

Heiner Keupp

Von der „fürsorglichen Belagerung“ zur „eigenen Stimme“ der Betroffenen

Ein Vierteljahrhundert Psychiatriereform

Im Jahre 1972 sind meine ersten beiden Bücher erschienen, die sich mit sozialpsychiatrischen Themen befaßten (Keupp 1972a; b). Ein Vierteljahrhundert später erhalte ich die Gelegenheit, einige einführende Gedanken zu einem Buch beizutragen, in dem vor allem Betroffene und psychiatrieerfahrene Menschen zu Wort kommen. Diese Gelegenheit möchte ich dazu nutzen, eine eher persönliche Bilanz eines Vierteljahrhunderts Psychiatriereform zu ziehen, Entwicklungslinien und Denkbewegungen aufzuzeigen.

Lange hat es gedauert, bis ich die Realitäten der psychiatrischen Versorgung in spezifischen Ausschnitten wahrnehmen konnte. Im Zuge der eigenen Professionalisierung zum Psychologen, der seine politische Sozialisation in der Studentenbewegung mit seiner Suche nach einer fachlichen Identität in der Psychologie verbinden wollte, war mein Einstieg zunächst eine Kopfgeburt. Die Politisierung im Zuge der Studentenbewegung hatte zur Folge, daß kein Winkel unserer Gesellschaft von einer gesellschaftskritischen Durchleuchtung ausgespart blieb. Die Klinische Psychologie schien zunächst auf der „guten Seite“: Sie wollte ja das Leid der Menschen verringern. Aber diese naive HelferInnenattitüde konnte einer kritischen Analyse nicht standhalten. Ins Visier gerieten vor allem die psychologische Isolation der Menschen von ihrem sozialen Kontext, wie sie sich in den Menschenbildern, in der Psychodiagnostik und vor allem auch in einem Krankheitsverständnis ausdrückte, das das Leid der Menschen ausschließlich auf Verursachungsgründe in den Personen reduzierte. Des weiteren wurde das Hilfeselbstverständnis dekonstruiert: Was als professionelle Hilfe zu einer besseren Lebensbewältigung angesehen worden war, wurde

jetzt als Anpassungsstrategie an eine repressive Gesellschaftsordnung entlarvt. Die Analysen wurden in dem Maße radikaler, wie auch das Elend der psychiatrischen Versorgung in unser Blickfeld geriet. Hier kam zu dem neurotischen Elend vor allem der Mittelschichten, aus denen wir mehrheitlich selbst kamen, eine brutale gesellschaftliche Realität hinzu, die geradezu auf eine Skandalisierung wartete. Jetzt hatten wir in unserem eigenen professionellen Handlungsfeld Belege für die menschenverachtende und -zerstörende Qualität einer Gesellschaftsordnung gefunden, für die einzig und allein die „Logik des Kapitals“ bestimmend war.

Die professionelle Komplizenschaft mit dem spätkapitalistischen System von Ausbeutung und Herrschaft sollte radikal aufgekündigt werden. Es bestand die gemeinsame Überzeugung, daß eine repressive und auf Klassenunterschieden beruhende Gesellschaft Menschen psychisch und gesundheitlich verkrüppeln muß. In den sozialepidemiologischen Befunden habe ich einen Beleg für das gesehen, was wir als „Klassengesellschaft“ zu benennen gelernt hatten. Am meisten hat mich die Tatsache empört, daß die Gruppen in der Bevölkerung, die per saldo die höchsten Belastungen mit psychischem Leid erfahren, die schlechtesten Chancen auf adäquate Hilfeformen hatten. Diese Befunde zeigten in harten Zahlen das auf, was Christian von Ferber (1971) die „gesundheitspolitische Hypothek der Klassengesellschaft“ genannt hat. In meinem Selbstverständnis als Wissenschaftler wollte ich diese Hypothek seriös aufzeigen und die daraus erforderlichen gesundheitspolitischen Maßnahmen ableiten (Keupp 1974).

Noch immer befinden wir uns in der Phase der Kopfgeburt. Die Situation psychiatrischer Patienten kannten wir im wesentlichen aus den skandalisierenden Medienberichten, aus seltenen Besuchen in den Anstalten, in die man allerdings auch kaum hineinkam. Das in Bildern transportierte Elend von LangzeitpatientInnen in den Anstalten rubrizierten wir unter dem Konzept der „Hospitalisierung“. Die Lektüre von Erving Goffmans (1972) eindrucksvollem Buch *Asyle* gab uns eine wissenschaftlich seriöse Begründung für die Bilder.

In der Psychiatrie „internierte“ Personen waren in unseren Diskursen ständig präsent, aber sie waren Konstrukte unserer eigenen Theoriebildung. Sie erfüllten eine wichtige Funktion in unserer eigenen Deutung spätkapitalistischer Lebensverhältnisse. Sie erschienen uns als Symptom einer kapitalistischen Gesellschaftsordnung, die die Menschen mit ihren Konsumprodukten und ihrer „Kulturindustrie“ mit Haut und Haar, ohne widerständigen Rest, integrierte. Die durchgängige Entfremdung konnte in einer solchen – von Herbert Marcuse treffend auf den Begriff gebrachten – „eindimensionalen Gesellschaft“ nicht mehr reflektiert werden, sie wurde zur Normalitätserfahrung. Es kam zu einer intensiven Debatte über Normalität und Abweichung, über die „Pathologie der Normalität“, über „gute Gründe“, in einer „verrückten Gesellschaft“ verrückt zu werden, und über politische und ökonomische Gründe der Ausgrenzung von gelebter Differenz. Mein fachwissenschaftlicher Beitrag zu dieser Debatte wurde meine Habilitationsschrift (Keupp 1976). Die Bücher von Laing, Cooper oder Basaglia wurden in Riesenaufgaben verkauft, sie wurden zu Kultbüchern weit über die Fachszene hinaus. Es gab einen Diskurs zur Überwindung (klein-)bürgerlicher Normalitätsgehäuse, und die „Verrückten“ wurden als Avantgarde idealisiert, die sich bereits auf eine „Reise“ begeben hatte, auf der wir ihr möglichst bald nachfolgen sollten. Es war bereits ein intensiver Diskurs über die Bedingungen einer lebhaften multikulturellen Gesellschaft, obwohl wir damals diesen Begriff noch nicht hatten. Es war jedoch weitgehend ein projektiver Diskurs, der ohne dialogische Bezüge zu den Psychiatrieerfahrenen auskam.

Aus der Kopfgeburt wurde dann doch langsam Praxis. Aus der rein psychiatriekritischen sind wir in eine psychiatriestaltende Phase eingetreten. In der notwendigen Politik der „kleinen Reformschritte“ sind viele nicht mehr mitgegangen, für die die Antipsychiatrie vor allem eine kulturevolutionäre Bewegung war, eine Politik der Lebensstile und Alltagskultur; aber die Utopie einer veränderten Gesellschaft, in der Ausgrenzung von Dissenz und Differenz überwunden, in der Verrücktheit und Anderssein normalisiert werden könnten, war uns noch nicht abhanden gekommen. Manche Konflikte im

psychiatriepolitischen Reformverband, der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), gingen genau um diese Fragen. Die großen Worte wie *Deinstitutionalisierung* (Auflösung der „Irrenhäuser“) oder *Rekommunalisierung psychischen Leids* wurden zu Reizworten, weil sie von einem utopischen Überschuß getragen wurden, der mehr wollte als technisch-quantitative Lösungen. Vielleicht verloren diese Debatten auch deshalb an Schwung und Bedeutung, weil sie keine kommunizierende Verbindung mehr zu einer breiteren soziokulturellen Öffentlichkeit hatten. Unsere utopischen Energien hatten sich im wesentlichen aus dem Hoffnungspotential gespeist, daß die „real existierende Bundesrepublik“ und ihr aus ökonomischer Potenz gespeister „Krämergeist“ nicht das „Ende der Geschichte“ sein würde.

Neben den projektiven Identifikationen gab es noch eine andere Haltung, die scheinbar eine große Faszination an psychisch Kranken ausdrückte und die trotzdem die reale Begegnung vermied. Es war ein ästhetisierender Bezug. Die Kunst- und Kulturszenen der fortgeschrittenen Industriegesellschaften haben sich schon in den 20er Jahren für die künstlerische Arbeit von psychisch Kranken interessiert, und dieses Interesse ist eher größer geworden. In den kreativen Schöpfungen sah man Ausdrucksgestalten von inneren Wirklichkeiten, die aus den rationalistischen Normalitätsbezirken an- und eingepaßter Bürger ausgeblendet und deshalb bei ihnen verschüttet sind. In der Esoterik der Kunstbetrachtung war die Begegnung mit Repräsentationen des „inneren Auslandes“ möglich, aber die reale Begegnung mit ProduzentInnen der Bilder ist vermieden worden. Es war Zulassung von Ambivalenz in dosierter und jederzeit wieder abstellbarer Form.

Die Realität der psychiatrischen Versorgung war offensichtlich durch hohe Wahrnehmungsbarrieren verstellt. Eine war durch das NS-Erbe begründet. Die Beteiligung führender Repräsentanten der Psychiatrie an den nationalsozialistischen Euthanasieprogrammen war mehr als 30 Jahre kaum ein Thema. Aber im kollektiven Unbewußten hat das Konstrukt vom „lebensunwerten Leben“ seine Ordnungsfunktion behalten: Eltern geistig behinderter Kinder hatten Angst

vor Ächtung und Vernichtung; Angehörige psychisch Kranker haben unter den Alltagsbelastungen im Arrangement mit ihren „verrückten“ Eltern, Kindern oder EhepartnerInnen weniger gelitten, als unter den gesellschaftlichen Ängsten vor Menschen, die sich in die alltägliche Ordnung der Dinge nicht zu fügen vermögen.

Wie tief dieses nur unzureichend bearbeitete NS-Vernichtungsprogramm für psychisch Kranke noch in den Erlebnismustern der Menschen wirksam ist, ist mir 1984 erst so richtig bewußt geworden. Die Bayerische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, in deren Vorstand ich zu dieser Zeit aktiv war, hatte zusammen mit anderen Organisationen die Ausstellung *Heilen und Vernichten im deutschen Faschismus* nach München geholt. Im Rahmenprogramm dieser Ausstellung hatten wir auch einen Vortrag mit dem greisen Gerhard Schmidt veranstaltet, der von der amerikanischen Besatzung 1945 zum kommissarischen Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing / Haar bei München eingesetzt worden war. Er hatte in einem nüchternen Tatsachenbericht festgehalten, was er bei seinem Dienstantritt vorfand und was er durch Dokumente und Zeugenbefragung über Art und Ausmaß des organisierten Mordes an psychisch Kranken herausfinden konnte. Er hatte in den 50er Jahren große Mühe, überhaupt einen Verlag für seine Dokumentation zu finden. Erst Anfang der 80er Jahre wurde sein Buch einem breiteren Publikum bekannt (Schmidt 1983). Zu der Veranstaltung mit Herrn Schmidt kamen sehr viele Menschen, darunter eine Reihe von älteren Personen, die ich bei einer Veranstaltung dieses Typs noch nie gesehen hatte. Nach dem Vortrag meldete sich unter anderem auch eine Frau, die den ehemaligen Anstaltsleiter annähernd 40 Jahre nach dem Ende des Nationalsozialismus mit unsicherer Stimme fragte, ob er wüßte, was aus dem Kind ihrer Freundin geworden sei. Sie nannte den Namen des Kindes und sagte, daß ihre Freundin nicht wüßte, wie ihr Junge gestorben sei und sich auch nicht getraut hätte, sich darüber bei der zuständigen Behörde Auskunft erteilen zu lassen. Natürlich konnte der alte Herr diese Frage nicht beantworten. Aber sie verfolgt mich bis heute. Welche tiefen Spuren haben diese psychiatrisch legitimierten und voll-

zogenen Massentötungen von psychisch Kranken in der deutschen Bevölkerung hinterlassen? Die Ängste sind 1945 nicht verschwunden, sondern sie haben bis in die Gegenwart eine Art unbewußter Kontaktsperre zu psychisch Kranken aufgebaut.

Sie war sicherlich auch ein Grund, warum die menschenunwürdigen Zustände in den psychiatrischen Anstalten in der Nachkriegszeit gesellschaftlich bis Ende der 60er Jahre kaum wahrgenommen wurden. Eine von ihrer Aufbaumentalität geprägten Gesellschaft, die ihre Aufbauleistungen stolz vorzeigte, die von einer erstaunlichen wirtschaftlichen Prosperität geprägt war, ließ es zu, daß sich der Zustand in den psychiatrischen Institutionen kaum von dem der Vorkriegszeit unterschied. Erst die Initiative einiger reformorientierter Fachleute und engagierter Politiker führte dazu, daß 1969 vom Deutschen Bundestag eine Kommission eingesetzt wurde, die einen Veränderungsprozeß einleiten sollte. Und sie hat einen solchen Prozeß tatsächlich in Gang setzen können.

Das Hauptziel dieses Reformprozesses war die Modernisierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, die in dem Zustandsbild der 50er und 60er Jahre als Schandmal in einem ansonsten so fortgeschrittenen wohlfahrtsstaatlich geprägten Land wie der BRD in Erscheinung treten mußte. Die damalige Expertenkommission hat den Modernisierungsauftrag mit jener technokratischen Gründlichkeit übernommen und ausgeführt, die dem sozialliberalen Planungshorizont der 70er Jahre entsprach. Orientiert war diese Planung an den international führenden Versorgungsmodellen. Herausgekommen ist der Plan für ein lückloses Netz, das über alle psychosozialen Krisenherde und Problemlagen geworfen werden sollte. Psychisches Leid sollte von einem System „fürsorglicher Belagerung“ eingefriedet werden. Die Enquete hat an keiner Stelle den Anspruch einer Strukturreform erhoben: Das Prinzip der Deinstitutionalisierung anstaltsförmiger Internierungssysteme und einer radikalen Rückverlagerung psychosozialer Hilfen in die Lebenswelt war nicht formuliert worden. Ebenso wenig gab es einen strukturellen Bruch in der Deutung psychischen Leids: Das „medizinische Modell“ blieb das Leitmodell.

Als Modernisierungsprojekt kann sich die Psychiatrie-Enquete durchaus sehen lassen. Die Kliniken sind mittlerweile in einem rundherum vorzeigbaren Zustand. Eine Verkleinerung der Großkrankenhäuser wird fast überall stolz vermeldet. Auch Sozialpsychiatrische Dienste gehören schon beinahe zur Grundausrüstung vieler Regionen. Das Modernisierungsprogramm wäre in noch größerem Umfang realisiert worden, wenn es nicht von der ökonomischen Krise eingeholt worden wäre, die sich schon Mitte der 70er Jahre abzuzeichnen begann.

Modernisiert wurde das psychiatrische Versorgungssystem, aber kam es wirklich zu einer Strukturreform? Diese Frage wurde von uns eher verneint. Die Unterscheidung zwischen Modernisierung und Strukturreform ist von zentraler Bedeutung. In manchen Klagen aus dem Lager der Psychiatriereformer läßt sich heraushören, daß die fiskalische Krise und die „Wendepolitik“ ein echtes Reformprojekt um seine Realisierungschance gebracht hätten. Aber nur wenn wir uns von diesem Mythos lösen können, können wir aus den Erfahrungen der vergangenen Jahren auch lernen. Da ist durchaus eine Chance gegeben, die Reformkonzepte noch einmal zu reflektieren.

Die Anstalt ist gestärkt aus dem Modernisierungsprojekt hervorgegangen. Vor allem konservative Kliniken präsentieren sich wieder mit ungebrochenem oder zurückgewonnenem Selbstbewußtsein der Öffentlichkeit. Sie sind sich ihrer gesellschaftlichen Nützlichkeit und Notwendigkeit wieder sicher. Die zunehmenden Aufnahmezahlen liefern alltäglich das stärkste Argument für ihre Unverzichtbarkeit. Die tiefe gesellschaftliche Spaltung, die sich durch die bundesrepublikanische Gesellschaft zieht und durch die neokonservative Politik verschärft wird, hat die klassischen gesellschaftlichen Kontrollstrukturen revitalisiert, von deren Verschwinden in den wohlfahrtstaatlichen Utopien der 70er Jahre schon gesprochen wurde. Der für die Psychiatrie seit ihrer gesellschaftlichen Etablierung so grundlegende Zusammenhang von Not und Leid, Armut und psychischen Störungen ist wieder sichtbar geworden. Die innere Militarisierung der bundesrepublikanischen Gesellschaft (etwa im Setzen auf Stärke,

Härte, Leistungsbereitschaft und Elite) führt mit Notwendigkeit zur Regeneration des Kontrollmandats der Psychiatrie. Die Sogwirkung der Anstalt, ihr Prinzip des gesellschaftlichen Ausschlusses, droht auch die wenigen Alternativstrukturen, die in den letzten Jahren entstanden sind (z. B. Sozialpsychiatrische Dienste oder Therapeutische Wohngemeinschaften), ihrer Hegemonie zu unterstellen.

Der größte Fehler der Psychiatrie-Reformbewegung der Bundesrepublik war wohl, daß sie sich fast ausschließlich für eine bessere *Versorgung* von Menschen mit psychischen Problemen eingesetzt hat, nicht aber für eine *Befreiung*. Es wurde versucht, den Versorgungspol der Psychiatrie zu stärken und dadurch den Kontrollpol zurückzudrängen. Der Doppelcharakter von Hilfe und Kontrolle, der für die Psychiatrie von Beginn an konstitutiv ist, konnte dadurch nicht außer Kraft gesetzt werden. Je weniger Ressourcen für eine angemessene Versorgung verfügbar sind, desto deutlicher zeichnet sich wieder die häßliche Fratze der Kontrolle ab. Das zwingt zu der schmerzlichen Einsicht, daß „fürsorgliche Belagerung“ im Sinne umfassender therapeutischer Normalisierungsprogramme die Kontrolldimension nicht auflösen konnte. Gegenwärtig tritt die fürsorgliche Komponente immer mehr in den Hintergrund und es bleibt die Belagerung jener Menschen, die in den herrschenden Normalitätshorizont nicht hineinpassen oder sich diesem entziehen. In einigen neueren Psychiatriegesetzen der Bundesländer (am ausgeprägtesten wohl im bayerischen Unterbringungsgesetz) steht der Schutz der Öffentlichkeit (besser: der „öffentlichen Ordnung“) vor störender Devianz im Vordergrund.

Persönlichkeits- und Bürgerrechte der psychiatrisch Internierten waren zunächst überhaupt kein Thema. Auch in der Reformszene zeigte sich, daß es in der BRD kaum eine Bürgerrechtstradition gibt. Inzwischen hat allerdings das neue Betreuungsrecht eine verbesserte gesetzliche Form der Absicherung eines besonderen Persönlichkeitsschutzes für psychiatrische Patienten geschaffen.

Angesichts einer spürbaren Lähmung in der professionellen Reformszene sind es gegenwärtig vor allem einige Gruppen von Psychiatriebetroffenen, von denen Veränderungsim-

pulse ausgehen, und diese sind für Professionelle oft alles andere als bequem. Es werden einerseits elementare Menschenrechte eingeklagt (z. B. das Recht auf Ablehnung jeder Form von Zwangsbehandlung) und andererseits die materiellen Voraussetzungen für selbstbestimmte und -organisierte Lebensformen gefordert, die nicht unter professioneller Anleitung oder Aufsicht stehen sollen. Diese Forderungen geraten oft in Widerspruch zu dem, was von professionellen Helfern für notwendig gehalten wird (im „wohlverstandenen Interesse“ der Patienten, wie wir dann zu sagen pflegen). Diese Widersprüche werden sich nie völlig auflösen lassen. Für professionelle Helfer wäre es eine wichtige Einsicht, daß durch die Stärkung von Selbstorganisation – oder *Empowerment*, wie es in den USA heißt – und durch das Einklagen von Menschenrechten der zunehmenden staatlichen und administrativen Kontrollmacht wirksame Elemente von Gegenkontrolle erwachsen können. Progressive Professionelle werden sich für neue Bündnisse öffnen und sich von ihrem professionellen Mythos trennen müssen, daß sie stellvertretend für die Betroffenen und ihre Angehörigen „zu ihrem Besten“ handeln könnten.

Für mich ist diese Einsicht engstens mit einer traumatischen politischen Erfahrung verbunden. An einem Wochenende Ende 1984 hatte die Bundesarbeitsgemeinschaft der Grünen zu einer psychiatriepolitischen Tagung nach Berlin geladen. Endlich sollten Eckpunkte für ein psychiatriepolitisches Programm der entstehenden neuen Partei formuliert werden. Die Psychiatriereformer der Bundesrepublik kamen voller Hoffnung zu dieser Tagung, endlich eindeutige und radikale Reformpositionen im politischen Raum vernehmbar artikulieren zu können, und sie erlebten doch ein spezifisches Waterloo. Ich hatte mir eine Reihe von Punkten überlegt, die ich in das geplante Programm einbringen wollte. Letztlich bin ich stumm geblieben. Warum? Zu dieser Tagung waren auch Betroffenen-Initiativen geladen worden. Und den Tagungsort nutzte vor allem die Berliner Irrenoffensive. Allein ihre Existenz war ja schon ein Grund zur Revision von Positionen, die damals auch in der Reformszene geteilt wurden. Michael Lukas Moeller, damals meist als Selbsthilfe-Moel-

ler titulierte, hatte mit der Autorität des Experten betont, daß psychisch Kranke aufgrund ihrer spezifischen psychischen Verfassung nicht „selbsthilfefähig“ seien.

Nun begegneten wir da einer handlungsmächtigen Gruppe von psychiatrieerfahrenen Menschen. Dieser Überraschung folgte die Traumatisierung. Diese Gruppe sah nicht die „böse Gesellschaft“ oder die „böse Psychiatrie“ als ihre Hauptgegner an, sondern Leute wie uns, die für sich einfach ungeprüft von der Unterstellung ausgingen, daß sie die legitimen Interessenvertreter der psychisch Kranken seien. Sie konfrontierten uns mit dem Vorwurf, daß sie die fürsorgliche Form der Entmündigung, die sie vor allem von sozialpsychiatrisch orientierten Professionellen erfahren würden, als besonders raffinierte Repression erleben würden. Warum würden wir sie, als die eigentlichen ExpertInnen, nicht fragen, was für sie gut und richtig ist? Sie forderten das Recht auf Selbstorganisation und sie forderten vor allem auch die sozialpolitischen Ressourcen dafür. Ihre Frage, warum wir die finanziellen Ressourcen für die Psychiatriereform immer nur dazu nutzen wollten, um unsere eigene Etablierung auszubauen, traf mich völlig unvorbereitet. Jedenfalls war ein wunder Punkt getroffen, und er hat eine tiefe Krise in meinem Selbstverständnis ausgelöst. Sie hat einen Lernprozeß angestoßen, der zumindest die Denkmöglichkeit eröffnet hat, daß wir Professionelle eigene Interessen haben, die nicht umstandslos mit denen der Betroffenen gleichzusetzen sind. Hier muß eine notwendige Differenzierung erfolgen, und erst dann entsteht die Chance, unsere professionelle Kompetenz zur Unterstützung und Ermutigung zur Selbstorganisation der Betroffenen einzusetzen, statt an ihrer Stelle zu handeln.

Mir ist klar geworden, daß wir Professionellen uns unsere therapeutischen, diagnostischen und versorgungstechnischen babylonischen Türme gebaut haben, die die unmittelbare Begegnung mit den oft befremdlichen inneren Erfahrungen und Lebenswünschen, die sich in psychischen Störungen äußern, verhindern. Der begonnene Dialog hat hier eine ganz neue Perspektive eröffnet. Psychiatrieerfahrene und Angehörige beginnen ihre Erfahrungen zu formulieren, und wir Professionelle beginnen, darauf zu hören. Dieses Zuhören-

lernen sowie die dialogischen und trialogischen Prozesse zu fördern ist der zentrale Sinn der *Empowerment*-Perspektive.

Unter dem Titel *Abschied von Babylon* fand 1994 der Weltkongreß für Soziale Psychiatrie in Hamburg statt. Er war von diesem trialogischen Prinzip bestimmt. Ich werde nie das große Abschlußplenum dieses Kongresses vergessen. Geplant waren eine Rückschau auf den Kongreß und noch drei abschließende Referate. Eines sollte ich halten. In der Rückschau auf die abgelaufene Kongreßwoche beteiligten sich immer mehr Psychiatrieerfahrene. Sie hatten viele kritische Anmerkungen zum Kongreß anzubringen, der natürlich noch immer sehr stark von einer professionellen Dominanzkultur bestimmt war. Aber sie drückten auch mit großer Selbstverständlichkeit ihre Zugehörigkeit zu diesem Kongreß aus. Der Zeitplan geriet gewaltig unter Druck, und so entschloß ich mich, auf meinen Vortrag zu verzichten. Die dadurch gewonnene Zeit konnte so für die eindrucksvolle Demonstration der trialogischen Beteiligungskultur genutzt werden.

Diese trialogische Beteiligungskultur prägt auch das Buch, zu dem ich diesen Beitrag geschrieben habe. Die Dominanz der ExpertInnen ist im Bereich von Psychiatrie und Sozialpsychiatrie sicher noch nicht auf breiter Basis überwunden, aber wir Professionellen haben die Beispiele für die Fähigkeit zur Selbstartikulationen und zur Selbstorganisation der Betroffenen anzuerkennen. Es sollte zum vornehmsten Ziel unserer professionellen Aktivitäten werden, diese Fähigkeit zu ermutigen und zu unterstützen.

Literatur

- Goffman, E. (1972). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Keupp, H. (Hrsg.) (1972a). *Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse*. München / Berlin / Wien: Urban und Schwarzenberg.
- Keupp, H. (1972b). *Psychische Störungen als abweichendes Verhalten. Zur Soziogenese psychischer Störungen*. München / Berlin / Wien: Urban und Schwarzenberg.

- Keupp, H. (Hrsg.) (1974). Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis. München / Berlin / Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Keupp, H. (1976). Abweichung und Alltagsroutine. Die Labeling-Perspektive in Theorie und Praxis. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Schmidt, G. (1983). Selektion in der Heilanstalt 1939–1945. Frankfurt: Suhrkamp.