

Gesetzesentwurf der Bundesregierung zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen – Drucksache 16/10808, S. 21-25

Eurich, Johannes: Soziale Gerechtigkeit für Menschen mit Behinderung. Vortrag im Institut Mensch, Ethik, Wissenschaft am 10.3.2009 in der Reihe „Friedrichshainer Kolloquium“. In: www.imew.de/fileadmin/Dokumente/Volltexte/FriedrichshainerKolloquien/Eurich_SozialeGerechtigkeit.htm (Abruf: 20.6.2009)

Freyhoff, Geert u.a. (Hrsg.): Included in Society – Ergebnisse und Empfehlungen der europäischen Studie über gemeinde-nahe Wohnangebote für Menschen mit Behinderungen. Brüssel 2004

Kittay, Eva Feder: Behinderung und das Konzept der Care Ethik. In: Graumann Sigrid u.a. (Hrsg.): Ethik und Behinderung. Ein Perspektivenwechsel. Frankfurt am Main 2004, S. 67-80

Kurzke-Maasmeier, Stefan: Aktivierende Soziale Arbeit im reformierten Sozialstaat. Professionelle Herausforderungen und sozialethische Kritik. In: Kurzke-Maasmeier u.a. (Hrsg.): Baustelle Sozialstaat! Sozialethische Sondierungen in unübersichtlichem Gelände. Münster 2006, S. 111-128

Lachwitz, Klaus: UN-Konvention soll deutsches Recht werden – sie gibt wichtige Impulse. In: www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/artikel/un-konvention-soll-deutsches-recht.php?listLink=1 (Abruf: 20.6.2009)

Lob-Hüdepohl, Andreas: Autonomie und Soziale Menschenrechte in der Pflege – Ethische Grundsatzbemerkungen. In: Fix, Elisabeth; Kurzke-Maasmeier, Stefan (Hrsg.): Das Menschenrecht auf gute Pflege. Selbstbestimmung und Teilhabe verwirklichen. Freiburg im Breisgau 2009, S. 33-46

Maaser, Wolfgang: Normative Diskurse der neuen Wohlfahrtspolitik. In: Dahme, Heinz-Jürgen u.a. (Hrsg.): Soziale Arbeit für den aktivierenden Staat. Opladen 2003, S. 17-36

Mulcahy, Frank: Future of Social Services in Europe – how it concerns disabled people. In: Observatorium für die Entwicklung der sozialen Dienste in Europa: „The future of social services in Europe“. Brüssel 2001, S. 84-89

Netzwerk Artikel 3 e.V.: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Schattenübersetzung des Netzwerk Artikel 3 e.V.: Korrigierte Fassung der zwischen Deutschland, Lichtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmten Übersetzung. Berlin 2009

Pohlmann, Rosemarie: Artikel Autonomie. In: Ritter, Joachim (Hrsg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie. Band 1. Basel 1971, S. 702-719

Rückholdt, Frank-Dietrich: Über das Recht aller Menschen, unter den Brücken zu schlafen ... Qualitätssicherung als Vermeidungsstrategie. Referat vom 25. Januar 2001 an der Fachhochschule Niederrhein. In: www.teamteachers.de/html/qm_als_vermeidung.html (Abruf: 20.6.2009)

Seifert, Monika: Inklusion ist mehr als Wohnen in der Gemeinde. In: Greving, Heinrich u.a. (Hrsg.): Inklusion statt Integration? Heilpädagogik als Kulturtechnik. Gießen 2006, S. 98-113

Steinhart, Ingmar: Praxis trifft Inklusion. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 1/2008, S. 29-34

Vock, Rubina u.a. (Hrsg.): Mit der Diagnose „chronisch psychisch krank“ ins Pflegeheim? Eine Untersuchung der Situation in Berlin. Frankfurt am Main 2007

Kommunikation in der psychosozialen Versorgung

Postmoderne Reflektionen

Gert Hellerich; Daniel White

Zusammenfassung

Kommunikation wird in diesem Artikel als eine wesentliche Ressource in der psychosozialen Versorgung gesehen. Professionelle, die sich dieser Ressource verpflichten, werden eine andere Umgangsform mit ihre Klientel pflegen als diejenigen, die ihre Hoffnung auf eine biotechnologisch ausgerichtete Psychiatrie setzen. Eine sozial ausgerichtete Psychiatrie sollte Kommunikation als zentrale Kategorie ihrer Tätigkeiten wertschätzen. Ziel sollte es sein, die Macht der Professionellen über die Patienten und Patientinnen, in welcher eine verdinglichte Ich-Es-Beziehung bestimmend ist, zu überwinden und kommunikative Ich-Du-Beziehungen aufzubauen. Diese alternative Form des Umgangs mit der Klientel zielt darauf ab, sie in ihrem lebensweltlichen Zusammenhang zu verstehen. Eine neue gesundheitsfördernde Praxis des Miteinanders kann sowohl in der professionellen psychosozialen Versorgung wie auch in Selbsthilfegruppen aktualisiert werden.

Abstract

In this article communication is viewed as an essential resource in psychosocial care. Professionals who commit themselves to work with this resource develop a different approach to their clients than those who set their hopes on a biotechnologically oriented psychiatry. A socially oriented psychiatry should consider communication as a central category of its practices. Its goal should be to discard the notion of professionals having power over their clients, which is based on a reified I-IT relationship, and to fashion a communicative I-You (I-Thou) relation instead. This alternative approach aims to understand clients in the context of their everyday experiences (their „life worlds“). This new practice fostering interpersonal health can be actualized in professional psychosocial care as in self-help groups.

Schlüsselwörter

psychisch Kranker – psychosoziale Versorgung – Kommunikation – Lebenswelt – Therapie – Psychiatrie – Kritik – Methode

Kommunikation: Die soziale Matrix der Psychiatrie

Vor einigen Jahrzehnten veröffentlichten der Psychiater *Ruesch* und der Kulturanthropologe *Bateson* ein Buch mit dem Titel „Kommunikation – die so-

ziale Matrix der Psychiatrie" (1991), das dem damaligen Zeitgeist der 1950er- und 1960er-Jahre ganz und gar nicht entsprach, denn es war die Epoche der aufkommenden Medikalisierung und die Ärzte und auch die Angehörigen des Psychiatrie-Erfahrenen wie auch teilweise die Patientinnen und Patienten selbst setzten ihre Hoffnung auf diese neu entwickelte Technologie. Dieser chemischen Technologie lag die Konzeption eines geistig oder psychisch Kranken zu Grunde, dessen krankhaftes Verhalten auf der individuellen biologischen Ebene gesucht wurde. Das Gehirn, das als menschliches Organ an und für sich gesehen wurde, sollte für das pathologische Verhalten verantwortlich sein, quasi ein genetischer Defekt, der zwar, das räumte die Psychiatrie ein, durch soziale Umweltfaktoren verstärkt oder abgeschwächt werden konnte. Das Gehirn wurde jedoch vom Ansatz her nicht als ein Beziehungsorgan konzipiert (siehe *Fuchs* 2007), das für die Beziehungen des menschlichen Organismus zu seiner Umwelt und für die Beziehungen zu anderen Menschen wesentlich ist, sondern als eine aus dem sozialen Netz herausgelöste Entität, die in sich das Pathologische trägt.

Es fehlt in der etablierten psychosozialen Versorgung bislang an der systematischen Sichtweise einer „Ökologie des Gehirns“ (*Fuchs* 2005) oder an der „Ökologie des Geistes“ (*Bateson* 1985). Sollte die Biotechnologie in der Zukunft triumphieren, wie unter vielen anderen auch der Psychiatrie-Historiker *Shorter* erwartet (*Shorter* 2003), dann werden die soziale Dimension – die Kommunikation – in der psychosozialen Versorgung und das Reformmodell des Biopsychosozialen weiter an Boden verlieren. Das soll nicht heißen, dass nicht weiterhin kommuniziert wird. *Watzlawick* betont: „Man kann nicht nicht kommunizieren“ (*Watzlawick* u.a. 1996, S. 53).

Auch *Gregory Bateson* bestätigt: „Jedes Verhalten ist Kommunikation“ (zitiert nach *Wilden* 1980, S. 1, siehe auch *Bateson* 1985, S. 366). Verbale und nicht-verbale Signale tragen fortwährend zur Kommunikation mit dem Mitmenschen bei. Jegliche Störung basiert in kommunikativer Sichtweise auf Störungen im sozialen Umfeld, jede Lebensgeschichte der als psychisch krank eingestuften Person ist in vielfältigen Kommunikationsprozessen mit deren Umgebung verwachsen und jedwede therapeutische Handlung bleibt immer noch ein kommunikativer Akt. Die Bedeutung dieser sozialen Ökologie verblasst in einem biotechnologischen Zeitalter. Dieser Aufsatz soll die Signifikanz des Kommunikativen in der psychosozialen Versorgung aus einer postmodernen Perspektive heraus erarbeiten.

Moderne Bio-Macht in der klassischen Psychiatrie: Vertikale Kommunikation

Nach *Foucault* wurden seit dem 17. Jahrhundert verschiedenste Techniken zur Unterwerfung des Körpers und seit dem 18. Jahrhundert regulierende Kontrollen der Bevölkerung entwickelt, die die Ära einer „Bio-Macht“ eröffneten. „Die Disziplinen des Körpers und die Regulierungen der Bevölkerung bilden die beiden Pole, um die herum sich die Macht zum Leben organisiert hat“ (*Foucault* 1977, S. 166). Auf der einen Seite wird die „Körper-Maschine“ dressiert, ihre Fähigkeiten werden gesteigert, ihre Nützlichkeit wird ausgebeutet und ihre Integration in die Macht-, Wissens- und Ordnungssysteme effizient vollzogen. Auf der anderen Seite werden die Fortpflanzung, die Geburtenrate und das Gesundheitsniveau der Bevölkerung gesteuert. Der lebende Körper wird von den Bio-Mächten besetzt und bewertet, um nützliche Menschen zu produzieren. Bei den als Irren und Geisteskranken bezeichneten Menschen versagen die „Ingenieure der Menschenführung“ oder die „Orthopäden der Individualität,“ in ihrem Bemühen, für die Gesellschaft taugliche und nutzbringende Körper-Maschinen herzustellen (*Foucault* 1976, S. 379). Sie werden als „dysfunktional“ und „unvernünftig“ (*Foucault* 1973) eingestuft, auf die die Regeln normaler bürgerlicher Interaktionen und Kommunikationen nicht anzuwenden sind. Sie sind zum Gegenbild des Bürgers und der Bürgerin geworden (*Dörner* 1975a). Da die Irren als unvernünftig kategorisiert wurden, war eine auf der Vernunft gegründete Kommunikation mit ihnen undenkbar, was dazu führte, dass sie über Jahrhunderte zum Schweigen verdammt wurden. Und wenn sie sich artikulierten und wider die institutionellen Regeln sprachen, dann wurde dies gegen sie verwendet – es bestätigte ihre Krankheit.

Die Bio-Macht manifestiert sich in der klassischen Psychiatrie mit einigen Ausnahmen in einer durch Monologe geprägten Kommunikationspraktik, die sich in der Substanz kaum von anderen Praktiken der damaligen Zeit unterscheidet. Die Männer diktierten ihren Frauen, die Eltern ihren Kindern, die Lehrer ihren Schülern, die Professoren ihren Studenten, die Kapitalisten ihren Arbeitern, was richtig und was falsch war, was getan und was unterlassen werden sollte. Es bestand kein Autonomieanspruch, weder für das Kind, den Schüler noch den Arbeiter oder Irren. Ohne wechselseitige Bearbeitung des Problems, das heißt ohne dass sich der Patient im Gespräch äußern und seine perspektivische Einschätzung einbringen konnte, war es nicht möglich, an die Ökologie des Problems heranzukommen. Das psychosoziale Problem konnte nie erarbeitet und mit

ökologisch begründeten Lösungen versehen werden, weil es nie zu einer lebensgeschichtlichen Aufarbeitung kam. Da es kaum ein Gespräch zwischen Psychiatern und Patienten und Patientinnen gab, trugen diese ihre Biographie und ihre perspektivischen Deutungen und Wahrheiten mit sich herum bis ins Grab.

In der neueren Geschichte der Psychiatrie (zu Beginn des 20. Jahrhunderts) entdeckten wir eine italienische Frau mit dem Namen *Adalgisa Conti*, die 1913 in eine psychiatrische Anstalt eingewiesen wurde und nach 60 Jahren Verwahrung im Zuge der Umstrukturierung der Psychiatrie in Italien, das heißt deren Enthospitalisierung, als taub, gebrechlich und lethargisch entlassen und in einer anderen gemeindenahen Einrichtung untergebracht wurde.

Das Interessante an ihrem Fall ist, dass sie nach der Einweisung mehrere Briefe an ihren Psychiater geschrieben hatte. So wollte sie ihm ihre perspektivische Sichtweise und Wahrheit mitteilen, weil es wahrscheinlich in der Monologisierung der Psychiatrie nicht möglich war, mit dem Doktor ihre biographischen Probleme direkt an Ort und Stelle zu besprechen. Die Geisteskrankheit, mit der sie etikettiert wurde, wurde trotz dieser Briefe nie infrage gestellt. Es ist auch keinerlei Reaktion des Arztes dokumentiert, was uns zu der Annahme drängt, dass er entweder die Briefe gar nicht gelesen hatte oder sie las, aber als irre zur Seite legte, so dass sie bis zur Schließung der Anstalt dort abgeheftet und liegen blieben.

Warum reagierte der Psychiater nicht auf die deutlichen Worte des Briefes? Warum nahm er nicht den anderen Diskurs der Frau zur Kenntnis und setzte sich mit ihm auseinander? Die Briefe waren überzeugend verfasst und der Diskurs der Frau setzte an die Stelle der damals üblichen genetischen Sichtweise eine kommunikative Erklärung. Sie schrieb: „Er [*Probo*, ihr Ehemann] ging den lieben langen Tag seine eigenen Wege, vor allem sonntags, dann ging er mit Freunden auf die Jagd und abends zum Billard. Er war kalt und gleichgültig, küsste mich nie mit jener Wollust, die ich ersehnte, küsste er mich doch einmal, so glaube ich mehr aus Mitleid oder um seine Ruhe zu haben. Nachts kam er spät nach Hause, und oft weinte ich unter meiner Decke verborgen... Das Leben ist, ehrlich gesagt überhaupt nicht schön... *Probo* fand nie ein freundliches Wort oder Kompliment für mich“ (*Conti* 1978, S. 31-36). Hätte der Psychiater sich auf diesen sozialen Diskurs eingelassen, so hätte er über den damaligen psychiatrischen Schatten springen müssen, er hätte sowohl den psychiatrischen Monolog als auch die

genetische Wahrheit der seiner Patientin unterstellten Geisteskrankheit infrage stellen müssen. In diesem Fall ging es klar und deutlich um mangelnde Interaktionen und Kommunikationen zwischen den Eheleuten *Adalgisa* und *Probo Conti*, die sie in den Wahnsinn trieben. Ihre soziale Situation reflektierte die patriarchalischen Machtverhältnisse der damaligen Zeit Italiens. Eine sozialtherapeutische Aufarbeitung der Kommunikationsstrukturen und die darin verwurzelten Problemkonstellationen hätte hier wahrscheinlich verhindern können, dass eine Frau 60 Jahre ihres Lebens in psychiatrischen Anstalten verbringen musste.

Laing und *Esterson* haben in ihren Familienanalysen immer wieder auf gewisse pathologische Kommunikationspraktiken in der Familie hingewiesen (*Laing; Esterson* 1975). Ihre Analysen decken sich mit den Untersuchungen so genannter „double binds“ durch *Bateson* (1985), der die logischen und durch hierarchische Macht untermauerten Beziehungsstrukturen aufzeigte. Dabei widerspricht ein primäres negatives Gebot (Du musst dich befreien) einem sekundären (Du darfst dich nicht befreien), das mit dem ersten konfligiert und wie das erste durch Strafen oder Signale verstärkt wird, und ein tertiäres negatives Gebot verbietet es dem Individuum, dem Schauplatz zu entfliehen. Diese kontradiktorischen Kommunikationsstrukturen beruhen auf ungleichförmigen Machtkonstellationen in der Familie. Diese können, wie *Laing* (1976) zeigt, schwerwiegende Leidensgeschichten zur Folge haben.

Peter, einer der Klienten *Laings*, hatte solche negativen Erfahrungen in der Familie gemacht. Er ging mit seiner Problematik vom praktischen Arzt zum Psychiater, ohne dass ihm geholfen wurde, denn das durch bestimmte negative Kommunikationsstrukturen entstandene lebensweltliche Problem konnte von ihnen nicht verstanden werden, ohne auf *Peters* Lebensgeschichte einzugehen. *Peter* behauptete, dass er übel rieche, obwohl die Professionellen der gegenteiligen Meinung waren. Deren Schlussfolgerung war daher, dass etwas mit ihm nicht stimme, er psychisch krank sei. Nachdem *Laing* mit ihm zusammen seine Lebensgeschichte aufgearbeitet hatte, wurden ihm die pathologischen Kommunikationsstrukturen der Familie klar, denn er war nicht erwünscht und wurde als „Ekel“, „Nichtsnutz“ und „Mehlsack“ bezeichnet (*ebd.*, S. 152). Er entwickelte im Laufe seiner Sozialisation das Gefühl der Wertlosigkeit und den Glauben, kein Recht in dieser Welt zu haben, Raum auszufüllen. Er war der Überzeugung, dass „der Stoff, aus dem er gemacht war, faulig sei“.

Der positivistische Blick der klassischen Psychiatrie konnte das komplexe psychosoziale Problem nicht durchschauen, da sie von der Annahme ausgegangen war, dass menschliches Verhalten von der physischen Kausalität bestimmt sei. *Mumford* zeigt in seinem Buch „Mythos der Maschine“ (1984), wie die modernen Wissenschaften die „primären“ statt die „sekundären“ Ursachen als zentral für ihre Erkenntnisprozesse bezeichneten. Die ganze Erfahrungswelt des menschlichen Subjekts wurde als „sekundär“ betrachtet, wissenschaftlich abgewertet und aus dem Bereich der primären Kausalität herausgelöst.

Bei *Skinner* ist solch ein positivistischer psychologisch-psychiatrischer Blick nicht zu übersehen, denn bei ihm werden Verhaltensweisen durch sichtliche Verstärkungsmechanismen und nicht durch sekundäre Ursachen geprägt (*Skinner; Walden* 2002). Aber auch *Freud* (1893) und *Bleuler* (1916) sahen die „hysterischen“ Symptome oder „psychologischen“ Beschwerden als Effekte des als primär konstruierten „psychischen Mechanismus“. Ärztliche Diagnosen, die das sekundäre Element in der Kausalitätsaufbereitung ignorieren, vergessen das lebensweltlich subjektive Element und behandeln folglich die Menschen wie „Dinge“ und sind, wie an den Beispielen *Adalgisa* und *Peter*, nicht in der Lage, deren psychosoziale Problemstrukturen zu erkennen. Für die klassisch ausgerichteten Ärzte war es nicht notwendig und sinnvoll, einen Kommunikations- beziehungsweise Informationsaustausch zur Erklärung und Behandlung des psychosozial abweichenden Verhaltens herbeizuführen.

Mit *Bateson* dagegen wäre es sinnvoll, statt der kausalen Erklärung, die gewöhnlich positiv ist, eine kybernetische Erklärung zu finden, die immer negativ ist. „Wir erwägen, welche alternativen Möglichkeiten denkbar gewesen wären, und fragen dann, warum viele der Alternativen nicht eingetreten sind, so daß das besondere Ereignis eins von den wenigen war, die in der Tat auftreten konnten“ (*Bateson* 1985, S. 515). Postmodern gesehen ist die Freiheit des einzelnen Menschen oder seine selbstgestaltete Subjektivität, sowohl seine Interpretationen, seine Perspektiven als auch sein Wille zum Abweichen, entscheidend für die Erklärung seiner Verhaltensweisen. Eine primärkausale Erklärung greift zu kurz, weil sie das Lebensweltliche und Subjektive ausblendet; sie ist daher nicht ausreichend für den komplexen Sachverhalt psychosozialer Probleme (*White; Hellerich* 1998, S. 7). Es ist die subjektive, perspektivische Welt der *Adalgisa* und *Peters*, die nach *Bateson* „die elementare Informationseinheit“

darstellt, die *einen Unterschied ausmacht*.“ „Ich gebe Ihnen nun zu bedenken, daß das Wort ‚Idee‘ in seinem elementarsten Sinne mit ‚Unterschied‘ synonym ist“ (*Bateson* 1985, S. 582). Die klassische Psychiatrie hat den Ideen der Patienten und Patientinnen wenig Bedeutung zugeschrieben, da sie ohnehin als verrückt abgewertet und in der hierarchischen Anstaltsstruktur und vertikalen Kommunikation zumeist zur Sprachlosigkeit verdammt wurden. Die klinische Psychiatrie manifestiert eine klar erkennbare Verdinglichung des Patienten, wie sie von *Marx* und *Hegel* beschrieben wurde. Nach *Adorno* ist „alle Verdinglichung“ „ein Vergessen“ (2004a, S. 1522, vgl. Gesammelte Schriften 3, S. 263).

Honneth schreibt dazu: „Es ist dieses Moment des Vergessens, der Amnesie, das ich zum Schlüssel einer Neubestimmung des Begriffs der ‚Verdinglichung‘ machen möchte: In dem Maße, in dem wir in unseren Erkenntnisvollzügen das Gespür dafür verlieren, daß sie sich der Einnahme einer anerkennenden Haltung verdanken, entwickeln wir die Tendenz, andere Menschen bloß wie empfindungslose Objekte wahrzunehmen“ (*Honneth* 2005, S. 69). Der Patient als ein empfindungsloses Objekt ist kein Kommunikationspartner. In der Ich-Es-Beziehung dominiert die Zwecksetzung und menschliche Gefühle finden kaum Berücksichtigung. Es besteht selten Interesse an einem Kommunikationsaustausch. Das waren die Erfahrungen von *Adalgisa* in Italien und von *Peters* in England. *Laing* wollte diesen psychiatrischen Teufelskreis der Verdinglichung durch alternative Ich-Du-Beziehungen und einen Informationsaustausch zwischen zwei gleichwertigen Partnern durchbrechen.

Die große Reform: Das biopsychosoziale Modell

Die klassische Psychiatrie mit ihrem ihr zugrunde liegenden biomedizinischen Modell hat sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt. Mehrere Transformationen sind zu verzeichnen. Die Anstalt hat sich zu einem Allgemeinkrankenhaus verändert, die medizinische Profession ist durch psychologische und soziale Berufsgruppen ergänzt und die stationäre medizinische Versorgung ist durch ambulante und komplementäre Dienste erweitert worden. Der Patient und die Patientin selbst sollen nicht länger passiv, sondern aktiv und mitbestimmend sein. Kommunikation soll unter den Professionellen in Form von Teamarbeit stattfinden und auch zwischen den Professionellen und Patienten und Patientinnen aktualisiert werden. Ebenso findet ein ständiger Informationsaustausch zwischen Professionellen, Angehörigen und Patienten und Patientinnen statt, was als Dialog bezeichnet wird.

Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der gegenwärtigen psychosozialen Versorgung betrachten diese Reform als großen Fortschritt und als eine neue Qualität. Zweifelsohne kann davon ausgegangen werden, dass diese gemeindenähe, auf einem biopsychosozialen Modell gegründete Versorgung fortschrittlicher und humaner ist als die klassische Psychiatrie. Mithilfe der Reform entstand eine neue Kommunikationskultur – neue Umgangsformen und Gespräche in den ambulanten, stationären und komplementären Einrichtungen – was sicherlich positiv zu bewerten ist. Wenn davon ausgegangen wird, dass die in der Reformpsychiatrie diagnostizierten und zu behandelten Krankheiten „von biologischen, psychologischen und sozialen Variablen gleichermaßen beeinflusst werden“ (Hänsch 1999), dann werden in der psychosozialen Praxis jedoch diese gleichermaßen als Ursachenfaktoren konzipierten biologischen, psychologischen und sozialen Ebenen durch die biologische Sichtweise dominiert. Krankheit wird zwar mehrdimensional gesehen, nichtsdestotrotz hat die ärztliche Wahrheit weitaus mehr Machtwirkungen als die anderer professioneller Perspektiven. Im biopsychosozialen Modell geht es primär um Krankheit und die scheint immer noch hauptsächlich biologischen Ursprungs zu sein. So prägt die Vergangenheit der klassischen Psychiatrie die gegenwärtige psychosoziale Versorgung, ohne dass die postulierte Multikausalität insgesamt und in ihren vielfältigen Wechselwirkungen in die Praxis einfließt.

Im ökologischen Sinne ist der menschliche Körper in einem ständigen Austausch mit seiner Umgebung und eine soziale Veränderung (zum Beispiel aufkommende Beziehungsprobleme und Kommunikationsstörungen) führt zur Veränderung des selbstregulierenden und zielorientierten menschlichen Systems. Die Selbstregulierung wird beeinträchtigt, solange die Interaktionsproblematik nicht angegangen wird. Viele der sozialen Probleme können die Betroffenen selbst lösen, wenn sie aufeinander einzugehen versuchen und die Probleme selbst in Angriff nehmen. Doch bei nicht wenigen Menschen ist der Kommunikationsfluss bereits so stark ins Stocken gekommen oder er hat sich so verhärtet, dass es kaum noch zu einer Verständigung kommen kann, wie oben an den Beispielen von *Adalgisa* und *Peter* deutlich wurde.

Der Schwächere in diesem defizitären Kommunikationsgeflecht leidet oft unter diesen Bedingungen; er wird, wie bei den zitierten Fällen deutlich, zur leidenden Person, ohne für sich sichtbare Möglichkeiten zu erkennen, der Szene zu entkommen. Die

primäre Betonung des Biologisch-Genetischen der leidenden Personen in der Praxis anstelle einer lebensgeschichtlichen und auf Kommunikationsproblemen aufbauenden psychosozialen Praxis reduziert sie auf eindimensionale Dienstleistungen. Diese unzulänglichen psychiatrischen Praktiken – trotz psychosozialer Reformtendenzen – wurden einem der Autoren immer wieder bei den „Nachtschwärmern“ (einer Bremer Selbsthilfegruppe in der psychosozialen Versorgung) berichtet (Hellerich 2003). Auch mehrere, ihre Lebensgeschichte verfassende Autorinnen und Autoren kritisieren aus ihrer eigenen Erfahrung heraus die doch mehr oder weniger eindimensionale psychiatrische Praxis der Gegenwart. So schreibt zum Beispiel *Vera Stein*: „Anstatt Menschen zu betäuben, sollte in ihrem Lebensumkreis nachgeforscht werden, sollten Gespräche eingeleitet werden: Warum verhält sich derjenige, diejenige so? Was sind die Ursachen für sein oder ihr auffälliges schlechtes Befinden?“ (Stein 1996, S. 193).

Im ökologischen Sinne ist Multikausalität als Wechselwirkung zwischen den biologischen, psychischen und sozialen Ebenen zu sehen, die sich gegenseitig beeinflussen. Das Biologische wirkt auf das Soziale und Psychische, gleichermaßen wie das Soziale auf das Psychische und Biologische und das Psychische auf das Soziale und Biologische wirkt. Daher ist das hauptsächlich von biologisch-genetischen Faktoren ausgehende biomedizinische Modell und das darauf beruhende Krankheitsparadigma (und nicht wenige Psychiater und Psychiaterinnen bauen auf die Wirksamkeit der Biotechnologie) einseitig und unökologisch. Störungen sind Störungen zwischen interagierenden und kommunikativen Menschen in bestimmten sozialen Systemen, die jedoch vom Professionellen nicht sofort, sondern erst, wenn er sich bereit erklärt, das soziale System zu beobachten und zu analysieren, erkannt werden können. Zunächst kann der Professionelle nur die Kommunikation zwischen ihm und seinem gestörten Gegenüber beobachten und beurteilen. Diese Kommunikation ist wiederum weitgehend vom sozial gestörten Kontext bestimmt. Im konstruktivistischen und postmodernen Sinne hat der professionelle Beobachter keinen direkten Zugang zur Subjektivität des gestörten Menschen, er kann ihn nur von außen sehen und sein Verhalten interpretieren. Durch seine Beobachtung und Interpretation wirkt er auf den anderen Menschen ein, das heißt professionelle Wahrnehmung und Deutung wirken auf den dem professionellen Menschen gegenüberstehenden Menschen zurück und beeinflussen seine Gehirntätigkeiten oder Denkstrukturen (Ruesch; Bateson 1991, siehe Kybernetik zweiter Ordnung und radikaler Konstruktivismus),

insbesondere wenn dieses Verhalten aus dem ökologischen und sozialen Zusammenhang herauslöst und ihm ein Krankheitsetikett angeheftet wird, anstatt die Beziehung und Kommunikation zwischen den betreffenden Menschen ins Visier zu nehmen.

Einige der Mitglieder der psychosozialen Selbsthilfegruppe Nachtschwärmer berichteten einem der Autoren, wie schmerzhaft es für sie gewesen war, als sie vom Psychiater zum ersten Mal hörten, dass sie schizophren sein sollten, und welche Folgen das für sie hatte, wo sie doch der Meinung waren, dass es Auseinandersetzungen mit den Eltern, wie in einem Fall, oder Ehekonflikte, wie in einem anderen Fall, waren, die ihre Krise heraufbeschworen hatten (Hellerich 2003). Nach Watzlawick (Watzlawick u.a. 1996) ist die zwischenmenschliche Beziehung beziehungsweise Beziehungsstörung der Patientin oder des Patienten wesentlich. Daran will er arbeiten. Doch trotz des theoretischen Rahmens der Multikausalität wird den Patienten und Patientinnen ohne Bezug zur zwischenmenschlichen Störung weiterhin ein Krankheitsetikett gegeben, obwohl dies einer Herauslösung aus dem „System von Ereignissen“ (Ruesch; Bateson 1991) gleichkommt. Die Diagnose, die einer Patientin in der psychosozialen Versorgung zugeschrieben wurde, zerriss mir den Verstand“, wie sie sagte (Termmer in: Keßler 1997, S. 100 f.), wo sie doch ganz klar vor Augen hatte, was sie störte, nämlich die destruktiven Beziehungs- und Berufserfahrungen, die ihre Krise bewirkten. Auch der Dörner warnt vor diesen vorschnellen Krankheitsdiagnosen, denn sie können, wie im Falle des Schriftstellers *Vesper*, jemanden in den Suizid treiben. Das war bei ihm der Fall, als ihm seine Diagnose mitgeteilt wurde und er daraufhin der Meinung war, dass er eine dauerhafte Krankheit des Gehirns habe (Dörner 1975b, S. 137).

Festgelegte psychiatrische Wahrheiten: Kommunikationshindernisse

Es hat sich eigentlich in der Zielsetzung in der gegenwärtigen psychosozialen Versorgung trotz vielfältiger Umstrukturierungen gegenüber der klassischen Psychiatrie nicht sehr viel verändert (Foucault 2005). Es geht immer noch darum, dass der Psychiatrisierte die Realität in der Weise, wie sie ihm durch die Professionellen vermittelt wird, anerkennt. Ziel der Psychiatrie ist es, den Psychiatrisierten zu einem Menschen zu machen, der der gesellschaftlichen Wirklichkeit und damit den sozialen Normen entspricht. Die Psychiatrie-Erfahrenen sollen gestehen, dass sie sich in ihrer Wahrnehmung der Wirklichkeit geirrt haben, und erkennen, dass ihre Abweichungsmuster nicht akzeptabel sind. Die Experten der psychosozialen Versorgung sind weiterhin Herren der

Wahrheit oder der richtigen Wahrnehmung und des richtigen Lebens. Doch was sich geändert hat, ist die Art und Weise der Vermittlung. Die repressive Gewalt der klassischen Psychiatrie soll die Ausnahme sein. Sanfte Kontrollmechanismen sollen wirken. Man lässt den Psychiatrisierten wissen, dass es für ihn das Beste wäre, sich so verhalten, wie es das psychiatrische Personal für richtig hält, und betont immer wieder, dass deren Vorschläge im Interesse der Psychiatrisierten seien.

Hier zeigt sich ein deutlicher Wandel hin zu stimulierenden Formen der Macht. Diese produktiven Stillisierungen der Macht sollen die Widerstandskräfte bei den Psychiatrie-Erfahrenen reduzieren und ein Begehren zu einem sozialen Anders-Sein, das heißt zu einem mit den Zielsetzungen und der gesellschaftlichen Wirklichkeit des Normalen übereinstimmenden Sein, auslösen. Doch Macht ist und bleibt Macht über andere in einem hierarchischen und asymmetrischen Beziehungssystem. Unter diesen Bedingungen ist ein auf Gleichheit beruhendes Kommunikationsgeflecht undenkbar. Die Professionellen sind den Psychiatrie-Erfahrenen immer einen Schritt voraus, denn sie wissen, was für alle Beteiligten richtig oder falsch ist. Sie pflegen die von Lyotard umrissenen Meta-Narrative (Lyotard 1986), sie halten an modernen universellen Wahrheiten fest, wie das ja auch im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) I-IV immer wieder zum Ausdruck gebracht wird. Festgefügte Wahrheiten lassen keine Offenheit zu. Die von der Macht gestützte Wahrheitsperspektive der DSM-Anhänger wird stets über die lebensgeschichtlichen Wahrheitsperspektiven der Psychiatrisierten siegen und daher kann Kommunikation nie vom Dialogprinzip getragen werden. Hier stehen Ich und Du im Sinne Bubers (1994) nie frei gegenüber. Hier steht zwischen Ich und Du die psychiatrische Begrifflichkeit und ein klarer Zweck. Auf diese Weise kann es nie zu einer Begegnung kommen.

Die Ich-Es Beziehungen zwischen Arzt und Patient sind immer unökologische, auf hierarchischen Machtverhältnissen aufbauende Verhältnisse mit verschleiertem Monolog, denn der Professionelle kennt die objektive Wahrheit und will den Patienten auf seine Seite bringen. Für die Postmoderne jedoch gibt es keine objektive Wirklichkeit, kein *Kant'sches* Ding an sich. Der Mensch kann nie objektive Vorstellungen von Dingen haben, sondern nur subjektive Perspektiven. Die Verfolgung einer objektiven, universellen Wahrheit ist in dieser perspektivischen Welt eine Illusion, denn Erkenntnis ist eine konstruierte und nicht abbildende Tätigkeit (Glaserfeld

1996). Wenn es keine für alle Menschen verbindliche Wahrheit gibt, dann kann auch kein Arzt eine Totalperspektive, sondern nur Teilperspektiven entwickeln, da Wahrheit immer eine Sache des Standpunktes und der Eigenschaften des betrachtenden Arztes ist.

Die Folge dieser Erkenntnis ist, dass die Ärzte und Ärztinnen nicht länger die privilegierten Vertreter der Wahrheit sind, denn sie stoßen genau wie die Patienten und Patientinnen an ihre Erfahrungsgrenzen und ihre festgelegten Wahrheiten sind auch nur wissenschaftliche Erkenntnisperspektiven. Organisch, körperlich zu sein, impliziert, dass der Mensch zeitlich und endlich ist und in seiner organischen Bedingtheit, entgegen der medizinwissenschaftlichen Behauptungen, nicht in der Lage ist, zu sicheren Wahrheiten vorzustoßen (*Nietzsche* 1980, KSA 12, S. 114). Die endlichen Menschen müssen sich mit einer perspektivischen Welt und Wahrheit zufrieden geben. Wird die Totalperspektive infrage gestellt, dann wird auch die vertikale Kommunikation der oben angesiedelten Wahrheit und der Unwahrheit auf der unteren Ebene problematisch. Wenn sich die psychiatrische Praxis mit Teilperspektiven zufrieden geben muss, dann eröffnen sich neue Kommunikationsmöglichkeiten. Die Teilperspektive des lebensweltlich situierten Patienten wird im psychiatrischen Erkenntnisprozess bedeutsam und es erfolgt die Einsicht, dass es ein großer historischer Fehler war, die Patientinnen und Patienten über Jahrhunderte zum Schweigen zu bringen.

Biodiverse Kommunikation in der psychosozialen Versorgung

In der psychosozialen Versorgung dominiert das Normale über das Exzentrische, Bizarre und Anormale, das als negativ bewertet und somit abgewertet wird. Dass dieses Anormale etwas Wahres und Lustvolles sein kann, wie *Porter* (1987) dies formulierte oder wie es auch immer wieder in den Psychose-Seminaren zu hören ist, scheint den meisten Professionellen nicht akzeptabel zu sein, denn sie gehen noch immer von etwas Falschem und Lustlosem aus. Sicherlich ist es nichts Wünschenswertes, sich in einem sozial gestörten Kommunikationsumfeld zu befinden. Doch es scheint, dass die Welt, die sich Menschen im gestörten Kommunikationssystem aufbauen, die Reaktion auf unerträgliche Situationen ist, wie *Laing* (1967) diese Konstruktionen nennt. Sie spiegeln eine „erfundene Wirklichkeit“ (*Watzlawick* 1981) wider, die etwas Wahres enthält und das Leidvolle der sozialen Störung durch etwas anderes – oft Psychotisches – auszugleichen versucht. Nicht wenige der Psychiatrie-Erfahrenen sind

der Überzeugung, dass sie nicht geisteskrank sind, wenn sie exzentrische Erfahrungen haben. *Prinz* schreibt: „Ich fühle mich nicht krank, wenn ich psychotisch bin – im Gegenteil“ (*Prinz* 2001, S. 25).

Solange sich die Professionellen keinen Zugang zu der Erfahrungswelt der Betroffenen verschaffen und dieses gestörte Kommunikationsfeld aufzuarbeiten versuchen, bleibt ihnen der Blick zur Ökologie des Problems versperrt. Die Folge ist, dass sie nur das sichtbare oder offensichtlich andere, abweichende Verhalten und nicht das Unsichtbare des sozial gestörten Kommunikationsfeldes und die entsprechenden subjektiven Verarbeitungen in ihren Dienstleistungen und therapeutischen Zielsetzungen vor Augen haben. Die Professionellen machen sich ihre Patienten und Patientinnen erst durch Begrifflichkeiten zurecht und kolonisieren sie somit in psychiatrischer Weise. Die Zerstörung der Differenz und des Para-Logischen (*Lyotard* 1986) in der Psychiatrie zerstört jegliche Biodiversität und führt zur Eindimensionalität und Gleichschaltung.

Die eindimensionale und gleichschaltende Normalisierung der Patientinnen und Patienten in einer Welt der Verdinglichung bekundet nach *Honneth* (2005) die „Vergessenheit“ der existenziellen menschlichen Bindungen. Dieses „Vergessen“ ist wiederum die Verdinglichung (der Patient als Ding), die immer noch Bestandteil der psychiatrisch-therapeutischen Beziehung ist. Auch in dem viel gepriesenen DSM-IV-Handbuch wird von einem postmodernen Kritiker immer wieder die Frage aufgeworfen, ob nicht eine DSM-IV-Diagnose eine Verdinglichung der Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Klienten zum Ausdruck bringt, denn hier muss am Ende die psychiatrische Wahrheit siegen – es ist nur eine Frage der Zeit, bis der Patient „compliant“ ist. Seine Perspektiven werden im Normalisierungsprozess vollkommen abgewertet. Es kommt in diesem Beziehungsschema zu keiner beiderseitigen Anerkennung und zu keiner horizontalen Kommunikation. Nach *Honneth* gilt für alle sozialen Ordnungsgefüge, „daß der Spielraum sozialmoralischer Vorstellungen durch die Prinzipien begrenzt ist, die jeweils die Legitimität von Ansprüchen auf soziale Anerkennung regeln“ (*Honneth* 2003, S. 287).

Die Postmoderne plädiert für das „Seinlassen“, wie *Heidegger* (2007) dieses Offenhalten zur Welt formuliert. Solange keine Gefahr vom Psychiatrisierten ausgeht – und nach der Meinung der meisten, in der psychosozialen Versorgung Tätigen ist es nur ein ganz geringer Teil, der gewalttätig sein kann (im Grunde genommen auch nicht mehr als dies bei der

normalen Bevölkerung der Fall ist, nur dass eben die Medien die anomale Gewalt als Sensation vermarkten wollen) – kann die Welt offen bleiben für Entwürfe des Anders-Sein. Die Alternative zur eindimensionalen Psychiatrie ist nach *Bateson* (1985) eine „multilevel communication.“ Sie bezieht alle an der Kommunikationsstörung Beteiligten ein, Ärzte, Therapeuten, psychosoziale Arbeiterinnen und Arbeiter, Psychiatrisierte, Angehörige, Freunde, Kollegen. Hier soll nun bei einem psychiatrische Begrifflichkeiten in Klammern setzenden Informationsaustausch eine freie, gleichberechtigte und offene Kommunikation stattfinden. Die kommunikationsfördernde Ich-Du-Beziehung, die im postmodernen Sinne zwischen Therapeutinnen, Therapeuten, Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeitern sowie Klientinnen und Klienten, wie auch zwischen den Teilnehmenden von Selbsthilfegruppen entwickelt werden sollte, würde nach *Honneth* (2005) auf „Erinnerung“ statt auf „Vergessen“ der kommunikativen und existenziellen Bindungen aufbauen, denn Vergessen hat zumeist eine Verdinglichung zur Folge, während das Erinnern auf die Humanisierung des menschlichen Lebens ausgerichtet ist.

Eine neue Praxis mit anderen Kommunikations- und Beziehungsmustern ist nötig, um psychosoziale Problemkonstellationen gemeinsam, ohne Vorurteile und ohne festgefahrene Wahrheiten anzugehen. Für *Bateson* würde eine neue psychosoziale Praxis wie folgt aussehen: „Wenn aber die komplexe kybernetische Struktur von Gesellschaften und Ökosystemen in gewissem Maße der Beseeltheit entspricht, dann würde folgen, daß eine ‚Ich-Du‘ Beziehung zwischen dem Menschen und seiner Gesellschaft oder seinen Ökosystemen denkbar ist. In diesem Zusammenhang ist die Bildung von ‚Selbsterfahrungsgruppen‘ in vielen depersonalisierten Organisationen von besonderem Interesse“ (*Bateson* 1985, S. 574). Diese Ich-Du-Beziehung von *Buber* und *Bateson* ist nach *Honneth* der Raum, in dem sich die Anerkennung ereignet.

Honneth sieht eine solche alternative Form psychosozialer Praxis im Zusammenfügen der Ideen der teilnehmenden Praxis eines *Georg Lukács* (1923) und der alltäglichen Besorgtheit eines *Martin Heideggers* (1979). Er schreibt: „Was sich bei *Lukács* an Anspielungen auf eine teilnehmende Praxis findet, soll ebenso wie *Heideggers* Begriff der ‚Sorge‘ die Form von praktischer Orientierung bezeichnen, durch die die menschliche Lebensweise ihrer Struktur nach gekennzeichnet ist; denn entgegen der herrschenden, zur ‚zweiten Natur‘ gewordenen Vorstellung, der zufolge der Mensch primär stets um ein erkennendes, neutrales Erfassen von Wirklichkeit bemüht ist, vollzieht er sein Dasein tatsächlich im Modus einer existentiellen Anteilnahme, einer ‚Besorgtheit‘, die ihm die Welt bedeutungsvoll erschlossen sein läßt“ (*Honneth* 2005, S. 34). Es ist die Praxis eines bedeutungsvollen Lebens, dass der Mensch – ob Therapeut oder Klient oder ob es sich um einen Selbsthilfeteilnehmenden handelt – engagiert und offen in seinen Dialogen und Trialogen ist und er sich um sich selbst und andere kümmert, was auch eine Hauptthese *Foucaults* in seinen letzten Jahren war (*Foucault* 1986).

In Skandinavien hat sich in einigen psychosozialen Bereichen ein offener und engagierter Dialog bereits zum Teil manifestiert und die Angehörigen und Betroffenen sind sehr froh darüber, dass der für sie schmerzhaft Monolog der Psychiatrie teilweise überwunden werden konnte. Drei wesentliche Prinzipien sind dabei für die Skandinavier unabdingbar: „tolerance of uncertainty,“ „dialogism,“ and „polyphony in social networks“ (siehe „The open Dialogue approach“ in: www.highbeam.com/coc/1P3-465901201). Wenn in den psychosozialen Hilfesituationen statt einer hierarchischen Macht (Macht über andere) eine Macht mit den anderen zusammen entwickelt werden kann, statt eines elaborierten psychiatrischen Codes eine gemeinsame Sprache gefunden werden kann und statt einer herrischen, monologischen Wahrheit perspektivische



Wahrheiten eingebracht werden können, dann trägt diese durch Offenheit, Toleranz, Dialog und Vielfältigkeit geprägte Struktur zu einem stetigen Kommunikationsfluss bei, was Lernprozesse bei allen Beteiligten freizusetzen vermag, die wiederum gesundheitsfördernd sein könnten.

Resümee

Kommunikation wird in diesem Artikel als eine wesentliche Ressource in der psychosozialen Versorgung gesehen. Professionelle, die sich dieser Ressource verpflichten, werden eine andere Umgangsform mit ihren Klientinnen und Klienten pflegen als diejenigen, die ihre Hoffnung auf eine biotechnologisch ausgerichtete Psychiatrie setzen. Eine sozial ausgerichtete Psychiatrie sollte Kommunikation als zentrale Kategorie ihrer Tätigkeiten wertschätzen. Ziel sollte es sein, die Macht der Professionellen über die Patienten und Patientinnen, die von einer verdinglichten Ich-Es-Beziehung bestimmt wird, zu überwinden und kommunikative Ich-Du-Beziehungen aufzubauen. Diese alternative Form des Umgangs mit den Klientinnen und Klienten zielt darauf ab, sie in ihrem lebensweltlichen Zusammenhang zu verstehen, indem die Professionellen für deren Informationen, für deren perspektivische Sichtweisen offen sind. Eine neue gesundheitsfördernde Praxis des Miteinanders kann sowohl in der professionellen psychosozialen Versorgung wie auch in Selbsthilfegruppen aktualisiert werden.

Literatur

Adorno, T.: Gesammelte Schriften. Band 3: Dialektik der Aufklärung: Le prix du progrès. Berlin 2004a
Adorno, T.: Gesammelte Schriften. Band 4: Minima Moralia. Reflexionen aus dem beschädigten Leben: Abs. 99, Goldprobe. Berlin 2004b
Bateson, G.: Ökologie des Geistes. Frankfurt am Main 1985
Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin 1916
Buber, M.: Ich und Du. Gerlingen 1994
Conti, A.: Im Irrenhaus. Sehr geehrter Herr Doktor. Dies ist mein Leben. Frankfurt am Main 1978
Dörner, K.: Bürger und Irre. Frankfurt am Main 1975a
Dörner, K.: Diagnosen der Psychiatrie. Frankfurt am Main 1975b
Foucault, M.: Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt am Main 1973
Foucault, M.: Überwachen und Strafen. Frankfurt am Main 1976
Foucault, M.: Sexualität und Wahrheit. Frankfurt am Main 1977
Foucault, M.: Die Sorge um sich. Frankfurt am Main 1986
Foucault, M.: Die Macht der Psychiatrie. Frankfurt am Main 2005
Freud, S.; Ferdinand, B.: Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. In: Freud, S.: Gesammelte Werke. Band I: Studien über Hysterie. Frühe Schriften zur Neurosenlehre. Frankfurt am Main 1893, S. 81-98

Fuchs, T.: Ökologie des Gehirns. Eine systematische Sichtweise für Psychiatrie und Psychotherapie. In: Der Nervenarzt 1/2005, S. 1-10
Fuchs, T.: Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart 2007
Glaserfeld, E. von: Der radikale Konstruktivismus. Ideen, Ergebnisse, Probleme. Frankfurt am Main 1996
Hänsch, J. u.a. (Hrsg.): Wörterbuch Public Health. Bern 1999
Heidegger, M.: Sein und Zeit. Tübingen 1979
Heidegger, M.: Die Frage nach der Technik und die Kehre. Stuttgart 2007
Hellerich, G.: Nachtschwärmer. Gesundheitsförderung in einer psychosozialen Selbsthilfegruppe. In: Sozialmagazin 9/2003, S. 33-37
Honneth, A.: Die Pointe der Anerkennung. Eine Entgegnung auf die Entgegnung. In: Fraser, N.; Honneth, A.: Umverteilung oder Anerkennung? Eine politisch-philosophische Kontroverse. Frankfurt am Main 2003, S. 271-305
Honneth, A.: Verdinglichung: Eine anerkennungstheoretische Studie. Frankfurt am Main 2005
Keßler, N. (Hrsg.): Manie-Feste. Frauen zwischen Rausch und Depression. Drei Erfahrungsberichte. Bonn 1997
Laing, R.D.: Phänomenologie der Erfahrung. Frankfurt am Main 1967
Laing, R.D.: Das geteilte Selbst. Reinbek 1976
Laing, R.D.; Esterson, A.: Wahnsinn und Familie. Köln 1975
Lukács, G.: Geschichte und Klassenbewußtsein. Politische Aufsätze IV. Studien über marxistische Dialektik. In: Werke, Band 2. Neuwied/Berlin 1923, S. 257-397
Lyotard, F.: Das postmoderne Wissen. Graz 1986
Mumford, L.: Mythos der Maschine: Kultur, Technik und Macht. Tiengen 1984
Nietzsche, F.: Sämtliche Werke. Kritische Studienausgabe in 15 Bänden, hrsg. von Colli und Montinari, Berlin 1967-1977. München 1980
Porter, R.: Mind Forg'd Mannacles. Cambridge/Mass. 1987
Prinz, S.: Gut, dass wir mal darüber sprechen! Wortmeldungen einer Psychiatrie-Erfahrenen. Neumünster 2001
Ruesch, J.; Bateson, G.: Kommunikation – die soziale Matrix der Psychiatrie. Heidelberg 1991
Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Reinbek 2003
Skinner, B.; Walden, F.: Two – die Vision einer besseren Gesellschaftsform. München 2002
Stein, V.: Abwesenheitswelten. Meine Wege durch die Psychiatrie. Frankfurt am Main 1996
Watzlawick, P.: Die erfundene Wirklichkeit. München 1981
Watzlawick, P. u.a.: Menschliche Kommunikation, Formen, Störungen, Paradoxien. Bern 1996
White, D.R.; Hellerich, G.: Labyrinths of the Minds. The Self in the Postmodern Age. New York 1998
Wilden, A.: System & Structure: Essays in Communication & Exchange. London 1980