du dich im Gegensatz zu Blockierungen in psychotisch unverdächtigen Zeiten während psychotischer Zeiten im Fluss fühltest. Du sagtest einmal schmunzelnd, die Psychose sei für dich ...

Sibylle Prins: ... so etwas wie bei Huxley die TLE-Spritze = Toller Leidenschaftsersatz.

Gesundheit, was ist das?

Renate Schernus: Ich hatte damals den Eindruck, dass Sibylle schon vor den therapeutischen Gesprächen bei mir ganz gut im Lot war – mal von den kürzeren psychotischen Schwankungen abgesehen, die zwischendurch – warum auch immer – vielleicht nötig waren. Ich habe Sibylle ihre Gesundheit bestätigen können. Viel mehr konnte ich wohl für sie gar nicht tun.

Sibylle Prins: Das freut mich natürlich, dass du das mit meiner Gesundheit so siehst. Wobei »gesund« ein sehr relativer und individueller Begriff ist.

Fritz Bremer: Wie würdest du, Renate, denn Gesundheit definieren? Ist das überhaupt möglich?

Renate Schernus: Krankheit kann man vielleicht noch irgendwie objektivieren und mit bestimmten Normwerten oder Diagnosen abgleichen. Gesundheit ist am ehesten etwas, woraus wir immer schon leben. Sie ist verborgen und nicht bestimmbar. Sie ist uns gar nicht bewusst, wird erst dann zum Thema, wenn wir uns in wesentlichen Lebensbereichen beeinträchtigt fühlen. Über deine Krankheit steht vielleicht etwas in allgemeinen Lehrbüchern. Über deine Gesundheit bestimmt nicht. Sie ist nur dir eigen.

Fritz Bremer: In diesem Verständnis hätte Krankheit auch damit etwas zu tun, dass man aus Selbstverständlichkeiten herausfällt, eben über Alltagsdinge stolpert, über die gewöhnlich keiner stolpert oder über die man selbst früher auch nicht gestolpert ist – wie zum Beispiel das Frühstück.

Sibylle Prins: Wie Renate das »Frühstücksproblem« angegangen ist, hat mir übrigens gefallen, das war wirklich mal was Handfestes. Gelöst habe ich es allerdings immer noch nicht, aber ab und zu wird mir auch mal ein Frühstück serviert ... übrigens war das ein sogenanntes »iatrogenes« Problem, das erst durch einen Psychiatrieaufenthalt überhaupt entstanden ist.

Renate Schernus: Ja, ich erinnere mich – du hattest so eine Wut auf das Tagesklinikfrühstück und dieser Wut hast du seitdem die ungetrübte Freude an deinem privaten Frühstück geopfert.

Sibylle Prins: Auch meine sonstigen Alltagsstolpersteine sind ja geblieben ... manchmal frage ich mich, ob man echte Kontinuität im Leben nur hinsichtlich seiner Fehler und Unfähigkeiten hat ... wenn ich zum Beispiel diesen Tee nicht so achtlos während des Redens schlürfen, sondern mit zenbuddhistischem Zeremoniell achtsam genießen würde, könnte ich es sogar bis zur Erleuchtung schaffen. Aber ich trinke meinen Tee halt lieber so, normal und unzeremoniell.

Eigentlich wollte ich was ganz anderes

Fritz Bremer: Heutzutage wird es ja für sehr wichtig gehalten, Therapieerfolge zu objektivieren, zu messen. Bei euch würde mir die Frage danach allerdings ziemlich platt vorkommen. Und mich persönlich interessiert auch etwas ganz anderes. Mich interessieren die Zwischentöne. Was ist da eigentlich abgelaufen zwischen euch, ausgesprochen und vielleicht auch unausgesprochen. Bin ich zu neugierig, wenn ich danach frage?

Sibylle Prins: Nun – vielleicht ist das für mich ja eine Chance, endlich mal etwas zu beichten, das mir schon die ganzen Jahre auf der Seele liegt. Als ich mich bei dir, Renate, als Klientin anmeldete, wollte ich gar nicht so unbedingt schon wieder eine Psychotherapie machen. Davon hatte ich bereits so viel auf dem Buckel – es hatte mir wohl gutgetan, eine nachhaltige, längerfristige Wirkung konnte ich aber nicht feststellen.

Fritz Bremer: Was waren denn deine Erwartungen an Psychotherapie?

Sibylle Prins: Vermutlich hatte ich ganz falsche Erwartungen: nach meiner ersten Psychose hatte ich die Hoffnung, die Therapie könne mir helfen, die »einzig wahre« Ursache meiner Psychose zu finden und zu heilen. Später hoffte ich, Psychotherapie würde mich zuverlässig vor weiteren Rückfällen schützen. Auch das traf nicht ein. Dann dachte ich, vielleicht könne mir das helfen, wenigstens mein unpsychotisches Leben auf ein befriedigenderes Niveau zu heben. Letzteres geschah dann zwar irgendwann, ich kann das aber nicht als Ergebnis der Therapie erkennen.

Fritz Bremer: Du bist und bleibst eine unverbesserliche Therapie-Skeptikerin?

Sibylle Prins: Wenn du mich unbedingt so sehen willst ... Na ja – ehrlich gesagt frage ich mich manchmal schon, ob eine Einzeltherapie nicht bloß eine Spielwiese für narzisstische Gemüter ist – für beide Seiten. Eine ganze Stunde nur über sich reden zu dürfen, ist schon ein toller Luxus, so was gibt es in meinem Alltag nicht. Jedenfalls: ich war damals überzeugt, ich sei, trotz aller Mühe, die ich mir ja auch gab, wohl irgendwie therapieresistent. Heute würde ich es so formulieren, dass es andere Lernfelder gibt, auf denen ich besser und schneller lerne, als in so einer Einzeltherapie. Oder vielleicht war es auch so: ich nahm Therapie ja hauptsächlich in den schwer depressiven Phasen nach den ersten drei Psychosen in Anspruch. Vielleicht war damals auch nicht mehr möglich, als mir einfach ein bisschen Rückhalt und Ermutigung zu geben, mich

»bei der Stange« zu halten. Ich erinnere mich an eine Therapie im Anschluss an diese furchtbare dritte Psychose. Jede Woche im Sprechzimmer der Therapeutin habe ich dagesessen, geheult wie ein Schlosshund, erzählt, wie schrecklich verfahren mein Leben sei – viel mehr ist da nicht passiert. Und das Woche für Woche. Ich dachte oft: wie hält diese Frau das eigentlich aus?

Fritz Bremer: Nun bin ich sehr gespannt, wieso du trotz deiner bisherigen Erfahrungen und trotz deiner großen Skepsis bei Renate mit einer Psychotherapie angefangen hast.

Mentorin statt Psychotherapeutin

Sibylle Prins: Als ich zu Renate kam, hatte ich ganz was anderes im Kopf: ich hatte das Gefühl, ich brauchte dringend so eine Art Mentorin. Eine Frau mit viel Erfahrung, die mir in meinem Leben, insbesondere in dem, was ich arbeiten wollte, noch mal auf die Füße helfen konnte. Ganz praktische Unterstützung leisten. Ich war mir nicht sicher, ob mein Gefühl richtig war, dass ich noch andere Sachen konnte als Diktate abtippen, Essensgeldlisten abhaken, stundenlang Überweisungen eingeben. Ich hatte das unabweisbare Gefühl, an meiner eigentlichen Lebensaufgabe vorbeizuleben. Oder, falls es so eine »eigentliche« Aufgabe nicht gibt, an überhaupt einer Aufgabe, die mich innerlich und inhaltlich erfüllt. Ich bin sehr kritisch, was die Aussage angeht, man müsse einem Menschen, damit er Erfüllung findet, sich nützlich und gebraucht fühlt, nur irgendeinen beliebigen Zuverdienstplatz schaffen, wo er/sie dann Schrauben verpackt oder Montagearbeiten ausführt. Obwohl ich auch Menschen kenne, die sich damit ausgelastet fühlen oder damit sehr zufrieden sind. Jedenfalls: dieser Begriff »Mentorin« stand mir sehr deutlich vor Augen. Ich hatte mich schon nach Menschen umgesehen, die so etwas vielleicht leisten könnten, fand aber niemanden. So kam ich denn auf dich, Renate. Dabei habe ich dann übrigens meine aus einigen unglücklichen persönlichen Begegnungen erwachsenen Vorurteile gegen Leitungskräfte in der Psychiatrie und mein Gefühl, ich käme mit »Bodenpersonal« besser klar, auch überwinden können.

Fritz Bremer: Und das alles wusste Renate bis zum heutigen Tag nicht?

Sibylle Prins: Ich weiß nicht, was sie sich so gedacht hat, denn ich habe nicht gewagt, ihr meine Hintergedanken mitzuteilen. Ich dachte, sie würde dieses Ansinnen völlig hirnrissig und größenwahnsinnig finden. Außerdem glaubte ich damals, solche Mentorenverhältnisse gäbe es heutzutage gar nicht mehr, oder höchstens noch in den USA. Tja, wenn ich damals gewusst hätte, was ich heute weiß ...

Fritz Bremer: Das wird ja immer interessanter ...

Renate Schernus: Ich höre gespannt zu.

Sibylle Prins: Ich hatte übrigens gar keine konkrete Vorstellung davon, was da nun besonders an mir gefördert werden könnte oder sollte. Und gegen eine »psychotherapeutische Beigabe« hatte ich natürlich nichts einzuwenden, denn da waren ja nun unbestreitbar meine Psychosen und sonstigen Macken.

Fritz Bremer: »Psychotherapeutische Beigabe« hört sich etwas abwertend an.

Sibylle Prins: Das war genau anders gemeint. Nach meinem Weggang hatte man an meiner ehemaligen Arbeitsstelle ein sogenanntes »Mentoring-Programm für Frauen« aufgelegt. Daran hätte ich mich beteiligen können. Oder ich hätte mir ein »Coaching« auf dem freien Markt suchen können. Nur, wie wäre ich dann mit den Erlebnissen der Psychose umgegangen, wie hätte ich die daraus entstandenen Hindernisse und Einschränkungen zur Sprache bringen sollen? Da war ich schon sehr froh, dass Renate damit viel Erfahrung hatte. Und auch meine Betätigung im Selbsthilfebereich hätte ich nicht so gut ins Spiel bringen können. Das mit der »Beigabe« ist vielleicht eher eine Formulierung, die zeigt, wie ich mich selbst vor übermäßigen Erwartungen schützen wollte – denn bezüglich meiner Psychosen bin ich dir, Renate, sehr dankbar für

einen Hinweis zu meiner allerersten Psychose, deren Ursache ich von allen Psychosen am wenigsten verstehen konnte. Du fasstest die Lebenssituation, in die ich damals geraten war, mit den Worten »ein extremer Milieuwechsel« zusammen. Das war sehr hilfreich für mich. Später half mir das auch, einen »Jugendirrtum« aufzuklären – ich war immer davon ausgegangen, man könne in jeder Umgebung im Grunde gut oder einigermaßen gedeihen, man müsse halt »überall zu Hause« sein können. Inzwischen weiß ich, dass das für mich nicht gilt, dass es Umgebungen gibt, in denen ich untergehe, andere, in denen ich aufblühe.

Um auf meinen »Mentorengedanken« zurückzukommen – die Ergebnisse dessen, dass ich mich an dich gewandt habe, sind in meinen Augen phänomenal – so was hatte ich nicht im Mindesten erwartet.

Fritz Bremer: Die Figur der Mentorin, die mütterliche Freundin, Reisegefährtin, die Erfahrungsgefährtin, die Irrfahrtsgefährtin spricht mich sehr an.

Wie geht es dir damit, Renate?

Weniger Therapie ist manchmal therapeutischer

Renate Schernus: Mit der Mentoren-Definition wären wir jedenfalls schneller aus der Gesund-Krank-Nummer heraus gewesen. Aber hätte ich es gleich so gut verstanden, wie ich es jetzt verstehen kann? Ich weiß es nicht. Ich versuchte zu erspüren, wie ich Sibylle gerecht werden könnte. Und ich weiß, dass ich bisweilen den Gedanken, eher das Gefühl hatte, wenn ich mich ihr gegenüber weniger therapeutisch verhalte, ist das therapeutischer.

Fritz Bremer: Ich frage mal zugespitzt: Ist nicht jedes auf Effektivität ausgerichtete und rational, technisch wirkende Angebot kontraproduktiv oder schädlich? Muss nicht dem »Irrfahrenden« etwas Offenes, Vorstellungsreiches angeboten werden, damit er Vertrauen in die Begleitung haben kann?

Ist es nicht prima zu sagen: »Ich möchte deine besondere Irrfahrts-Erfahrung pflegen, fördern und ein wenig mit auf Reisen

gehen. Ich habe das Gefühl, von dir etwas lernen zu können und zugleich könnte ich deine Mentorin sein!«?

Renate Schernus: Dass ich von Sibylle viel gelernt habe und noch lerne, steht außer Frage. Ob ich unbedingt mit auf Reisen gehen möchte – da bin ich mir nicht so sicher.

Übrigens ist der Begriff »Mentor« eigentlich ein Eigenname. So hieß der väterliche Freund des Odysseus. Und du hast natürlich recht, wer viel Seltsames erfährt auf Reisen durch unwegsames Gelände ...

Fritz Bremer: ... *erfahren* kommt ja von dem althochdeutschen Wort *irfaran*, das heißt reisen, durchziehen ...

Renate Schernus: ... ja, ein solcher Reisender kann wohl einen Mentor gut gebrauchen.

Vielleicht ist das, was Sibylle sich unter einer Mentorin vorgestellt hat, der kommunikativen Grundfigur, von der ich vorhin sprach, näher als der Begriff Therapeutin. Therapie – das hört sich oft so macherisch, veränderungswütig, vereinnahmend an. Obgleich der griechische Ursinn des Wortes »therapeuein« als »dienen, verehren, pflegen« eher wieder auf die zwischenmenschliche Grundfigur, die ich vorhin andeutete, hinweist.

Sibylle Prins: In die Zeit, in der ich zu dir zu therapeutischen Gesprächen kam, fiel ja noch etwas anderes: zum einen die ersten Vorträge, zum anderen besonders aber auch die Arbeit an meinem ersten Buch. Das ist noch ein ganz besonderes Kapitel.

Fritz Bremer: Willst du darüber etwas erzählen?

Sibylle Prins: Nein, das wird mir doch zu persönlich. Aber du, Renate, hast damals diese ganzen Vorträge, Artikel und auch alle Kapitel des Buches gegengelesen – ich habe ein ganz schön schlechtes Gewissen, wenn ich daran denke, wie viel Arbeit ich dir damals aufgebürdet habe ...

Renate Schernus: An alledem sieht man, dass das, was bei Therapie- oder wie auch immer definierten Gesprächen dieser Art sinnvoll oder nicht sinnvoll ist, jeweils neu von der Person und Situation her entschieden werden muss. Mit dir ging das so, weil ich das sichere Gefühl hatte, du würdest die Ebenen nicht durcheinanderbringen. Auch hier wieder meine Ahnung, dass das quasi Untherapeutische sich im weiteren Sinne eher therapeutisch auswirken würde. Im Gegenteil, ich glaube, wenn ich und andere damals nicht angefangen hätten, dich als ebenbürtige Partnerin – natürlich mit deinem zusätzlichen Schwerpunkt eigener Psychose-Erfahrung – zu fordern, wäre es für dich nicht gut gewesen, aber vor allem uns wären deine wichtigen Erfahrungen, nachdenklichen Beiträge und kreativen Impulse verloren gegangen. Ich finde, es hat sich sehr gelohnt, mit dir von der Spur des Üblichen etwas abzuweichen. Außerdem – hatten wir uns nicht eben nachträglich auf die Sache mit dem Mentorenverhältnis geeinigt? Da gehörte doch das mit dem Gegenlesen, das mir übrigens viel Freude gemacht hat, hinein.

Fritz Bremer: Ich muss mal eine kurze Zwischenbemerkung loswerden: Wie ihr euch kennengelernt und aufeinander zu bewegt habt, hört sich für mich streckenweise an wie ein Märchen aus guter alter Zeit. Das weicht doch ziemlich ab von allem, was man heute für grundlegend wichtig erklärt: Standards, Pläne, Evaluationen, Dokumentation, Erfolgsmessungen, Zeitökonomie etc.

Renate Schernus: Ich antworte mal so: Nach meiner Erfahrung wäre es zumindest sehr schade, wenn sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Psychiatrie durch irgendwelche neuen Ideologien und vorgeblichen Zwänge das Beste an der Arbeit mit Menschen nehmen lassen würden.

Fritz Bremer: – und das wäre?

Renate Schernus: Na ja, zum Beispiel: Die Offenheit für Überraschungen, das Nutzen von Zufällen, die Aufmerksamkeit für nicht Gesagtes und die Freiheit, Umwege zu gehen und Unübliches

zu tun, wenn das Sinn macht. Alles das, was heute so im Vordergrund steht, ist ja meist nicht an sich von Übel, sondern wird es erst durch Vereinseitigung.

Fritz Bremer: Ich merke, dass wir hier ein ganz neues Thema eröffnen könnten. Vielleicht gelingt es uns, das später nachzuholen. Bleiben wir also erst mal bei euch beiden. Ich vermute, es gab noch mehr Unübliches.

Religion, (k)ein Thema?

Sibylle Prins: Nach den üblichen Standards »unüblich« war wohl auch, dass wir uns zusätzlich zu der noch laufenden Therapie in einem anderen Zusammenhang getroffen haben, in unserer AG »Religion und Psychiatrie«, dem sogenannten Spiri-Workshop. Ich wusste zwar, dass das normalerweise nicht geht – hatte aber kein Problem damit. Zum einen war es ja nun keine private Beziehung oder so, sondern ein klar abgegrenzter, für mich auch recht eindeutig definierter Arbeitszusammenhang. Für mich war es auch ziemlich gut, dass du dabei warst, eine Person, die ich kannte und der ich vertraute. Denn ich fand die anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer zwar auch sehr nett, unsere Gespräche hochspannend und interessant – nur bezüglich meiner Rolle bzw. Aufgabe dort war ich anfangs sehr verunsichert – ich fühlte mich selbst in den Gesprächen als Störfaktor, kreierte damals die Berufsbezeichnung »staatlich geprüfte Durcheinanderbringerin« – dass du dabei warst, gab mir so weit Halt, dass ich immer spürte, es würde wohl in Ordnung sein. Ohne dich wäre ich aufgrund meiner eigenen tiefen Verunsicherung dort bald weggeblieben.

Fritz Bremer: Spiri-Workshop – was kann ich mir darunter vorstellen?

Renate Schernus: Ach, das war sozusagen der Spitzname für eine kleine Arbeitsgruppe. Außer Sibylle und mir waren noch ein Seelsorger und ein Arzt aus Gütersloh sowie eine Ärztin aus Herford dabei. Zum Schluss kam die Tagung »Religion (k)ein Thema?

– Himmel, Hölle und andere menschliche Erfahrungen« dabei heraus.

Soweit ich mich erinnere, hatten der Seelsorger, Thomas Feld, und ich die Idee, eine Tagung zum Thema Religion und Psychiatrie zu machen. Für die Vorbereitung der Tagung brauchten wir natürlich Sibylle als Spezialistin, unter anderem für Exkursionen ins Paradies. Eine andere psychiatrienerfahrene Frau war anfangs auch dabei, ist aber abgesprungen. 2001 wurde das dann eine richtig große Sache, sogar international im Rahmen der Krakau-Bethel-Partnerschaft.

Fritz Bremer: Das Thema Religion, religiöse Erfahrungen, klang ja bereits zu Beginn unserer Gespräche einmal an. Ihr scheint euch beide dafür zu interessieren.

Renate Schernus: Mir scheint es ein Thema zu sein, das einfach zum Menschsein dazugehört. Welche zentrale Rolle religiöse Erfahrungen allerdings für viele Menschen, die Psychosen erlebt haben, nicht nur während, sondern auch vor und nach Psychosen spielen, ist mir erst allmählich deutlich geworden, nicht zuletzt durch die anfangs erwähnte Gruppe.

Sibylle Prins: Für mich war das nichts Neues, dass in den Erzählungen der Teilnehmer spirituelle und religiöse Erlebnisse so eine große Rolle spielten, das hatte ich schon durch meine zahlreichen Kontakte mit anderen Psychose-Erfahrenen erlebt. In der Gruppe war für mich ein Teilnehmer, der als Pfarrer gearbeitet hatte und erst im mittleren Lebensalter erstmalig eine religiöse Psychose hatte, besonders interessant. Ich hätte gern gewusst, wie er dieses Erleben nun theologisch bewertete, musste aber feststellen, dass er dazu noch nicht die notwendige Distanz hatte, es war alles noch zu frisch.

Renate Schernus: Bei dir hingegen spürte ich damals eine klare Fähigkeit zur Distanz und gleichzeitig die Möglichkeit, das Erlebte nicht abzuspalten. Der Teilnehmer, den du erwähnst, erzählte sehr authentisch, dass er vor der Psychose eine große Nähe zu

Gott verspürt habe, dass er inspiriert schreiben konnte und dass er darunter litte, dass seine Frömmigkeit durch das Gewaltsame der Psychose zerstört worden sei.

Fritz Bremer: War da vielleicht eine gewisse Ähnlichkeit zwischen dir, Sibylle, und diesem Teilnehmer?

Sibylle Prins: Ja, da scheint es eine Ähnlichkeit zu geben. Ich hatte nach der ersten Psychose ziemliche Schwierigkeiten mit konventionellen Glaubensinhalten, hatte meinen Ort im Christentum, der mir früher selbstverständlich war, verloren. Ich war sozusagen in einen unfreiwilligen Atheismus hineingerutscht, hatte das Gefühl, etwas ist kaputtgegangen.

Renate Schernus: Ich bin mir nicht sicher, ob es eine Projektion von mir war, aber damals dachte ich, vielleicht hast du auch nur auf eine sehr heftige und schmerzliche Art deinen Kinderglauben verloren und eine offenere religiöse Haltung gewonnen, die dem Atheismus ja sehr ähneln kann.

Ein Erleben, das viele Menschen kennen, das vielleicht sogar zur Entwicklung zum Erwachsenen dazugehört, wenn auch gewöhnlich nicht vermittelt durch eine Psychose

Sibylle Prins: Ich denke, es war doch ein bisschen mehr als das. Ich war regelrecht antireligiös eingestellt, hatte auch eine emotionale Abneigung dagegen. Gefruchtet hat diese Phase natürlich auch was, denn ich lernte, meine eigene Religion quasi »von außen« kennen, und entwickelte viele Fragen, die mir sonst niemals gekommen wären und die auch in einer konfessionell gebundenen Umgebung eher tabu sind. Über den Umweg der Beschäftigung mit fernöstlichen Religionen und dem Judentum habe ich mich dann doch wieder meinen eigenen Wurzeln angenähert, mir auch relativ bewusst einen Platz aussuchen können, der wohl für mich passend ist – und mit dem ich mich nicht überfordere. Schön ist auch, dass ich nach den letzten Psychosen nun diese besondere psychotische Religiosität doch besser schätzen kann als anfangs.

Fritz Bremer: Dieses Wertschätzen psychotischer Religiosität – wie wirkt sich das praktisch aus?

Sibylle Prins: Na, zum Beispiel sah ich einmal die Notwendigkeit, mich in die Klinik einweisen zu lassen, und einer der Oberärzte, der mich vor allem aus der Vereinsarbeit kannte, sah mich erstaunt an und sagte: »Was machen *Sie* denn hier?« Ich habe geantwortet: »Ich mache gerade religiöse Erfahrungen, für die ich ärztliche Begleitung brauche.«

Fritz Bremer: Ich glaube, ich ahne, was du meinst. Das ist beeindruckend. Diese Antwort ist, so verstehe ich das, Ausdruck deines gewachsenen Einverständnisses mit psychotischer Religiosität. Könntest du noch etwas näher erläutern, was das eigentlich ist – »psychotische Religiosität«?

Sibylle Prins: Zum einen ist es so, dass ich sehr vieles, was ich bis dahin als Metapher, als Symbol oder Gleichnis kennengelernt hatte, nun plötzlich als absolute Realität erlebte. Ich erlebe Religiöses in Psychosen noch viel deutlicher und wörtlicher, als es zum Beispiel in manchen freikirchlichen Kreisen vorkommt, wo man ja auch vieles wörtlicher nimmt, als das in den Volkskirchen so üblich ist. Ich glaube, dass deshalb manche Psychose-Erfahrenen sich nach solchen Erlebnissen auch bei Freikirchen eher zu Hause fühlen. Ferner sehe ich in einfach allem, jedem noch so alltäglichen oder nebensächlichen Detail plötzlich religiöse Bezüge, oft übrigens auch politische. Was mich im Nachhinein beunruhigt, ist, dass ich unter dem Einfluss dieser Erlebnisse zum einen manchmal plötzlich sehr dogmatisch werden konnte, zum anderen, dass ich einem starken Dualismus huldigte, alles nur noch schwarz-weiß beurteilte, es gab eine sehr scharfe – aber nur schmale – Trennung zwischen Gut und Böse.

Renate Schernus: Dass Psychosen Menschen aus ihrer bisherigen Frömmigkeit oder, wie Sibylle sagt, aus konventioneller Religiosität hinauskicken können, erinnert mich, wie gesagt, irgendwie an ganz normale Entwicklungsvorgänge.

Die Tabus konfessionell gebundener Religiosität zu überwinden, sich aus der naiven Selbstverständlichkeit der religiösen Vorgaben, in die man hineingeboren wurde, zu lösen – ist das nicht, zumindest seit der Aufklärung, etwas, das zum Erwachsenwerden jedes Menschen dazugehört? Sibylle hat diesen Kick aus der Selbstverständlichkeit heraus sehr rüde durch die Psychose bekommen. Das ist nur in gewisser Hinsicht ungewöhnlich. Andere bekommen den Kick durch andere Lebensereignisse. Manche bleiben dann bei einer mit Ressentiments aufgeladenen antireligiösen Haltung stehen. Ob sie damit eine echte Distanz zur konventionellen Religiosität gefunden haben oder eher in einer Gegenabhängigkeit hängen bleiben, ist die Frage. Ein nicht vollzogener Reifungsschritt zeigt sich ja meist in Humorlosigkeit. Sibylles humorvolle Toleranz auch auf diesem Gebiet ist jedenfalls unbestreitbar.

Sibylle Prins: Es ist komisch, Humor zugeschrieben zu bekommen bzw. dafür gelobt zu werden. Erstens kann ich nichts dafür, hab's mir nicht angeeignet oder Ähnliches, zweitens lässt mich dieser Humor oft gerade dann im Stich, wenn ich ihn am dringendsten bräuchte. Zudem hege ich den paranoiden Verdacht, dass in psychiatrischen Kreisen Humor misstrauisch beobachtet wird – »was will sie damit abwehren« und so weiter. Aber das nur nebenbei.

Vielleicht war eine religiöse Psychose zu haben für mich auch die einzige Erschütterungsmöglichkeit, die tief genug ging.

Fritz Bremer: Was – um Himmels willen – meinst du damit?

Sibylle Prins: Dieser eher sozial engagierte und inhaltlich liberale Protestantismus, dem ich mich zugehörig fühlte, verkraftet ja auch recht viele kritische Lebensereignisse, gerade weil er weltoffen und weltzugewandt ist und keine »märchenhafte Errettung« erwartet. Diese Art von Christentum ist nicht besonders mystisch geprägt, nicht sehr wundergläubig, schreibt dem Menschen auch eine eigene Verantwortung zu, bis dahin, dass die Frage »Warum lässt Gott das zu?« meines Erachtens oft falsch gestellt ist und hei-

ßen müsste »Warum lassen wir Menschen das zu?«. Jedenfalls impliziert diese Ausrichtung des Glaubens nicht, dass es im Leben keine Krisen und Katastrophen, kein für unsere Beurteilung absurdes Leiden geben könne. Nun war es aber so, dass ich die Dinge, die ich zum Beispiel in Kirchentagstexten oder woanders gehört oder gelesen hatte, zum Beispiel über eine gerechtere Zukunft, über die Welt, wie Gott sie vielleicht gewollt hat, als Realität erlebte und dann hinterher feststellen musste, es waren alles psychotische Erlebnisse. Das konnte ich überhaupt nicht einordnen, meine Psychose hatte mich ins Herz meiner eigenen Überzeugungen getroffen und mich zur Karikatur meiner selbst gemacht. Manchmal wird so eine religiöse Psychose ja auch als »Spirituelle Krise« bezeichnet – meine echte spirituelle Krise begann aber erst *nach* den Psychosen.

Wer hat Zeit und Aufmerksamkeit für diese wesentlichen Erfahrungen?

Fritz Bremer: Im Zusammenhang mit der Entwicklung der Psychose-Seminare und durch solche Veröffentlichungen wie 1991 in unserer Zeitschrift *Brückenschlag* zu Religiosität und psychischer Krise, sowie 1999 Ronald Mundhenks *Sein wie Gott* konnte vielleicht mehr Verständnis für diese Erfahrungen, für die auftauchenden religiösen Fragen erreicht werden. Aber welchen Stellenwert haben sie heute, ungefähr fünfzehn Jahre später, in der Akutbehandlung bei immer kürzerer Behandlungsdauer, bei dem Druck der Kassen, der Tendenz, verschiedene Medikamente gleichzeitig zu geben, zu hoch zu dosieren. Welchen Stellenwert haben sie in der ambulanten Betreuung, wo Beziehungen im Fachleistungsstundentakt organisiert werden?

Wer hat Zeit und Aufmerksamkeit für diese wesentlichen Erfahrungen?

Sibylle Prins: Es kommt mir recht seltsam vor, dass es modern geworden ist, bei Kongressen und Tagungen etwas vorzutragen zum Thema »Spiritualität in der psychiatrischen Pflege« und dann werden irgendwelche Befragungsergebnisse vorgestellt. Ich glaube,

in der Praxis wird dieses Thema eher nur am Rande beachtet. Vielleicht fühlen sich Mitarbeiter davon überfordert, haben selbst keinen Zugang dazu, oder es passt nicht in unsere wissenschaftlich geprägte Welt. Eine Freundin von mir hatte in den letzten Jahren mehrere sehr heftige Psychosen dieser Art. Sie glaubt dann, sie sei Maria, könne andere Menschen heilen und so weiter. Sie gefährdet sich dabei auch selbst, weil sie nicht mehr isst und trinkt. Sie brauche keine irdische Nahrung mehr, sagt sie dann. Selbst bei dreißig Grad im Schatten trinkt sie keinen Schluck Wasser. Der Psychiatrie fällt nichts anderes ein, als sie immer wieder zu fixieren, zwangszubehandeln. Ein Seelsorger oder ein anderer Mensch, der sich ihren Erlebnissen und religiösen Sehnsüchten widmet, mit ihr darüber spricht, ist noch nicht aufgetaucht.

Nachrichten aus dem Paradies

Fritz Bremer: Am Anfang hat Renate erwähnt, dass du im Paradies warst. Wahrscheinlich bin ich zu neugierig, aber ich wüsste doch zu gerne, was du dort in der Psychose im Paradies erlebt hast.

Sibylle Prins: Ich weiß nicht, ob ich das in drei Sätzen erklären kann. Das Wesentlichste daran ist, dass es mir so vorkommt, als ob sich hinter unserer »normalen« Realität eine weitere, tiefere Dimension auftut, eben jene übernatürliche, die das Paradies auf Erden einrichtet. Unter anderem schickt diese jenseitige Dimension dann unablässig offene und verschlüsselte Botschaften, die ich plötzlich erkennen kann. Zum Beispiel scheinen mir dann Werbeplakate solche Botschaften zu enthalten. Gerade im Moment hängen hier in der Stadt Werbeplakate für ein Fruchtsaftmischgetränk. Darauf steht als Slogan »Willkommen im Paradies«. Wäre ich psychotisch, würde das für mich der klarste Beweis sein. Auch finde ich dauernd noch andere Beweise: bei einer meiner letzten Psychosen stand genau an dem Tag, an dem ich wieder an den Ausbruch des Paradieses glaubte, in der Zeitung, Israel und die Palästinenser hätten einen Waffenstillstand geschlossen. Überhaupt finde ich garantiert in jeder Zeitung die »gute Nachricht des

Tages«. Notfalls interpretiere ich eine schlechte Nachricht um. Was sich nun gar nicht mehr uminterpretieren lässt, etwa Kriegsszenen im Fernsehen – das sind dann eben die letzten Rückzugsgefechte des Bösen. Es gibt übrigens Menschen bestimmter religiöser Prägung, denen meine Interpretationen sehr vertraut vorkommen dürften. Mit dem Unterschied, dass sie weiterhin ihren Alltag bewältigen können, während ich das nicht kann. In diesem Zustand ist nichts mehr zufällig, alles hat einen tieferen, verborgenen Sinn und Zusammenhang, den ich oft erkennen kann. Und ich glaube dann, die Welt wird sich so verändern, dass jeder Mensch an seinen richtigen Platz kommen wird, das Geld wird abgeschafft oder zumindest keine Rolle mehr spielen. Leiden gibt es in dieser Welt schon noch, aber erstens kein unnötig von Menschen einander zugefügtes Leiden, zum anderen wird Leiden menschlich tragbar. Nun ja, das nur so in Kürze.

Fritz Bremer: Danke, ja, ich bin wirklich dankbar, dass du uns diesen Einblick gewährt hast und dass wir auf diese wichtigen Erfahrungen gekommen sind.

Viertes Gespräch,

bei dem es endlich auch mal um Krankheit geht

Nachdenken über den Krankheitsbegriff in der Psychiatrie / »Sie verstehen mich nicht, aber ich sehe, dass Sie sich Mühe geben.« / Wenn was an unserem Hirn nicht stimmt, sind wir gleich superbeleidigt / Ich kann alle Probleme mittels magischer Fähigkeiten lösen. – Wie soll ich da auf 'ne Krankheit kommen? / Krank sein dürfen, kann auch hilfreich sein

Fritz Bremer: Am Ende unseres letzten Gesprächs habe ich mich gefragt, ob diese eigentümliche Verschwisterung von Religion und Psychose nicht ein Überdenken des Krankheitsbegriffs in der Psychiatrie geradezu unerlässlich macht? Was versteht ihr eigentlich aus euren unterschiedlichen Blickwinkeln unter »psychischer Krankheit«?

Nachdenken über den Krankheitsbegriff in der Psychiatrie

Sibylle Prins: Auch abgesehen von dem Thema Religion ist ja der Krankheitsbegriff zumindest unter den Betroffenen recht umstritten, von den organisierten Psychiatrie-Erfahrenen wird er oft deshalb abgelehnt, weil teilweise darunter eine genetisch bedingte, biografisch und inhaltlich sinnlose Hirnstoffwechselstörung verstanden wird, die auch lebenslänglich anhält und nur medikamentös behandelt werden kann. Ich selber denke, dass man den Krankheitsbegriff auch ganz anders verstehen kann. Zum einen halte ich in diesem Zusammenhang »Krankheit« eher für einen Hilfsbegriff, um bestimmte Phänomene zu benennen und einordnen zu können. Dieser Hilfsbegriff kennzeichnet für mich, dass ein komplexes Gefüge, bestehend aus körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Faktoren aus dem Gleichgewicht gerät. Ich finde auch, dass Lebenssituationen so bedrängend und krisenhaft werden können, dass das subjektive Befinden sich dann mit »krank sein« umschreiben lässt.

Fritz Bremer: Renate, was verstehst du als Psychotherapeutin unter »psychischer Krankheit«?

Renate Schernus: Diese Frage zu beantworten fällt mir schon mein ganzes Berufsleben hindurch schwer. Natürlich wird zu Recht ein Krankheitsbegriff kritisiert, der lediglich reduktionistisch nach einer spezifischen Ursache in immer kleineren Teilen sucht. Aber naturwissenschaftlich geschulte Ärzte müssen keineswegs zu dieser Engführung kommen. Zum Beispiel Louis Pasteur, der den ja sehr segensreichen Nachweis eines engen Zusammenhangs zwischen Bakterien und Infektionskrankheiten erbringen konnte, vertrat deutlich die Ansicht, dass seelische Faktoren die Widerstandskraft des Organismus beeinflussen. Er prägte den Begriff des »Terrains« und meinte damit die für jede Krankheit bedeutsame innere und äußere Umwelt des Organismus. Bei psychischen Krankheiten, die den Kern der Persönlichkeit, ihre Identität tangieren, spielt meines Erachtens dieses innere und äußere »Terrain« eine besonders beachtliche Rolle. Hinzu kommt, dass wir Lebewesen sind, die sich in ihren jeweiligen »Terrains« in der Zeit entwickeln und diese dabei gleichzeitig erleiden und gestalten. Dass es auch eine biologische, zum inneren Terrain gehörende, Mitbedingung für seelische Erkrankungen gibt, scheint mir durch vorliegende Forschungsergebnisse erwiesen. Mich würde eigentlich eher befremden, wenn es nicht so wäre. Wir sind nun mal immer auch biologische Lebewesen aus Fleisch und Blut mit komplizierten Stoffwechselvorgängen, Genen und vielem mehr.

Fritz Bremer: Das scheint dich aber nicht zwangsläufig zu einem rein biologischen Verständnis von Symptomen zu führen.

Renate Schernus: Stimmt, es hindert mich keineswegs daran, in den sogenannten Symptomen gleichzeitig auch Selbsthilfemöglichkeiten des jeweiligen Menschen zu erkennen. Er ist eben immer gleichzeitig erleidend und gestaltend. Wenn ich unter Krankheit nur etwas verstehen soll, das mich von außen befällt und mit meiner ganzen Person nichts zu tun hat – etwa so wie Eugen Roth reimt »ein Spaltpilz (siehe Schizophyt), der schädlich einwirkt aufs

Gemüt« – dann muss ich den Krankheitsbegriff für seelische Erkrankungen ablehnen, denn sie sind Erschütterungen der ganzen leib-seelischen-sozialen Persönlichkeit und darin und gleichzeitig auch immer Antworten auf Widerfahrenes.

Fritz Bremer: ... du sagst »für *seelische* Erkrankungen ablehnen«. Wäre dies denn bei somatischen Erkrankungen ganz anders zu sehen?

Renate Schernus: Nein, ein so enger Krankheitsbegriff trifft genau genommen auch auf somatische Krankheiten nicht zu.

»Sie verstehen mich nicht, aber ich sehe, dass Sie sich Mühe geben.«

Fritz Bremer: Auch dein vertieftes Verständnis des Krankheitsbegriffs wird vermutlich nicht verhindern, dass viele Menschen, die auf die Psychiatrie angewiesen sind, den Krankheitsbegriff in Bezug auf ihre Person vehement ablehnen. Wie gehst du mit solchen Menschen um?

Renate Schernus: Wenn sich ein Mensch mit seelischen Erlebnissen, die erheblich von der Norm abweichen, aus den schon gestreiften oder aus noch anderen Gründen mit dem Krankheitsbegriff überhaupt nicht anfreunden kann, sich womöglich dadurch beleidigt fühlt, würde ich mit ihm zusammen danach suchen, wie er denn bezeichnen könnte, was er erlebt, erfahren oder erlitten hat. Vor ein paar Wochen sagte mir eine Frau, sie sei keineswegs psychisch krank gewesen, sondern sie habe lediglich einen »Rappel« gehabt. Über diesen Begriff konnten wir gut ins Gespräch kommen. Aber auch hier gibt es kein Patentrezept. Auch die ehrlichste Suche nach einem gemeinsamen Verständnis ist manchmal nicht von Erfolg gekrönt. Einmal hat mir ein junger Mann, bei dem mir sehr daran gelegen war, eine gemeinsame Basis für Behandlungsschritte zu finden, nach einem längeren Gespräch gesagt: »Sie verstehen mich nicht, aber ich sehe, dass Sie sich Mühe geben.« Das war ja immerhin schon was.

Wenn was an unserem Hirn nicht stimmt, sind wir gleich superbeleidigt

Fritz Bremer: Es würde mich sehr interessieren von dir, Sibylle, zu hören, was du über die sogenannte Krankheitsuneinsichtigkeit denkst, auch wie sie deiner Meinung nach zustande kommt.

Sibylle Prins: Das ist wohl eine Frage, die speziell auf Psychosen zielt? Ich möchte aber zu Beginn einen etwas anderen Zugang wählen. Auch Menschen, die andere psychische Probleme bekommen, andere Diagnosen, können ja oft, zumindest zunächst, nicht erkennen, dass mit ihnen was nicht stimmt, sie vielleicht Hilfe brauchen. Ein Mensch mit einer Depression kann zum Beispiel denken, dass seine pessimistische Sicht von sich selbst oder der Welt völlig richtig ist. Ob jemand, der irgendwann die Diagnose »Borderline« bekommt, sich im eigentlichen Sinn »krank« fühlt, weiß ich nicht, aber ich vermute, er oder sie denkt eher, alle Menschen und das Leben überhaupt sind gegen ihn. Hinzu kommt: wenn jemandem geraten wird, doch mal einen Psychiater aufzusuchen oder eine Psychotherapie zu machen, empfinden viele Menschen das als Beleidigung ohnegleichen. Damit wird – so ihr Gefühl – ihre ganze menschliche Identität und Integrität in Frage gestellt. Wir Menschen sind ja besonders stolz auf unser Bewusstsein, auf das Gefühl, wir seien »Herr im eigenen Haus«. Dass, gerade weil wir so eine komplizierte Psyche haben, dieses Bewusstsein, dieser Gefühlshaushalt, unsere oft nicht einfachen sozialen Zusammenhänge, eben all dies aus dem Lot geraten kann ebenso wie körperliche Funktionen, wollen wir eben nicht wahrhaben. Allenfalls kann das anderen passieren.

Fritz Bremer: Häufig wird ein gestörter Hirnstoffwechsel psychose-erfahrenen Menschen als einziges Erklärungsmodell angeboten. Was denkst du dazu?

Sibylle Prins: Das Gehirn ist mittlerweile zum Kultorgan geworden, gilt als Identitätsorgan. Gilt sogar als eigentliches Lebensorgan, wenn man bedenkt, dass der Tod heute am Gehirn festge-

macht wird, nicht mehr an Herzschlag und Atmung, die weiterhin künstlich aufrechterhalten werden können. Wenn also was an unserem Hirn nicht stimmt, sind wir gleich superbeleidigt – wobei ich ja diesen Intelligenzkult, der heutzutage so betrieben wird, auch skeptisch betrachte. Etwas näher heran wieder an die psychiatrische Thematik: unser Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld hat mal eine Veranstaltung zum Thema »Krankheitseinsicht« gemacht. Dabei stellte sich heraus, dass darunter ganz unterschiedliche Dinge verstanden werden können: zum einen, dass man einsieht, dass die psychotischen Erlebnisse nicht mit der Realität übereinstimmen. Dann, dass man irgendwie mitbekommt, dass man krank ist, und warum man als krank angesehen wird. Noch eine andere Sache ist dann die Behandlungsbereitschaft ...

**Ich kann alle Probleme mittels magischer Fähigkeiten lösen. –
Wie soll ich da auf 'ne Krankheit kommen?**

Fritz Bremer: ... und wie war's bei dir persönlich?

Sibylle Prins: In meinen Psychosen habe ich keine eigentliche »Krankheitseinsicht«, das heißt die beiden zuerst genannten Erkenntnisse finden bei mir nicht statt. Trotzdem begeben sich sogar aus eigenem Antrieb in die Klinik. Ist mehr so eine Art Trainingseffekt, als dass ich mich wirklich behandlungsbedürftig fühle. Bei der erwähnten Veranstaltung tauchten übrigens noch weitere interessante Aspekte auf, etwa der, zu begreifen, dass man zu einer als schwierig erlebten Lebenssituation auch selbst etwas beigetragen hat, oder einen Beitrag leisten muss, um Schwierigkeiten zu überwinden. »Krankheitsuneinsichtigkeit« wird auch dann manchmal vorgeworfen, wenn man sich gegen Zumutungen der Psychiatrie wehrt. Viele langjährig psychiatrisierte Menschen beklagen sich gar nicht mehr so darüber. Aber die, die einen Erstkontakt haben, insbesondere wenn sie aus »besseren Kreisen« stammen oder vorher beruflich eine gute Position hatten, empören sich sehr darüber, wie sie in der Psychiatrie infantilisiert, richtiggehend »klein gemacht« werden. Ferner kann »Krankheitseinsicht« dann auch heißen, sich im Nachhinein aktiv und konstruk-

tiv – was immer diese Lieblingsworte von mir nun im Einzelnen bedeuten mögen – mit der Krise und der eigenen Lebenssituation auseinanderzusetzen.

Fritz Bremer: Das heißt, deiner Meinung nach verbergen sich höchst unterschiedliche Phänomene hinter dem Begriff »Krankheitsuneinsichtigkeit«.

Sibylle Prins: Ja, es können unterschiedliche Dinge darunter verstanden werden, hinzu kommt noch die Frage: wer verlangt die sogenannte Krankheitseinsicht – und wozu? Nun aber zum eigentlichen Zentrum deiner Frage: ich jedenfalls kann in meinen Psychosen nicht erkennen, dass ich »krank« sein soll – einmal deshalb, weil sich das für mich überhaupt nicht wie irgendeine Krankheit anfühlt. Ich fühle mich dann weder besonders schlapp, auch nicht dumpf und schläfrig oder anderswie eingeschränkt, sondern habe jede Menge Energie, viele Ideen, sehe viele Zusammenhänge, die mir alle ungeheuer sinnvoll erscheinen, bin geselliger als sonst, kann alle Probleme mittels magischer Fähigkeiten lösen. Wie soll ich da auf 'ne Krankheit kommen?

Fritz Bremer: Und wie ist es bei negativen, beunruhigenden, angstvollen Erlebnissen während der Psychose?

Sibylle Prins: Natürlich erlebe ich auch sehr negative und beängstigende Momente in meinen Psychosen. Aber beide, die positiven wie die negativen Erlebnisse, Stimmen, Zusammenhänge erscheinen mir so ungeheuer real und drängend, dass ich mir nicht vorstellen kann, sie seien nicht wirklich. Wenn man mich zwingen wollte, im akuten Zustand zuzugeben, alles, was ich erlebte, sei nur psychotisch und krank, hätte ich das Gefühl, mich in einem sehr grundlegenden Sinne selbst zu verraten. Das ist wirklich so eine Situation »Allein gegen den Rest der Welt«. Deshalb ich es ja so bedauere, dass man niemanden mit hineinnehmen kann in die Psychosen, um andere das mal erleben zu lassen. Wenn ein Mensch sehr starke Schmerzen hat oder ihm dauernd übel ist, trifft er auf Angehörige und Ärzte, die alle schon mal Schmerzen

erlebt haben oder denen schon mal übel war. Klar, der Patient kann die anderen seine Schmerzen oder Übelkeiten auch nicht spüren lassen, nur davon berichten – aber alle, denen er berichtet, haben zumindest eine Ahnung davon, wie es demjenigen geht.

Fritz Bremer: Und wie siehst du deine Psychoseerlebnisse im Nachhinein, wenn du nicht mehr mittendrin steckst?

Krank sein dürfen, kann auch hilfreich sein

Sibylle Prins: Im Nachhinein ist es oft so, dass ich dieses sehr eindrückliche psychotische Erleben nicht einfach »wegwerfen« und vergessen kann, alles nur für Schrott erklären kann. Ich muss allerdings sagen, in dieser Hinsicht geht es so manchem Psychiatrie-Erfahrenen ganz anders, das heißt, ich kenne auch solche, die sich eindeutig krank fühlen, mitunter auch schon dann, während sich eine Krise bloß ankündigt. Zum Thema »im Nachhinein« noch ein Wort: es war ein ziemlicher Schock, nach der Psychose zu realisieren, in was für einem Zustand ich da gewesen bin, dass ich von anderen als »unzurechnungsfähig« angesehen wurde. Und was ich alles angestellt hatte. Das geht einem sehr gegen die Ehre. Ich glaube, es gibt Menschen, für die das so schrecklich wäre, dies im Nachhinein einzugestehen, vor sich und erst recht vor anderen, dass sie dabei zusammenbrechen würden. Dann wird lieber die Sichtweise aufrechterhalten, dass man im Recht war.

Krank gefühlt habe ich mich während der manchmal zwei Jahre und länger dauernden Depressionen, die auf die Psychosen folgten – aber abgesehen von den ersten Wochen hat mir da nur selten jemand gesagt, ich sei ja jetzt auch noch krank. Das hätte mir geholfen, glaube ich –

Fritz Bremer: ... inwiefern geholfen?

Sibylle Prins: Krankheiten denke ich mir in der Mehrheit als vorübergehenden Zustand, in dem man sich auch Schonung gönnen darf. So aber sah ich mich mit allen normalen Anforderungen konfrontiert und dachte über meinen Zustand nicht, dass es sich

um eine Krankheit handle, sondern dass ich mich zu so einer lethargischen, lustlosen, artikulationsunfähigen, interesselosen Persönlichkeit, eigentlich zu einem nassen Mehlsack entwickelt hätte. Zu denken, so eine Person sei ich geworden, war schlimmer als zu denken, na, ich bin jetzt halt immer noch krank.

Fritz Bremer: Es gibt also Zustände, in denen der Krankheitsbegriff deiner Meinung nach regelrecht hilfreich sein kann?

Sibylle Prins: Ja, durchaus. Zum Beispiel, dass Dinge, die ich während meiner Psychosen sage oder anstelle, meiner »Krankheit« zugeschrieben werden, hat einen erleichternden Effekt. Dass Leute dann sagen »na ja, da warst du halt krank« enthebt mich zwar nicht der Verantwortung – ich bin ja bei vollem Bewusstsein, wenn ich diese Dinge tue und finde sie in dem Moment auch richtig – aber im sozialen Zusammenhang nicht die vollen Konsequenzen tragen zu müssen, ist schon eine große Hilfe.

Zwei Bemerkungen noch zu diesem Thema – zum einen: die Uneinsichtigkeiten, die manchmal bei sogenannten Gesunden zu finden sind, haben mindestens denselben Grad wie bei manchen Psychotikern. Da wird das dann manchmal Sturheit, Eigensinn genannt – oder auch Individualismus oder Ich-Stärke oder Selbstbehauptungsvermögen. Das andere: ich kenne leider auch Psychiatrie-Erfahrene, die ich für *zu* einsichtig halte, die sich überhaupt nur noch als krank betrachten, bei sich selbst kein Quäntchen Gesundheit mehr finden oder keine bzw. kaum noch andere Lebensfacetten mehr zulassen, dauernd denken, gleich rutsche ich in die nächste Krise. Das erscheint mir weder erstrebenswert noch gesundheitsfördernd.

Fritz Bremer: So weit zur »Krankheitseinsicht«, die viel weniger eindeutig und einsichtig ist, als zu Anfang gedacht.

Fünftes Gespräch, **bei dem sich ahnen lässt, wie neue Möglich-** **keiten entstehen können und was sie blockiert**

Neue Möglichkeiten, die ohne Druck entstehen / Diagnosen, Prognosen, schlechte Prophezeiungen / Wenn eine Eigenschaft zu sehr wuchert, geht es schon schief / Ich spreche lieber mit einer Person als mit einem Lehrbuch / Psychotherapie nur für Intellektuelle? / Von Konkurrenz und Küchenpsychologie / Wie es dem Patienten geht, bekommt der Arzt oft gar nicht mit / Von objektiver und subjektiver Zeit / Psychose und Zeiterleben / Aktivismus als Angstabwehr / Zeit ist mehr als Geld / Mache ich es meinem Vorgesetzten recht oder meinem Gewissen?

Neue Möglichkeiten, die ohne Druck entstehen

Fritz Bremer: Renate, du hast im Laufe unserer Gespräche – ich glaube im Zusammenhang mit dem Thema Therapie – mal den Begriff »veränderungswütig« gebraucht – ist ein solcher Begriff nicht übertrieben? Was ist denn schlecht daran, jemanden zu Änderungen zu verhelfen?

Renate Schernus: Im Prinzip nichts.

Sibylle Prins: Stimmt, aber ich habe oft in der Psychiatrie einen großen Veränderungsdruck empfunden. Ob der nun wirklich ausgeübt wurde, kann ich gar nicht so objektiv sagen, denn ich habe mich auch selbst in dieser Hinsicht sehr unter Druck gesetzt. Da wäre es einfach besser gewesen, diesen Druck herauszunehmen, statt zu verstärken. Im Übrigen sehe ich das aber sehr deutlich an anderen Psychiatrie-Erfahrenen, was auf diese manchmal für ein Änderungsdruck ausgeübt wird. Wie viele und was für hohe und hehre Ziele beispielsweise in den Hilfeplanbögen auftauchen – um

die zu erreichen, müsste sich mancher Psychiatrie-Erfahrene um 180 Grad ändern. Man kann so eine Psychiatisierung, und alles, was damit zusammenhängt, ja auch so interpretieren, dass einem diese Erfahrung nachdrücklich sagt: »Du bist nicht o. k.«. Also die berühmte Selbststigmatisierung. Und Menschen mit psychischen Problemen rufen eben bei anderen – und wohl auch bei sich selbst – so etwas wie mächtige »Änderungsfantasien« hervor. Vielleicht war meine Abwehr von Zielen und Ergebnisorientierung aus meiner eigenen Enttäuschung über meine Unveränderbarkeit erwachsen – schließlich bin ich selbst ziemlich ergebnisorientiert... Glücklicherweise bin ich über die Momente, wo ich so, wie ich gerade bin, erfülltes Leben spüren kann, ohne erst die »große Änderung« abwarten zu müssen.

Renate Schernus: Ich glaube, als ich jünger war, habe ich in dieser Hinsicht manchen Fehler gemacht. Ich war ziemlich lange Leiterin einer Rehabilitationsklinik und dieses Wort verführt Profis dazu, sich durch Veränderungsprogramme zu profilieren. Na ja, die Patienten haben mir dann ziemlich bald beigebracht, was sich mit dem Leben verträgt und was nicht.

Fritz Bremer: Wenn ich das so höre, was wir Mitarbeiter in der Psychiatrie alles falsch machen können, angefangen schon bei unseren guten Absichten, wird mir ziemlich beklommen zumute. Ich denke dabei auch daran, dass Mitarbeiter unter vielfältigem Veränderungsdruck stehen. Sie sollen ihre Helferrolle verändern, ergebnisorientiert sein, Mitwirkung stärken usw. Renate, könntest du aus deiner Berufserfahrung heraus sagen, was Mitarbeiter, Ärzte, Psychologen usw. auf keinen Fall tun sollten.

Diagnosen, Prognosen, schlechte Prophezeiungen

Renate Schernus: Oh je, aus meiner Sicht gibt es da Antworten wie Sand am Meer.

Ich meine, keiner sollte mit zweifellosen Gewissheiten auf einen anderen Menschen zugehen, und so tun, als wüsste er schon alles über ihn aus seinen Lehrbüchern und diagnostischen Manualen,

als wüsste er, wo es mit ihm hingehen soll und wie er sich zu ändern habe in eine vorausgesetzte Ordnung hinein. Eine wirkliche Begegnung lebt davon, dass ich dem Anderen seinen Raum der Fremdheit, seine Unbestimmbarkeit lasse. Er braucht ihn, um zu sich selbst zu kommen. Auch durch übermäßiges Verstehen kann man dem Anderen zu nahe treten, manchmal zerstörerisch nahe. Um es mal drastisch zu sagen: auf keinen Fall sollten Ärzte oder andere Mitarbeiter jemanden Diagnosen oder Prognosen an den Kopf knallen. Ich habe oft erlebt, dass durch so ein Verhalten die Chance für eine therapeutische Beziehung von vorneherein verspielt wird. Genau genommen ist der Satz »Erst die Diagnose, dann die Therapie« falsch, beides ist von Anfang an nicht voneinander zu trennen. Neulich erzählte mir eine Patientin sehr aufgeregt und verunsichert, ihr Arzt habe ihr gesagt, nach jeder Psychose würde man einen Teil der eigenen Persönlichkeit verlieren. Solche Prophezeiungen sind leider sehr geeignet, Prognosen zu verschlechtern. Bei verunsicherten Personen und besonders in krisenhaft zugespitzten Situationen kann jedes Wort wichtig sein. Und negative, die Hoffnung nehmende Worte wiegen dann besonders schwer.

Dabei fällt mir noch etwas anderes ein: Die Selbsthilfebewegung der Menschen, die mit der Psychiatrie in Berührung gekommen sind, hat die Bezeichnung »Psychiatrie-Erfahrene« für sich selbst erfunden. Für mich steckt darin die Botschaft: ich habe zwar besondere Erfahrungen mit mir selbst, meiner Umgebung und der Psychiatrie gemacht, aber deshalb bin ich kein ewiger Patient und das, was ich erlebt habe, ist mit dem Begriff »ehemaliger Patient« auch nur unzureichend, für manchen vermutlich gar nicht beschrieben. Mit der neuen Selbst-Bezeichnung wird statt der Krankheit die Erfahrung in den Mittelpunkt gerückt und damit eine andere Wirklichkeit beleuchtet als die medizinische. Ich denke, dass das nicht unwichtig ist, denn über Sprache wird nun mal Wirklichkeit konstruiert.

Allerdings können Begriffe, die zunächst aufhorchen lassen, sich schnell abnutzen. Kein Begriff ist vor Bedeutungsveränderungen sicher, oder davor, im Dienst fremder Interessen missbraucht zu werden.

Fritz Bremer: Ja, das denke ich zum Beispiel bei den Begriffen Selbstbestimmung, Autonomie, Selbstmanagement, Kunde – sogar bei Begriffen wie Empowerment und Recovery. Sie scheinen mir sehr gefährdet, in den Sog ökonomischer Interessen zu geraten bzw. Ideologie zu werden.

Renate Schernus: Die Bezeichnung »Psychiatrie-Erfahrene« ist vielleicht noch einige Zeit vor Abnutzung oder Missbrauch gefeit, schon deshalb, weil sie sich so sperrig aussprechen lässt.

Fritz Bremer: Vorhin habe ich dich, Renate, in der negativen Formulierung gefragt, was Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf keinen Fall tun sollten. Ich frage jetzt mal anders herum: gibt es deiner Meinung nach eigentlich so etwas wie eine wichtigste Eigenschaft, die uns Mitarbeiter vor den größten Fehlern schützen kann?

Wenn eine Eigenschaft zu sehr wuchert, geht es schon schief

Renate Schernus: Hm, nur eine kann ich eigentlich nicht nennen, denn wenn eine zu sehr wuchert, geht's meiner Meinung nach schon schief. Stell dir vor, ein Mitarbeiter ist immer nur erbarungslos freundlich, empathisch und zugewandt oder er ist vorwiegend cool, klar, geradeaus und abgrenzend. Beides kann nicht funktionieren. Es geht eigentlich gar nicht um statische Eigenschaften, sondern um die Fähigkeit, sich auf dynamische Beziehungen einzulassen. Das Treibende oder Maßgebliche dabei ist unser Interesse an Menschen, an ihren Lebensgeschichten. Dabei handelt es sich um so etwas wie ein anklopfendes Interesse, das erst einmal Witterung aufnimmt, ob Eintreten erlaubt ist. Das hat, scheint mir, mit Respekt vor der Einmaligkeit von Personen zu tun. Aus so einem Anfang können sich dann höchst unterschiedliche Beziehungen entwickeln.

Fritz Bremer: In diesem Sinne ist ja auch eure Beziehung eine einmalige Geschichte. Wie siehst du das, Sibylle?

Sibylle Prins: Das mit den Geschichten der Menschen – die biografische Orientierung – scheint auch mir das A und O zu sein. Erlebt habe ich oft etwas anderes, nämlich, dass die zur Verfügung stehende Zeit für das Abfragen bloßer Daten genutzt wurde. Berufe und Krankheiten der Eltern, Scheidungskind, Schulabbrüche, Klinikaufenthalte – die ganze Litanei. Ich habe mich oft gefragt, worum geht es da meinem Gesprächspartner eigentlich? Will er eine Informationssammlung zwischen zwei Aktendeckeln anlegen? Soll ich in eine medizinische, psychologische oder sozialpädagogische Theorie oder Modellschublade gesteckt werden? Oder will er ein Gespür für meine Lebensrichtung bekommen? Dann müsste er sich vor allem für meine Normen, Werte, Hoffnungen interessieren, für das, was mich einengt, interessiert oder aufrichtet, wie ich auf Druck reagiere, ob ich eher in stark strukturierten oder in offenen, freien Situationen zurechtkomme. Das würde wirklich einen Unterschied machen.

Fritz Bremer: Ich kann das sofort verstehen, Sibylle. Es kommt vermutlich sehr darauf an, wonach, wie, mit welcher Intention gefragt wird und auch zu welchem Zeitpunkt. Das muss nicht immer abwertend erlebt werden. Denn wenn zum Beispiel ein Verhaltenstherapeut in Absprache mit seinem Klienten ein störendes Symptom behandeln will, dann muss er ja erst mal eine sorgfältige Analyse mit allem Drum und Dran erstellen. Das hat er so gelernt, auch für die Ärzte dienen ja die Fragen zur Diagnosefindung, um anschließend zur Therapie zu kommen.

Sibylle Prins: In der Theorie mag das einigermaßen akzeptabel sein, aber in der Praxis läuft da häufig etwas sehr Paradoxes ab. Wenn man zum Beispiel zu einem Arzt kommt mit verschiedenen Anliegen in Zusammenhang mit psychischen Problemen, was ja alles meistens einen sehr komplexen Hintergrund hat, und wobei man selbst nicht richtig weiß, was mit einem los ist, da wird man dann wegen des Zeitdrucks gezwungen, sehr präzise, sehr exakt zu sein, zügig zum Punkt zu kommen – wenn nicht, wird dir schnell vorgegeben: Aha, Schlafstörungen – Aha, Beziehungsängste und Ähnliches. Dass man mit einer klar umrissenen »Störung« – sagen

wir mal Höhenangst – seinen ersten Psychiaterbesuch unternimmt, ist ja eher seltener der Fall.

Fritz Bremer: Diese voreiligen Schlüsse, diese schnellen Etikettierungen und Deutungen – sind die deiner Meinung nach vorrangig ein Problem mangelnder Zeit oder steckt da noch etwas anderes dahinter?

Ich spreche lieber mit einer Person als mit einem Lehrbuch

Sibylle Prins: Mit der knappen Zeit hat es auch zu tun, aber ich glaube, was mich vor allem stört, ist, dass mein Gegenüber einem vorgegebenen Schema in seinem Kopf folgt, irgendwelchen gelernten Dingen. Das geht manchmal so weit, dass man wirklich das Gefühl bekommt, nicht mit einer Person, sondern mit einem Lehrbuch zu sprechen. Ich wünsche mir ein Eingehen auch auf solche Fragen und Wünsche, die nicht einer vorgegebenen Rehabilitationsnorm entsprechen und vielleicht erst einmal unrealistisch erscheinen. Das hat auch mit dem Ernstnehmen der subjektiven Realität von sogenannten Symptomen zu tun, mit dem Respekt vor dem subjektiv empfundenen Leiden. Aber es hat auch sehr viel mit Fantasie zu tun, die ich mir auf Seiten der Therapeuten wünsche. Zeit haben oder sich Zeit nehmen ist natürlich für alle diese Wünsche eine unverzichtbare Voraussetzung.

Fritz Bremer: Deine Beschreibung macht klar: Wunsch und Wirklichkeit klaffen weit auseinander.

Sibylle Prins: Ja, so ist es. Außerdem fällt mir dazu ein, dass sich die Wirklichkeiten und Perspektiven von Patienten und Mitarbeitern sehr stark unterscheiden. So höre ich zum Beispiel, dass die Krankenhausärzte so viel arbeiten, viele Überstunden machen müssen. Wenn ich aber als Patientin in einer Klinik bin, habe ich während einer ganzen Woche vielleicht eine Stunde Arztkontakt. Und das ist großzügig gerechnet.

Fritz Bremer: Wie siehst du denn die Situation für psychose-erfahrene Menschen bei niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten?

Psychotherapie nur für Intellektuelle?

Sibylle Prins: Zuerst einmal zur Psychotherapie. Bei allem, was ich auch kritisch dazu sagen kann, beobachte ich in meinem Umfeld aber doch, dass diejenigen, die sie in Anspruch nehmen, davon meistens deutlich profitieren. Medikamente können nicht alles sein. Psychotherapie bedeutet für viele, Interesse an der eigenen Person und Geschichte zu finden. Und ich bin der Meinung, dass sie in den Köpfen derjenigen, die für Planung der weiteren Unterstützung und Rehabilitation einer Patientin oder eines Patienten verantwortlich sind, immer noch eine zu geringe Rolle spielt. Oft kommt man gar nicht auf den Gedanken, ein Psychiatrie-Erfahrener könnte das vielleicht brauchen oder nutzen wollen. Psychotherapie ist natürlich kein Wunder- oder Allheilmittel. Scheinbar glaubt man immer noch, das wäre nur was für »intellektuelle« Klienten. Wenn das so ist, muss man sowohl diejenigen, die diesen Beruf ausüben und auch die psychotherapeutischen Konzepte mal unter die Lupe nehmen.

Fritz Bremer: Wird denn in den Hilfeplankonferenzen, an denen du teilnimmst, Psychotherapie für die Klienten empfohlen?

Sibylle Prins: Bei einem trialogischen Kooperationsgespräch ist zwar letztlich berichtet worden, dass von den ambulanten Klienten des Gemeindepsychiatrischen Verbundes vierzig Prozent psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen. Ich selbst kann mich jedoch des Eindrucks nicht erwehren, dass diese Zahl zu hoch gegriffen ist. In der Hilfeplanung wird Psychotherapie jedenfalls nicht sehr häufig empfohlen, am ehesten noch bei »Persönlichkeitsstörungen«. Mir scheint aber, dass das in letzter Zeit mehr wird. Vielleicht begeben sich ja auch mehr auf Glatteis. Aber ich habe schon mal gedacht, ob diese Wohnbetreuer den Besuch bei einem Psychotherapeuten vielleicht als Konkurrenz empfinden? Andererseits im Heimbereich, dessen Träger in Bielefeld ja

vor allem die von Bodelschwingschen Anstalten Bethel sind, wird durchaus für die Bewohnerinnen und Bewohner Psychotherapie angeboten, und zwar von einem internen psychosozialen Dienst. Die Psychologinnen und Psychologen berichten von guten Erfahrungen und Ergebnissen damit. Allerdings muss man natürlich auch berücksichtigen, dass es Psychiatrie-Erfarene gibt, die das gar nicht wollen.

Von Konkurrenz und Küchenpsychologie

Renate Schernus: Hm, vermutlich triffst du mit deinen Vermutungen bezüglich der Konkurrenz ins Schwarze und berührst gleichzeitig einen wunden Punkt. Tatsächlich entspricht es auch meiner Erfahrung, dass es Konkurrenzen gibt, zum Beispiel auch in dem von dir erwähnten Heimbereich. Die Frage, wie die psychotherapeutisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen am fruchtbarsten in der Institution eingebunden werden können, ist ein Dauerbrenner. Ich habe da alles erlebt, von sublimen Konkurrenz bis zu völlig verhärteten Fronten. Während die Psychologen beklagen, dass die Mitarbeiter der Wohngruppen und Heime eingefahren und wenig einfühlsam seien, bemängeln diese, dass die Psychologen ihre Klienten einmal in der Woche in einer alltagsfernen Sondersituation sehen, in der sie sich ganz anders verhalten als im Alltag. Während sie selbst auch mal Konflikte riskieren müssen, damit der Alltag einer ganzen Gruppe rund läuft, scheint dieser Alltag für die Psychologen nicht relevant zu sein. Aus Mitarbeitersicht haben die es also recht bequem, und obwohl die Mitarbeiter oft keinen Transfer aus den psychotherapeutischen Stunden in den Alltag bemerken, haben sie den Eindruck, dass diese Psycholeute sich unterschwellig oder direkt auch noch herausnehmen, Handlungsweisen oder Entscheidungen der Mitarbeiter zu kritisieren. Und wenn dann womöglich auch noch ein Heimbewohner oder eine Bewohnerin auf dieser Konkurrenz-Klaviatur zu spielen versteht und Sätze fallen lässt wie: »Frau Sowieso hat aber gesagt, ich soll meine dunkle Seite ausleben«, spätestens dann kann man sich fragen, wie therapeutisch bzw. wie sinnvoll eigentlich dieses ganze Arrangement ist.

Fritz Bremer: Während ich dir zuhöre, stelle ich mir vor: so ein System ist geeignet, Patienten festzuhalten. Das System braucht ja »möglichst viele zahlende Kunden« ... Oder geht es auch anders?

Renate Schernus: Ja, es läuft dort gut, wo eine Leitungsperson mit weitem Horizont den Respekt vor *allen* Beteiligten vorlebt und sich nicht mit einer Seite parteiisch macht. Im Idealfall können dann zum Beispiel in Teamgesprächen verschiedene Erfahrungen und Blickrichtungen fruchtbar aufeinander bezogen werden. In solchen – am liebsten würde ich sagen »gepflegten« – Kulturen habe ich es erlebt, dass Mitarbeiter psychotherapeutische Gespräche für Bewohnerinnen und Bewohner sogar anregen, dass sie wahrnehmen können, dass die Betroffenen davon profitieren und dass ihre eigene Arbeit im Austausch mit den Psychologinnen und Psychologen bereichert wird. Die für alle Beteiligten letztlich unfruchtbare Konkurrenz lässt sich meines Erachtens nicht allein durch Änderung von Strukturen in den Griff kriegen – das hat immer etwas mit einzelnen Menschen zu tun. In »gepflegten Kulturen« achten Leitungen auf »Empowerment« von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Wenn diese sich bestätigt fühlen, werden sie selbstsicherer. Je selbstsicherer jemand ist, desto weniger Konkurrenzgebaren hat er nötig.

Fritz Bremer: Wie sieht es denn im ambulant betreuten Wohnen aus?

Sibylle Prins: Vermutlich gibt es da das Thema Konkurrenz auch. Denn viele Wohnbetreuer führen ja bei ihren Besuchen mit den Klienten oft auch psychotherapeutisch angehauchte Gespräche.

Renate Schernus: Genau, das Thema Konkurrenz ist in diesem Bereich auch vorhanden, aber da hier niedergelassene Psychotherapeuten wie von jeder Bürgerin und jedem Bürger in Anspruch genommen werden können, wird sie nicht so deutlich sichtbar. Man hält gehörigen Abstand voneinander. Abgesehen von dem Thema Konkurrenz ist in diesem Bereich vielleicht das größere

Problem, dass es sehr viele Psychotherapeuten gibt, aber nur wenige, die sich für psychiatrie-erfahrene Menschen interessieren. Ich erinnere mich an eine Supervisionsgruppe, in der ein Psychologe sagte: »Da Herr X noch Stimmen hört, ist er nicht therapiefähig.« Das ist – jedenfalls als Prinzip – meiner Meinung nach Unsinn.

Oft sind übrigens psychotherapeutisch angehauchte Gespräche durch erfahrene Mitarbeiter des betreuten Wohnens gar nicht schlecht. Manchmal höre ich allerdings von Klienten, dass sie sich über Anmaßung auf diesem Gebiet ärgern. »Da hat mal wieder so eine Mitarbeiterin ihre Küchenpsychologie an mir auslassen wollen.«

Fritz Bremer: Und wie ist die Situation bei den niedergelassenen Nervenärzten?

Wie es dem Patienten geht, bekommt der Arzt oft gar nicht mit

Sibylle Prins: Die lässt nach meiner Beobachtung auch zu wünschen übrig. Aus meiner Arbeit im Selbsthilfeverein Psychiatrie-Erfahrener kenne ich viele, die einmal im Quartal zum Arzt gehen, da zehn Minuten »drin sind«, ein »Neuroleptikum hoch- oder runterdosierte bekommen« und das war's dann. Wie es dem Betroffenen mit dem Medikament in der nächsten Zeit geht, scheint der Arzt häufig gar nicht mitzubekommen, auch dann nicht, wenn sein Patient in der Klinik landet. Oder die Klagen über die Nebenwirkungen werden einfach nicht ernst genommen. Für ein sorgfältiges, engmaschig begleitetes Suchen nach dem gerade für diese Person verträglichsten Präparat scheint mir häufig die Zeit, vielleicht auch das Interesse zu fehlen.

Fritz Bremer: Lasst uns einen Moment bei der Zeit verweilen. Ist sie nicht »zurzeit« die knappste Ressource überhaupt?

Von objektiver und subjektiver Zeit

Renate Schernus: Das angebliche oder tatsächliche Fehlen von Zeit ist eine Seite des Problems. Aber das ganze Problem scheint

mir mit einem generellen Missverständnis davon, was Zeit eigentlich ist, zusammenzuhängen. Wenn man in der Psychiatrie nur einen physikalischen Begriff von Zeit hat, wo sich eins ans andere reihen lässt, wie die Dinge im Raum, dann kann sich daraus ja gar kein biografisches Verständnis entwickeln, denn in einer gelebten Geschichte gibt es solche abgehackten Bausteine oder Module in einem reinen Nacheinander nicht. In gelebter Zeit ist nichts ganz vergangen, ist in Gegenwart und Zukunft immer mitgegeben. Eben deshalb ist das Erzählen von Geschichten viel wichtiger als jedes Messen oder sonstige lineare Konstruktionen.

Fritz Bremer: Also – es läuft auf die Frage hinaus, was Zeit im subjektiven Erleben überhaupt ist? Depressive Zeit? Normal-Zeit? Wohlbefinden-Zeit? Psychotische Zeit? Was sagt deine Erfahrung, Sibylle?

Psychose und Zeiterleben

Sibylle Prins: Ein verändertes Zeiterleben ist eines der hervorstechendsten Merkmale meiner Psychosen. Aber darüber müsste man wirklich extra reden, ich hatte schon mal den Gedanken, ob Psychosen etwas damit zu tun haben könnten, mit gelebten oder vorgegebenen Zeitstrukturen nicht zurechtzukommen. In der Phase nach der Psychose ist Zeit noch mal ein ganz anderes Problem: mein ganzes Tun und Denken läuft dann quasi in Zeitlupe ab. In meiner Umgebung scheint mir alles viel zu schnell zu gehen, ich habe dann das Gefühl, sehr unter Druck zu geraten, bei diesem Tempo mithalten zu müssen. Der eigentlich drängendste Punkt war aber die Frage: womit verbringe ich meine Lebenszeit? Mit Nichtstun, mit für mich sinnlosen Beschäftigungen, mit dem, was andere für mich vorgeben – oder kann es gelingen, das bisschen Zeit, das ich habe, zu nutzen für etwas, was mir am Ende meiner Zeit das Gefühl geben wird: ich habe gelebt!

Fritz Bremer: Von der einfach erscheinenden Kritik am Mangel an Zeit sind wir bei einem philosophischen Thema angekommen. Sollen wir noch etwas dabei bleiben?

Aktivismus als Angstabwehr

Renate Schernus: Ja, unbedingt – lässt uns dafür ruhig »etwas Zeit nehmen«. Ich frage mich nämlich gerade, ob Schnelligkeit, Aktivismus und die Betonung des Mangels an Zeit nicht oft auch der Angstabwehr dienen, dem Versuch, einer tiefer gehenden Beunruhigung durch menschliche Begegnung, dem Sich-berühren-lassen auszuweichen.

Wenn mir die eigenen Empfindungen, insbesondere auch Angst, in der Begegnung mit dem Anderen fremd bleiben, verliere ich, und das scheint mir für jede Art von Psychotherapie grundlegend bedeutsam, ein wichtiges Leitsystem. In dem Versuch, zu verstehen, muss ich immer zugleich auch darauf achten, welche Impulse, Gefühle, Reaktionen bei mir ausgelöst werden. Ich muss meinem Gegenüber zuhören und zugleich mir selbst. Eigentlich muss ich sogar auf mindestens drei Ebenen hören. Auf der ersten Ebene wird etwas zu mir gesagt, die zweite Ebene betrifft das, was unausgesprochen zwischen oder hinter den Worten steht und sich allenfalls aus Mimik oder Gestik erschließen lässt. Die wichtigsten Informationen stecken ja häufig nicht in den direkten Mitteilungen, sondern in den eher indirekten. Und auf der dritten Ebene habe ich es mit der Achtsamkeit für meine eigenen Reaktionen auf all das zu tun.

Fritz Bremer: So sprechen wir philosophisch und psychologisch über Zeiterleben und dann erfassen uns wieder die äußeren Zwänge, die bewirken, dass Mitarbeiter, ganz gleich in welcher Profession, immer weniger Zeit haben für den Umgang mit Menschen, für Gespräche? Sie stehen unter Druck. Sie haben Tag für Tag so unglaublich viel zusätzliche formale, bürokratische Aufgaben zu erledigen, anzupacken ...

Renate Schernus: Na ja, das stimmt einerseits. Ich beobachte das auch und bedaure es. Aber es gehören zum Druck immer zwei. Einer, der Druck macht, und einer, der sich unter Druck setzen lässt. Um damit klarzukommen, brauchen wir mehr tieferes Nachdenken über Zeit. Ein Zen-Meister würde vielleicht sagen: Hast

du keine Zeit, dann mache einen Umweg. Oder ein Kollege erzählte mir neulich, er sage manchmal in Beratungen: »Wir haben viel vor, also müssen wir ganz langsam vorgehen.«

Zeit ist mehr als Geld

Sibylle Prins: Oft können sowohl Behandelnde als auch Angehörige die in ihren Augen zu langen Zeiträume, die ich oder andere Psychiatrie-Erfahrene für eine Besserung brauchen, nicht gut aushalten. Die Kostenträger schon mal gar nicht, denn diese wandeln die Zeit um in etwas anderes. Für sie gilt der Satz: »Zeit ist Geld«. Und das eben ist völlig fatal. Zeit ist eben kein Geld, sondern ganz etwas anderes. Das sind eigentlich zwei völlig verschiedene Lebenskategorien. Es müsste klar werden, dass in manchen Bereichen dieser Satz nicht gelten darf, und die reine, nicht in Geld konvertierbare Zeit die eigentlich wichtige und notwendige Ressource ist, alles andere Unmenschlichkeit bedeutet. Zeit, die man einem Menschen lässt, Zeit, die man ihm gibt und widmet – Geduld ist zum Beispiel manchmal das größte Geschenk, das man einem Menschen machen kann. Was nicht heißen soll, dass es nicht auch Situationen gibt, in denen man die Dinge ein wenig beschleunigen sollte, oder in denen Zeit in ungutem Sinne verschwendet wird. Für mich zum Beispiel, wenn ich vier Stunden in einem Wartezimmer warten muss oder mir wurde damals, nach meiner Ersterkrankung, gesagt, auf ein Erstgespräch bei der Rehabilitationsabteilung des Arbeitsamtes müsse ich *zwanzig Wochen* warten.

Mache ich es meinem Vorgesetzten recht oder meinem Gewissen?

Fritz Bremer: Das ist hart und hat mit Gewährleistung sozialer Rechte nicht mehr viel zu tun. Was mir zu schaffen macht, ist, dass meinem Eindruck nach solche und ähnliche Zumutungen in den letzten Jahren immer mehr zunehmen – in der Altenpflege, in Kliniken, »Agentur für Arbeit«, Eingliederungshilfe usw. In den verschiedenen Feldern auf jeweils unterschiedliche Art – sozusagen von »gefährdender Pflege« über die Telefonschleife, in der man

keinen Menschen mehr erreichen kann, bis zur Rationierung von Hilfen. Zunehmender Kostendruck, infolgedessen Stellenstreichungen und bürokratische Kontrollen, die sich keineswegs darauf beziehen, wie viel Geduld aufgebracht wird, sondern darauf, wie schnell mit welchen Mitteln welche messbaren Effekte zu erzielen sind. Das kennzeichnet doch die derzeitige Situation. Alles das, was ihr für richtig, gut und hilfreich haltet, viel Zeit, Würdigung von Umwegen, Hinhören, sogar auf nicht Gesagtes achten ... scheint mir, obwohl ich alledem innerlich zustimme, sehr weit weg vom alltäglichen Turboleben. Erlebt ihr da keine Diskrepanz? Ihr habt sie jedenfalls bisher relativ wenig angesprochen.

Renate Schernus: Na, ich finde, so ganz unkritisch waren wir nicht. Aber zu deiner Frage: selbstverständlich erlebe ich Diskrepanzen und du weißt ja aus anderen Zusammenhängen, dass ich der Überzeugung bin, dass sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Sozial- und Gesundheitsberufen gegen Entwicklungen, die eine fachliche und menschliche Arbeit und ihre kreative Weiterentwicklung eher verhindern als ermöglichen, wehren müssen, politisch, gewerkschaftlich, in Fachverbänden oder wie auch immer, und dass ich mich, soweit es mir möglich ist, an einer solchen Gegenwehr auch selbst beteilige.

Fritz Bremer: Du denkst da vermutlich an die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und die Soltauer Initiative.

Renate Schernus: Ja, zum Beispiel, aber das stand ja bei unseren Gesprächen hier zunächst nicht im Vordergrund, da wir persönlich gefragt waren und zwar hinsichtlich der Geschichte, die mit uns beiden zu tun hat. Und außerdem macht es mir auch mal Spaß, über das zu reden, was ich richtig finde, und nicht nur über das, was ich kritisch sehe. In Bielefeld erlebe ich die Situation im Übrigen so, dass die Entwicklungen, die ich für negativ halte, häufig parallel zu interessanten neuen Projekten verlaufen und auch parallel zu einer engagierten Arbeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die im Umgang mit Menschen immer noch viel von dem verwirklichen, was auch mir wichtig erscheint, und die kei-

neswegs alle modernistischen neuen Zielvorstellungen unbesehen schlucken. Tatsache ist allerdings, dass ich häufig von Konflikten höre, die mit der von dir thematisierten Diskrepanz zu tun haben: Mache ich es meinen Vorgesetzten recht oder meinem Gewissen, wo kann ich noch mitgehen, ohne mein berufliches Selbstverständnis aufzugeben, und wo muss ich aus ethischen Gründen sagen: bis hierher und nicht weiter.

Fritz Bremer: Mit der zugespitzten Nachfrage habe ich die gebotene Zurückhaltung des Interviewers kurzfristig aufgegeben und natürlich erwarte ich keine glatten Antworten. Es ist mir wichtig, die Diskrepanz, die mir sehr zu schaffen macht, immer wieder anzusprechen.

Vorhin aber fiel mir etwas Schönes auf: Eigentlich mache ich es – fast beiläufig – wie Renates Zen-Meister: ich habe – wie man so sagt – keine Zeit und deshalb mache ich einen Umweg und nehme mir Zeit für die Gespräche mit euch. Nur – leider – für heute muss ich diesen Umweg beenden. Lasst uns das Gespräch morgen fortsetzen.

Sechstes Gespräch, bei dem Patentrezepte mal wieder abgelehnt werden

Eintritt in eine fremde Welt – erste Berührungen mit der Psychiatrie /
Was sollen da Tabletten helfen? / Für jeden eine eigene Sprache finden
/ Ruhige Leute schaffen einfach Vertrauen / Patentrezepte gibt es
nicht / Patienten so lange amüsieren, bis die Natur sie heilt / Als die
Plastikwörter zu wuchern begannen / Sich wie berentet fühlen / Not-
wendige Unterschiedlichkeit in Beziehungen

Fritz Bremer: Sibylle, gestern hast du mir – vermutlich unge-
wollt – ein Stichwort geliefert, das ich mir gemerkt habe, da es
mich interessiert. Du sprachst von deiner »Ersterkrankung«. Erin-
nerst du dich eigentlich noch an deine erste Berührung mit der
Psychiatrie? Oder, wenn du dazu vielleicht nicht so viel sagen
willst, kennst du aus deiner Arbeit in der Selbsthilfe Berichte, wie
andere diesen ersten Kontakt erleben? Was scheint dir in diesem
Zusammenhang besonders wichtig?

Eintritt in eine fremde Welt – erste Berührungen mit der Psychiatrie

Sibylle Prins: Ich kann da durchaus von mir selbst sprechen.
Damals wusste ich überhaupt nicht, warum ich in der Psychiatrie
gelandet war. Das hat mir auch niemand erklärt, die ganzen Mo-
nate lang nicht. Ich bekam dann irgendwann meine Diagnose mit,
»Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis«, auch diese Dia-
gnose hat mir niemand erklärt, schon gar nicht, was das mit dem
zu tun haben sollte, was ich erlebt hatte. Zu den Medikamenten
gab es auch keinerlei Erklärungen. Ich kannte Psychopharmaka
damals nur aus Blättern wie »Stern« oder »Spiegel«, darin stand,
das sei gefährliches, persönlichkeitsveränderndes Zeug, das ab-

hängig macht und von dem man tunlichst die Finger lassen sollte. Das ist ja auch nicht so ganz von der Hand zu weisen: wenn man durch Medikamente kognitiv beeinträchtigt wird, keinen Zugang zu seinen Gefühlen mehr hat, ständig müde ist oder dreißig Kilo zunimmt – das ist sicher persönlichkeitsverändernd. Auch bei der Frage der Abhängigkeit gehen Psychiater oft gleich in die Luft – zum einen gibt es natürlich Psychopharmaka, die eine echte Abhängigkeit im Sinne einer Suchterkrankung verursachen können, zum Beispiel bei den Tranquilizern. Bei Neuroleptika gibt es oft eine psychische Abhängigkeit und physiologisch zumindest einen starken Gewöhnungseffekt, der es sehr schwer macht, das Medikament später wieder abzusetzen, ohne dass es zu neuerlichen Krisen kommt. Und sicher werden Psychopharmaka auch aus eher zweifelhaften Gründen verschrieben, man denke nur an ihren Einsatz im Altenpflegebereich oder bei sogenannten hyperaktiven Kindern.

Fritz Bremer: Das hört sich so an, als würdest du Medikamente grundsätzlich ablehnen?

Sibylle Prins: Nein, ganz so ist es nicht. Auch im psychiatrischen Bereich gibt es ja durchaus Modelle, die damit zurückhaltender sind und mit viel weniger Medikamenten auskommen.

Aber dass es auch einen verantwortlichen und manchmal sinnvollen Einsatz dieser Medikamente geben könnte, wusste ich damals nicht. Und natürlich waren die Dosierungen sehr hoch. Mein erstes Wissen über Psychopharmaka habe ich nicht von Ärzten, sondern von Mitpatienten erhalten. Noch heute geht es vielen Psychiatrie-Patienten beim Erstaufenthalt so, dass sie vieles überhaupt nicht verstehen und es ihnen auch niemand verständlich macht. Man muss einfach sehen, dass beim Erstkontakt die Psychiatrie eine fremde Welt ist. Was für die Mitarbeiter alltägliche Selbstverständlichkeit ist, ist für den Patienten oft befremdlich oder unverständlich. Da gibt es immer viel Erklärungsbedarf.

Fritz Bremer: Kannst du dafür ein Beispiel schildern?

Was sollen da Tabletten helfen?

Sibylle Prins: Wenn man zum Beispiel wegen eines Konfliktes in der Beziehung oder am Arbeitsplatz in die Krise gekommen ist – was sollen da Tabletten helfen? Als Betroffener versteht man das nicht, sondern geht natürlich davon aus, dass erst das Beziehungsproblem angegangen bzw. angesehen werden muss.

Es ist immer noch ganz schwierig, Ärzte zu finden oder Kliniken, die Menschen auf Wunsch auch ohne Psychopharmaka-Einsatz behandeln oder ihnen sogar beim Absetzen behilflich sind. Auch Ärztinnen oder Ärzte zu finden, die wirklich offen mit Informationen umgehen und mit dem Patienten gemeinsam eine Nutzen-Risiken-Abwägung vornehmen. Daneben habe ich schon mal mitbekommen, dass manche Psychiatrie-Erfahrene bis zu sechs oder sieben verschiedene Psychopharmaka als Dauermedikation gleichzeitig verschrieben bekommen. Ich habe erhebliche Zweifel, ob das noch medizinisch sinnvoll und vertretbar sein kann – allein schon die vielen Wechselwirkungen kann ja kein Mensch mehr nachvollziehen.

Fritz Bremer: Seit Ende 2007 gibt es wieder eine ziemlich lebendige, kontrovers geführte Neuroleptika-Debatte. Die Frage des Umgangs mit Medikamenten ist aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen immer weiter ein brennendes und ungelöstes Problem.

Sibylle Prins: Eigentlich bedaure ich es, dass die Medikamentenfrage so sehr im Mittelpunkt steht – bei Ärzten sowieso, aber auch bei Angehörigen, sowie bei vielen Psychiatrie-Erfahrenen. Die Bandbreite reicht da von einer totalen Ablehnung bis hin zu einer starken Medikamentengläubigkeit, bei der jedes Unbehagen und Missempfinden medikamentös behandelt werden soll. Es ist natürlich zu manchen Zeiten sinnvoll, sich intensiv dieser Frage zuzuwenden – aber wenn sie so zentral bleibt, werden nach meiner Meinung andere Punkte der Lebensgestaltung, die vielleicht langfristig wichtiger und ergiebiger sind, leicht übersehen.

Fritz Bremer: Auf die Medikamente sind wir ja durch meine

Frage gekommen, wie Betroffene die erste Begegnung mit der Psychiatrie erleben. Was wäre aus deiner Sicht dabei sonst noch zu beachten?

Sibylle Prins: Auch andere »Rituale« der Psychiatrie erschließen sich mir nicht sofort. Etliche Menschen haben aufgrund von amerikanischen Filmen und Büchern die Vorstellung, ein Psychiater sei ein Psychoanalytiker, der tief in der Kindheit bohrt und allerhand unbewusstes Material zutage fördert. Mit der Realität in der Psychiatrie hat das nur wenig zu tun. Dass man in der Akutpsychiatrie hauptsächlich Medikamente bekommt und sich ein ganzes Stück weit selbst überlassen bleibt, ist für viele ein Schock. Auch auf solche Veranstaltungen wie »Morgenrunde«, Ergotherapie, Gruppengespräche reagieren viele erst mal mit Befremden. Das gilt übrigens auch für die Vorgehensweisen im teilstationären und ambulanten Bereich – was von professioneller Seite als einladend oder »hilfreich« angesehen wird, schreckt Betroffene und Außenstehende eher ab.

Fritz Bremer: Also – das, was wir Professionellen wahrnehmen, ist oft sehr unvollständig, entspricht kaum dem Erleben der Betroffenen. Wie steht es deiner Meinung nach in der Psychiatrie mit dem viel berufenen Gespräch auf »Augenhöhe« oder mit der modern gewordenen Maxime: »Verhandeln statt behandeln«?

Für jeden eine eigene Sprache finden

Sibylle Prins: Für mich ist der Begriff »auf Augenhöhe« eigentlich für den Umgang der Psychiatrie-Erfahrenen untereinander reserviert. Denn die Augenhöhe entfällt sofort, wo es um reale Macht- und Entscheidungsbefugnisse geht. Wie soll von »Augenhöhe« mit einem Arzt die Rede sein, der eine rechtliche Betreuung gegen den Willen des Betroffenen befürwortet? Ich glaube außerdem, dass viele Psychiater doch weiterhin von ihrer eigenen Überlegenheit ausgehen. Hinzu kommt – das ist jedenfalls mein Eindruck –, dass es den Professionellen schwerfällt, mal was Positives über ihre Patienten oder Klienten zu sagen. Natürlich sind sie auch

in der Zwickmühle, wenn man bei einem Kostenträger etwas beantragen will, dann kann man kein rosarotes Aquarellporträt des Betroffenen zeichnen, die Probleme müssen ja auch benannt werden. Aber dieses häufig gänzliche Fehlen von Positivem – das kann doch auch nicht die Realität sein. Das andere: dort, wo Probleme geschildert werden, geschieht das überwiegend in einer Sprache, die eine abwertende Tönung hat. Viele psychiatrische und auch sozialarbeiterische Fachbegriffe enthalten das nach meinem Empfinden. So kursieren diagnostische Begriffe wie »paranoid« oder »schizophren« in der Alltagssprache als Schimpfwörter. Und wer lässt sich gern als »gestört« bezeichnen? Wenn ein Mitarbeiter das Sozialverhalten eines Klienten als »infantil und clownesk« beschreibt und der Klient das liest – vorausgesetzt er kennt diese beiden Fremdworte –, wird er sicher beleidigt sein. Wäre ich auch. Und man muss sich fragen, ob die Haltung des Mitarbeiters noch von Respekt geprägt ist. Deshalb sind ja die Klienten oft empört, wenn sie ihre Akte lesen – der Vorbehalt, dass Psychiatrie-Patienten Schaden nähmen, wenn sie ihre eigene Akte einsehen würden, hat auch etwas mit dieser abwertenden Sprache zu tun, die da im Gebrauch ist. Das ist für die Haltung der Professionellen und für das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt oder Klient und Mitarbeiter nicht gerade förderlich. Wie würden sich denn die Aktenschreibenden fühlen, wenn über sie in einem solchen Vokabular geschrieben würde? Und dann gibt es diese Bestrebungen, eine möglichst »einheitliche« Sprache zu schaffen. Ich kann zwar verstehen, dass man das will, um die Verständigung der Profis untereinander zu verbessern – aber ich weiß nicht, ob das wirklich auch in unserem Interesse ist. Ich erlebe die Menschen, die von psychischen Krisen betroffen sind, als so verschieden, dass man, um ihnen gerecht zu werden, auch für jeden eine eigene Sprache benutzen oder eigentlich erfinden müsste.

Fritz Bremer: Interessant – das bedeutet, dass bei dem Bemühen, die Verständigung der Profis untereinander zu verbessern, die Verständigung mit den Patienten leidet.

Wie siehst du das, Renate?

Renate Schernus: Der Austausch zwischen den Profis kann vielleicht zügiger abgewickelt werden, wenn man ein Standardvokabular benutzt, und das kann ja manchmal nützlich sein – ob die Verständigung dabei wirklich verbessert wird, ist zu bezweifeln. Ein Aspekt des Problems scheint mir, dass oft über die Köpfe der Betroffenen hinweg kommuniziert wird. Das muss nicht so sein. Eine Bielefelder Tagesklinik hat zum Beispiel den Weg gewählt, den ausführlichen Entlassbrief direkt an die Patientinnen und Patienten selbst zu richten. An den weiterbehandelnden Arzt oder Therapeuten wird nur ein Kurzarztbrief adressiert, der auf Fakten reduziert ist, allerdings einschließlich der Diagnose(n). Dieser Kurzbrief wird dem Patienten am Entlasstag in einem offenen Umschlag mitgegeben. Die klinische Erfahrung und eine Pilotstudie haben gezeigt, dass dieses Vorgehen bei den Betroffenen eine hohe Akzeptanz findet. Der Sprachgebrauch der Entlassbriefe ändert sich automatisch, wenn der Verfasser sich den Patienten selbst als Adressaten beim Schreiben vorstellt. Außerdem kann der Patient selbst entscheiden, wem er den ausführlichen Brief zeigen will und wem nicht. Ich habe übrigens ab und zu in der Beschwerdestelle mit Klagen über Abschlussberichte zu tun und bin dann doch immer wieder erstaunt, wie viele wertende, ja abwertende Begriffe benutzt werden, häufig in einer kaum entwirrbaren Mischung mit irgendwelchem Fachjargon. Manchmal lässt sich mit den Verfassern reden, manchmal verteidigen sie aber diese Mischung aus Interpretation, Wertungen und Fachausdrücken als unvermeidlich aus Gründen, die sie für professionell halten. Übrigens wurden die Beschwerden, mit denen ich zu tun hatte, nicht gegen Akutkliniken geführt, sondern gegen Kliniken, die psychotherapeutische Schwerpunkte hatten. Da ist es doch besonders eigenartig, dass man nicht versucht, den Abschlussbericht therapeutisch zu gestalten. Letzteres könnte durchaus auch heißen, Inhalte und Bewertungen gemeinsam mit dem Patienten auszuhandeln. Stattdessen riskiert man lieber, dass die Patienten sich am Schluss in ihrem Vertrauen getäuscht sehen und infolgedessen die vorherigen therapeutischen Bemühungen als entwertet ansehen und eventuell in der Folge selbst entwerten.

Es macht einen Unterschied, ob ich in einem Bericht zum Aus-

druck bringe, dass ich mich durch die Verhaltensweisen eines Patienten genervt und seinen Anliegen nicht gewachsen gefühlt habe oder ob ich ihn als »notorischen Nerver« bezeichne. Bei einer interaktiven Beschreibung wird der Tatsache Rechnung getragen, dass beide, Therapeut und Patient, am Gelingen der Interaktion beteiligt sind.

Fritz Bremer: Probleme, die aus mangelnder Verständigung erwachsen, werden sich vermutlich zuspitzen, wenn es zu eskalierten Situationen kommt. Was wäre dir, Sibylle, da besonders wichtig?

Ruhige Leute schaffen einfach Vertrauen

Sibylle Prins: Dazu gäbe es viel zu sagen, ich will mich auf zwei Dinge beschränken: erstens sollte in einer zugespitzten Krise der Betroffene über das, was man mit ihm vorhat, was als Nächstes kommt, kurz und sachlich informiert werden, die herangeeilten Professionellen sollten nicht einfach wortlos handeln. Das bewirkt manchmal sehr viel, auch dann, wenn es oberflächlich so scheint, als würde der Mensch, der die Krise hat, nichts mehr mitbekommen. Zweitens sollten die Helfer am besten ruhig und gelassen bleiben, sich möglichst nicht durch die vorgefundene Aufregung anstecken lassen.

Fritz Bremer: Wie siehst du das, Renate? Worauf kommt es aus deiner Sicht bei Krisensituationen, die eventuell zu einer Zwangseinweisung führen, besonders an? Wenn man schnell und verantwortlich handeln muss, wie kann man dann trotzdem die Situation des Betroffenen berücksichtigen?

Renate Schernus: Das Wesentlichste hat Sibylle schon gesagt. Ich habe außerdem gute Erfahrungen damit gemacht, die Notwendigkeit von Schutz für den Betroffenen in den Vordergrund zu stellen. Ich glaube aber, dass es Schönfärberei wäre zu sagen, dass man damit immer einvernehmliche Einweisungen erreichen kann. Rein pragmatisch gesehen ist es wichtig, die Situation nach Mög-

lichkeit so vorzubereiten, dass ich, wie es in deiner Frage bereits anklingt, wirklich schnell und verantwortlich handeln kann, also zum Beispiel Kollegen im Hintergrund habe, die notfalls mit eingreifen können. Das verhilft auch zu der nötigen Ruhe und Gelassenheit. Auf keinen Fall sollte man in solchen Situationen den Helden spielen. Wenn die Polizei mit ins Spiel kommt, ist es – nicht zuletzt wegen des sozialen Umfelds – häufig besser, Zivilfahrzeuge und Zivilkleidung zu nutzen.

Sibylle Prins: Aus meiner Sicht ist es auch wichtig, bei Zwangseinweisungen oder klinikinternen Zwangsmaßnahmen die Möglichkeit der Nachbesprechung der Situation mit dem Betroffenen vorzuhalten, sie ihm gegebenenfalls von sich aus anzubieten.

Und ich finde es schade, dass Modelle, die ohne oder jedenfalls mit weniger Zwang auskommen, so wenig Nachahmung finden. Zum Beispiel die Soteria-Häuser, alternative Krisen- oder Weglaufhäuser oder auch Modelle, bei denen es gar nicht erst zu einer Klinikeinweisung kommt, sondern die Betroffenen in ihrem häuslichen Umfeld, unter Einbeziehung ihrer normalen sozialen Umgebung behandelt werden, wie es in einigen Modellregionen in Finnland der Fall ist. In und um Bremen gab es auch mal ein Netzwerk von Betroffenen, die sich gegenseitig zu Hause in ihren Krisen unterstützten. Regina Bellion hat öfter darüber geschrieben.

Renate Schernus: Viel wäre auch schon gewonnen, wenn die bestehenden Kliniken, die einen Auftrag zur Pflichtversorgung haben, kleinere Stationen, mehr Einzelzimmer und mehr geschulte Mitarbeiter hätten. Denn für die besonders erregten und aggressiven Patienten werden diese Kliniken weiterhin zuständig bleiben. Was die Finnen betrifft, sind sie zwar in einigen Regionen vorbildlich hinsichtlich der Behandlung von jungen, erstmals an Psychosen erkrankten Menschen und hinsichtlich der Einbeziehung des familiären und sonstigen Umfeldes, auf der anderen Seite jedoch hat Finnland im europäischen Vergleich mit 218 pro 100.000 Einwohner die höchste Zwangseinweisungsrate, noch weit vor Deutschland mit 175 pro 100.000 Einwohner.

Fritz Bremer: Erstaunlich. Kann man das irgendwo nachlesen?

Renate Schernus: Ja, in dem Buch von Harald Dreßing und Hans Joachim Salize mit dem Titel »Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker, Gesetzgebung und Praxis in den Mitgliedsländern der Europäischen Union«.

Fritz Bremer: Danke. Was denkt ihr – gibt es spezielle Haltungen oder Methoden, die helfen können, aggressives Verhalten während einer psychotischen Krise überhaupt zu vermeiden?

Patentrezepte gibt es nicht

Renate Schernus: Patentrezepte gibt es sicher nicht. Zu unterschiedlich sind die Menschen, ihr Erleben und auch die jeweiligen Situationen. Mir scheint als Erstes wichtig, dass ich als Mitarbeiterin in kritischen Situationen meine eigenen Empfindungen, insbesondere eigene Angst, deutlich wahrnehmen kann, weil ich dadurch Signale bekomme über das Ausmaß der Angst des anderen. Damit hängt zusammen, dass es wichtig ist, in Kontakt zu kommen und zu bleiben.

Fritz Bremer: Kontakt – das hört sich erst mal noch abstrakt an – wie könnte das denn konkret aussehen?

Renate Schernus: Oft ist es hilfreich, Fragen zu stellen, zum Beispiel: »Ist etwas Ungewöhnliches geschehen?« Oder: »Kann es sein, dass Sie sich bedroht fühlen?« Manchmal ist längeres Zuhören gut, um die Situation besser zu erfassen, manchmal aber auch nicht, zum Beispiel, wenn sich jemand immer mehr in Wut hineinredet. Als Faustregel gilt, dass einfaches, eindeutiges, ruhiges Sprechen bei ebenfalls eindeutigen Körpersignalen hilfreich ist. Freundlichkeit und Respekt sind wichtig, gepaart mit deutlichen Grenzsetzungen. Wenn aufgeregte Konfliktpartner im Zimmer sind, ist es oft hilfreich, diese hinauszubitten. Eigentlich sind das alles Selbstverständlichkeiten, aber ich kann keineswegs behaupten, dass mir der Umgang mit Menschen, die mich aggressiv

attackiert haben, immer geglückt ist. Von daher ist es vielleicht ganz gut, immer mal wieder darüber nachzudenken.

Allerdings genügt es nicht, nur die individuelle Kommunikation in den Blick zu nehmen. Ich bin überzeugt, dass manche Milieus als solche einfach schon Gewalt fördernd sind und andere Gewalt reduzierend.

Fritz Bremer: Welche Milieus hast du da vor Augen?

Renate Schernus: Die für mich eindrücklichsten Erfahrungen mit einem Gewalt fördernden Milieu habe ich 1962 in einem geschlossenen Haus für anfallsranke Frauen gemacht. Aus heutiger Sicht ist das, was dort ablief, fast wie ein Experiment dazu, wie man durch Strukturen Gewalt steigern, ja sogar erzeugen kann.

Da gab es zum Beispiel einen Waschraum mit vielen Waschbecken. An diesen sollten sich jeden Morgen fünfzehn nackte Frauen zur gleichen Zeit dicht an dicht waschen. Natürlich spritzte es nach allen Seiten und es kam tagtäglich in dieser nackten Vorhalle zu lautem Gebrüll und Tätlichkeiten. Eine menschenunwürdige Veranstaltung und ein Lehrstück in struktureller Gewalt. Ich kam jung und völlig unerfahren in diese Situation und mir war damals durchaus nicht klar bewusst, was ablief. Die gängige Interpretation hieß: wir helfen diesen aggressiven Frauen, so gut wir können, aber sie bleiben leider so aggressiv. Und aus der Sicht einer armen einzelnen Schwester, die das Chaos dort jeden Morgen regeln musste, war das ja auch so.

Hinsichtlich der Interpretation der uns umgebenden sozialen Wirklichkeit greifen wir sehr schnell zu solchen individuellen Zuschreibungen. Was das auch heute hinsichtlich enger Akutstationen mit vielen unruhigen Patienten oder hinsichtlich unpersönlicher großer Heime bei gleichzeitig überlasteten Mitarbeitern bedeutet, liegt, denke ich, auf der Hand.

Fritz Bremer: In den Medien spielt das Thema Psychiatrie und Gewalt eine unverhältnismäßig große Rolle, und wohl nicht zuletzt deshalb hat die Arbeit in der Psychiatrie, insbesondere bei denen, die sie nicht kennen, das Stigma, besonders anstrengend zu

sein. Bei dir habe ich den Eindruck, dass die Auseinandersetzung mit Psychiatrie etwas Anziehendes für dich hat. Was ist das? Was zieht dich an, beeindruckt dich schon so viele Jahre?

Patienten so lange amüsieren, bis die Natur sie heilt

Renate Schernus: Vielleicht die Überraschungen, dass meist alles ganz anders läuft, als man voraussehen und planen kann. Die Menschen gefallen mir. Die sorgen ja für die Überraschungen. Bei Gesprächen gefällt mir das Spielerische, das Experimentelle in der Kommunikation, dieser Versuch, das, was ich mir überlegen kann und von meinem Berufsbild her auch überlegen muss, in eine fruchtbare Verbindung zu bringen mit den verborgenen Kraftquellen und dem Selbstverständnis des oder der Betroffenen. Voltaire soll mal gesagt haben, die Kunst der Ärzte liege darin, den Patienten so lange zu amüsieren, bis die Natur ihn heilt. Für Psychologen gilt das vielleicht noch mehr. So versuche auch ich in gewisser Weise, meine Klienten so lange zu amüsieren oder »bei Laune zu halten«, bis sie wieder Anschluss finden an sich selbst, an ein Leben mit Beziehungen und Tätigkeiten, die sie ausfüllen. Hinter dem voltairschen Bonmot steht für mich die Erkenntnis, dass die wichtigste Tugend der therapeutisch Tätigen eine aufmerksame Zurückhaltung ist, jedenfalls vor dem Eifer zu planen, zu ändern, zu verbessern, zu heilen. Nur wenn ich ausreichend zurückhaltend bin, kann ich mit den Kräften der Natur behutsam kooperieren, bis diese, wie der erfahrene Patient Voltaire so klug bemerkt, sich selber heilt.

Übrigens bin ich überzeugt, dass man nicht amüsant für andere ist, wenn man sich selbst dabei nicht ausreichend amüsiert. Na ja, das war jetzt etwas zu locker und natürlich auch einseitig formuliert. – Selbstverständlich kenne ich auch Klienten, die zumindest zeitweilig weder mich noch sich selbst amüsieren. Zeiten, in denen ich der Natur am liebsten ungeduldig nachhelfen möchte, in denen ich ratlos bin, wie ich Leiden erleichtern könnte. Außerdem war ich in der Rolle als Leiterin einer Einrichtung für manche Patienten vermutlich überhaupt nicht amüsant, zum Beispiel, wenn sich bei Konflikten keine gemeinsame Sicht erarbeiten ließ.

Fritz Bremer: Wie kommt es eigentlich, dass du als Leiterin einer oder – soweit ich mich erinnere – später sogar mehrerer psychiatrischer Einrichtungen Zeit für psychotherapeutische Gespräche hattest? Und das in den heutigen Zeiten – warst du mit dem Leiten nicht ausgelastet?

Renate Schernus: Durchaus, aber es war immer mein Prinzip, trotz der Leiterei den Kontakt mit Patienten nicht ganz aufzugeben. Es gab immer einige Patienten, die zu mir zu Gesprächen kamen, oder Gruppen, die ich gemeinsam mit einem Kollegen anbot. Natürlich habe ich dabei darauf geachtet, dass es nicht zu Rollenunklarheit kam. Im Jahr 2000 allerdings, als Sibylle sich bei mir meldete, hatte ich mich gerade aus der Arbeit in der Institution davongemacht.

Fritz Bremer: Warst du da denn schon im Rentenalter?

Als die Plastikwörter zu wuchern begannen

Renate Schernus: Nein, ich war erst 58, aber für meinen Geschmack fraßen die sich überstürzenden Strukturveränderungen zu viel Zeit, Inhaltliches kam immer mehr zu kurz. Im Gleichschritt mit der Kürzung von Ressourcen nahmen Bürokratisierung, Kontrollwahn und Hierarchisierung zu, es gab immer weniger Zeit für Patienten und die Plastikwörter begannen zu wuchern. Eben all das, was du auch schon mehrfach ins Gespräch gebracht hast, wirkte sich immer lähmender auf die Arbeit aus. Manchmal hatte ich den Verdacht, dass ich vielleicht nur die üblichen Resentiments älterer Menschen gegen Neues zu entwickeln begann. Aber du zum Beispiel und andere jüngere Kollegen erleben das ja genauso, sodass ich mich hinsichtlich der Frage »Spinne ich oder die anderen?« lieber für die anderen entschieden habe. Jedenfalls hatte ich das deutliche Gefühl, ich könnte in den nächsten Jahren etwas Besseres machen als mich mit Aufträgen rumzuplagen, hinter denen ich nicht mehr voll stehen konnte. Die Möglichkeit, über Altersteilzeit auszusteigen, war da für mich sehr günstig und passend, um wieder selbstbestimmter und fachlich mit mir identischer

tätig sein zu können, sei es psychotherapeutisch und beratend oder beim Schreiben, bei Fortbildungen, Vorträgen, in der Redaktionsarbeit etc.

Fritz Bremer: Entschuldige die Nachfrage – aber wäre es nicht verantwortungsvoller gewesen, gerade in schwieriger werdenden Zeiten in der Institution zu bleiben?

Renate Schernus: Natürlich habe ich mich auch gefragt, ob es zu verantworten ist, auf Einflussmöglichkeiten im Rahmen der Institution, so gering sie in einer Großinstitution auch immer sein mögen, zu verzichten. Aber nicht zuletzt mit Blick auf mein Alter habe ich mich für das Rausgehen entschieden.

Fritz Bremer: Hast du das jemals bedauert?

Renate Schernus: Es gab Momente, wo es mir in den Fingern juckte, da wieder mitzumischen, aber die waren doch eher selten. Außerdem war mein Eindruck, dass sich für mich ohne Loyalitätsverpflichtungen einer so großen und ehrwürdigen Institution gegenüber neue und andere Einwirkungsmöglichkeiten ergeben werden. Viel existenzieller als all dies ist für mich in den letzten Jahren die bewusste Wahrnehmung des Älterwerdens, diese Gewissheit, sehr viel weniger Lebenszeit vor mir als hinter mir zu haben, und natürlich auch – bei aller Dankbarkeit für das, was ich noch tun kann – das Erleben einer deutlichen Abnahme der Leistungsfähigkeit.

Fritz Bremer: Du sprichst das so locker aus. Mir kommt es manchmal so vor, als sei die Abnahme der Leistungsfähigkeit beim Älterwerden ähnlich tabuisiert wie die eingeschränkte Leistungsfähigkeit von Menschen, die sich mit psychischen Krankheiten herumschlagen.

Sich wie berentet fühlen

Renate Schernus: Das könnte so sein. Ich erinnere mich an eine Patientin aus der Zeit meiner Klinikleitung. Sie bekam nach Zuständen, die wir psychotisch nannten, nicht mehr viel auf die Reihe, der Begriff »Krankheit« war für sie jedoch zur Interpretation des Durchgemachten wie auch ihres gegenwärtigen Seinsmodus völlig inakzeptabel. Sie war das, was man gemeinhin »krankheitsuneinsichtig« nennt. Auf meine Frage, wie *sie* denn ihren Zustand, der sich deutlich von ihrem früheren Leben unterschied, bezeichnen würde, sagte sie »wie berentet«. Daran muss ich jetzt oft denken. Vielleicht ähneln die empfundenen Leistungseinschränkungen nach Psychosen denen von älteren Menschen. Die wollen sie oft ja auch nicht wahrhaben. »Altersuneinsichtigkeit« sozusagen.

Sibylle Prins: Stimmt. Mir fällt manchmal auf, dass Menschen, die so um die siebzig sind, mir erzählen, was sie aufgrund ihres Alters alles nicht mehr können – oft sind Dinge dabei, die ich nach meiner Erkrankung auch schon lange so empfinde.

Fritz Bremer: Na ja, Renate, ich muss sagen, dass deine beweisende Alterseinsichtigkeit durchaus zu neuen Möglichkeiten geführt hat. In den letzten Jahren zum Beispiel zu mehr Zeit für einige politische Aktivitäten – außerdem: Hättest du damals nicht in der Institution aufgehört ...

Sibylle Prins: ... hätte ich mich vermutlich nicht getraut, wegen Gesprächen – welcher Art auch immer – bei Renate anzufragen ...

Fritz Bremer: ... dann hätte sie wahrscheinlich auch keine Zeit gehabt, gemeinsam mit dir Arbeitsgruppen und Fortbildungen durchzuführen.

Renate Schernus: ... und Sibylle und ich würden nicht einen nun schon mehrere Jahre andauernden Dialog führen ...

Fritz Bremer: ... sodass es auch nie zu diesen Gesprächen gekommen wäre ... Nun habe ich aber noch mal eine etwas heikle Frage zu eurem besonderen Dialog. Könnten sich dadurch nicht andere Psychiatrie-Erfahrene, insbesondere andere Klienten von Renate, ausgegrenzt fühlen?

Notwendige Unterschiedlichkeit in Beziehungen

Renate Schernus: Also – bei allen therapeutischen Verhältnissen, die ich eingehe, bewegt mich die einfache Frage, was kann ich dazu beitragen, damit jemand wieder Zutrauen zu sich selbst und Freude am Leben finden kann, und wie kann ich das tun. Einerseits gibt es dafür die bekannten Ausbildungen, von denen ich vermutlich einiges gelernt habe, andererseits ist es ständig eine neue Suche in unbekannten Landstrichen. Bei Sibylle hat die Suche dahin geführt, dass ich immer mehr wahrnahm, aber eigentlich schon bei der ersten Begegnung in der Gruppe spürte, dass man ihr in dem üblichen therapeutischen Setting nicht ausreichend gerecht werden kann, und das hat dann langsam Schritt für Schritt über mehrere Jahre hinweg – schließlich auch mit bedingt durch äußere Faktoren wie gemeinsame Fortbildungen, Vorträge, Redaktionsarbeit – zu einer kollegialen, partnerschaftlichen Beziehung geführt.

Fritz Bremer: ... von der du selbst auch in anderer Weise profitierst als bei sonstigen Beziehungen zu psychiatrie-erfahrenen Menschen?

Renate Schernus: In gewisser Hinsicht sicherlich. Nun gibt es durchaus Klienten, bei denen ich spüre, dass sie das auch möchten, ich aber die unterschiedlichsten Gründe habe, das nicht für sinnvoll zu halten, auch nach Abschluss einer Therapie nicht. Und das liegt nicht daran, dass mir nicht einzelne, wenn auch unterschiedlich stark, ans Herz gewachsen sind, auch nicht unbedingt daran, dass sie mir weniger sympathisch sind als Sibylle. Es liegt auch nicht daran, dass ich nicht auch von ihnen sehr viel gelernt habe, sondern an dem Gefühl, es sei für sie besser, und ich handle

verantwortlicher, wenn ich in der professionellen Rolle bleibe und die Asymmetrie bewusst aufrechterhalte, wenn auch graduell unterschiedlich. Diese ganzen Beziehungen sind sowieso extrem unterschiedlich. In der Klinik habe ich es zum Beispiel mal für sehr therapeutisch gehalten, einen jungen Mann rauszuschmeißen, freundlich und in aller Ruhe. Er kam nach einigen Tagen stolz mit einem Laster vorgefahren (damals kriegte man solche Jobs noch leichter) und hat sich bedankt, dass wir ihm diesen Schubs gegeben haben. Um auf deine Frage zurückzukommen, es geht nicht um »ausgrenzen«, sondern um notwendige Unterschiedlichkeit in Beziehungen. Wichtig ist mir, dass dies nicht als Ungerechtigkeit verstanden wird.

Sibylle Prins: In einer etwas anderen Weise kenne ich ein ähnliches Problem. Mich kennen viele Psychiatrie-Erfahrene aus der Selbsthilfe- oder Vereinsarbeit. Und oft ist dann der Wunsch bei ihnen da, mit mir eine private Freundschaft anzufangen. Abgesehen von der Frage, ob ich das immer will, ist es auch so, dass ich das zeitlich und kräftemäßig gar nicht schaffen würde, mit so vielen Menschen intensive Privatbeziehungen zu führen ...

Fritz Bremer: Dahinter steckt wohl die einfache Tatsache, dass wir Menschen, egal in welchen Rollen, ziemlich begrenzt belastbare Wesen sind. Deshalb sollten wir für heute auch mit unserem Gespräch aufhören. Beim nächsten Mal würde ich dann gerne auf einer eher allgemeinen Ebene die Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen und Professionellen mit euch besprechen.

Siebtes Gespräch,

bei dem Zusammenarbeit eine große Rolle spielt

Profis und Psychiatrie-Erfahrene kommen sich näher – Unterschiede und Gemeinsamkeiten / Südamerikanische Flora und Fauna aus Sicht Psychiatrie-Erfahrener / Aller Anfang ist schwer – Vorgeschichten der Kooperation / Sollen wir hier denn ein Klosterleben führen? / Roll-back / Von der Frosch- zur Flugzeugperspektive / Arme Ratio / Psychiatrie-Erfahrene werden souveräner – Profis werden bescheidener (hoffentlich) / »Ich war zeitweilig nicht sicher, ob das im Chaos endet.« / Einen Teil des Jobs abgeben / Das eigene Tun und Treiben auch mal relativieren

Fritz Bremer: Mir scheint, dass in den letzten Jahren die Zusammenarbeit von Professionellen, Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen lebhafter geworden ist. In vielen gemeindepsychiatrischen Arbeitszusammenhängen ist man stolz darauf, dass man den »Trialog« pflegt. Dabei lassen sich – glaube ich – gewisse Überschneidungen zwischen der therapeutischen und der Arbeitsebene nicht vermeiden. Ich frage mal so: ist das eigentlich völlig unproblematisch? Darf das sein, werden damit womöglich Unterschiede unter den Teppich gekehrt? Wird die therapeutische Abstinenz von den Profis mit Füßen getreten? Oder ist es eher ein wichtiger Gewinn, dass man normaler miteinander umgeht und abkommt von der doch zeitweilig ziemlich absoluten Klassentrennung: Hier die Profis, da die Psychiatrie-Erfahrenen?

**Profis und Psychiatrie-Erfahrene kommen sich näher –
Unterschiede und Gemeinsamkeiten**

Sibylle Prins: Von zwei »Klassen« von Menschen würde ich auch nicht gerne sprechen. Dazu sind sowohl die Mitarbeiter als auch die Psychiatrie-Erfahrenen untereinander zu unterschiedlich. Diese Unterschiedlichkeit muss sich meiner Meinung nach auch in

der Interessenvertretung der Psychiatrie-Erfahrenen widerspiegeln. Die Menschen haben durchaus verschiedene Erfahrungen und Meinungen zu psychischer Krankheit und zur Psychiatrie, *den* Psychiatrie-Erfahrenen gibt es nun mal nicht. Und Psychiatrie-Erfahrene und Profis haben dann, als Gruppen, trotz aller Unterschiede doch wieder viele Gemeinsamkeiten. Wohl meine ich aber, dass sie unter verschiedenen Bedingungen leben: Profis haben beruflich mit der Psychiatrie zu tun. In der Regel haben sie sich das ja wohl auch ausgesucht. Außerhalb der Arbeitszeit können sie, sofern sie sich nicht freiwillig weiter engagieren, dieses Thema außen vor lassen, sich mit anderen Dingen beschäftigen. Psychiatrie-Erfahrene kommen unfreiwillig mit den psychischen Problemen und dem Thema Psychiatrie in Berührung. Es betrifft ihr ganzes, auch privates Leben bis in die letzte Faser. Das bedeutet ein anderes Berührt- und Betroffensein.

Fritz Bremer: Das leuchtet mir unmittelbar ein. Aber könnte darin nicht auch eine Gefahr liegen, wenn Menschen, die zeitweilig als Patienten Berührung mit der Psychiatrie hatten, sich nur noch über die Psychiatrie-Erfahrung definieren?

Sibylle Prins: Ich glaube, das passiert tatsächlich sehr häufig, insbesondere bei Menschen, die öfter und intensiver mit der Psychiatrie zu tun hatten. Wobei ich nicht denke, dass diese Entwicklung nur durch irgendwelche Verarbeitungsstrategien der Psychiatrie-Erfahrenen zustande kommt, sondern dass alle Beteiligten dazu beitragen.

Was mich selber betrifft: als ich so intensiv in diese Selbsthilfe- und Trialog-Arbeit einstieg, habe ich zuerst auch das Gefühl gehabt, nun ginge es in meinem Leben überhaupt nur noch um meine »Krankheit«, ich würde mich nur noch über den Status als ehemalige Patientin definieren.

Fritz Bremer: Und wie geht es dir nun nach all den Jahren in der Psychiatrie-Szene damit?

Sibylle Prins: Inzwischen sehe ich das anders. Es ist zwar so, dass die Sachen, die ich mache, ursprünglich aus meiner persönlichen Situation erwachsen sind, und ob ich mir freiwillig, ohne persönlich betroffen zu sein, den Bereich Psychiatrie ausgesucht hätte, bezweifle ich eher. Nur definiere ich mich jetzt viel mehr über die diversen Tätigkeiten, die ich in diesem Zusammenhang ausüben kann – schreiben, vortragen, diskutieren, Menschen begegnen, auch mal beraten, usw. – als über diese ewige Betrachtung meines eigenen Krankseins.

Fritz Bremer: Dafür ist es doch sicher hilfreich, dass du zu Tätigkeiten und Themen angefragt wirst und nicht so sehr als Patientin.

Südamerikanische Flora und Fauna aus Sicht Psychiatrie-Erfahrener

Sibylle Prins: Natürlich ist es meist so, dass man zu einem Thema angefragt wird. Allerdings lautet das Thema dann: dies oder jenes »aus Sicht Psychiatrie-Erfahrener«, nicht aus Sicht von Sibylle Prins, einer einfach interessierten Person. Manchmal treibt dies auch kuriose Blüten, sodass ich noch auf den Tag warte, wo ich eine Anfrage erhalte: »Südamerikanische Flora und Fauna aus Sicht Psychiatrie-Erfahrener« – na ja – da gibt's immerhin psychotrope Pflanzen ... Also – auch dazu könnte ich dann was sagen.

Aber ich will noch mal auf deine Frage zurückkommen, ob es zu einer Gefahr werden kann, sich nur noch über die Psychiatrie-Erfahrung zu definieren. Ich sehe das manchmal schon als problematisch an. Das beleuchtet auch einen Nachteil dieses Stress-Vulnerabilitäts-Modells, welches in anderer Hinsicht durchaus brauchbar ist: manche Psychiatrie-Erfahrene haben das so stark verinnerlicht, dass sie sich überhaupt nichts, keine Belastung, kein Wagnis, keine Abwechslung mehr zutrauen, aus Angst, es könne ihnen schaden. Eine eher defizitorientierte Behandlung verstärkt das dann noch. Hinzu kommt, dass Psychiatrie-Erfahrene oft aus allen anderen Rollen, die Erwachsene normalerweise einnehmen, herausfallen. Ganz oft aus der Arbeitnehmerrolle auf dem ersten Arbeitsmarkt, aber zum Beispiel auch als (Ehe-)Part-

ner, als Elternteil, als einigermaßen kaufkräftiger Konsument, als Autofahrer, als Häuslebauer, als erwachsenes Kind, das nicht mehr von den Eltern versorgt wird, sondern sich eher um diese kümmern muss, manchmal auch als Besucherin oder Besucher von Kulturveranstaltungen – Theaterkarten sind ja recht teuer –, als Urlaubsreisende, um nur einige wenige Beispiele zu nennen. Aber zum Beispiel auch als Steuer- und Beitragszahler – das sind zwar eher unbeliebte Rollen, machen aber zum Beispiel für die Politik die »relevanten« Wähler aus. Um eine einseitige Selbstdefinition als Psychiatrie-Patient aufzuweichen, müssen einem erst einmal andere Rollen wieder offen stehen und möglich werden.

Fritz Bremer: Gerade der Verlust des Arbeitsplatzes scheint weitere Rollenverluste nach sich zu ziehen.

Sibylle Prins: Ja, Psychiatrie-Erfahrene haben ja im Unterschied zu Psychiatrie-Mitarbeitern eher selten einen regulären Arbeitsplatz und damit ein Einkommen in durchschnittlicher Höhe. Ihre materiellen Lebensumstände sind also oft ganz andere. Das beeinflusst ihren Blick auf die Welt und ihre Möglichkeiten. Bei der Zusammenarbeit in irgendwelchen Arbeitsgruppen spielt es eine große Rolle, dass die Profis eine fachliche Ausbildung haben, was unter anderem oft bedeutet, dass sie über gesetzliche Regelungen, Einrichtungs- und Verwaltungsstrukturen, therapeutische Möglichkeiten und so weiter mehr wissen, wir Psychiatrie-Erfahrenen sind ja auf dem Gebiet erst mal Laien. Das heißt zum Beispiel auch, dass, will man sich wirklich verständigen und gemeinsam arbeiten, Fachsprache und Fachbegriffe erklärt werden und auch hinterfragbar sein müssen.

Fritz Bremer: Hat sich da in den letzten Jahren etwas verändert? Achten wir Profis mehr auf Verständlichkeit? Sind die Psychiatrie-Erfahrenen mutiger geworden nachzufragen, beziehungsweise auch mutiger, aufgeblasene Worthülsen zu kritisieren?

Sibylle Prins: Das weiß ich ehrlich gesagt nicht, schon gar nicht kann ich da für andere Psychiatrie-Erfahrene sprechen. Ich hoffe

es natürlich. Es kann aber genauso gut sein, dass Psychiatrie-Erfahrene sich allzu sehr auf diese Worthülsen einlassen und sich bemüht fühlen, den Jargon der Profis zu übernehmen.

Aller Anfang ist schwer – Vorgeschichten der Kooperation

Fritz Bremer: Renate, wann hast du erstmals angefangen, außerhalb von Behandlungen mit Psychiatrie-Erfahrenen zusammenzuarbeiten? Wie war das anfangs für dich?

Renate Schernus: Zuerst wollte ich spontan sagen, dass das so um 1992/93 war. Aber dann fiel mir ein, dass ich die ersten Kontakte außerhalb gängiger Behandlungszusammenhänge bereits um 1970 hatte. Bekanntlich waren damals die Zustände in der Psychiatrie ziemlich schrecklich. In Bielefeld-Bethel waren diese Jahre für jüngere Mitarbeiter eine interessante und auch ziemlich wilde Zeit. Damals saß ich zum ersten Mal in Arbeitsgruppen, in denen auch Psychiatrie-Erfahrene und an Epilepsie leidende Menschen vertreten waren. In der damaligen Atmosphäre des Aufbruchs schwanden manche Hemmungen und Ängste. Unter anderem wurde von Patienten und Mitarbeitern der psychiatrischen Klinik eine ziemlich subversive Zeitschrift mit dem Namen »Der Drücker« gegründet und obwohl ich damals eigentlich mit anfallskranken Kindern arbeitete, bin ich da irgendwie mit reingeraten und bekam einiges von der Originalität und Kreativität der beteiligten Psychiatrie-Erfahrenen mit.

Die Keimzelle dieser Zeitung lag in der psychiatrischen Klinik Morija. Das Blatt erfreute sich der Unterstützung durch den Arzt Dr. Schimansky.

Fritz Bremer: Richtig bekannt ist der Name ja eher aus anderen Zusammenhängen.

Renate Schernus: So ist es. Sein Name war dann auch gleichsam Programm. Unser Schimansky war ebenso aufmüpfig und originell wie sein gleichnamiger »Tatort«-Kollege, ein »enfant terrible« für viele Betheler.

Dass Patienten diese wildwüchsige Zeitung als Forum für eine unzensurierte Selbstartikulation nutzten, wirkte auf viele mit der Bethel-Tradition identifizierte Mitarbeiter schockierend. Denn was da zu lesen war, ging keineswegs immer konform mit dem Klischee des dankbaren Patienten, der in Bethel seine Heimat gefunden hat. Ich halte diese »Drücker«-Nummern noch heute für wertvolle historische Dokumente. Sie ermöglichen es, sich ein lebendiges Bild von der damaligen Lebenssituation psychisch kranker Menschen in Bethel zu machen, das heißt von den Zuständen, die vor der Psychiatriereform bestanden und die sich dann Anfang der 80er Jahre allmählich änderten. Die Rolle, die die sogenannten Betheler Langzeitpatienten seinerzeit für das Einfordern von Reformen und die späteren Veränderungen spielten, ist bisher kaum gesehen und gewürdigt worden.

Fritz Bremer: Das hört sich ähnlich an wie die Geschichte einer Patientenzeitschrift damals in Schleswig. Ich meine, 1981/82 erschien dort im Landeskrankenhaus »Der Ausblick« und erregte großes Aufsehen. Im Untertitel hieß es »Unabhängige Zeitung entmündigter, aber nicht mundtoter Patienten«. Erinnerst du noch mehr vom »Drücker«?

Sollen wir hier denn ein Klosterleben führen?

Renate Schernus: Da muss ich etwas ausholen. Im Mai 1972 fand die 5. Sozialpsychiatrische Tagung des Mannheimer Kreises in Bethel statt. Zur Erinnerung: Der Mannheimer Kreis war ein Zusammenschluss von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Berufsgruppen in der Psychiatrie, die die Kritik an den menschenunwürdigen Zuständen und das Ziel, diese zu verändern, einte. Mannheimer Kreis nannte sich diese Gruppe, weil das erste Treffen im Mai 1970 in Mannheim stattfand.

Der Mannheimer Kreis wurde zum Inbegriff der sozialpsychiatrischen Reformpsychiatrie. Aus diesen zunächst informellen Treffen ist ja dann die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie hervorgegangen.

Die 5. Tagung des Mannheimer Kreises in Bethel war die erste Tagung, die gemeinsam mit Patienten durchgeführt wurde, und die Möglichkeiten, die sich ihnen dort zu Kritik und Aussprache boten, haben sie lebhaft genutzt. Beim Abschlussplenum zum Beispiel kamen die meisten Redebeiträge von Patienten aus dem längerfristigen Bereich. Was sie beitrugen und kritisierten, wurde dann in einer der folgenden Nummern des »Drücker« festgehalten und dort weiter diskutiert. Da war richtig Aufbruchsstimmung. Viele sagten, wie viel Hoffnung ihnen die Tagung gegeben habe und dass sich endlich mal von außen kommende Gäste vorurteilsfrei mit ihren Problemen auseinandergesetzt hätten.

Heute tut man ja so, als sei die Sache mit der »gleichen Augenhöhe« etwas Neues. Aber genau das forderten damals die Bewohnerinnen und Bewohner der Langzeitbereiche laut und öffentlich unter dem Stichwort »Gleichberechtigung«, die sie im Kontakt zwischen Patienten und Mitarbeitern nicht gewährleistet sahen. 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 wie im Kindergarten behandelt würden und dass der körperliche Kontakt zwischen den Geschlechtern verteufelt würde. Dies beklagten besonders die Frauen. Sie fragten, warum den Männern viel mehr Freiheiten eingeräumt würden. Eine Frau schrieb damals recht drastisch im »Drücker«: »Wir haben noch niemanden gebissen, sollen wir hier denn ein Klosterleben führen? Sorgt bitte dafür, dass es auch für uns anders wird.«

Natürlich gab es auch kontroverse Ansichten unter den Patienten. Manche fanden, dass alles zu schwarz gemalt würde, und hoben hervor, dass es doch auch Personen gäbe, die sich ihnen sehr zuwandten.

Fritz Bremer: Kannst du noch erklären, wieso diese interessante und mutige Zeitschrift »Drücker« hieß und von wann bis wann sie erschienen ist?

Renate Schernus: Soweit ich erinnere, gab es dreizehn Nummern, von Anfang 1971 bis Ende 1973. Die erste Nummer erschien pünktlich zum Besuch des Bundespräsidenten Gustav Heinemann und ist ihm, glaube ich, auch überreicht worden. Der korrekte Name der Zeitschrift ist »Der Drücker«. Drücker zum Türenöffnen besaßen damals nur die Ärzte und Pfleger geschlossener Stationen, während die Patienten sich in schöner Regelmäßigkeit den Weg zur Freiheit mit Löffeln oder Zahnbürsten bahnten. Ich erinnere mich, dass für die erste Nummer ein Patient der Klinik unter anderem reimte: »Grad solche, die, wie man so sagt, am Drücker sitzen, die sollen ruhig einmal schwitzen.« Diejenigen Mitarbeiter, die damals Reformen wollten, wurden von einem nicht geringen Teil des Anstaltsestablishments als linke Spinner beziehungsweise Spinnerinnen verunglimpft. Beim »Drücker« entstand so etwas wie eine Solidarität zwischen unzufriedenen Patienten und aufmüpfigen Mitarbeitern. Jeder fühlte sich auf seine Weise stigmatisiert. Folgerichtig schrieb ich in jugendlichem Leichtsinn für »Drücker« Nr. 5 einen spitzen Artikel zur Entstehung von Vorurteilen schlechthin und überhaupt. Ja, so fing's eigentlich an.

Fritz Bremer: Ich bin neugierig, was für Spitzen das waren?

Renate Schernus: Na ja, das ging so um Schubfächer, in die sowohl Patienten als auch Mitarbeiter – wie ich damals fand – gepackt wurden. Da habe ich zum Beispiel so was geschrieben wie: Zivildienstleistender mit langen Haaren – Schubfach: ungewaschener haschsüchtiger Asozialer mit Hippymentalität.

Diakon mit Parker und zum Ausdruck gebrachten Mitverantwortungsgefühlen – Schubfach: zur Bethel-Mafia gehörig mit Zielsetzung Leitungssturz.

Wohnort Pflegehaus XY – Schubfach: Patient, nicht ernst zu nehmen.

Mitglied der Planungsgruppe – Schubfach: betet nicht, denkt nur – gefährlich!

Aber wie gesagt, ich war damals ziemlich jung und unbedarft.

Fritz Bremer: Und hast dafür keine Abmahnung gekriegt?

Renate Schernus: Nein – so war das damals nicht. Dass Meinungsfreiheit zugelassen wurde, war unter anderem Pastor Alex Funke zu verdanken, der von 1968 bis 1979 Leiter der Betheler Einrichtungen war. Zu diesen gehörten und gehören unter anderem Kliniken, Heime, Schulen und Betriebe. Alex Funke versuchte seinerseits mit Hilfe der Organisationsberatung durch das Quickborner Planungsteams die Beteiligung von Patienten und Mitarbeitern zu fördern und die Reformen voranzubringen.

Fritz Bremer: Wie entwickelte sich die Kooperation mit den Psychiatrie-Erfahrenen dann weiter?

Rollback

Renate Schernus: Was die Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen betrifft, gab es nach den 1970er Jahren, nachdem der »wilde Schimansky« Bethel verlassen hatte, erst mal wieder ein Rollback.

Fritz Bremer: Moment mal – wurde der wilde Schimansky rausgeschmissen?

Renate Schernus: Soviel ich weiß, nicht – kann aber sein, dass er unter dem damaligen sehr konservativen Klinikchef nicht mehr arbeiten wollte. Jedenfalls hat er später als niedergelassener Psychiater gearbeitet.

Insbesondere wegen dieses Klinikchefs gelang es der klinischen Psychiatrie in Bielefeld-Bethel bis 1984, trotz des aufgeschlossenen Alex Funke, sehr konservativ zu bleiben und in den klassisch medizinischen Modellen zu verharren.

Dieser Chef kämpfte wie ein Löwe um die ärztliche Letztver-

antwortung, die er von diesen linken Sozialtypen bedroht sah. Für ihn stand fest, dass der Psychiater stets die primäre Bezugsperson sein müsse, da er als Einziger in der Lage sei, den Patienten als Ganzen zu sehen. Hinter dieser Einstellung konnten sich für einige Zeit reformunwillige Ärzte und von diesen abhängige, autoritätsgläubige Mitarbeiter, die die diakonische Tradition meines Erachtens missverstanden, verstecken.

Bei manchen religiös geprägten Menschen erstreckt sich die Neigung zu einer gläubigen Haltung ja leider manchmal auch auf andere Autoritäten, zum Beispiel auf medizinische.

Ich stritt mich zum Beispiel damals mit einem Pastor über den Begriff »schizophrener Restzustand«, den er für einen unantastbaren psychiatrischen Fachbegriff, ich jedoch schlicht für eine kränkende Beleidigung hielt. Ich wollte zu der Zeit übrigens bereits im psychiatrischen Bereich arbeiten, hatte aber überhaupt keine Chance reinzukommen.

Fritz Bremer: Woran genau scheiterte das?

Renate Schernus: Von ärztlicher Seite wurde befürchtet, dass Psychologen dauernd, auch mit akut kranken Menschen, aufdeckende und aufregende Gespräche führen wollen. Für psychisch kranke Menschen wurden jedoch Gespräche, erst recht psychotherapeutische Gespräche, als schädlich angesehen. Das war psychiatrische Lehrmeinung. Wenn überhaupt durften sie nur von Psychiatern geführt werden, auf keinen Fall von Psychologen, geschweige denn Psychologinnen. Heute sieht man das zwar fachlich nicht mehr so. Die Zeit, Gespräche zu führen, wird jetzt jedoch unter anderen Maßgaben beschnitten.

Fritz Bremer: Lass uns noch etwas bei der Geschichte bleiben. Wann genau bekamst du denn einen Fuß in die Psychiatrie-Tür?

Renate Schernus: Das war 1985, kurz nachdem Niels Pörksen zum Leitenden Arzt berufen worden war. Mit dieser Berufung war die Ära der konservativen, stark medizinisch orientierten Psychiatrie in Bethel endgültig zu Ende. Berücksichtigung sozialer

Zusammenhänge und Kooperation mit der Kommune waren nunmehr angesagt. Jetzt durften auch Psychologinnen, zum Beispiel ich, in der Psychiatrie mitarbeiten. Mir wurde die Leitung einer kleinen psychiatrischen Reha-Klinik anvertraut, obgleich ich bisher mit anfallskranken Kindern gearbeitet und eigentlich wenig Ahnung von psychischen Krankheiten hatte.

Trotz der bereits in den 1970er Jahren erarbeiteten Ideen vollzog sich in Bielefeld der Anschluss der Psychiatrie an die Psychiatriereform nur langsam und immer wieder stockend. Erst 1981 übernahmen die Betheler psychiatrischen Kliniken die psychiatrische Pflichtversorgung der Stadt Bielefeld. Erst zwischen 1981 und 1984 zogen die meisten der Patienten, die bisher – wie der Titel »Langzeitpatienten« richtig zum Ausdruck bringt – viel zu lange in der Klinik »wohnen« mussten, in ehemalige Mitarbeiterwohnungen um.

Dass Niels Pörksen, der maßgeblich die große Bonner Demonstration vom Oktober 1980 zur Auflösung der Großkrankenhäuser mit organisiert hatte, 1984 von Johannes Busch, dem Nachfolger von Alex Funke, zum Leitenden Arzt Bethels berufen wurde, zeugt allerdings von dem freiheitlichen Geist, der damals auf dieser Leitungsebene herrschte – denn Busch gehörte zu den Kritikern dieser Demonstration.

Fritz Bremer: Und der freiheitliche Geist gegenüber Psychiatrie-Erfahrenen? Ich meine – wie ging es für dich hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen weiter?

Renate Schernus: Ich hatte erst mal mit der Leitung der Klinik, mit der Sanierung von seit Jahren zerrütteten Teamstrukturen, mit dem Durchsetzen eines therapeutischen und rehabilitativen Konzeptes, mit dem Aufbau von Angehörigenarbeit und dem Ausbau von Kontakten zu kommunalen Stellen so viel zu tun, dass für mich Kooperationsmöglichkeiten mit Psychiatrie-Erfahrenen außerhalb von Behandlungssettings zunächst gar nicht im Blick waren. Es sei denn, es handelte sich um nachgehende Begleitung nach der Entlassung. Die Bewegung der Patienten der 70er Jahre, die sich gegen unzureichende Behandlung und langfristige Hospi-

talisierung in schlechten Räumen gerichtet hatte, war inzwischen vielen ihrer Ziele nahe gekommen und als kritische Bewegung eingeschlafen. Erst so um 1992/93 entdeckte ich wieder neue Kooperationsmöglichkeiten, eben in der Zeit, als die Psychiatrie-Erfahrenen, die sich jetzt so nannten und meist selbstständig außerhalb von Einrichtungen lebten und arbeiteten, ihre eigenen Vereine gründeten, die, anders als in den 70er Jahren, völlig unabhängig von Professionellen waren und Dialog und Auseinandersetzung einforderten.

Fritz Bremer: Und deine ersten Kooperations-Erfahrungen, Sibylle, wie sahen die aus? Hat sich dein Bild von Profis – deine Urteile und Vorurteile – im Laufe der praktizierten Zusammenarbeit geändert und wenn ja, wie?

Von der Frosch- zur Flugzeugperspektive

Sibylle Prins: Nun, ich erzählte schon, dass ich nach einer längeren Krise eine Zeit lang nirgendwo mehr hinging, schon gar nicht zu den Trialog-Treffen, weil ich solche Berührungsängste mit der Psychiatrie hatte. Als ich mich dem Thema wieder annäherte, lief das zuerst über unseren Verein Psychiatrie-Erfahrener, in dem ich ja immer noch Mitglied war. Ich kam dann 1999 in den Vorstand des Vereins, was erst mal nicht so viel hieß – bloß, dass kurz darauf der frühere Vorsitzende den Verein verließ, und ich quasi seine Nachfolge antrat. Er hatte sehr viel aufgebaut an Vertretung der Psychiatrie-Erfahrenen in Gremien, in Arbeits- und Projektgruppen, auf Tagungen, und ich wollte das nicht alles kaputtgehen lassen. So fand ich mich dann ziemlich plötzlich und in der ersten Zeit auch ziemlich allein in allen möglichen trialogischen Zusammenhängen wieder. Anfangs war ich äußerst verunsichert, nun mit Psychiatrie-Profis auf diese Weise zusammenzuarbeiten. Mir hat das ehrlich gesagt viel Angst gemacht. Ich fürchtete nicht nur, dass ich nicht ernst genommen würde, ich hatte auch das Gefühl, das, was ich zu sagen oder beizutragen hatte, sei vielleicht gar nicht ernst zu nehmen. Anderen Psychiatrie-Erfahrenen geht das vielleicht anders. Ich aber dachte oft: »Die können dich doch

mit dem kleinen Finger einfach vom Tisch wischen, wie eine lästige Fliege.« Ich bin ja auch ein bisschen qualifikationsorientiert. Und es hat mir gar nicht gefallen, in diese höchst fortgebildeten Kreise als einzige Qualifikation das Erleben von Psychosen mitzubringen. Ich sah zwar, dass das wichtig war, dass ich in dieser Hinsicht etwas zu sagen hatte, aber superstolz war ich nun auch nicht darauf. Hinzu kam etwas, was bis heute eine Spagatübung für mich ist: wir Psychiatrie-Erfahrene erleben die Psychiatrie sozusagen aus der Froschperspektive, ganz von unten. Nun aber saß ich auf einmal in Gremien, in denen man sich über »Versorgungssysteme« unterhielt. Hatte also den Blick von oben, wie aus einem Flugzeug, wo man zwar noch Landschaftsstrukturen sieht, aber keine einzelnen Menschen mehr.

Fritz Bremer: Solche Empfindungen kommen mir bekannt vor.

Renate Schernus: ... mir auch. Als ich als junge Mitarbeiterin anfang zu arbeiten, ging mir das in diversen Gremien genauso. Die ganzen Vernetzungen innerhalb der großen Institution und innerhalb der Kommune verwirrten mich. Alle schienen Bescheid zu wissen, selbstsichere Sozial-Gladiatoren warfen sich elegant Fremdworte und Abkürzungen zu. Mein Selbstbewusstsein litt. Ich fühlte mich schlecht, dachte, da komme ich nie rein.

Fritz Bremer: Das heißt, dieses Erleben kennen nicht nur Psychiatrie-Erfahrene. Ein Teil davon ist zumindest auch Anfängererleben.

Renate Schernus: Da muss man dann durch. Und – etwas salopp gesprochen – du, Sibylle, hattest ja immerhin noch die Erfahrungsperspektive zu bieten.

Sibylle Prins: Damit ist es nicht so einfach. Ich wusste zunächst überhaupt nicht, wie ich meine oder unsere Erfahrungsperspektive daran andocken sollte, wie ich dazu etwas beitragen oder zwischen diesen Perspektiven vermitteln könnte. Ich erlebte da außerdem etwas, woran Psychiatrie-Erfahrene oft scheitern, zum Bei-

spiel im Berufsleben: dass sie sehr persönlich und subjektiv sind, ihnen Emotionen und Beziehungen oft wichtiger sind als sogenannte Sachprobleme oder äußere Aufgaben. Bei mir kam das im Berufsleben nicht so zum Tragen, aber hier erlebte ich es überdeutlich. Wegen dieser geforderten Sachbezogenheit und Objektivität hätte ich manchmal ausrasten können – nicht, weil ich eine Gegnerin von Sachlichkeit bin, im Gegenteil, sondern weil es mir angesichts dessen, worum es in der Psychiatrie geht, so unangemessen vorkam – und vorkommt.

Arme Ratio

Fritz Bremer: Vielleicht ist die Überschätzung der Möglichkeiten objektivierender, rein rationaler Zugänge einer der Gründe dafür, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, auch gerade ärztliche, große Probleme haben, zum Beispiel zu Psychoseseminaren überhaupt erst zu kommen, geschweige denn sich dort authentisch zu äußern. Ich bezweifle, dass die Art der Kooperation, wie sie zwischen euch selbstverständlich geworden und wie sie anscheinend auch in Bielefeld ganz gut etabliert ist, in den meisten Kliniken der Akutbehandlung und auch in den übrigen Bereichen der Gemeindepsychiatrie überhaupt als wünschbare Option schon angekommen ist. Warum ist das so? Warum erleben umgekehrt die Psychose-Erfahrenen es als wichtigen, ja befreienden Schritt, von ihren Erfahrungen der Fremde, des Fremden, des Ausgesetztseins zu berichten? Warum das eine, warum das andere? Was ist das für eine Fremdheit zwischen »Bewusstem« und »Unbewusstem«? Kann es hier angesichts der Herrschaft der Ratio »Verstehen« geben? Und: Wer will diesen Dialog?

Renate Schernus: O je – das ist ziemlich komplex, was du da alles ansprichst. Ich fühle mich überfordert. Zum Letzten, was du sagtest: Vielleicht wollen alle den Dialog irgendwie, nur dass es vieles gibt, was ihn behindert. Auf professioneller Seite zum Beispiel unsere auf Objektivierbares ausgerichteten Ausbildungen, bestimmte Krankheitsmodelle, diagnostische Blickrichtungen, die das, was wir wahrnehmen, vorab beeinflussen, unsere Arbeitsrou-

tinen, die zur Verfügung stehenden Zeitkontingente, Selbstschutz etc. Da wirkt wohl ziemlich viel zusammen und kann bei Profis partielle »Beziehungsblindheit« erzeugen. Wobei mir scheint, dass man die Ratio nun auch nicht zu schlechtreden sollte. Eine Vernunft, die ihre Grenzen kennt, ist doch was Schönes. Eine solche Vernunft würde ich auch lieber herrschen lassen als die reine Unvernunft.

Sibylle Prins: Mich hat das eine Zeit lang sehr beschäftigt, was das eigentlich ist, die »Vernunft«. Vor allem angesichts der Tatsache, dass ja fast jeder Mensch sich selbst im Grunde für »vernünftig« hält und das »Verrückt-Sein« zurückweist, dieses für eine Eigenschaft der anderen hält. Wenn ich darf, will ich darauf mit einem kleinen, älteren Gedicht antworten:

Gesellschaft

*Das Gewand der Vernunft
kann jeder anziehen.
Auf dem Marktplatz
tummeln sich seltsame Gestalten
Hieronymus-Bosch-Figuren
Eine jede zeigt auf die andere
sieh dir mal diese Fratze an
Noch fühl' ich mich als Mensch
Wage doch nicht
in den Spiegel zu sehen*

Ob es da ein »Verstehen« geben kann, weiß ich nicht. Es wäre schon sehr viel gewonnen, wenn es ein vorurteilsfreies Zuhören gäbe.

Fritz Bremer: In dem Gedicht kommt noch mal auf andere Weise zum Ausdruck, was du eben über die Erfahrungsperspektive gesagt hast. Solche, die rationalen Zugänge relativierenden Aussagen von Betroffenen, halte ich für unentbehrlich. Es sind wichtige Hilfestellungen, die Psychiatrie-Erfahrene uns Professio-

nellen, aber auch anderen Menschen, geben können, damit eben die Begrenztheit des rein Rationalen besser erkannt wird. Die »Ratio« wird ja sonst unter der Last ihrer ständigen Dominanz ganz verrückt ...

Sibylle Prins: Mag sein. Mich jedenfalls hält diese eben beschriebene Spagatübung noch heute auf Trab, ist immer wieder eine spannende Aufgabe. Und ich will auch heute noch bei einem subjektiven Zugang bleiben, der sich natürlich erweitert hat, nicht zuletzt durch die vielen Berichte anderer Psychiatrie-Erfahrener, die ich mitbekommen habe und die zum Beispiel ihr im *Brückenschlag* oder im Verlag auch veröffentlicht habt.

Fritz Bremer: Trotz – oder auch bei diesem – Spagat erlebe ich dich inzwischen als sehr souverän. Täuscht dieser Eindruck?

Psychiatrieerfahrene werden souveräner – Profis werden bescheidener (hoffentlich)

Sibylle Prins: Meine anfängliche Unsicherheit und diese Ängste sind heute weitgehend verschwunden. Es haben sich viele gute Kooperationen ergeben – da kommen wir sicher später noch mal konkret drauf zurück –, bei denen ich in manchen Fällen die beteiligten Profis eher wie so eine Art Kollegen ansehe, wenn auch aus einer anderen Berufssparte. Und wie das so ist mit Kollegen: über manche freut man sich, über andere nicht. Vielleicht sollte ich noch erwähnen, dass ich eher selten mit Ärzten, also Psychiaterinnen und Psychiatern zu tun habe, sondern meist mit anderen Berufsgruppen, und auch eher selten mit Klinikmitarbeitern, mehr mit Menschen aus dem ambulanten Bereich.

Renate Schernus: Ich glaube, deine oder eure »Berufssparte« liegt eben genau in dieser subjektiven Herangehensweise, die dir so wichtig ist, und das ist es wohl, was Fritz eben meinte, wenn er von der Hilfestellung sprach, die die Ratio nötig hat. Man könnte auch sagen, die ein rein verobjektivierender Zugang nötig hat. Es ist wichtig, dass die Psychiatrie-Erfahrenen dabei bleiben und

nicht versuchen zu Semi-Profis zu werden. Es könnte ja sonst leicht passieren, dass sie in die Profi-Flugzeuge einsteigen, dann zu spät merken, dass diese Von-oben-Perspektive und auch die Flugrichtung ihnen nicht behagt, und dass sie dann nicht wissen, wie sie bei der Höhe und Geschwindigkeit wieder aussteigen sollen. Mir scheint allerdings, solche Gefühle überkommen heutzutage auch viele Profis.

Sibylle Prins: Manche Profis haben aber immerhin entdeckt, dass man die Flugzeuge auch tiefer fliegen lassen kann und über die Flugziele miteinander sprechen kann.

Fritz Bremer: Renate, wann hast du das mit dem Tiefer-fliegen-lassen der Flugzeuge entdeckt?

Renate Schernus: Um in dem Bild zu bleiben: Für mich stand so um die 1990er Jahre herum zunächst das Aushandeln der ganz persönlichen Flugrouten der Patienten, für die ich verantwortlich war, im Vordergrund, das heißt die fachliche und therapeutische Arbeit in der Klinik und das bessere Verstehen der Patienten, unter Einbeziehung der Erfahrungen während psychotischer oder auch anderer Krisen. An institutionsüberschreitende Kooperation dachte ich da noch nicht.

Ich war ziemlich weit davon entfernt, mir vorstellen zu können, dass Psychiatrie-Erfahrene, die damals anfangen, sich selbst so zu nennen, es schaffen würden, ihre eigenen sozialpolitisch wirksamen Vereine und Verbände zu gründen. Dabei hätten wir es längst wissen können. Denn in England gab es bereits um 1838 eine sozialpolitisch sehr wirksame Selbsthilfebewegung, gegründet durch John Thomas Perceval, der sich erfolgreich aus einer der damals sehr restriktiven psychiatrischen Einrichtungen des viktorianischen England herausgeklagt hatte.

Fritz Bremer: Ich hatte zu Beginn unserer Gespräche den Eindruck, dass die Gesprächsgruppe, bei der ihr euch zum ersten Mal begegnet seid, deine Sichtweise deutlich erweitert hat. Stimmt das?

Renate Schernus: Ja, in der Tat, diese erste Gruppe hat meine Sichtweise besonders beeinflusst, aber zunächst noch nicht so sehr hinsichtlich allgemeiner, über das Therapeutische hinausgehender Kooperationsformen. Was ich zunächst lernte, war, dass viele der Betroffenen ihre Erfahrungen und ihre persönlichen Ziele sehr gut selbst artikulieren können und weniger, als ich mir bis dahin einge- bildet hatte, auf professionelle Anleitung und Interpretation angewiesen sind. Wichtig war für mich auch, vieles über psychotisches Erleben zu erfahren, das psychosenähere Patienten nicht so gut artikulieren können. Ich begriff: Hier gibt es Menschen, die ihre Sache in die eigene Hand nehmen wollen und können. Solche Erfahrungen vertieften sich dann durch andere Gesprächsgruppen und Einzelgespräche.

In den folgenden Jahren kam hinzu, dass die Vereine der Psychiatrie-Erfahrenen deutlich den Anspruch erhoben, auf das, was ihnen helfen soll, auch strukturell und sozial- beziehungsweise kommunalpolitisch einzuwirken, zum Beispiel durch eine Vertretung im Psychiatriebeirat der Stadt Bielefeld. Ferner begannen wir, Erfahrungen mit regelmäßigen Kooperationsgesprächen zwischen den beteiligten Gruppen zu sammeln, dem sogenannten Trialog.

Fritz Bremer: Davon würde ich gerne noch Konkreteres hören, aber zunächst eine Zwischenfrage: Bisher hören sich deine Erfahrungen immer sehr positiv an. Gab es auch Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen?

»Ich war zeitweilig nicht sicher, ob das im Chaos endet.«

Renate Schernus: Die gab es selbstverständlich und zwar ganz besonders in der Anfangsphase um 1993. Schwierigkeiten gehören aber für mich auch zum Positiven. Bei den Kooperationsgesprächen handelte es sich ja um völlig offene Foren mit bis zu dreißig, vierzig Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Und ich war mir zeitweilig nicht sicher, dass das gut gehen oder vielleicht doch im Chaos enden würde. Einige Angehörige erlebte ich anfangs als extrem anklagend und viele nahezu unmögliche Sicherheiten einfordernd.

Fritz Bremer: Nur die Angehörigen waren schwierig?

Renate Schernus: Nein, keineswegs. So manch einer der Psychiatrie-Erfahrenen versuchte sich in heftigen Attacken gegen die Professionellen zu profilieren. Wir Profis mussten nicht nur lernen zuzuhören, sondern, was mir zum Beispiel durchaus schwerer fiel, auch direkte Beleidigungen und Unsachlichkeiten zurückzuweisen. Mir schien damals, dass Psychiatrie-Erfahrene, die nicht so ein dramatisches Bedürfnis hatten und nicht solcher Lust an Konflikten frönten, in diesem Klima auch Schwierigkeiten hatten und nicht so recht wussten, wie sie sich positionieren sollten.

Fritz Bremer: Kannst Du noch ein bisschen genauer sagen, wo deine eigenen Schwierigkeiten lagen?

Einen Teil des Jobs abgeben

Renate Schernus: Erwischt! Eine Schwierigkeit bei mir selbst habe ich erst später entdeckt. Ich habe ja früher als Psychologin mit anfallskranken Kindern in einem Bereich gearbeitet, der hinsichtlich der neurologischen Aspekte von Ärzten dominiert war. Gerade deshalb gab es wenig Konkurrenzen zwischen Ärzten und psychosozialen Berufsgruppen. Der psychologische Teil wurde weitgehend den Psychologen überlassen. Ich hatte da also gelernt, es als meinen Part anzusehen, darauf zu achten, dass das subjektive Erleben, die sozialen Einflüsse und auch die Gestaltungskraft dieser Kinder im Umgang mit der Krankheit nicht übersehen wurden. Diese Haltung hatte ich in die Psychiatrie mitgenommen.

Fritz Bremer: Mit den Psychiatern gab es da natürlich mehr Überschneidungen hinsichtlich der Aufgabenteilung und vermutlich auch mehr Konkurrenz.

Renate Schernus: Ja, auch das, aber darauf wollte ich nicht hinaus. Es gab jetzt unerwartete Konkurrenz von anderer Seite. In den letzten Jahren haben Psychiatrie-Erfahrene, nicht zuletzt auch Sibylle, den Aspekt des Verständnisses für subjektives Erleben, für

biografische Zusammenhänge und soziale Einflüsse so überzeugend übernommen, dass ich selbst das nur schlechter machen könnte, jedenfalls in Veröffentlichungen und Fortbildungen. Ich habe also sozusagen einen Teil meines Jobs verloren. Das Sich-selbst-überflüssig-machen muss ja auch gelernt werden.

Fritz Bremer: Das kommt mir wieder sehr bekannt vor. Aber weiter – Sibylle: muss es deiner Meinung nach noch andere Voraussetzungen – außer der Bereitschaft, sich immer wieder überflüssig zu machen – auf Seiten der Profis geben, damit sich Zusammenarbeit und Austausch entwickeln können?

Das eigene Tun und Treiben auch mal relativieren

Sibylle Prins: Darüber habe ich eigentlich noch nicht ausführlich nachgedacht. Also, ich glaube, sie sollten Neugierde und Interesse mitbringen, eine gewisse Offenheit, Standfestigkeit in der Hinsicht, dass sie nicht gleich zutiefst in ihrer beruflichen oder persönlichen Ehre getroffen sind, wenn Psychiatrie-Erfahrene etwas Kritisches über die Psychiatrie oder Profis sagen ... ja, und: sich bewusst sein, dass bei allem Austausch und Dialog die Psychiatrie-Erfahrenen zum Beispiel eine Einrichtung und das Verhalten der Mitarbeiter immer anders wahrnehmen werden, als diese es selbst tun. Wie zum Beispiel ein Schüler eine Schule anders wahrnimmt als ein Lehrer, ein Schwimmbadbesucher das Schwimmbad anders als ein Bademeister, eine Krankenschwester das Krankenhaus anders als ein Patient, ein Supermarktkunde das Geschäft anders als die Kassiererin – oh, Verzeihung, jetzt habe ich aus Versehen das Unwort »Kunde« in diesem Gespräch benutzt ...

Renate Schernus: ... aber hier passt es ja nun mal endlich.

Sibylle Prins: ... was ich sagen wollte: es ist wichtig, diesen Unterschied in Erinnerung zu behalten. Sonst kommt es sehr leicht zu dieser Situation: Psychiatrie-Erfahrene fordern etwas oder wünschen sich etwas, und die Profis sagen: »Aber das machen wir doch alles schon.« Ja, sie machen das – aus ihrer Sicht. Was dann

aber bei den Klienten, Bewohnern, Patienten wirklich ankommt, ist noch mal etwas anderes. Was ich mir sowohl von den beteiligten Psychiatrie-Erfahrenen als auch von den Profis wünsche: es geht in der Psychiatrie natürlich um ernste, oft sehr ernste Angelegenheiten. Aber diese Verbissenheit, dieses Sendungsbewusstsein, dieses sich selbst oft übermäßig ernst nehmen – was ich leider manchmal auch bei mir und manchen anderen beobachte –, dem würde ich ganz gern ein bisschen die Luft ablassen. Es wäre gut, das eigene Tun und Treiben auch mal zu relativieren. Na ja, das kann man sich natürlich nicht nur für die Psychiatrie wünschen.

Fritz Bremer: Also – das ist doch ein beherzigenswertes Schlusswort für unser heutiges Gespräch.

Achtes Gespräch,

bei dem man ungern, aber doch auf ein paar Probleme zu sprechen kommt

Nicht Feinde, sondern Gegner / Gemeinsame Projekte – normalere Beziehungen / Grenzen der Zusammenarbeit und neue Unsicherheiten / Ich möchte nicht mit jedem zusammenarbeiten / Angst vor Verwicklungen / Nicht jede Rolle gibt alles her / Wo bleiben die Schwierigkeiten? / Realer Verzicht auf professionelle Macht? / Sollen die Psychiatrie-Erfahrenen vor einen professionellen Karren gespannt werden? / Was mich noch stört / Von mäßigen und übermäßigen Belastungen / Nur eine vernünftige Verrückte ist eine gute Verrückte

Fritz Bremer: Ich möchte heute noch mal auf die Zusammenarbeit zwischen Professionellen und Psychiatrie-Erfahrenen zurückkommen. Mich würde zum Beispiel interessieren, was für dich, Sibylle, die wichtigsten Erfahrungen im Verlauf dieser Zusammenarbeit waren?

Nicht Feinde, sondern Gegner

Sibylle Prins: Zweierlei: zum einen habe ich gelernt, welchen Wert Gegner haben können. Gegner mehr im Sinne von Gegenüber – ich habe die Professionellen nie als »Feinde« gesehen, fand aber doch anfangs, dass uns vieles trennte, und war auch – und bin es bis heute – mit so mancher professionellen Meinung nicht einverstanden. Aber es waren ja, zumindest habe ich das bei den konkreten Projekten so empfunden, Gegner oder Gegenüber, die bereit waren zuzuhören, auf unsere Sichtweise und Argumentation einzugehen. Und wir mussten uns natürlich ihre Sichtweisen anhören, konnten uns dem auch nicht immer verschließen. Ich habe das Gefühl, enorm von diesem Prozess, in dem die Beteiligten nicht von vornherein einer Meinung waren, profitiert zu

haben. Ich fände es gut, wenn solche Art von Diskussionen und Aushandlungsprozessen auch anderswo stattfänden – manchmal komme ich zu Veranstaltungen, wo ich das Gefühl habe, alle haben sowieso schon die gleiche oder zumindest eine sehr ähnliche Meinung. Die Differenzen sind höchstens noch berufsgruppenintern oder minimal vorhanden. Und diejenigen, die vielleicht das Gegenteil vertreten, sind gar nicht anwesend.

Das Zweite ist, dass ich bei meinem Weg in diese Zusammenarbeit auch sehr konkret von Professionellen unterstützt worden bin. Von Renate in erster Linie, aber auch von anderen. Das war eine neue und sehr ermutigende Erfahrung, die ich in den anderthalb Jahrzehnten vorher, seit meiner ersten Psychose, sehr vermisst hatte. Da gab es zwar Menschen, die mir tröstlich zuredeten, aber mich wirklich tatkräftig unterstützen oder auch fördern, das konnten sie nicht. Und ich war ja inzwischen auch schon so weit, dass ich mit einer Unterstützung, die wirklich reale Ergebnisse für mich zeitigen würde, gar nicht mehr rechnete. Ich ging eher davon aus, so etwas gäbe es wohl gar nicht. Zu nennen ist zum Beispiel auch die intensive Unterstützung durch euren Paranus Verlag, ohne dessen Hilfe ich es gar nicht geschafft hätte, mehrere Bücher zu veröffentlichen. Es geht aber nicht nur um mich und meine Person – ich habe ja auch erlebt, wie Menschen außerhalb des psychiatrischen Bereichs unser Anliegen unterstützen – mein Gemeindepfarrer, der mich zu Andachten und Lesungen zu psychiatrischen Themen einlud, Journalistinnen, die sich für die Selbsthilfebewegung interessierten und dazu Sendungen oder Veröffentlichungen machten, oder neulich zwei Politiker aus unserer Stadt, Landtags- und Bundestagsabgeordnete, die sich sofort bereit erklärten, ein Projekt von uns Psychiatrie-Erfahrenen mit ihrem Namen und ihrer Person zu unterstützen. Bei einem schwierigen und tabuisierten Thema wie Psychiatrie-Erfahrung so auf offene Ohren, und, im übertragenen Sinne, »helfende Hände« zu stoßen, ist schon eine tolle und mutmachende Erfahrung, die dann so manchen Negativpunkt wieder ausgleicht.

Fritz Bremer: Es ist offenbar so, dass diese Zusammenarbeit, über die wir ja jetzt schon länger sprechen, Ergebnisse hervor-

bringt, die über eine persönliche Erfahrungsbereicherung der Beteiligten, über das unmittelbare Beisammensein hinausgehen. Kann man das so sehen, dass diese Ergebnisse ganz allgemein, auch für andere, an dieser Zusammenarbeit nicht unmittelbar beteiligte Profis und Psychiatrie-Erfahrene nützlich sind?

Gemeinsame Projekte – normalere Beziehungen

Renate Schernus: Ja, inzwischen bin ich mir da sicher. Sibylle könnte diese Frage genauso gut beantworten wie ich. Wir haben ja beide miterlebt, wie das Klima in diesen Kooperationsgesprächen allmählich immer sachlicher und konstruktiver wurde und wie dann daraus eine Menge kleinerer kooperativer Projekte entwickelt werden konnten.

Sibylle Prins: Oft waren dabei die Psychiatrie-Erfahrenen die Initiatoren.

Renate Schernus: Stimmt.

Fritz Bremer: An welche Projekte denkt ihr da zum Beispiel?

Sibylle Prins: Zum Beispiel an die Behandlungsvereinbarung, die sich ja als beispielhaft erwiesen hat und in vielen Kliniken übernommen wurde, oder auch an die Errichtung eines Gedenksteins in Bethel für die Opfer der Zwangssterilisierung während der NS-Zeit ...

Renate Schernus: ... ein Projekt, das in der Vorbereitungsphase übrigens von erheblichen Kontroversen zwischen allen Beteiligten geprägt war ...

Sibylle Prins: ... oder an die Entstehung der trialogischen Beschwerdestelle, sowie an die Durchführung von Psychoseseminaren, an denen wir beide zeitweilig beteiligt waren.

Ich glaube, die Verbesserung des Klimas der Zusammenarbeit ging Hand in Hand damit, dass man gemeinsam Dinge erreichen

wollte. Die Profis merkten, was für kreative Ideen die Psychiatrie-Erfahrenen mitbrachten ...

Renate Schernus: ... und die Psychiatrie-Erfahrenen mussten sich gemeinsam mit den Profis auf die steinigen Wege der Realisierung einlassen. Manchmal wurden dabei neue Außenfeinde entdeckt. Das schweißt ja immer zusammen und die Frontlinien verliefen nicht mehr so eindeutig zwischen den Lagern. Die Kontakte wurden irgendwie normaler. Richteten sich, wie auf freier Wildbahn üblich, mehr nach geteilten Haltungen, Meinungen und Sympathien als nach der Zuordnung zu einer der beteiligten Gruppen.

Sibylle Prins: Als einen Versuch, diese Normalisierung der Beziehungen zu vertiefen, verstehe ich auch unseren monatlichen Psychiatriestammtisch, bei dem lockere Begegnungen möglich sind.

Renate Schernus: Zum Beispiel habe ich beim Stammtisch mitbekommen, wie fürsorglich und sachlich sich einige Psychiatrie-Erfahrene um ihre alten und krank gewordenen Eltern kümmern. Das hat mich beeindruckt. Ich hatte zu der Zeit ähnliche Sorgen und wir haben uns einfach ausgetauscht. Wir Profis neigen ja dazu, Psychiatrie-Erfahrene vor allem als irgendwie hilfebedürftig anzusehen. Dass sie außerhalb der Psychiatrie in ganz anderen Rollen und ganz anderen Geschichten drin sind, machen wir uns zu wenig bewusst. Sibylle fallen bestimmt noch weitere Kooperationsprojekte ein, an denen sie beteiligt war oder noch ist.

Sibylle Prins: Ja, da sind zum einen psychiatriepolitische Gremien auf kommunaler Ebene oder der Ebene des Regierungsbezirks bzw. des Landschaftsverbandes, dann gemeinsame Projekte, von denen wir schon einige genannt haben, unter anderem auch noch eine dialogische Internetseite, Mitarbeit in der Redaktion einer sozialpsychiatrischen Fachzeitschrift, gemeinsame Fortbildungen – zuerst mit Renate, später auch mit anderen Co-Referenten, gemeinsame Tagungsvorbereitungen. Aber es reicht auch über

den originär psychiatrischen Bereich hinaus. Mitarbeiter von ganz anderen Institutionen zeigen sich an einer Zusammenarbeit interessiert: Kirchengemeinden, die Telefonseelsorge. Unter anderem haben Renate und ich gemeinsam auch schon drei Fortbildungen für Polizisten durchgeführt ...

Eigentlich wolltest du, Fritz, ja auch was von Schwierigkeiten hören. Jetzt habe ich das Gefühl, dass wir zuletzt doch wieder ziemlich viel Positives erzählt haben.

Grenzen der Zusammenarbeit und neue Unsicherheiten

Fritz Bremer: Freut mich natürlich, dass ihr nicht auf Schwierigkeiten fixiert seid. Mir geht es vor allem darum, neue Entwicklungen möglichst vollständig wahrzunehmen, mit ihren Licht- und Schattenseiten. Deshalb doch meine Frage: Entstehen nicht auch neue Probleme, wenn man sich nähert?

Renate Schernus: Probleme sehe ich zum Beispiel darin, dass es dort, wo engere Kooperationen mit bestimmten einzelnen Psychiatrie-Erfahrenen entstehen, leicht zu Eifersucht oder sogar zu Neid von anderen kommen kann. Im Rahmen eines therapeutischen Kontextes versucht man als bezahlter Profi möglichst ohne Ansehen der Person seine Zuwendung, seine Zeit gerecht zu verteilen, und bleibt als Mensch mit seinen Interessen und Vorlieben weitgehend unsichtbar. In den außerinstitutionellen Kooperationszusammenhängen sind aber die Therapeuten plötzlich nicht mehr in ihrer therapeutischen Funktion, sondern reden auch schon mal so, wie ihnen der Schnabel gewachsen ist. Und wenn es um psychiatrische oder psychiatriepolitische Sachthemen und um die berühmte Kooperation auf Augenhöhe geht, wünschen sich die Profis auch von den Psychiatrie-Erfahrenen als ihren Kooperationspartnern bestimmte Fähigkeiten, die nicht jeder hat, die er aber gerne haben möchte.

Sibylle Prins: Ich vermute, dass es umgekehrt auch eifersüchtige Profis gibt. Jedenfalls habe ich mir manchmal schon Kommentare von Profis anhören müssen, die ich nur so deuten kann ...

Renate Schernus: Das halte ich durchaus für möglich. Denn in der Tat ist es ja so, dass mancher Stations- oder Heimmitarbeiter noch nie in den Genuss gekommen ist, Arbeitsgruppen zu leiten, Vorträge zu halten etc. Oder vielleicht ist er auch noch nie gefragt worden, in irgendeinem Gremium seine Meinung zu sagen. Es gibt aber jetzt unter den Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung einige, die in dieser Hinsicht sehr begehrt und auch mit ihren diesbezüglichen Fähigkeiten manchem Profi überlegen sind. Eigentlich kann man auch sagen, eine größere Normalität im Umgang führt häufiger zu den unter Menschen auch sonst bekannten Schwierigkeiten. Das muss man zumindest wissen, einbeziehen und damit umgehen lernen.

Fritz Bremer: Gibt es – abgesehen von dieser Normalität – etwas, was dich an Psychiatrie-Erfahrenen tatsächlich besonders stört?

Ich möchte nicht mit jedem zusammenarbeiten

Renate Schernus: Das finde ich so generell schwierig zu beantworten. Das hängt sehr von Einzelpersonen ab. Mich stört an ihnen das, was mich auch sonst an Menschen stört. Zum Beispiel, wenn einer nicht zuhören kann, Gespräche unterbricht, immer nur über sich selbst redet, unhöflich, arrogant oder aggressiv ist und so weiter. Vielleicht bin ich manchem Psychiatrie-Erfahrenen gegenüber toleranter, weil ich ihm relevantere Gründe für so ein Verhalten zubillige als zum Beispiel einem Kollegen. Tolerieren und gegebenenfalls entschuldigen, heißt nicht, dass es mich nicht stört.

Sibylle Prins: Du könntest aber ruhig etwas deutlicher werden.

Renate Schernus: Wenn Psychiatrie-Erfahrene ihre eigene persönliche Erfahrung und das, was für sie heilsam war, absolut setzen und meinen, sie könnten für alle anderen gleich verbindlich mitreden, das stört mich zum Beispiel, genauso wie es mich bei »allwissenden Kollegen« stört. Auch gegenüber Psychiatrie-Erfah-

renen, die jeden Psychiater grundsätzlich für einen Faschisten halten und das, wo sie stehen und gehen, zu verbreiten suchen, habe ich erhebliche Vorbehalte. Aber solche gravierenden Einseitigkeiten kommen im Prinzip auch unter Menschen, die keine Berührung mit der Psychiatrie hatten, in unterschiedlichen Schattierungen vor. Ja – und noch etwas: wenn Menschen, ob nun Psychiatrie-Erfahrene oder Profis, einfach nur das gerade im Mainstream liegende, gängige Profiwissen übernehmen, keine distanzierte, eigene kritische Haltung dazu entwickeln, das stört mich auch.

Fritz Bremer: Das heißt doch, dass es für dich auch Grenzen der Zusammenarbeit gibt, oder?

Renate Schernus: Ja, in dem, was ich eben gesagt habe, habe ich mögliche Grenzen in der Zusammenarbeit angedeutet. Ich könnte und wollte sicher nicht mit jedem Psychiatrie-Erfahrenen zu jedem Thema zusammenarbeiten. Auch in der Enge der Zusammenarbeit würde ich Unterschiede machen. Eine weitere Grenze liegt übrigens in der Schweigepflicht, zu der ich als Therapeutin verpflichtet bin.

Fritz Bremer: Es gibt für den Austausch zwischen und die Zusammenarbeit von Menschen natürlich immer Grenzen. Mich würde interessieren, wie du das siehst, Sibylle, ob deiner Meinung nach die Grenzlinien zwischen Profis und Psychiatrie-Erfahrenen besondere sind, prinzipiell anders verlaufen?

Angst vor Verwicklungen

Sibylle Prins: Eine Grenzlinie fällt mir auf jeden Fall ein, die es anderswo so nicht gibt. Dann, wenn Behandlung und Zusammenarbeit auf anderer Ebene sich überschneiden oder überschneiden könnten. Manche Professionellen haben damit bereits Erfahrung und sind im Umgang damit sehr souverän. Andere fürchten sich davor, halten sich lieber von dialogischer Zusammenarbeit fern, als irgendwelche Verwicklungen zu riskieren. Ich habe den Eindruck, für einige ist es kein Problem, mit ihren Klienten oder

Patienten in einem anderen Zusammenhang zusammenzukommen und sich gegenseitig in anderen Rollen zu erleben. Für manche ist das aber ein absolutes Novum. Das merke ich deutlich, wenn ich zum Beispiel vor angehenden Fachärzten in der Ausbildung referiere. Für einige ist das eine völlig fremde Erfahrung, so, auf dieser Ebene, mit Patienten oder ehemaligen Patienten zu reden, mit irgendwelchen Patienten. Denn ich und meine Mitreferenten waren ja normalerweise nicht gerade bei diesen Ärzten in Behandlung. Oder das Erstaunen von manchen Fortbildungsteilnehmern, wenn da plötzlich eine psychiatrie-erfahrene Referentin auftaucht. Und ich glaube, es gibt nach wie vor etliche Mitarbeiter, denen diese Erfahrung mal ganz gut täte. Auch für uns Psychiatrie-Erfahrene ist das nicht immer so einfach, diese verschiedenen Ebenen ordentlich auseinanderzuhalten. Da trifft man in einer Projektgruppe, bei einer Tagung einen Mitarbeiter von Station oder einen Betreuer, mit dem man mal schlechte Erfahrungen gemacht hat. Das dann voneinander zu trennen – apropos: sollte oder muss man das trennen? – ist manchmal schwer. Oder man ist gerade irgendwie anlehnsbedürftig und fährt mit seiner ehemaligen Therapeutin auf Vortragsreise ...

Renate Schernus: Oh, habe ich da was Wichtiges übersehen oder ganz falsch eingeschätzt?

Sibylle Prins: Eigentlich wollte ich dich nur mal ein bisschen schocken ...

Nicht jede Rolle gibt alles her

Renate Schernus: Na ja – auch wenn du das nicht ganz ernst gemeint haben solltest, bringt es mich auf etwas Wichtiges. Wenn man zulässt, dass die Zusammenarbeit in Kollegialität und Freundschaft übergeht – und wir beide haben es sehr bewusst zugelassen –, hat das auch für beide Seiten mit Verzicht zu tun. Nicht jede Rolle gibt alles her. Auch jenseits von Freundschaft spielt das bei den neuen Formen der Zusammenarbeit eine Rolle. Man muss sich viel mehr über die eigene Rolle in der jeweiligen

Situation, über die damit verbundenen Gefühle und möglichen Fallstricke klar werden. Wenn man die Klassengrenzen rigide hält, gibt das mehr Sicherheit für beide Seiten. Mehr Zusammenarbeit bedeutet auch, sich auf mehr Unsicherheit einzulassen. Und noch etwas: Bereitschaft zur Kooperation heißt meines Erachtens nicht, dass es für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kliniken und Diensten nicht nach wie vor Situationen geben kann, in denen sie entschieden, Grenzen setzend und ohne großes Hin- und Hergerede aufzutreten haben. Wie das dann für beide Seiten war, kann möglicherweise erst hinterher geklärt werden. Und manchmal auch nicht.

Fritz Bremer: Hast du ein Beispiel?

Renate Schernus: Zum Beispiel bin ich mal dazugekommen, als eine junge, sehr nette Mitarbeiterin, die es sich zu Herzen genommen hatte, dass man Patienten möglichst auf Augenhöhe informieren müsse, einem akut psychotischen Menschen den Waschzettel von irgendeinem Neuroleptikum, das ihm verordnet worden war, vorzulesen versuchte. Beide wurden immer verwirrter. Der arme Mensch versuchte die seltsamen Worte in seinen Film einzubauen und die Mitarbeiterin verhedderte sich in immer neuen Erklärungsversuchen. Ich habe das beendet und ganz autoritär gesagt: »Das nehmen Sie jetzt mal.«

Fritz Bremer: Und – hat das die Situation entspannt?

Renate Schernus: Ja, hat es. Die Beteiligten haben es mir noch nicht einmal übel genommen.

Fritz Bremer: Auch wenn es langsam nervt –ich möchte hartnäckig darauf zurückkommen, dass die neuen Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen in außerinstitutionellen Zusammenhängen auch neue Schwierigkeiten in sich bergen. Oder haben wir das schon genügend ausgelotet?

Wo bleiben die Schwierigkeiten?

Sibylle Prins: Ich hätte eine kleine Anekdote anzubieten, zu welchen Schwierigkeiten einen die Zusammenarbeit mit Profis führen kann: Vor ungefähr zwei Jahren wollte ich wegen eines privaten Problems, das nicht mit meinen Psychosen zusammenhing, für einige Stunden eine Psychotherapeutin konsultieren. Nur, alle, zu denen ich gerne gegangen wäre oder die mir von vertrauenswürdiger Seite empfohlen wurden, konnte ich nicht mehr aufsuchen, weil ich inzwischen mit ihnen durch andere Formen der Zusammenarbeit verbunden war und sie sich weigerten oder geweigert hätten, mich als Klientin anzunehmen. Schließlich landete ich auf Empfehlung meiner Ärztin bei einer Frau, die außerhalb dieser »Szene« arbeitete. Sie stellte natürlich sofort auf meine Psychosen ab, die ich ihr ja nicht verschwiegen, und wollte ein Anfänger-Rückfallvorbeugungsprogramm mit mir erarbeiten. Auf Patientinnen, die in der Selbsthilfebewegung aktiv sind und bei den Profis manchmal hinter die Kulissen gucken, war sie überhaupt nicht eingestellt. Als ich aus dem Sprechzimmer herauskam, fühlte ich mich um Jahrzehnte zurückversetzt – als sei ich wieder die arme, abhängige, depressive Psychiatrie-Patientin von damals. Und ich dachte: das wird ja Monate dauern, bis ich mit dieser Frau – die durchaus nett und sicher auch kompetent war – einen vernünftigen Satz wechseln kann. Ich habe es dann sein gelassen.

Fritz Bremer: Ich frage einfach mal: muss man eigentlich immer zum Patienten werden, wenn man mit jemandem über bestimmte Lebensprobleme reden will?

Realer Verzicht auf professionelle Macht?

Renate Schernus: Nein, keineswegs. Das ist eher eine unerwünschte Nebenwirkung der therapeutischen Professionalisierung. Wenn wir als Therapeuten auf die Stärken unserer Klienten nicht eingestellt sind, sie auf die Patientenrolle fixieren, könnte das auch mit einer nicht akzeptierten Verschiebung der Machtverhältnisse zu tun haben.

Sibylle Prins: Das ist noch ein Thema für sich. Denn da ist natürlich auch immer die Frage: was passiert mit der realen Machtverteilung? Nicht nur solche Extremsituationen, die ja immerhin vorstellbar sind, dass jemand, mit dem ich heute noch nett konferiert habe, morgen für meine Zwangseinweisung verantwortlich sein könnte. Sondern auch: welchen Einfluss haben denn nun die Psychiatrie-Erfahrenen wirklich? Oder sind sie nur eine nette Zugabe, eine narr-ative Dekoration – mit Bindestrich –, ansonsten rollt der professionelle Betrieb weiter wie gehabt? Mal abgesehen davon, dass wir als Psychiatrie-Erfahrene natürlich auch davon überrumpelt werden können, wenn wir in irgendeinem Punkt wirklich Macht ausüben, etwas entscheiden können und dann im ersten Moment gar nicht so recht wissen, wie wir das anfangen sollen. Ein kompliziertes Problem.

Fritz Bremer: Vielleicht ist es gerade beim Thema Macht notwendig, dir, Sibylle, die Frage zu stellen: Was stört dich vornehmlich an Profis, beziehungsweise welche gravierenden Fehler können deiner Meinung nach auch zusammenarbeitsbeflissene Profis machen?

Sollen die Psychiatrie-Erfahrenen vor einen professionellen Karren gespannt werden?

Sibylle Prins: Mich stört natürlich, wenn wir Psychiatrie-Erfahrenen vor professionelle Karren gespannt werden sollen. Also Konzepte, Entwicklungen, Strukturveränderungen gutheißen, mittragen sollen, die in unsere Sichtweise nicht hineinpassen. Nur, damit man dann auf unsere Zustimmung oder Mitwirkung stolz verweisen kann. Auch irgendwelche Bewohner- oder Klientenbeiräte sind nicht dazu da, alles, was ihnen vorgesetzt wird, einfach nur abzunicken. Oder, was auch vorkommt, wir Dinge unterschreiben sollen, die uns mit schönen Worten schmackhaft gemacht werden, die wir aber vielleicht gar nicht ganz durchschauen.

Meine Fähigkeiten, Struktur- oder Gesetzesänderungen in ihren Konsequenzen vorausschauend zu begreifen, sind eher begrenzt.

Manchmal erlebe ich es, dass Professionelle mit irgendeiner Idee kommen, die sie selber toll und sehr betroffenenfreundlich finden, und wir sollen dann auch begeistert sein. Oder – wir haben uns vorhin übers Thema Grenzen der Zusammenarbeit unterhalten: längst nicht alle Themen, die bei den Psychiatrie-Mitarbeitern heiß diskutiert werden, sind auch für uns relevant. Ich selbst finde es auch nicht nötig, mir nun selbst alle Ausbildungs-, Fortbildungs- und Praxisthemen der Profis aneignen zu müssen. Manchmal gibt es Gelegenheiten, da ist die Anwesenheit von Psychiatrie-Erfahrenen nicht supergern gesehen – aber andererseits stoße ich auf Unverständnis, wenn ich irgendwo sage: das Thema ist nicht interessant für mich oder uns. Denn einen Bezug zu uns kann man ja irgendwie immer herstellen. Es gibt merkwürdigerweise zwei Umkehrungen dieser Situation: die eine ist, wenn Profis uns einladen, Stellung zu nehmen, sie sich in der Angelegenheit aber gar nicht für die Sorgen der Psychiatrie-Erfahrenen interessieren, sondern nur für ihre eigenen ...

Fritz Bremer: Kannst du das an einem Beispiel deutlich machen?

Sibylle Prins: Besonders stark habe ich das mal bei einer früheren Betreuungsrechtsänderung erlebt. Klar, es wurde zwar gesagt »das wirkt sich negativ auf die Betreuten aus«. Aber in Diskussionen auf mehreren Veranstaltungen ging es dann nur um die finanziellen und beruflichen Nachteile für die Betreuer. Darüber dürfen diese sich natürlich auch gern unterhalten, aber dies dann als gemeinsame Veranstaltung zu organisieren und so zu tun, als ginge es um unsere, der Psychiatrie-Erfahrenen Interessen, scheint mir verlogen. Wie es überhaupt Veranstaltungen gibt, wo man aufpassen muss, nicht zum psychiatrie-erfahrenen Maskottchen zu werden. Die andere Umkehrung des »Vor den Karren-Spannens« liegt darin, wenn dieser Karren in eine andere Richtung fährt. Nicht wenige Profis stehen ja den Verhältnissen in der Psychiatrie auch kritisch gegenüber, wünschen sich das alles ganz anders, haben ganz andere Träume davon, wie Menschen mit psychischen Problemen begleitet werden sollen. Sie können aber oft wenig davon umsetzen. Die Verhältnisse sind nicht so, die rechtlichen,

finanziellen, personellen Voraussetzungen fehlen. Sie selbst befinden sich in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen. Dann werden manchmal diese revolutionären Ideale auf uns Psychiatrie-Erfahrene projiziert, wir sollen dann überall ordentlich auf den Putz hauen, das sagen, was sich keiner zu sagen traut, die tollen Alternativeinrichtungen durchsetzen, und so weiter. Das finde ich nicht richtig und ist auch meist eine Überforderung unserer Selbsthilfe.

Fritz Bremer: Wir sind jetzt wirklich bei einigen Schwierigkeiten angekommen. Es geht offenbar um aufmerksame Klärung von Rollen und Interessen?

Sibylle Prins: Wenn ich schon mal dabei bin: Es stört mich auch, wenn in manchen Zusammenhängen »die fachliche Sicht« oder irgendwelche Fachurteile sozusagen als Abwehrargument benutzt werden, ohne dass diese sogenannte Fachlichkeit dann erläutert und begründet wird oder diskutierbar ist. Ich erlebe das nicht allzu oft, aber manchmal schon.

Fritz Bremer: Ich glaube, das genauer zu begreifen, ist wichtig für uns Profis. Da wird wohl oft recht vorschnell von gleicher Augenhöhe gesprochen.

Was mich noch stört

Sibylle Prins: Ja, manchmal wirkt diese Rede regelrecht zynisch auf mich. Vorhin erwähnte ich ja schon, dass wir bei der Mitarbeit in diversen Gremien erst mal Laien sind. Wenn in einer Sitzung mit Sozialgesetzbuchnummern um sich geworfen wird, verstehen die beteiligten Psychiatrie-Erfahrenen oft nur noch Bahnhof, wir sind eben keine Sozialrechtsexperten. Neulich habe ich für die weniger erfahrenen Mitglieder unseres Vorstandes anhand von Folien die Begriffe »ambulant« und »stationär« noch einmal intensiv und sehr konkret erklärt, erklären müssen, damit sie auch solche Begriffe wie »Ambulante Eingliederungshilfe« überhaupt verstehen können. Oder oft bekomme ich mit, dass gesetzliche Betreuung und Wohnbetreuung verwechselt werden, weil die Mit-

arbeiter in beiden Fällen »Betreuer« heißen. Also, Psychiatrie-Erfahrene brauchen einfach auch Information oder Beratung, wenn die Zusammenarbeit funktionieren soll. Oder die Psychiatrie-Erfahrenen haben mit manchen Arbeitsformen, zum Beispiel eine Tagesordnung abzuarbeiten oder anhand eines Protokolls vorzugehen, keine Erfahrung.

Fritz Bremer: Was schlägst du vor, um die Lage zu verbessern bzw. Informationen und Arbeitsformen zu vermitteln?

Sibylle Prins: Idealerweise können es natürlich Psychiatrie-Erfahrene, die sich bereits in der Sache auskennen, übernehmen, andere darin zu unterstützen.

Es ist aber auch möglich, dass sich zum Beispiel in einem Gremium ein Profi besonders für die Information der Psychiatrie-Erfahrenen zuständig fühlt, ihnen die notwendigen Erklärungen gibt. Daran könnte man auch festmachen, ob die Profis wirklich gewillt sind, Macht – nach dem Motto: »Wissen ist Macht« – abzugeben. Wobei man die anwesenden Psychiatrie-Erfahrenen andersherum natürlich nicht für dumm verkaufen soll. Generell muss man überlegen, ob zum Beispiel in einer Arbeitsgruppe, einem Gremium, in dem jetzt Psychiatrie-Erfahrene mitwirken, alles so weiterlaufen kann wie bisher – sprachlich, inhaltlich, verfahrensmäßig –, nur dass eben ein weiteres Mitglied dabei ist. Oder ob nicht dann manches auch anders werden muss, man sich auf dieses neue Mitglied einstellen muss.

Im Übrigen glaube ich, dass der eine oder andere Profi auch ganz dankbar wäre, wenn manche Dinge noch einmal erklärt würden ...

Renate Schernus: Ja, das kann ich nur bestätigen.

Fritz Bremer: Was Sibylle da gerade gesagt hat, hörte sich so an, als würden Profis dazu neigen, sich damit zu schmücken, dass sie offen für die Kooperation mit Psychiatrie-Erfahrenen seien, sich dies aber ungern etwas kosten lassen wollen – und sei es die eigene Bereitschaft, etwas wirklich anders zu machen.

Sibylle Prins: Jedenfalls finde ich, dass die beteiligten Profis nicht zu viel Angst vor Störungen haben sollten. Sie sollten den Mut haben zu riskieren, dass eine Zusammenarbeit mit Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen mal nicht funktioniert oder längere Zeit braucht, bis sie funktioniert, ohne das gleich zu verallgemeinern und das Handtuch zu werfen. Es kann einfach auch mal danebengehen, da sollte man sich lösen von dieser »Tyrannei des Gelingens.«

Renate Schernus: Profis fühlen sich häufig überlastet und geben vermutlich, ohne es zu merken, den Druck, dass es »gelingen« muss, weiter, unter dem sie selbst stehen.

Von mäßigen und übermäßigen Belastungen

Sibylle Prins: Die Sache mit der Überlastung bringt mich dazu, noch einen weiteren Punkt aus meiner Perspektive anzusprechen: als Patientin oder Klientin wurde ich früher oft darauf hingewiesen, dass ich ja nur mäßig belastbar sei und mich darauf einstellen müsste, mich nicht übernehmen dürfte. In diesen dialogischen Zusammenhängen scheint man das nun vergessen zu haben. Ich ernte öfters befremdete Reaktionen, wenn ich etwa sage, etwas würde mir zu viel. Oder wenn ich bei einer Sitzung, die drei, vier Stunden am Stück geht, nach einer ordentlichen Pause verlange oder nicht an Sachen teilnehme, die bis spätabends gehen. Also, auch solche, eher organisatorischen Bedingungen sollte man berücksichtigen. Wie man sich überhaupt überlegen sollte, welche Bedingungen es braucht, damit Psychiatrie-Erfahrene wirklich mitwirken können und wollen.

Renate Schernus: Eigentlich habe ich durch Sibylle viel genauer sehen gelernt, wie ungesund wir Profis unsere Marathonsitzungen und Pausenloskongresse zu gestalten pflegen.

Sibylle Prins: Und noch etwas: vieles geschieht in diesem Bereich ehrenamtlich. Bei Psychoseseminaren zum Beispiel finde ich das auch richtig, soll auch so bleiben. Aber wenn man als Psychiatrie-

Erfahrene regelmäßig in Runden sitzt, wo alle anderen Mitspieler für ihre Anwesenheit bezahlt werden – weil es zu ihrer bezahlten Arbeitszeit gehört – und, je nach Position, mitunter recht gut bezahlt werden, wir Psychiatrie-Erfahrenen aber weder Aufwandsentschädigung noch Sitzungsgeld, ja nicht einmal die Fahrtkosten bekommen – das ist natürlich eine Ungerechtigkeit. Ich habe dafür keine schnellen Lösungsvorschläge, aber man sollte es als Problem im Blick behalten.

Fritz Bremer: Vieles von dem, was du bisher gesagt hast, hat mit wichtigen organisatorischen Dingen zu tun und könnte zumindest auf dieser Ebene verbessert werden. Wie empfindest du die mitmenschliche Atmosphäre bei der Zusammenarbeit mit Profis.

Nur eine vernünftige Verrückte ist eine gute Verrückte

Sibylle Prins: Im Allgemeinen erlebe ich viel guten Willen. Es gibt da aber etwas, das bei einigen Gelegenheiten auftritt, wobei ich nicht entscheiden kann, ob das nur mein Empfinden ist oder ob es vom professionellen Gegenüber ausgeht: da fühle ich mich unter Druck gesetzt, mich ausgerechnet als Psychose-Erfahrene nun obervernünftig geben zu müssen, damit ich überhaupt für voll genommen werde. Nach dem Motto: »Nur eine vernünftige Verrückte ist eine gute Verrückte ...«

Renate Schernus: Möchtest du denn im Notfall doch wieder den »Verrücktenbonus« zugeschrieben bekommen? In dem Sinne: Ganz so vernünftig wie andere brauche ich gar nicht zu sein?

Fritz Bremer: Moment mal – Sibylle hat doch recht. Mir jedenfalls geht diese ziemlich verbreitete, gefühlsferne, einseitige Vernunftsschläue auch auf die Nerven. Und vielleicht sind ja Menschen, die psychotische Erlebnisweisen kennen, eher vor der Überschätzung dieser Art von Vernunft geschützt.

Renate Schernus: Meine Bemerkung war nicht ganz ernst gemeint. Ich habe selbst oft das Gefühl, dass mir der nötige Frei-

raum zum Fühlen und Nachdenken genommen wird, wenn ich in den Zangengriff solcher Vernunftsschläue gerate. Ich denke allerdings, dass das weniger mit selbst erlebter oder erlittener Verrücktheit zu tun hat, als damit, dass es Zeitgenossen gibt, die eine bestimmte einseitige Rationalität supergut beherrschen und einen damit eben unter Druck setzen können. Auch ich finde es nicht leicht, damit umzugehen oder darauf zu reagieren, ohne auf die gleiche Ebene zu geraten.

Sibylle Prins: Es hängt vielleicht mit dem zusammen, was ich vorhin erwähnte: dass ich in manchen, und oft gerade in psychiatrischen Bereichen einseitige Rationalität nicht passend finde. Ja, kann man das heutzutage überhaupt noch sagen, dass einem etwas zu rational und zu vernünftig ist? Was aber diesen Verrücktenbonus angeht: früher wollte ich den absolut nicht in Anspruch nehmen. Heute bin ich da lockerer geworden – er hat eben auch den Vorteil, dass man diese soeben beschriebene allzu enge Sachlichkeit mal durchbrechen kann.

Fritz Bremer: Das, was ihr im Prinzip beide mit einseitiger Rationalität bezeichnet, woran macht ihr das fest? Hat nicht die Art der Sprache, die wir benutzen, viel damit zu tun?

Renate Schernus: Früher hätte ich es vielleicht an medizinisch-psychologischem Fachchinesisch festgemacht. Heute gilt vor allem das als rational, was sich rechnet.

Sibylle Prins: Und was diese neumodische Management-Sprache angeht – gerade hat man angefangen, die Psychiatrie-Erfahrenen auch in der Psychiatriepolitik, bei der Planung, in Gremien, in Projekten zu beteiligen, worauf man mancherorts auch besonders stolz verweist – da werden sie schon wieder durch eine Sprache, die ja selbst die Professionellen nur mit Mühe lernen können, ausgegrenzt. Da fühlen wir uns doch überhaupt nicht mehr »angesprochen«. Komisch wirken auf mich auch diese ganzen Hochglanzbroschüren, mit denen Kliniken, aber auch andere Einrichtungen heutzutage für sich werben.

Fritz Bremer: Was stört dich daran?

Sibylle Prins: Wenn man das, was dort versprochen wird, mit der täglichen Realität in diesen Einrichtungen vergleicht oder mit Berichten von Patienten und Klienten, kommt man zu einer Beschreibung, in der ganz klar das Wort »Lüge« vorkommen müsste ... Bei manchen sprachlichen Erscheinungen denke ich auch: merken die das überhaupt noch, was sie da tun: so wird eine gewalt-same Fixierung in einer Klinik für einen Betroffenen ja nicht dadurch besser, dass er jetzt »qualitätsgesichert« überwältigt wurde ...

Renate Schernus: Wenn man wirklich inhaltlich klären würde, was Qualität in diesem Zusammenhang bedeutet, und nicht nur heiß auf irgendein Zertifikat oder Qualitätssiegel wäre, könnte durchaus manches besser werden. Aber im Prinzip sprichst du mir aus dem Herzen. Ich finde, welche soziale Kultur gepflegt wird, lässt sich an der Art des Sprechens erkennen. Mir fällt zum Beispiel seit einigen Jahren auf, dass Einrichtungen, in denen Unternehmensberater zugeschlagen haben, in ihren Konzeptpapieren und Hochglanzbroschüren von der als erstrebenswert angesehenen Zukunft nur noch in der Gegenwartsform sprechen. Das hat meinem Empfinden nach etwas ungemein Überhebliches, Unbescheidenes an sich.

Fritz Bremer: Hast du mal ein Beispiel?

Renate Schernus: In der Leitzielbeschreibung einer diakonischen Einrichtung heißt es zum Beispiel – ich hab sie hier zufällig bei der Hand: »Wir gewährleisten ... ein umfassendes Versorgungsangebot und bieten – auch im internationalen Vergleich – Spitzenqualität.« Oder: »Unser christliches Selbstverständnis prägt das Leben und Arbeiten ...« Noch schöner: »Wir leben unsere christlichen Werte im Arbeitsalltag und machen sie für Nutzerinnen und Nutzer sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erlebbar.« Dass die Wirklichkeit nie so ist, wie wir sie uns wünschen, das gehört zu unserem immer fragmentarischen, immer

unperfekten Leben dazu. Das ist der Stachel, der uns antreibt zu versuchen, die Dinge zum Besseren zu verändern. Hier aber erspart man sich das Reiben an dem derzeit real Gegebenen, den Schmerz über unsere Unvollkommenheit und tut so, als habe die überaus perfekte Zukunft immer schon begonnen. Das macht meines Erachtens wirklichkeitsblind.

Fritz Bremer: Das stimmt. Der Stachel sitzt. Ich freue mich darauf, im nächsten Gespräch wieder gemeinsam mit euch unsere unvollkommene Wirklichkeit aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten.

Neuntes Gespräch,

bei dem das Zauberwort Qualität

schließlich auch noch auftaucht

Von Parallelwelten und anderen Gefahren / Wünsche, Hoffnungen, Befürchtungen / Gemeinsam wären wir stärker / Mogelpackungen / »Worst-case-Szenarien« / Effizienz und Wunderpille / Zwei-Klassen-Psychiatrie? / Zum Ermutigen von Patienten und Angehörigen gehören ermutigte Mitarbeiter / Leiten in der Psychiatrie / Qualität in der psychiatrischen Arbeit – was ist das? / »Was du noch hoffen kannst, das wird auch stets geboren.«

Fritz Bremer: Mein Versuch, meist verborgene Schattenseiten der Kooperation zwischen Profis und Psychiatrie-Erfahrenen aufzuspüren, hat in unserem letzten Gespräch vor allem aus Sibylles Perspektive vieles ans Tageslicht befördert, das ich bisher noch nie so differenziert gesehen habe. Jetzt würde mich natürlich interessieren, welche Gefahren aus deiner Sicht, Renate, für beide Seiten entstehen könnten oder schon entstanden sind?

Von Parallelwelten und anderen Gefahren

Renate Schernus: Eine Gefahr könnte sein, dass Parallelwelten entstehen. Auf der einen Seite einige kooperationswillige und -fähige Profis und einige sowohl Psychiatrie-Erfahrene, auf der anderen Seite der übliche institutionelle Alltag, der ziemlich unberührt davon weiterläuft. In Bielefeld sind es weitgehend immer dieselben Profis, die sich zum Beispiel am Psychoseseminar oder am Stammtisch beteiligen. Auch bei den dialogischen Kooperationsgesprächen kann so eine Monokultur besonders Engagierter entstehen. Eine wichtige Rolle spielt, ob die jeweiligen Leitungen solche Modelle, Experimente und Möglichkeiten selbst aktiv und überzeugt unterstützen und auch zum Beispiel mal die Mitarbeiter, die es besonders nötig hätten, dahingehend motivieren.

Sibylle Prins: Mal eben ungefragt dazwischen: Auch ich vergesse oft, dass diejenigen Profis, mit denen ich gut zusammenarbeite, nur eine ganz kleine und spezielle Gruppe, eine dialogische Insel im großen schwarzen Meer der Psychiatrie bilden. Es handelt sich um meist hochengagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, denen wirklich auch an der Meinung Psychiatrie-Erfahrener gelegen ist, die deren Wert erkannt haben und die selbst eine stärker subjektive Herangehensweise in der Psychiatrie befürworten. Und die dies auch politisch für wichtig halten. Es gibt ja zahllose Profis, die eine Mitsprache, Mitwirkung von oder Austausch mit Psychiatrie-Erfahrenen für überflüssig, unmöglich oder für Quatsch und Zeitverschwendung halten. Mit denen komme ich ja gar nicht in Berührung, oder wenn, bleibt man höflich miteinander.

Renate Schernus: Eine weitere Gefahr könnte darin liegen, dass die vielen psychisch sehr stark beeinträchtigten Menschen, die sich nicht so gut selbst artikulieren können, vergessen werden. Gesellschaftspolitisch entsprechen ja die aktiven und organisierten Psychiatrie-Erfahrenen eher dem heute einseitig vorgetragenen Ideal des selbstverantwortlichen, autonomen Bürgers, der seine eigene Krankheit oder Behinderung managen soll, der sagen soll, welches Ziel er erreichen will, welche Leistungspakete er vom Dienstleistungsmarkt haben möchte. Und von den Betroffenenverbänden erhofft man sich womöglich so etwas wie eine möglichst billige Kompensation der Mängel, die durch den Abbau sozialer Sicherungssysteme entstehen.

Fritz Bremer: Sibylle, teilst du diese kritische Sicht?

Sibylle Prins: Ob man es sich bewusst erhofft, weiß ich nicht, aber es besteht die Gefahr, dass sie dafür benutzt werden.

Fritz Bremer: Was glaubst du, Renate, wie sich die Zusammenarbeit in Zukunft entwickeln wird? Was hoffst beziehungsweise befürchtest du diesbezüglich und – was wünschst du dir?

Wünsche, Hoffnungen, Befürchtungen

Renate Schernus: Was ich befürchte, habe ich ja schon eben angedeutet. Ja, was hoffe ich – ich hoffe, dass das, was in den Psychoseseminaren so im Vordergrund steht, die gemeinsame Erarbeitung von Sichtweisen zwischen den Beteiligten, die verständnisvolle Annäherung an die Erfahrungen Betroffener, auch der betroffenen Angehörigen natürlich, mehr Wurzeln schlägt im Alltag der Kliniken und Dienste.

Ich hoffe auch, dass die Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen auf verschiedenen Ebenen dazu beiträgt, dass sorgfältiger danach gesucht wird, was jemand kann, will, was zu ihm passt und dass ihm Möglichkeiten gegeben werden, seine Fähigkeiten in beachteten, in wichtigen Zusammenhängen einzusetzen. Hier könnte die Kooperation mit Psychiatrie-Erfahrenen ein notwendiges Gegengewicht zu einseitigen Normierungs- und Standardisierungsbestrebungen darstellen und uns davor bewahren, Instrumentenzentrierung mit Personenzentrierung zu verwechseln. Auch dass durch Austausch und Zusammenarbeit ein Klima entsteht, das starre Einordnungen in die Kategorien der Profis und der Psychiatrie-Erfahrenen aufweicht, hoffe ich.

Und noch etwas: Es gibt sicher reale Unterschiede in den Zugängen zu Macht und Einfluss zwischen Profis und Psychiatrie-Erfahrenen, aber gegenüber einigen neueren sozialpolitischen Tendenzen fühlen sich meines Erachtens viele Profis ziemlich machtlos und hinsichtlich der Freiheit ihres Handelns beschnitten.

Fritz Bremer: Da möchte ich mal kurz einhaken. Ich finde, du drückst das noch ziemlich harmlos aus. In vielen Regionen unserer Republik sind die sogenannten Professionellen vor allem zu »Profis« in Sachen Ratlosigkeit geworden und zu »Opfern« umfassender Entwertung ihrer Arbeit. Politisch und fachlich werden sie durch Politik, Verwaltung und Leistungsträger entwertet, und ethisch werden sie von selbstbewussten, vor allem auch schwer enttäuschten psychisch erkrankten Menschen in Frage gestellt. So werden wir zu »Profis« in Sachen »Unklarheit«, werden durch Entwertung, Infragestellung total unsicher in unserer

Rolle. Und gleichzeitig wird mehr Arbeit, zum Beispiel mehr Dokumentationspflichten, für weniger Geld erwartet.

Renate Schernus: Ich finde, gerade weil solche negativen Entwicklungen in vielen Regionen immer deutlicher werden – in Nordrhein-Westfalen sind wir, glaube ich, diesbezüglich noch relativ gut dran –, müssten die Professionellen nicht gerade in solchen Zeiten ihre eigenen Vereine, die Gegenwehr organisieren könnten, verlassen, sondern sie müssten sich im Gegenteil um *mehr* Macht bemühen. Du hast mich gefragt, was ich wünsche und hoffe. Genau das wünsche ich mir und ich hoffe, dass sich in Zukunft noch ganz andere Formen der Zusammenarbeit zwischen Bürgerinnen, Profis und Betroffenen entwickeln, viel mehr gegenseitige Ergänzungen und damit auch andere Modelle, die es ermöglichen, zumindest Teile der Arbeit von Psychiatrie-Erfahrenen zu finanzieren. Ich glaube aber, eine solche Neuausrichtung braucht gleichwohl sichere sozialstaatliche Rahmenbedingungen, sonst werden die Ärmsten, Schwierigsten und Kränksten dabei zu kurz kommen.

Gemeinsam wären wir stärker

Sibylle Prins: Dabei fällt mir auf: manchmal habe ich das Gefühl, Psychiatrie-Mitarbeiter und Betroffene artikulieren oft die gleichen Probleme, wie zum Beispiel wenig Zeit, zu wenig Gespräche, zu wenig Individualität, zu wenig Alternativen zum Beispiel zu Kliniken. Aber dafür, dass sich diese Klagen so ähneln, ist die Zusammenarbeit zwischen beiden Gruppen doch ziemlich schwach ausgeprägt. Viele Mitarbeiter kennen keine Betroffenenverbände oder hatten noch nie Kontakt mit ihnen; übrigens, wenn ich das bemerken darf, oft kennen sie auch nicht die eigenen kritischen Berufsverbände ...

Fritz Bremer: Woran liegt das?

Renate Schernus: Schwierige Frage. Das lässt sich kaum in Kürze beantworten. Einerseits gibt es ja auf der Bundesebene ziemlich

viel Zusammenarbeit zum Beispiel zwischen dem Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener und solchen Verbänden wie der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie oder der Aktion Psychisch Kranke. Aber Sibylle hat recht, davon wissen häufig Psychiatrie-Erfahrene und auch Mitarbeiter in den Diensten und Kliniken zu wenig. Ich glaube, je selbstsicherer jede Gruppe hinsichtlich der Wahrnehmung ihrer *eigenen* Interessen wird, desto leichter ist dann auch ein Zusammengehen hinsichtlich bestimmter *gemeinsamer* Interessen. Vielerorts und auf manchen Ebenen sind wir eben noch nicht so weit.

Fritz Bremer: Ich komme noch mal auf meine Frage nach deinen Hoffnungen und Wünschen zurück. Kannst du dazu noch etwas mehr sagen?

Mogelpackungen

Renate Schernus: Ich finde, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Art sollten schleunigst damit aufhören, kranke und behinderte Menschen in Kunden zu verwandeln. Sie müssten begreifen, dass Menschen, die Hilfe brauchen, nicht über das verfügen, was man heute so gerne »Konsumentensouveränität« nennt. Auch an Sibylles Bemerkungen zu den Medikamenten wurde das bereits sehr deutlich. Medikamente und schon gar Neuroleptika hole ich mir nicht ab wie einen neuen Lippenstift oder ein Parfüm, wo ich entscheide, ob ich das auch noch haben will oder nicht. Außerdem befürchte ich, dass Autonomie als einseitige Leitvorstellung diejenigen gefährden könnte, die sich am wenigsten selbst helfen können. Sie werden dann womöglich ökonomisch noch mehr ausgegrenzt und zusätzlich sozial stigmatisiert.

Fritz Bremer: Also hältst du die Sache mit den Kunden und der Autonomie unter dem schönen Oberbegriff »Selbstbestimmung« für eine Mogelpackung?

Renate Schernus: Ja, und ich wünsche mir, dass wir in der Psychiatrie auf diese Mogelpackung nicht hereinfliegen. Wir sollten

stattdessen unseren Klienten lieber zu ihren Bürgerrechten zu verhelfen suchen, denn ein Bürger kann Ansprüche gegenüber Staat und Gemeinwesen geltend machen. Ein Kunde jedoch hat lediglich Anspruch auf das, was er bezahlen kann.

Fritz Bremer: Sibylle, wie sieht dies aus deiner Perspektive aus?

Sibylle Prins: Da stimme ich Renate voll zu. Besonders absurd wird es aus meiner Sicht natürlich, wenn dieser sogenannte »Kunde« dann zwangsbehandelt wird. Es kommt oft vor, dass Psychiatrie-Erfahrene für diesen gegen ihren Willen erfolgten »Einkauf« dann noch bezahlen müssen. Und wie steht es denn um die einklagbaren Rechte dieser Kundschaft? Da greift ja nun nicht das Kaufvertragsrecht. Deshalb ist es wichtig, den Psychiatrie-Erfahrenen zu ihren Grund- und Bürgerrechten zu verhelfen, denn diese sind ja einklagbar. Ansonsten hören sich diese modernen Formeln manchmal paradox an – so hat zum Beispiel die Psychiatrie offenbar durch die personenzentrierte Wende gerade erst entdeckt, dass sie es mit Personen zu tun hat.

Renate Schernus: Trotz dieser verblüffenden Neuentdeckung nehme ich in der Psychiatrie sehr widersprüchliche Entwicklungen wahr.

»Worst-case-Szenarien«

Sibylle Prins: Ich war noch nicht ganz fertig. Ich muss nämlich doch noch mal etwas sagen zu diesem Argument von denjenigen, die sich »nicht selber helfen« können, manchmal ist auch die Rede von den sogenannten »Schwächsten«. Dass man diese nicht aus dem Blick verlieren darf, erschien mir anfangs ganz selbstverständlich, ich habe überhaupt nicht begriffen, warum das immer so extra betont werden muss. Inzwischen bin ich aber skeptischer: ich habe manchmal das Gefühl, dass Profis immer dann auf diese Gruppe verweisen, wenn sie sich selbst oder ihr Vorgehen rechtfertigen wollen oder gar um ihre Arbeitsplätze fürchten. Das andere: weil Profis oft die schlechten Geschichten bzw. Verläufe vor

Augen haben, diese sogenannten »worst-case-Szenarien«, breitet sich meines Erachtens auch dieser Pessimismus aus zuungunsten von Psychiatrie-Erfahrenen, deren Geschichte besser ausgeht oder ausgehen könnte. Und diesen Pessimismus beklagen wir ja oft.

Renate Schernus: Das habe ich bisher noch nie so kritisch gesehen. Ich überlege gerade, ob dieser Satz »Die Schwächsten zuerst« für mich zu einem nicht mehr zu hinterfragenden Glaubenssatz geworden ist und ob das vielleicht mit der Autorität Klaus Dörners zusammenhängt, der ihn zuerst prägte. Aber wenn ich weiter überlege, muss ich sagen, dass es einfach auch meiner Beobachtung entspricht, dass Profis, besonders die akademischen Profis, sich immer viel lieber mit denjenigen beschäftigen, bei denen Therapie oder Rehabilitationserfolge deutlich sichtbar werden, die sie sich dann auch noch an den eigenen Hut stecken oder die sie als Beweise für die Wirksamkeit ihrer Methoden anführen können. Außerdem steckt mir, wie vielen meiner Generation, die Beschäftigung mit dem »Euthanasie«-Programm des Dritten Reichs in den Knochen,

Fritz Bremer: Kannst du deutlicher machen, was das mit dem Satz »die Schwächsten zuerst« und mit unserer heutigen Situation zu tun hat.

Renate Schernus: Es wird ja leicht übersehen, dass das »Euthanasie«-Programm zu seiner Zeit in eine sich als durchaus fortschrittlich verstehende Psychiatrie eingebettet war. Diese wurde von den bekanntesten Ordinarien ihrer Zeit vertreten und war keineswegs gegenläufig zu den »Euthanasiebestrebungen« der Machthaber. Vielmehr war die »Euthanasie« als Mosaikstein in weitreichende Planungen zur Modernisierung der Psychiatrie eingebettet.

Das Kernstück dieser Planungen bestand in der Trennung der Heil- von den Pflegeeinrichtungen. Für die Heileinrichtungen machte man sich in Bezug auf Rehabilitation viele Gedanken. Man wollte Arbeitsmöglichkeiten für die Patienten schaffen, Durchlässigkeit der Anstalten im Gegensatz zur Ghettoisierung

durchsetzen und hatte auch bereits erkannt, dass eine gemeinde-nahe Unterbringung die Verbindung zu den Angehörigen erleichterte, was für die Therapie als förderlich angesehen wurde. Für die Pflegeeinrichtungen indes waren Patienten vorgesehen, für die sich aktiv einzusetzen nicht geplant war, die als nicht mehr arbeits- und behandlungsfähig angesehen wurden, denen, wie der Psychiater Enke sich damals ungefähr ausdrückte, »nur noch eine begrenzte Frist ihres traurigen und lebensunwerten Daseins zugemutet werden sollte«. Ich glaube, der Satz »Die Schwächsten zuerst« ist auf diesem Boden entstanden, als Versuch ein Bollwerk gegen die Verführung aufzubauen, sich nur für diejenigen zuständig zu sehen, die auf unsere Planungen positiv anspringen, die sich willig unseren Rehaprogrammen unterwerfen und die dankbar und geheilt aus unseren Therapieangeboten hervorgehen, und diejenigen zu vergessen, die diese Bemühungen ständig frustrieren und nicht lohnend erscheinen lassen.

Fritz Bremer: Und was hältst du von Sibylles Einwand?

Renate Schernus: Sibylles Einwand, dass heute vielleicht unter anderen Bedingungen dieser Satz missbraucht werden könnte, um institutionelle Strukturen oder Arbeitsplätze abzusichern, will ich nicht von der Hand weisen. Auch dass eine Fixierung auf »worst-case-Szenarien« den Blick auf die Stärken und Möglichkeiten psychisch erkrankter Menschen verstellen kann, ist unbestreitbar. Aber ist das eine besonders typische oder vorrangig zu beachtende Gefahr in Zeiten, in denen in allen Leitbildern und Hochglanzprospekten Autonomie, Selbstbestimmung, Recovery, Empowerment und Ressourcenorientierung betont werden, in Zeiten, in denen die neuen Möglichkeiten und Freiheiten in den Vordergrund gerückt werden, die zum Beispiel durch das Persönliche Budget gegeben sein sollen?

Fritz Bremer: Was wäre denn deiner Meinung nach die größte Gefahr?

Renate Schernus: »Größte Gefahr« hört sich gleich so drama-

tisch an. Mich beschäftigen wahrnehmbare Widersprüche, die dann wohl auch zu Gefahren werden können.

Wohlklingende Programme wie Qualitätssicherung, Personenzentrierung, individuelle Hilfeplanung, Zielvereinbarung, Persönliches Budget etc. scheinen ja Sibylles Wunsch nach Berücksichtigung von Subjektivität und Individualität ernster zu nehmen als je zuvor. Parallel dazu werden aber – und auf diese Seite hast du, Fritz, ja mehrfach mit einigen drastischen Bemerkungen hingewiesen – die Anforderungen an die Mitarbeiter, insbesondere die Basismitarbeiter immer höher geschraubt, bei gleichzeitiger Kürzung von Mitteln und vor allem Verknappung von Zeit, die für den direkten Umgang mit den Patienten oder Klienten dann noch zur Verfügung steht.

Fritz Bremer: Könntest du noch etwas genauer beschreiben, wo dir die Entwicklungen in der Psychiatrie gegenwärtig problematisch erscheinen?

Renate Schernus: Ich finde es zumindest höchst unerfreulich, wenn eigentlich gute Ziele missbraucht werden als Fassade für Sparprogramme. Das stiftet Verwirrung und Argwohn auf allen Seiten und verhindert vertrauensvolle, das heißt befriedigende, motivierte Zusammenarbeit. Aber die größten Gefahren, die ich für die Psychiatrie sehe, sind nicht zu trennen von den Gefahren, die ich hinsichtlich allgemeiner, aktueller gesellschaftlicher und sozialpolitischer Trends zu erkennen meine. Mir scheint, dass in den letzten Jahren Toleranz und Akzeptanz von Fremdsein, von Anderssein in der Gesellschaft abnimmt, und die Tendenz, Randgruppen auszuschließen, sich verschärft. Das scheint mir nicht zuletzt damit zusammenzuhängen, dass das gesellschaftliche Teilsystem Wirtschaft gleichsam den Rang einer neuen Moral gewonnen hat und das Zauberwort »Effizienz« inzwischen auch den gesamten Sozial- und Gesundheitssektor dominiert. Dabei wird die Sache mit der »Effizienz« auch ökonomisch ins Auge gehen. Diese einseitige Fixiertheit auf betriebswirtschaftliche Effizienz, die von den sogenannten Sozialen »Unternehmen« erwartet wird, ist ja weitgehend blind für die volkswirtschaftlichen Kosten, die

durch Sozialabbau entstehen. Diese zeichnen sich ja bereits ziemlich deutlich ab, zum Beispiel in der Zunahme von Arbeitsausfällen wegen seelischer Erkrankungen. Von einem Kollegen aus der Kinder- und Jugendarbeit hörte ich vor Kurzem, dass in diesem Bereich bei gleichbleibender Zahl von Einrichtungen zwischen 1998 und 2006 die Zahl der Vollkraftstellen um 40 Prozent verringert worden ist, betrachtet man die neuen Bundesländer für sich, sogar um 51 Prozent. Das sind sicher keine geeigneten Maßnahmen, um der zunehmenden Rechtsradikalisierung gerade Jugendlicher entgegenzuwirken. Jedenfalls kann uns das alles noch ziemlich teuer zu stehen kommen.

Effizienz und Wunderpille

Sibylle Prins: Beim Stichwort »Effizienz in der Psychiatrie« fällt mir Folgendes ein: wenn es mir sehr schlecht geht, erwarte ich manchmal von den Behandlerinnen, sie mögen irgendwelche Wunder tun, irgendeinen Zauber vollführen oder mir eine Wunderpille geben, damit es mir von jetzt auf gleich für immer traumhaft gut gehen möge. Solche Erwartungen entstehen natürlich aus einem großen Leidensdruck, und sogar wenn ich in diesen tiefen Depressionen stecke, weiß ich, dass das ein Denkfehler ist. Wenn ich im psychiatrischen Bereich das Stichwort »Effizienz« höre, scheint es mir, als würde die professionelle Seite nun einen ganz ähnlichen Denkfehler machen – vielleicht sogar entstanden unter einem ähnlichen Druck.

Renate Schernus: Und dieser Denkfehler, der sich »Effizienz« nennt, soll immer messbar sein. Ich glaube bei psychisch kranken Menschen ist es auf sehr spezielle Weise fatal, wenn sie ohne Rücksicht auf ihr Selbstverständnis gezwungen werden, sich dem ökonomischen, administrativen und dem an Messbarkeit ausgerichteten fachlichen Normierungsdruck zu beugen. Ich finde, es ist eine einseitige Tendenz zu beobachten, den sogenannten Hilfebedarf eines Menschen mit einem an klar definierbaren Zielen ausgerichteten Trainingsbedarf gleichzusetzen. Meine Erfahrung ist, dass es häufig gerade der bewusste Verzicht auf von außen defi-

nierte Erfolge ist, der dazu beiträgt, einem Menschen die Möglichkeit zu geben, von sich aus, den zu ihm passenden Schritt zu finden und gehen zu wollen und Widerstände, die er vorher für seine Selbstachtung brauchte, aufzugeben.

Fritz Bremer: Das heißt, wenn Irren menschlich bleiben soll, müssten wir doch wohl Irrwegen und Umwegen viel Raum geben. So etwas hat Sibylle auch schon mal angedeutet, als sie von dem Eingehen auch auf zunächst unrealistisch erscheinende Wünsche sprach und vor zu viel vorgegebenen Rehabilitationsnormen warnte. Könnte nicht auch das Persönliche Budget, das ja den Betroffenen viel mehr Spielraum bieten soll, in diese Falle geraten?

Zwei-Klassen-Psychiatrie?

Renate Schernus: Das könnte durchaus passieren, denn viele psychisch kranke Menschen sind genau in der Phase, in der sie am meisten Hilfe brauchen, gerade nicht in der Lage, sich diese selbstbestimmt einzukaufen. Also, die Grundidee beim Persönlichen Budget scheint mir an und für sich sinnvoll, aber ich denke, auch hier muss wachsam beobachtet werden, was unter wessen Interessen geschieht. Geht es primär darum, die Freiheitsrechte der Betroffenen so weit wie möglich zu erweitern? Oder geht es primär um Einsparungen und unter der Hand um den Verlust lebensnotwendiger Sozialrechte, die den Zugewinn an Freiheitsrechten dann wieder fiktiv werden lassen. Ich befürchte auch, dass Autonomie als einseitige Leitvorstellung diejenigen gefährden könnte, die sich am wenigsten selbst helfen können. Sie werden dann womöglich ökonomisch noch mehr ausgegrenzt und zusätzlich sozial stigmatisiert. Ganz altmodisch möchte ich sagen, für viele Personen müsste das Persönliche Budget fürsorglich flankiert werden, damit daraus ein Zugewinn an Selbstbestimmung entstehen kann. Das ergibt sich nicht automatisch.

Fritz Bremer: Sibylle, hast du da auch Befürchtungen?

Sibylle Prins: Ich muss sagen, abgesehen von den Gebieten, wo

sich beim Persönlichen Budget nun doch nicht diejenigen Möglichkeiten verwirklichen lassen, die es theoretisch eigentlich hergeben müsste, finde ich, dass es viel Fantasie freisetzt und deutlich macht, dass Leute auch noch was anderes vom Leben wollen als nur sozialarbeiterische oder typisch therapeutische Hilfe. Meine Sorge geht ein bisschen in eine andere Richtung. Es gibt ja heute schon so etwas wie eine Zwei-Klassen-Psychiatrie. Denn die »besseren« Patienten – besser betucht, besser gebildet, mit den »besseren« Krankheiten – gehen längst alle in die psychosomatischen Kliniken. Dort spielen zum einen Medikamente eine wesentlich geringere Rolle, zum anderen werben diese Kliniken geradezu mit einer »hohen Behandlungsintensität« – was, neben Einzelgesprächen unter anderem auch tägliche Gruppentherapie und so weiter bedeutet. Aber auch in der »klassischen« Psychiatrie beobachte ich das: da gibt es Patienten, die sind gut aufgeklärt, kennen sich im System aus, und erlangen für sich alle Arten von Hilfen und Unterstützungen, die denkbar sind, die auch zu ihrer Zufriedenheit sind. Während andere nur das Minimum bekommen, weil sie einfach nicht »durchblicken«. Selbst innerhalb einer Klinik passiert das: da gibt es dann Psychosegruppen, psychoedukative Gruppen, Stabilisierungsgruppen, Achtsamkeitsgruppen, alle möglichen Dinge – aber es gibt in genau dieser Klinik auch Patienten, die noch nie an so etwas teilgenommen haben oder davon auch nur gehört haben. Meistens sind das Patienten, die schon sehr häufig dort waren, im längerfristigen Bereich wohnen zum Beispiel. Ich habe also das Gefühl, es wird irgendwie eine »tolle« Behandlung geben für diejenigen Patienten, die sich auskennen und das einfordern, und dieselbe alte »Hardcore«-Psychiatrie für die Leute, die nicht so den Überblick haben, sich nicht so »schicklich« artikulieren, mit denen dann auch in einer Art umgegangen wird, zum Beispiel hinsichtlich Restriktionen oder Privilegien, die meines Erachtens rechtlich nicht haltbar ist und die dann »pädagogisch« verbrämt wird.

Fritz Bremer: Die besonders schwer Erkrankten, die Bildungsschwachen, die kulturell Benachteiligten, die, die nicht durchblicken, kommen also zu kurz. Der Satz »Die Schwächsten zuerst«,

den du vorhin kritisiert hast, meint doch gerade das: fangt mit euren Programmen, Therapien, Angeboten bei diesen Menschen an, sonst werden sie immer zu kurz kommen.

Sibylle Prins: Ich habe ja nicht gesagt, dass diese Rede falsch wäre oder unangebracht. Mich stören nur manche Zusammenhänge, in denen dieses Argument auftaucht. Und noch etwas: ich meine, wenn ich von Psychiatrie rede, ja nicht nur die Kliniken, sondern auch den inzwischen sehr gut ausgebauten ambulanten Bereich. Und ich kann mich manchmal des Eindrucks nicht erwehren, dass auch diese ambulante Psychiatrie oft das ist, was man der Psychiatrie vorwirft, und sie nicht sein will: eine Besserungsanstalt. Aber Besserung leider nicht im Sinne von Heilung, Besserung des Befindens oder der Lebensqualität, sondern im Sinne von Disziplinierung und Anpassung.

Fritz Bremer: Eine ambulante Besserungsveranstaltung? Woran merkst du das?

Sibylle Prins: Zum Beispiel an diesen Therapie- und Betreuungszielen, die ich in einem der vorigen Gespräche schon mal erwähnte. Da steckt doch sehr viel Anpassung an gutbürgerliche Normen drin. Nichts gegen eine gewisse bürgerliche Struktur im Leben. Ich finde die auch mitunter hilfreich – aber manche Menschen haben halt völlig andere Lebensgewohnheiten, Rhythmen, Normen, Vorlieben. Wo bleiben die denn?

Zum Ermutigen von Patienten und Angehörigen gehören ermutigte Mitarbeiter

Fritz Bremer: Mir geht die ganze Zeit durch den Kopf, dass bei all den Fragen, die wir bisher gestreift haben, bei den Haltingsfragen, aber besonders auch bei den sozialpolitischen Fragen, vermutlich Leitungen eine Rolle spielen. Du, Renate, hast ja nicht immer als Psychotherapeutin gearbeitet, sondern jahrelang auch in Leitungsfunktionen. Mich würde interessieren, was deiner Ansicht nach Leitungen besonders beherzigen sollten?

Renate Schernus: Spontan geantwortet: Leitungen wären gut beraten, wenn sie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von den zurzeit wuchernden Sekundärtätigkeiten entlasten würden, damit sie wieder mehr Zeit für ihre Klienten oder Patienten haben. Zweierlei scheint mir gerade heutzutage, wo das sogenannte strategische Management so hochgehalten wird, besonders wichtig. Leitungen müssen mitkriegen, was ihre Mitarbeiter erleben, und Leitungen sollten ihre Vorbildfunktion keinesfalls unterschätzen. Ich kenne Leitungen, die sich auf politischer Ebene ganz großartig für Empowerment und sonst noch was in Bezug auf Psychiatrie-Erfahrene einsetzen, dabei aber vergessen, dass parallel zur Stärkung der Emanzipation der Psychiatrie-Erfahrenen auch die Emanzipation der sie begleitenden Mitarbeiter als Aufgabe erkannt werden muss. Das eine ist ohne das andere nicht zu haben.

Von Mitarbeitern, die sich unter Vorgaben »von oben« als fremdbestimmt, unter ewigem Zeitdruck und ohne wirkliche Einflussmöglichkeiten erleben, die in ihrer Eigenständigkeit nicht respektiert werden und die keine Gestaltungsspielräume haben, kann kaum tragfähiges Engagement für die Begleitung ihrer Klienten als eigenständige Personen erwartet werden.

Fritz Bremer: Das gilt ja vermutlich generell, aber gibt es etwas, das dir gerade für das Leiten in der psychiatrischen Arbeit besonders wichtig scheint?

Leiten in der Psychiatrie

Renate Schernus: Beim Leiten in der psychiatrischen Arbeit handelt es sich möglicherweise deshalb um eine eigene Variante, weil man noch weniger standardisieren kann als in anderen Bereichen. Bei Menschen, die psychisch krank waren und unter Folgeproblemen leiden, liegen ja nicht einfach Defizite vor oder ein einfaches »Nicht-können«. Wenn zum Beispiel jemand wenig Neigung zeigt, seine Wohnung aufzuräumen oder sich nicht witterungsentsprechend kleidet, hat das eher mit seinem Identitätsgefühl und/oder mit seinem Psychoseerleben zu tun. Von daher soll-

te man als Leitung nicht vorrangig darauf setzen, die Arbeit zu normieren und in Standards zu pressen. Vielmehr sollten die Mitarbeiter angeleitet werden, sich auf lauter individuelle, höchst originelle Lebensentwürfe einzustellen. Menschen überhaupt und psychiatrie-erfahrene Menschen im Besonderen – ich hoffe, dass Sibylle mir da zustimmt – tun eben nicht zwangsläufig das, was wir denken, dass sie tun sollten, sich zum Beispiel gesund ernähren, sondern es kommt jeweils darauf an, in welcher inneren und äußeren Situation sie sich gerade befinden. Man muss sich in der Arbeit vor allem an der Situation und dem jeweiligen Zustand des Menschen orientieren.

Man muss daran anknüpfen, um daraus ganz individuell etwas möglichst Gesundheitsförderndes zu entwickeln. Dabei muss die schmale Linie zwischen notwendigem Lassen und Vernachlässigung immer wieder neu justiert werden.

Sibylle Prins: Und auch das ist wieder sehr individuell. Was bei einem Menschen schon als starke Vernachlässigung gewertet werden muss, ist einem anderen vielleicht gerade recht.

Fritz Bremer: Heißt das, dass Leitungen in dieser Arbeit die Kunst beherrschen müssen, besonders tolerant zu leiten.

Renate Schernus: So könnte man es vielleicht ausdrücken. Die Leitungsperson braucht einen weiten Horizont, um beurteilen und berücksichtigen zu können, womit die Mitarbeiter bei den Klienten gerade befasst sind. In anderen Arbeitsbereichen können und müssen die Mitarbeiter mehr stellvertretend für ihre Klienten tun. Das lässt sich dann vielleicht auch eher standardisieren, zum Beispiel den Zustand des Zimmers betreffend, die Hygiene und so weiter. In der Psychiatrie hingegen muss man unterscheiden: ist das nun das mangelnde Engagement des Mitarbeiters, wenn das Zimmer des Klienten »so« aussieht oder ringt er gerade mit einer anderen, vielleicht wichtigeren Frage.

Sibylle Prins: Dabei fällt mir noch ein, dass es im psychiatrischen Bereich auffallend oft um unaufgeräumte beziehungsweise

aufgeräumte Wohnungen geht. Natürlich muss geguckt werden, dass sich jemand da nicht in einen ganz unlebhaften Zustand hineinmüllt. Aber was für Superstandards manche Mitarbeiter anlegen, da kann ich nur staunen. Und frage mich, ob das das eigentliche Ziel der Rehabilitation ist? Auch ein Grund, keine Profis reinzulassen, nachher werde ich wegen meiner Unordnung noch unter Betreuung gestellt. Bei mir hat sich dadurch die hartnäckige Illusion eingenistet, wenn man eine »geleckte« Wohnung hätte, könne man keine psychischen Probleme mehr haben. Manche Angehörigen scheinen das auch zu denken. Dabei weiß ich natürlich, dass das nicht stimmt. Ich kenne Leute, deren Wohnungen sind top, und sie fallen von einer Krise in die andere. Sehr hübsch fand ich mal die Äußerungen einer bekannteren *attac*-Aktivistin, die, nach ihrem Engagement befragt, äußerte: »Ja, was soll denn sonst der Sinn des Lebens sein – etwa, eine aufgeräumte Wohnung zu hinterlassen?« Aber das nur als Randbemerkung.

Fritz Bremer: Mir fällt gerade auf, dass fast alles, worüber wir bisher gesprochen haben – nicht nur im heutigen Gespräch –, mit der Qualität psychiatrischer Arbeit zu tun hat. Erstaunlich, dass der Begriff Qualität in unseren bisherigen Gesprächen – soweit ich mich erinnere – noch kaum eine Rolle gespielt hat, und dies, obgleich uns doch Debatten, Vorschriften, Systeme und Formulare rund um Qualitätssicherung seit einigen Jahren sehr beschäftigen. Also nun aber – die bisher versäumte Frage: Was versteht ihr eigentlich unter Qualität?

Qualität in der psychiatrischen Arbeit – was ist das?

Renate Schernus: Ich will hier nicht mit den inzwischen abgegriffenen Plastikwörtern rund ums Qualitätsmanagement antworten. Für mich ist wichtig, mit einem differenzierenden Blick nach den Besonderheiten zu sehen und in der Lage zu sein, Standards situationsbezogen zu relativieren. Das heißt nicht, dass Regeln und Standards unwichtig sind. Gerade in dem heiklen Bereich, in dem Hilfe und Anwendung von Zwang zusammenfallen, können Regeln hilfreich sein. Und hier ist auch die sonst häufig übertrie-

bene Dokumentationspflicht ganz unverzichtbar. Außerdem bin ich der Meinung, dass Vorbild, Toleranz und Verhandlungsbereitschaft die Voraussetzung für eine qualitativ gute Arbeit bilden. Das gilt, wie gesagt, besonders für Leitungen. Denn nur auf dieser Basis werden Mitarbeiterschulungen, zum Beispiel unter anderem auch im Umgang mit Gewalt, erfolgreich sein. Hier ist übrigens die Polizei in Nordrhein-Westfalen zu rühmen, die in letzter Zeit auf den Gedanken gekommen ist, die Qualität ihrer Arbeit in kritischen Situationen mit psychisch Kranken dadurch zu verbessern, dass sie sich hinsichtlich eines möglichst angemessenen Umgangs unter anderem durch Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige schulen lässt. Dieser Qualitätssprung steht bei vielen psychiatrischen Diensten noch aus.

Fritz Bremer: Und aus deiner Sicht Sibylle – was ist Qualität?

Sibylle Prins: Ganz allgemein gesprochen die Erkenntnis und Grundhaltung, dass Interesse am Patienten, Zuwendung oder zumindest begleitende Aufmerksamkeit in der Psychiatrie keine »Luxusbeigaben« sind, sondern das einzige Heilmittel, das der Psychiatrie zur Verfügung steht und das diesen Namen auch wirklich verdient.

Das mit dem Vorbild hat auch mich schon oft beschäftigt, Erfahrungen mit gehetzten, unter Leistungsdruck stehenden Mitarbeitern, die Entlastung, Langsamkeit, kleine Schritte, ruhiges Vorgehen predigen.

Ich glaube, es nützt nicht viel, wenn gesünderes Verhalten mit uns Psychiatrie-Erfahrenen bloß theoretisch besprochen wird, es muss vorgelebt, eingeübt werden – natürlich nicht nur von Mitarbeitern.

In diesem Zusammenhang fällt mir noch ein, dass ich von der Psychiatrie eigentlich auch Ermutigung erwarte und nicht Entmutigung. Da ist es wahrscheinlich auch wichtig, auf ermutigte Mitarbeiter zu stoßen und nicht auf entmutigte, depressive. In bestimmten Einrichtungen ist manchmal schon die ganze Atmosphäre entmutigend. Das zieht dann noch mehr runter ...

Renate Schernus: Ja, Ermutigung, die aus der Aufmerksamkeit für die Stärken des Gegenübers kommt und sich nicht auf seine Krankheit oder Schwächen fixiert.

Sibylle Prins: Zur Ermutigung gehört für mich auch noch so etwas wie »Normalität vermitteln«, dass es auch noch ein ganz anderes Leben – auch und gerade für mich als Patienten – gibt, als nur um die Erkrankung und das eigene Befinden zu kreisen. Zum Beispiel interessante Freizeitbeschäftigungen, die wirklich um ihrer selbst willen und nicht wieder unter dem Anspruch, »Therapie« zu sein, ausgeübt werden. Arbeit ist auch ein sehr wesentliches Element, das »Um sich selbst Kreisen« und die soziale Isolation zu durchbrechen. Qualität würde ich einer Psychiatrie zuschreiben, die ihren Patienten und Klienten deutlich macht oder besser noch sie erleben lässt, welche Vorteile »Gesundheit« für sie hat. Sonst gibt es keine Motivation, diese anzustreben.

Fritz Bremer: Etwas vermisse ich bei euren Umschreibungen noch. Gehört zur Beschreibung von Qualität nicht auch der Blick auf soziale Zusammenhänge, insbesondere auf familiäre Systeme? Erkrankten lediglich Personen? Muss man nicht auch achtsam mit erkrankten Beziehungen umgehen?

Renate Schernus: Dem kann ich nur zustimmen. Die Angehörigen müssen unbedingt in den Blick kommen. Und das hat auch wieder viel mit dem Thema Ermutigung und Hoffnung zu tun. Untersuchungen über die Prognose bei Psychosekranken haben ja ergeben, dass hoffnungsvolle Erwartungen von Familienangehörigen eine höchst bedeutsame Wirkung haben. Angehörige, die von Professionellen eher entmutigt werden, können solche Hoffnung nur schwer weitergeben. Zur Qualität in der Psychiatrie gehört das Bewusstsein, dass der Mensch als Einzelexemplar nicht vorkommt und insofern immer auch die Angehörigen zu berücksichtigen sind, Angehörige im erweiterten Sinn, das müssen natürlich nicht immer die Verwandten sein. Angehörige zu ermutigen – dazu gehört unter anderem auch gute Information –, hilft eben nicht nur ihnen selbst, sondern wirkt sich auch auf die durch psychische

Erkrankung betroffene Person aus. In der klinischen Arbeit habe ich immer wieder erlebt, dass es Zeiten geben kann, in denen es sinnvoller ist, sich um die Angehörigen zu kümmern, um ihre Fragen und Probleme, als um die Patienten selbst. Dabei ist es nicht die Aufgabe von uns Mitarbeitern, den Grad der Nähe der Beteiligten zu beeinflussen. Aber für viele psychisch kranke Menschen ist es sehr wichtig, dass ihnen Zeit und Raum für das Experimentieren mit erträglicher Nähe und notwendigem Abstand ermöglicht wird, damit sie ihren Grad bekömmlicher Nähe zu besonders wichtigen Freunden und Verwandten erproben können.

Ich habe übrigens den Eindruck, dass – jedenfalls in Bielefeld – zurzeit die Kliniken und die Heime hinsichtlich der Einbeziehung von Angehörigen dem ambulanten Bereich etwas voraushaben. Dafür spielt vermutlich eine Rolle, dass für den ambulanten Bereich noch keine eigenen angemessenen Konzepte entwickelt worden sind. Die strikte Ausrichtung des ambulanten Bereichs an Fachleistungsstunden scheint mir allerdings sowohl einer solchen Konzeptentwicklung als auch der praktischen Durchführung im Wege zu stehen. Jedenfalls höre ich von Angehörigen immer wieder, dass sie von den Einrichtungen im ambulanten Bereichen zu wenig Hilfe bekommen, wenn ihre Angehörigen in akute Krisen kommen, wenn sie zum Beispiel in der eigenen Wohnung nicht mehr zurechtkommen, professionelle Hilfe nicht mehr freiwillig annehmen und sich nach Hause flüchten, wo dann die Angehörigen hilflos vor dem Problem stehen, weil sich für einen »Kunden«, der die Ware »Hilfe« nicht annehmen will, keiner mehr so recht zuständig fühlt.

Fritz Bremer: Du beschreibst Konflikte beim Ambulant Betreuten Wohnen, die u.a. entstehen, weil diese Arbeit unter einem hohen Planungsdruck und unter ständigem Zeitdruck steht. Zudem wird unheimlich viel Integrierendes von dieser Arbeit erwartet, zugleich ist sie aber sehr zugespitzt auf individuelle »Einzelfallbetreuung«. So entsteht ein heftiges Spannungsfeld und integrative Wirkungen sind da überhaupt nicht selbstverständlich. Wie steht ihr zu den derzeitigen Bemühungen, die in letzter Zeit unter dem Stichwort »Inklusion« Fahrt gewonnen haben?

Sibylle Prins: Erst mal finde ich den Begriff »Inklusion« unglücklich. Er klingt nach Einschluss, aber im Sinne von eingesperrt, eingekreist sein. Fremdkörper in Kristallen nennt man so, und heißen nicht auch die im Bernstein eingeschlossenen Insekten »Inklusionen«? Und die »Inklusen« waren fromme Männer und Frauen, die sich aus religiösen Gründen einschließen oder sogar einmauern ließen. Ich begreife natürlich, dass das ein aus einer theoretischen Fachdebatte übernommener Begriff ist, ich hätte mir einen weniger sperrigen gewünscht. Zum anderen wundert mich mal wieder, dass man für einen Gedanken, der für mich auf der Hand liegt, ein kompliziertes Konzept braucht. Außerdem sehe ich auch, dass dieser (Wieder-)Anschluss von Psychiatrie-Erfahrenen an das »normale Leben« nicht ohne Probleme sein wird: was haben ein langjährig psychiatrisierter Mensch und Otto Normalbürger denn für gemeinsame Interessen, Gesprächsthemen? Um mal ein harmloses Beispiel zu nehmen: wenn ein gestandener Mann Mitte vierzig bei jeder Begegnung eine Viertelstunde lang sein derzeitiges Schlafverhalten erläutert, ist das für Leute, die mit psychiatrischer Materie nicht vertraut sind, wahrscheinlich gewöhnungsbedürftig. Umgekehrt fühlen sich Psychiatrie-Erfahrene von der Tüchtigkeit und Kompetenz von Menschen, die »ganz normal« im Beruf stehen, ihre Familie und Hobbies haben, manchmal eingeschüchtert und unter Druck gesetzt. Ein Psychiatrie-Erfahrener hat das mal so formuliert: »Meine Schwester ist so zupackend und handlungssicher – das macht mir Angst.« Selbst mir geht das oft noch so, wenn ich mit Nichtbetroffenen zu tun habe – oder mit Psychiatrie-Erfahrenen, die fitter sind als ich ...

Renate Schernus: Ach, du Schreck, jetzt also noch so ein schwieriges Thema! Am liebsten würde ich sagen, ich schließe mich meiner Vorrednerin an, zumindest was das Unbehagen in Bezug auf den Begriff und einige sehr theorielastige Debatten drum herum betrifft. Mir persönlich liegt die Rede von der Beachtung und Einlösung von Bürger- und Menschenrechten mehr oder die vom Abbau von Barrieren, die dann eben bei Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen andere sind als bei körperbehinderten Menschen oder meinetwegen auch die Dörnersche

Rede von »Leben und sterben, wo ich hingehöre«. Mir scheint, dass auch die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen Anstöße in die richtige Richtung gibt. Vermutlich kommt der Begriff »Inklusion« in der Konvention auch irgendwo vor, aber prinzipiell setzt sie bei den Menschenrechten an.

Fritz Bremer: Lassen wir mal den Streit über den Begriff. Das, was heute in einigen Projekten zu diesem Thema erarbeitet wird, erscheint mir interessant. Renate, welche Aussagen der UN-Konvention sind dir wichtig?

Renate Schernus: Die Konvention wurde im Dezember 2006 von der UN-Vollversammlung verabschiedet und soll laut Bundesministerium für Arbeit und Soziales Anfang 2009 in Deutschland Gesetzeskraft erlangen. Sie ist insofern interessant, als sie sich hinsichtlich der Definition von Behinderung von einem an Defiziten orientierten medizinischen Modell löst. Stattdessen geht sie von einem sozialen Modell aus, das den Begriff der Behinderung vor allem mit gesellschaftlichen Barrieren und unzureichender sozialer Unterstützung verknüpft. Einerseits wird in der Konvention das Recht auf möglichst weitestgehende Selbstbestimmung betont, andererseits werden aber auch die Schutzrechte nicht übersehen, die insbesondere für Menschen nötig sind, die intensivere soziale Unterstützung brauchen. – Einerseits fordert die Konvention ausdrücklich einen gesellschaftlichen Bewusstseinswandel im Sinne der Akzeptanz von unterschiedlichen Lebensformen, andererseits setzt sie Impulse für die Verwirklichung von mehr gesellschaftlicher Solidarität im sozialrechtlichen Sinn. Konkret wird das für verschiedene Bereiche wie Arbeit, Wohnen, Bildung durchbuchstabiert. Ihre Forderungen gehen hinsichtlich gesellschaftlicher Teilhabe deutlich über das »soziokulturelle Minimum« des deutschen Sozialrechts hinaus. Die Konvention könnte einen Rahmen abgeben, um Teilhaberechte unter den genannten Aspekten noch mal wieder neu ins Auge zu fassen, und sie könnte allen, die bereits in diese Richtung arbeiten, den Rücken stärken. Ihre Durchführung und Förderung soll vom Deutschen Institut für Menschenrechte e.V. als unabhängiger Stelle überwacht werden.

Fritz Bremer: Ich sehe ein, dass wir das von mir angestoßene Thema heute und hier nicht erschöpfend behandeln können. Was du zur UN-Konvention gesagt hast, hört sich einerseits sympathisch an – und entspricht dem, wie ich selbst Inklusion verstehen möchte –, andererseits könnte man auch zu dem Schluss kommen, dass das alles ziemlich utopisch klingt.

Aber ohne einen Schuss Utopie macht das Leben und auch die psychiatrische Arbeit keinen Spaß, deshalb möchte ich euch zum Abschluss zu frei fantasierten Wünschen anregen. Ich fange mal mit dir an, Renate. Beantworte mir doch bitte folgende Frage: Wenn du eine größere Geldsumme zur Verbesserung der Psychiatrie zur Verfügung hättest – was würdest du damit machen?

»Was du noch hoffen kannst, das wird auch stets geboren.«

Renate Schernus: Wenn ich da so einen Topf hätte, würde ich Arbeit von psychisch kranken Menschen, insbesondere von Menschen, die nur wenige Stunden arbeiten können oder wollen, nach einem ganz neuen Modell bezahlen. Bei diesem Modell sollte es unter anderem möglich sein, dass Menschen die Arbeit bezahlt bekommen, die sie für sich selbst erfunden haben, auch künstlerische Arbeit zum Beispiel. Außerdem gibt es ja viel zu tun in unserer Gesellschaft: Alte Menschen betreuen, Kindern bei Schularbeiten helfen, Kindern Märchen erzählen, private Gärten oder öffentliche Anlagen pflegen, zusätzliche Büroleistungen, in großen Betrieben Kaffee verkaufen und immer so weiter. Auch in den zahlreichen Selbsthilfegruppen ist Arbeit erfunden worden, die ich nach diesem Modell bezahlen würde. Zusätzlich müsste jemand, der kreativ und motiviert ist und selbst Erfindungsgeist besitzt, finanziert werden. Der sollte dann die Sache koordinieren, Anstöße geben, sehen, wie es für Einzelne weitergehen kann und wann und wo man diese Arbeitsverhältnisse mit öffentlichen oder privaten Mitteln weiterfinanzieren kann. Das Ganze muss unbürokratisch und durchschaubar laufen und jede geleistete Stunde Arbeit sollte möglichst noch am gleichen Tag bezahlt werden.

Fritz Bremer: Gibt es so was irgendwo schon?

Renate Schernus: Im größeren Stil – nicht dass ich wüsste, aber ich habe eine ziemlich verrückte Freundin, die in Berlin als Hausärztin arbeitet und aus ihrem hausärztlichen Klientel heraus recht dauerhafte Arbeitsverhältnisse etabliert hat, unter anderem dadurch, dass sie psychisch kranken oder Drogenpatienten kleine Dienstleistungen bei anderen Patienten der Praxis verschafft hat, zum Beispiel bei alten oder sonst wie hilfsbedürftigen Menschen. Da sie viele Hausbesuche macht, bekommt sie immer mit, bei wem was gemacht werden muss. Der einen Seite wird geholfen und die andere Seite fühlt sich wieder notwendig und in Anspruch genommen. Das kann man nicht einfach nachmachen, aber die Idee, die dahintersteckt, sollte aufgegriffen werden. Ich habe das 2002 in dem kleinen Buch »Hausärztin im Kiez« beschrieben.

Fritz Bremer: Apropos Buch: Da fällt mir das von Sibylle herausgegebene Buch mit dem Titel »Vom Glück« ein. So ein Titel hat ja wohl sehr viel mit Wünschen zu tun. In diesem Buch beschreiben ganz unterschiedliche Personen ganz unterschiedliche Wege aus psychischen Krisen. Gibt es da etwas, das sich verallgemeinern ließe als Wünsche an die Psychiatrie?

Sibylle Prins: Durch eine psychische Erkrankung kann alles wegbrechen, man fängt mitunter an, an der Welt, dem Leben zu zweifeln, verliert den Glauben an sich selbst. Diesen müssen dann andere stellvertretend aufrechterhalten. Deshalb ist es so wichtig, dass die Resignation, die uns ergreift, nicht noch durch defizitorientierte Beschreibungen und Aussagen der Psychiatrie verstärkt wird. Wir brauchen psychiatrische Mitarbeiter, die nicht bloß von uns Vertrauen erwarten oder einfordern, sondern dieses Vertrauen in unsere Gesundheit auch uns Patienten entgegenbringen.

Fritz Bremer: Und du ganz persönlich, was wünschst du dir von der Psychiatrie?

Sibylle Prins: Für mich ganz persönlich wünsche ich mir in Kri-

senzeiten einen Raum, einen Rahmen, wo ich weitgehend in Ruhe gelassen werde, also einen geschützten, aber »therapiefreien« Raum. Das mag nicht für jeden das Richtige sein. – Vielleicht ist das mangelnde Krankheitseinsicht, aber ich bin nach wie vor überzeugt: wenn man mir, mit einer vorsichtigen und nicht aufdringlichen Begleitung genügend Freiraum gibt – was nicht dasselbe ist, wie mich ins Leere, ins Nichts laufen zu lassen –, kommt in mir eine eigentlich ziemlich gesunde Person zum Vorschein, zumindest, was sich für mich wie Gesundheit anfühlt. Ganz wichtig ist mir auch noch, das habe ich auch bei anderen Psychiatrie-Erfahrenen gehört und erlebt, an individuelle Interessen und Vorlieben des Patienten oder Klienten anzuknüpfen, diese zu stärken, wiederzufinden oder aufbauen zu helfen. Eigentlich kann ja psychische Gesundung nur über das Wiederfinden eines persönlichen Sinns und der eigenen Identität passieren. Deshalb ist es so wichtig. Generell wünsche ich mir eine Psychiatrie, welche die Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen sowie sonstige Mitarbeiter ohne Bedenken und guten Gewissens für sich selbst in Anspruch nehmen würden, wenn sie eine psychische Erkrankung entwickelten, oder, falls das zu unvorstellbar ist, zumindest für ihre nächsten Angehörigen.

Renate Schernus: Je länger ich übrigens über das Wünschen nachdenke, desto interessanter finde ich es. Denn wenn es zum Beispiel gelänge, uns die Freiheit zum Wünschen auszutreiben, dann hätten wir uns ja schon vollständig angepasst, schon vor jeglicher Regung zum Handeln. Solche Regungen würden wir dann gar nicht mehr haben können. Ohne Wünsche wäre man stets im Einklang mit dem Mainstream. Richtig dringlich wünschen tut man eigentlich nur das, was über das vordergründig Gegebene hinausgeht. Vielleicht so wie schon der barocke Lyriker Paul Fleming in einem schönen Gedicht sagt: »Was du noch hoffen kannst, das wird auch stets geboren.«

Fritz Bremer: Das war eigentlich schon ein schönes Schlusswort. Aber vielleicht noch eine kurze Frage an Sibylle: da hast du dich nun stunden- und tagelang im Gespräch mit zwei Profis herumge-

schlagen, hast du dabei womöglich heimlich weiter Stoff für deinen Abenteuerroman »Allein unter Profis« gesammelt?

Sibylle Prins: Na klar! Und außerdem für einen Ratgeber »Die zehn goldenen Regeln für den Umgang mit Profis« ... Um aber noch mal ernst zu werden, ich frage mich, ob wir bei diesem Blick auf die Psychiatrie was Wesentliches vergessen haben. Und ob andere, die damit zu tun haben, sich darin wiederfinden können?

Renate Schernus: Vergessen haben wir bestimmt ganz vieles. Wenn man jedoch bedenkt, wie viele kluge Bücher bereits über Psychiatrie und alle daran Beteiligten geschrieben worden sind, brauchen wir uns mit Perfektionismus nicht abzuquälen. Wenn wir kleine Ergänzungen geliefert haben, genügt das, finde ich.

Sibylle Prins: Dass wir nicht alles besprechen können, ist mir klar, aber haben wir vielleicht etwas Naheliegendes übersehen?

Renate Schernus: Vermutlich, aber mich beruhigt der Gedanke, dass wir noch längst nicht zu Ende sind mit unserem Dialog. Es ist mir angenehm zu denken, er sei vorläufig, fragmentarisch.

Fritz Bremer: Und wie ich euch kenne, wird euch demnächst sowieso noch allerhand einfallen. Vielleicht stößt ja gerade der fragmentarische Charakter solch eines Gesprächs auch andere Dialoge ganz anderer Menschen an. Mich jedenfalls haben die Gespräche ermutigt und vielleicht können sie auch anderen als Ermutigung dienen. Als Ermutigung zur Kritik, zum Stehen zur eigenen Unvollkommenheit, zur Hoffnung, dass es sich lohnt, an Veränderungen mitzuarbeiten und nicht zuletzt: zum sich Einlassen auf Begegnungen.

Wie hatte Sibylle doch so schön gesagt? »Wenn Sie ergebnisorientiert arbeiten, werden Sie frustriert sein.« Ich jedenfalls bin keineswegs frustriert, sondern froh, dass unsere Gespräche unter keinem Ergebnisdruck standen. Lassen wir sie also einfach als Fragment so stehen. Sibylle, Renate, ich danke euch herzlich, dass ihr dieses lange Interview möglich gemacht habt.



SIBYLLE PRINS, Jahrgang 1959, ursprünglich Sonderschullehrerin, später lange als Verwaltungsangestellte tätig, heute berentet. Seit 1991 aktiv in der Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener (Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld und Bundesverband Psychiatrieerfahrener, BPE), seit ca. 2000 auch Referentin bei Tagungen und Fortbildungen, Tätigkeit als Autorin, diverse (Buch-)Veröffentlichungen, zuletzt als Herausgeberin: *Seitenwechsel – Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen*, Paranus Verlag, 2006.



RENATE SCHERNUS, Jahrgang 1942, Psychologische Psychotherapeutin, Beschäftigung in den von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel von 1970-2000. 1982-1985 dort Leitende Psychologin. Verschiedene psychotherapeutische Ausbildungen, zuletzt systemische Familientherapie. Von 1970-1985 Arbeit mit anfallskranken Kindern. 1985-1996 Leiterin einer Klinik für mittelfristige psychiatrische Behandlung (Klinik Pniel). April 1996-September 2000 Leiterin des Fachbereichs Psychiatrie der Teilanstalt Bethel. Von 1986-2000 Mitglied der Ethikkommission der v. B. A. Bethel. Seit 1992 Mitglied der Redaktion der Sozialpsychiatrischen Informationen. Langjähriges Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, dort zeitweilig im erweiterten Vorstand. Veröffentlichungen zu verschiedenen Themen, z. B. zu psychosozialen Problemen bei anfallskranken Kindern, zum subjektiven Psychoseerleben, zu medizinethischen und sozialpolitischen Themen. Derzeit in der Beschwerdestelle Psychiatrie Bielefeld und in begrenztem Umfang therapeutisch und beratend in eigener Praxis tätig. Zuletzt erschienen: *Tyrannie des Gelingens – Plädoyer gegen marktkonformes Einheitsdenken in sozialen Arbeitsfeldern* (zusammen mit Fritz Bremer), Paranus Verlag, 2007.



FRITZ BREMER, Jahrgang 1954, ist Diplompädagoge und arbeitet seit Mitte der 1970er Jahre in sozialpädagogischen und sozialpsychiatrischen Einrichtungen. Er gründete 1985 mit Henning Poersel den *Brückenschlag – Zeitschrift für Sozialpsychiatrie, Literatur, Kunst* und später den Paranus Verlag. Heute ist er (Mit)Geschäftsführer der Brücke Neumünster gGmbH. Er ist verheiratet und Vater von drei Kindern. Zahlreiche Veröffentlichungen. Aktiv in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie. Wie Renate Schernus (Mit)Initiator der »Soltau Impulse« (siehe: www.psychiatrie.de/dgsp/soltau_initiative).



Brückenschlag

Zeitschrift für
Sozialpsychiatrie, Literatur, Kunst

Band 25/2009

Wahn – Sinn – Wirklichkeit

Vor 25 Jahren waren Fragen zum Erleben von Wahn, zum Erleben von psychischen Erkrankungen und zum Umgang damit, zum Umgang mit Menschen in der Psychiatrie, das wichtigste Motiv zur Gründung der Zeitschrift „Brückenschlag“. Band 25 kommt nun ganz ausdrücklich auf dieses zentrale Thema zurück. Was hat sich verändert? Gibt es in der Gesellschaft, in der Nachbarschaft mehr Verständnis für Menschen in psychischen Krisen? Wie hat sich das Verstehen von psychischen Erkrankungen in der Psychiatrie, in psychiatrischen Einrichtungen entwickelt?

Hat die Publikation von vielfältigen Erfahrungstexten, Bildern, Gedichten etwas bewirkt? Wenn ja – was hat es in Bewegung gebracht und verändert? Ist das Gespräch – zum Beispiel über Wahnerleben – selbstverständlicher geworden? Gibt es nach wie vor oder schon wieder die „gesprächslose Psychiatrie“ (Dorothea Buck)? Oder macht die Frage nach Sinn gar keinen Sinn mehr in einer durchökonomisierten Behandlung und Betreuung, wie wir sie heute erleben?

Mit Beiträgen von Dorothea Buck, Günter Kunert, Reinhard Lütjen, Andreas Gehrke, Kerstin Schneider, Renate Schernus, Jutta Jentges, Ralf Seidel, Sibylle Prins, Wolfram Voigtländer u.v.a.m.



232 Seiten · ISBN 978-3-940636-03-4 · 15,- € · Abo-Preis 12,80 €

Postfach 1264 · 24502 Neumünster · Telefon (0 43 21) 20 04-500 · Fax 20 04-411

verlag@paranus.de · www.paranus.de

„Gut, dass wir mal darüber sprechen!“

Wortmeldungen einer
Psychiatrie-Erfahrenen

„Auf ein Buch wie dieses habe ich persönlich schon lange gewartet. Endlich schreibt eine selbst betroffene Frau darüber, was in ihren Augen in der Psychiatrie der Gegenwart gut läuft und was eben nicht.“

Andreas Knuf in: pro mente sana aktuell

„Die Autorin hat als erste Psychiatrie-Erfahrene zur dialogischen Sozialpsychiatrie ein höchst unterhaltsames und gleichzeitig gewichtiges und kluges Sachbuch vorgelegt. Sie macht den einen oder anderen geneigten Leser süchtig auf ihre spezifische Art, die Inhalte zu betrachten, und uns Psychiatrie-Erfahrene stolz.“

Brigitte Siebrasse in: Psychosoziale Umschau



200 Seiten, 12,80 €
ISBN 978-3-926200-49-5

„Jetzt endlich lebe ich richtig“

Geschichten, Glossen, Gedanken

„Scharfzüngig, brillant, humorvoll glossiert sie die Psychiatrie und die Menschen, die ihr darin begegnen. Im Schreiben findet sie ihre Sprache und formuliert ihren Widerstand gegen jede Bevormundung.“

Irene Stratenwerth in: Brigitte

„Selten habe ich ein Psychiatrie-Buch gelesen, das so vielfältig, spannend und kurzweilig ist, und ich freue mich schon auf die nächsten Wortmeldungen der Autorin.“

Hans-Ludwig Siemen in: Dr. med. Mabuse



200 Seiten, 14,80 €
ISBN 978-3-926200-61-7

Paranus Verlag

Postfach 1264 · 24502 Neumünster · Telefon (0 43 21) 20 04-500 · Fax 20 04-411

verlag@paranus.de · www.paranus.de

bei Paranus



Sibylle Prins (Hgin)

Seitenwechsel

Psychiatrieerfahrene
Professionelle erzählen

Psychiatrie teilt sich seit jeher in „zwei Lager“: Die, die behandelt werden, auf der einen Seite, und die, die behandeln, auf der anderen. Dazwischen eine scheinbar unüberbrückbare Kluft.

Sibylle Prins hat Menschen gesucht und gefunden, die beide Seiten aus eigener Erfahrung kennen – professionelle Mitarbeiter/innen aller Berufsgruppen in der Psychiatrie, die selbst psychische Krisen und psychiatrische Behandlung erfahren haben.

Die erzählenden Interviews in diesem Buch geben interessante Anregungen und überwinden damit das „Lagerdenken“ in der Psychiatrie.

Eine längst überfällige Diskussion ist eröffnet.

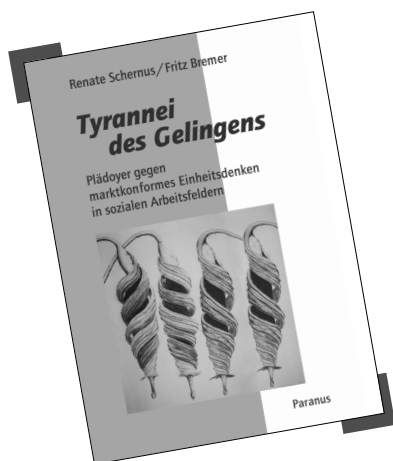
„Die Botschaft dieses Buches ist überfällig. Ein Signal wider den Hochmut der Professionellen, für eine neue Qualität im Dialog zwischen Psychiatrieerfahrenen und Professionellen. Es ist ein Lehrbuch des Dialogs und ein Lehrstück gegen jegliche professionelle Einseitigkeit. Ohne Zweifel und im Ernst: Das Buch gehört auf den Lehrplan der Universitätspsychiatrie. Aber nicht nur dort.“

Christian Zechert in: Psychosoziale Umschau

ISBN 978-3-926200-70-9 · 192 Seiten · 16,80 €

Postfach 1264 · 24502 Neumünster · Telefon (0 43 21) 20 04-500 · Fax 20 04-411

verlag@paranus.de · www.paranus.de



Renate Schernus/
Fritz Bremer

Tyrannie des Gelingens

**Plädoyer gegen markt-
konformes Einheitsdenken
in sozialen Arbeitsfeldern**

Die „Soltauer Impulse zu Sozialpolitik und Ethik“ haben seit 2004 einige Aufmerksamkeit erfahren. Sie stellen Fragen zum Zusammenhang von Ethik, Fachlichkeit und zunehmender Ökonomisierung aller Lebensfelder, insbesondere auch der Arbeit im Sozial- und Gesundheitswesen.

Renate Schernus und Fritz Bremer haben diese Impulse mitinitiiert. Ihre in diesem Buch dokumentierten Analysen fordern: Das Soziale darf nicht vorrangig als Belastungsfaktor für die Wirtschaft verstanden werden, sondern bleibt ein bedeutsamer Wert für die Kultur einer Gesellschaft. Dabei setzen sie drei Schwerpunkte:

- Raum und Zeit für Menschen – Sozialzeit statt Bürozeit
- Einseitige Menschenbilder – irreführendes Denken – fragwürdiges Handeln
- Soziale Kultur statt Marktkonformität – Not macht erfinderisch, aber nicht alles mit

„Die Lektüre ist ein Muss für alle, die nicht widerspruchlos hinnehmen wollen, dass die Wirkkräfte einer ‚Tyrannie des Gelingens‘ die Gesellschaft in Gewinner und Verlierer spalten.“

Jürg Grassmann in: pro mente sana aktuell

196 Seiten · ISBN 978-3-926200-92-1 · 16,80 €

Postfach 1264 · 24502 Neumünster · Telefon (0 43 21) 20 04-500 · Fax 20 04-411

verlag@paranus.de · www.paranus.de