

# Unterwegs zu alten Fragen: Die Neue Antipsychiatrie

Thilo von Trotha

## Zusammenfassung

*Der Artikel versucht, einen gemeinsamen Standort der sozialen und politischen Aktivitäten der unterschiedlichen Projekte und Initiativen, die sich unter dem Begriff Neue Antipsychiatrie zusammenfassen lassen, zu bestimmen. Dabei zielt er im Rahmen einer summarisch skizzierten Auseinandersetzung mit den Positionen der „klassischen“ Antipsychiatrie der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts und den Strategien der Sozialpsychiatrie auf die zunehmende Notwendigkeit für eine theoretische Reflexion der aktuellen antipsychia-*

*trischen Praxis und die psychiatriekritischen Grundlagen für die noch weitgehend ausstehenden, öffentlichen und fachlichen Diskussionen jenseits obsolet gewordener ideologischer Fronten. Eine erneuerte Auseinandersetzung mit dem psychiatrischen Grundwiderspruch, gleichzeitig Ordnungsmacht und Therapie zu sein, könnte im Kontext einer Reflexion der ersten Praxiserfahrungen der neuen Antipsychiatrie eine fruchtbare Basis für weiterführende Überlegungen und Konzepte abgeben.*

Antipsychiatrie ist seit mindestens 20 Jahren zumindest in einer breiteren Öffentlichkeit kein Thema mehr. Die Parameter der gesellschaftlichen und intellektuellen Auseinandersetzungen, die in den Sechziger und Siebziger Jahren die verschiedenen Entwürfe der Theoretiker der Antipsychiatrie<sup>1</sup> bestimmten, haben sich grundlegend verändert. Fremd und sperrig ragen ihre neomarxistischen, existenzphilosophischen und strukturalistischen Grundlagen in die aktuelle theorieveressene, pragmatisch-postmoderne Beliebigkeit, naiv wirkt heute ihre sozialrevolutionäre Emphase, anachronistisch ihre Hoffnung auf die emanzipatorischen Potentiale der Ausgeschlossenen.

Doch ist das Wegbrechen des gesellschaftlichen Resonanzbodens nicht der einzige Grund dafür, daß eine mit so großer Intensität geführte Debatte nach und nach ausgetrocknet ist. Genauso entscheidend war das zweifache Ergebnis, das die Konfrontation der antipsychiatrischen Thesen mit der unübersichtlichen und widerborstigen psychiatrischen Praxis hatte: Zum Teil zerschellten ihre mit weitgespannten Utopien aufgeladenen Programme für einen Umbruch der gesamten sozialen Verhältnisse, der in der Abschaffung der tradierten psychiatrischen Strukturen prototypisch vorzubereiten sei, an der Trägheit eines über-

mächtigen, mit dicken Pfründen ausgestatteten Apparates und der uralten, unbesiegbaren Angst vor dem frei herumlaufenden, gemeingefährlichen Irren. Zum anderen Teil adaptierte eine unter massiven Reformdruck geratene Psychiatrie einzelne Fragmente der antipsychiatrischen Forderungen – verkürzt um ihre politischen Dimensionen und abgeschnitten von ihren theoretischen Begründungszusammenhängen.

Den deutlichsten praktischen Bezug hatte die antipsychiatrische Kritik an der „totalen Institution“, an den überdimensionierten, unterversorgten Verwahranstalten am Rande der zivilisierten Welt und an der Entrechtung ihrer Insassen. Diese Kritik fügte sich nicht nur in die allgemeineren gesellschaftlichen Diskussionen um autoritäre Strukturen, sondern korrespondierte auch mit einem wachsenden Psychiatrie-internen Unbehagen an den bestehenden Verhältnissen vor allem bei jungen Anstaltsärzten und -psychologen. Doch hätten diese beiden Faktoren allein sicher nicht ausgereicht, daß sich nach und nach, beginnend in England und Italien, die großen Anstalten öffneten und die im wesentlichen noch heute gültigen Bausteine



<sup>1</sup> Franco Basaglia, David Cooper, Ronald Laing, Michel Foucault, Thomas Szasz, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Erving Goffman und andere

einer gemeindenahen, flexiblen und kleinteiligen Sozialpsychiatrie herausbildeten.

## Sozialpsychiatrie und Neuroleptika

Diese Reformen konnten nur vollzogen werden, weil sich der Psychiatrie seit den Sechziger Jahren durch die flächendeckende Anwendung von Neuroleptika ganz neue Spielräume eröffneten, die eine Abkehr vom Konzept der Verwahrung und Ausschließung der Geisteskranken ermöglichen, ohne dadurch die grundsätzlichen Positionen des psychiatrischen Diskurses in Frage stellen zu müssen. Denn unter Neuroleptika-Einfluß konnten die Verrückten in offene, betreute Wohneinheiten oder unter ambulanter psychiatrischer Behandlung ganz nach Hause entlassen werden. So hatten – ähnlich wie die „sexuelle Revolution“ – die Psychiatriereformen der Sechziger und Siebziger Jahre eine von den großen ideologischen Debatten verdeckte pharmakologische Basis.

Die Psychiatrie mußte sicherstellen, daß die Einnahme der Psychopharmaka auch außerhalb der Anstaltsmauern zuverlässig gewährleistet war. Die Präsenz einer großen Zahl neuroleptisch behandelter und auf diese Weise neurologisch zwangserkrankter Ex-Irrer mitten in den Städten und Dörfern erforderte eine umfassende Psychiatrisierung der Gesellschaft, die systematisch über die Existenz und die weite Verbreitung medizinisch behandelbarer Krankheiten der Psyche aufgeklärt werden mußte. Die Einrichtung von psychiatrischen Diensten, sozialpsychiatrischen Wohnformen und Gemeindezentren, die Vervielfachung der Zahl der niedergelassenen Psychiater und die immer stärkere Ausdifferenzierung des diagnostischen und therapeutischen Angebots leitete einen bis heute anhaltenden Prozeß ein, der das öffentliche Bild der Psychiatrie von einem finsternen, exterritorialen Ort des Schreckens zu einer kompetenten medizinischen Dienstleistung verwandeln sollte.

Die Entwicklung vom physischen Ausschluß der Irren zur chemischen Ruhigstellung der Geisteskranken war von den primär sozialwissenschaftlich orientierten Ansätzen der Antipsychiatrie noch gar nicht begriffen worden, als die Psychiatrie eine der öffentlichkeitswirksamsten antipsychiatrischen Forderungen von sich aus schrittweise zu erfüllen und die Großanstalten zugunsten der

entstehenden Sektorpsychiatrie abzubauen begann. Der augenfälligste und für eine kritische Öffentlichkeit am leichtesten erkennbare Mißstand der Psychiatrie konnte also bekämpft werden, ohne aus den grundlegenden, politischen und philosophischen Aspekten antipsychiatrischer Theoriebildung Konsequenzen zu ziehen. Sie wurden nach und nach als ideologische Irrwege praxisferner Intellektueller marginalisiert.

## Die Entstehung einer *Neuen Antipsychiatrie*

Obwohl sie aus den reformpsychiatrischen Diskursen verschwanden, wirkten einzelne Thesen jener antipsychiatrischen Theoretiker im Schatten der öffentlichen Aufmerksamkeit und der akademischen Diskussionsforen fort: In verschiedenen Ländern fanden sich Psychiatrie-Betroffene im Kontext der vielfältigen neuen sozialen Bewegungen in den Siebziger und Achtziger Jahren zu Selbsthilfegruppen zusammen, um über den Austausch ihrer Erfahrungen von Ausgrenzung und Entmündigung und die gemeinsame Formulierung ihrer Ansprüche auf ein selbstbestimmtes Leben eine neue Qualität der Psychiatrie-Kritik zu entwickeln. Die antipsychiatrischen Klassiker lieferten dabei die theoretischen Argumente, mit denen Betroffene ihr Leiden am Stigma psychiatrischer Diagnosen und an den körperlichen, psychischen und intellektuellen Verstümmelungen durch Psychopharmaka auch intellektuell und begrifflich vermitteln konnten. Die Ausblendung sozialer und psychologischer Verwerfungen bei der Entstehung „psychischer Krankheiten“, die systematische Individualisierung gesellschaftlicher Mißstände wie Armut, Vereinsamung, Mißbrauch oder familiäre Gewalt durch die soziale Fiktion des „psychisch Kranken“ und die Verwandlung von psychosozialen Krisen in durch Psychopharmaka künstlich hergestellte neurologische Erkrankungen<sup>2</sup> wurden zu zentralen Kristallisationspunkten einer sich neu formierenden antipsychiatrischen Bewegung.

Diese *neue Antipsychiatrie* unterscheidet sich von der alten gerade auch durch die Weise, wie sie an deren Positionen anknüpft: Die Anleihen bei den großen Intellektuellen der Antipsychiatrie der Sechziger und Siebziger Jahre dienen nicht dazu, Grundsatzdiskussio-

<sup>2</sup> Unverstellt konstatieren Dörner und Plog: „Wir verwandeln den seelisch leidenden vorübergehend in einen hirnganorganisch kranken Menschen, bei der Elektro-Krampf-Therapie nur globaler, dafür aber kürzer als bei der Pharmakotherapie“ (Dörner & Plog, 1980: 377).

nen für eine gesamtgesellschaftliche Neuorientierung zu führen, sondern bilden als Bausteine einer undogmatischen theoretischen Orientierung die flexibel eingesetzten Verbindungsstücke zwischen einer Vielzahl lokal operierender Initiativen, die praktische Konsequenzen aus der Kritik an der Psychiatrie zu ziehen versuchen. Den Kern der *neuen antipsychiatrischen* Konstellation bildet ihre Ausrichtung nicht nur an den Bedürfnissen und Wünschen, sondern vor allem auch an den Aktivitäten und Selbsthilfepotentialen der Betroffenen. Ihre Protagonisten sind nicht mehr Dissidenten aus den Universitäten oder Psychiatrien, die ihren Expertenstatus gegen ihre Kollegen in Anschlag bringen und stellvertretend die Interessen der von ihnen Behandelten zu vertreten versuchen, sondern die Psychiatrie-Betroffenen selbst, die auf gleicher Augenhöhe mit Journalisten, Hausbesetzern, Professoren, Frauenrechtlerinnen, Politikern, Umwelt- und Verbraucherschützern, Juristen, Ärzten, Psychologen und anderen gesellschaftlichen Gruppen zweckgerichtet und punktuell koalieren. Statt um die pauschale Abschaffung der Psychiatrie geht es dieser heterogenen, lose vernetzten antipsychiatrischen Szene seit ungefähr 15 Jahren um die Verwirklichung Betroffener-kontrollierter<sup>3</sup> Alternativen zu den stationären, pharmakologischen, juristischen, diagnostischen, sozialhilferechtlichen und therapeutischen Ausprägungen des psychiatrischen Diskurses<sup>4</sup>. Lokal organisiert, pragmatisch ausgerichtet und an der Verwirklichung konkreter Projekte weit mehr interessiert als an politischen und weltanschaulichen Grundsatzfragen, versammelt diese als *Neue Antipsychiatrie* apostrophierte Bewegung eine große Bandbreite inhaltlicher Positionen, die von dem reformatorischen Wunsch nach Verbesserungen der bestehenden (Sozial-)Psychiatrie bis zu

der radikalen Forderung nach deren Auflösung reichen.

## Das Defizit an Reflexion

Je zahlreicher die konkreten Erfolge dieser Aktivitäten werden und je mehr deren übergreifender Organisationsgrad zunimmt, desto deutlicher zeichnet sich jedoch auch die Möglichkeit ab, daß die spezifisch antipsychiatrischen Elemente der neuen Bewegung im bunten Durcheinander der psychiatriekritischen und Betroffenenorientierten Initiativen untergehen und ihre Funktion als diskursives Fundament einer gemeinsamen Grundhaltung verlieren. Denn gerade die wenn auch zäh, so doch kontinuierlich zunehmenden praktischen Erfolge der *Neuen Antipsychiatrie* offenbaren einen signifikanten Mangel an einer übergreifenden Reflexion ihrer theoretischen Ursprünge, ihres wissenschaftlichen Status und ihres intellektuellen Anspruchs. Die philosophische und politische Arbeit am Begriff der Antipsychiatrie verharrt im Bann ihrer intellektuellen Vordenker der Sechziger Jahre, ohne daß deren Theoreme den veränderten gesellschaftlichen Bedingungen, einer grundlegend reformierten Psychiatrie und den praktischen Erfahrungen aus der antipsychiatrischen Arbeit noch gerecht werden.



Dieses Versäumnis scheint in einer theoriemüden Zeit nicht besonders gravierend zu sein, zumal die Psychiatrie selbst unbekümmert nach dem Prinzip von *trial and error* vor sich hinwurstelt: Auch nach 200 Jahren fehlt ihr eine stringente wissenschaftstheoretische Grundlegung. Statt dessen gruppiert sie widersprüchliche Versatzstücke aus verschiedenen medizinisch-naturwissenschaftlichen Disziplinen, den Sozialwissenschaften und der Psychologie lose um die Postulate, daß es psychi-

<sup>3</sup> So gilt z. B. für das Berliner *Weglaufhaus*, daß mindestens die Hälfte der MitarbeiterInnen Psychiatrie-betroffen sein müssen. Außerdem ist in der Satzung des Trägervereins – des *Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt g.e.V.* – ein Vetorecht der Mehrheit der Psychiatrie-betroffenen Vereinsmitglieder festgeschrieben.

<sup>4</sup> Konkret: die Einrichtung von *Weglaufhäusern*, Krisenwohnungen, Beratungsstellen und einer weltweit vernetzten politischen Interessenvertretung von Psychiatrie-Betroffenen, das ärztlich begleitete Absetzen von und der selbstbestimmte Umgang mit Psychopharmaka, die flächendeckende Nutzung von Patientenverfügungen wie dem *Psychiatrischen Testament*, die Ersetzung der stigmatisierenden und willkürlichen psychiatrischen Diagnostik durch alltagssprachliche, inhaltlich orientierte Beschreibungen, der Ausbau sozialhilferechtl. Hilfen jenseits des sozialpsychiatrischen Netzes der „Wiedereingliederungshilfen für seelisch Behinderte“, die Wiederbelebung nicht-psychiatrischer *Soteria*-Konzepte, die Auseinandersetzung mit den Inhalten von verrückten Erfahrungen, die Einführung von Möglichkeiten für intensive, individuell angepaßte Formen der Krisenbegleitung und, nicht zuletzt, die Dokumentation und Reflexion der Beteiligung der Psychiatrie an den nationalsozialistischen Massenmorden.

sche Krankheit als Entität mit kategorisierbaren Ursachen, Verläufen und Prognosen gibt und daß deshalb ihre Symptome auch irgendwelche Ursachen haben müssen.<sup>5</sup>

Allerdings ist die Psychiatrie eine gigantische, mit Milliarden finanziell ausgestattete und fest etablierte soziale Maschinerie, die sich nicht über ihre wissenschaftliche Grundlegung und rationale Kohärenz legitimiert, sondern ausschließlich über die Tatsache ihres möglichst unauffälligen Funktionierens: Solange sie den modernen Gesellschaften ohne zu große Reibungsverluste das alte soziale Problem des Wahnsinns und der Verrücktheit vom Leib hält, solange ist das allgemeine Interesse an ihrem Fortbestehen übermächtig. In solch einer komfortablen Lage ist die *Neue Antipsychiatrie* nun keineswegs, da sie nicht nur den Nachweis führen muß, effektive Alternativen anbieten zu können, sondern darüber hinaus überhaupt erst die gesellschaftliche Sensibilität für die Mißstände und Verwerfungen wecken muß, gegen die sie sich wendet. Daher ist sie – im Unterschied zur Psychiatrie – auch auf eine kritische und systematische Selbstreflexion im Rahmen offener gesellschaftlicher, intellektueller und wissenschaftlicher Diskurse angewiesen, wenn sie nicht in der schrumpfenden Nische „alternativer“ Milieus verkümmern soll.

### Sozialpsychiatrische Umarmungsversuche

Es gibt noch einen zweiten Grund für derartige theoretische Anstrengungen. Er ergibt sich aus den veränderten Strukturen, mit denen sich die moderne Psychiatrie in den gesellschaftlichen Raum geöffnet hat<sup>6</sup>. Vermeintlich unideologisch, praxisorientiert und mit dem persönlichen Engagement einer neuen Psychiatergeneration erkannten reformwillige Vertreter der Psychiatrie, daß eine breite soziale Verankerung ihrer neuen integrativen Konzepte viel gründlicher zu erreichen war, wenn Betroffene, ihre Angehörigen, die Presse und die kommunale Politik so weit wie möglich einbezogen werden konnten. Mit teilweise großem Erfolg griff diese neue Psychiatrie mit menschlichem Antlitz Forderungen und Initiativen von kritischen Betroffenen auf, ergänzte sie um ihre eigenen Anliegen und sorgte dafür, daß sich die daraus entstehenden Diskussionen und vorsichtigen institu-

tionellen Veränderungen auf dem sicheren Boden der psychiatrischer Grundprämissen vollzogen: Die Hypothese, daß es so etwas wie psychische Krankheiten in einem medizinischen Sinn gebe, und die daraus folgende Notwendigkeit, diese wie auch immer biologisch-genetisch oder psychosozial bedingten individuellen Störungen von ärztlichen Experten mit sogenannten Medikamenten behandeln zu lassen, konnten auf diese Weise vollkommen unangetastet bleiben.

Dabei wurden die antipsychiatrischen und psychiatriekritischen Anliegen und Haltungen der Betroffenen einer subkutanen Umwertung unterzogen, um mit der zwar geschmeidigeren, im Kern aber unveränderten psychiatrischen Orthodoxie kompatibel zu werden. Um jedoch unterscheiden zu können, wann es sich bei jenen sozialpsychiatrischen Umarmungsversuchen um wirklich ergebnisoffene Gesprächsangebote mit realistischen Aussichten auf konkrete Veränderungen handelt oder bloß um eine verdeckte Instrumentalisierung der Betroffenen, fehlt es der *Neuen Antipsychiatrie* an verlässlichen Kriterien für einen gemeinsam reflektierten und theoretisch durchdachten Grundkonsens. Diese Schwierigkeit läßt sich an drei zentralen Elementen des Diskurses konkretisieren, mit dem die (Sozial-) Psychiatrie in den vergangenen 15 Jahren versucht hat, Anliegen der *Neuen Antipsychiatrie* zu integrieren, zu entschärfen oder umzudeuten: *Behandlungsvertrag*, *Psychoseseminar* und *Trialog*.

### Behandlungsvertrag

In einem *Behandlungsvertrag* halten Betroffene gemeinsam mit ihrem Psychiater fest, ab welchem Zeitpunkt sie im akuten Krisenfall welche Psychophamaka einnehmen, an welchen therapeutischen Angeboten sie teilnehmen und unter welchen Voraussetzungen sie fixiert werden, Besuch und Ausgang erhalten oder über ihr Geld verfügen können. Er tritt damit in direkte Konkurrenz zu Patientenverfügungen wie dem *Psychiatrischen Testament*, mit dem Betroffene in einer Phase nicht angezweifelter Geschäfts- und Einsichtsfähigkeit juristisch verbindlich dokumentieren, welchen psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen sie im Falle einer zwangsweisen Unterbringung

<sup>5</sup> Mehr steckt letztlich auch nicht hinter den euphemistischen Konzepten einer „multifaktoriellen“ Verursachung psychischer Krankheit, die konzeptionelle Grundfragen der Psychopathologie schlicht ausblenden.

<sup>6</sup> Bei dem sozialpsychiatrischen Aufbruch vom äußersten Rand der Zivilisation in die Mitte der Gemeinden entpuppte sich das Versiegen der allgemeinen Diskussion prinzipieller Fragen wie etwa der Plausibilität des psychiatrischen Krankheitsbegriffs sogar als taktischer Vorteil.

zustimmen und welchen nicht. Beide Instrumente helfen Betroffenen, ihre Erfahrungen für eventuelle zukünftige Krisen fruchtbar zu machen. Aber nur wenn sie sich die Gegensätzlichkeit der beiden Konzepte in all ihren Konsequenzen bewußt machen, können sie eine verantwortliche Wahl treffen, die ihrer individuellen Lage und persönlichen Überzeugung gerecht wird.

In den Psychiatrien wird über das *Psychiatrische Testament* gar nicht, über den *Behandlungsvertrag* nicht angemessen informiert. Denn schon das Etikett „Vertrag“ oder „Vereinbarung“ für das von Psychiatern entwickelte Modell ist irreführend, insofern die darin getroffenen Verabredungen keineswegs den Status von vertraglichen Festlegungen haben, sondern nur von unverbindlichen Absichtserklärungen, die jederzeit aufgrund aktueller „Komplikationen“ einseitig von der Psychiatrie ignoriert werden können: Im Zweifel entscheidet der behandelnde Psychiater unabhängig vom *Behandlungsvertrag* im Sinne des „nervenärztlichen Erkenntnisstandes“. Formal verschlechtert sich die Position des Betroffenen durch einen solchen „Vertrag“ sogar, weil die Betroffenen ihren Psychiatern implizit die Zustimmung erteilen, in Konfliktsituationen nicht nur gegen ihre jeweils aktuellen Wünsche, sondern auch gegen die im Vorfeld getroffenen Vereinbarungen zu verstoßen. Dagegen versucht das *Psychiatrische Testament* das Grundrecht auf körperliche Selbstbestimmung gerade für den Fall zu schützen, in dem Betroffenen dieses Recht aufgrund fehlender „Krankheitseinsicht“ aberkannt und ihr „wohlverstandenes Eigeninteresse“ gegen ihren Willen durchgesetzt werden soll. Das *Psychiatrische Testament* unterläuft auf diese Weise das ausschließlich in der Psychiatrie praktizierte „Recht auf Zwangsbehandlung“, während der *Behandlungsvertrag* es letztlich zementiert.

### Psychoseseminar und Psychoseerfahrung

Auf ganz ähnliche Weise verweist eine diffuse Verwendung des Begriffs Psychose Differenzen, deren Wahrnehmung eine selbstbestimmte und kritische Haltung zu bestimmten psychiatrischen Diskursformen überhaupt erst ermöglichen. In einem *Psychoseseminar* diskutieren *Psychoseseerfahrene* mit psychiatrischen Professionellen, Angehörigen und anderen Interessierten über die Erlebnisse, die aus unterschiedlichen Perspektiven im Umfeld ei-

ner verrückten Krise gemacht wurden. Das Wort Psychose fungiert dabei als kleinster gemeinsamer Nenner für die äußerst heterogene Erfahrungen, die in einer solchen Runde aufeinander stoßen. Es scheint sich besonders dafür zu eignen, weil es im Konzert der im allgemeinen ohnehin schon recht interpretationsfähigen psychopathologischen Termini der am wenigsten bestimmte, inhaltlich leerste ist. Doch vollzieht seine als selbstverständlich vorausgesetzte Verwendung indirekt eine folgenreiche Transformation, deren Mechanismen, Ziele und Effekte offengelegt werden müßten, bevor der Anspruch von *Psychoseseminaren* eingelöst und Erfahrungen gleichberechtigt ausgetauscht werden könnten. Denn unreflektiert stellt er kaum mehr dar als eine neue Sprachregelung, die in der Grauzone zwischen aufgeschlossener Sozialpsychiatrie und kooperationsbereiter Betroffenenbewegung für systematische Verwirrung sorgt.

„Psychose“ ist ein fachsprachliches Kunstwort, mit dem eine Fülle unterschiedlicher Erscheinungen auf eine ganz spezifische Weise aufbereitet wird – eine Art psychopathologisches Skalpell, mit dessen Hilfe aus einem schwer zu überblickenden Ausschnitt sozialer und psychischer Wirklichkeit ein Sachverhalt zurechtgeschnitten wird, der psychiatrischen Diskursen kompatibel ist. „Psychose“ ist also zunächst einmal etwas, das man sich als diskursiven Verweis aneignen, richtig oder falsch verwenden, beschreiben, kritisieren, analysieren – auf keinen Fall aber erfahren kann. Verrückte erfahren keine „Psychosen“, sondern Visionen, panische Angst, Euphorie, Verfolgung, Verzweiflung oder andere emotional hochintensive Zustände, deren unmittelbare Anlässe und Auswirkungen für Andere nicht mehr einfühlbar sind. Es gibt zwischen den Werten, die ein bestimmter Diskurs dem Element „Psychose“ zuschreibt und den Erfahrungen einer überwältigenden subjektiven Evidenz, die im Kontext dieses Diskurses „psychotisch“ genannt werden, keinen inhaltlich bestimmbareren Berührungspunkt. Denn das eine ist die objektivierende Außenbeschreibung eines Phänomens, das gerade dadurch definiert ist, daß seine spezifischen Qualitäten die Grenzen des intersubjektiv Vermittelbaren sprengen. „Psychosen“ erfahren also zunächst einmal nur psychiatrisch Tätige, die sich innerhalb des Diskurses, dem dieser Fachbegriff entstammt, bewegen, weil das ein wesentlicher Teil ihres Jobs ist. Und „psycho-



seerfahren“ sind Menschen, die Verrücktes erlebt haben, nur in dem Maß, in dem sie sich diesen Diskurs für die Beschreibung ihrer Erlebnisse vorgeben lassen oder zu eigen machen.

## Trialog

Das Kunstwort *Trialog* wurde erfunden, um z.B. auf Fachtagungen praktizierte Formen des Dialogs zwischen psychiatrisch Tätigen, Betroffenen und deren Angehörigen als neuartiges, reformorientiertes Angebot im sozialpsychiatrischen Diskurs zu verankern<sup>7</sup>. Auf ähnliche Weise wie bei den zuvor genannten Beispielen verbirgt sein Konzept unter einer unverfänglichen Oberfläche eine voraussetzungsreiche Transformation der Bedingungen, unter denen sich dieser Dialog entwickeln soll. Zunächst suggeriert der Ausdruck *Trialog* einen gleichberechtigten Austausch zwischen drei Gesprächspartnern über ein gemeinsam festgelegtes Thema. Dabei werden jedoch signifikante Asymmetrien einfach ausgeblendet, die die eigentliche Komplexität des Gegenstandes überhaupt erst ausmachen: der Umstand, daß es ohne aufwendige und potentiell kontroverse Vorüberlegungen gar kein gemeinsames Thema für einen solchen Dialog gibt<sup>8</sup>, und die Tatsache, daß die psychiatrische Seite über ein Vielfaches an Macht, Einfluß und materiellen Ressourcen in all den institutionellen, wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Bereichen verfügt, die thematisch für jenen *Trialog* relevant sind.

Während Betroffene im Rahmen des *Trialog*s über sich und ihr persönliches Erleben reden, sprechen Psychiater und Angehörige über andere und ihre jeweiligen Reaktionen auf verrücktes Erleben und das davon ausgelöste Verhalten. Während Betroffene und Angehörige auf ihre individuellen und alltäglichen Deutungs-

muster angewiesen sind, verfügen Psychiater über einen komplex strukturierten Fachdiskurs, der ihnen die Möglichkeit gibt, sich als Privatpersonen auszuklammern. Damit läuft der *Trialog* Gefahr, das klassische psychiatrische Muster einer Fallpräsentation bloß zu variieren: Der eine hat was erlebt, und der andere weiß schon, was jener „eigentlich“ erlebt hat. Der eine berichtet von sich, und der andere interpretiert diesen Bericht auf der Folie „wissenschaftlicher“ Erkenntnisse, seiner ärztlichen „Verantwortung“ für Kranke und seines Auftrags, die Gesellschaft vor ihnen zu schützen. Auch wenn Betroffene sich ernster genommen fühlen als auf der Station und Psychiater sich selbst für fortschrittlicher, offener, verständnisvoller als konventionell vorgehende Kollegen halten, bleiben diese Bemühungen subtil verschleierte Neuaufgaben der altbekannten psychiatrischen Objektivierung des verrückten Gegenübers zum medizinischen Ding.<sup>9</sup>

## Kooperation und Selbstbewußtsein

*Behandlungsvertrag*, *Psychoseseminar* und *Trialog* sind Elemente einer sozialpsychiatrischen Kommunikationsoffensive, die an sich gegenüber der klassischen psychiatrischen Reklamation einer exklusiven Deutungshoheit einen Fortschritt darstellen. Läßt sich die *Neue Antipsychiatrie* jedoch direkt auf die von Psychiatern festgelegten Rahmenbedingungen dieser neuen Foren ein, riskiert sie, indirekt und schleichend ihre auf den Erfahrungen der Betroffenen basierende Authentizität und ihre psychiatriekritische Identität preiszugeben. Ob sozialpsychiatrische Gesprächs- und Teilhabeangebote an Betroffene etwas zu den dringend gebotenen Veränderungen beitragen können oder nicht, läßt sich recht einfach überprüfen, wenn die Betroffenen der *Neuen Antipsychiatrie* fol-

<sup>7</sup> Auch wenn es sinnvoll sein kann, für neue Sachverhalte eigene Fachwörter einzuführen, so beziehen auch sie ihre Aussagekraft aus einem allgemeineren sprachlichen Kontext. Der jedoch entlarvt den Neologismus *Trialog* als puren Nonsense: Auch wenn drei, vier oder hundert miteinander reden, bleibt das ein Dialog, dem altgriechischen Wort für Unterhaltung: „**dia**-logos, **dia**“ als Präfix für „durch, mit“, und nicht „**di**“ als Vorsilbe für „zwei, doppelt“ wie in „Di-chotomie“ oder „Di-lemma“. Manchmal rächt sich die Sprache selbst für ihre Mißhandlung, denn korrekt übersetzt, bedeutet „Tri-a-log“ so etwas wie *die drei, die nicht miteinander reden* oder *die keine gemeinsame Sprache haben*: „tri“ für „drei“ wie in „Trinität“, das Präfix „a“, das wie z.B. in „a-symmetrisch“ eine Negation einleitet, und „logos“ für Sprache. Doch wird damit immerhin ein anderer, durchaus relevanter Aspekt der Beziehung zwischen den drei Parteien prägnant erfaßt ... Folgt man jedoch der Logik solcher Begriffsbildung, wäre als nächstes das vielversprechende Modell einer „Triagnose“ einzufordern – im Sinne einer von Patient, Angehörigen und Arzt „trialektisch“ auszuhandelnden Diagnose.

<sup>8</sup> Dazu gehört unter anderem die bereits erläuterte Differenz zwischen „Psychose“ und „Erfahrung“.

<sup>9</sup> Dazwischen bleibt den Angehörigen, die weder Psychiatrie noch Verrücktheit am eigenen Leib erfahren haben, noch den Fachdiskurs beherrschen, nur, sich zumindest in den kontroversen Kernbereichen des *Trialog*s zwischen der einen, oder der anderen Position zu entscheiden.

gende, aus den bisherigen Überlegungen resultierende Modifikationen einfordern würden:

Bei allen Formen eines möglichen Austauschs gilt es die Ebenen persönlich-subjektiven Erlebens und sachlich objektivierbaren Expertentums strikt zu unterscheiden. Wenn Betroffene oder Angehörige ihre private Geschichte und ihre oft in intime Bereiche reichenden Erfahrungen darlegen sollen, dann müssen Psychiater das ebenfalls tun und etwa erzählen, wie es ihnen persönlich auf der Station ergeht, welche Konflikte sie mit ihren Chefarzten austragen, wie die Institution ihre persönlichen Ambitionen und Hoffnungen korrumpiert, wie es für sie ist, als Arzt gleichzeitig Ordnungshüter und Gefängniswärter sein zu müssen, wie ihre Ehe an den permanenten Überstunden und Nachtschichten zugrunde geht oder wie sie sich erklären, daß Psychiater nach wie vor den Berufsstand mit der höchsten Selbstmordrate bilden. Wie die Betroffenen und die Angehörigen wären sie in einem solchen Gespräch als Menschen mit ihren individuellen Leidenschaften, Stärken und Fehlern gefordert, konkrete Ergebnisse wären von solchen Gruppentreffen nicht zu erwarten, wohl aber ein wachsendes gegenseitiges Verständnis als atmosphärisch-emotionale Grundlage für eine gemeinsam zu formulierende Kritik an den bestehenden institutionellen und diskursiven Bedingungen der Psychiatrie. Es steht zu befürchten, daß fast alle Psychiater ein solches Ansinnen empört als eine mit ihrer professionellen Distanz unvereinbare Zumutung ablehnen würden. Es würde dann aber überdeutlich, wie wenig selbstverständlich und letztlich unfair die Praxis ist, daß Betroffene als Individuen über sich Auskunft geben, während Psychiater als Vertreter eines Berufsstandes diese „Daten“ bewerten, klassifizieren und als Quelle professioneller Weiterbildung nutzen.

Grundlegend anders wäre eine zweite Konstellation, bei der Experten unterschiedlicher Herkunft und Ausbildung zusammenkommen, um über die Psychiatrie, ihre Reform oder Auflösung, ihre soziale Funktion und ihre medizinischen Voraussetzungen zu diskutieren, um konkrete Veränderungen zu erarbeiten. Für alle Beteiligten wären dabei Mindeststandards an fachlichen Kenntnissen verbindlich, deren wissenschaftlicher und praxisbezogener Kanon zu gleichen Teilen aus psychiatrischen wie nicht-

psychiatrischen Quellen zusammengesetzt sein müßte. Persönliche Erfahrungen hätten darin genau den Wert, der ihnen in einem bestimmten Expertendiskurs als nicht weiter reduzierbare subjektive Komponente eingeräumt werden muß. Psychiatrie-Betroffenheit an sich wäre in einem solchen Setting weder eine hinreichende, noch eine notwendige Bedingung des alternativen Expertenstatus.

Schließlich muß nicht nur der qualitativ-interne, sondern auch der äußerlich-materielle Rahmen für alle Beteiligten derselbe sein. Psychiater nehmen in der Regel in ihrer hochbezahlten Arbeitszeit an den *trialogischen* Veranstaltungen teil, etwa bei Kongressen, oder beziehen angemessene Honorare und Spesen für ihre Mitwirkung als Vortragende. Deshalb müssen alternative Experten im Sinne der *Neuen Antipsychiatrie* finanziell in gleicher Weise für ihre Teilnahme bezahlt werden<sup>10</sup>.

Die reflexive und begriffliche Arbeit, die von der *Neuen Antipsychiatrie* zu leisten wäre, stellt nicht bloß eine verzichtbare intellektuelle Kür dar, sondern eine notwendige Voraussetzung für die Weiterentwicklung einer in sich schlüssigen, auf transparenten Grundlagen beruhenden und gesellschaftlich wirkungsvollen Praxis. Schon aus einer groben Skizze der theoretischen Implikationen jener drei schillernden Fachwörter, die den sozialpsychiatrischen Diskurs um neue Techniken erweitern, resultieren praktische Konsequenzen und konkrete Forderungen. Die Auseinandersetzung mit komplexeren Fragen, die sich im Umfeld antipsychiatrischer Praxis heute stellen, erfordert dagegen ein deutlich höheres Maß an geistigem und materiellem Aufwand, an Koordination zwischen den Protagonisten der *Neuen Antipsychiatrie* und an Kooperation mit größeren Institutionen wie z.B. den Universitäten. Solche Fragen, für die es heute nicht nur keine überzeugenden Antworten, sondern nicht einmal nennenswerte und koordinierte Lösungsbemühungen gibt, kreisen in unterschiedlichen Facetten um ein Gravitationszentrum: die fortbestehende Janusköpfigkeit der Psychiatrie und das darauf antwortende Ringen um ein antipsychiatrisch fundiertes Gleichgewicht zwischen der Selbstverant-



<sup>10</sup> Steht dafür kein Budget zur Verfügung, sind die teilnehmenden Psychiater dazu aufgefordert, den Anteil ihres Nettoehalts, den sie im Zeitraum der jeweiligen Veranstaltung verdienen, mit den Experten, die ihre Freizeit dazu nutzen müssen, zu teilen.

wortung und der Hilfsbedürftigkeit von Menschen in verrückten Krisen.

## Die Spaltung eines Januskopfs

Um die verschiedenen Ansätze einer grundsätzlicheren Kritik an der Psychiatrie und ihre theoretischen Quellen und intellektuelle Wahlverwandtschaften wuchsen weiße Flächen, als die sozialkritischen Ansätze der Sechziger und Siebziger Jahre an Überzeugungskraft verloren. Deren philosophische und soziologische Begründungsfiguren wurden sowohl aufgrund historischer und gesellschaftlicher Entwicklungen als auch der empirischen Unüberprüfbarkeit ihrer Fundamentalkritik immer fragwürdiger. Und die sperrigen, häufig tristen, immer unberechenbaren Wirklichkeiten der Verrückten sprengten die gedankenvollen, aber praxisfernen Synthesen aus Marxismus, Psychoanalyse, strukturaler Linguistik, Ethnologie und Existentialismus, mit denen die antipsychiatrischen Intellektuellen von Cooper und Laing bis Basaglia und Guattari den Irren neue soziale Räume zu öffnen versuchten. Weder als unverdaubare Splitter eines total gewordenen „gesellschaftlichen Verblendungszusammenhangs“ noch als neues Subproletariat kapitalistischer Klassenstrukturen war das spezifische Anderssein der Irren adäquat zu erfassen. Auch die Versuche, eine mit psychoanalytischen Erkenntnissen verfeinerte Kritik am Kapitalismus bis in die Verästelungen einer kritischen Psychologie der Familie<sup>11</sup> voranzutreiben, oder die poststrukturalistische Romantisierung des „Schizos“, der die ödipalen Zwangsstrukturen des Kapitalismus subversiv unterlaufe, verfehlten die beharrliche Eigendynamik des verrückten, psychiatrisch überformten Elends. Vor diesem Hintergrund verpuffte die große Verheißung, den alten Skandal des Wahnsinns und seiner Repression mit den Mitteln einer aufgeklärten Ideologiekritik zu bannen. Die persistierenden Aporien der Verrücktheit und die hartnäckig überlebenden Widersprüche im Umfeld von Psychiatrisierung und Therapie ließen sich am Ende doch nicht bruchlos aus den sozialen, ökonomischen und politischen Grundkonflikten der modernen Gesellschaften, ihren Produktionsverhältnissen, ihren Kommunikationsstrukturen oder ihren be-

sonderen Weisen, Unbewußtes hervorzubringen, ableiten.

Nicht nur die übergreifenden gesellschaftskritischen Debatten, sondern auch das wendigere Auftreten der Sozialpsychiatrie hatten für einige Jahrzehnte einen alten Widerspruch, der die Psychiatrie seit ihrer Entstehung vor zweihundert Jahren in ihrem innersten Kern prägte, in den Hintergrund gedrängt: Einerseits erfüllt sie mit der Wahrnehmung eines bestimmten Aspekts des staatlichen Gewaltmonopols eine soziale Ordnungsfunktion, indem sie die Gemeinschaft der Nicht-Verrückten vor den Provokationen der Verrückten schützt. Andererseits nimmt sie als medizinische Disziplin therapeutische Aufgaben wahr und hat den Anspruch, zu heilen und individuelles Leiden zu lindern. Jede einzelne ihrer Interventionen muß daher im selben Augenblick zwei sich widersprechenden Ansprüchen genügen: Was hilft dem Verrückten am meisten? Was schadet der Gemeinschaft der Nicht-Verrückten am wenigsten? Aber nicht nur wenn sich diese beiden Grunddispositionen des psychiatrischen Denkens und Handelns im direkten Konflikt widersprechen, sondern auch im weniger dramatischen Alltag von der Anamnese über die Diagnostik bis hin zum *Behandlungsvertrag* und zum *Dialog* durchkreuzt die Pflicht, die eine Hälfte des psychiatrischen Auftrags zu berücksichtigen, den Wunsch, der anderen zu genügen. Die Psychiatrie bleibt auf diese Weise ein zur eigenständigen Fachdisziplin aufgerüsteter Kompromiß zwischen zwei sich widersprechenden gesellschaftlichen Anforderungen<sup>12</sup>. Und „faul“ ist er genau in dem Maß, in dem das Bewußtsein über die Strukturen seines Zustandekommens verloren geht oder gezielt verschleiert wird.<sup>13</sup> Das Verblässen der akademischen Konzepte der „alten“ Antipsychiatrie und die sich langsam durchsetzende Erkenntnis, daß auch die Sozialpsychiatrie im Kern nichts anderes als Psychiatrie ist, geben den Blick auf jenes altbekannte, nie gelöste Problem wieder frei. Dabei steht nicht die ganz konkrete, von vielen täglich bitter erlebte Relevanz jenes Widerspruchs zur Diskussion, sondern der Mythos, daß er nur um den Preis der programmatischen Verschmelzung seiner beiden Gesichter zum Januskopf, zu einem medizinischen Monstrum also, zu lösen sei.

<sup>11</sup> So etwa die „schizophrenogene Mutter“ oder die „double bind“-Struktur

<sup>12</sup> Psychoanalytisch erfüllt sie als „Kompromißbildung“ die Struktur eines neurotischen Symptoms.

<sup>13</sup> Aus diesem Blickwinkel sind im Vergleich zur simplen Repressivität der klassischen Psychiatrie die charakteristischen Veranstaltungen der Sozialpsychiatrie „oberfaul“.



Die *Neue Antipsychiatrie* steckt – mit anderen Vorzeichen zwar, doch nicht weniger grundsätzlich – in einer analogen Zwickmühle, insofern sie in ihrer Praxis versucht, der alten, genuin antipsychiatrischen Postulat nach der Abschaffung von Zwang und Bevormundung im Umgang mit den Verrückten gerecht zu werden: Einerseits folgt aus dem praktischen Bemühen, jene Forderung zumindest bis an die Grenze realer physischer Verletzung umzusetzen, in enger Wechselwirkung mit den Konsequenzen aus der Ablehnung des psychiatrischen Krankheitsbegriffs, daß auch die Verrückten in ihren Äußerungen und Handlungen ernst zu nehmen sind und ihnen ihre Zurechnungsfähigkeit, die Verantwortung für sich selbst und ihr Recht auf Selbstbestimmung nicht beschnitten oder gar aberkannt werden dürfen. Andererseits werden für Menschen in Phasen der Verrücktheit die ihnen selbst lange Zeit vertrauten und mit anderen umstandslos teilbaren Muster des Erlebens, Fühlens, Wahrnehmens und Agierens in prekärer, manchmal bedrohlicher und beängstigender Weise fremd. Sie mißverstehen und werden mißverstanden, ihre gewohnten psychischen Schutzschilder und sozialen Rückkopplungssysteme versagen, ihr geistiger Horizont weitet sich ins Unermeßliche oder schnurrt auf einige wenige, sich mit unwiderstehlicher Intensität aufdrängende Motive zusammen, sie sehen, hören und fühlen, daß die Welt sich auf eine bis dahin unbekannte, aber keineswegs als weniger evident und real erlebte Weise auf sie bezieht. Zumindest ihre alltäglichen Beziehungen zu der intersubjektiv geteilten Welt erfahren eine folgenreiche und tiefgreifende Krise. Sie sind deshalb in solchen Zeiten auf Verständnis, Sensibilität, Toleranz und Geduld, aber auch auf Rat, Unterstützung und Schutz angewiesen und zwar in einem Maß, das die Möglichkeiten und Fähigkeiten der sie umgebenden Menschen häufig übersteigt. Sie bedürfen aus diesem Grund vorübergehend eigens dafür ein-

gerichteter und spezifisch qualifizierter Orte, deren interne Regeln einen größeren Spielraum für ungewöhnliches, auch anstößiges Verhalten und gleichzeitig ein dichtes Netz von psychischer, physischer, sozialer Präsenz, eine ihren besonderen Bedürfnissen angepaßte Gewichtung von Nähe und Distanz, ein durch (eigene) Erfahrungen geschultes Feld erhöhter Aufmerksamkeit bieten. An solchen Orten konkretisiert sich Antipsychiatrie zum Anderen der Psychiatrie, dessen Verwirklichung das stärkste Argument des psychiatrischen Diskurses nach und nach entkräften könnte: seine faktisch geltende und praktisch (fast) unbestrittene Alternativlosigkeit.

Die Praxis der *Neuen Antipsychiatrie* – etwa im *Bundesverband für Psychiatrie-Erfahrene* oder im Berliner *Weglauffhaus* – entfaltet sich im Bewußtsein, daß auch sie weit davon entfernt ist, eine prinzipielle und eindeutige Antwort auf jeden Widerspruch gefunden zu haben. Die Anzahl ihrer pragmatischen Lösungsversuche ist ziemlich exakt genau so groß, wie die Zahl der Menschen, die von ihr unterstützt werden. Ihr theoretischer und konzeptioneller Horizont bleibt notwendig offen. Denn die von ihrer Reflexion aufzuwerfenden Fragen zielen weit über die Grenzen ihrer konkreten Handlungsmöglichkeiten hinaus. Wenn heute das Echo der ideologischen Nachhutgefechte um die antipsychiatrischen Dinosaurier des letzten Jahrhunderts langsam von den weniger spektakulären und verstreuten Stimmen der *Neuen Antipsychiatrie* übertönt wird, könnte auf der Grundlage der ersten Betroffenen-kontrollierten Praxiserfahrungen eine neue Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Verwerfungen beginnen, die sich hinter immer neuen sozialen Mustern im Schatten des Wahnsinns und seiner Ausschließung, der Verrücktheit und ihrer Therapie, der Irren und ihrer Pathologisierung verbergen.



## Summary

*The essay tries to locate a common position for all those social and political projects and initiatives being summarized as New Antipsychiatric Movement. Discussing the main features of the „classical“ antipsychiatric theories dominating in the second half of the 20<sup>th</sup> century and analyzing the strategies of social psychiatry, the author claims a growing necessity for a theoretical reflection of the actual antipsychia-*

*tric praxis in order to initiate new forms of public and expert discussions beyond the old ideological front lines. The reflection of the central contradiction of psychiatry to guarantee for social order and individual therapy at the same time and an evaluation of the practical experiences made by new antipsychiatric projects could provide for a fertile basis for further considerations.*

## Literatur

**Castel, Robert** (1980): Vom Widerspruch der Psychiatrie. In: Basaglia, Franco & Basaglia-Ongaro, Franca. Befriedungsverbrechen – Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen. Frankfurt/Main: 81ff.

**Deleuze, Gilles & Guattari, Félix** (1977): Anti-Ödipus. Kapitalismus und Schizophrenie. Frankfurt/Main.

**Dörner, Klaus & Plog, Ursula** (1980): Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/ Psychotherapie. Rehbürg-Loccum.

**Hölling, Iris** (1997): Das Ziel: Vertrauen in die eigene Realität. Ein Jahr *Weglaufhaus* in Berlin – eine Erfahrungsbilanz. In: Sozial Extra, Juli/August: 22f.

**Kempker, Kerstin** (Hg.) (1998): Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner *Weglaufhaus*. Berlin.

**Kempker, Kerstin** (1995): Vom Rechtsanspruch zum Bittebitte. Infoblatt Psychiatrie, 22, April, Nürnberg: 4f

**Kempker, Kerstin** (1991): Teure Verständnislosigkeit. Die Sprache der Verrücktheit und die Entgegnung der Psychiatrie. Berlin.

**Lehman, Peter** (1996): Schöne neue Psychiatrie, Band 1: Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken. Berlin.

**Lehman, Peter** (1996): Schöne neue Psychiatrie, Band 2: Wie Psychopharmaka den Körper verändern. Berlin.

**Trotha, Thilo v.** (1991): Die Kampfschrift und das Schreibspiel. In: Fehse, Wolfgang & Wehmeier, Klaus (Hg.) Renntag im Irrgarten – Beiträge zur labyrinthischen Situation 3. Berlin: 139ff

**Wehde, Uta** (1991): Das *Weglaufhaus* – Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene. Berlin.

---

## Anschrift des Verfassers

c/o Villa Stöckle  
Postfach 28 04 27  
13444 Berlin  
Tel.: 030/40632146

© Copyright 2001 by Thilo von Trotha

## Kurzbiographie

Thilo von Trotha, Berlin, geb.1960; Studium der Philosophie, Literaturwissenschaft, Linguistik und Politologie in Freiburg und Berlin, 1993 Magister (Freie Universität Berlin); Mitgründer des Berliner *Weglaufhauses* und seines Trägers, des *Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.*; Seit 1.1.1998 Mitarbeiter des *Weglaufhauses*

Angaben darüber, ob ich selbst Psychiatrie-betroffen bin oder nicht, würden der Intention meines Artikels zuwiderlaufen ...

\* \* \*

Welche Sprache sprechen wir  
ich weiß es nicht  
stumm sehen wir uns an oft  
es gibt keine Toten  
alle sind da  
wir alle sind eine Sprache  
Hund, Blume und Fels  
es gibt kein gestern und heute  
selbst den Riß des Todes  
duldet die Sprache nicht  
und häutet ihn ein  
in der Flughaut des Paradieses  
tragen wir die Höllen

unsere Finger erreichen die Erde  
mehr gibt es nicht  
eine Sprache nur gibt es  
und wir werden gesprochen  
von Nacht und Stern  
von Gras und Schilf  
in uns schwimmen die Fische  
fliegen die Vögel  
und wir spucken aus  
die Fahrpläne des Nichts

Andreas Thorn