

Heinz Mölders

Verordnete Sprachlosigkeit

Multiloog¹ über das Alltagsleben und die Psychiatrie mit Betroffenen, Angehörigen, Professionellen und anderen

1. Einleitung

Mit diesem Artikel möchte ich einen Einblick in meine Arbeit der letzten Jahre geben. Seit Anfang der neunziger Jahre arbeite ich in den Niederlanden an einer psychologischen Praxis, in der die Entwicklung der sogenannten Multiloog-Gruppen von zentraler Bedeutung ist. Nachdem sich 1997 nach mehrjähriger Konzept- und Lobbyarbeit Perspektiven für eine Finanzierung abzeichneten, machte ich mich selbständig mit INCA Projectbureau Amsterdam². Einer der Gründe für die Arbeit an der Entwicklung von Gesprächsgruppen und für meine Selbständigkeit war, dass ich mich nicht in irgendwelche institutionelle Vorgaben fügen wollte, bei denen von vornherein klar war, dass das, was mir aufgrund meiner (Berufs-)Erfahrungen und auf Basis der Kritischen Psychologie als notwendig erschien, nicht realisierbar war. Eine ‚alternative‘ Praxis schien mir notwendig und möglich.

Das übergeordnete zentrale Thema meiner Arbeit, das mich in der Praxis vorantreibt und Gegenstand dieses Artikels ist, ist die soziale Selbstverständigung im Rahmen alltäglicher Lebensführung. Die zentrale Fragestellung lautet: Wie lässt sich ein ‚Raum‘ zur sozialen Selbstverständigung im Rahmen alltäglicher Lebensführung herstellen? Was unterstützt diesen Prozess und was wirkt eher hindernd? Am Beispiel des Multiloog-Projektes³ versuche ich hier Antworten auf diese Fragen zu finden.

¹ Aus organisatorischen Gründen ist der Name Multiloog® geschützt. Wegen der Lesbarkeit wird im Folgenden auf das ® verzichtet.

² Um Ehrenamtliche und Psychiatriebetroffene in die Arbeit einzubeziehen, sowie eine Plattform für die Projektarbeit zu haben und öffentlich geförderte Projekte darüber abzuwickeln, gründete ich zusätzlich 1999 eine Stiftung (IPC: Stichting Integratie, Participatie en Communicatie).

³ Mehr Hintergrund- und aktuelle Informationen – auch in deutscher Sprache – sind zu finden unter www.inca-pa.nl ; dort gibt es mehr Informationen über den „Kunst-Multiloog“, auf den in diesem Artikel wegen des beschränkten Raumes nicht eingegangen wird.

2. Theoretische Einführung

Eine wichtige Ermutigung und Inspirationsquelle für die Entwicklung von Multiloog war der Weltkongress Soziale Psychiatrie, der 1994 in Hamburg stattgefunden hat. Allerdings wurde mir dort – wo die Psychose Seminare (Bock, 2004) bzw. der Dialog-Gedanke zentral war – nicht klar, warum man eine Verständigung über Psychiatrie und psychiatrische Problematik auf drei Gruppen (Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Professionelle) beschränken soll? Wäre es da nicht logischer neben diesen drei Gruppen Menschen in allen möglichen Positionen wie Politiker, Juristen, Gewerkschafter, Beamte, Polizisten usw. einzubeziehen, also eben einen Multiloog zu organisieren? Denn dieser breite Austausch – auf gleichberechtigter Grundlage und aus der Perspektive der jeweiligen Beteiligten – war mein Anliegen in dem beschriebenen Suchprozess. Aber es ging mir nicht nur um einen ‚breiteren‘ Austausch bzw. darum, *Menschen* aus vielen verschiedenen Positionen und mit verschiedenen Hintergründen zusammenzubringen, sondern im Wesentlichen ging es mir um eine spezifische Gestaltung der Treffen und Herangehensweise der Gesprächsführung.

Multiloog ist ein niedrigschwelliges Angebot, um sich über (problematISCHE) Alltagserfahrungen zu verständigen. und steht für ‚vielen Stimmen soll Gehör verschafft werden‘. Viele ‚Stimmen‘ steht für Stimmen, die innerhalb einer Person sprechen, aber es sollen auch Menschen in sehr vielen Positionen und Lebenslagen die Gelegenheit bekommen sich äußern zu können. Am wichtigsten ist aber die Herstellung eines vertrauensvollen Raums, in dem es jedem ermöglicht wird, über die ihm oder ihr wichtigen Fragen oder Themen aus dem Alltagsleben zu sprechen. Dabei geht es darum, (die) persönliche(n) Erfahrungen zu versprachlichen bzw. das versteckte/verborgene Wissen (tacit knowledge) der an Multiloog-Gruppen Teilnehmenden bewusst zu machen.

Eine wesentliche theoretische Inspirationsquelle für die Entwicklung von Multiloog war und ist der ‚Lebensführungsartikel‘ von Holzkamp (1996), in dem dieser „begriffliche Eckpunkte“ benennt, die im Forschungsprozess dazu dienen sollen, sich „darüber zu orientieren, welche wesentlichen Konzeptionen man möglicherweise während des Forschungsgesprächs ‚vergessen‘ hat“ (107) Im folgenden verdeutliche ich, wie im Multiloog Holzkamps Überlegungen zu den Themen Begründungsdiskurs, Phänographie und Dezentrierung aufgenommen werden.

Insbesondere in der Arbeit mit Menschen, die Erfahrungen mit der Psychiatrie haben, ist es sehr gebräuchlich über sich und die eigenen Erfahrungen in Krankheitsbegriffen zu reden. In dieser Denkform wird die

Wirklichkeit auf Ursache-Wirkungszusammenhängen reduziert, die z.B. in Formulierungen wie der folgenden deutlich wird: *„Ich habe eine Depression, und der liegt ein Problem in meinem Gehirn zugrunde, und das Problem ist eine Stoffwechselstörung“*. Dieses Denken wird einem im (psychiatrischen) Alltag nahegelegt und zeigt sich auch immer wieder in den Dialogen in unseren Treffen (auf die Frage der subjektiven Funktionalität dieses ‚Krankheitsdiskurses‘ gehe ich unten ein). Da Handlungsgründe immer erster Person also je ‚meine‘ Gründe sind, sprechen wir als ‚Gesprächsbegleiter‘ die Teilnehmenden in Multiloog mit unseren Fragen auf ihre Gründe von ihrem Standpunkt und Perspektiven aus an. Dieser „Subjektstandpunkt“ schließt auch ein, dass wir Gesprächsbegleiter unsere eigenen Erfahrungen einbringen, dort wo es inhaltlich angebracht bzw. funktional für den Gruppenprozess ist.

Basis und Gegenstand der sozialen Selbstverständigung im Multiloog sind dabei die jeweiligen konkreten Erfahrungen, die intersubjektiv verständlich(er) werden, wenn sie in „Szenen alltäglicher Lebensführung“ (Holzkamp 1996, FKP 36, S. 108f) möglichst genau beschrieben werden. Wir regen also als Gesprächsbegleiter dazu an, dass die Teilnehmenden ihre Problematiken „phänographisch“ in Szenen alltäglicher Lebensführung konkretisieren, um sie zunehmend im Gesamt der alltäglichen Lebensführung innerhalb des jeweiligen »sachlich-institutionellen Rahmens« (ebd., S. 109) bestimmen zu können. Diese so konkretisierten Problematiken ermöglichen, dass sich andere dazu ins Verhältnis setzen können, in dem sie mit eigenen Erfahrungen auf die eingebrachten Inhalte anderer reagieren. Zugunsten eines ‚sicheren‘ Raumes, sollen die Erfahrungen des jeweils Anderen nicht beurteilt werden. Auch das Erteilen von Ratschlägen wird vermieden. Stattdessen sollen die Teilnehmenden durch die eingebrachten Erfahrungen angeregt werden, eigene Erfahrungen aus ihrem Alltagsleben zu reflektieren und zur Sprache zu bringen sowie unterstützend nachzufragen, bis das Thema nicht mehr abstrakt benannt wird, sondern in konkreten Szenen des Alltagslebens verdeutlicht ist. Durch diese Art des Austausches in den Multiloog-gruppen soll eine offene und gleichwertige Arbeitsatmosphäre entstehen.

Inhaltlich greifen die GesprächsbegleiterInnen nur dann in den Diskussionsverlauf ein, wenn Sachverhalte unklar sind, in abstrakten Begriffen geredet wird oder etwa ein Perspektivenwechsel sinnvoll erscheint. Wenn problematische Erfahrungen mit den Eltern eingebracht werden, schlagen wir bspw. vor, dass Erfahrungen einer ähnlichen Situation aus der Sicht

von Eltern berichtet werden; wenn etwa Erfahrungen von Frauen mit Männern eingebracht werden, regen wir die Darstellung aus der Sichtweise der Männer an. Ähnlich gehen wir vor hinsichtlich der unterschiedlichen Perspektiven von Klient/Profi, Angehörigen usw. Dabei kann jede/r gleichzeitig auch unterschiedliche Positionen einnehmen, da jede/r im alltäglichen Leben auch unterschiedlichste Positionen/Individualitätsformen realisiert (in einer Person können z.B. Mutter und Tochter, Angehörige, Psychatrieerfahrene und Profi, Arbeitgeber und Arbeitnehmer usw. vereinigt sein).

In diesem ‚Dezentrierungsprozess‘ versuchen wir, der Fixierung auf die Opferperspektive vorzubeugen um den Umstand in den Blick zu bringen, dass auch das Handeln der jeweils anderen nicht willkürlich, sondern begründet ist und bestimmten Behinderungen/Zwängen unterliegt.

Es geht also um die Überwindung der Verabsolutierung der eigenen Sichtweisen, sodass die unterschiedlichen Sichtweisen als unterschiedliche (Standort gebundene) Perspektiven auf die gleiche Realität erkennbar werden. Mit der Entpersonalisierung der Probleme über die Wahrnehmung der realen Verhältnisse, unter denen sie entstehen, zeichnet sich perspektivisch auch deren Überwindbarkeit ab. In diesem Sinne geht es im Multiloog nicht unmittelbar um die Lösung konkreter Probleme, sondern zunächst um eine ‚verallgemeinerte‘ Sicht auf diese, mit der überhaupt erst einmal ‚verallgemeinerte‘ Handlungsmöglichkeiten in den Blick kommen, die in der Regel nicht von den jeweils Einzelnen, sondern nur auf überindividueller Ebene zu realisieren sind.

3. Darstellung des Vorgehens in den Multiloog-Gruppen

Zurzeit betreuen wir kontinuierlich verschiedene offene Treffen in Nachbarschaftszentren in unterschiedlichen Stadtteilen in Amsterdam: 2011 waren es etwa 33 Treffen mit 470 Teilnahmen. Diese leite ich⁴ wechselweise mit einigen (auf Honorarbasis bzw. ehrenamtlich arbeitenden) KollegInnen, die an einem von mir organisierten Training für Gesprächsbegleiter teilgenommen haben, sowie wie auch mit einer Kollegin, die bis August 2011 eine Anstellung von 6 Stunden pro Woche hatte, die aber durch die Sparmaßnahmen gestrichen werden musste.

⁴ Für meine Arbeit als Koordinator und auch Gesprächsbegleiter werde ich abhängig von der jeweils finanziellen Lage der Stiftung bezahlt. In der Praxis heißt das, besonders in Zeiten von Sparmaßnahmen, dass der Umfang der ehrenamtlichen Arbeit im Verhältnis zur bezahlten Tätigkeit, aus meinem Projektbüro INCA-PA, immer größer wird.

Außerdem begleite ich allein eine sogenannte ‚geschlossene Gruppe‘; ‚geschlossen‘ deshalb, weil ich mit einem festen Kern von etwa zehn Teilnehmenden und etwa 11 Treffen im Jahr arbeite. Hier geht es insbesondere um den Austausch über psychische bzw. psychiatrische Probleme aus verschiedenen Perspektiven von Psychatriebetroffenen, Angehörigen und Profis.

In den offenen Multiloog-Gruppen können, wie bereits erwähnt, noch Menschen in anderen Positionen hinzukommen, wie etwa Studenten, Nachbarn, ‚wijkagenten‘ (Kontaktbeamte), Personalchefs, Beamte aus Behörden (die viel mit Psychiatrieproblematik zu tun haben), Mitarbeiter von Krankenkassen usw.

Die Diskussionen gehen über die Funktion der traditionellen diagnostischen Krankheitsbegriffe wie ‚Psychose‘, ‚Depression‘ oder etwa ‚Borderline‘ und deren subjektive Bedeutung hinaus. Die Themen beziehen sich u.a. auf Beziehungsprobleme, Umgang mit dem Tod, aber auch ganz normale Alltagsprobleme, wie etwa die Frage, wie man es hin bekommt, sich nicht mehr vorzunehmen, als man bewältigen kann, oder wie das Chaos in der Wohnung in den Griff zu bekommen ist.⁵

Immer wieder werden ähnliche Erfahrungen eingebracht und miteinander ausgetauscht. Wenn die eingebrachten Themen deutlich erkennbar sind – wie zum Beispiel: zu hohe Belastungen im Alltag, die Schwierigkeit Grenzen zu ziehen oder etwa Probleme mit Pünktlichkeit – werden sie relativ schnell für die Teilnehmenden zu einer ermutigenden Anregung zur Teilnahme am Gespräch.

Aber es können auch durchaus Erfahrungen nebeneinander stehen, die zunächst nicht zu einem gemeinsamen Thema hinführen. Nachfolgend beschreibe ich beispielhaft Elemente aus einem Treffen der geschlossenen Multiloog-Gruppe und wie die Reflexion der unterschiedlichen Erfahrungen schließlich zum Thema „Beeinträchtigungen der Urteilsfähigkeit im Alltag“ führen.

Eine ‚Psychose‘-Erfahrene beschreibt zunächst, wie sie vor einigen Jahren in eine Krisensituation geraten ist und als Folge dessen halluzinierte und wahnhaftige Zusammenhänge konstruierte. Sie merkt, dass sie

⁵ Obwohl die letzteren Themen mehr in den offenen Treffen behandelt wurden, überschneiden sich die Diskussionen in den beiden Gruppen weitgehend und es gibt fließende Übergänge, sodass ich bei der Darstellung im Folgenden nur dort weiter zwischen den Gruppen differenzieren werde, wo es für das Verständnis relevant ist.

inzwischen gelernt hat, anders mit den eigenen Schwächen und Grenzen umzugehen und sich ihre Urteilsfähigkeit über ihre ‚psychotischen‘ Erfahrungen verändert hat.

Ein Angehöriger berichtete anschließend über aktuelle Bedrohungssituationen, die sein Bruder regelmäßig erfährt und in denen er alles, was um ihn herum geschieht, auf eine negative Art auf sich selbst bezieht. Jede Person, die dann vorbei läuft, wird von ihm als eine Bedrohung gesehen. Er fühlt sich beobachtet und ausgehorcht. Der Angehörige erfährt seinen Bruder in derartigen Situationen als ‚psychotisch‘, nicht zuletzt deshalb, weil er auch die andere Seite von ihm erfahren hat, denn wenn er diese Erfahrungen nicht hat, hat er eine andere Weltsicht und nimmt die Umgebung anders wahr.

Eine Professionelle erzählt über einen Vorfall an ihrem Arbeitsplatz, wo KollegInnen entlassen worden sind; infolgedessen war es ihr kaum noch möglich, den dadurch entstandenen Arbeitsstress zu bewältigen, ihre Urteilsfähigkeit war beeinträchtigt⁶ und die Wahrnehmung der Wirklichkeit war verzerrt. Sie fand eine Lösung, indem sie sich wegen einer Grippe krankschreiben ließ, wodurch sie mehr Abstand zu den Problemen am Arbeitsplatz bekam und es ihr gelang, die Probleme aus einer anderen, realistischeren Perspektive zu betrachten (sich dessen bewusst zu werden, was im Alltagsleben notwendig ist).

Man könnte hier sagen, dass alle sich mit ihren eigenen Beiträgen auf eigene (Stress)Erfahrungen bzw. Erfahrungen aus dem Umfeld auf das zu Anfang eingebrachte Thema ‚Psychose‘ beziehen. Erst in nachfolgenden Sitzungen wurde deutlich, dass das eigentliche Thema nicht die ‚Psychose‘ war, sondern die Frage, auf welche Weise wir es schaffen können, auch in schwierigen Situationen Urteilsfähigkeit zu gewinnen. Es geht uns schließlich darum eine Erkenntnisdistanz zu gewinnen, indem man die Sichtweisen nicht nur als Fakt hinnimmt oder auch möglicherweise ändert, sondern auf ihre Funktion für die Daseinsbewältigung hin befragt.

Obwohl die Erfahrung des Einen im Multiloog vom Verfahren her als genauso gleichwertig wie die Erfahrung des/der Anderen gilt, ist dies subjektiv manchmal schwer zu ertragen. In der Regel treffen sehr unterschiedli-

⁶ Hier hätte weiter nachgefragt werden können, wie sich das ausdrückte, aber auch, wieweit nur die Erhöhung der eigenen Belastung eine Rolle spielte oder auch das „schlechte Gewissen“ gegenüber den Rausgeschmissenen.

che Positionen aufeinander. Das heißt, hier schlagen die gesellschaftlichen Positionen beispielsweise eines Psychiatrie-Erfahrenen einerseits und eines ‚Professionellen‘ andererseits immer wieder durch – und können manchmal im Rahmen des Multiloog auch nicht ‚metasubjektiv‘ aufgehoben werden, wie das folgende Beispiel veranschaulicht.

In einem Multiloog-Treffen berichtet eine Psychiatrie-Erfahrene über zunehmende Stresserfahrungen, die in Psychose-Erfahrungen mündeten. Im Anschluss daran schilderte eine Professionelle eigene Erfahrungen mit hohem Stress an ihrem Arbeitsplatz bzw. ihre eigenen Verletztheiten. In der Nachbesprechung des Treffens wurde von der Psychiatrie-Erfahrenen auf folgende Weise Unmut geäußert:

„Meine Erfahrungen sind für mich zehn mal wichtiger als die von C. (Professionelle, H.M.) Die Verletztheiten von C. sind weit von dem entfernt wie ich sie erfahre.“

Andererseits reagiert die Professionelle mit der Bemerkung, dass für sie der Eindruck entstände, dass in der Gruppe manchmal eine ‚Hierarchie des Elends‘ herrsche:

„Ich hatte den Eindruck, dass ich nicht in der Lage war, D. (die ‚Psychiatrie-Erfahrene‘, H.M.) zu erreichen, und blieb damit auch in der Kälte stehen. Es klappte genauso wenig, entsprechend meine eigenen Erfahrungen einzubringen und sie zu thematisieren, und danach dachte ich, die Psychoseerfahrung als solche hat so eine starke Kraft, demgegenüber ist mein Reden über meine Probleme im Alltag wie z.B. auf dem Arbeitsplatz unbedeutend und nichtig. Wir haben schon mal früher darüber geredet, als ob hier manchmal eine Hierarchie des Elends dominiert, jedenfalls so fühle ich das.“

Aus einer Vielzahl von im Multiloog eingebrachten Erfahrungen wird ersichtlich, dass in der Alltagspraxis der psychosozialen Versorgung/Psychiatrie die Interessen von Betroffenen und Professionellen einander oft diametral gegenüber stehen. Patienten verlangen oft vergeblich Zeit und Raum, um ihre Anliegen einzubringen da die Professionellen aufgrund von allerlei ‚Produktionsvereinbarungen‘ in der Ausübung ihres Berufes eingeschränkt sind.⁷ Auch im Multiloog werden diese Widersprüche

⁷ Die gegenwärtige rechtsliberale Regierung in den Niederlanden verstärkt diesen Prozess, indem sie plant die Konkurrenz noch wesentlich intensiver als bisher im Gesundheitswesen voran zu treiben. Siehe auch dazu Herderscheé (2011).

sichtbar, mit der Möglichkeit, dass die Sicht auf die Bedingungen für eine andere (Lebens)Praxis frei kommt, eine Praxis, in der sich Solidarität mit Respekt für den Anderen und damit auch für sich selbst entwickeln lässt. Allerdings kann es auch in die andere Richtung gehen, wie in dem dargestellten Gesprächsauszug verdeutlicht wird. Die oben beschriebene Kluft konnte nicht mehr überbrückt werden, die Psychiatrie-Erfahrene verließ die Gruppe.

In den Multiloog-Gruppen sind die Abgrenzungen der verschiedenen Positionen gegeneinander durchlässiger und es ist der Umgang miteinander flexibler sowie spontaner geworden. Für die vielen Formen der Selbstzensur und Abwertung sind die TeilnehmerInnen sensibler geworden. Damit wird die Frage nach den Bedingungen möglich, unter denen diese Formen der Selbstzensur und Abwertung zur Alltagsrealität gehören. Zugleich werden immer auch die Grenzen dieser Verständigung bzw. die Abwehr deutlich, sich auf die Erfahrungen anderer einzulassen und die Position des bereits Wissenden aufzugeben. Trotzdem kann Multiloog als eine fortgeschrittene Praxis gesehen werden, in der eine andere Kultur des Miteinandersprechens und des sozialen Selbstverständigens entwickelt wird.

4. Multiloog als Raum zur sozialen Selbstverständigung

Trotz der oben beschriebenen Hindernisse werden auch Prozesse in Gang gebracht, die diverse Formen von Verständigung ermöglichen. Was unterstützt den Prozess der sozialen Selbstverständigung? Die andere Kultur des Miteinandersprechens und sozialer Selbstverständigung wird von den Teilnehmenden wie nachfolgend beschrieben erlebt.

Sich im Beisein und oft auch mit Unterstützung von Anderen den eigenen Erfahrungen widmen, sich auch auf die eigenen Erfahrungen einlassen zu können, ist für viele ein wichtiger Grund zur Teilnahme an den Multiloog-Gruppen. In der Psychiatrie und auch sonst im Alltagsleben fehlen dafür die Orte und Gesprächspartner. Gleichzeitig ist es ein großes Bedürfnis sich über die eigene Situation klarer zu werden und sich selber und andere besser zu verstehen. So kann durch Multiloog z.B. die eigene ‚Verrücktheit‘ angesichts der besonderen Situation, in der man steckt, als ‚normal‘ begriffen werden, wie es eine Teilnehmerin für sich formulierte.

Besonders geschätzt wird die ‚nicht beurteilende‘ Herangehensweise und die Betonung, die wir auf ‚zwischenmenschliche‘ Begegnung legen. Ein Angehöriger drückt das wie folgt aus:

„Was mir hier auffällt, ist die Akzeptanz für einander bzw. für das, was erzählt wird und was man erlebt hat, (...) ohne, dass ein Urteil ausgesprochen wird. Das fühlt man hier und das tut mir auch gut. Das mitzumachen ist schon hilfreich. Wenn man einfach seine Erfahrungen einbringen kann. Man weiß, dass man dann gehört wird und das ist sehr wichtig.“

Weiterhin formulieren Teilnehmer/innen, dass das Verfahren „Vorurteilsfreiheit“ fördert, dass man sich „offener“ äußern kann als im Alltag, dass der Multiloog als „Freistätte“ erlebt wird, in der „niemand be- oder verurteilt“ wird. Es seien offenere und ehrlichere Gespräche möglich, „unterschiedliche Erfahrungen sind kein Hindernis und können ausgesprochen werden“. Dies mag damit zusammenhängen, dass die Teilnehmenden innerhalb des Multiloog-Raumes anfangen, über Dinge nachzudenken bzw. zu sprechen, die sie zuvor für sich behalten oder gar nicht erst gedacht haben, um sich keine Blöße zu geben. Der Austausch von ähnlichen Erfahrungen aus unterschiedlichen Positionen wie z. B. aus der Position von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen, Profis, Nachbarn usw. ermöglicht oft völlig neue Erkenntnisse.

Die Bedeutung der Gespräche für Professionelle beschränkt sich nicht auf den Gesundheitsbereich. So gab es z.B. ein Multiloog-Treffen, in dem Psychiatrieerfahrene über eigene Hafterfahrungen erzählten und anwesende ‚Kontaktbeamte‘ Erfahrungen mit der Inhaftierung von Menschen in Krisensituationen einbrachten. Es folgte ein offener Austausch, in dem beide Seiten zum ersten Mal etwas darüber erfuhren, wie sich die Perspektive derer, die Hilflosigkeit empfinden, von der Perspektive derer unterscheidet, die auf die Hilflosigkeit mit Vorurteilen reagieren: wie es ist, wenn man zum ersten Mal in einer Krisensituation in einer Zelle eingeschlossen ist bzw. Hilflosigkeit erfährt im Umgang mit ängstlichen Menschen. Es wird sichtbar, dass dieses Erkennen der Begründetheit und der dahinter stehenden Prämissen jeweils funktional ist. Aus den verschiedenen Rückmeldungen ergibt sich immer wieder, dass die Beteiligten mehr „Verständnis“ füreinander haben und auch jeweils in der Lage sind, die Situation beim nächsten Mal anders zu gestalten, sich klarer über die Verhältnisse, über die eigenen restriktiven Bewältigungsformen zu werden und somit darauf beruhend (die eigene) Praxis anders zu gestalten.

Einerseits werden die zwischen Menschen verlaufenden Trennungslinien sichtbar, andererseits kommen aber auch die Möglichkeiten ihrer Überschreitung in den Blick. Dort wo es gelungen ist Sicherheit zu garantieren, ist es gelungen einen *Möglichkeitsraum* herzustellen, d.h. dass ein experi-

menteller Raum geschaffen wird, der es den Teilnehmenden erlaubt – im Austauschen mit den Perspektiven der jeweils anderen – die Einseitigkeit der jeweils eigenen Sicht und deren Fremdbestimmtheit bzw. den Erkenntnisgewinn des Miteinanders ansatzweise zu begreifen. Eine solche ‚Begegnung‘ lässt zugleich ‚Bewegung‘ entstehen, die wiederum Lern- und Bewusstwerdungsprozesse zur Folge haben, und ermöglicht Vorurteile abzubauen. Wichtig ist es hier allerdings, sich bewusst zu machen, dass diese Bewegung im Gegensatz zur herrschenden Praxis in unserer Gesellschaft steht. Sie kann nur in Gang kommen, wenn man das Interesse an den Erfahrungen der jeweils anderen, das eine solche Verständigung erfordert, nicht einfach voraussetzt, sondern daran arbeitet, es zu entwickeln.

5. Überlegungen über die Funktionalität des Sprechens im Krankheitsdiskurs.⁸

In den Gesprächen in Multiloog zeigt sich in den diversen Schilderungen aus dem Alltagsleben, dass, will man in den verschiedenen Positionen – u. a. in der Position des Psychiatrie Erfahrenen, des Profis oder etwa auch des Angehörigen – sein Handeln legitimiert bekommen, d.h. die eigene Existenz sicherstellen, eine entsprechende Sprache praktiziert werden muss oder besser gesagt, es wird einem zwingend nahe gelegt sich z. B. dem medizinisch-psychiatrischen Diskurs zu unterwerfen. In bestimmten Situationen drängt sich die Notwendigkeit auf, die medizinische Sprache (definiert im ICD bzw. DSM Kategoriensystem) zu übernehmen, um sich selbst und die eigenen Erfahrungen in diesen Kategorien zu beschreiben. Verkürzt ausgedrückt heißt das, dass ich erst in dem Moment, wo ich diese Sprache spreche, erkennbar bin für diejenigen, die mir helfen sollen oder von deren Hilfe ich abhängig bin (*Definitionsmacht*). Diese Funktionalität für Betroffene wird an Aussagen dieser Art deutlich:

„In dem Moment, als bei mir nach einem langen Suchprozess festgestellt wurde, dass ich die Diagnose Borderline bekommen habe, war ich sehr erleichtert.“

⁸ Inwiefern es Situationen gibt, in der der Krankheitsdiskurs angemessen ist (Beispiel Beinbruch), also wo ‚Krankheit‘ tatsächlich primär bedingt ist, kann ich hier aus Raumgründen nicht diskutieren. Es wäre aber bei einer weiterführenden Reflexion die Gesellschaftlichkeit des Individuums bzw. die Subjektperspektive zu berücksichtigen, dass auch etwa in einem Fall des Beinbruchs die Einheit von Körper/Psyche und sozial-gesellschaftlichem Kontext nicht hintergangen und die prinzipielle Dialogfähigkeit von Menschen vernachlässigt wird bzw. die Möglichkeiten zur Selbst-Verständigung gefördert werden.

Aber auch für Profis eröffnen sich bestimmte Eingriffs- und Finanzierungsmöglichkeiten erst, nachdem sie ein bestimmtes Problem ‚kategorial‘ erfasst haben. Solange sich der Hilfesuchende *nur* als bedürftiger Mensch zeigt ohne erkennbare definierte Symptome, bin ich als Profi nicht bzw. nur beschränkt in der Lage Hilfe zu leisten. Erst, wenn dieser Mensch als ‚Patient‘ identifiziert und mit den entsprechenden ‚Indikatoren‘ versehen ist (Anwendung der so genannten DBC‘s, „Diagnose-Behandlungskombinationen“ in den Niederlanden), bin ich als Profi legitimiert, mich ihm zuzuwenden, um weiter arbeiten und bestimmte Tätigkeiten verrichten zu können, bekomme ich von der Versicherung/Krankenkasse die entsprechenden Mittel (vgl. für die Entwicklung in den Niederlanden Petry, 2007).

Für die Psychiatriebetroffenen heißt dies, dass sie sich diesem diskriminierenden Sprachgebrauch fügen müssen, wenn sie nicht notwendige Unterstützungmaßnahmen oder finanzielle Zuwendungen riskieren wollen.

Andererseits sei die Gefahr groß, so ein Psychiatrie Erfahrener, dass man als Folge der medizinischen Diagnose für das ganze weitere Leben mit dieser neuen ‚Identität‘ versehen ist und sich mit der diskriminierenden Diagnose wie ‚Schizophrenie‘ oder anderen Identitäten durchs Leben kämpfen muß, weil sie als ‚nichtheilbare Hirnkrankheit‘ gesehen wird, der eine gewisse Unberechenbarkeit und Gefährlichkeit attestiert wird. Im Alltag zeigt sich dies in der marginalen sozialen Eingebundenheit der Betroffenen. Den Beteiligten kostet es große Mühe, sich im Rahmen des Verständigungsprozess als gleichwertigen Gesprächspartner zu sehen bzw. von anderen als gleichwertig akzeptiert zu werden.

„Ich merke im normalen Kontakt in meinem Familien- und Freundeskreis, dass sie mich als verrückt erklären würden, wenn ich mich selbst nicht als krank bezeichnen würde. Und das ist nicht so, weil sie die Psychiatrie so stark umarmen, sondern weil es gebräuchlich ist, weil jede/r im Alltag so denkt. Das ist problematisch.“ (Psychiatriebetroffener)

„Ich habe kein gutes Gefühl dabei, meine Tochter, die allerlei Probleme, aber nichts mit der Psychiatrie zu tun hat, als ‚krank‘ zu bezeichnen. Manchmal ist es allerdings für mich einfacher oder es ist praktischer, wenn ich ihre Lage bzw. unsere Situation erklären will, sie als ‚krank‘ zu bezeichnen, aber meiner Tochter gegenüber ist es unfair.“ (Angehöriger)

„Manchmal ist es besser – gesellschaftlich gesehen – wenn du verwirrt bist, dass der Begriff ‚Krankheit‘ verwendet wird, denn wenn man diesen nicht verwenden kann, wird man in bestimmten Situation von anderen

Menschen einfach nur als lästig erfahren. Außerdem geht man bei der Diagnose Schizophrenie davon aus, dass man immer krank ist, und dann ist es sich zurückziehen viel einfacher (...) Der Krankheitsbegriff enthebt dich von gesellschaftlicher Verantwortung (...) Das hat viele praktische Konsequenzen. Niemand wird es mir Übel nehmen, wenn ich mir, so wie heute, z. B. einen Ruhetag nehme. Das ist bei euch (die anderen TeilnehmerInnen, die einen Job haben, H.M.) anders, denn bei euch sind die Anforderungen von außen größer als bei mir. Ich kann das viel mehr aus mir selbst heraus bestimmen. Das ist einer der Vorteile des Krankheitsbegriffes.“ (Psychiatriebetroffener)

Gespräche über die Zeit der Psychatrieeinweisung bzw. über die konkreten Erfahrungen, die man allgemein mit dem Begriff ‚Krankheit‘ oder ‚Wahnsinn‘ fasst bzw. was dem zugrunde liegt, bleiben in der Regel in den Alltagsgesprächen außen vor (sehr oft auch in der Psychiatrie). Somit ist es nicht zwingend notwendig, im eigenen Lebenskontext nach Zusammenhängen mit den eigenen Problemen zu suchen. Das gilt übrigens sehr häufig auch für Angehörige, die selbst im engen Freundeskreis oft keine Möglichkeit sehen offen über ihre Erfahrungen zu reden und damit isoliert sind.

„Wir kämpfen zurzeit mit der Psychiatrie, um zu vermeiden, dass unser Sohn die Diagnose Schizophrenie bekommt, denn das hätte die entsprechenden Folgen für seine Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt. In der Klinik würde das in seine Akte geschrieben. Die Akte geht zum psychosozialen Dienst und dort steht man im Kontakt mit dem Betriebsarzt, und wenn der Betriebsarzt die Diagnose Schizophrenie zu Gesicht bekommt, steht fest, dass die Perspektiven in dem Betrieb, wo er zurzeit krankgeschrieben ist, und auch anderswo, endgültig verbaut sind.“ (Angehöriger)

Die Befürchtungen dieses Angehörigen waren berechtigt, denn einige Jahre später wurde der Sohn entlassen: er hatte sich dazu entschieden, dem Personalchef seine Psychiatrievergangenheit zu beichten, da er die Spannungen, die bei ihm durch diese Verheimlichungen entstanden sind, nicht mehr aushalten wollte.

Andererseits hat man durch diese neue ‚Identität‘ schon ein Stück weit eine finanzielle bzw. existenzielle Abgesichertheit, denn eine Diagnose ermöglicht auch ein *Einkommen aus der Berentung bekommen zu können* – die allerdings in Zeiten von zunehmenden Sparmaßnahmen immer unsicherer bzw. in Frage gestellt wird.

Als wir in den ersten Ankündigungen von „Kommunikation über Psychosen“ sprachen, bekamen wir großen Zuspruch und schienen verstanden zu werden mit dem, was wir wollten. Wir gingen dann dazu über, unsere Arbeit „Kommunikation über (psychisches) Leiden“ zu nennen und heute kündigen wir sie mit „Verständigung über (psychische) Probleme im Alltag“ an. In unserem neuen Faltblatt steht selbst zu Anfang: „Multiloog-Treffen sind Gesprächsgruppen für jede/n die/der wichtige Themen aus seinem/ihrer Alltagsleben miteinander austauschen will...“ Im weiteren listen wir eine Reihe von Themen aus dem Alltagsleben auf, dabei sind ‚psychische‘ Probleme nur ein Thema unter vielen anderen.

Dabei sind wir uns bewusst geworden, dass das Sprechen im medizinischen Krankheitsdiskurs für Viele auch positiv besetzt ist, besonders dadurch, dass eine Vielzahl an Problemen einen öffentlichen Namen bekommen, damit objektiviert und handhabbar gemacht werden und der Krankheitsdiskurs zur Absicherung der sozialen Lage von Bedeutung und funktional ist. Uns geht es allerdings in den Multiloog-Treffen aber gerade eben nicht darum *anderen zu erzählen*, was sie ‚haben‘ – etwa wie in den in der Psychiatrie und psychosozialen Versorgung weit verbreiteten ‚psycho-educativen‘ Veranstaltungen – sondern Selbstverständlichkeiten in Frage zu stellen und besonders die eigene Interessenslage in den Blick zu bekommen und nach der *Funktion* dessen zu fragen, womit man sich rumschlägt. Also sich selbst als Experte zu sehen, als jemand der/die was ‚hat‘, und sich dazu in gewisser Weise verhalten kann und dem, was man hat auf den Grund geht. Die andere Haltung wäre, dass man dem Ding einen Namen gibt und sich damit zufrieden gibt, wenn es benannt ist.

Sich dieser Zusammenhänge der Funktionalität des Sprechens im Krankheitsdiskurs bewusst zu sein ist eine wichtige Unterstützung für uns Gesprächsbegleiter.⁹ Insgesamt ist unser Bemühen die Gesprächsinhalte zunehmend darauf zu richten, wie Szenen des Alltagsleben bzw. (psychischen) Probleme mit der Organisation des Alltagslebens zusammenhängen.

Was dabei auffällt, ist, dass es viel Mühe kostet, innerhalb der jeweiligen Treffen die Aufmerksamkeit auf die Zusammenhänge von (psychischen) Problemen oder etwa psychiatrischer Problematik und *Alltagsleben* zu lenken. Neu hinzugekommene Teilnehmende, die noch nicht mit der Arbeitsweise vertraut sind, sagen oft „ich bin...“ also, „ich bin ein Borderliner“. Andere differenzieren und sagen, „ich habe eine Schizophrenie“ oder etwa „ich leide an Schizophrenie“. Diese anfängliche Fixierung auf

⁹ Siehe auch weiterführende Auseinandersetzungen mit dem Krankheitsbegriff aus kritisch psychologischer Perspektive Kalpein (1998) und Katsch (1998).

das medizinische Denken hat sich innerhalb der Multiloog-Gruppen im Laufe der Zeit verschoben. Das Reden über die eigenen Erfahrungen in medizinischen Begriffen ließ nach. Eigentlich zu dem Zeitpunkt, als es mehr und mehr um die eigenen Alltagserfahrungen ging, durch uns als Gesprächsbegleiter angeregt, erschien das Sprechen in Zungen der Medizin weniger wichtig. Der medizinische Diskurs spielte in dem Moment eine untergeordnete Rolle, als sich für manche Teilnehmer die Gelegenheit eröffnete, mehr über ihr eigenes Leben im breitesten Sinne des Wortes nachzudenken und zu reden. Man könnte auch sagen, sie haben die Gelegenheit bekommen bzw. es wurde ein Raum geschaffen, sich zu sich selbst und den eigenen Erfahrungen verhalten zu können. Durch die Sprache in Krankheitsbegriffen werden Erfahrungen und damit auch Handlungsmöglichkeiten verstellt.

6. Entwicklung eines Begriffsraums und der Umgang mit den Kategorien Gefahr der normativen Nutzung der Kategorien

Der kritisch-psychologische Ansatz war und ist die Grundlage meiner Arbeit seit 1979 und hat mir neue Möglichkeiten und Perspektiven in meinem professionellen und meinem persönlichen Leben eröffnet. Gleichzeitig besteht immer die Gefahr der Abkapselung und Abgrenzung d.h., dass dieser Ansatz zur Etikettierung in Abgrenzung zu anderen Ansätzen gerät, wodurch die Verständigung mit diesen über gemeinsame Interessen/Probleme verhindert werden. Um der Isolation bei der Grundlagen- und Methodenarbeit zu entkommen, habe ich in der Vergangenheit Bündnispartner in der ‚geschlossenen‘ Multiloog-Gruppe gesucht und versucht die Teilnehmenden in meinem Sinne zu Mitforschern zu machen. Dabei bin ich festgelaufen und in eine Krise geraten, die ich schließlich positiv wenden konnte. Ich möchte an dieser Stelle den Werdegang kurz beschreiben.

Circa zwei Jahre nach der Startperiode habe ich die Teilnehmer der geschlossenen Multiloog-Gruppe mit dem Entschluss konfrontiert, die Arbeit mit ihnen nur als Forschungsprojekt fortsetzen zu wollen. Mit ihrem Einverständnis habe ich eine entsprechende Arbeitsweise eingeführt. Eine der Bedingungen war das regelmäßige Abtippen der Bänder: Einerseits ist für Forschungsarbeit Grundlagenmaterial notwendig und andererseits ist es wichtig, so weit wie möglich die TeilnehmerInnen an dem Forschungsprozess zu beteiligen. Das bedeutete für mich sie je nach ihren Möglichkeiten am Prozess der Datensammlung bis hin zur Verschriftlichung zu

beteiligen. Meine Vorstellung war, sie auch am Abtippen der Bänder zu beteiligen.

Ich habe demzufolge versucht, die Teilnehmer zu „richtigen Mitforschern“ zu machen. Ich versuchte sie über die Erarbeitung der jeweiligen Probleme entsprechend zu qualifizieren, indem ich mit ihnen Kategorien zu der Vorgehensweise erarbeitete. Das rief sehr unterschiedliche Reaktionen hervor. Es gab oft (manchmal auch heftige) Diskussionen, die darauf hinausliefen, dass die Teilnehmer/innen mir deutlich machten, keine Lust (mehr) zu haben, mit mir Meta- bzw. Verfahrensdiskussionen zu führen. Sie wollten so schnell wie möglich auf ihre konkreten Alltagserfahrungen zu sprechen kommen, zumal einige mehr als andere den Druck aktuell zu lösender Alltagsprobleme erfuhren.

Das war eine schwierige Zeit für mich. Ich hatte das Gefühl, mir würden die Arbeitsmittel aus der Hand genommen, und ich bekam den Eindruck, dass mein „professionelles“ Handeln in Frage gestellt wurde. Ich habe mich dann in dieser Zeit sehr zögernd auf diesen „Methoden-Rückzug“ eingelassen, denn ich wollte ja auch, dass die Gruppe weiter machen würde. Zumal sie mir auch deutlich machten, dass sie die konkrete Vorgehens- bzw. Verfahrensweise schätzen. Es dauerte einige Zeit, bis ich begriff, dass dieses keineswegs bedeutete, meinen Anspruch subjektwissenschaftlicher Forschung aufgeben zu müssen. Im Gegenteil, es war eine Gelegenheit, einen anderen Umgang mit dem Projekt, aber auch mit den Kategorien zu lernen. Diese Arbeitsweise erleichterte dann auch die Verständigung mit meinen (wechselnden) „Gesprächsbegleitern“.

Wir haben uns in der ‘geschlossenen’ Gruppe darauf geeinigt auch weiterhin so wie bisher zu verfahren und die expliziten und mehr zeitaufwendigen Meta- bzw. Verfahrensdiskussionen, in denen ich ihnen theoretische Texte vorlege und wir über die Anwendung diskutieren, außerhalb dieser Gruppe also in extra vereinbarten Treffen zu führen. Die Beteiligung in der geschlossenen Gruppe sieht heute so aus, dass die Bänder von einer Teilnehmerin abgetippt werden, die transkribierte Vorlage in der Gruppe besprochen wird und gegebenenfalls auf Artikelvorlagen von mir von den Teilnehmenden Kommentare gegeben werden. In den offenen Treffen beschränken wir uns auf evaluative Gespräche mit den Teilnehmenden.

Diese Auseinandersetzung hat mich weiter an meine Forschungsarbeit und an einen adäquateren Umgang mit den Prinzipien der Kritischen Psychologie herangeführt. Denn es geht ja um den Gebrauch der Kategorien als Erkenntnismittel, also um die Anwendung der analytischen Funktion

der Kategorien auf die Empirie und nicht umgekehrt. Außerdem hat es einige Jahre im Multiloog-Projekt gedauert, bis es mir allmählich gelang die Begriffe in den Hintergrund treten zu lassen und mich auf die Praxis und mehr und mehr auf die Probleme der Menschen – die Basis meiner und jeglicher psychologischen Arbeit – einzulassen. In diesem Zusammenhang musste ich unter dem Druck der Konkurrenzverhältnisse und der Notwendigkeit des sich Verkaufen-Müssens lernen, wie ich mich zu den vielerlei Zwängen verhalte, mich als Profi zu profilieren, und wie ich der Tendenz entgegenarbeite, das eigene Vorgehen den anderen Herangehensweisen gegenüber als überlegen darzustellen. Angesichts der konkreten Arbeits- bzw. Marktbedingungen laufen die vielfältigen Versuche zu einer Verständigung immer wieder fest.

7. Reflexion meiner Arbeitsweise und organisatorischer Hintergrund

Ich bin froh darüber, dass es gelungen ist bereits fünfzehn Jahre lang ein Projekt zu organisieren, das einerseits von vielen Personen und Institutionen angenommen und geschätzt wird, die Teilnehmenden sich oft am Ende eines Treffens beeindruckt zeigen, und dass es möglich ist in einer Gruppe mit „fremden Menschen derartige vertraute und persönliche Gespräche zu führen“. Zugleich konnte ich mich in den letzten Jahren damit – manchmal eher schlecht als recht – finanziell über Wasser halten. Aber die entscheidende Inspirationsquelle ist der Erkenntnisgewinn, d.h. wenn mir durch die Art der Beiträge und der Verständigung in dieser besonders verdichteten Form der Zusammenhang von objektiver Bestimmung und subjektiver Bestimmtheit bewusst wird: also das Begreifen des Zusammenhangs von gesellschaftlich/ökonomischen Prozessen und individueller Befindlichkeit im konkreten Alltagsleben.

Nach einer sehr hektischen Zeit in den Anfangsjahren, in deren Verlauf Multiloog in den Niederlanden bekannter wurde und großes Interesse an dieser Art von Gesprächsgruppen entstand, und ich als Folge dessen in den verschiedensten Regionen und Städten der Niederlande Institutionen bei der Organisation und Begleitung von Multiloog-Gruppen unterstützt sowie die Ausbildung von Gesprächsbegleitern durch Fortbildung angeboten habe, bin ich zurzeit hauptsächlich wieder an der Basis in Amsterdam tätig.

Die Organisation des Projektes bleibt in ‚neoliberalen‘ Zeiten bzw. in der kapitalistischen Gesellschaft eine Gratwanderung (siehe auch Keupp, 2007; Wulff, 2007). Neu ist, dass im Rahmen des in den Niederlanden seit

Januar 2007 in Kraft getretenen Gesetzes zur gesellschaftlichen Unterstützung (Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO), viele bis dahin durch die Krankenkassen finanzierten Projekte, wie z.B. Aktivitäten im Bereich der Aufklärung, der Unterstützung, der Aktivierung von Betroffenen in der Psychiatrie oder etwa von Projekten, die von Betroffenen selbst organisiert werden, nunmehr unter die Verantwortung der Kommunen fallen. Die Verschiebung der Verantwortung in die Kommune hat auch etwas Positives, Projekte wie Multiloog werden nicht mehr vorrangig über Kanäle finanziert, denen ein medizinisches Denk- und Handlungsmuster zugrunde liegt, wie z.B. die Krankenversicherungen oder Institutionen in der Psychiatrie.

Das Problem ist allerdings, dass den Beamten der Stadtverwaltung einerseits die notwendige inhaltliche Expertise für unsere Zielgruppen fehlt, sie bleiben damit inhaltlich konzeptionell abhängig von den großen Institutionen im Gesundheitswesen/Psychiatrie. Andererseits verharren die Kommunen in marktwirtschaftlichen Begrifflichkeiten, die bei der Beurteilung von Konzepten voll durchschlägt. Das hartnäckige Reden in Begriffen wie Produkte, Leistungsindikatoren, Zähleinheiten, Angebot und Nachfrage(orientierung) verdrängt notwendigerweise Begriffe wie Bedürfnisse und (Hilfs)Bedürftigkeit, Schwachheit/Ohnmacht/Ausgeliefertheit/Entmächtigung, Unterstützung, Solidarität usw. Damit werden einerseits trotz einer wohlwollenden Haltung auch alternativen Projekten gegenüber (trotz einem Sprachgebrauch, in dem ‚empowermentartige‘ Hilfe, Unterstützung usw. extra betont wird) durch die Hintertür nicht nur im breiten Umfang Sparmaßnahmen durchgeführt, und es wird andererseits in verstärktem Maße über die Köpfe von Betroffenen hinweg gehandelt. Wir sehen uns schließlich mit noch mehr bürokratischen und administrativen Maßnahmen konfrontiert als bisher. Die Frage stellt sich spätestens hier, inwiefern trotz aller guten Intentionen sich unsere Arbeit nicht ins Gegenteil verkehrt, zumal wesentliche Tätigkeiten wie z.B. die Betreuungszeit für Teilnehmende und MitarbeiterInnen und die Auswertung bzw. Reflexionsarbeit systematisch in den Freizeitbereich hineingeschoben werden müssen.

Es scheint, als ob die eigentlichen für alle Beteiligten wichtigen, wirksamen und notwendigen Arbeiten nur noch im inoffiziellen bzw. ehrenamtlichen Bereich stattfinden können. Damit höhlt aber diese Praxis tendenziell die eigene Existenz immer mehr aus (siehe dazu auch Holzkamp, 1997, S. 370).

Die Stadtverwaltung zeigt Interesse an der Entwicklung von Multiloog in verschiedenen Stadtteilen in Amsterdam. Gleichzeitig werden im Rahmen von ‚Re-integrations‘ und- Aktivierungsmaßnahmen Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger (ein wichtiger Teil unserer Zielgruppe) immer mehr unter Druck gesetzt, Angebote zu akzeptieren (mit Androhung und auch tatsächlichem Entzug der Sozialhilfe; in der Praxis wird das oft als konkrete Zwangsarbeit erfahren). Die Gefahr ist groß, dass Multiloog in diesem Kontext als ein geeignetes Instrument fungiert, um bestimmte, für die Behörden bisher schwierig erreichbare, Zielgruppen anzusprechen und damit die Arbeit in ihr Gegenteil verkehrt wird, falls diese Gefahr nicht beachtet wird.

Literatur

- Fried, Barbara u.a. (Hrsg.): Erkenntnis und Parteilichkeit: Kritische Psychologie als marxistische Subjektwissenschaft. Bericht über den 4. Kongress Kritische Psychologie, 6. bis 9. Februar 1997, an der Freien Universität Berlin. Berlin-Hamburg 1998
- Herderscheé, Gijs: Minister will maximale concurrentie in de zorg. In: De Volkskrant, 27.1./2011
- Holzcamp, Klaus: Praxis – Funktionskritik eines Begriffs. In: ders.: Schriften I. Normierung, Ausgrenzung, Widerstand. Hamburg 1997, 355-384
- ders.: Psychologie: Selbstverständigung über Handlungsbegründungen alltäglicher Lebensführung. In: Forum Kritische Psychologie 36, 1996, 7-112
- Hoffmann, Michaela: „Gestaltung von Verständigungsprozessen“. Das niederländische Modell der Multiloog-Treffen. Interview mit Heinz Mölders. In: Soziale Psychiatrie Nr. 129, 2010, Heft 3, 26-29 (Rundbrief der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie)
- Kalpein, Jochen: Gesetzliche und institutionelle Bedeutungsaspekte von Psychotherapie und Beratung. In: Fried u.a. 1998, 189-202
- Katsch, Nadja: Thesenpapier zur AG „Therapie-Widersprüche“. In: Fried u.a., 1998, 185-189
- Keupp, Heiner: Sozialpsychiatrie im Gegenwind. In: Forum Kritische Psychologie 51, 2007, 13 – 24
- Mölders, H.: Gestaltung von Verständigungsprozessen, Interview in: Soziale Psychiatrie, Köln: Nr. 129, 2010, Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. pp 26-29
- Mölders, H.: The process of developing an improved understanding: Experiences with a communication project on mental suffering, in: Boog, B., Coenen, H. en Keune, L. (eds.): Action Research Empowerment and reflection. Tilburg: Dutch University Press, 2001, pp.147-174.
- Petry, Detlef: Beseelung und Verwaltung: die niederländische Sozial- und Rechtspolitik und ihre Auswirkung auf psychisch kranke Bürger und ihre Helfer. In: Sozialpsychiatrische Informationen, Jg. 37 (2007), 6–11 bzw. Deviant Nr. 54
- Wulff, Erich: Der marktwirtschaftliche Überfall auf die Psychiatrie. Zum Vorrücken-des neoliberalen Zeit- und Sprachregimes- In: Forum Kritische Psychologie 51, 2007, 6– 12