

Andreas Knuf, Margret Osterfeld, Ulrich Seibert

**Selbstbefähigung fördern –  
Empowerment und  
psychiatrische Arbeit**



Andreas Knuf, Margret Osterfeld, Ulrich Seibert

**Selbstbefähigung fördern –  
Empowerment und  
psychiatrische Arbeit**

Mit Beiträgen von V. Aderhold,  
J. Chamberlin, R. Geislinger, H. Maimer,  
P. Terzioglu, J. Utschakowski, G. Wörishofer  
und M. Zaumseil

Psychiatrie-Verlag

Knuf, Andreas: Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit /  
Andreas Knuf, Margret Osterfeld und Ulrich Seibert  
3., neubearbeitete Auflage 2007, Bonn : Psychiatrie-Verl.  
ISBN 10: 3-88414-413-8  
ISBN 13: 978-3-88414-413-8

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische  
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Psychiatrie-Verlag im Internet: [www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de)

Bei Gebrauchsnamen, Handelsnamen und Warenbezeichnungen  
oder dergleichen, die in diesem Buch oft ohne besondere Kennzeichnung  
aufgeführt sind, kann es sich um gesetzlich geschützte Warenzeichen handeln,  
die nicht ohne weiteres benutzt werden dürfen.  
Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und  
Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden.  
Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand  
anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

© Psychiatrie-Verlag GmbH, Bonn 2007  
Alle Rechte vorbehalten.  
Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiana, Fröndenberg  
Typografie und Satz: Iga Bielejec, Nierstein  
Druck und Bindung: Clausen & Bosse, Leck

*Wir widmen dieses Buch dem Andenken an Ulrich Seibert,  
der im Herbst 2002 verstorben ist. Er hatte sich jahrzehntelang  
mit dem Empowerment psychiatrierfahrener Menschen beschäftigt.*

## **7 Einleitung**

### **WAS IST EMPOWERMENT?**

#### **12 Sehen und fragen. Vom Ursprung des Empowerments**

Gottfried Wörishofer

#### **20 Empowerment – eine Arbeitsdefinition von Betroffenenseite**

Judi Chamberlin

#### **28 Empowerment-Förderung: Ein zentrales Anliegen psychiatrischer Arbeit**

Andreas Knuf

### **KONZEPTE UND PROFESSIONELLE HALTUNG**

#### **42 Steine aus dem Weg räumen!**

##### **Empowerment und Gesundheitsförderung in der Psychiatrie**

Andreas Knuf

#### **56 Aufklärung und Informationsaustausch als Empowerment-Strategie**

Andreas Knuf

#### **70 Selbstbefähigende Psychotherapie bei Psychosen**

Andreas Knuf

#### **102 Krankheitsbewusstsein als Schlüssel zu Selbsthilfe und Selbstbestimmung bei psychiatrischen Krisen**

Andreas Knuf

#### **113 Die Stabilisierung der Identität – eine Empowerment-Strategie**

Ulrich Seibert

### **NEUE WEGE**

#### **132 Empowerment-Förderung auf einer gemeinpsychiatrischen Akutstation**

Margret Osterfeld

#### **148 Zwang und Empowerment – Alternative Wege in der Krise**

Ulrich Seibert

#### **183 Partizipativer Umgang bei der Neuroleptika-Behandlung Subjektorientierte kooperative Pharmakotherapie psychotischer Menschen**

Volkmar Aderhold

- 211 **Wie kann eine partizipative Zusammenarbeit zwischen Patienten und Ärzten gelingen?**  
**Zum Konzept der geteilten Entscheidungen in der psychiatrischen Praxis**  
Peri Terzioglu & Manfred Zaumseil
- 228 **Jenseits von Illusion und Resignation: Selbstbefähigung im Alltag einer Facharztpraxis**  
Helmut Maimer
- 259 **Eine komplizierte Beziehung: Professionelle Unterstützung von Selbsthilfegruppen**  
Rosa Geislinger
- 277 **»Experten durch Erfahrung«  
Neue Wege der Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen**  
Jörg Utschakowski

#### **ANHANG**

- 300 **Literatur**
- 325 **Autorinnen und Autoren**

## **Einleitung**

Der Begriff »Empowerment« (deutsch »Selbstbefähigung« oder »Selbstbemächtigung«) entstammt historisch der amerikanischen Emanzipationsbewegung der Frauen und der Befreiungsbewegung der Schwarzen. In beiden Fällen ging es um eine Auflehnung gegen Unterdrückung und Machtlosigkeit. Dazu war ein Zurückgewinnen von Stärke und Kraft erforderlich, aus dem heraus es gelingt, sich für die eigenen Rechte einzusetzen und sich nicht länger unterlegen zu fühlen.

Im Bereich der Psychiatrie steht der Begriff »Empowerment« für die Zurückgewinnung von Einflussmöglichkeiten Betroffener auf ihr eigenes Leben – sei dies nun durch die Bewältigung der psychischen Erkrankung, durch vermehrte Mitbestimmung bei der Behandlung und den Behandlungsstrukturen oder durch Einflussnahme auf politischer Ebene. Seit etwa zehn Jahren gibt es im deutschsprachigen Raum eine immer größer werdende Selbsthilfebewegung, die inzwischen aus Hunderten von Selbsthilfegruppen und zahlreichen größeren Selbsthilfeorganisationen besteht – ohne die es dieses Buch vielleicht gar nicht geben würde. Viel jedenfalls haben wir von ihnen gelernt. Gemeinsam fordern sie eine »subjektorientierte Psychiatrie«, gleichberechtigte Beziehungen zwischen professionell Tätigen und Betroffenen sowie den Abbau von Zwang, Gewalt und Bevormundung in der psychiatrischen Behandlung. Auch auf einer individuellen Ebene gewinnen immer mehr psychiatrienerfahrene Menschen ihre eigene Stärke zurück. Sie haben die Rolle des »passiven Hilfeempfängers« hinter sich gelassen und werden zu mündigen Behandlungspartnern.

»Selbstbefähigung fördern!«, so lautet das Anliegen des vorliegenden Buches. Wie aber können professionell Tätige das Empowerment ihrer Klientinnen und Klienten fördern, begleiten und unterstützen? Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden, damit es Menschen gelingt, »sich ihrer ungenutzten, vielleicht auch verschütteten Ressourcen und Kompetenzen (wieder) bewusst zu werden, sie zu erhalten, zu kon-

trollieren und zu erweitern, um ihr Leben selbst zu bestimmen und ohne »expertendefinierte Vorgaben« eigene Lösungen für Probleme zu finden« (WEISS 1992)? Wir unterscheiden dabei klar zwischen dem eigentlichen Empowerment, das nicht von außen an Betroffene herangebracht werden kann, sondern nur der Betroffene selbst vollbringen kann, und der Unterstützung und Förderung von Empowerment als Aufgabe professioneller Arbeit. Wir Herausgebende und die meisten Co-Autoren sind professionell Tätige und beleuchten vor unserem Erfahrungshintergrund die Frage nach den Bedingungen, die Empowerment erst möglich machen und unterstützen.

Dabei geht es uns in erster Linie um einen Perspektivenwechsel und eine veränderte Beziehung zwischen Betroffenen und professionell Tätigen: Aus ohnmächtigen Hilfeempfängern werden Menschen mit eigener Meinung, die nicht länger nur auf die Hilfe von außen vertrauen (müssen). Aus (omni)potenten Helfern werden Berater und Förderer eines zunehmenden Emanzipations- und Partizipationsprozesses.

Immer noch wird nur ein kleiner Teil jener Selbsthilfe- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten genutzt, die sich psychiatriee erfahrenen Menschen bieten. Ein Grund dafür ist sicher, dass die psychiatrische Behandlung den Betroffenen nicht selten Steine in den Weg legt: zu viel professionelle Verantwortungsübernahme, unzureichende Mitsprache und Information bei der Medikation oder der Therapieplanung, lähmende Traumaerfahrungen während der Behandlung, einseitig biologistische Krankheitsmodelle, die die Hoffnung auf Medikation als einzigen Ausweg erscheinen lassen. All dies kann es Betroffenen schwer machen, sich ihrer eigenen Stärke bewusst zu werden. Inhalt dieses Buches ist es also, diese Hindernisse zu benennen und Möglichkeiten zu ihrer Überwindung aufzuzeigen.

Erst seit einigen Jahren richtet sich das professionell-psychiatrische Interesse auf die Selbsthilfemöglichkeiten psychiatriee erfahrener Menschen, auf Bewältigungsstrategien und individuelle Vorsorge. Während psychiatrische Forschung, Diagnostik und Therapieplanung bisher nur auf die Defizite ihrer Klienten gerichtet waren, werden zunehmend mehr die Fähigkeiten und Ressourcen gewürdigt und gefördert. Für die

psychiatrische Behandlung ergeben sich damit vollkommen neue Unterstützungsmöglichkeiten. Dieses Buch stellt professionelle Methoden und Konzepte vor, wie vermehrte Selbsthilfe ermutigt und gefördert werden kann.

Inwiefern eine Behandlung tatsächlich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert ist, muss sich vor allem in jenen Bereichen psychiatrischer Arbeit erweisen, die von den Betroffenen häufig nicht als »nutzerorientiert« erlebt werden. Dies sind in besonderer Weise der Umgang mit Medikamenten und der Einsatz von Gewalt und Zwang in der psychiatrischen Versorgung. Wir haben uns deshalb mit diesen Themen besonders ausführlich und kritisch beschäftigt und beschreiben, wie vermehrte Selbstbestimmung und eine bedürfnisorientierte Behandlung realisiert werden können.

Wir verstehen unser Buch in erster Linie als Fachbuch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen. Trotzdem braucht dieses Buch möglichst viele psychiatriee erfahrene Leser. Nur sie können letztlich beurteilen, inwiefern die vorgestellten Konzepte wirklich nutzerorientiert und ob sie tatsächlich in der Lage sind, Selbstbefähigung zu fördern. Wir haben uns deshalb bemüht, ein für alle beteiligten Gruppen lesbares und verständliches Buch zu schreiben. Gleichzeitig haben wir auf eine möglichst konkrete Darstellung unserer Konzepte und Methoden Wert gelegt. Nur auf dieser »Mikroebene« ist unserer Meinung nach ein Austausch von Betroffenen und professionell Tätigen über die unterschiedlichen Vorstellungen psychiatrischer Hilfeleistungen möglich. Hier muss die Qualität einer Leistung »bestehen« können!

Die erste Auflage dieses Buches erschien im Jahr 2000, damals herausgegeben von Ulrich Seibert und Andreas Knuf. Uns freut sehr, dass Empowerment in den Jahren seit damals zu einem zentralen Anliegen weiter Kreise vor allem der Sozialpsychiatrie wurde. Entsprechend groß war das Interesse an diesem Buch, insgesamt fünf Auflagen erschienen bisher. Heute können wir auch im deutschsprachigen Raum auf mehr Erfahrungen mit der Förderung von Selbsthilfe, Selbstbestimmung und partizipativer Behandlungsstrukturen zurückgreifen. Daher entschie-

den wir uns für eine deutliche Überarbeitung, um diesen Entwicklungen auch im Buch ihren Raum zu geben.

In der Zeit seit der ersten Auflage ereigneten sich aber nicht nur erfreuliche Dinge. Nur kurze Zeit nach Erscheinen des Buches verstarb Ulrich Seibert, was für alle, die ihn kannten, ein schwerer Verlust war, auch für die Empowerment-Bewegung. Für die Neuauflage kam daher Margret Osterfeld als Mitherausgeberin hinzu. Sie sorgte mit ihrer Erfahrung als Oberärztin sowie als Psychatriepatientin (also mit ihrer eigenen Psychiatrie-Erfahrung) für weitere kritische Impulse. Gemeinsam haben wir mit dieser Ausgabe versucht, bestehende Grundkonzepte der Empowerment-Förderung vorzustellen und gleichzeitig aktuelle Entwicklungen aufzugreifen. Alle Texte wurden deutlich überarbeitet und aktualisiert. Nur die in diese Ausgabe übernommenen Texte von Uli Seibert haben wir unverändert gelassen; sie haben nach wie vor Bestand. Ganz neu hinzugekommen sind die Texte von Margret Osterfeld über die Möglichkeiten und Grenzen der Empowerment-Förderung im stationären Kontext sowie von Jörg Utschakowski über neue Wege der Beteiligung von Betroffenen in psychiatrischen Einrichtungen und in der Fort- und Weiterbildung. Wegen der sinnvollen Begrenzung des Gesamtumfangs des Buches mussten wir auf den einen oder anderen Beitrag der ersten Auflage leider verzichten.

Unser Dank gilt unseren Co-Autorinnen und -Autoren. Ihnen und ihrer Geduld mit unseren zahlreichen Änderungswünschen ist es zu verdanken, dass dieses Buch bei allen Erfordernissen an die Geschlossenheit des Ganzen doch im Detail lebendig und praxisnah geworden ist.

Andreas KNUF und Margret OSTERFELD  
im Frühjahr 2006

## WAS IST EMPOWERMENT?

## Sehen und fragen

### Vom Ursprung des Empowerments

GOTTFRIED WÖRISHOFER

In den siebziger Jahren war ich das erste Mal in einer – wie es damals noch hieß – Nervenklinik. Um zu erklären, wo ich abgeblieben war, schrieb ich an einen meiner Lehrer: »Ich bin in der Psychiatrie gelandet!« Der Brief wurde vom Stationsarzt zensiert. Der Ausdruck »gelandet« erregte Anstoß. Dabei könnte man ihn doch positiv verstehen: Da kam einer auf den Boden, fand den Grund wieder ... wenngleich dieser Grund der Grund eines Verlieses war. Mit Verlies ist nicht einmal die Klinik gemeint, sondern das vormals tragende Selbst, das eingebrochen war.

Nun liegst du mit »zerschlagenen Gliedern« auf dem Grund deiner selbst, und zwar verlassen, obwohl manche, Angehörige wie Freunde, sich rührend um dich kümmern. Verlassen deshalb, weil du selbst dich nicht mehr erreichst. Piet C. KUIPER (1991, S. 99) drückt das in *Seelenfindernis* so aus: »Die Isolierzelle einer psychiatrischen Einrichtung hat nichts Grausames. Nicht der Aufenthalt in einer solchen Zelle ist schrecklich, sondern die Tatsache, dass er notwendig ist. Die Dunkelheit herrscht im eigenen Innern.«

Einige Wochen nach seiner erstmaligen Einlieferung in ein psychiatrisches Landeskrankenhaus schreibt ein 19-jähriger Patient an seine Freundin: »Endlich bin ich fähig, ein Lebenszeichen von mir zu geben. Es ist ein sehr schwaches Zeichen. Du wirst sicher auf irgendwelchen Umwegen von meinem trüben Schicksal erfahren haben. Und du wirst schockiert gewesen sein. Meinen Nervenzusammenbruch empfinde ich ebenso als einen Absturz in die endlosen Tiefen menschlicher Existenz.«

Von dieser – immer noch schwach und nur beispielhaft ausgeleuchteten – Situation der erstmaligen Aufnahme in eine psychiatrische Klinik möchte ich ausgehen, wenn ich über »Empowerment in der psychiatri-

schen Arbeit« nachdenke. Zugegeben: »Empowerment« ist nicht das erste Stichwort, das mir dabei einfällt. Der weit gehend elaborierte Begriff entzieht sich dem schlichten Verstehen, hat sich sogar zur Methode entwickelt und eine zusammengesetzte Bedeutung mit vielen Inhalten angenommen. Im Erstaufenthalt geht es hingegen um etwas ganz Einfaches. Um eine Entscheidung. Um die Weichenstellung zwischen:

1. Zeigt sich nochmals eine Zukunft? Lässt sich eine Lebensperspektive wiedergewinnen, die der verlorenen gleichkommt, oder

2. muss ich mit einer psychischen Querschnittslähmung rechnen?

Um mit (einem abgewandelten Zitat von) Romano Guardini zu sprechen, ist diese Frage viel zu ernst, um sie allein den Psychiatern zu überlassen. Wäre der Jugendliche Opfer eines Motorradunfalls, würde er fraglos jede nur erdenkliche medizinische und rehabilitative Hilfe erhalten, die diese Gesellschaft bereitzustellen in der Lage ist. Es gehört zu den bittersten Feststellungen, die wir als Psychiatrie-Erfahrene treffen müssen: Für Erstbetroffene in der Psychiatrie wird nur ein Bruchteil jener Bemühungen aufgewendet wie beispielsweise für den verunglückten Motorradfahrer. Das gilt in finanzieller wie in personeller Hinsicht. Selbst wenn dieser Aufwand angeglichen würde, ist keineswegs garantiert, dass eine Genesung eingeleitet werden könnte. Muss man nicht die Befürchtung haben, mit dem gesteigerten Aufwand würde lediglich der Behandlungseifer in der bekannten Richtung perfektioniert werden?

Zuallererst müsste das seelische Unglück des Jugendlichen *gesehen* werden:

- ★ ein Schmerz, der nicht schreit, gehört,
  - ★ eine Wunde, die nicht blutet, erkannt und
  - ★ eine Lähmung, die nicht im Rollstuhl sitzt, wahrgenommen werden.
- Zugegeben: Dieses mehrfache Nichts-von-etwas ist schwer zu »sehen«. Dennoch führt an diesem Sehen kein Weg vorbei. Im bloßen Diagnostizieren wird es am gründlichsten verfehlt, weil das Diagnostizieren nichts Individuelles zeigt, lediglich Symptome zuordnet. Gefordert ist nicht jenes Sehen, das etwas hineinsieht, sondern jenes, welches sich etwas zeigen lässt, gerade nicht einordnet, nicht unter einen Oberbegriff

stellt, sondern sein und gelten lässt, ja zur Geltung bringt. Nur in einem Sehen dieser Art kann sich die Dimension einer psychotischen Erstkrise zeigen und sehen lassen – kann hervor ans Licht kommen.

Ich möchte hoffen, dass jemand, der »Empowerment« unterstützen will, über die Notwendigkeit dieses Sehens mehr und mehr Klarheit gewinnt. Mit Diagnostizieren jedweder theoretischen Herkunft (auch der psychotherapeutischen) ist es nicht getan. Oder kann im Ernst jemand der Überzeugung sein, in dieser von vielen ja ähnlich erlebten Situation des Erstaufenthaltes könnte es hilfreich sein, man würde eine giftige Schlange in das dunkle Verließ »im eigenen Innern«? Was Not tut, ist fürs Erste: Gesehen werden und das zu schätzen, was jemand erlebt hat. Dann ist es möglich, einer – der entscheidenden – Entscheidung Bahnung zu verschaffen, die allem Empowerment notwendig vorausliegt: Ich entscheide mich, der aufkeimenden Hoffnung und Zuversicht eine Chance zu geben – ich scheue mich dieser »Keimlegung« den Namen »Empowerment« (ein Wort in Lederkluft) zu geben und doch fängt wohl alles »empowern« damit an.

Es klingt nach verdammt wenig, was ein professioneller Therapeut, Arzt, Helfer hier beisteuert, und ist dennoch das Kostbarste, was in dieser Zeit gegeben werden kann: die Einräumung der Möglichkeit von Selbstgewinnung und in eins damit die Ermöglichung von Zukunft. Alle schizophrenehaltigen Diagnosen konterkarieren die Möglichkeit von Zukunft, weil sie offen oder verdeckt eine negative Prognose mit sich führen und im Betroffenen jene psychische Querschnittslähmung entfalten, die Empowerment kurz- und langfristig vereitelt. Es gilt aber, langsam und nach dem eigenen Maß, jede Faser seiner Identität zurück- und neu zu gewinnen, um das zu bewältigen, was einem aufgegeben ist. Dabei sind die Chimären der »bösen« Prognose die schlechtesten Ratgeber, denn sie kleiden sich in einen Wahrheitsanspruch, der ihren Verkündern nicht zusteht. Schließlich ist Zukunft unwissbar, offen – selbst wenn in 90 Prozent aller Fälle ...

Neben dem – sagen wir einmal – vorschnellen Diagnostizieren gibt es einen zweiten Umstand, der ein Erwachen der Kraft (em-power) untergräbt: die ausschließlich biologisch-chemische Konzeption von Hei-

lung bei psychischen Erkrankungen. Um Missverständnisse zu vermeiden, möchte ich an dieser Stelle festhalten, dass es mir nicht darum geht, die Leistung und Bedeutung pharmakologischer Interventionen klein zu reden oder gar zu bestreiten. Im Gegenteil: Sie haben aus meiner Sicht wesentlich dazu beigetragen, dass Betroffene einen größeren Handlungsspielraum gewinnen und mit einiger Erfahrung bei der Zuhilfenahme von Medikamenten ein erfolgreiches Selbstmanagement üben können. Wogegen ich mich wende ist die Ausschließlichkeit. Dabei interessiert mich an diesem Punkt wieder nicht eine Entstehungstheorie von psychischer Krankheit oder Ähnliches, sondern die Behandlungserfahrung während des Erstaufenthaltes, weil dort jeder Anlauf zu einem Aufschwung – Empowerment – seinen Anstoß findet oder ... im Sande verläuft.

Es entspricht psychiatrischer Kunst und ist zielführend, daher legitim und angemessen, auch bei einer Erstbehandlung Psychopharmaka in der gebotenen Vorsicht zum Einsatz zu bringen. Dass allerdings hiermit schon das Ende der psychiatrischen Kunst erreicht sein soll, ruft den Widerstand vieler Patienten hervor. Kein Mensch kann es hinnehmen, nur und ausschließlich als Stoffwechselstörung betrachtet zu werden (in dieser Phase; es mag eine spätere Phase geben, in der gerade diese Auffassung ein Stück weiterhilft). Trotz Applikation von Medikamenten und entsprechender Symptominderung stellt sich das Gefühl, (gut) behandelt zu werden, nicht ein. Wenn nur mein Chemiehaushalt beeinflusst wird, darüber hinaus jedoch niemand über die existenziellen Probleme mit mir spricht, leidet die Arzt-Patient-Beziehung unter einem schwer wiegenden Mangel: Sie wird nämlich subjektiv gar nicht als Behandlung erfahren. Im Verzicht auf eine personale Begegnung, d.h. im Verzicht auf die personalen Fähigkeiten des Psychiaters, wird dem Patienten letztlich der Arzt vorenthalten, und dieser beraubt sich wiederum seiner Wirksamkeit als Seelenarzt (psych-iatros), die ja nicht in der Tablettengabe festgemacht werden kann. Subjektiv habe ich ein seelisches Leid, dem ein seelisches Äquivalent abhelfen muss – selbst wenn die Wirkung des Medikamentes nicht bestritten, sondern anerkannt wird.



Im ausschließlich biologisch-chemischen Behandlungskonzept wird der Mensch zu »tief« angesetzt, d. h. erniedrigt, und es ist nur logisch und spricht für die Gesundheit der Patienten, wenn sie sich wehren, d. h. eine Non-Compliance an den Tag legen. Solange die Arzt-Patient-Beziehung nur als Vehikel zur Erlangung von Behandlungsbereitschaft im Sinn von Medikamenteneinnahme gilt, gehört diese Erniedrigung zum Wesen dieser Beziehungsstruktur, d. h., sie erlangt keine Arbeitsfähigkeit und verbaut sich selbst jede Verhandlungsbasis.

Den Gegensatz von Behandeln versus Verhandeln, wie er in den letzten Jahren aufgeworfen wurde, gilt es zu radikalieren, d. h. tiefer zu verstehen, sofern er nicht nur ein pfffiger Slogan bleiben soll. Gerade in der erstmaligen Aufnahmesituation ist der Patient (noch) nicht als Verhandlungspartner etabliert, denn wäre er das, würde das bedeuten, er hätte eine gewisse – wenn auch begrenzte – Souveränität über seine Lebenslage im Ganzen, von der aus er »in Verhandlung treten« kann. Dieser anzustrebende Umstand liegt, wenn es gut geht, vielleicht einige Jahre später vor, nach dem dritten, vierten oder fünften Aufenthalt und sofern die Genese der Erkrankung eine gewisse Transparenz im Patienten erlangt hat, ihn im positiven Sinn zum »Erfahrenen« gemacht hat. Beim Erstaufenthalt sieht man sich jedoch einer ungeheuren Komplexität von Problemen ausgesetzt, wie es der Einbruch und Einsturz des Selbstbildes eben mit sich bringt. Orientierungslosigkeit, Verzweiflung und Hilflosigkeit werden in der Regel die Befindlichkeit ausmachen. Dem Psychiater wird zugestanden und zugeschrieben, in dieser Lage Orientierung zu geben. Damit geraten wir mitten in ein heikles Problem: die Vertrauensfrage. Die Betroffenen sind genötigt, da ihnen nichts anderes übrig bleibt, einem Menschen zu vertrauen, dessen Vertrauenswürdigkeit nicht im Ansatz erwiesen ist. N. LUHMANN (1989, S. 45) nennt dies treffend eine »riskante Vorleistung«.

In der Arzt-Patient-Beziehung wird der Vertrauensakt nicht extra geleistet, sondern ist bereits in die Arztrolle eingeschrieben. Der Arzt ist ein Vertrauenhabender. Sonst ist er kein Arzt. Vertrauen reduziert Komplexität (LUHMANN) und gibt Orientierung. Die Frage ist, warum die spezifische Weise, wie in der heutigen Psychiatrie Orientierung gegeben

wird, nicht zu einer Bestätigung und Festigung des Vertrauens in sie führt, sondern bei vielen zum genauen Gegenteil. Interessanterweise ist die Kritik an der Arzt-Patient-Beziehung nicht neu, jedenfalls kein Produkt nur der neueren Generation von Psychiatrie-Erfahrenen. Der leider in Vergessenheit geratene J. CUSTANCE hat in seinem 1954 auf Deutsch erschienenen Buch *Weisheit und Wahn* aus dreißigjähriger Psychiatrieerfahrung den Schluss gezogen: »Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist einer der Hauptfaktoren bei der Heilung jeder Krankheit und im Falle einer Geisteskrankheit ist sie vielleicht der überragende Faktor. Ich kann nur sagen, nach den berichteten Vorfällen (...) habe ich keinen weiteren Versuch gemacht mich den Ärzten anzuvertrauen; ich habe sie mehr oder weniger als Feinde, jedenfalls aber eindeutig als ›auf der anderen Seite‹ angesehen.« (ebd., S. 277)

Die ausschließlich biologisch-chemische Behandlungsstrategie, welche mit ärztlicher Autorität empfohlen, besser: dringend und sogar ultimativ nahe gelegt wird, lässt irgendwelche anderen Aktivitäten, die über die Medikamenteneinnahme hinausgehen würden, als sinnlos erscheinen. Damit sind dem Patienten Bemühungen, die möglich wären, schon vor ihrer Entdeckung aus der Hand geschlagen, und es geschieht das, was unter allen Umständen vermieden werden muss: Der Patient wird im Wortsinne als Er-Leidender, als Passiver gesehen und – was noch weit verhängnisvoller sein kann –: Es besteht die Gefahr, dass er diese Sicht übernimmt. Dabei kommt es aufs genaue Gegenteil an: Ich bin überzeugt – und nicht wenige teilen mit mir diese Überzeugung –, dass ein »Genesungsprozess« umso günstiger verlaufen kann, je mehr ich mich prinzipiell als lernfähig definiere und die psychotische Architektur eines Umbaus für fähig oder mindestens für bewohnbar halte. Freilich darf man sich keinen Illusionen hingeben. Es handelt sich ja nicht um eine Gleichung mit nur zwei Unbekannten, die in 10 Minuten (oder einem Klinikaufenthalt) zu lösen wäre. Die Unbekannten in dieser Gleichung sind zahlreich – die Lösungswege langwierig. Aber müssen wir nicht schon aus intellektueller Redlichkeit, mehr aber noch aus ethischer Verantwortung, von einer grundsätzlichen Lösbarkeit ausgehen und die theoretische Vorannahme der Unlösbarkeit fern halten,

sprich die psychische Querschnittslähmung als Prognose ausschließen? Ob sie eintrifft, das muss das Leben entscheiden, und nicht der Psychiater.

Neben der kunstfertigen Gabe von Medikamenten ist es vielleicht die wesentlichste Aufgabe aller psychiatrischen Therapie, jenes Erweckungsereignis zu begünstigen oder zu vermitteln, das die Patienten zu »sich« bringt, zu sich selbst erwachen lässt. »Es schläft« eben nicht nur »ein Lied in allen Dingen«, sondern ebenso gut »ein Gesundes in allem Leiden«, das tätig werden will – sofern es nur erwacht, zu sich kommt und aufsteht. Weniger metaphorisch gesprochen, lautet die Gretchenfrage des Empowerment: Wie lässt sich *Lernfähigkeit* im Umgang mit sich und der Welt erlernen und – »lehren«? Selbstredend ist »Lernen« in diesem Kontext kein schulisches Einverleiben vorhandenen Stoffes, sondern eher vergleichbar mit dem kreativen, forschenden Vordringen in ein unbekanntes Gelände. Dabei geht es nicht ohne Zumutung, der Einzelne muss sich selbst etwas zumuten – und Zumutungen von außen nicht nur kritisch prüfen, sondern auch zurückweisen, wenn es Not tut. Wie lässt sich nun jene Lernfähigkeit vermitteln? Wahrscheinlich entzieht sie sich curricularen Strategien. Die Basisfähigkeit des Therapeuten sollte aus meiner Sicht nichts anderes als »das Fragen« sein. Fragen, wenn sie offen gehalten und nicht sofort mit der nächstbesten Antwort zugestopft werden, sind geeignet Interesse zu wecken und wach zu halten. Das Offene einer Frage, d. h., wenn ausgehalten wird, Antworten fern zu halten, bildet den offen-aufgespannten Raum, in dem sich freie Hypothesen einstellen können, die auch konkret-praktisches Experimentieren ermöglichen. An manchen Psychiatrie-Betroffenen beobachte ich einen ausgeprägten Eigensinn, der es kaum erlaubt, etwas anderes zu denken als das, was immer schon gedacht wurde. Gelingt es beispielsweise den Rat eines Beraters oder die Bewältigungsweise eines anderen mit Interesse, unvoreingenommen und ruhig anzuhören, vielleicht sogar probenhalber als Möglichkeit für sich selbst zu betrachten? Da gibt es Defizite.

Nicht selten vermögen aber die Therapeuten gegen die Befangenheit der Betroffenen nur ihre eigene professionelle Selbstgewissheit ins Feld

zu führen und werden damit erst recht nicht zur Erweiterung des »geistigen Einzugsgebietes« beitragen. Wie, wenn erst im fragenden Suchen jener offene Raum entstünde, der ein Finden heilsamer Haltungen ermöglicht? Ist vielleicht der offene Raum selbst schon das Heilende?

In einem späteren Stadium, wenn sich die Psychose entgegen aller Hoffnung erneut einstellt, wieder breit macht und ihre Tiefschläge und Beeinträchtigungen entfaltet ... spätestens dann gilt es den Forschungsauftrag anzunehmen, der einem gestellt ist. Nur: Wie das Interesse an einem aktiven Reflektieren seiner Situation aufrechterhalten, wenn der gleiche psychotische Vorgang, wie es scheint, sich unverändert wiederholt? Eine arge Herausforderung an die Duldsamkeit und Motivation des oder der Betreffenden, gäbe es da nicht doch die kleinen Fortschritte, die es zu sehen gilt – mit Hilfe eines Therapeuten oder einer Therapeutin, die danach fragen? Jene, die nicht einstimmen in die unbedachte Rede von der Drehtürpsychiatrie, was eine ausgesprochen depressive Interpretation von Wiederholung darstellt. Inzwischen verfügen wir doch über Erfahrungen, dass Wiederholungen eine Auslenkung nach oben bekommen können. Die Wiederholung bleibt nur dann eine Wiederkehr des Gleichen, wenn aus den Erfahrungen kein Nutzen gezogen wird. Hierin liegt ein weites Feld für therapeutisches Geleit – für Ermutigen und Anerkennen, für sparsam gesetzten Rat wie für handfeste Unterstützung beim Lösen von Konflikten, für Zurückhaltung ebenso wie für ein beherztes und spontanes Helfen. Da jedes einzelne Geschehen in diesem therapeutischen Geleit Premierencharakter hat, lässt sich vom grünen Tisch der Empowermenttheorie aus kaum eine Empfehlung erteilen. Es bleibt der Umsicht und Erfahrung der Therapeuten anheim gestellt, ob, wie und in welchem Grad sie unterstützen. Das Wort von der »Hilfe zur Selbsthilfe« ist auch hier richtig, klingt aber zu banal-mechanisch und hat die Wirkung eines Tranquilizers. Die Empowermentidee darf sich damit nicht ruhig stellen lassen, sondern muss stets von der Frage beunruhigt sein: Was ist denn das für eine Hilfe, die zur Selbsthilfe verhilft?

## Empowerment – eine Arbeitsdefinition von Betroffenenseite

JUDI CHAMBERLIN

Der Begriff »Empowerment« erfreut sich in der Psychiatrie derzeit zunehmender Beliebtheit. Nahezu jedes Programm zur psychiatrischen Betreuung nimmt für sich das Ziel in Anspruch, die Eigenmacht der Klienten zu stärken, und doch liegen in der Praxis kaum taugliche Bestimmungen des Begriffs vor. Zudem lässt sich keineswegs belegen, dass Programme, die auf diesem Konzept basieren, sich in irgendeiner Form von anderen unterscheiden.

Da somit eine aussagekräftige Definition nach wie vor aussteht, ist der Begriff zu einem politischen Allgemeinplatz verkommen, dessen Bedeutung so beliebig geworden ist, dass er jeden inhärenten Inhalt einzuüßen droht. Einige konservative US-Politiker haben beispielsweise mit der Behauptung für eine »Reform« des Sozialsystems geworben, dass die Streichung von Unterstützungsgeldern die Eigenmacht der Hilfeempfänger stärken werde (die anscheinend auf diese Weise Unabhängigkeit erlangen sollen!). Solche Begriffsverwendungen wecken Zweifel an dem Anspruch, mit der Zielsetzung einer »Stärkung der Eigenmacht« des Klienten ein inhaltlich bedeutsames Konzept vorzulegen.

In anderen Ländern bzw. Sprachgemeinschaften gestaltet sich eine sinnvolle Verwendung des Begriffs sogar noch schwieriger. Bei Vorträgen im Ausland habe ich festgestellt, dass der Begriff in der Regel nicht einmal übersetzt wird; der Übersetzer zitiert schlicht und einfach das englische Wort »empowerment«, vielleicht in der Hoffnung, dass die Zuhörer imstande sein werden, es mittels des Kontextes selbst mit Inhalt zu füllen. Aber trotz allem bin ich überzeugt, dass der Begriff eine Bereicherung sein kann und dass der erste Schritt dazu wäre, eine Definition zu formulieren.

### Ein Arbeitsbegriff

In unserem »Zentrum für Psychiatrische Rehabilitation« leitete ich »ein Forschungsprojekt über Teilnehmer von Programmen, die von psychiatrienerfahrenen Menschen selbst betrieben und angeboten wurden«. Gleich zu Beginn der Arbeit stellten wir fest, dass viele dieser Gruppen den Begriff des Empowerments in ihr Programm aufgenommen hatten. Es handelte sich offenbar um einen Schlüsselbegriff, der im Rahmen unseres Projekts definiert werden musste. Zu diesem Zweck luden wir etwa ein Dutzend führender Aktivisten amerikanischer Selbsthilfegruppen von Nutzerinnen und Nutzern ein, die den Beirat unseres Projekts bildeten, und zwar mit dem Ziel, vorab eine Begriffsbestimmung vorzunehmen. Obgleich uns klar war, dass der Ausdruck »Empowerment« eine gemeinsame Schnittmenge mit Redewendungen wie »Streben nach mehr Selbstachtung« und »Autonomie« aufweist, waren wir der Meinung, dass diese unsere Zielsetzungen nicht vollständig abdeckten, nicht umfassten, was wir für den charakteristischen Sinngehalt von »Empowerment« hielten.

Nach langen Diskussionen definierten wir inzwischen »Stärkung der Eigenmacht« mittels einer Reihe von Eigenschaften und Kompetenzen, die im Folgenden aufgeführt werden. Danach beinhaltet bzw. bedeutet »Stärkung der Eigenmacht« des Patienten:

1. die Entwicklung der Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen;
2. über den Zugang zu Informationen und Ressourcen zu verfügen;
3. über Handlungsalternativen zu verfügen, unter denen man wählen kann (nicht nur ja/nein, entweder/oder);
4. Durchsetzungsfähigkeit;
5. das Gefühl zu haben, als Individuum etwas bewegen zu können (Hoffnung zu haben);
6. kritisch denken zu lernen, also Konditionierungen zu durchschauen und abzulegen sowie einen neuen Blick auf die Dinge einzuüben:
  - a. zu lernen, neu zu definieren, wer wir sind (mit eigener Stimme zu sprechen);
  - b. zu lernen, neu zu definieren, was wir zu tun vermögen;

- c. zu lernen, unser Verhältnis zu institutioneller Macht neu zu definieren;
- 7. Wut zu erkennen und äußern zu lernen;
- 8. sich nicht allein zu fühlen, sondern als Teil einer Gruppe zu begreifen;
- 9. zu der Einsicht zu gelangen, dass *jeder* Mensch Rechte hat;
- 10. Veränderungen im eigenen Leben und im Umfeld zu bewirken;
- 11. neue Fähigkeiten zu erlernen (etwa die Fähigkeit zur Kommunikation), die der Betroffene für wichtig hält;
- 12. die Wahrnehmung anderer bezüglich der eigenen Handlungskompetenz und -fähigkeit zu korrigieren;
- 13. sich zu outen;
- 14. ein niemals abgeschlossener, selbst gesteuerter Prozess inneren Wachstums und innerer Entwicklung;
- 15. sich ein positives Selbstbild zu erarbeiten und die Stigmatisierung zu überwinden.

Schon zu Beginn der Diskussion gelangten wir zu der Einsicht, dass »Empowerment« ein komplexes, multidimensionales Konzept bezeichnet und einen Prozess umschreibt anstatt eines Ereignisses. Daher waren wir auch nicht der Meinung, dass eine Person über jede in der Liste aufgeführte Eigenschaft/Kompetenz verfügen müsste, um als »empowered« zu gelten.

Diese Definition soll keine Allgemeingültigkeit beanspruchen, sondern ist speziell an unser Forschungsprojekt gebunden. Es handelt sich um ein Angebot, um einen Arbeitsbegriff zur Eröffnung einer Debatte über die Frage, ob »Empowerment« ein sinnvoller Begriff zur Charakterisierung eines spezifischen Mechanismus sein kann, auf den die Mitglieder der Selbsthilfegruppen unserer Studie zurückgegriffen haben. Letztlich habe ich festgestellt, dass ein Gespräch über die von uns erarbeitete Definition in den unterschiedlichsten Gruppen häufig tatsächlich den Anstoß zu einer wertvollen weiteren Diskussion gab. Von Angehörigen anderer Sprachgemeinschaften war außerdem zu erfahren, dass die Definition ihnen bei dem Versuch, den Begriff zu übersetzen, geholfen hat.

## **Empowerment: Die Bausteine der Definition**

Schauen wir uns die Definition genauer an und werfen wir einen Blick auf die einzelnen Bausteine.

1. Die Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen: Den Klienten von Programmen zur psychiatrischen Betreuung wird von den Professionellen oftmals die Fähigkeit abgesprochen, Entscheidungen oder zumindest die »richtigen« Entscheidungen zu fällen. Insofern basieren viele Programme auf der paternalistischen Haltung, dass die Anzahl oder die Qualität eigener Entscheidungen der Klienten einzuschränken sei. Die Klienten dürfen zwar beispielsweise über den Speiseplan entscheiden, nicht aber über den Gesamtverlauf ihrer Behandlung. Doch ohne Praxis hinsichtlich des Fällens von Entscheidungen werden die Klienten auf Dauer im Zustand der Abhängigkeit gehalten. Kein Mensch kann Selbstständigkeit erlangen, wenn ihm keine Gelegenheit gegeben wird, wichtige Entscheidungen über sein Leben selbst zu treffen.
2. Über den Zugang zu Informationen und Ressourcen zu verfügen: Entscheidungen dürfen nicht im luftleeren Raum gefällt werden. Stattdessen können Entscheidungen am besten dort getroffen werden, wo das Subjekt über die geeigneten Informationen verfügt, um die möglichen Konsequenzen der verschiedenen zu Gebote stehenden Optionen abzuwägen. Viele Professionelle aus dem psychiatrischen Bereich beschränken aus einer paternalistischen Haltung heraus den Informationsfluss, und zwar in dem Glauben, dass diese Beschränkung »zum Besten« des Klienten sei. Dies kann die Form einer »self-fulfilling prophecy« annehmen, da die Klienten auf Grund des Fehlens adäquater Informationen möglicherweise spontane Entscheidungen treffen, die die psychiatrisch Tätigen in ihrem Glauben an deren Unzulänglichkeit bestätigen.
3. Über Handlungsalternativen zu verfügen, unter denen man wählen kann: Eine wichtige Entscheidung ist keine Frage davon, ob man Hamburger *oder* Hotdogs *oder* Kegeln gehen wählen kann. Wer lieber Salat essen oder in die Bibliothek gehen möchte, hat leider Pech gehabt!

4. Durchsetzungsfähigkeit: Nichtdiagnostizierte Personen werden für diese Eigenschaft belohnt; in der Psychiatrie hingegen wird sie häufig für »manipulativ« gehalten. Dies ist ein Beispiel dafür, wie ein psychiatrisches Label aus der negativen Umwertung positiver Eigenschaften resultieren kann. Durchsetzungsfähigkeit – die Fähigkeit, klar seine Wünsche zu formulieren und für seine Interessen einzutreten – hilft einer Person, ihre Bedürfnisse zu verwirklichen.

5. Das Gefühl zu haben, als Individuum etwas bewegen zu können: Hoffnung ist ein essenzieller Bestandteil unserer Definition. Ein von Hoffnung erfüllter Mensch glaubt an die Möglichkeit künftiger Veränderung und Besserung; ohne Hoffnung kann es ihm sinnlos erscheinen, sich überhaupt zu engagieren. Doch die Professionellen der Psychiatrie, die ihre Klienten als »unheilbar« oder »chronisch« beschreiben, scheinen gleichzeitig zu erwarten, dass diese trotz der überwältigenden Hoffnungslosigkeit, die derartige Labels vermitteln, die Motivation entwickeln, aktiv ihr Leben zu verändern.

6. Kritisch denken zu lernen, Konditionierungen zu durchschauen und abzulegen, einen neuen Blick auf die Dinge einzuüben: Dieser Teil der Definition sorgte für die heftigsten Diskussionen in unserer Gruppe, und wir sahen uns außerstande, den Inhalt in nur einen Satz zu kleiden. Wir waren der Überzeugung, dass im Laufe des Prozesses psychiatrischer Diagnose und Behandlung das Leben, die persönliche Geschichte der Klienten in eine »Fallgeschichte« umgewandelt wird. Daher besteht ein Teil des Prozesses der Stärkung der Eigenmacht im Wiederfinden der eigenen Lebensgeschichte. Parallel dazu gehört zum Prozess der Stärkung von Eigenmacht das Wiederfinden des Gefühls von Kompetenz und das Erkennen der oftmals verborgenen Machtverhältnisse, die der Behandlungssituation inhärent sind. Unmittelbar nach dem Zusammentreten einer Selbsthilfegruppe ist es zum Beispiel gang und gäbe, dass die Mitglieder einander ihre Lebensgeschichte erzählen; sowohl der Akt des Erzählens als auch die Tatsache, dass einem zugehört wird, sind wichtige Ereignisse für die Gruppenmitglieder.

7. Wut erkennen und äußern zu lernen: Wenn Klienten Wut äußern, wird dies von Professionellen häufig als »Dekompensation« gewertet

oder es werden die Klienten selbst als »unkontrolliert« eingestuft. Dies geschieht selbst bei völlig gerechtfertigtem Zorn, der bei den so genannten Normalen auch als solcher beurteilt würde – ein weiteres Beispiel dafür, wie aus einer positiven eine negative Eigenschaft wird, wenn eine Person erst einmal diagnostiziert worden ist. Da die Äußerung von Wut häufig stark beschnitten wurde, fürchten die Klienten oftmals ihre eigene Reaktion und überschätzen die destruktive Kraft ihrer Wut. Die Klienten brauchen die Gelegenheit, ihre Wut kennen zu lernen, sie gefahrlos äußern zu können und ihre Grenzen zu erkennen.

8. Sich nicht allein zu fühlen, sondern sich als Teil einer Gruppe zu begreifen: Ein wichtiges Element unserer Definition bildet die Dimension der Gruppenzugehörigkeit. Für sehr wichtig halten wir die Erkenntnis, dass eine Stärkung der Eigenmacht des Klienten nicht allein auf die Einzelperson bezogen werden kann, sondern die Gemeinschaft einschließt. Wie im Verlauf der Diskussion mehrmals betont wurde, wollen wir nicht den Eindruck erwecken, dass unsere Definition mit dem Bild eines John Wayne synonym ist, der in der Stadt auftaucht, Ordnung schafft und anschließend im Sonnenuntergang davonreitet!

9. Zu der Einsicht zu gelangen, dass jeder Mensch Rechte hat: Die Selbsthilfebewegung von Psychiatrie-Erfahrenen ist Teil der Bürgerrechtsbewegung. Wir sehen starke Parallelen zwischen unserer Bewegung und anderen Bewegungen unterdrückter und benachteiligter Gruppen, darunter ethnische Minderheiten, Frauen, Schwule und Lesben sowie Körperbehinderte. Ein wichtiger Bestandteil dieser Befreiungsbewegungen war der Kampf für gleiche Rechte. Durch das Eintreten für unsere Rechte stärken wir unser Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen.

10. Veränderungen im eigenen Leben und im Umfeld zu bewirken: Bei der Stärkung von Eigenmacht geht es um mehr als nur um ein subjektives »Gefühl« oder einen »Eindruck«. Wir betrachten solche Gefühle als Vorläufer des Handelns. Bewirkt ein Mensch Veränderungen, stärkt er dadurch das Gefühl, über Kompetenz und Kontrolle zu verfügen. Auf dieser Grundlage können weitere nachhaltige Veränderungen initiiert werden. Auch hier muss betont werden, dass es nicht nur um persönli-

che Veränderungen geht, sondern eine Gruppendimension mitgemeint ist.

11. Neue Fähigkeiten zu erlernen, die der Betroffene für wichtig hält: Professionelle in der Psychiatrie klagen oft, ihre Klienten verfügten nur über begrenzte Fähigkeiten und könnten scheinbar nichts Neues hinzulernen. Andererseits decken sich die Fähigkeiten, die Professionelle als wichtig erachten, häufig nicht mit jenen, die Patienten für interessant oder wichtig halten (etwa das tägliche Bettenmachen). Gibt man den Klienten die Gelegenheit, Dinge zu lernen, die sie zu lernen wünschen, überraschen sie die Professionellen oft (und manchmal auch sich selbst) mit ihrer Lernfähigkeit.

12. Die Wahrnehmung anderer bezüglich der eigenen Handlungskompetenz und -fähigkeit zu korrigieren: Wenn ein Begriff die öffentliche (sowie professionelle) Wahrnehmung psychiatrischer Patienten umschreibt, dann der der Inkompetenz. Von psychiatrisch diagnostizierten Menschen wird allgemein angenommen, dass sie unfähig seien, ihre eigenen Bedürfnisse zu erkennen und durchzusetzen. Gelingt es diesen jedoch, ihr Leben besser in den Griff zu bekommen, und demonstrieren sie ihre essenzielle Gleichheit mit den so genannten Normalen, dann wandeln sich solche Einschätzungen. Ein Klient, der erkennt, dass er sich den Respekt anderer erworben hat, wird mehr Selbstvertrauen gewinnen und so die Wahrnehmung Außenstehender beeinflussen.

13. Coming-out: Diesen Begriff haben wir von der Schwulen- und Lesbenbewegung übernommen. Von der Gesellschaft ausgegrenzte Menschen, die ihren Status verbergen können, entscheiden sich oftmals bewusst für diese Alternative. Allerdings fordert diese Entscheidung unweigerlich ihren Tribut in Form einer Schwächung des Selbstvertrauens und der Angst vor Entdeckung. Personen, denen es gelingt, zu ihrer Identität zu stehen, demonstrieren Selbstbewusstsein.

14. Ein niemals abgeschlossener, selbst gesteuerter Prozess inneren Wachstums und innerer Entwicklung: Mit diesem Punkt wollten wir unterstreichen, dass Empowerment kein Ziel, sondern eine Reise umschreibt, dass kein Mensch einen Endpunkt erreicht, an dem inneres Wachstum und Entwicklung überflüssig werden.

15. Sich ein positives Selbstbild zu erarbeiten und die Stigmatisierung zu überwinden: Wird ein Mensch positiv bestätigt, gewinnt er Selbstvertrauen und stärkt seine Kompetenz. Dies wiederum fördert seine Fähigkeit, aktiv sein Leben zu gestalten und damit verbunden ein positives Selbstbild zu entwickeln. Die internalisierte negative Identität des »Psychiatrie-Patienten« beginnt zu bröckeln; die Person kann das Label entweder völlig ablegen oder es mit einem neuen Inhalt füllen, der positive Eigenschaften umfasst.

**Anmerkung:**

Der Text erschien erstmals unter dem Titel »A Working Definition of Empowerment« in *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1997 (20), 4, S. 43–46. Er wurde für diese Ausgabe übersetzt von Brigitta Merschmann.

## **Empowerment-Förderung: Ein zentrales Anliegen psychiatrischer Arbeit**

ANDREAS KNUF

Der Begriff »Empowerment« (»Selbstbefähigung«, »Selbstermächtigung«) entstammt ursprünglich unter anderem der amerikanischen Black-Power-Bewegung und der Frauenbewegung. Beides waren Emanzipationsbewegungen: Gesellschaftlich unterlegene Gruppen waren nicht länger bereit, ihnen widerfahrene Diskriminierungen zu akzeptieren. Sie erarbeiteten sich ein neues Selbstbewusstsein, schlossen sich zusammen und lehnten sich auf gegen die erlebte Unterdrückung. Später nutzten Fachpersonen diesen Begriff zur Umschreibung ihres professionellen Selbstverständnisses. Heute wird er geradezu inflationär verwandt, zumeist ohne dass der emanzipatorische Aspekt noch enthalten wäre.

Dabei ist Empowerment weit mehr als nur die Förderung von Eigenaktivität oder die Schulung von Patientinnen und Patienten. Empowerment meint Emanzipation und Partizipation Betroffener auf persönlicher, institutioneller und politischer Ebene. In der Psychiatrie kann das beispielsweise bedeuten: Mitsprache bei psychiatriepolitischen Entscheidungen oder Forschungsprojekten; gestärktes Selbstbewusstsein, das es einem Betroffenen ermöglicht, offen zu seiner Erkrankung zu stehen; Mitarbeit bei der Formulierung von Behandlungsstandards in Institutionen oder in der Fort- und Weiterbildung. Seit etwa 15 Jahren gibt es im deutschsprachigen Raum eine immer größer werdende Selbsthilfebewegung in der psychiatrischen Versorgung, die inzwischen aus Hunderten von Selbsthilfegruppen und zahlreichen größeren Selbsthilfeorganisationen besteht. Was im klinischen Selbstsicherheits-training oder in der Einzeltherapie häufig nicht gelingt, das wird hier möglich: Betroffene gewinnen ein neues Selbstbewusstsein, werden aktiv, entwickeln Mut und Durchsetzungskraft. Sie gewinnen neue Hoff-

nung und entdecken bisher nicht gekannte Selbsthilfemöglichkeiten und Ressourcen. Und das alles ohne professionelle Unterstützung, ja gerade die Abwesenheit von Helfern scheint das Aufblühen der Selbsthilfebewegung zu ermöglichen. Die professionelle Annäherung an die Empowerment-Bewegung hat daher mit äußerster Vorsicht zu erfolgen. Zu groß ist die Gefahr, dass die Selbsthilfebewegung teilweise von professioneller Seite überrannt wird, dann nämlich, wenn Empowerment von Fachleuten als professionelles Handlungskonzept und Methodenreservoir missbraucht wird. Dann wäre die Empowerment-Bewegung der Möglichkeit beraubt, nachhaltig eine wirklich partnerschaftliche Beziehung zwischen Betroffenen und professionell Tätigen zu ermöglichen.

Die Selbsthilfebewegung der Betroffenen ist größtenteils eine psychiatriekritische, aber keine psychiatriefeindliche Bewegung. Sie fordert den Verzicht auf Gewalt und Zwang sowie eine demokratische Beziehung zwischen Betroffenen und psychiatrischen Mitarbeitern. Damit hat sich die professionelle Seite ernsthaft auseinander zu setzen und ihre Methoden entsprechend zu verändern. Wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass trotz unserer jahrzehntelangen Bemühungen um eine menschlichere Psychiatrie für viele Betroffene die psychiatrischen Einrichtungen weiterhin mehr ein Ort des Schreckens als der Hilfe sind. Während Empowerment nur von den Betroffenen vollbracht werden kann, kommt den professionell Tätigen die Aufgabe zu, Empowerment-Prozesse zu fördern und durch das Beseitigen von Hindernissen zu ermöglichen. Professionell Tätige können Empowerment unterstützen, begleiten, fördern, aber sie können es nicht »machen«. Wem es als Betroffenen gelingt, seine Selbsthilfefähigkeiten zu entdecken, der kann stolz auf sich selbst sein, denn das hat er selbst erreicht, nicht andere für ihn. Das ist dann *nicht* das Ergebnis einer guten Therapie, sondern einer mutigen Auseinandersetzung des Betroffenen mit sich selbst und mit seiner Erkrankung.

Aufgabe professioneller Arbeit ist es, Bedingungen herzustellen, die es den betroffenen Menschen ermöglichen, sich ihrer ungenutzten, vielleicht auch verschütteten Ressourcen und Kompetenzen (wieder) be-

wusst zu werden, sie zu erhalten, zu kontrollieren und zu erweitern, um ihr Leben selbst zu bestimmen und ohne expertendefinierte Vorgaben eigene Lösungen für Probleme zu finden.

Die Empowerment-Unterstützung hat dabei zwei Ziele: Zum einen soll die psychiatrische Behandlung an dem orientiert sein, was von den Betroffenen gewünscht und als hilfreich erachtet wird, das heißt zum Beispiel weitestgehender Verzicht auf Gewalt und Zwang oder eine möglichst medikamentenarme Behandlung. Hierzu ist ein Diskurs mit den Betroffenen (verbänden) nötig. Diese nutzerorientierte Behandlung führt letztlich zu besseren Behandlungsergebnissen, da die Betroffenen die Behandlung eher als hilfreich erleben und sich besser auf sie einlassen können. Zum Zweiten soll die psychiatrische Behandlung so gestaltet sein, dass sie Betroffene dabei unterstützt, ihre Selbsthilfefähigkeiten zu nutzen und ihr Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen zu stärken bzw. nicht zu verlieren.

### Missverständnisse

In der gegenwärtigen Empowerment-Debatte finden sich verschiedene Missverständnisse, denen zu begegnen ist.

So wird Empowerment-Unterstützung häufig als eine *Ergänzung* zur bisherigen psychiatrischen Arbeit angesehen. Dem gegenwärtigen psychiatrischen Behandlungskonzept sollen Ansätze *hinzugefügt* werden, die in erster Linie selbsthilfeorientiert sind und von den Nutzern gewünscht werden, etwa Psychoseseminare, Behandlungsvereinbarungen und Selbsthilfegruppen. Natürlich bergen diese Möglichkeiten die Chance, Einfluss auf gängige psychiatrische Behandlungskonzepte zu nehmen und diese zu verändern, groß ist aber die Gefahr, dass sie relativ unverbunden neben den bisherigen psychiatrischen Angeboten stehen, was derzeit vielfach der Fall ist. Gegenwärtig ist zum Beispiel kaum zu sehen, dass die klinisch-psychiatrische Arbeit durch die zahlreichen Psychoseseminare in größerem Stil hätte verändert werden können. Es ist nicht damit getan, Psychoseseminare zu gründen oder die Möglichkeit von Behandlungsvereinbarungen anzubieten, auch wenn beides

natürlich wichtig ist. Aber beides bewirkt wenig, wenn die psychiatrische Arbeit ansonsten wie bisher weitergeht und nicht kritisch reflektiert wird, ob und inwiefern wir tatsächlich im Dienst der Betroffenen handeln und welchen Einfluss professionelles Handeln auf die Möglichkeiten der Betroffenen zu Selbsthilfe, Selbstvertrauen und Selbstbestimmung haben.

Oftmals wird auch das Prinzip der *Aktivität der professionell Tätigen* nicht in Frage gestellt. Professionell Tätige sollen Betroffene »empowern«. Das eindrucklichste Beispiel berichtete mir ein engagiertes Mitglied einer Selbsthilfegruppe, der von professionell Tätigen immer wieder gefragt wurde, was man denn als Professioneller tun müsse, um eine Selbsthilfegruppe zu gründen. Groß ist die Gefahr, dass sich die »fürsorgliche Belagerung« fortsetzt und Empowerment zu einem Element psychiatrischer »Be-Handlung« wird, ohne dass sich die Beziehung zwischen Betroffenenem und Helfendem damit *grundlegend* ändert.

Empowerment unterstützendes professionelles Handeln ist weit mehr als zusätzliche professionelle Angebote und ist etwas ganz anderes als weitere Aktivität von professioneller Seite. Es geht vielmehr darum, den psychiatrischen Alltag unter dem Blickwinkel des Empowerments kritisch zu hinterfragen: Wo werden Klienten in sie betreffende Entscheidungsprozesse nur unzureichend eingebunden? Wie ließe sich das ändern? Welche Kritik bringen die Klienten vor? Womit haben sie Recht? Unterstütze ich meine Klienten dabei, ihre Selbsthilfemöglichkeiten kennen zu lernen? Habe ich überhaupt das nötige Methodenrepertoire, um sie dabei zu unterstützen? Wie läuft eine Visite in meiner Klinik? Wie würde ich mich dort fühlen, wäre ich selbst Patient? Wo kommt es in meiner Einrichtung zu Traumatisierungs- oder Hilflosigkeitserfahrungen, die Selbsthilfefähigkeiten zerstören? Die Auseinandersetzung mit diesen Fragen würde zahlreiche wunde Punkte und schwarze Löcher in jeder psychiatrischen Institution aufdecken. Dies zu erarbeiten ist nur in Zusammenarbeit mit den Betroffenen und mit Selbsthilfeverbänden möglich. Ergebnis einer solchen Auseinandersetzung wäre letztlich eine veränderte professionelle Haltung, die das klassische Muster vom aktiven, kompetenten und hilfsbereiten Professionellen einer-



seits und passiven, hilfsbedürftigen und abhängigen Klienten andererseits durchbricht.

Konkret kann Empowerment-Unterstützung dabei auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Grob lassen sich drei unterscheiden:

**Empowerment nicht behindern:** Wodurch wird Empowerment heute behindert und wie können diese Hindernisse beseitigt werden? Beispielsweise behindert die so genannte erlernte Hilflosigkeit die eigenen Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen oder eine zu wenig an den Interessen der Nutzer orientierte Behandlungsstruktur führt dazu, dass Hilfen gar nicht oder zu spät in Anspruch genommen werden. Aber auch persönliche Eigenschaften der Fachpersonen können Steine auf dem Empowerment-Weg sein, etwa wenn es ihnen schwer fällt, Verantwortung bei den Betroffenen zu belassen oder sich selbst in ihrer Aktivität zurückzunehmen.

**Ermutigung zur Selbsthilfe und Selbstbestimmung:** Hier ist viel professionelles Know-how gefragt, um Klienten beim Entdecken und Nutzen ihrer Selbsthilfe- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten zu unterstützen. Fachpersonen müssen wissen, welche Selbsthilfemöglichkeiten welche Klientengruppen haben und durch welche Methoden ihnen ein Nutzen dieser Möglichkeiten erleichtert wird.

**Gemeinschaftliches und politisches Empowerment fördern:** Fachpersonen und Institutionen sollten Ressourcen wie Geld, Wissen, Räumlichkeiten usw. zur Verfügung stellen, um gemeinschaftliche Selbsthilfe und Empowerment zu unterstützen. Gremien und Institutionen sollten Betroffenenvertretern Mitsprachemöglichkeiten eröffnen. Dazu ist es erforderlich, Macht zu teilen. Den Vertretern kann es ermöglicht werden, in psychiatrischen Institutionen mitzuarbeiten oder selbst Institutionen zu gründen.

## Entwicklungen

Verschiedenste Aktivitäten zur Empowerment-Förderung wurden in den letzten Jahren in der psychiatrischen Versorgung angestoßen. Dabei herrschen regional sehr große Unterschiede: Es gibt Versorgungsregio-

nen, in denen viele Institutionen bemüht sind, möglichst demokratische Strukturen aufzubauen und ihren Klienten verschiedenste Mitbestimmungsmöglichkeiten einzuräumen. In diesen Regionen bieten zum Beispiel Kliniken Behandlungsvereinbarungen an, Psychoseminare funktionieren wirklich »trialogisch«, oftmals existiert eine funktionierende Beschwerdestelle und die örtliche Selbsthilfebewegung ist aktiv. Psychiatrische Gremien haben sich für Betroffene und Angehörige geöffnet. Es gibt aber auch andere Versorgungsregionen, in denen in Bezug auf Partizipation in den letzten zehn Jahren keine deutliche Öffnung erfolgt ist: Behandlungsvereinbarungen existieren dann gar nicht oder nur pro forma, das lokale Psychoseminar erinnert eher an eine psychoedukative Gruppe bzw. eine Möglichkeit der Profilierung der ortsansässigen Klinik als an ein demokratisches und trialogisches Gremium und die Funktion des Patientenfürsprechers schließlich wird von einem pensionierten Oberarzt übernommen.

Viele der in den letzten Jahren entwickelten Formen der Empowerment-Förderung wenden sich in erster Linie an Betroffene, die *von sich aus* ein Interesse an persönlichem Empowerment haben. Empowerment-Förderung hat zunächst bei jenen begonnen, die Selbsthilfe, Selbstbestimmung, gesellschaftliche Teilhabe eingefordert haben, und ist im Kontakt mit diesen Klienten eigentlich auch recht einfach, denn natürlich haben Klienten, die dies wünschen, ein Recht auf weitestgehende Selbstbestimmung, auch in Krisensituationen. Und natürlich ist ihre Selbsthilfe als der vielleicht wichtigste Gesundungsfaktor zu würdigen und zu unterstützen. Bis heute ist aber die entschiedene Förderung von Selbstbestimmung insbesondere in der klinischen Psychiatrie weithin unterentwickelt.

Noch immer verlässt fast jeder psychoseerfahrene Mensch nach seiner Ersterkrankung die Klinik mit Medikamenten, ohne dass je eine »gemeinsame Entscheidungsfindung« (siehe den Beitrag von P. Terzioglu und M. Zaumseil) von Arzt und Patient stattgefunden hätte. Der Prozentsatz der Betroffenen, denen geholfen wurde, ihre individuellen Selbsthilfemöglichkeiten wahrzunehmen und zu nutzen, ist nach wie vor sehr gering. Für diese einseitige Vorgehensweise gibt es keinerlei

fachliche Begründung. Noch immer gibt es Fachleute, die Selbsthilfegruppen gegenüber sehr kritisch eingestellt sind und Klienten nicht über entsprechende Möglichkeiten informieren bzw. selbst gar nicht darüber informiert sind. Die Liste solcher Versäumnisse ließe sich umfangreich fortführen und hier liegt noch viel Arbeit für die Empowerment-Förderung.

Aber auch einem zweiten Bereich darf sich die Empowerment-Förderung nicht verschließen: jenen Menschen nämlich, die von sich aus zunächst nicht am Nutzen ihres Empowerments interessiert sind. Seit etwa fünf Jahren biete ich Fortbildungen zur Empowerment-Förderung an, inzwischen haben über 1000 professionell Tätige daran teilgenommen. Eine spannende Beobachtung in diesen Fortbildungen ist, dass vor allem Fachpersonen kommen, die eher mit langzeitkranken oder schwer kranken Menschen arbeiten. Oft stellen wir dann fest, dass die Professionellen ein stärkeres Interesse an der Förderung des Empowerments haben als ihre Klienten. Vor allem langzeitkranke Menschen oder Klienten, die viele Jahre in psychiatrischen Institutionen gelebt haben, fühlen sich von bestimmten Empowerment-Angeboten eher überfordert, als dass sie diese freudig ergreifen und nutzen würden. Ein solches Verhalten ist nur allzu verständlich und zumeist Folge langjähriger Lernerfahrungen. Empowerment-Förderung ist bei diesen Menschen also weit schwieriger: Es geht nämlich zunächst um die Frage, ob es nicht schon ein Ausdruck der Selbstbestimmung dieser Menschen ist, dass sie mit Empowerment in Ruhe gelassen werden wollen.

In unserer Gesellschaft gibt es noch keine Verpflichtung, selbst über sein Leben zu bestimmen, eigene Einflussmöglichkeiten auf die Erkrankung zu nutzen, gesund werden zu wollen und aktiv zu sein. Es gibt vielmehr ein Grundrecht auf etwas, das wir »minimale Aktivität« nennen können: Wer sich als Kranker um seine Ernährung sorgen, sein Geld vom Sozialamt holen und seine Wohnung halbwegs sauber halten kann, der bleibt in unserer Gesellschaft unbehelligt. Er darf zehn Stunden am Tag vor dem Fernseher sitzen und darf so viele Zigaretten rauchen und Kaffee trinken, wie er will. Dieses Grundrecht steht auch psychiatrikerfahrenen Menschen zu. In psychiatrischen Institutionen ist das aber

häufig nicht der Fall: Die Passivität wird als Krankheitsfolge interpretiert, der therapeutisch-pädagogisch zu Leibe gerückt werden muss. Wenn professionell Tätige nun unter dem Label »Empowerment« das Grundrecht auf »minimale Aktivität« beschneiden möchten, dann brauchen sie dafür schon sehr gute Gründe. Ich meine, dass es Gründe für gezielte Aktivitätsförderung durchaus geben kann, dass wir aber nicht jede Aktivität schon als Empowerment »verkaufen« können. Empowerment-Förderung bei diesen Menschen bedeutet vor allem, sie in die Lage zu versetzen, selbst zu entscheiden, ob sie Empowerment wünschen oder nicht. Eine solche Förderung beinhaltet immer auch die Möglichkeit, das eigene Empowerment abzulehnen. Im Rahmen der Empowerment-Diskussion der letzten Jahre wurden bisher kaum Methoden und Strukturen entwickelt, um mit dieser Klientengruppe »Empowerment ermöglichend« zu arbeiten. Erfahrungswissen, beispielsweise aus der Enthospitalisierung, ist uns teilweise sogar schon wieder verloren gegangen.

Entwicklung vollzieht sich oftmals dialektisch. Das trifft auch auf die psychiatrische Arbeit und den Übergang von einer paternalistischen Beziehungsstruktur zu einer empowermentorientierten Beziehung zu. Wenn wir empowermentorientiert arbeiten wollen, stehen wir daher in der Gefahr, zunächst etwas über unser Ziel hinauszuschießen und von einem Extrem ins andere zu geraten. Aus der Haltung der custodialen Psychiatrie (»Ich weiß, was gut für dich ist«) kann schnell die Position werden: »Mach, was du willst.« Das Pendel ist also in die andere Richtung ausgeschlagen. Die Haltung des »Mach, was du willst« hat mit Empowerment gar nichts zu tun, hier wird der Betroffene eher im Stich gelassen. Studien zeigen: Betroffene wünschen sich Fachpersonen, die ihr Selbstbestimmungsrecht weitestmöglich akzeptieren, auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung aber in Krisensituationen durchaus auch stellvertretende Entscheidungen treffen, jedoch wiederum nur, solange es unbedingt nötig ist (TERZIOGLU 2005). Gerade diese Balance ist die Herausforderung, nicht nur in Bezug auf Selbstbestimmung versus Fremdbestimmung, sondern auch bezüglich Aktivität versus Passivität, Ressourcen versus Defizit oder Selbsthilfe versus Fremdhilfe. Wir dür-

fen beispielsweise bei aller ressourcenorientierten Arbeit nicht vergessen, dass unsere Klienten nicht auf Grund ihrer Ressourcen zu uns kommen, sondern auf Grund bestimmter Schwierigkeiten.

### **Wie therapeutisch darf Empowerment-Förderung sein?**

Empowerment-Förderung ist immer eine Gratwanderung: Wie kann es gelingen, die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung, Selbsthilfe und Emanzipation zu fördern, ohne sie gleichzeitig zu verordnen? »Sei autonom!«, ist eine paradoxe Aufforderung. Wenn aus einem »Nimm deine Pillen!« ein »Nutze endlich deine Selbsthilfemöglichkeiten!« wird, dann haben wir die Empowerment-Förderung ad absurdum geführt. Vielfach geschieht das gegenwärtig. Beispiel für ein solches Vorgehen sind einige psychoedukative Ansätze, die den Teilnehmenden wichtige Informationen und Selbsthilfekompetenzen vermitteln, sie aber in der Rolle der Lernenden und Gehorchenden belassen, während die professionell Tätigen die Lehrenden bleiben. Jede Diabetikerschulung wird heute als Empowerment bezeichnet. In diesen Ansätzen gibt es zumeist Verhaltensziele, die von Fachleuten definiert werden, ohne dass Betroffene wirklich einbezogen würden. Diese Form der Edukation kann für viele Klienten hilfreich sein, weil sie ihnen wichtige Informationen vermittelt, eine *Partnerschaft* wird allerdings dadurch nicht erreicht.

Empowerment-Förderung im Rahmen partnerschaftlicher Beziehungsgestaltung bedeutet in mehrfacher Hinsicht eine Abkehr von der klassischen Klient-Therapeut-Beziehung. Nicht die Therapeuten sind aktiv und kompetent, sondern in erster Linie die Klienten. Gefordert ist von professioneller Seite eine »passive Aktivität« (siehe den Beitrag »Steine aus dem Weg räumen!«). Empowerment-Prozesse lassen sich auch nicht planen oder in zeitlich strukturierte Entwicklungspläne einfügen. Empowerment-Förderung ist ein Sich-Ausliefern an die Eigenzeitlichkeit des Klienten. Sie erfordert mehr Vertrauen in die Fähigkeiten des Gegenübers und Offenheit auch für »ungerade« Entwicklungen oder unvorhergesehene Lösungen.

In den USA und einigen anderen englischsprachigen Ländern ist die Empowerment-Bewegung eng verzahnt mit einem Forschungsansatz, der »Recovery« genannt wird. Recovery könnte mit »Genesung« oder »Wiedererlangung« von Gesundheit übersetzt werden und meint die Perspektive, dass auch langjährig kranke Menschen wieder gesunden können. Als Gesundung wird hier nicht die vollkommene Abwesenheit von Symptomen und Krisen verstanden – in diesem Sinne wäre wohl niemand von uns gesund –, vielmehr geht es darum, auch bei langjährig kranken Menschen eine Perspektive der Gesundung als Prozess zu entwickeln und Schritte zu einem erfüllteren, zufriedeneren und hoffnungsvolleren Leben zu ermöglichen (KNUF 2004). Viele Vertreter der Recovery-Idee sind ehemals selbst als »unheilbar Kranke« bezeichnete psychiatrienerfahrene Menschen, denen trotz negativer Prognose eine Gesundung in diesem Sinne oder sogar eine Heilung gelungen ist. Die Studien und Erfahrungsberichte der Betroffenen zeigen eindrucksvoll den deutlichen Zusammenhang von Empowerment-Prozessen und Gesundungswegen: Wer wieder mehr Einfluss auf sein Leben gewinnt, wer selbst entscheidet und sich weniger ausgeliefert fühlt, der wird eher wieder genesen.

Diese Forschungsergebnisse decken sich mit anderen Forschungsrichtungen, etwa dem Konzept der Salutogenese. A. ANTONOVSKY (1997) konnte zeigen, dass Menschen dann besser gesunden, wenn sie Situationen durchschauen, Einflussmöglichkeiten auf ihre Lebenssituation sehen und ihr Handeln als sinnhaft erleben. Diese drei Elemente werden als Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit bezeichnet und erweisen sich als generelle Einflussfaktoren auf Gesundung und Krisenbewältigung – nicht nur bei psychiatrischen Erkrankungen.

### **Künftige Herausforderungen für die Empowerment-Förderung**

In Zukunft werden immer mehr psychiatrienerfahrene Menschen einen partnerschaftlichen Beziehungsstil von professionell Tätigen einfordern. Sie werden zunehmend mehr informiert werden wollen und selbst

entscheiden, statt sich den Anordnungen der Fachpersonen zu fügen. Dabei handelt es sich um einen gesellschaftlichen Trend, der in verschiedensten Medizindisziplinen zu beobachten ist. Bei weiterhin freier Arztwahl werden sich Betroffene zunehmend mehr für nutzerorientierte Ärzte und Fachinstitutionen entscheiden. Viele Patientinnen und Patienten der Zukunft werden selbstbewusster und informierter sein als heutige. Die Pharmaindustrie hat diesen Trend längst erkannt und setzt neuerdings verstärkt darauf, die Patienten selbst über neue Medikamente zu informieren, anstatt teure Pharmavertreter zu bezahlen. Aber: Betroffene brauchen Hilfen, um die Objektivität von Informationen, beispielsweise im Internet, beurteilen zu können. So müssten von Pharmafirmen gesponserte Internetseiten als solche kenntlich gemacht werden. Unter dem Blickwinkel des Empowerments wird es verschiedenste Herausforderungen geben: Viele Fachleute werden ihren Beziehungsstil zu Klienten ändern müssen, sonst entsprechen sie in Zukunft noch weniger den Anliegen der Betroffenen, als das heute schon der Fall ist. Doch der »mündige Patient« darf keine Ideologie werden, es wird auch Betroffene geben, die keine selbstbestimmten und selbstbewussten Klienten sein wollen und sein können.

Unklar scheint mir zu sein, welche Veränderungen sich aus der Möglichkeit des Persönlichen Budgets ab 2008 ergeben. Erstmals erhalten auch schwerer kranke Menschen die Möglichkeit, vom Versorgungsempfänger zum Auftraggeber zu werden. So wird mehr Selbstbestimmung möglich, ebenso eine personenzentriertere und wohl auch eine eher ambulante Hilfe. Unter Fachpersonen beobachte ich aber auch viele Vorbehalte und Ängste. Angesichts der schwieriger werdenden wirtschaftlichen Situation bangen viele um ihre Arbeitsplätze und ihre wirtschaftliche Absicherung. Die Gefahr ist groß, dass wir in einer solchen Situation unseren Klienten die vermehrte Eigenständigkeit nicht zutrauen und betonen, wie wichtig unsere Hilfe ist. Solche Impulse wären menschlich verständlich, doch würden wir damit Empowerment-Prozesse erschweren oder gar nicht erst entstehen lassen. Leider steht zu befürchten, dass unter dem Deckmantel des Empowerments das Persönliche Budget für Sparbemühungen missbraucht wird.

Auch durch die heikle wirtschaftliche Situation werden an verschiedenen Stellen Empowerment-Prozesse erschwert. So ist eine Zunahme von Zwangsmaßnahmen teilweise auch auf eine mangelnde Personalbesetzung zurückzuführen und bewirkt wieder mehr Traumatisierungen durch psychiatrische Behandlung. Traumatisierungen aber vernichten Empowerment-Möglichkeiten (siehe den Beitrag »Steine aus dem Weg räumen!« in diesem Buch). Gerade bei langzeitkranken Menschen sind viel Geduld und Zeit erforderlich, um Eigenständigkeit zu fördern. Die zahlreichen und wohl noch weiter zunehmenden Kürzungen im Sozialbereich können in diesem Sinne negative Konsequenzen für die Empowerment-Förderung haben. Es ist eine Pflicht aller professionell Tätigen, sich gegen weitere Kürzungen zu wehren und die darin sichtbar werdende Diskriminierung psychisch kranker Menschen anzusprechen. Darin sind wir jedoch nur dann glaubwürdig, wenn wir Empowerment und nicht Abhängigkeit fördern. Zugleich ist es empowermentorientiert, sich von den wirtschaftlichen Gegebenheiten nicht in Resignation und Passivität treiben zu lassen, wie dies gegenwärtig vielerorts geschieht. Ganze Teams wirken wie gelähmt. Allerdings können Kürzungen Empowerment aber auch erst ermöglichen. Das hören wir Fachleute natürlich nicht gern. Eigenengagement wird etwa notwendig, wo fachliche Begleitung nicht mehr gewährleistet wird, wo einzelne Angebote bei Wegfall infolge Personalkürzung durch Betroffene übernommen werden. Wir erfahren dann: Wir sind nicht überall notwendig, wo wir heute aktiv sind. Das nicht als Kränkung zu erleben und in eine Haltung von »Ihr werdet schon sehen, dass das ohne uns nicht geht« zu geraten, ist hier die Empowerment fördernde Aufgabe.

Zukünftig werden mehr psychiatrienerfahrene Menschen (vielleicht auch Laien und Angehörige) im psychiatrischen System mitarbeiten (siehe den Beitrag von J. Utschakowski in diesem Band). Was im deutschsprachigen Raum bisher erst ansatzweise existiert (Selbsthilfeberater bei den größeren Betroffenenorganisationen wie dem BPE, Weglaufhaus Berlin und einige mehr), ist in anderen Ländern selbstverständlicher. Erste Untersuchungen zeigen, dass die gegenseitige Unterstützung von Betroffenen durch andere Betroffene (»peer specialists« oder »peer sup-

port«) eine Hilfestellung darstellt, die die Fachleute durch ihre Aktivität nicht erbringen können und die sich sehr positiv unter anderem auf das Gefühl der Lebensqualität auswirkt (FELTON u. a. 1995). Auch in der Fortbildung werden zukünftig mehr Betroffene mitarbeiten. Schon gibt es Modelle wie den Verein *Für alle Fälle* in Berlin, die Expertenpartnerschaft in Bremen, »dialogische« Fortbildungen und einiges mehr. All das wird uns Fachleuten helfen, eine partnerschaftlichere Haltung gegenüber betroffenen Menschen einzunehmen. Berufseinsteiger werden in diese Haltung ganz selbstverständlich hineinwachsen, ohne je etwas anderes kennen gelernt zu haben.

## KONZEPTE UND PROFESSIONELLE HALTUNG

## Steine aus dem Weg räumen!

### Empowerment und Gesundheitsförderung in der Psychiatrie

ANDREAS KNUF

Der erste Schritt in der Unterstützung von Empowerment-Prozessen besteht nicht darin, zusätzliche Angebote zu machen oder eine weitere Aktivität von professioneller Seite zu entfalten. Zunächst ist es erforderlich, psychiatrische Arbeit daraufhin zu untersuchen, welchen Einfluss sie auf das Empowerment ihrer Klienten und Patienten haben kann. Vor jeder neuen Aktivität sollten jene Steine aus dem Weg geräumt werden, durch die Betroffene bei ihrer Selbsthilfe und Selbstbestimmung behindert werden. Solche Steine gibt es viele. Sie führen nicht nur zu geringerer Eigenaktivität von Klienten, sondern fördern auch Chronifizierungsprozesse und stehen einer Gesundung häufig im Weg. Empowerment und Gesundheitsförderung stehen daher eng beieinander.

### Erlernte Hilflosigkeit

Viele psychiatrieerfahrene Menschen befinden sich im Zustand der so genannten erlernten Hilflosigkeit (SELIGMAN 1995) oder Demoralisierung. Sie haben immer wieder die Erfahrung gemacht, keinen oder kaum einen Einfluss darauf zu haben, was in ihrem Leben mit ihnen geschieht: ob sie wieder krank werden, wie sie in der Klinik behandelt werden, ob sich Freunde zurückziehen, ob ihnen ein beruflicher Wiedereinstieg gelingt usw. Ganz besonders psychoseerfahrene Menschen sind diesen Erfahrungen ausgesetzt, und zwar häufig jahrelang. Schon vor dem Ausbruch einer Psychose haben viele Betroffene nicht mehr das Gefühl, Herr oder Frau der Lage zu sein. Sie befinden sich in einer häufig als bedrohlich und ausweglos erlebten Situation, die sie oft weder bewältigen noch durchschauen können und aus der ihnen als letzter Ausweg nur die Psychose bleibt.

Auch die Inhalte der Psychose zeigen die Hilflosigkeit und das Ausgeliefertsein des Betroffenen. L. BINSWANGER (1957) hat dies eindrücklich am Beispiel des paranoiden Erlebens verdeutlicht, in dem sich der Betroffene ausliefert an die »Entscheidungen fremder Mächte oder fremder Menschen«. Dieses Ausgeliefertsein wiederholt sich nun noch einmal in der Behandlung: angewiesen auf die Wirkung der Medikamente, in einer therapeutischen Umgebung, die wenig eigene Einflussmöglichkeiten bietet und in der sich der Betroffene oft nicht einmal aus freien Stücken befindet.

Hier zeigt sich eine unheilvolle Passung zwischen dem Krankheitserleben selbst, dem sich die Betroffenen häufig hilflos ausgeliefert fühlen, und einer Behandlung, in der sich diese Erfahrung der Hilflosigkeit wiederholt. Insofern kann die klassisch-psychiatrische Behandlung, in der die Betroffenen wieder in das Gefühl der Hilflosigkeit verwickelt werden, auch als Spiegel der psychotischen Symptomatik und somit als Gegenübertragungsphänomen verstanden werden.

Dieses dauerhafte Gefühl, die Geschehnisse durch das eigene Verhalten kaum beeinflussen zu können, bewirkt verschiedene Defizite (HERRIGER 1997), die bei psychiatriee erfahrenen Menschen immer wieder beobachtet werden können: Sie erfahren ein Defizit an Motivation und Antrieb. Nimmt man den Menschen die Kontrollerfahrung, so vermindert sich ihre Handlungsbereitschaft. Es vollzieht sich eine stille Entwertung von motivationaler Kraft, die in Passivität und resignativem Rückzug mündet. Zudem kommt es zu kognitiven Beeinträchtigungen: Gangbare und Erfolg versprechende Problemlösungswege werden nicht mehr wahrgenommen und bleiben ungenutzt, die Wirksamkeit verfügbarer Bewältigungsressourcen wird zu gering eingeschätzt. Letztlich münden diese Defizite in einer emotionalen Reaktion, die in vielem der Depression gleicht. Viele Erlebnis- und Verhaltensweisen Betroffener wie die postpsychotische Depression, Antriebs- und Interesseverlust bis hin zu spezifischen Denkstörungen, die heute einer »endogenen« Krankheitsdynamik zugeschrieben werden, dürften zumindest teilweise Folgen erlernter Hilflosigkeit sein.

Auf der konkreten Wahrnehmungs- und Handlungsebene zeigt sich die

erlernte Hilflosigkeit bei psychiatriee erfahrenen Menschen in vielfacher Weise (in Anlehnung an KIEFFER 1984):

- ★ Die Wirklichkeit wird als unverrückbar erlebt, nicht mehr durch eigenes Handeln beeinflussbar. Daraus folgt ein resignatives Akzeptieren des Gegebenen.
- ★ Die Geringschätzung der eigenen Meinung.
- ★ Das generalisierte Misstrauen gegenüber einer Umwelt, die als unwirklich, abweisend und feindlich erlebt wird.
- ★ Das Gefühl des Ausgeliefertseins und die Erfahrung der eigenen sozialen Verletzlichkeit.
- ★ Das Gefühl der Zukunftsverschlossenheit.

Die zum Teil sehr wütenden Reaktionen einiger Betroffener auf die Behandlung bzw. im Anschluss an die Behandlung lassen sich als Bemühen interpretieren, nicht in das Gefühl der Hilflosigkeit abzurutschen. Wie WORTMAN und BREHM (1975) theoretisch begründen, tritt vor dem Gefühl der Hilflosigkeit eine Phase ein, in der der Betroffene versucht sich durch verschiedenste Verhaltensweisen und zum Teil auch durch aggressive Reaktionen vor dem Gefühl der Hilflosigkeit zu schützen. Ärger auf die Behandler und die Verweigerung weiterer Behandlung können daher Anzeichen für Gefühle der Demoralisierung und auch der Traumatisierung sein, die als Selbstschutzmechanismen gegen Passivität durchaus positiv zu beurteilen sind. Professionell Tätige sollten sich auf eine Auseinandersetzung über den Ärger der Betroffenen einlassen und die zu Grunde liegenden Gefühle respektieren.

Aufgabe von Empowermentarbeit ist es zunächst, Bedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, dass psychiatriee erfahrene Menschen nicht in den Zustand der Demoralisierung geraten. Bei Betroffenen, die bereits diese Lernerfahrung gemacht haben, sind spezifische Methoden notwendig, um ihnen das Gefühl der Einflussnahme zurückzugeben. Diese beiden Ansätze sind Bedingungen der Möglichkeit von Empowerment. Ohne das Gefühl, im eigenen Leben etwas bewirken zu können, besinnt sich niemand auf seine eigenen Kräfte und Möglichkeiten. Es gibt einen direkten Zusammenhang zwischen der Möglichkeit, wichtige Entscheidungen im eigenen Leben selbst treffen zu können, und

der individuellen Aktivität und Handlungsbereitschaft (ZIMMERMAN 1990).

## Traumatisierung

Viele psychiatrie- bzw. psychoseerfahrene Menschen sind traumatisiert. Verschiedenste Traumata wie Gewalterfahrungen oder sexueller Missbrauch können Auslöser oder Risikofaktoren für eine psychotische Erkrankung sein (HILSENBECK 1998) und gelangen zunehmend mehr ins Blickfeld psychiatrischer Arbeit. Aber auch die Erlebnisse in der Krise und die Behandlung selbst wirken auf viele Betroffene traumatisierend und behindern Empowerment-Prozesse. Für Menschen, die bereits vor ihrer Erkrankung traumatische Erfahrungen erlitten haben, wirken sie retraumatisierend, d. h., sie aktivieren eine verstärkte Reaktion infolge der Erinnerung an die bereits durchlittenen traumatischen Erfahrungen. In der psychiatrischen Arbeit und Forschung gibt es bisher kaum eine Sensibilität für die Gefahr von Traumatisierungen und ihre Verarbeitungsformen und dies obwohl zahlreiche Betroffene auch öffentlich auf die von ihnen erlebten Traumatisierungen aufmerksam gemacht haben (z. B. STEIN 1996). Eine Betroffene berichtete einmal:

»Es war für mich schrecklich, in der Psychiatrie eingesperrt zu werden. In meiner Psychose war ich der Überzeugung, ich sollte vom Geheimdienst ermordet werden. Jetzt war es Wirklichkeit geworden: Ich wurde eingesperrt und schließlich zur Hinrichtung auf einem Bett fixiert. Man gab mir die Todesspritze, doch die Dosis reichte wohl nicht aus, weshalb ich am nächsten Tag eine weitere bekam. Irgendwann konnte ich meine Gesichtsmuskeln nicht mehr bewegen, meine Zunge spielte verrückt, die Spritze wirkte also, der Todeskampf begann ... So ging es noch einige Tage, bis die Psychose langsam abklang. Jetzt kann ich mit Abstand darüber berichten, doch damals war es die Wirklichkeit für mich! Auch wenn es jetzt vorbei ist, bereitet mir die Erinnerung daran weiterhin Schrecken und Angst, nachts wache ich schweißgebadet mit diesen Erinnerungen auf.«

Wer würde eine solche Erfahrung nicht traumatisch erleben? Die Fest-

stellung »Das war ja nur psychotisches Erleben« ändert nichts daran, dass dieses Erleben *als* Wirklichkeit erlebt wurde und damit auch *wie* Wirklichkeit zu behandeln ist.

Im Zusammenhang von Psychose- und Psychiatrieerfahrung können folgende Traumatisierungen auftreten:

★ **Traumatisierungen vor der Psychose / Psychiatrieerfahrung**

Sexueller Missbrauch, Broken Home, Alkoholismus in der Familie, Gewalterfahrungen usw.

Durch diese Traumatisierungen werden später erlittene Traumata unter Umständen noch bedrohlicher erlebt.

★ **Erfahrungen in der Krise**

Verlust des Vertrauens in die Welt, in die eigene Person und die Umgebung, massive Angst- und Verfolgungsgefühle, Katatonie, Halluzinationen, Derealisations- und Depersonalisationserlebnisse.

★ **Art der Klinikeinweisung**

Eventuell Gewalterfahrung, Polizeieinsatz, Suizidversuch.

★ **Gewalterfahrungen während der Behandlung**

Erfahrung des Freiheitsentzugs, der Zwangsmedikation, Fixierung usw. (bei sich und bei anderen).

★ **Wirkung von Medikamenten**

Vor allem Nebenwirkungen, auf die der Betroffene nicht vorbereitet ist.

★ **Selbst- und Fremdstigmatisierung**

Abwertung als »verrückt«, aus der Gesellschaft ausgeschlossen, ohne Perspektive.

★ **Folgen der psychischen Erkrankung**

Arbeitslosigkeit, Verlust von Freunden, Trennung vom Lebenspartner  
Die Folgen dieser Traumatisierung sind denen der Demoralisierung teilweise vergleichbar und lassen sich manchmal nur schwer von der Krankheitssymptomatik unterscheiden. Das gilt vor allem für die post-akute Zeit, in der es häufig zu typischen Traumafolgen kommt, wie etwa ständige Beschäftigung mit den Ereignissen, Schlafstörungen, Vermeiden von Aktivitäten, Konzentrationsstörungen und Interesseverlust (GREEN 1993). Aber auch akut-psychotische Erlebnisweisen können

schon als Reaktion auf vorhergehende traumatisch erlebte psychotische Erfahrungen verstanden werden: Die psychotische Krise selbst wirkt, während sie stattfindet, nicht selten als Trauma. Dadurch verstärken sich psychotische Phänomene sekundär. Verschiedene, heute der Psychose zugeschriebene Erlebnis- und Verhaltensweisen sind teilweise schon traumatische Verarbeitungen, also Folgen der eigentlichen psychotischen Erlebnisweise. Beides lässt sich nur schwer voneinander unterscheiden, da Psychose und reaktive Traumatisierung parallel ablaufen. So ist zum Beispiel ein häufig vorkommendes Traumasymptom der Verlust von Vertrauen in andere Menschen, wodurch eine paranoide Symptomatik natürlich verstärkt oder (bei abklingender Krankheitsdynamik) auch ersetzt werden kann. Auch für andere Erkrankungen wird in jüngster Zeit eine Parallelität von Krankheitsdynamik und traumatischer Verarbeitung angenommen, wie dies etwa W. BUTOLLO (1997) für die Angststörungen beschreibt.

In der Psychose zeigt sich die »Ursituation des eigentlichen traumatischen Affektes« (SELLSCHOPP 1999), wozu Gefühle des Zerreißen, des Schrecks und des Verlusts von Wirklichkeitsgefühl gehören. Die Traumatisierung und die psychischen Reaktionen darauf verstellen die Möglichkeit von Empowerment, da sie Passivität, Rückzug oder aggressive Selbstschutzreaktionen bewirken. Ziel der professionellen Unterstützung von Empowerment muss es daher sein, für diese Traumatisierungen sensibel zu werden und sie weitestmöglich zu verhindern. Heute werden diese Traumata in der Regel nicht einmal besprochen, Psychose- und Psychiatrieerfahrungen werden von Angehörigen, Betroffenen und Therapeuten häufig übergangen, sie sollen am besten vergessen und dadurch bewältigt werden. Doch traumatische Erfahrungen bedürfen gerade der Aussprache, der Rückversicherung und des Verständnisses durch andere Menschen, sollen sie nicht langwierige negative Folgen nach sich ziehen.

Traumatisierungen und Hilflosigkeitserfahrungen, die sich nicht bei allen, aber bei vielen psychiatrischen Patienten finden, haben schwer wiegende Folgen für ihren künftigen Umgang mit ihrem Leben. Die Folgen sind nicht selten Passivität, Rückzug und Hoffnungslosigkeit, was



wiederum die Krankheitsdynamik aufrechterhält und damit Chronifizierungsprozesse bewirkt. Vor allem führt dies auch dazu, dass Betroffene nicht in der Lage sind ihre eigenen Selbsthilfe- und Handlungsmöglichkeiten kennen zu lernen. Sie bleiben auf Hilfe von außen angewiesen, weil sie immer wieder ihre eigene Ohnmacht erfahren haben und dies zu einem überdauernden Gefühl der Hilflosigkeit geführt hat. Selbst in neuen Situationen, in denen ihnen durchaus Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stünden, sind sie nicht in der Lage diese wahrzunehmen und zu erproben.

In der Empowerment-Förderung geht es nun darum, den Handlungsspielraum der Betroffenen wieder zu erweitern, indem ihnen das Gefühl der Beeinflussbarkeit und der potenziellen Selbstwirksamkeit zurückgegeben wird. Dies ist vor allem bei Menschen schwierig, die langjährige Misserfolgs- und Ohnmachtskarrieren hinter sich haben. Erlittene Traumata lassen sich nicht durch Stillschweigen bewältigen. Vielmehr ist Unterstützung bei der Verarbeitung ebenso erforderlich wie ein Gespräch darüber, wie solche Geschehnisse in der Zukunft vermieden werden können. Dadurch lässt sich die Angst vor einem neuerlichen Trauma zumindest reduzieren. Jede Gewalt- und Ohnmachtserfahrung, der psychiatrieeerfahrene Menschen ausgesetzt waren und die von ihnen als belastend erlebt wurde, muss besprochen werden, egal ob es sich um Zwangsmedikation, Zwangsunterbringung oder andere Gewaltausübung gehandelt hat (FRITZ u. a. 1991).

### **Verstehen, bewältigen und Sinn erfahren**

Die Vermeidung von Hilflosigkeitserfahrungen und Traumatisierungen ermöglicht zum einen Empowerment-Prozesse, zum anderen wird damit Einfluss genommen auf Gesundungsprozesse. Hilfreich beim Verständnis dieser Zusammenhänge ist das Konzept der Salutogenese, wie es von dem israelischen Gesundheitsforscher A. ANTONOVSKY (1997) theoretisch konzipiert und methodisch fundiert wurde. Für unseren Empowerment-Ansatz ist es deshalb von Interesse, weil es unseren Blick nicht auf Defizite psychiatrischer Behandlung richtet (Hilflosigkeitser-

fahrungen, Traumatisierungen usw. sollten vermieden werden), sondern positiv formuliert, welche Gefühle, Erwartungen und Kognitionen wir bei unseren Klienten fördern sollten. A. Antonovsky beschäftigt sich nicht mit der Frage, wodurch kranke Menschen krank geworden sind, sondern warum gesunde Menschen gesund bleiben bzw. wie kranke Menschen wieder gesund werden. Nach seinen Forschungen ließ sich ein »Einstellungsfaktor« ermitteln, der großen Einfluss auf die Gesundheit einer Person hat, das so genannte Kohärenzgefühl (sense of coherence). Ihm liegen drei Gefühle zu Grunde:

#### **1. Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)**

Die Erwartung bzw. Fähigkeit von Menschen, Stimuli – auch unbekannte – als geordnete, konsistente, strukturierte Informationen verarbeiten zu können und nicht mit Reizen konfrontiert zu sein, die chaotisch, willkürlich, zufällig und unerklärlich sind.

#### **2. Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (sense of manageability)**

Überzeugung eines Menschen, dass Schwierigkeiten lösbar sind. Das Ausmaß, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen begegnen zu können.

#### **3. Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness)**

Das Ausmaß, in dem das Leben als emotional sinnvoll empfunden wird und die Probleme und Anforderungen des Lebens es wert sind, dass man Energie in sie investiert und sich für sie einsetzt.

Diese drei Gefühle beschreiben ein eher generelles Konstrukt und können dementsprechend kaum voneinander getrennt werden. Dennoch war für Antonovsky das Gefühl der Sinnhaftigkeit das letztlich bedeutsamste Element.

Das Ausmaß dieser drei Gefühle entscheidet darüber, wie groß die Widerstandsressourcen einer Person gegen Erkrankungen aller Art sind. Ebenso entscheiden diese drei Gefühle darüber, inwieweit ein Mensch fähig ist seine Handlungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Sind diese drei Gefühle stärker ausgeprägt, so wird er besser in der Lage sein mit verschiedenen Situationen angemessen umzugehen und einen Sinn in seiner Aktivität sehen: Wenn mir klar ist, was gerade geschieht, ich eine Vorstellung davon habe, dass diese Situation lösbar ist, und ich weiß,

wofür ich das tue, dann kann ich auch schwierige Situationen bewältigen.

Gerade bei psychiatrischen Klienten sind diese Gefühle häufig nur sehr schwach ausgeprägt (SAMMALLAHTI u. a. 1996). Dies liegt zu einem Teil in der Dynamik der Erkrankungen begründet: So haben Menschen mit psychotischen Erkrankungen auf Grund möglicher kognitiver Störungen Schwierigkeiten, Informationen sinnvoll einzuordnen und zu hierarchisieren. Auch Reizüberflutung verhindert eine sinnvolle Verarbeitung und beeinträchtigt die Auswahl angemessener Lösungen. Folge solcher Einschränkungen ist ein immer weiter sinkendes Gefühl von Verstehbarkeit und Handhabbarkeit. Auch das Gefühl von Sinnhaftigkeit sinkt bei vielen psychiatrischen Erkrankungen verständlicherweise. So stellt sich einerseits tatsächlich die Frage nach dem Sinn immer wiederkehrender Krankheitsphasen, andererseits wird vielen psychiatrischen Erkrankungen ein »psychischer Sinn« abgesprochen, indem diese Erkrankungen lediglich als Folge einer fehlregulierten Hirnphysiologie interpretiert werden. Besonders wichtig ist für viele Betroffene zudem, dass sie nicht auf gängige Sinnmuster zurückgreifen können, wie etwa eine verantwortliche Tätigkeit oder die Gründung einer Familie. Ihr Alltag ist stattdessen häufig von Unterforderung, Langeweile und geringem Sinngefühl geprägt.

Auch wenn das Konzept des Kohärenzgefühls bisher kaum auf die psychiatrische Arbeit bezogen wurde und Studien größtenteils fehlen, so ist es doch ein hilfreiches und praktikables theoretisches Konzept, nach dem psychiatrische Arbeit ausgewählt und bewertet werden kann: Welchen Einfluss hat welches professionelle Handeln auf das Gefühl der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Bedeutsamkeit bei den Klienten? Wie können gerade bei jenen Menschen, bei denen auf Grund der Erfahrungen in der Krise oder des Krankheitsverlaufs eine Reduktion dieser Haltung zu erwarten ist, diese Gefühle wieder aktiviert werden? Der Bezug dieses Konzepts zum Empowerment-Ansatz mag spontan eingängig sein; es wäre jedoch eine bisher ausstehende wissenschaftliche Beschäftigung mit diesen Zusammenhängen notwendig. Dabei ließe sich ermitteln, ob und welche Beziehungen zwischen dem

Kohärenzgefühl einerseits und der Behandlung bzw. den Umständen der Erkrankung andererseits bestehen und inwiefern das Kohärenzgefühl in Zusammenhang mit Gesundungs- bzw. Chronifizierungsprozessen gebracht werden kann.

### **Empowerment-Haltung**

Empowerment-Förderung verlangt eine veränderte professionelle Haltung, aus der sich dann auch veränderte Methoden ergeben. Grundlage einer veränderten Haltung kann die Theorie der Menschenstärken nach Weik sein, die in vielen Bereichen der psychosozialen Arbeit Einzug gehalten hat. »Diese Perspektive nimmt an, dass jede Person eine innere Kraft besitzt, die man als Lebenskraft, Fähigkeit zur Lebenstransformation, Lebensenergie, Spiritualität, regenerative oder heilende Kraft bezeichnen mag. (...) Der Prozess des Empowerment erweckt oder stimuliert diese eigene natürliche Kraft des Einzelnen. (...) Die Perspektive der Menschenstärken nimmt an, dass Menschen in ihrem Handeln immer dann, wenn ihre positiven Kapazitäten unterstützt werden, auf ihre Stärken zurückgreifen. Ein Überzeugungsmodell, das auf dem Glauben an die inneren Fähigkeiten für Wachstum und Wohlbefinden aufbaut, bedarf daher eines sensiblen Gespürs für die Ressourcen der Menschen, ihre Talente, Erfahrungen und Ansprüche. Durch diese sensible Aufmerksamkeit wird die Wahrscheinlichkeit für positives Wachstum um ein Vielfaches erhöht.« (WEIK 1992)

Doch gerade die psychiatrische Forschung und Praxis tut sich mit dieser Haltung schwer, was in erster Linie historisch-konzeptionelle und strukturelle Gründe hat. So lässt die »traditionelle Vorstellung von der persönlichkeitszerstörenden Macht der Psychose (...) Autonomieerwägungen keinen Raum« (BÖKER/SCHAUB 1997). Zudem wird ein bei langjährig erkrankten Menschen oder bei Menschen in akuten Krisensituationen sinnvoll erscheinender Verhaltensstil mit viel Fürsorge und Verantwortungsübernahme durch professionell Tätige häufig zu einer generalisierten Haltung, die auch bei gesünderen oder schon wieder stabilisierten Patientinnen und Patienten angewandt wird.

### Vertrauen in die Fähigkeit jedes Einzelnen

Die psychiatrische Arbeit tut sich weiterhin schwer damit, die Fähigkeiten der betroffenen Menschen wahrzunehmen, zu würdigen und zu fördern. Zu lange war der professionelle Blick ausschließlich auf die Defizite eines Menschen ausgerichtet. Eindrückliches Beispiel ist das bis in die neunziger Jahre verbreitete Vorurteil, psychosekranke Menschen seien auf Grund ihrer Persönlichkeitsstruktur nicht in der Lage Selbsthilfegruppen zu gründen. Heute gibt es mehrere Hundert Selbsthilfegruppen und -organisationen psychoseerfahrener bzw. psychiatrieeerfahrener Menschen in Deutschland, in der Schweiz und in Österreich, die sich in nur wenigen Jahren gegründet haben und die ein beachtliches Engagement an den Tag legen.

Ein anderes ebenso eindrückliches Beispiel ist die lange vernachlässigte Bewältigungsforschung bei Psychosen, die heute deutlich zeigt, dass so gut wie alle Betroffenen versuchen durch eigenes Verhalten ihre Erkrankung und die Krankheitszeichen zu beeinflussen, was ihnen auch weit öfter, als von professioneller Seite lange angenommen wurde, gelingt (SCHAUB 1993).

Positive Veränderungen werden von professioneller Seite selten den Bemühungen des Betroffenen zugeschrieben, vielmehr wird zunächst auf die Behandlung und vor allem auf die Medikamente attribuiert. Negative Veränderungen werden in erster Linie der Krankheitsdynamik zugeschrieben. Der Betroffene selbst erscheint als Spielball zwischen Krankheit und von außen kommender Behandlung.

Zu den Fähigkeiten der Betroffenen gehört es auch, häufig erstaunlich gut angeben zu können, was sie in Krisen brauchen oder wie sie sich die Lösung einer momentanen Schwierigkeit vorstellen. Professionell Tätige fragen Betroffene noch viel zu selten, was sie brauchen und was ihnen gut tut. Vor allem während der akuten Krisenzeit sind sie nach Meinung vieler Professioneller dazu prinzipiell außerstande. Dabei kommt es nur darauf an, ernsthafte Anliegen von solchen zu unterscheiden, die Ergebnis einer momentanen, kurzfristigen Dynamik sind. Absprachen können getroffen werden, sei dies in Form der immer verbreiteteren Be-

handlungsvereinbarungen (DIETZ u. a. 1998) oder individueller Absprachen, die in jedem Setting möglich sind.

### Nicht beurteilende Grundhaltung

Für psychiatrisch Tätige ist es nicht einfach, den Eigen-Sinn ihrer Klienten zu akzeptieren. Sie ertragen die Lebensentwürfe einiger Klienten nicht und versuchen daher, ihre Klienten von Lebensentwürfen zu überzeugen, mit denen in erster Linie die professionell Tätigen besser zurechtkommen. Manche Reha-Bemühungen werden nicht deshalb angestrengt, weil sie vom Betroffenen gewünscht werden, sondern weil professionelle Helfer sie für ihre Klienten für sinnvoll erachten. Die verständlicherweise fehlende Motivation lässt solche Bemühungen in der Regel schnell scheitern und vermittelt dem Betroffenen ein weiteres Misserfolgserlebnis.

Den Lebensentwurf eines Betroffenen zu akzeptieren darf nicht mit einer »Ist-mir-egal-Haltung« verwechselt werden. Hier werden die Vorstellungen gerade nicht akzeptiert, sondern der professionell Tätige zieht sich aus Enttäuschung über die geringe Kooperationsbereitschaft des Betroffenen aus der Beziehung zurück. Das dadurch häufig vorprogrammierte Scheitern bestätigt ihn dann wiederum in seiner Einschätzung, dass nur der von ihm propagierte Weg Erfolg versprechend gewesen wäre. Respekt vor unkonventionellen Lebensentwürfen bedeutet, diese zu akzeptieren und die Betroffenen bei der Verwirklichung zu unterstützen.

Was sich hier leicht schreiben lässt, kann in der Praxis ungemein schwierig sein, etwa wenn sich der Betroffene offensichtlich selbst schädigt. Akzeptieren kann nicht heißen, allem zuzustimmen, was der Betroffene wünscht, wohl aber, jeden Wunsch mit dem Betroffenen auf seine »Tauglichkeit« hin zu überprüfen. Ich erinnere mich an eine Fallsupervision, in der wir Mitarbeiter einer psychiatrischen Einrichtung über die beruflichen Perspektiven eines Klienten sprachen und erst nach etwa 30 Minuten bemerkten, dass wir gar nicht wussten, wie sich der Betroffene selbst seine zukünftige Arbeitssituation vorstellte.

Dabei haben nicht nur Therapeuten, sondern auch ihre Klienten ein

Recht auf Irrtum, d. h., auch ein riskanter Weg verdient es häufig, vom Betroffenen mit professioneller Unterstützung beschränkt zu werden. Wenn sich dieser Weg als Irrweg herausstellt, ist das keine Bestätigung dafür, dass doch nur die Vorstellung des Profis richtig ist, sondern dass auch der Betroffene Fehlentscheidungen treffen kann. Versuch und Irrtum sind sehr wichtige Voraussetzungen für autonomes Handeln.

### Passive Aktivität

Professionell Tätigen fällt das Nichthandeln schwerer als das Handeln. Dabei ist gerade die professionelle Zurückhaltung die Voraussetzung dafür, dass Betroffene ihre eigenen Fähigkeiten entdecken und nutzen lernen. »Man hilft den Menschen nicht, wenn man für sie tut, was sie selbst tun können«, dieses inzwischen geflügelte Wort A. Lincolns mag sofort einleuchten und doch ist seine Umsetzung in der psychiatrischen Arbeit alles andere als leicht.

Passivität von professioneller Seite bedeutet nämlich in gewisser Hinsicht ein »Sichausliefern« an den Patienten und an die Erkrankung. Die Entscheidungen und Lösungsversuche Betroffener sind meist nicht so geradlinig, wie sie von professioneller Seite gewünscht werden. Professionellen fällt es zudem schwer, Vertrauen in die Fähigkeiten des Gegenübers aufzubringen. Ohne Vertrauen aber ist Abwarten, ist »Lernen lassen« nicht möglich. Wenn der Betroffene etwas in meinen Augen garantiert nicht kann, dann brauche ich nicht zu warten, dann ist vielmehr Fremdhilfe angebracht. Professionelle Zurückhaltung ist damit immer an Vertrauen gebunden. Wenn Vertrauen nicht vorhanden ist, werden Lösungswege vorgegeben, Aufgaben abgenommen, Entscheidungen stellvertretend getroffen, kurz: Der professionell Tätige gerät in einen »fürsorglichen Aktivismus«, der dem Wohl und dem Schutz des Betroffenen dienen soll.

Diese Tendenz gibt es in fast allen helfenden Berufen und ist vor allem in der Psychiatrie eine große Gefahr. Schwer psychisch kranke Menschen sind während ihrer akuten Krankheitsphasen auf viel Unterstützung angewiesen; diese Unterstützung dann zum rechten Zeitpunkt zurückzunehmen und dem Gegenüber damit wieder mehr zuzutrauen, das ist ein

schwieriger Balanceakt. Dabei sind natürlich nicht nur die professionell Tätigen an die schon eingeübte Rollenaufteilung der akuten Krankheitsphase »gefesselt«, sondern ebenso die Betroffenen selbst und auch ihre Angehörigen. Passive Aktivität bedeutet dann unter Umständen, einem Patienten gegen seinen eigenen Willen Unterstützung zu entziehen, worauf dieser im ungünstigen Fall mit Ärger oder mit Regression reagiert, möglicherweise aber auch mit zunehmender Aktivität.

Vor allem in Gruppen spüren professionell Tätige einen großen Druck zur Gestaltung und auch zur »Unterhaltung«. Passive Aktivität in der gruppentherapeutischen Arbeit bedeutet stattdessen, sehr sensibel für die Gruppenprozesse zu sein, unangenehme Stimmungen oder Ratlosigkeit mitzutragen, Gruppenabläufe weniger zu planen und Offenheit für neue und unerwartete Ideen zu beweisen.

Empowerment-Prozesse lassen sich nicht planen, erst recht nicht von professioneller Seite. Sie verlaufen weder geradlinig, noch sind sie »Erfolgsgeschichten« (Herriger). Das Finden des eigenen Weges braucht viel Zeit. Gerade bei schwer beeinträchtigten Menschen vollzieht sich Veränderung in einer anderen Geschwindigkeit als im Leben der professionell Tätigen. »Professionelle Fertigprodukte« (KEUPP 1993) beinhalten immer die Gefahr, dass sie den Betroffenen einerseits überfordern und ihn andererseits daran hindern, seine eigenen Ressourcen zu mobilisieren. Therapeuten und psychiatrische Einrichtungen stehen zunehmend unter ökonomischem Erfolgsdruck. Sie müssen positive Veränderungen vorweisen, andernfalls wird ihre Arbeit als nicht erfolgreich betrachtet. Dieser Leistungsdruck und die damit verbundene Ungeduld verhindern Empowerment-Prozesse. Professionell Tätige sind dann schnell verleitet oder werden gar von den Geldgebern gezwungen, positive Veränderungen gemäß ihrer Vorstellungen zu planen. Zukunft aber lässt sich nicht vorwegnehmen, wer das versucht, lässt der individuellen Problemlösung der Klienten keinen Raum mehr. Notwendig ist vielmehr ein großer Respekt vor der Eigenzeit des Klienten (JOST 2000) und der Verzicht auf zu sehr strukturierte Hilfepläne und zu eng gefasste Zeithorizonte. An die Stelle von Planbarkeit und Kontrolle tritt die »Kunst des Indirekten« (SCHERNUS 2000).

## Aufklärung und Informationsaustausch als Empowerment-Strategie

ANDREAS KNUF

Wissen darüber, was in und um uns herum geschieht, ist für jeden Menschen außerordentlich wichtig. Besonders bedeutend sind Informationen dann, wenn uns etwas Unerwartetes oder nicht Verstehbares geschieht. Dann entscheidet unser Wissen darüber, ob wir das zunächst Unverstehbare in unsere bisherigen Erfahrungen integrieren können, wie wir uns in dieser Situation verhalten und ob wir uns dem Ereignis gewachsen fühlen oder passiv und resignativ werden. Informationen zu vermitteln ist daher eines der wichtigsten Elemente einer selbstbefähigenden Behandlung.

Erhält jemand zu wenig Informationen, kann das zu einer unnötigen Verunsicherung führen, zum Beispiel wenn über Nebenwirkungen von Medikamenten nicht hinreichend informiert wurde und bei ihrem Auftreten nicht angemessen reagiert werden kann. Aber auch zu viele Informationen können verunsichern, da Wichtiges von Unwichtigem nicht mehr unterschieden werden kann, wodurch ein Verstehen der Zusammenhänge und ein angemessenes Handeln wiederum behindert werden. Dasselbe gilt für unverständlich vermittelte Informationen, die ein zunehmendes Gefühl von Hilflosigkeit bewirken können, etwa wenn dem Betroffenen verschiedene Begriffe für seine Diagnose mitgeteilt werden. Falsche Informationen können das Vertrauensverhältnis zum Therapeuten erschüttern und Informationen zur falschen Zeit können einen Rückzug oder sogar einen Abbruch der Beziehung bewirken.

Vor allem im psychiatrischen Bereich ist das Wissen vieler Betroffener ausgesprochen schlecht. Dies zeigt sich besonders eindrücklich bei der Aufklärung über die Diagnose Schizophrenie: Verschiedene Studien belegen, dass kaum die Hälfte der Betroffenen über ihre Diagnose infor-

miert ist (u. a. ZÖLLNER/DÖPP 1979; LUDERER/BÖCKER 1993), wobei wiederum die Hälfte der Betroffenen nicht von ihrem Arzt, sondern durch andere Quellen informiert wurde. Viele Therapeuten halten gerade bei schizophrenen Menschen eine Aufklärung für nicht wichtig oder verzichten darauf, weil sie befürchten die Diagnose könne dem Betroffenen schaden (LUDERER 1994 b). Auch die Aufklärung über die Behandlung ist häufig ausgesprochen dürftig. Vor allem über Nebenwirkungen von Medikamenten wird schlecht informiert. In einer Studie von C. S. BROWN u. a. (1987) hatten nur 17 Prozent der Befragten Kenntnis über die Nebenwirkungen ihrer Medikamente. 19 der 30 von G. P. ALBUS u. a. (1980) befragten Ärzte waren der Auffassung, wenn Patienten zu viel wüssten, würde die ärztliche Arbeit unnötig erschwert.

In zahlreichen Untersuchungen (siehe etwa LUDERER 1989) waren die Betroffenen unzufrieden mit der Informationsvermittlung und forderten mehr Informationen. Auch der Großteil derjenigen, die ihre Diagnose nicht kennen, wünscht darüber informiert zu werden. Von den Betroffenen wird ebenso wie von deren Selbsthilfegruppen und Interessenvertretungen darüber hinaus eine einfühlsame und verständliche Information gefordert. So beklagten viele schizophrene Patienten, dass sie zwar über akute Krankheitszeichen informiert wurden, das subjektive Erleben und die im Anschluss an eine akute Krise auftretenden Veränderungen aber unberücksichtigt blieben.

### Informationsrecht und Aufklärungspflicht

Jeder Betroffene hat Anspruch darauf, über seine Diagnose und das Krankheitsgeschehen ebenso informiert zu werden wie über die Behandlungsmaßnahmen. Von der Aufklärung darf nur dann abgesehen werden, wenn bleibende Gesundheitsschäden oder eine übermäßige psychische Belastung zu befürchten sind, was als Ausnahme anzusehen ist. Fachpersonen haben selbstverständlich einen großen Einfluss darauf, ob durch ihre Aufklärung Gesundheitsschäden entstehen. Eine Aufklärung muss selbstverständlich so gestaltet sein, dass der Betroffene

ne das Gehörte annehmen und integrieren kann. Bezüglich der Behandlung soll der Betroffene in die Lage versetzt werden, das Selbstbestimmungsrecht auszuüben, das heißt, er soll frei entscheiden können, ob er die angebotene Behandlung nutzen möchte oder nicht. »Aus dem Selbstbestimmungsrecht und dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 GG) ergibt sich, dass jede Heilbehandlung der Einwilligung durch den Betroffenen bedarf.« (BRILL 1998) Lediglich unter eng umgrenzten Bedingungen ist das Selbstbestimmungsrecht eingeschränkt, dann nämlich, wenn die Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen in Frage steht. In allen anderen Fällen muss der Betroffene so aufgeklärt werden, dass er in die Lage versetzt wird von seinem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch zu machen. Hierzu sind in der Regel Informationen über die geplante Behandlung sowie über Risiken und Alternativen erforderlich. Selbst bei vollkommen einwilligungsfähigen Menschen geschieht dies häufig nicht, wie die oben dargestellten Umfrageergebnisse bestätigen. Nach erfolgter Aufklärung muss der Betroffene in die Behandlung einwilligen, wofür im englischsprachigen Raum der Begriff »informed consent« (wohininformierte Zustimmung) benutzt wird. Wie eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung gestaltet werden kann, beschreiben P. Terzioglu und M. Zaumseil in ihrem Beitrag in diesem Buch.

Aufgeklärt wird heute in der Regel mittels der so genannten Spontanaufklärung: Der Arzt informiert den Patient darüber, was ein »verständiger Durchschnittspatient in der gleichen konkreten Situation zu erfahren wünscht« (KLEIN/WEISSAUER 1994). Es liegt dann am Patienten, die ihn interessierenden weiterführenden Fragen zu stellen. Diese Form der Aufklärung dient in erster Linie der rechtlichen Absicherung der Behandler. Die Betroffenen sind häufig überfordert, nur ein Bruchteil der Patientinnen und Patienten ist in der Lage, die entscheidungsrelevanten Fakten aufzufassen.

Ziel selbstbefähigender Behandlung ist es, den Betroffenen dabei zu unterstützen, möglichst mündig und selbstbestimmt entscheiden und handeln zu können. Dazu erforderlich ist ein »Bildungsprozess« (siehe die Beiträge zur Medikation), der weit mehr umfasst als das bloße Zur-

Verfügung-Stellen von Informationen. Vielmehr ist derjenige, der informiert, auch dafür mitverantwortlich, dass sein Gegenüber diese Informationen versteht. Es ist unlauter und falsch, eine misslungene Aufklärung zunächst auf mögliche Informationsverarbeitungsstörungen des Betroffenen zurückzuführen. Aufklärung und Informationsvermittlung müssen mögliche kognitive Defizite ebenso berücksichtigen wie die emotionale Situation, in der sich der Betroffene befindet. Dazu sind in der Regel mehr als nur ein ausführliches Gespräch erforderlich; derjenige, der aufklärt, muss sich Zeit nehmen, den Betroffenen zum Nachfragen ermuntern, weitere Gespräche anbieten usw.

Während des Prozesses der Informierung ist es Aufgabe des professionell Tätigen, den Betroffenen gemäß seiner individuellen Bedürfnisse aufzuklären. Aufklärung im Sinne von Empowerment bedeutet nicht zwangsläufig, möglichst viele Informationen zur Verfügung zu stellen, sondern flexibel auf die Bedürfnisse des Betroffenen einzugehen. Nur wenige Betroffene wünschen kaum Informationen, viele wünschen ein mittleres Maß und einige erwarten eine sehr umfangreiche Informationsweitergabe und sind zumeist selbst auch bereit, sich mit Hilfe von Büchern, Zeitschriften oder Internetangeboten zu informieren. Dem Betroffenen müssen von Rechts wegen alle Informationen angeboten werden, die er wünscht.

### Informationsvermittlung ist immer emotional

Der Begriff »Informationsvermittlung« legt zunächst nahe, dass es sich um eine sehr kognitive Angelegenheit handelt. Informationen erhält man in der Schule, auf einem Lehrgang oder in einem Fachbuch. Immer geht es darum, neues Wissen aufzunehmen. Gleichwohl gibt es keine Kognitionen ohne emotionale Beteiligung (CIOMPI 1982). Das gilt vor allem dann, wenn jemand über seine Erkrankung informiert wird, und erst recht, wenn es sich um eine schwer wiegende Erkrankung wie etwa eine Psychose handelt. Es geht um Informationen über ein Erleben, das den Betroffenen vollkommen aus dem Gleichgewicht gebracht hat und ihn häufig in seinem Leben so erschüttert hat, wie nie etwas anderes zuvor. Jede Auseinandersetzung mit diesem Erleben ist eine höchst emo-

tionale Angelegenheit; dies muss bei der Vermittlung von Informationen berücksichtigt werden. Eine einseitig kognitive Auseinandersetzung mit der Psychose ist in vielen Fällen ein von Professionellen wie Betroffenen gemeinsam unternommener Versuch, sich vor den auf beiden Seiten vorhandenen emotionalen Inhalten wie Angst oder Bedrohung bzw. den Erinnerungen an psychotische Erlebnisse zu schützen. Dies ist sinnvoll, wenn es sich um einen nötigen Selbstschutz des Betroffenen handelt, kann aber Handlungsmöglichkeiten behindern, wenn es in erster Linie der Therapeut ist, der sich zu schützen versucht. Hinter den meisten Sachfragen, die in Angehörigen- oder Patienten- und Psychose-Seminaren gestellt werden, verbirgt sich nicht nur der Wunsch nach Antwort, vielmehr verweisen sie auch auf ein persönliches Problem des Fragestellers (BLANKE 1986). Beispielsweise wird immer wieder gefragt: »Woher kommt die Psychose eigentlich?« Wer diese Frage stellt, der möchte nicht nur das Vulnerabilitäts-Stress-Modell oder die neuesten Ergebnisse der Vererbungsstudien erfahren (die kennt er häufig sogar schon, wie sich bei genauerem Nachfragen erweist). Diese Frage hat häufig einen ganz anderen Hintergrund, der etwa lautet: »Ich kann einfach nicht verstehen, wie es zu dieser Psychose kam. Mir fällt es auch schwer, mich damit abzufinden. Immer wieder frage ich mich, warum gerade ich? Habe ich etwas falsch gemacht in meinem Leben?« Der Fragende hat einerseits ein Recht darauf, die von ihm erwünschten Informationen zu bekommen, ebenso hat er aber ein Recht auf eine Unterstützung, die es ihm ermöglicht, sich mit diesen eher emotionalen Inhalten zu beschäftigen.

Dem Betroffenen fällt es häufig schwer, seine persönlichen Probleme, Befürchtungen und Unsicherheiten als solche wahrzunehmen und sie auszusprechen; in vielen Fällen traut er sich auch nicht sie anzusprechen, etwa wenn er die Erfahrung gemacht hat, dass sein Gegenüber wenig Zeit hat und für ein längeres Gespräch über dieses Thema nicht offen ist. Eine Frage zu stellen ist um vieles einfacher, vor allem dann, wenn es mein Gegenüber gewohnt ist, kluge Antworten zu geben. Vor allem Ärzte werden deshalb häufig gefragt. Ich habe sehr oft Frage-Antwort-Spiele beobachtet, bei denen die eigentliche Intention des Fragen-

den nicht aufgegriffen wurde. Sie gehen immer auf zweierlei Weise aus: Entweder verstummt der Fragende, nachdem ihm geantwortet wurde, und wirkt dabei unbefriedigt. Oder der Fragende fragt immer weiter, ihm fallen immer neue Fragen ein, weil er mit seinen eigentlichen Anliegen nicht verstanden wurde.

Informationsvermittlung bedeutet, auch die emotionale Seite zunächst sachlich wirkender Informationen im Gespräch zu berücksichtigen. Dies kann etwa geschehen durch Nachfragen: »Wie geht es Ihnen, wenn wir hier über die Prognose Ihrer Krankheit reden?« Manchmal ist es auch möglich, leicht suggerierend die emotionale Seite einer Frage anzusprechen und den Klienten oder Angehörigen konkret zu fragen, ob er weitere Informationen wünscht oder ob er ein für ihn schwieriges Thema besprechen möchte.

Nur so viele Informationen, wie emotional verarbeitet werden können, werden auch aufgenommen. So wird die häufige Erfahrung verständlich, dass Betroffene nach einer ausführlichen Aufklärung kaum mehr wissen als zuvor. Sie haben sich verschlossen, weil die Diagnose oder anderes Wissen über ihre Erkrankung eine zu große Bedrohung für sie gewesen wäre. Deshalb muss auf Seiten des Therapeuten viel Sensibilität dafür vorhanden sein, wie viele und welche Informationen der Betroffene aufnehmen und integrieren kann.

Bei der Aufklärung über Krebserkrankungen ist der Begriff des »Middle Knowledge« bekannt (FALLER 1998), der das Nebeneinander von Wissen und Nicht-Wissen bzw. Nicht-wissen-Wollen beschreibt. Nicht alles wissen zu wollen ist häufig ein Schutzmechanismus, der etwa bei einer unter Umständen tödlich verlaufenden Erkrankung wie dem Krebs ganz nachvollziehbar erscheint, der allerdings auch bei psychischen Erkrankungen, vor allem bei Psychosen, am Werke ist – denn was ist in den Augen der meisten Menschen die Psychose anderes als ein »gesellschaftliches Todesurteil«? Es ist in den meisten Fällen nicht sinnvoll, den Betroffenen am ersten oder zweiten Tag seines Klinikaufenthaltes ausführlich über seine Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten zu informieren, wie dies verschiedentlich geschieht (DIEHL 1986). Auf der anderen Seite ist es aber schon geradezu skandalös (und zudem

rechtswidrig), wenn Patienten zum Beispiel erst nach mehreren Monaten der Behandlung mit Neuroleptika über die Nebenwirkungen informiert werden, wie dies vor allem in älteren Publikationen favorisiert wurde (AYD 1977).

### Mut machen

Informationen sind kein Selbstzweck. Sie sollen den Betroffenen befähigen, sich selbst mit seiner Erkrankung besser einschätzen zu können, und ihn in Zukunft bei der Bewältigung der Erkrankung unterstützen. Jede Information ist nur so gut, wie sie positive Konsequenzen für den Betroffenen und vor allem für seine Zukunft hat. Nichts ist verhängnisvoller als Informationen, die eine Zukunft verbauen, indem sie eine so negative Sicht entwerfen, dass eine lebenswerte Perspektive nicht mehr offen steht. Hunderttausenden von Menschen hat die Kraepelin'sche Diagnose der »Dementia praecox« geschadet und sie in die Chronifizierung oder den Suizid mit hineingetrieben.

Verschiedene Studien belegen die große Bedeutung von Hoffnung und positiven Zukunftserwartungen (RALPH u. a. 1996; BLANCH u. a. 1993; SCHAUB 1993). So fand A. Schaub einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Gefühl von Hoffnung bei den von ihr befragten Betroffenen und deren Bereitschaft zu Hilfe suchendem Verhalten. Einige Patienten gaben in dieser Untersuchung an, ihre Angehörigen hätten für sie in den Zeiten ihrer größten inneren Not zeitweise die Funktion einer »stellvertretenden Hoffnung« gehabt: Sie selbst hätten nicht mehr auf eine Besserung ihres Zustandes hoffen können, aber die Hoffnung ihrer Angehörigen habe sie mitgetragen. Andere Untersuchungen (CIOMPI u. a. 1979; DAUWALDER u. a. 1984) fanden, dass die Zukunftserwartungen der Betroffenen, ihrer Angehörigen und der professionell Tätigen der beste Prädiktor für den weiteren Krankheitsverlauf waren. Die amerikanische Forschung zur Gesundung auch bei langzeitkranken Menschen (»Recovery-Konzept«) zeigt eindringlich, dass Hoffnung maßgeblich darüber entscheidet, ob Gesundungsprozesse in Gang kommen (KNUF 2004). Ohne Hoffnung kommt es nicht einmal dazu, dass der Betroffene eine Vorstellung von positiver Veränderung entwickelt.

Nun bewirkt die psychiatrische Behandlung, vor allem die stationäre, viel zu häufig *keine* positiven Zukunftserwartungen. An Stelle von Hoffnung machen sich eher Angst und Verzweiflung breit angesichts der momentanen Lage und der weiteren Perspektive. In einigen Bereichen arbeitet die psychiatrische Behandlung sogar gezielt mit Angst und Resignation, etwa um die Compliance der Betroffenen zu fördern. Wer nicht mit einer medikamentösen Rezidivprophylaxe einverstanden ist, der erhält nicht selten die Information, seine Erkrankung würde mit allergrößter Wahrscheinlichkeit innerhalb kürzester Zeit wieder auftreten, wenn er nicht bereit wäre Medikamente zu nehmen. Hier wird sogar absichtsvoll eine negative Zukunftserwartung erzeugt.

Bei einigen Betroffenen ist die eigene Einschätzung der Schwere der Erkrankung auch negativer, als sie auf Grund heutiger Erkenntnisse sein müsste (BECHTER 1993). Deshalb ist es wichtig, im Gespräch herauszuarbeiten, welche Zukunftserwartungen der Betroffene hat und ob diese angemessen sind. Pessimistische Erwartungen kommen zum Beispiel zustande, wenn Patienten während ihrer Behandlung auf den Stationen schwerstkranker Mitpatienten kennen lernen und erfahren, dass sie dieselbe Diagnose haben.

Bei der Informationsvermittlung und natürlich auch bei der Erarbeitung eines Krankheitsmodells ist es wichtig, dass diese für den Betroffenen so Mut machend und hoffnungsvoll wie möglich sind. Dabei geht es nicht darum, Psychosen oder andere psychische Erkrankungen »besserezureden«, als sie sind. Auch negative Aspekte, wie etwa die Suizidgefahr oder die Gefahr der Chronifizierung sollten offen angesprochen werden, nur so werden ein angemessener Umgang mit der Erkrankung und eine Berücksichtigung der Gefahren möglich. Es geht aber darum, die Wichtigkeit von Hoffnung, Mut und positiven Zukunftserwartungen immer vor Augen zu haben. Dazu ist ein Hineinversetzen in die Lage des Betroffenen notwendig. Es geht darum, alles, was unnötige negative Erwartungen erzeugt, zu vermeiden.

Dies gilt etwa für die Wortwahl: Begriffe wie »Defektzustände«, »fortschreitende Chronifizierung« usw. tun ihre Wirkung. Auch pauschalisierende Einschätzungen, etwa zur Prognose (»Sie werden nie wieder in



Ihrem Beruf arbeiten können.«), sind nicht nur falsch, da unsere Erkenntnisse solche prognostischen Aussagen im Einzelfall überhaupt nie erlauben, sondern haben zudem weitere negative Auswirkungen auf den Betroffenen. Professionell Tätige sollten sich nicht nur davor hüten, negative Erwartungen auszusprechen, sondern auch, solche Einschätzungen überhaupt vorzunehmen. In den meisten Fällen sind sie schädlich, da sie stärker negative wie positive Konsequenzen haben. »Stellvertretende Hoffnung« gelingt nur, wenn sie ehrlich gemeint ist und der Therapeut tatsächlich an einen positiven Verlauf oder die Möglichkeit dessen glaubt.

### Das Nicht-Wissen akzeptieren

Wir alle – professionell Tätige, Betroffene und Angehörige – würden gerne wissen, wie psychische Erkrankungen entstehen, welche Faktoren den Verlauf bestimmen, wie Heilung oder Besserung zustande kommt usw. Dies gilt vor allem für schwere psychische Störungen, bei denen auch nach 100-jähriger Forschung die Ursachen im Dunkeln bleiben. Uns allen fällt es schwer, mit dem Nicht-Wissen zu leben. Gerade deshalb suchen wir nach möglichst einfachen Erklärungen, die uns Halt bieten im Dschungel des Unwissens. Viele Angehörige und Psychiatererfahrene tun dies, indem sie sich eine für sie plausible Erklärung suchen und diese von ihren Therapeuten gerne bestätigt bekommen würden. Wissenschaftler und Therapeuten tun dies, indem sie eine bestimmte Hypothese vertreten, obwohl sie wissen, dass sie in der von ihnen angenommenen Form sicher nicht stimmt. So ist die allorts vertretene Dopamin-Hypothese zur biochemischen Verursachung der Schizophrenie einerseits unbewiesen und andererseits in ihrer simplifizierten Form heute wissenschaftlich auch widerlegt (KAHN/DAVIS 1995). Auch wer die Vulnerabilitäts-Stress-Hypothese vertritt, hat nebenbei nicht selten seine eigene »Haushypothese« und vermittelt diese auch. So fanden H. J. LUDERER und F. M. BÖCKER (1993), dass die behandelnden Ärzte der von ihnen befragten schizophrenen Patienten die Erkrankung in 94 Prozent der Fälle doch auf *rein* biologische Bedingungen zurückführten. M. BLEULER (1976) mag Recht behalten, der meinte, wir seien dem Ver-

ständnis der Psychosen heute schon sehr nahe, wollten die sich aus aller bisherigen Forschung ergebenden Erkenntnis aber nicht wahrhaben: dass es nämlich keine klare Ursache der Schizophrenie und anderer Psychosen gibt und es folglich auch keine alleinig richtige Behandlung geben kann. Diese Wahrheit hilft uns wenig bei unserem Bemühen um Halt und Orientierung angesichts einer Krankheit, die uns immer noch ratlos macht und in Angst und Schrecken versetzen kann. Vieles bleibt offen und an Sicherheit ist wenig gewonnen, es gibt keine »wahre Sicht« der Psychosen und keine eindeutigen Therapiekonzepte.

Das Nicht-Wissen zu akzeptieren heißt in erster Linie, alles, was wir wissen, mitzuteilen, und das ist schon sehr viel. Psychiatererfahrene Menschen sind auf dieses Wissen angewiesen und brauchen die Orientierung nötiger als alle professionell Tätigen. Es heißt aber auch, über das, was wir nicht wissen, keine Aussagen zu machen und hier verschiedene Ansichten gelten zu lassen. So ist es beispielsweise unrichtig und zudem unnötig zu behaupten, die Schizophrenie sei ein »vorwiegend erbbedingtes Leiden« (HUBER 1987) oder sie ausschließlich auf gesellschaftliche Faktoren zurückzuführen, wie dies von Seiten der Antipsychiatrie geschieht.

Bei erkrankten Menschen oder Betroffenen mit wenigen Krankheitsphasen findet sich häufig die Erwartung an die professionell Tätigen, eine möglichst »hieb- und stichfeste Erklärung« für die Erkrankung geliefert zu bekommen. Hier sind möglichst klare Informationen wichtig, da sich nur mit ihnen der starken Verunsicherung und Angst entgegenzutreten lässt. Menschen nach mehreren oder vielen Krankheitsphasen erleben es aber im Gegensatz dazu häufig als hilfreich, wenn auch von professioneller Seite das Nicht-Wissen eingestanden wird. So ist es nicht mehr ihr persönliches Unvermögen, weshalb ihnen vieles an ihrem Leiden nach langer Zeit noch immer unverständlich geblieben ist. Vielmehr ist diese Krankheit an sich so undurchschaubar, dass Wissenschaftler, Praktiker und sie als Betroffene vielen Phänomenen ratlos gegenüberstehen. Auch in Befragungen fordern Betroffene eine beidseitige Demut gegenüber der Erkrankung und ein »Zulassenkönnen von gemeinsamer Hilflosigkeit« (NOUVERTNÉ 1993).

## Psychoedukative Gruppen, Psychose-Seminare und individuelle Gespräche

Informationsvermittlung darf nie einseitig vom Therapeuten zum Betroffenen erfolgen. Beide wissen viel und haben einiges zu sagen. Ein Lehrer-Schüler-Verhältnis ist zum einen vollkommen unangemessen und bewirkt zum anderen, dass sich der Betroffene unwissend und passiv erlebt. Zu einem wahren Verständnis psychotischer Krisen sind wissenschaftliche Erkenntnisse ebenso von Belang wie die subjektiven Erfahrungen der Betroffenen. Durch die Würdigung seines Wissens und seiner Erfahrungen erlebt der Betroffene dann häufig erstmals, dass seine persönlichen Erfahrungen wertvoll und hilfreich sind, so wertvoll, dass sich der Therapeut für sie interessiert und sie gleichberechtigt neben den wissenschaftlichen Erkenntnissen stehen können. S. SCHÜNE-MANN-WURMTHALER und B. SIBUM (2003) formulieren ihre Haltung in psychoedukativen Gruppen folgendermaßen: »Nicht ›Sie brauchen Hilfe, ich weiß für Sie den richtigen Weg‹, sondern ›Ich trage bei, was ich weiß, Sie ergänzen dies durch Ihr Wissen, und wir beide lernen etwas Neues daraus.«

Sie beschreiben weiter, dass es auch für sie als die »offiziellen Experten« in ihren psychoedukativen Gruppen einiges zu lernen gab: »Auch die Einschätzung der Eigenkompetenz der Betroffenen im Umgang mit der Erkrankung bzw. Verletzlichkeit hat sich auf Seiten der Moderatoren erheblich verändert. (...) Auch scheinen Vorbehalte und Ängste, sich mit dem psychotischen Erleben selbst intensiv auseinander zu setzen, auf Seiten der Professionellen stärker ausgeprägt als auf Seiten der Betroffenen. Insofern hat die Erfahrung der Gruppenarbeit eine spürbare Rückwirkung auf den Umgang mit Betroffenen im beruflichen Alltag nach sich gezogen.«

Wissensvermittlung und Aufklärung können sowohl in Einzelgesprächen, in Gruppenkontakten wie auch durch die Weitergabe von schriftlichem Informationsmaterial erfolgen. Seit einigen Jahren werden in vielen psychiatrischen Kliniken die »psychoedukativen Gruppen« an-

geboten, die die Patienten möglichst hinreichend über alle für sie relevanten Aspekte der Erkrankung und Behandlung informieren sollen (etwa BÄUML u. a. 1996; WIENBERG 2003; KIESERG/HORNUNG 1994). Eine Umfrage unter allen 123 psychiatrischen Kliniken in Süddeutschland ergab, dass in den letzten fünf Jahren in etwa zwei Dritteln aller Kliniken psychoedukative Gruppen angeboten wurden (BUTTNER/KISSLING 1996).

Innerhalb der Selbsthilfebewegung und auch unter professionell Tätigen gibt es große Meinungsunterschiede darüber, ob und inwiefern psychoedukative Gruppen als Ansatz zur Selbstbefähigung aufgefasst werden können. Einerseits bilden diese Gruppen heute für viele Betroffene die einzige Möglichkeit der umfangreichen Information. Andererseits sind sie in der Gefahr – und das zeigen schon Begriffe wie »Psychoedukation«, »Patientenschulung« oder »Patientenunterricht« – das klassische Gefälle zwischen Betroffenen und Professionellen weiter zu verfestigen. Gefragt ist aber vielmehr ein Informationsaustausch statt einer einseitigen Informationsvermittlung. Ziel psychoedukativer Programme sollte es sein, die Betroffenen so zu informieren, dass sie mit möglichst wenig Fremd- und möglichst viel Selbsthilfe ihre psychischen Schwierigkeiten bewältigen können und möglichst eigenständig Entscheidungen über die von ihnen gewünschte Art der Fremdhilfe (Behandlung) treffen können. Dazu ist die Informationsvermittlung in den meisten psychoedukativen Gruppen jedoch zu einseitig. Wie die oben schon vorgestellte Befragung unter psychiatrischen Kliniken in Süddeutschland ergab, wird die Verbesserung der Compliance als das Hauptziel solcher Angebote angesehen: 83 Prozent aller befragten Kliniken gaben diese als wichtigste Zielsetzung an, während andere Ziele, etwa die Nutzung eigener Selbsthilfemöglichkeiten, für weniger wichtig erachtet wurden. Hauptinhalt der Gruppengespräche ist denn auch die Rolle der Neuroleptika in der Behandlung: 96 Prozent der befragten Kliniken! Der mit Abstand am niedrigsten bewertete Informationsinhalt war »Rechtliche Bedingungen«, der von fast der Hälfte der befragten Kliniken als unwichtig oder eher unwichtig eingestuft wurde.

In den Inhalten und Zielsetzungen psychoedukativer Gruppen spiegelt sich somit die gängige psychiatrische Praxis wider, die in erster Linie medikamentenorientiert arbeitet und die Selbsthilfefähigkeiten und psychotherapeutischen Möglichkeiten zumeist unterbewertet. Eine unter dem Aspekt des Empowermentgedankens angebrachte Kritik an den psychoedukativen Gruppen ist damit in erster Linie eine Kritik am gängigen Krankheits- und Behandlungskonzept und nicht am Konzept des Informationsaustausches in Gruppen. Wissensvermittlung und Erfahrungsaustausch in Gruppen bildet für viele Betroffene eine sehr sinnvolle Möglichkeit, sich ausführlich und prozesshaft (d. h. über einen längeren Zeitraum, sodass eine weitere Auseinandersetzung mit den Informationen möglich wird) mit der eigenen Erkrankung auseinander zu setzen. Aber nicht jede psychoedukative Gruppe ist ein Instrument zur Unterstützung von Empowerment, in vielen Fällen werden Empowermentmöglichkeiten sogar behindert.

So reduzierte sich etwa nach einem von P. HORNING u. a. (1996) durchgeführten »Psychoedukativen Training für schizophrene Patienten« das Zutrauen der Patienten, ihre Medikation innerhalb bestimmter Grenzen in Absprache mit dem Arzt eigenständig zu dosieren. Stattdessen wurde ihnen beigebracht, ohne Absprache mit dem Arzt keinerlei Dosismodifikation vorzunehmen, ein unter dem Aspekt der Selbstbefähigung absurdes Lernziel, da viele Betroffene Änderungen ihres Befindens sehr gut wahrnehmen und durch leichte Dosisveränderungen unmittelbar und kurzfristig darauf reagieren können.

In psychoedukativen Gruppen sollte unter dem Blickwinkel des Empowerment u. a. Folgendes beachtet werden:

- ★ Vermeidung eines Lehrer-Schüler-Verhältnisses durch Informationsaustausch statt Informationsvermittlung.
- ★ Informationen sollen den Betroffenen befähigen, möglichst eigenständig Entscheidungen zu treffen. Informationen dürfen daher nicht einseitig sein, etwa um die Compliance (im Sinne der Willfährigkeit) zu fördern, sondern sollen ein Abwägen verschiedener Alternativen ermöglichen.
- ★ Selbsthilfe geht stets vor Fremdhilfe. Daher sollten mögliche Selbst-

hilfensätze vorgestellt werden. Überhaupt muss der individuellen Selbsthilfe auch zeitlich ein großer Stellenwert eingeräumt werden.

- ★ Nicht für jeden sind Gruppenangebote sinnvoll. Gerade für erkrankte Menschen, die sich noch nicht lange mit der Erkrankung auseinander setzen, ist häufig eine individuellere Information im Rahmen von Einzelgesprächen erforderlich, um den emotionalen Verarbeitungsmöglichkeiten gerecht zu werden. Eine Informationsvermittlung, die dies nicht berücksichtigt, kann Rückzug oder sogar vermehrte Krankheitsuneinsichtigkeit bewirken und Selbstbefähigungsmöglichkeiten behindern.

Die Berücksichtigung dieser Anregungen für die Arbeit in psychoedukativen Gruppen würde eine Annäherung solcher Gruppen an die Idee der Psychose-Seminare bewirken (Bock u. a. 1997). Ziele und Anliegen der Psychose-Seminare, wie etwa mehr Selbstbestimmung, ein wechselseitiger Lernprozess oder die Berücksichtigung subjektiver Erfahrungen, sind unter dem Aspekt des Empowerment auch für Informationsgruppen zu fordern. Der Einbezug von Betroffenen und Angehörigen in Informationsgruppen oder andere Informationsangebote ist sehr zu wünschen und wird in den letzten Jahren vermehrt praktiziert (Peer-to-Peer-Konzepte). Sie dürfen aber nicht dazu missbraucht werden, von Fachpersonen vorgegebenes Wissen zu vermitteln. Vielmehr sollten die Betroffenen schon an der Konzeption und der Planung solcher Angebote beteiligt sein.

## Selbstbefähigende Psychotherapie der Psychosen

ANDREAS KNUF

Lange ist es noch nicht her, dass Psychiater heimlich Psychotherapieausbildungen machten und Psychologen in den Psychiatrien schlicht für überflüssig gehalten wurden. Und doch sind es auch weiterhin vor allem psychoseerfahrene Menschen, die häufig lange und nicht selten auch vergebens einen Psychotherapeuten suchen. Noch heute werden selbst angehende Psychotherapeuten mit Skepsis »geimpft«, wenn es um die Psychotherapie der Psychosen geht; zu groß soll die Gefahr der psychotischen Dekompensation sein angesichts der engen Beziehung zum Psychotherapeuten und der aufgeworfenen Konfliktthemen, denen psychoseerfahrene Menschen auf Grund einer geringen Ich-Stärke nicht gewachsen seien.

Vor allem die Betroffenenverbände und Selbsthilfegruppen (siehe etwa VOELZKE 1998) fordern ein vermehrtes Angebot psychotherapeutischer Hilfen für psychiatrie- und insbesondere psychoseerfahrene Menschen. Es liegt nicht in erster Linie an einem mangelnden Interesse der Betroffenen, dass psychotherapeutische Hilfen bei Psychosen auch heute noch ein Randdasein fristen. Vielmehr sind es wohl eher gewisse Vorbehalte und auch Ängste auf professioneller Seite, die mit dazu geführt haben, dass bis heute noch kein Konzept für eine praktikable Psychosenpsychotherapie vorliegt, das sich auch in der alltäglichen Arbeit hätte durchsetzen können. Zwar haben sich vor allem analytisch orientierte Psychotherapeuten um die Entwicklung einer Psychosenpsychotherapie bemüht (BENEDETTI 1983; MENTZOS 2000), doch erfordert diese Methode in der Regel eine langjährige Behandlung und eine umfangreiche Ausbildung des Therapeuten – Voraussetzungen, die in der psychiatrischen »Regelversorgung« häufig nicht gegeben sind.

Auch wenn sich psychotherapeutische Arbeit bei psychoseerfahrenen Menschen in großem Stil bisher nicht durchsetzen konnte, so haben

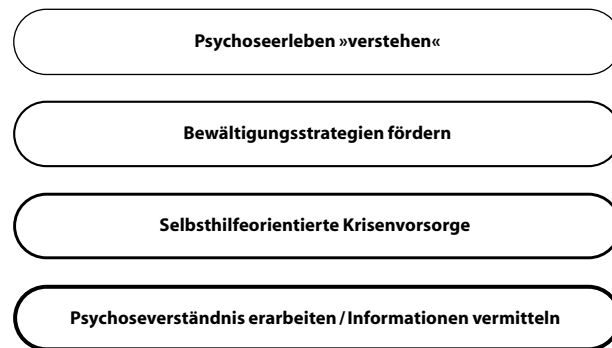
trotzdem so gut wie alle therapeutischen Schulen zum Teil sehr wichtige Beiträge zur Psychosenbehandlung geleistet (HÜTTERER-KRISCH 1996). Dabei wurde größtenteils versucht die spezifischen Methoden und Theorien der jeweiligen Schule auf die Psychosenbehandlung zu übertragen, die spezifischen Besonderheiten der Psychosen wurden insgesamt jedoch wenig berücksichtigt. Auch wenn es auf Grund der Verschiedenartigkeit psychotischer Störungen keine allgemein gültige Behandlungsempfehlung bei Psychosen geben kann, so gibt es doch bestimmte psychosetypische Grundelemente, die jede Therapie enthalten sollte. So halte ich es beispielsweise für unverantwortlich, eine Psychotherapie durchzuführen, ohne Frühwarnzeichen einer psychotischen Krise und angemessene Reaktionsweisen zu bearbeiten.

Hier sollen wichtige *psychosespezifische Therapieelemente* vorgestellt werden, die zugleich die Selbstbefähigung psychoseerfahrener Menschen so weit wie möglich fördern. Dabei lassen sich folgende Grundgedanken einer selbstbefähigenden Psychotherapie beschreiben:

- ★ Die Beziehung zwischen Klient und Therapeut sollte möglichst partnerschaftlich gestaltet sein, d. h. unter anderem, dass die Therapieziele gemeinsam festgelegt werden.
- ★ Die Betroffenen sollen darin unterstützt werden, mit möglichst geringen Abhängigkeiten von Institutionen, Medikamenten und Bezugspersonen zu leben (BDP 1998), vorausgesetzt sie wünschen dies.
- ★ Alle Möglichkeiten von Selbsthilfe und Einfluss auf Ausbruch, Verlauf und Folgen psychotischer Krisen müssen gewürdigt und unterstützt werden. Überhaupt sollen alle Eigenaktivitäten des Betroffenen, sofern sie ihm nicht schaden, herausgearbeitet und gefördert werden.
- ★ Das Psychoseverständnis wird gemeinschaftlich erarbeitet und nicht von therapeutischer Seite vorgegeben. Das Verständnis des Betroffenen wird gewürdigt, nur offensichtlich schädliche Vorstellungen werden im gegenseitigen Austausch eventuell korrigiert.
- ★ Gefühle von Hilflosigkeit und Demoralisierung sollen verhindert werden. Stattdessen sollen die Selbstständigkeit, das Selbstbewusstsein und das Gefühl von Selbstwirksamkeit gefördert werden.

Im Weiteren werden vier psychosetypische Grundelemente einer selbstbefähigenden Psychotherapie vorgestellt. Sie sind in erster Linie in einem ambulanten Setting realisierbar und setzen voraus, dass sich der Betroffene gegenwärtig nicht in einer akut-psychotischen Krise befindet und sein psychotisches Erleben zumindest teilweise als solches wahrnehmen kann. Die Arbeit mit diesem Ansatz erfordert eine psychotherapeutische Grundqualifikation und vor allem ein umfangreiches Wissen über die besondere Problematik der psychotischen Erkrankungen und Erfahrungen in der Arbeit mit diesen Menschen.

#### Stufenweises Vorgehen bei der selbstbefähigenden Psychotherapie der Psychosen



Nicht alle hier beschriebenen Grundelemente kommen in jeder Psychotherapie zum Tragen. Es hängt sehr vom Betroffenen selbst, vom Krankheitsverlauf und von der jeweiligen Situation ab, wie intensiv ein psychotherapeutischer Prozess sein sollte. Während einige der beschriebenen Elemente in keiner Psychotherapie fehlen sollten, sind andere nur bei einigen Betroffenen angezeigt. Daher ist es sinnvoll, die vier Grundelemente als Pyramide oder Treppe darzustellen: In den meisten psychotherapeutischen und beraterischen Gesprächen werden die Erarbeitung eines Psychoseverständnisses und die Informationsvermittlung am Anfang des therapeutischen Prozesses und der Auseinandersetzung mit der Erkrankung stehen. Möglichkeiten der selbsthilfeeorien-

tierten Krisenvorsorge und der Erarbeitung von Bewältigungsstrategien schließen sich an. Die Beschäftigung mit der möglichen Sinnhaftigkeit bzw. Sinnfindung einer psychotischen Erkrankung wird häufig in einer späten Phase der Therapie im Mittelpunkt stehen. Weiter unten liegende Elemente sind in vielen Fällen Voraussetzung dafür, höherstufige Themen zu bearbeiten. Während etwa die Erarbeitung eines Psychoseverständnisses und die hinreichende Informationsvermittlung in der Regel Grundvoraussetzung jeder Psychotherapie sind, ist das Bemühen, Psychoseinhalte zu verstehen, nur bei einigen Betroffenen angezeigt und wird auch nicht von allen gewünscht. Die weiter unten liegenden Elemente haben daher zumeist in frühen Phasen der Psychotherapie und Beratung Priorität.

Natürlich ist mit diesen psychosespezifischen Grundelementen noch keine Psychotherapie in ihrer ganzen Breite beschrieben. Dies ist auf Grund der Vielfalt und Komplexität auch gar nicht möglich. Gerade bei Menschen mit psychotischen Krisen geht es immer wieder um die kleinen und großen Schwierigkeiten des Alltags, um Arbeit, Partnerschaft, soziale Kontakte. Schwierigkeiten in diesen Bereichen sind häufig der Anlass für eine Therapie und müssen daher besprochen und bearbeitet werden. So wird in der Regel der Alltag und die Fragen, wann, wie und wo sich gerade dort psychotisches Erleben wieder einschleicht, der Dreh- und Angelpunkt der Gespräche sein.

Auch wenn das hier vorgestellte Konzept nicht wissenschaftlich evaluiert ist, so darf es doch eine empirische Fundierung beanspruchen. Zum einen sind einzelne Elemente inzwischen durchaus evaluiert worden (SÜLLWOLD / HERRLICH 1998; SCHAUB 1993), zum anderen entspricht es den grundlegenden Wirkprinzipien von Psychotherapien, wie sie etwa von GRAWE (1998) und GRAWE u. a. (1994) zusammengefasst wurden. Im Folgenden werden diese vier Grundelemente selbstbefähigender Psychotherapie anwendungsnah vorgestellt.

## Psychoseverständnis erarbeiten und Informationen vermitteln

Die Erarbeitung eines sinnvollen Psychoseverständnisses ist aus verschiedenen Gründen wichtig für die psychotherapeutische Arbeit: Zum einen entscheidet das Psychoseverständnis einer Person über ihr Behandlungsverständnis (KANFER u. a. 2004), d. h. darüber, was jemand von der Behandlung erwartet, inwieweit er bereit ist mitzuarbeiten und welche Hoffnung er mit der Behandlung verbindet. Zum anderen prägt das Psychoseverständnis, wie der Betroffene in Zukunft mit sich und seiner Erkrankung umgehen wird. Psychotherapie ist aus der Sicht des Betroffenen nur dann sinnvoll, wenn er zuvor ein Psychoseverständnis entwickelt hat, in dem Psychotherapie als Möglichkeit der Beeinflussung seinen Platz finden kann. Andernfalls hat er keinen Grund sich in Psychotherapie zu begeben und sich dort zu engagieren.

Eng mit der Erarbeitung eines Psychoseverständnisses ist die Informationsvermittlung bzw. der gegenseitige Informationsaustausch zwischen Betroffenen und professionell Tätigen verbunden. Gerade im Empowerment-Ansatz ist es wichtig, die Betroffenen ausreichend über alle Aspekte der Erkrankung, Behandlung, Prognose usw. gemäß ihrer individuellen Bedürfnisse zu informieren. Da die Informationsvermittlung nicht nur für die Psychotherapie, sondern für jede Form psychiatrischer Arbeit von Bedeutung ist, wird sie in einem eigenen Kapitel dargestellt (siehe den Beitrag zu Aufklärung und Informationsaustausch).

Z. J. LIPOWSKI (1970) beschreibt verschiedene Deutungsmöglichkeiten einer Erkrankung durch den betroffenen Menschen: Die Krankheit kann als Feind, als irreparabler Schaden, als Bestrafung, als Schwäche, als Herausforderung, als Erleichterung oder als Wert verstanden werden. Es erscheint sofort plausibel, dass die Bedeutung, die einer Erkrankung beigemessen wird, direkt über die Bewältigungsform entscheidet. Betrachte ich etwa meine Erkrankung als irreparablen Schaden (wie dies die Vulnerabilitäts-Hypothese nahe legen mag), so werde ich mich womöglich als behinderten Menschen betrachten, der nie wieder ein

normales Leben führen wird. Verstehe ich die Psychose hingegen als Wert, etwa als Selbstfindung, so kann die Psychose unter Umständen sogar einen Reiz gewinnen.

## Ein selbstbefähigendes Psychoseverständnis

Ein Psychoseverständnis, das Selbstbefähigung ermöglicht, muss folgende Bedingungen erfüllen:

- ★ Das Entstehungs- und Verständnismodell des Betroffenen muss gewürdigt werden, egal wie merkwürdig es zunächst wirken mag. Vor allem bei länger erkrankten Menschen hat es eine Funktion und kann nicht einfach durch ein anderes ersetzt werden.
- ★ Es muss die Einflussmöglichkeiten beinhalten, die psychoseerfahrene Menschen haben, um sich selbst vor weiteren Krisen zu schützen und mit den auch außerhalb von Krisen bestehenden Beeinträchtigungen zurechtzukommen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Betroffene in ein Gefühl von Passivität und Hilflosigkeit geraten.
- ★ Nicht das Modell ist entscheidend, sondern seine Wirkung auf den Betroffenen, sein soziales Umfeld und die Behandlung. Jedes Modell ist willkommen, das ein möglichst hohes Maß an Aktivität ermöglicht. Das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell ist dazu über weite Strecken hilfreich.
- ★ Es muss für den Betroffenen nachvollziehbar sein und ihm seine Angst nehmen können. Dazu müssen seine Erfahrungen in dieses Modell integriert werden. Es muss auch eine Erklärung für verschiedene Symptome liefern können und die eventuell noch bestehenden Defizite verständlich werden lassen.
- ★ Das Modell muss der jeweiligen Phase der Auseinandersetzung mit der Erkrankung angemessen sein.
- ★ Jedes einseitige Psychoseverständnis (nur die Gene, meine Mutter, mein Fehlverhalten ...) ist auch unter dem Aspekt der Selbstbefähigung problematisch, da die eigenen Einflussmöglichkeiten entweder unterschätzt oder überschätzt werden.

### Erarbeitung eines Psychoseverständnisses

Vor allem unmittelbar nach der ersten psychotischen Krise, aber auch nach weiteren Krisen, geht es zunächst darum, den Betroffenen zu entlasten. Vor allem Ersterkrankte sind durch ihre psychotischen Erlebnisse vollkommen verunsichert und verängstigt und teilweise sogar traumatisiert (siehe Kapitel »Steine aus dem Weg räumen«). Hier ist es wichtig, Sicherheit zu vermitteln, etwa indem der Behandler mitteilt, dass ihm die Erkrankung bekannt ist, dass sie in der Regel in kurzer Zeit wieder abklingen wird und dass der Betroffene danach wieder in gewohnter Weise erleben und wahrnehmen wird.

Die Erarbeitung eines Psychoseverständnisses in seiner eigentlichen Form kann erst nach dem Abklingen der akuten Symptomatik beginnen. Dabei hat der Betroffene natürlich schon ein bestimmtes Verständnis seiner Erlebnisweisen, noch bevor er eine Diagnose erfahren hat. Zumeist ist es an dem orientiert, was in der Bevölkerung über psychische Erkrankungen gedacht wird. Obwohl alle psychotherapeutischen Schulen dem Erklärungsmodell des Patienten eine große Bedeutung beimessen und in einem Gespräch darüber auch einen ersten Zugangsweg zum Patienten sehen, sind es vor allem psychiatrische Patientinnen und Patienten, die sich darüber beklagen, dass sich Fachleute häufig nicht für ihre individuellen Erklärungsmodelle interessieren (Bock 2000 a). Dabei entscheidet die subjektive Theorie des Betroffenen maßgeblich über seine Art der Auseinandersetzung mit der Erkrankung. Wie G. WIENBERG (2003) nach der Sichtung zahlreicher Studien zusammenfassend feststellt, sind die Krankheitskonzepte der Betroffenen vor einer Information durch die Behandler in der Regel mit dem heute gängigen Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell kompatibel. Die meisten Betroffenen gehen von einer multifaktoriellen Genese ihrer Psychose aus, vollkommen einseitige, abseitige esoterische oder wahnhaftige Erklärungen sind eher selten.

Jedes Psychoseverständnis hat eine Funktion, einen psychischen »Sinn«. Allgemein haben wir Menschen ein großes Bedürfnis danach, Ereignisse zu verstehen und zu durchschauen. Schicksalsschläge ma-

chen uns Angst, weil sie eben undurchschaubar sind und wie aus heiterem Himmel über uns hereinbrechen. Die subjektive Krankheitstheorie steht im Dienst der Krankheitsbewältigung und verdient die Würdigung und das Verständnis des Therapeuten. Ein Beispiel kann dies verdeutlichen:

Eine junge schizophrene Frau nimmt an, sie sei deshalb an einer Psychose erkrankt, weil sie als 5-Jährige aus ihrem Bett gefallen sei und sich dabei so erschreckt habe, dass sie stundenlang habe weinen müssen. Hier wird eine Verbindung zwischen zwei Ereignissen hergestellt, die 20 Jahre auseinander liegen. Dieses Verständnis verschaffte der Betroffenen Erleichterung (»Ich bin nicht schuld, ich kann nichts dagegen machen.«) und war eine Gegenerklärung zum Krankheitsverständnis ihrer Mutter, die den »schlechten« Lebenswandel der Tochter für den Krankheitsausbruch verantwortlich machte.

Die Entwicklung eines Psychoseverständnisses ist ein Prozess, der viel Sensibilität und Zeit benötigt. Mit einem einmaligen Diagnosegespräch ist es nie getan. Wie bei anderen Erkrankungen auch, gibt es bei den Psychosen verschiedene Phasen der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und mit der Diagnose. In all diesen Phasen ist eine Unterstützung der Betroffenen hilfreich. Dies gilt vor allem dann, wenn das soziale Umfeld nicht in der Lage ist ihn bei dieser »Bewältigungsarbeit« zu unterstützen, sondern versucht das Geschehene durch Totschweigen zu bewältigen.

W. BÖKER (1997) schlägt ein Konzept für die Erarbeitung eines gemeinsamen Psychoseverständnisses bei ersterkrankten schizophrenen Menschen vor, das durchaus als selbstbefähigend bezeichnet werden kann. Ziel dieses Ansatzes ist es, eine gemeinsame Interpretationsbasis zwischen Betroffenen und Therapeut über die psychotischen Erfahrungen zu schaffen. Dabei müsse zunächst berücksichtigt werden, dass das psychotische Erleben für den Ersterkrankten zumeist vollkommen unerklärlich ist und keinen Vergleich mit anderen, vielleicht schon erlebten Erkrankungen, wie Kinderkrankheiten oder einem Beinbruch, zulässt. Entsprechend bedeute es auch eine Überforderung des Betroffe-

nen, bereits unmittelbar nach Erkrankungsbeginn »Krankheitseinsicht« zu verlangen. Vielmehr müsse zunächst die Interpretation des Betroffenen ermittelt werden, damit sich der Fachmann später als »Dolmetscher« betätigen und den Betroffenen an die Erklärungen seiner Umgebung und an die medizinische Sicht heranführen können. Auf Begriffe wie Psychose oder Schizophrenie solle zunächst verzichtet werden, »nervöse Überanstrengung« oder »Nervenzusammenbruch« seien besser geeignet.

Erst nach sorgfältiger Vorbereitung und im Schutz einer vertrauensvollen Beziehung könne schließlich die Diagnose mitgeteilt werden. Ob der Betroffene diese Diagnose annehmen könne, hänge auch davon ab, welche Erfahrung er bisher mit seinem Therapeuten, mit der Klinik und den verabreichten Medikamenten gemacht habe.

### Selbsthilfeorientierte Krisenvorsorge

Ziel der selbsthilfeorientierten Krisenvorsorge ist es, mit dem Betroffenen sämtliche ihm zur Verfügung stehenden Einflussmöglichkeiten auf den Ausbruch, den Verlauf und die Folgen psychotischer Krisen zu erarbeiten. Lange wurden diese Möglichkeiten kaum gewürdigt und gefördert. »Sie können da gar nichts machen, außer auf die Wirkung der Medikamente zu vertrauen«, so lautete ein Standardsatz, den viele Betroffene von professionell Tätigen immer wieder zu hören bekamen und teilweise auch heute noch bekommen, wenn sie nach ihren eigenen Einflussmöglichkeiten fragen. Heute sind die zahlreichen Einflussmöglichkeiten der Betroffenen selbst zumindest ansatzweise erforscht, wenngleich Betroffene auch noch viel zu selten unterstützt werden bei dem Bemühen, einer erneuten Krise eigene Vorsorgemöglichkeiten entgegenzusetzen. Der Erfolg eines Ratgebers zum Thema Selbsthilfe und Vorsorge bei psychotischen Krisen (KNUF/GARTELMANN 1997a) zeigt das Interesse zahlreicher Betroffener und verdeutlicht zudem, dass Selbsthilfe in diesem Bereich nicht nur einer kleinen Elite vorbehalten bleiben muss, sondern für das Gros aller psychoseerfahrener Menschen praktikabel ist. Auch manche psychoedukativen Gruppen zielen neben

der Informationsvermittlung auf die Förderung eigener Handlungsmöglichkeiten zur Rezidivprophylaxe ab (WIENBERG 2003; BÄUML u. a. 1996).

In einer auf die Selbstbefähigung der Betroffenen ausgerichteten Therapie bilden die eigenen Einflussmöglichkeiten häufig den wichtigsten Baustein, da die Personen in sehr eindrücklicher Weise erfahren, wie groß ihr Einfluss auf ihre Krisen ist. Gefühle von Hilflosigkeit und Resignation können reduziert werden. Ein Betroffener hat dies folgendermaßen erlebt: »Es war für mich ein befreiendes Gefühl, festzustellen, dass ich aktiv eingreifen kann und meiner Erkrankung nicht hilflos ausgeliefert bin.« Zudem lassen sich durch die selbsthilfeorientierte Vorsorge Abhängigkeiten von Institutionen, Personen oder Medikamenten reduzieren, etwa wird bei einigen Betroffenen durch eine sehr gute Beobachtung der Frühwarnzeichen eine Intervallmedikation möglich. Dies ist einer der Gründe, warum sich auch die Selbsthilfebewegung früh mit diesen Möglichkeiten beschäftigt und beispielsweise eine sehr umfangreiche und praktikable Liste mit Frühwarnzeichen zusammengestellt hat (Selbst-CheckerInnen 1997).

Allgemein haben Betroffene Vorsorgemöglichkeiten auf drei Ebenen:

- ★ Einfluss auf das Entstehen einer Krise  
(z. B. Überforderungen oder Frühwarnzeichen erkennen),
- ★ Einfluss auf den Verlauf einer Krise  
(z. B. Medikamentendosierung, Art der Behandlung),
- ★ Einfluss auf die Folgen einer Krise  
(z. B. Scham und Schuldgefühle überwinden).

Ziel dieser selbsthilfeorientierten Vorsorge ist es somit, einerseits Einfluss auf den neuerlichen Ausbruch von Krisen zu nehmen, aber auch die Art der Behandlung, der Einweisung usw. zu beeinflussen. Vorsorge ist nicht gescheitert, wenn es zu einer Krise kommt, sondern gerade für die Krisenzeit ergeben sich zahlreiche Vorsorgemöglichkeiten (siehe auch den Vorsorgebogen in KNUF/GARTELMANN 1997a). Viele Betroffene erleben vor allem die Folgen ihrer Psychose, etwa den Klinikaufenthalt und die Medikation, ebenso belastend wie die Krise selbst.



### Mit Belastungen angemessen umgehen

Stress wurde schon vor längerem von der Forschung als wohl wichtigster Auslöser psychotischer Krisen erkannt; diese wissenschaftliche Erkenntnis deckt sich mit der Erfahrung der meisten Betroffenen. Dabei wurden die so genannten »kritischen Lebensereignisse« in ihrer Bedeutung lange überbewertet und verstelten den Blick auf alltägliche, dauerhafte Belastungen. Betroffene geben vor allem soziale Situationen im weitesten Sinne als Auslöser ihrer Krisen an. So schilderten in einer Untersuchung von I. THURM-MUSSGAY u. a. (1991) fast 25 Prozent der 250 befragten schizophrenen Menschen das Alleinsein als besonders belastend, gefolgt von Auseinandersetzungen und Konflikten (14,2 %) sowie Bevormundung durch andere (13,8 %). Zu diesen von der Forschung als »daily hassles« bezeichneten Belastungen zählen auch die High-Expressed-Emotions (EE), die in zahlreichen Studien als im familiären Kontext krisenauslösend wirkende Belastung nachgewiesen wurde (HAHLWEG u. a. 1991). Dabei ist der Begriff Expressed-Emotions irreführend, denn es handelt sich in erster Linie nicht um den Ausdruck von Emotionen, sondern um einen sehr kritisierenden Umgang der Familie mit dem erkrankten Menschen. Der von Hahlweg und Kollegen (ebd.) vorgeschlagene Begriff »Kritische Haltung« ist deshalb klarer und auch den Angehörigen und Betroffenen leichter zu vermitteln.

Bei der Aufdeckung der Einflussfaktoren, die Betroffene haben, um ihre Belastungen zu reduzieren, sind folgende Schritte hilfreich:

- ★ Herausarbeiten der akuten und dauerhaften Belastungen, besonders der konkreten Auslöser bisheriger Krisen.
- ★ Suchen nach Strategien, wie diese Belastungen in Zukunft reduziert werden können.
- ★ Krisenplan erarbeiten. Was sollte getan werden, falls sich der Betroffene wieder in einer Situation befindet, die zuvor bereits eine Krise ausgelöst hat oder als krisenauslösend eingeschätzt wird.
- ★ Sensibilisierung für frühe Anzeichen von Belastungen wie etwa allgemeine Erschöpfung, Gereiztheit, Konzentrationsschwierigkeiten.

### Krisen rechtzeitig erkennen

In zahlreichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass sowohl die Psychose-Erfahrenen selbst wie auch die Angehörigen zahlreiche Krisenvorboten wahrnehmen, die teilweise Monate bis Jahre vor einer psychotischen Krise diese ankündigen (HERZ/MELVILLE 1980; Selbst-CheckerInnen 1997). Angehörige scheinen diese Frühwarnzeichen noch häufiger wahrzunehmen als die Betroffenen selbst. Das Erkennen von Frühwarnzeichen ist häufig das wichtigste Element der selbsthilfeorientierten Vorsorge, denn es kann von fast allen Betroffenen genutzt werden und beeinflusst den Verlauf einer Krise in vielen Fällen positiv. Zudem ist es für den weiteren Verlauf der Psychotherapie sehr wichtig, denn der Therapeut muss die individuellen Frühwarnzeichen kennen, um etwa entscheiden zu können, wann die Psychotherapie eher stützend und weniger aufdeckend ausgerichtet sein sollte. Wenn der Therapeut hingegen die Frühwarnzeichen und die individuelle Verlaufsform der Psychose nicht kennt (etwa ob jemand langsam oder eher plötzlich in eine Krise gerät), dann kann psychotherapeutisches Handeln unverantwortlich werden.

Mittlerweile gibt es mehrere Listen von Frühwarnzeichen (z. B. WIENBERG 2003; Selbst-CheckerInnen 1997; COLEMAN/SMITH 2000). Sie sind bei der Erarbeitung der individuellen Frühwarnzeichen hilfreich, da das Wiedererkennen solcher Vorboten den meisten Betroffenen leichter fällt als das eigenständige Erinnern. Vor allem die Erarbeitung von Frühwarnzeichen eignet sich für die Arbeit in der Gruppe, denn in einem solchen Gesprächsprozess fällt es vielen Betroffenen sehr viel leichter, ihre Anzeichen zu erinnern und zu benennen, als in einem Zweiergespräch.

Folgende Schritte sind notwendig:

- ★ Aufdecken der individuellen Frühwarnzeichen mit Hilfe von Listen oder Gruppengesprächen. Dabei ist es wenig hilfreich, nur die typischen und leicht zu erinnernden Anzeichen wie etwa Schlafstörungen oder Nervosität herauszuarbeiten. Vielmehr geht es um ganz individuelle Muster von Frühwarnzeichen.

- ★ Dazu sollte die zeitliche Abfolge der Anzeichen rekonstruiert und auch schriftlich festgehalten werden, denn nur so ist es möglich, einen Krisenplan zu entwickeln.
- ★ In einem Krisenplan sollte festgelegt werden, wie der Betroffene auf die Anzeichen reagieren wird, d. h. etwa, wann er mit seinen Vertrauenspersonen über seine Veränderungen spricht, wann er die Bedarfsmedikation einnimmt, wann er seinen Arzt aufsucht, wann er sich um eine Krankschreibung bemüht.

Gerade beim Erkennen von Frühwarnzeichen spielen die Vertrauenspersonen eine ganz wichtige Rolle. Sie können den Betroffenen entlasten und ihm helfen, über die nötigen Schritte zu entscheiden, die er einleiten sollte. Es ist für Betroffene wichtig, von außen auf Veränderungen im Verhalten angesprochen zu werden. Das kann sehr hilfreich sein, um die eigene Wahrnehmung zu schärfen, setzt aber voraus, dass diese Rückmeldung vom Betroffenen gewünscht wird.

So wichtig aber das Erkennen von Frühwarnzeichen ist, so viel Vorsicht ist auch geboten, denn es besteht die Gefahr, dass Betroffene und Familienmitglieder ihre ganze Aufmerksamkeit auf mögliche Veränderungen richten. Die damit aufgebaute Angst und Verunsicherung können im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung eine weitere Krise sogar auslösen. Besonders angebracht erscheint mir eine innere Haltung von Betroffenen, Vertrauenspersonen und Therapeut, die als »gelassene Wachsamkeit« (WÖRISHOFER 1997) bezeichnet werden kann.

Gerade beim Thema Frühwarnzeichen zeigt sich das Vertrauensverhältnis zum Therapeuten. Viele Betroffene berichten, dass sie etwa ihrem Arzt gegenüber nicht von Frühwarnzeichen berichten, aus Angst vor einer erneuten Klinikeinweisung oder einer erhöhten Medikamentendosis. Hier sind zur Angstreduktion Absprachen erforderlich, die festlegen, welches Verhalten der Betroffene im Fall möglicher Frühwarnzeichen von seinem Therapeuten erwartet.

### **Absprachen für die Krisenzeit treffen!**

Trotz intensiver Vorsorge können weitere psychotische Krisen nicht vollkommen ausgeschlossen werden. Umso wichtiger sind Absprachen

für die Krisenzeit. Die meisten Betroffenen können während ihrer Krisen kaum noch ihre Wünsche und Bedürfnisse ausdrücken, weshalb die eventuellen Behandler schon vor der Krise darüber informiert werden sollten, wie sich der Betroffene eine optimale Behandlung vorstellt.

Absprachen für die Krisenzeit haben folgende Zielsetzungen:

- ★ Sicherstellung einer Behandlung, die weitestmöglich an den Bedürfnissen und Erwartungen der Betroffenen ausgerichtet ist. So lassen sich »Behandlungstraumata« weitgehend vermeiden und eine bessere Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Fachleuten erreichen.
- ★ Durch die frühzeitigen Absprachen wird die Krisenbehandlung »planbar« und liegt zumindest teilweise in der Kontrolle der Betroffenen. Das nimmt Angst vor einem weiteren Klinikaufenthalt, die Klinik wird im Krisenfall leichter aufgesucht und Krisen können frühzeitiger abgefangen werden. Auch die Psychose selbst erscheint durch diese Absprachen in vielen Fällen weniger bedrohlich.

Mittlerweile gibt es fest strukturierte Absprachemöglichkeiten, die zunehmend Verbreitung finden. Dazu zählen die ursprünglich in Bielefeld entwickelte Behandlungsvereinbarung (DIETZ u. a. 1998), die inzwischen in zahllosen veränderten Varianten vorliegt und für den stationären Akutbereich entwickelt wurde, sowie die für den Heimbereich entwickelte Beidseitige Willenserklärung (beide abrufbar unter [www.psychiatrie-bielefeld.de](http://www.psychiatrie-bielefeld.de)). Eine andere, eher indirekte Möglichkeit ist der Münchner Krisenpass (KNUF/WÖRISHOFER 1998), der auf Ausweisgröße zusammengefaltet in jede Brieftasche passt. In ihm kann der Betroffene, möglichst in Absprache mit seinem Arzt, festlegen, mit welchen Medikamenten er im Krisenfall behandelt werden möchte, welche Medikamente er nicht verträgt, welches Verhalten der Mitarbeiter er als hilfreich erlebt usw. Viele Betroffene haben Behandlungsvereinbarungen abgeschlossen und tragen Krisenpässe bei sich. Übereinstimmend berichten sie, dass sie durch diese Absprachen bedeutend weniger Angst vor einem weiteren Klinikaufenthalt haben und zuversichtlich sind, in Zukunft gemäß ihrer Erwartungen behandelt zu werden. Es hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass diese Instrumente ihre Wirkung nur

dann entfalten können, wenn ihnen von Fachseite eine hohe Bedeutung beigemessen wird (zu Erfahrungen mit der Behandlungsvereinbarung siehe den Beitrag von M. Osterfeld in diesem Buch).

So wichtig diese sehr eindeutigen und auch schriftlich niedergelegten Absprachen sind, so sollten die zahlreichen Möglichkeiten ganz individueller Absprachen nicht vernachlässigt werden. Etwa berichtete eine Betroffene (WEISS 1997) davon, wie sie mit Freunden, Bekannten und Nachbarn Absprachen darüber trifft, wer im Krisenfall die Blumen gießt, wer den Briefkasten leert etc.

Ich selbst lege großen Wert darauf, mit meinen Klienten abzusprechen, wie sie während der Krise von mir behandelt werden möchten. Wann wird ein Eingreifen meinerseits gewünscht? Wie kann ich jemanden am besten davon überzeugen, mit in die Klinik zu kommen oder Medikamente einzunehmen? Solche Absprachen verbessern die Behandlung, denn viele Betroffene wissen sehr genau, welches Verhalten ihrer Umgebung ihnen wirklich hilft. Ich ermutige außerdem jeden psychoseerfahrenen Menschen, nach der Klinikentlassung einen Termin mit seinem dortigen Therapeuten zu vereinbaren, um mit ihm zu besprechen, wie die jeweiligen Behandlungselemente auf ihn gewirkt haben und welche Behandlung er sich in einem erneuten Krisenfall wünscht. Von besonderer Bedeutung sind auch die Absprachen mit Vertrauenspersonen, seien dies Angehörige, Freunde oder möglicherweise auch Arbeitskollegen: Absprachen darüber, wann jemand auf seine Frühwarnzeichen angesprochen werden möchte, wie mit einer akuten Symptomatik umzugehen ist oder auf welche Art eine Klinikeinweisung veranlasst werden soll.

### **Beispiel: Vorsorge in der Partnerschaft**

Anhand eines Beispiels lässt sich am besten verdeutlichen, wie eine selbsthilfeorientierte Krisenvorsorge aussehen kann. Die hier dargestellte therapeutische Hilfe erstreckte sich über insgesamt fünf Sitzungen. Klienten waren ein 27-jähriger Bürokaufmann, der bereits mehrere schizophrene Phasen erlebt hatte, und seine drei Jahre jüngere Lebensgefährtin. Beide kamen in die Beratung, nachdem in der gerade zurückliegenden Krise eine Aufnahme in das vom Betroffenen gewünschte

Kriseninterventionszentrum gescheitert war. Stattdessen war er wieder in einer psychiatrischen Klinik behandelt worden, die er bereits mehrmals als wenig hilfreich erlebt hatte. Außerdem wünschte seine Partnerin mehr Klarheit darüber zu gewinnen, wie sie in einer Krise reagieren sollte.

Zunächst wurde geklärt, warum die Aufnahme in das Krisenzentrum gescheitert war. Der Betroffene hatte rechtzeitig erkannt, dass Hilfe notwendig würde und war eigenständig ins Krisenzentrum gegangen. Dort wurde sein Befinden falsch eingeschätzt und er mit der Begründung abgewiesen, eine stationäre Behandlung sei derzeit nicht notwendig. Zwei Tage später war er vollkommen dekompenziert und zudem krankheitsuneinsichtig geworden. Seine Freundin brauchte drei Tage mühsamer Überredung, bis er schließlich bereit war sich stationär behandeln zu lassen.

Zunächst wurde überlegt, wie das Krisenzentrum besser auf eine mögliche weitere Krise vorbereitet werden könnte. Dazu wurde von beiden Partnern eine Liste mit Frühwarnzeichen erarbeitet, die zeitlich geordnet von vier Wochen vor der Krise bis zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme aufgeführt wurden. Mit dieser Liste gingen der Klient und seine Partnerin in das Krisenzentrum, berichteten vom gescheiterten Aufnahmeversuch, übergaben die Liste und baten für den Fall einer erneuten Krise darum, den Betroffenen möglichst rasch aufzunehmen. In der Frühwarnliste wurde auch eingetragen, ab wann der Betroffene eine stationäre Aufnahme für notwendig hielt. Schriftlich wurde darüber hinaus vereinbart, wie sich seine Freundin in diesem Fall verhalten sollte. Außerdem wurde überlegt, wie der Betroffene von seiner Freundin zu einem Klinikaufenthalt bewegt werden könnte. Der Klient glaubte, dass es hilfreich sei, wenn beide eine Art »Vertrag« aufsetzten, in dem er seine Partnerin bat ihn in die Klinik zu fahren, wenn sie ihn für psychotisch hielt. Er hoffte einsichtsfähiger zu sein, wenn sie ihm diesen von ihm selbst unterschriebenen Vertrag zeigen würde.

Eine ausführliche Darstellung eines hilfreichen Umgangs in der Partnerschaft mit Krisen haben jüngst H. und H. BEITLER (2000) veröffentlicht.

## Förderung von Bewältigungsstrategien

Viele Psychose-Erfahrene müssen auch außerhalb ihrer Krisen mit abgemilderten Symptomen, mit geringerer Belastungsfähigkeit und mit den Folgen ihrer Erkrankung zurechtkommen. Diese Einbußen sind für die längerfristige Therapie von großer Bedeutung. Sie können bei misslungener Bewältigung weitere Krisen begünstigen.

Wer von einer Psychose betroffen ist, hat außerhalb einer Krise häufig mit folgenden Schwierigkeiten zu tun:

- ★ Bei einigen Menschen klingen die akut psychotischen Symptome nicht vollkommen ab. Auch außerhalb einer Krise kann es zu Stimmenhören, zu paranoidem Erleben, zu Ich-Störungen oder anderen Symptomen kommen.
- ★ Die so genannten Basisstörungen (SÜLLWOLD 1977) machen sich für den Betroffenen vor allem außerhalb seiner Krisen bemerkbar und können ihn in seiner Belastungsfähigkeit und seiner normalen Lebensgestaltung zum Teil stark einschränken.
- ★ Häufig sind die Folgen der Erkrankung belastender als ihre Symptome selbst. Hierzu zählen sowohl die durch die Behandlung bedingten Schwierigkeiten, wie etwa Nebenwirkungen von Medikamenten, als auch die stigmatisierenden Reaktionen der Umgebung sowie die Selbststigmatisierung.

Die Ergebnisse der neueren Forschung zur Bewältigung psychotischer Krisen, die erst seit Mitte der achtziger Jahre intensiver betrieben wird, kann pauschal so zusammengefasst werden: Fast alle Betroffenen setzen eigene Bemühungen ein, um die Schwierigkeiten, unter denen sie leiden, zu reduzieren. Meistens setzen sie sich in einer sehr aktiven Weise mit ihrer Erkrankung auseinander. Viele dieser Bewältigungsstrategien sind sinnvoll und helfen auch (BÖKER/SCHAUB 1997). Diese Ergebnisse widersprechen vollkommen der Einschätzung der klassischen Psychiatrie, die annahm, psychoseerfahrene Menschen hätten so gut wie keinen Einfluss auf ihre Erlebnisweisen.

H. U. LANGE (1981) gibt einen Überblick über die Vielfalt denkbarer Bewältigungsstrategien, die über den Einsatz von Meditationstechniken,

verschiedenen Gedächtnis- und Konzentrationsübungen, Methoden des Gedankenstopps bei Halluzinationen bis zu verschiedenen Möglichkeiten der Kontaktaufnahme bei sozialer Isolation reichen. Die eingesetzten Bewältigungsversuche beziehen sich häufig auf lang anhaltende Schwierigkeiten, bei denen auch die Behandlung bisher wenig bewirken konnte, also auf solche Probleme, bei denen sich wohl auch Psychotherapeuten schwer tun, Lösungen anzubieten oder zu erarbeiten. Gerade aus diesem Grunde verdienen die Strategien der Betroffenen eine besondere Würdigung. Sie sind Ergebnis der Auseinandersetzung mit Problemen, mit denen sich die Betroffenen nicht abzufinden bereit sind, auch wenn die Behandlung hier bisher versagt hat.

In der Bewältigungsforschung wurde lange Zeit die Hoffnung genährt, es gäbe für jede Schwierigkeit ein optimales Coping. Diese Copingbemühung sollte eher am gegenwärtigen Problem als an der Individualität des Betroffenen orientiert sein. Folglich sollte es den »erfolgreichen Copier« geben, von dem Therapeuten und weniger erfolgreiche Betroffene lernen könnten, wie mit spezifischen Schwierigkeiten am optimalsten umgegangen werden könnte. In den letzten Jahren wurden jedoch zunehmend die Individualität und Einmaligkeit ganz persönlicher Bewältigungsversuche deutlich. Jede Bewältigung ist so individuell wie die Person und die jeweilig einmalige Situation (OLBRICH 1997). Th. BOCK (1997a) kommt bei einer genauen biografischen Betrachtung zahlreicher Lebensgeschichten zu dem Ergebnis, dass Bewältigung ein sehr komplexer und individueller Prozess ist und dass die einzelnen Schutzmechanismen im Lauf der Zeit mehrfach ihren Charakter verändern. Vorsicht ist also angezeigt bei jedem Versuch, pauschal Bewältigungsstrategien zu vermitteln und die individuellen Gegebenheiten dabei außer Acht zu lassen. Diese Überlegungen legen ein einzeltherapeutisches Vorgehen bei der Erarbeitung von Bewältigungsmöglichkeiten nahe (SÜLLWOLD/HERRLICH 1998; BRÜCHER 1992).

Andererseits ist es immer wieder verblüffend, wie sich Betroffene untereinander Ratschläge geben, die dann auch ausprobiert werden. Die Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen und Psychose-Seminaren (SEIBERT 1998a; BOCK u.a. 1997; BOCK u.a. 2000) zeigen die Wichtigkeit von

möglichst partnerschaftlichen Ansätzen, in denen die Betroffenen als Experten in eigener Sache gesehen werden und sich auch selbst so verhalten (siehe auch den Beitrag von R. Geislinger in diesem Buch).

Mittlerweile gibt es erste wissenschaftliche Untersuchungen, die die ohnehin nahe liegende Vermutung bestätigen, dass die Art der Bewältigung auch über den weiteren Krankheitsverlauf mitentscheidet (SCHAUB 1993). Da es bisher kaum wissenschaftliches Interesse an den Bewältigungsversuchen der Betroffenen gab, konnte der Einfluss solcher Bemühungen auf den weiteren Krankheitsverlauf bisher nicht belegt werden. Bekannt ist, dass der Einsatz und die Kenntnis von Bewältigungsbemühungen erfahrungsabhängig sind: Je länger die Erkrankung andauert und je mehr Krisen durchlebt wurden, umso eher unternimmt der Betroffene Bewältigungsversuche (BÖKER 1986; STRAUSS u. a. 1986). Die Bewältigungs- und Selbsthilfemöglichkeiten sind vermutlich weit umfangreicher als heute angenommen wird. Es ist jedoch davon auszugehen, dass viele Betroffene kurzzeitige psychotische »Minikrisen« erleben, die ohne professionelle Hilfe bewältigt werden. Zudem gibt es viele Menschen mit vollkommen unbehandelten Psychosen, was besondere Bewältigungsleistungen erfordert (BOCK 1997a; NEIDER 1996).

Bei der Erarbeitung von Bewältigungsstrategien wird zunächst versucht die Bemühungen der Betroffenen zu erkennen und zu unterstützen, soweit sie als nützlich anzusehen sind. Ein solches Vorgehen ist in erster Linie ressourcenorientiert (GRAWE/GRAWE-GEBER 1999), da so am besten eine Passung zwischen den Fähigkeiten und Stärken der Person einerseits und den durch die Probleme bedingten Anforderungen andererseits ermöglicht wird. Das heißt nicht, dass hier auf professionelles Wissen verzichtet werden kann und psychoseerfahrene Menschen allein mit ihren bereits eingesetzten Bewältigungsstrategien ihre Schwierigkeiten lösen können und sollen. Vielmehr bilden die Bewältigungsstrategien den Ausgangspunkt für die Erarbeitung neuer Lösungen. Einige Betroffene brauchen nur eine Ermutigung, die von ihnen entdeckten Strategien weiter einzusetzen (HERRLICH 1996). Andere haben sinnvolle Möglichkeiten entdeckt, jedoch gelingt es ihnen nicht, diese dauer-

haft einzusetzen, folglich brauchen sie bei ihrem konsequenten Einsatz Unterstützung. Wieder andere fühlen sich im Großen und Ganzen ohnmächtig, haben bisher kaum aktive Bewältigungsversuche unternommen und versuchen mit ihrer Situation auf eher passiv-regressive Art zurechtzukommen. Hier sind Anregungen von außen und Unterstützung bei der Verwirklichung besonders wichtig.

Sind die individuellen Schwierigkeiten des Betroffenen bekannt, so können mögliche Bewältigungsversuche besprochen werden. Dazu benötigt der Therapeut umfassende Kenntnis möglicher Bewältigungsversuche, denn nur so können sie angesprochen und forciert werden. Die Aufdeckung der Bewältigungsbemühungen hat zweierlei Gründe: Zum einen verdienen sie eine Würdigung und zeigen dem Betroffenen, dass er Einflussmöglichkeiten hat und diese auch nutzt, den Beeinträchtigungen also nicht hilflos ausgeliefert ist. Zum anderen kann so geklärt werden, ob sie sinnvoll oder vielleicht schädlich sind und wie sie gegebenenfalls weiter gefördert werden können. Der Therapeut hat die Aufgabe, denkbare andere Bewältigungsversuche einzubringen und zur Erprobung zu ermutigen.

### **Beispiel: Stimmenhören**

Stimmenhören außerhalb akut psychotischer Krisen soll hier als ein Beispiel für eine zu bewältigende Schwierigkeit beschrieben werden, unter der viele Betroffene leiden. Ein Großteil der an einer Schizophrenie erkrankten Menschen hat akustische »Halluzinationen« in Form von Stimmenhören. Auch viele Menschen mit schizoaffektiven Erkrankungen leiden darunter. Insgesamt scheinen etwa 3–5 Prozent der deutschen Bevölkerung schon einmal Stimmen gehört zu haben, also weit mehr, als an einer Psychose erkrankt sind. Das Hören von Stimmen kann demnach nicht kennzeichnend für eine Psychose sein, wohl aber die Unmöglichkeit sich mit ihnen zu arrangieren (Bock 1997b). Befragungen von psychoseerfahrenen und nicht psychoseerfahrenen Stimmenhörern zeigen die Vielfältigkeit der Bewältigungsversuche. Diese können nach einer Untersuchung von M. ROMME und S. ESCHER (1997) unter anderem folgende sein:

- ★ Ablenkung: etwa Musik über Kopfhörer hören, laut lesen, im Kopf Rätsel lösen, sich auf andere Dinge konzentrieren;
- ★ Ignorieren: den Aufforderungen der Stimmen nicht nachkommen;
- ★ Selektives Hören: nur bestimmten Stimmen zuhören, eher den positiven;
- ★ Grenzen setzen: nicht mehr auf die Stimmen hören, wenn sie zu aufdringlich oder kritisch werden.

Welche Bewältigungsmöglichkeit sinnvoll ist, hängt von der individuellen Situation der Betroffenen ab, wozu auch die Art und Intensität der Stimmen gehört. Fast alle Stimmenhörer versuchen durch ihr eigenes Verhalten mit den negativen Seiten der Stimmen besser zurechtzukommen. Im therapeutischen Prozess wird zunächst ermittelt, inwiefern der Betroffene durch die Stimmen belastet ist. Möglicherweise kann sich der Betroffene nur noch schlecht konzentrieren, da er von den Stimmen abgelenkt wird. Die Belastung kann aber auch in der Angst bestehen, den Stimmen nicht mehr trotzen zu können und ihnen im Fall von imperativen Stimmen gehorchen zu müssen. Im Gespräch können dann neue Bewältigungsversuche besprochen werden. Als Anregung dazu dienen die oben beschriebenen Bewältigungsbemühungen der Betroffenen selbst oder die von psychotherapeutischer Seite entwickelten hilfreichen Methoden (SLADE/BENTALL 1988; RÖMME/ESCHER 1997; COLEMAN/SMITH 2000). Gemeinsam mit dem Betroffenen sollten auch kreative Strategien erdacht und erprobt werden. Natürlich sollten andere therapeutische Möglichkeiten, wie etwa Psychopharmaka, nicht ausgeschlossen werden.

### **Bewältigung von Basisstörungen**

Viele Menschen mit schizophrenen Erkrankungen leiden auch außerhalb psychotischer Episoden unter spezifischen Störungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der Informationsverarbeitung sowie des psychischen Befindens (SÜLLWOLD 1977). Diese als Basisstörungen bezeichneten Schwierigkeiten finden sich in geringerem Maße bei Menschen mit affektiven Psychosen und treten ebenso bei neurotischen, aber auch bei gesunden Personen auf (BÖKER 1986).

Solche Basisstörungen machen sich vor allem in vier Bereichen bemerkbar (SCHÜNEMANN-WURMTHALER 1982):

1. Störung automatischer Abläufe  
Beispiel: Schwierigkeiten beim Lesen oder beim Ausführen bestimmter Tätigkeiten
2. Wahrnehmungsstörungen  
Beispiel: Hohe Ablenkbarkeit, geringe Konzentrationsfähigkeit
3. Depressivität / Anhedonie  
Beispiel: Rückzug, Verlust gewohnter Interessen
4. Reizüberflutung  
Beispiel: Verschiedene Stimmen können nicht mehr auseinander gehalten werden

Viele Betroffene können diese langfristigen Einschränkungen zunächst nicht als Teil der psychotischen Erkrankung verstehen. Gerade wer aus seiner Krisenzeit keine Basisstörungen kennt, tut sich schwer einen Zusammenhang zwischen akut psychotischem Erleben (was gemeinhin als *die* Krankheit verstanden wird) und diesen zum Teil sehr unspezifischen Störungen herzustellen.

Ein Umgang mit diesen Störungen und auch das Erkennen solcher Basisstörungen als Frühwarnzeichen werden erleichtert, wenn sie als Teil der Krankheit verständlich werden. Dann ist es möglich, die Einschränkungen zu akzeptieren und sich darauf einzustellen, was wiederum den Krankheitsverlauf positiv beeinflusst (CORIN/LAUZON 1992).

Gegen mehr als zwei Drittel der Basisstörungen werden Kompensationsbemühungen eingesetzt (BÖKER 1986). Dabei scheinen die problemlösungsorientierten, aktiven Bewältigungsstrategien gegenüber den Vermeidungsreaktionen zu überwiegen. Diese Bemühungen sind Teil des aktiven Handelns des Betroffenen, werden jedoch von Außenstehenden wie auch vom Betroffenen selbst schnell als Teil der Symptomatik missverstanden. So kann langsames Arbeiten oder ein überordentlicher Arbeitsstil ein Bewältigungsversuch von Reizüberflutung und schneller Ablenkbarkeit sein. Hier ist es wichtig, den aktiven Anteil herauszustellen und als Teil der Selbsthilfemöglichkeiten zu würdigen, anstatt ihn als Krankheitszeichen zu interpretieren. Dabei kann sich

gerade die Abgrenzung zu den so genannten Minussymptomen als schwierig darstellen. Bei der Bewältigung von Basisstörungen muss ein aktiver Bewältigungsstil nicht besser sein als eine Vermeidungsreaktion. Vielmehr scheinen gesunde Personen eher eine vermeidende Bewältigung von Basisstörungen zu versuchen, während Menschen mit schizophrenen Erkrankungen einen aktiveren Stil wählen (BÖKER 1986).

### Über Psychoseerlebnisse sprechen und sie verstehen

Für Betroffene gehören Psychoseerlebnisse zu den tiefgreifendsten Erfahrungen in ihrem Leben. Allein dies ist ein Grund, in der Psychotherapie darüber zu sprechen. Sie sind zudem lebensgeschichtlich verankert und können auf ihre Bedeutung und Sinnhaftigkeit hin untersucht werden. Betroffene fordern seit Jahrzehnten vermehrte Gesprächsmöglichkeiten über ihre Psychoseerlebnisse, nur so könne eine Abspaltung des eigenen Erlebens und eine innere Verunsicherung über die Psychoseerlebnisse vermieden werden (BUCK 1992b).

Psychosen sind »Alleinseinkrankheiten«. Primär sind die Betroffenen einsam, etwa in ihrer exotischen Wahnwelt, in der Depression oder der Einbahnstraßen-Kommunikation der Manie. Wenn dann nach der Krise über die psychotischen Erlebnisse, Kränkungen, Missverständnisse usw. nicht gesprochen wird, wird diese Isolation sekundär noch verstärkt. Das Erleben des Fremdartig- und Andersseins bewirkt Selbststigmatisierungsprozesse und kann zu sekundärem Rückzug führen, wodurch die psychotische Symptomatik wiederum aufrechterhalten werden kann. Dieser Rückzug wird schnell als beginnende Minussymptomatik missverstanden.

Gespräche über Psychose- und Psychiatrieerfahrungen ermöglichen ihre Integration, »aus Beliebigen, nicht Integriertem, Traumatischem wird durch die erzählerische Auswahl und Aufbereitung eine Sinnstruktur erzeugt« (LUCIUS-HOENE 1998). »Haben Psychosen einen Sinn?« ist eines der ersten Themen eines jeden Psychose-Seminars und bildet auch ein wichtiges Thema in vielen Psychotherapien. Jeder, der

an einer Erkrankung leidet, möchte verstehen, warum er krank geworden ist und ob die Erkrankung irgendeine Bedeutung, einen Sinn für sein Leben hat. Sinnfindung gibt Orientierung und nimmt der Erkrankung damit einen Teil ihrer beängstigenden Dynamik. Sie ist dann mehr als nur ein bedauernswertes Schicksal, sondern hat eine individuelle Bedeutung in der Lebensgeschichte. Nach A. ANTONOVSKY (1997) entscheidet das Gefühl der Sinnhaftigkeit (»sense of meaningfulness«) maßgeblich darüber, ob es jemandem gelingt, seine Handlungsmöglichkeiten auszuschöpfen und Widerstandsressourcen gegen Erkrankungen bzw. Ressourcen zur Gesundung zu entfalten.

Die Erarbeitung eines Sinnverständnisses psychotischer Krisen kann daher zur Ermöglichung von Selbstbefähigung dienen. Zudem ist ein Gespräch über die Inhalte einer Psychose deshalb von Bedeutung, weil psychotische Krisen als missglückte Bewältigungsversuche einer für den Betroffenen unerträglichen Situation verstanden werden können. Durch das Vermeiden ähnlich (auswegloser) Situationen lassen sich bei vielen Betroffenen weitere Krisen »überflüssig« machen.

Auch wenn von Betroffenen eine vermehrte Gesprächsangebot über Psychoseerlebnisse gefordert wird, so gibt es doch viele psychoseerfahrene Menschen, die zunächst gar nicht darüber sprechen möchten. Das kann sinnvoller Selbstschutz sein, vor allem unmittelbar nach einer Krise. Das kann aber auch Folge von verständlichen Scham- und Schuldgefühlen sein oder aus einer Angst vor den Reaktionen der Umgebung hervorgehen. Häufig ist es zunächst erforderlich, diese Gefühle oder Befürchtungen zu besprechen, bevor ein intensives Gespräch über Psychoseerlebnisse möglich wird. Wenn auf Seiten des Therapeuten Offenheit und Interesse bestehen, kann der Betroffene seine inneren Hürden leichter überwinden. Psychoseerfahrene Menschen spüren dabei sehr genau, ob es sich um Neugierde und Faszination für das Fremdartige handelt oder um wirkliches Interesse an ihrer Person und dem, was sie erlebt haben. Im ersten Fall werden Psychoseerlebnisse manchmal wie eine spannende Geschichte erzählt, im zweiten Fall erlebt man den Erzähler sehr präsent und spürt auch die Anstrengung, die das Mitteilen intimster Erfahrungen verursacht.

Ich überlasse das Ansprechen von Psychoseinhalten stets dem Betroffenen selbst und signalisiere Offenheit. Ich teile auch mit, dass ich schon mit vielen Betroffenen über ihre Psychoseerlebnisse gesprochen habe und weiß, wie seltsam solche Erfahrungen zunächst scheinen und wie schwer es sein kann, darüber zu sprechen.

Es gibt viele Ansätze, die ein Verständnis von Psychoseinhalten ermöglichen. Bekannt geworden sind vor allem psychodynamische Verständnisversuche (z. B. MENTZOS 2000), die jedoch zumeist auf einer äußerst komplizierten und hypothetischen Theorie beruhen und die den Betroffenen nur selten verständlich sind. Im Folgenden sollen zwei leicht verständliche »Deutungsfolien« vorgestellt werden, mit denen in vielen Fällen ein Verständnis von Psychoseinhalten zwischen Betroffenen und Therapeuten entwickelt werden kann. Beide wurden gemeinsam mit Betroffenen erarbeitet bzw. von Betroffenen angeregt.

### Ähnlichkeit von Traum und Psychoseerleben

Viele Betroffene erleben ihre Psychose teilweise wie einen Traum. Da liegt es nahe, auch das Verständnis der Psychoseinhalte an der Traumdeutung anzulehnen. So schreibt D. BUCK (1992a), die selbst fünf psychotische Krisen durchlebte: »Anstelle der Träume schienen mir meine Psychosevorstellungen aufgebrochen zu sein. Unsere Krankheit liegt darin, dass wir sie für wirklich halten, was wir beim Traum nur tun, solange wir träumen. Ich verschob meine abgeklungenen Vorstellungen auf die Traumebene und konnte mir so ihren Sinn erhalten, nur ihre objektive Wirklichkeit nicht.« Sie beruft sich in ihrem Psychoseverständnis auch auf C. G. Jung, der die Psychose als Wirklichkeit gewordenen Traum auffasst (JUNG 1985).

Indem die Ähnlichkeiten von Psychoseerleben und Traum betont werden, verlieren die psychotischen Erfahrungen einen Teil ihrer Fremdheit und der auch von vielen Psychotherapeuten immer noch angenommenen »Uneinfühlbarkeit«. Die Beschäftigung mit Traumgehalten ist heute für viele Menschen selbstverständlich geworden, auch bei nicht-analytisch orientierten Psychotherapeuten hat die Beschäftigung mit Traumgehalten in der Therapie ihren festen Platz. Deshalb erleich-

tert die Parallele von Traum und Psychose dem Betroffenen und dem Therapeuten den Zugang zum Psychoseerleben.

P. HARTWICH und M. GRUBE (1999) führen all jene Phänomene an, die sowohl als Traumelemente bei Gesunden vorkommen wie auch Teil des Psychoseerlebens sein können. Hierzu zählen unter anderem der Verlust der Orientierung in Raum und Zeit, Verfolgungserleben, Stimmenhören und Gerufenwerden, Lähmung der Beweglichkeit sowie Depersonalisation und Derealisation. Was ein psychoseerkrankter Mensch aus seiner akuten Krisenzeit kennt, ist fast allen Menschen (allerdings in einer anderen Qualität) aus nächtlichen Träumen bekannt. Dabei beschreiben psychoseerfahrene Menschen den Unterschied zwischen Traumerleben und Psychoseerleben folgendermaßen: Die Psychose sei intensiver als ein Traum, löse einen höheren Grad an Betroffenheit aus und sei in der Erinnerung dauerhafter präsent. Im Traum wäre zudem die Ich-Haftigkeit des Träumers als Handelnder stärker ausgeprägt als in der Psychose.

Mit fast allen psychotischen Krisen gehen Schlafstörungen einher, die von 80 Prozent aller Betroffenen als Frühwarnzeichen angegeben werden. Viele psychoseerfahrene Menschen leben teilweise über Wochen fast ohne Schlaf, ein Zustand, der auch bei jedem gesunden Menschen zwangsläufig zu Halluzinationen und Ich-Störungen führen würde.

Es soll davor gewarnt werden, Psychoseerleben im klassisch-analytischen Sinne wie einen Traum zu deuten, d. h. dem Klienten unter Zuhilfenahme eines komplizierten und nur schwer nachvollziehbaren psychologischen Theoriegebildes eine Deutung zu präsentieren. Jede Deutung, die der Klient mit Befremden aufnimmt und nicht versteht, ist im weniger schlimmen Fall vollkommen überflüssig, da sie ja nicht verstanden wird, im ungünstigen Fall aber sogar gefährlich, da sie eine Verunsicherung bewirken kann. Der Versuch, Psychoseerleben ähnlich einem Traum zu verstehen, muss an einem Grundsatz orientiert sein, der für das moderne Traumverständnis unverzichtbar ist (FARADAY 1993): Eine Traumdeutung muss zwischen Klient und Therapeut *erarbeitet* werden. Dabei ist generell fraglich, ob es sich bei dem erreichten Verständnis um eine hypothetisch angenommene »psychische Wahr-



heit« handeln kann oder ob der gemeinsame Akt der psychischen Konstruktion eine die Wirklichkeit bildende und damit auf diese wirkende Funktion hat.

Die Analogie zur Traumdeutung stellt ein Werkzeug dar, um Psychoseerleben zu verstehen. Die Muster, nach denen sich Zusammenhänge zwischen Lebensgeschichte und Psychoseerleben ergeben, sind nicht grundlegend andere als die Zusammenhänge zwischen Lebensgeschichte und neurotischem Erleben. So mag jemand starke Angst- und Panikgefühle gerade in Situationen entwickeln, in denen er sich in irgendeiner Form abgelehnt fühlt. Das Gleiche kann für Psychoseerleben gelten (BELLION 1997). Nicht die Auslöser sind grundlegend andere, sondern die Reaktion.

### **Das Konzept des ungelebten Lebens (die Psychose als Wunscherfüllung)**

Eine gewisse »Überdosis« von etwas als Auslöser von Krisen hat in unserer psychologische Alltagswahrnehmung schon lange Einzug gehalten. Nicht umsonst werden schon länger »kritische Lebensereignisse« (FILIPP 1990) als Auslöser psychotischer Krisen diskutiert und erforscht. Das heute gängige Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell greift diese Grundthese auf und nimmt an, dass zu viel Stress weitere Krisen auslösen kann. Diese Sichtweise erscheint ergänzungsbedürftig, denn nicht nur das gelebte Leben tut etwa in Form von Stress seine Wirkung und belastet uns. Vielmehr wirkt auch all das, was wir nicht leben können. V. v. WEIZSÄCKER (1956; siehe auch ZACHER 1988; OLBRICH 1997) nennt dies das »ungelebte Leben«. Weizsäcker richtet sein Augenmerk auf all das im Leben, das nicht geschah, das nicht verwirklicht werden konnte, das erträumt, aber nie Realität wurde. Was bewirken die nie geborenen Söhne und Töchter, die nie erlebte Eigenständigkeit, die unerwiderte Liebe?

»Ungelebtes Leben« soll hier nicht in erster Linie als mögliche (Mit-) Ursache psychotischer Störungen diskutiert werden, wohl aber als deren Auslöser und vor allem als Verstehenszugang zu Psychoseinhalten. Dieses Konzept verweist auf eine existenzielle Ebene der Psychosen.

Viele Psychosen lassen sich als Ausdruck eines Mangels verstehen, als Kompensation ungelebter Bedürfnisse, Sehnsüchte und Träume. Vor allem bei den manischen Psychosen mag dieser Gedanke sofort einleuchten: In der Manie gelingt es, all das zu leben, wovon viele und auch der Betroffene selbst träumen. Aber auch schizophrene oder schwer depressiv gefärbte Erlebnisweisen haben einen Zusammenhang zu vorhergehendem Mangel und nicht Geschehenem: Ein junger Mann, dem es trotz längerem Bemühen nicht gelungen ist, sich von seiner Mutter zu lösen, gewinnt zunehmend das Gefühl, sie vergifte ihm sein Essen. Eine 40-jährige Frau, die sich nie ganz in die Mitarbeiterschaft am Arbeitsplatz integrieren konnte, glaubt, dass sich ihre Kollegen gegen sie verschworen hätten. »In der Psychose erlebe ich, was ich in Wirklichkeit nicht habe«, berichtet eine Betroffene gegenüber Th. Bock (1997a). Sie erzählt weiter, dass sie im realen Leben auf eine glückliche Partnerschaft habe verzichten müssen und ihr in der Psychose diese Liebeserlebnisse erfüllt würden.

Die Erarbeitung eines individuellen »Sinnverständnisses« einer psychotischen Krise überschneidet sich hier mit dem Versuch, die Dynamik der Psychose abzumildern, indem das ungelebte Leben so weit wie möglich zu gelebtem Leben wird. Für einige Betroffene ist es hilfreich, wenn es gelingt, im Alltag etwas von dem zu leben, was sonst der Psychose vorbehalten bleibt. Im psychotherapeutischen Prozess geht es dann darum, psychotisches Erleben und Verhalten als Übersteigerung allgemein menschlicher Handlungs- und Erlebnismöglichkeiten begreiflich zu machen, um in einem nächsten Schritt mit dem Klienten zu überlegen, wie diese Persönlichkeitsanteile im Alltag besser gelebt werden können.

Beispiel: Die Psychose wird überflüssig

Ein 49-jähriger Angestellter, der im Archiv einer großen Firma tätig war und im sozialen Kontakt sehr schüchtern und vorsichtig wirkte, verstand seine psychotischen Krisen als den Versuch, seiner Selbstunsicherheit und seines Angepasstseins zu entfliehen (während seiner psychotischen Zeit war er nämlich äußerst selbstsicher und mutig und konnte sich offen und frei mit anderen Menschen

unterhalten. Im Verlauf eines längeren psychotherapeutischen Prozesses und der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe gelang es ihm, neue Verhaltensweisen zu erproben: Er wurde zunehmend offener. Hatte er früher zwischenzeitlich geradezu eine »Verlockung der Psychose« verspürt, weil sie für ihn die einzige Möglichkeit war seiner Selbstunsicherheit zu entfliehen, so spürte er jetzt kein Verlangen mehr danach. Statt dessen sah er die negativen Seiten seiner Psychose deutlicher: Beispielsweise gestand er sich ein, dass er während seiner Psychose nicht immer nur selbstsicher auftrat, sondern zeitweise durchaus sehr aggressiv war.

### Psychotherapie als Krisenauslöser?

Generell hat jeder psychoseerfahrene Mensch ein erhöhtes Risiko, im Laufe seines Lebens nochmals in eine psychotische Krise zu geraten. Dabei sind es vor allem schwierige emotionale und zwischenmenschliche Situationen, die zum Auslöser werden können (THURM-MUSSGAY u. a. 1991). Auch die psychotherapeutische Beziehung birgt ein erhöhtes Risiko einer erneuten Krise, weil sie in der Regel eine mit viel Nähe verbundene und zum Teil auch konfliktträchtige soziale Beziehung darstellt, andererseits die innere Ordnung einer Person während einer Therapie unter Umständen in Frage steht.

Psychotherapie der Psychosen ist dann unverantwortlich, wenn dieses Risiko einer erneuten psychotischen Krise während der Therapie nicht berücksichtigt und keine Vorsorge getroffen wird, um es einzugrenzen. Dabei begründet das Risiko einer erneuten psychotischen Krise nur in Ausnahmefällen eine generelle Entscheidung gegen eine Psychotherapie. Die Frage kann nicht lauten: »Ist Psychotherapie bei diesem Menschen sinnvoll oder zu gefährlich?«, sondern: »Welche Psychotherapie ist angebracht und wie kann das Risiko einer erneuten psychotischen Krise möglichst gering gehalten werden?« Bei der Entscheidungsfindung darf nicht nur das Risiko einer erneuten Krise in Erwägung gezogen werden, sondern ebenso die Tatsache, dass viele Betroffene gerade während eines therapeutischen Prozesses vor weiteren Krisen besonders gut geschützt

zu sein scheinen, da in dieser Zeit die Sensibilität für das eigene Befinden und für Krisenzeichen erhöht ist sowie die therapeutische Beziehung auch stützend auf den Betroffenen wirken kann.

Die Berücksichtigung des Risikos einer erneuten Krise hat Konsequenzen für eine angemessene psychotherapeutische Methode: Es sollte auf solche Therapieverfahren verzichtet werden, die bei vielen Betroffenen eine erneute Krise auslösen können. Dazu scheinen in erster Linie aufdeckend-deutende analytische Methoden sowie stark erlebnisaktivierende Methoden zu gehören. Gleichwohl darf nicht der Fehlschluss gezogen werden, die eingesetzte Methode müsse so sicher sein, dass weitere psychotische Krisen vollkommen ausgeschlossen werden können. Wenn ich ganz sicher gehen will, dass mein Haus nicht in Brand gerät, so muss ich es unter Wasser setzen. Seltsamerweise garantiert nicht einmal das bei den Psychosen eine absolute Sicherheit: Auch unter hoch dosierten Psychopharmaka dekompensieren psychosekranke Menschen gar nicht so selten wieder.

Bezüglich des psychotherapeutischen Umgangs mit psychoseerfahrenen Menschen wird immer wieder propagiert, auf emotionsaktivierende Methoden vollkommen zu verzichten, da nur so drohende Krisen vermieden werden könnten. Nach meiner Erfahrung ist dies aber nur in den seltensten Fällen notwendig und sinnvoll; es bewirkt letztlich eine Chronifizierung, da die Betroffenen ihre Fähigkeiten, mit Anforderungen zurechtzukommen, vollkommen verlieren, wenn sie sich unter einer dauerhaften »Käseglocke« befinden.

Es bleibt die Frage, wie eine relative Sicherheit hergestellt werden kann. Der sinnvollste Weg dazu besteht in der Errichtung eines »Sicherungsnetzes«, das möglichst zu Beginn einer Psychotherapie aufgebaut werden sollte.

Folgende Elemente haben sich bewährt:

- ★ Es sollte mit eher emotionsarmen Inhalten begonnen werden; erst wenn ein therapeutisches Vertrauensverhältnis entstanden ist, können emotionalere Themen bearbeitet werden. Dies sollte mit dem Klienten so besprochen und vereinbart werden.
- ★ Der Therapeut muss die individuellen Rückfallrisiken des Betroffe-

nen kennen, d. h., er sollte über bisherige Krisenauslöser ebenso wie über Frühwarnzeichen und den individuellen Psychoseverlauf informiert sein. Diese Inhalte sollten möglichst zu Anfang des psychotherapeutischen Prozesses bearbeitet werden. Dabei sollten Absprachen getroffen werden, ab wann die Therapie ausschließlich stützend sein sollte und welche Verhaltensweisen sich der Klient vom Therapeuten für den Fall einer drohenden Krise wünscht.

- ★ Die Haltung des Therapeuten sollte von Offenheit für die vom Klienten eingebrachten Themen geprägt sein und ein möglichst großes Maß an Kontrolle und Beeinflussbarkeit der Situation beim Klienten belassen. Implizit und explizit kann folgende Haltung vermittelt werden: »Hier kannst du über alles reden, was dir wichtig ist. Worüber wir sprechen und wie offen du sein möchtest, das bestimmst du. Letztlich hast du das Ruder in der Hand, du kannst jederzeit Stopp sagen und etwas abbrechen. Nie sollst du hier ein Gefühl wie in der Psychose haben, dass dir alles außer Kontrolle gerät.«

Nicht bei jedem Betroffenen und zu jeder Zeit ist das Risiko einer psychotischen Krise gleich hoch. Folgende Bedingungen machen eine durch die Therapie ausgelöste psychotische Krise wahrscheinlicher:

- ★ akuter Beginn bei früheren psychotischen Krisen,
- ★ keine oder kaum Frühwarnzeichen im Vorfeld, sodass sich anbahnende Krisen nicht rechtzeitig erkannt werden können,
- ★ rasch eintretende Krankheitsuneinsichtigkeit,
- ★ wenig medikamentöser Schutz,
- ★ auch außerhalb der Psychotherapie belastende Umstände,
- ★ Bearbeitung traumatischer Erlebnisse,
- ★ letzte Krise in der jüngsten Vergangenheit.

Auch emotional schwierige Themen müssen nicht zwangsläufig von der therapeutischen Bearbeitung ausgeschlossen bleiben. Vielmehr wünschen viele Betroffene gerade ihre Bearbeitung, da sie sie häufig in Zusammenhang mit ihrer Psychose sehen. Wenn absehbar ist, dass die Bearbeitung bestimmter Themen emotional sehr aufreibend werden könnte, beispielsweise die Auseinandersetzung mit einem erlittenen sexuellen Missbrauch, so ist in dieser Zeit besondere Vorsicht geboten.

Solche Themen sollten nur in äußerlich stabilen Zeiten bearbeitet werden, unter Umständen ist eine »geschützte« Bearbeitung durch eine erhöhte Medikation sinnvoll. Die Vorkehrungen müssen individuell getroffen werden; hier soll nur darauf verwiesen werden, dass solche Themen bei hinreichender Vorsicht kein Tabu sein müssen.

## Krankheitsbewusstsein als Schlüssel zu Selbsthilfe und Selbstbestimmung bei psychotischen Krisen

ANDREAS KNUF

Viele psychoseerfahrene Menschen leiden sehr darunter, dass sie ab einem gewissen Punkt der akuten Krise ihre beginnende Erkrankung nicht mehr als solche abschätzen können und sie stattdessen für die Realität und sich selbst für gesund halten. Die klassische Psychiatrie bezeichnet dies als Krankheitsuneinsichtigkeit. Die Beschäftigung mit dem Phänomen der so genannten Krankheitsuneinsichtigkeit nimmt im Empowerment-Ansatz einen besonderen Raum ein, denn viele Formen der Selbsthilfe und Selbstbestimmung sind nur so lange möglich, wie psychotische Veränderungen als solche wahrgenommen werden können. Wenn die Psychose nicht mehr als Psychose erlebt, sondern durchgängig für die Realität gehalten wird, dann ist der Betroffene ihr stärker ausgeliefert und kann eigene Einflussmöglichkeiten nicht mehr nutzen. Fast alle Zwangsmaßnahmen wie Betreuungen, Einweisungen, Zwangsmedikation usw. können vermieden werden, wenn Betroffene die Veränderung ihres Zustandes einschätzen und sich die für sie nötige Hilfe holen können. Auch eine Entscheidung gegen eine Behandlung oder gegen bestimmte Formen der Behandlung würde leichter von der Umgebung akzeptiert, wenn sich der Betroffene bei weiterhin vorhandenem Bewusstsein des psychotischen Erlebens gegen die jeweilige Behandlung aussprechen würde. Wodurch aber lässt sich ein Abstand zum psychotischen Erleben aufrechterhalten, damit Selbsthilfe und Selbstbestimmung weiterhin möglich bleiben?

Der klassische Begriff »Krankheitsuneinsichtigkeit« suggeriert einen bewussten Einfluss der Betroffenen auf dieses Erleben: Jemand soll doch endlich zu Vernunft und Einsicht kommen. Zum anderen enthält er implizit ein Machtverhältnis zwischen dem Diagnostiker und dem

als krankheitsuneinsichtig Diagnostizierten. Ein ähnlicher Unterton schwingt auch in psychoanalytischen Begriffen wie »Verleugnung« oder »Krankheitsverneinung« mit. Ich möchte daher auf den Begriff der Krankheitsuneinsichtigkeit verzichten und den in meinen Augen weniger diskriminierenden und zudem positiv formulierten Begriff »Krankheitsbewusstsein« verwenden. Psychotische Phänomene werden bei vorhandenem Krankheitsbewusstsein als solche wahrgenommen. Noch neutraler ließe sich etwa bei Psychosen von Psychosebewusstsein sprechen, was dem Selbsterleben einiger Betroffener, dass es sich bei der Psychose nicht um eine Erkrankung handelt, besser gerecht würde. Da jedoch nach meiner Erfahrung die Mehrheit aller Betroffenen ihre psychotischen Erlebnisse als Krankheit bezeichnen, benutze ich den Begriff Krankheitsbewusstsein.

Fehlendes Krankheitsbewusstsein ist durchaus ein häufiges Phänomen in akuten psychotischen Krisen, dennoch darf es nicht als Psychose-symptom verstanden werden. Es tritt auch bei anderen psychischen Erkrankungen auf, etwa bei einigen Persönlichkeitsstörungen.

Die klassische psychiatrische Krankheitslehre hielt die Fähigkeit psychosekranker Menschen, ihre Psychose bewusst als solche wahrzunehmen, für sehr gering. Diese Einschätzung war in erster Linie Folge eines Stichprobenfehlers, da sie in der Arbeit mit langjährig schwer kranken Menschen gewonnen wurde. Wie wir heute wissen, sind sich im Zeitalter der Neuroleptika fast alle Betroffenen den allergrößten Teil ihres Lebens darüber im Klaren, dass ihre psychotischen Erlebnisse nicht der Realität entsprechen. In vier deutschen Studien variiert der Anteil der Betroffenen, die ihre psychotischen Erlebnisweisen als solche wahrnehmen, zwischen 71 und 100 Prozent (nach WIENBERG/SIBUM 2003). Fehlendes Krankheitsbewusstsein tritt damit in der Regel nur im Vorfeld und während einer akuten Krise auf.

Letztlich sind es nur wenige Betroffene, die ihre Psychose durchgängig nicht als solche erleben. Gerade bei diesen Menschen stellt sich aber für die Empowerment-Perspektive eine besondere Schwierigkeit ein, da hier entgegen der Einschätzung der Betroffenen das psychotische Erleben von außen als Krankheit definiert wird, während sie selbst sich in

der Regel für gesund halten oder zumindest den psychotischen Prozess nicht als Krankheit begreifen.

### Einsicht ist nicht endogen

Krankheitsbewusstsein und Behandlungsbereitschaft oder -verweigerung sind von vielen Faktoren abhängig. Das hat jeder schon erlebt, der mit psychoseerfahrenen Menschen gearbeitet hat. Während jemand in einem Augenblick keinerlei Bewusstsein für das psychotische Erleben hat, kann er im nächsten davon reden, dass er Hilfe braucht, und kann diese Hilfe eventuell auch annehmen. Während jemand aggressiv und ablehnend reagiert, wenn ihn die eine Mitarbeiterin zur Einnahme der Medikamente auffordert, nimmt er sie bei einem anderen Mitarbeiter bereitwillig ein. Die Wahrnehmung der Psychose als solche und die realistische Einschätzung darüber, ob man gerade Hilfe benötigt oder nicht, sind in vielen Fällen situativ und zeitlich variabel.

Die Unfähigkeit, die Psychose in der akuten Phase als solche zu erleben und sich davon zumindest teilweise zu distanzieren, wird in der klassischen Psychiatrie auf einen hypothetisch als primär unbeeinflussbar angenommenen endogenen Prozess zurückgeführt, der gerade für die Psychosen charakteristisch sein soll. Diese Einschätzung verhinderte bisher sowohl eine wissenschaftliche Beschäftigung mit den psychosozialen Beeinflussungsmöglichkeiten dieses Phänomens wie auch therapeutische Bemühungen zur Erhöhung des Krankheitsbewusstseins.

Eine fehlende oder geringe Einsicht in eine Erkrankung ist gleichwohl keineswegs psychosespezifisch. Auch bei anderen Erkrankungen, die von den an ihnen erkrankten Menschen ähnlich katastrophal erlebt werden, finden sich ebensolche Prozesse. So können beispielsweise viele krebskranke Menschen teilweise bis zu ihrem Tod die Bedrohung durch ihre Erkrankung nicht akzeptieren und retten sich in Verleugnung durch selektive Wahrnehmung angeblich vorhandener Besserung oder durch den Glauben an heilbringende neue Krebstherapien. Auch bei anderen psychischen Erkrankungen, so etwa bei der Somatoformen Störung und bei einigen Persönlichkeitsstörungen, findet sich ein ge-

ringes Krankheitsbewusstsein. Diese sind aber zumeist durchgängig und »kippen« nicht innerhalb aller kürzester Zeit, wie dies bei den Psychosen der Fall ist. Das eigentlich beachtliche Phänomen ist also nicht die sehr verbreitete Unfähigkeit, sich von seinem Erleben, Wahrnehmen oder Handeln zu distanzieren, sondern das plötzliche *Kippen* zwischen Abstand und Nicht-Abstand. Zeitlich kann dieses Phänomen beim Auftreten einer Krise häufig in einer Zeitspanne von wenigen Stunden beobachtet werden.

Dadurch nun, dass fehlendes Krankheitsbewusstsein bisher ausschließlich auf endogene Prozesse zurückgeführt wurde, fehlt vorläufig so gut wie jede Forschung über Beeinflussungsfaktoren, die auf Krankheitsverarbeitung, Reaktion der Umgebung, Behandlung usw. zurückgehen. Die weiter unten dargestellten professionellen Handlungsmöglichkeiten sind daher bisher nicht wissenschaftlich fundiert. Auch fehlt ein ausgiebiger Diskurs mit den Betroffenen über dieses Thema.

Von analytischer Seite wird das geringe Krankheitsbewusstsein als Selbstschutzmanöver des bedrohten Ichs verstanden. Viele Betroffene berichten von einem »Gefühl des Nicht-wahrhaben-Wollens« angesichts wieder auftretender psychotischer Symptome. Manische Menschen berichten, dass sie gerade zu Beginn ihrer Manie diese häufig als solche wahrnehmen können, sich ihre manische Welt aber nicht zerstören lassen möchten und ihre Einsicht zu verdrängen suchen. So bewirkt die Krankheitsdynamik *zusammen* mit den Abwehrprozessen des Betroffenen letztlich das fehlende Krankheitsbewusstsein.

### Professionelle Handlungsmöglichkeiten

Zur Unterstützung von Selbsthilfemöglichkeiten und zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im Umfeld der psychiatrischen Behandlung sollten sämtliche Möglichkeiten genutzt werden, durch die von professioneller Seite Krankheitsbewusstsein unterstützt werden kann. Verschiedenste Aspekte spielen eine Rolle.

**Die Klinik sollte ein Ort der Zuversicht sein.** Wer die Behandlung und den Behandlungsort als Ort des Schreckens erlebt, der wird sich verweigern,

wenn er wieder dorthin gehen soll. Er wird sich auch seine beginnende Erkrankung nur schwer eingestehen können, da diese mit einer drohenden Behandlung verbunden ist. So konnten W. BÖKER u. a. (1982) zeigen, dass das subjektive Erleben der Neuroleptikawirkung Einfluss auf das Psychoseerleben des Patienten hat. Patienten, die viele unangenehme Wirkungen der Neuroleptika verspüren, versuchen die Psychose aus ihrer Lebenserfahrung auszublenden, während positiv reagierende psychoseerfahrene Menschen sich bewusst mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen. Alles, wodurch Traumatisierungen entstehen können, muss daher vermieden werden. Wenn sie unvermeidbar waren, sollten diese mit dem Betroffenen nach der Behandlung besprochen werden. Wenn sich professionelle Mitarbeiter falsch verhalten haben, müssen sie sich durchaus bei den Betroffenen entschuldigen.

Wenn die Klinik als Behandlungsort für den Betroffenen inakzeptabel ist, sollten auch andere Möglichkeiten wie ambulante Behandlung oder etwa eine Tagesklinik erwogen werden. Dazu sind dann konkrete Absprachen mit den jeweiligen Behandlern hilfreich, damit für den Betroffenen eine konkrete Alternative entsteht. Um den Schrecken der Klinik zu nehmen sind Behandlungsvereinbarungen ausgesprochen hilfreich. Durch sie wird die Behandlung für den Betroffenen zumindest teilweise vorhersehbar und kontrollierbar.

**Niemand ist dem fehlenden Krankheitsbewusstsein hilflos ausgeliefert.** Vorhandenes oder nicht vorhandenes Krankheitsbewusstsein ist kein vollkommen unbeeinflussbarer Prozess. Vor allem während der Übergangszeit zwischen vorhandenem und nicht mehr vorhandenem Krankheitsbewusstsein haben Betroffene Handlungsmöglichkeiten, um Krankheitsbewusstsein zu fördern. Im Gespräch kann manchmal sehr konkret erarbeitet werden, wodurch der Abstand zum psychotischen Erleben beibehalten werden kann oder wie es die Psychose schafft, den Betroffenen vollkommen in ihren Bann zu ziehen. E. M. PODVOLL (1994) hat mit seinen Klienten Möglichkeiten erprobt, um die »Präsenz des Denkens« aufrechtzuerhalten. Dazu empfiehlt er bestimmte, sehr leichte Meditations- und Atemübungen sowie den Einbezug des Körpers, etwa durch häusliche Arbeiten oder durch Malen. Auch R. BEL-

LION (1997) berichtet aus eigener Erfahrung von hilfreichen Atemtechniken.

Eine besondere Bedeutung kommt auch der Erarbeitung eines zeitlichen Rückfallprofils zu (BEHRENDT 1996; KNUF / GARTELMANN 1997a). Hier werden Frühwarnzeichen gesammelt und in eine zeitliche Abfolge gebracht, wobei der Übergangsphase, in der sich der Abstand zur Psychose verliert, besondere Bedeutung zukommt. Mit den Betroffenen kann erarbeitet werden, welche Schritte sie gerade in der Phase schwindenden Krankheitsbewusstseins unternehmen könnten, und auch, welches professionelle Verhalten sie in dieser Phase als förderlich oder hinderlich für das Krankheitsbewusstsein einschätzen.

**Vertrauensvolle Beziehung fördern!** Nur in einer vertrauensvollen Beziehung kann über ein so heikles Thema wie eine wieder beginnende Psychose gesprochen werden. Eine erneute psychotische Krise hat für viele Betroffene schwer wiegende Konsequenzen, die dem realistischen Wahrnehmen und Akzeptieren der sich anbahnenden Psychose im Wege stehen: Eine über einen langen Zeitraum mühsam reduzierte Medikation wird wieder deutlich erhöht, es droht eine berufliche Ausfallzeit, ein erneuter Rückzug der sozialen Umgebung usw.

Viele Betroffene berichten, dass sie im Vorfeld einer Krise zwar Frühwarnzeichen feststellen, diese jedoch nicht mit ihrem Arzt besprechen, da sie seine Reaktion fürchten. Fehlendes Krankheitsbewusstsein kann also zustande kommen, wenn im Vorfeld keine angemessene Hilfe vorhanden ist bzw. beim Betroffenen Verunsicherung und Angst wirken. Wenn der professionell Tätige für den Betroffenen durchschaubar ist und vorhersehbar handelt, wird ein vertrauensvoller Umgang zur Krisenvermeidung erleichtert. Dazu können beide in krisenfreien Zeiten vereinbaren, wie im Interesse des Betroffenen auf welche Frühwarnzeichen reagiert werden soll.

**Zur Behandlung bewegen.** Einige Betroffene haben eigene Ideen, wie sie im Fall eines fehlenden Krankheitsbewusstseins doch zur vereinbarten Behandlung bewegt werden können. Manchmal wird dies durch eine bestimmte Person ermöglicht, zu der sie ein besonderes Vertrauensverhältnis haben. Manchmal kann aber auch ein bestimmtes Verhalten der

Umgebung bewirken, dass die Betroffenen zumindest kurzzeitig ihr Krankheitsbewusstsein zurückgewinnen können. So berichtete ein psychoseerfahrener Mann, in einem solchen Fall solle man ihm eine Ohrfeige geben. Dadurch, so nehme er heute an, könne er vielleicht noch am ehesten wieder kurzzeitig in die gemeinsame Realität zurückgeholt werden. Solche individuellen Handlungsmöglichkeiten der Umgebung des Betroffenen sollten in krisenfreier Zeit möglichst konkret abgesprochen werden.

**Autonomiegefühl stärken!** Wenn ein psychoseerfahrener Mensch generell wenig eigene Handlungsmöglichkeiten sieht, so wird er sich auch der Psychose schneller ausgeliefert fühlen. W. BÖKER (1999) geht davon aus, dass der Bewältigungsversuch der Verleugnung nicht mehr so notwendig ist, wenn die Erkrankung als weniger bedrohlich erlebt wird. Förderlich wäre daher alles, wodurch das Aufkommen eines Gefühls der Hilflosigkeit vermieden wird und eigene Handlungsmöglichkeiten realistisch eingeschätzt werden können. Gerade psychiatrische Klientinnen und Klienten sind häufig von »erlernter Hilflosigkeit« und Traumatisierungen betroffen, die auch durch professionelles Handeln zustande kommen. Diese zu vermeiden, macht es damit dem Betroffenen leichter, sein Krankheitsbewusstsein möglichst lange aufrechtzuhalten.

**»Inseln der Klarheit« nutzen!** Auch in einer Phase des fehlenden Abstands zur Psychose gelingt zumindest einigen Betroffenen die zeitweise Distanzierung von den psychotischen Erlebnissen. E. M. PODVOLL (1994) benutzt hierfür den Begriff »Inseln der Klarheit«, die er als »spontane, natürliche Unterbrechungen der psychotischen Vorgänge« definiert und die sich unter anderem in Zweifel und plötzlichen Einsichten manifestieren. Wenig ist bisher darüber bekannt, wie viele Betroffene solche Inseln der Klarheit kennen, woran sie von außen erkannt werden können und welche Reaktionen der Umgebung in solchen Zeiten hilfreich sind. Aus seiner Erfahrung beschreibt Podvoll, dass diese Augenblicke der Wachheit vor allem beim Abklingen einer Psychose vermehrt auftauchen, aber auch sonst kurzfristig vorhanden sind.

Sehr eindrücklich berichtet R. SCHERNUS (2000) von einer ihrer Patientinnen: »Frau D. erzählt, sie habe einmal während ihres Aufenthaltes in

der psychiatrischen Akutklinik das Gefühl gehabt, »ganz nah an der Gesundheit« zu sein. Und zwar hatte sie, begleitet von intensivster Angst, plötzlich das Empfinden, dass vielleicht alles, was sie erlebte (die Inhalte der Psychose), doch nur Einbildung sei. Dies sei für sie so verwirrend gewesen, als wenn jetzt einer zu ihr sagen würde, dieser Tisch stünde hier nicht. Sie sei nah daran gewesen, zu erkennen, dass ihr Erleben irreal sei. Gleichzeitig habe darin aber auch die Erkenntnis gesteckt »ich bin verrückt«, und eben dies habe die furchtbare Angst ausgelöst. Sie habe laut geschrien vor Angst. Schwestern und Ärzte seien zu ihr gerannt, keiner habe gefragt, was los sei, sondern sie habe sofort eine Beruhigungsspritze bekommen. »Ja, und dann war ich noch drei weitere Monate psychotisch.« (S. 251f.)

Viele Betroffene verneinen beim erstmaligen Nachfragen, solche Augenblicke zu kennen. So erinnerte sich ein Betroffener zunächst nicht an diese kurzzeitigen Phasen des Abstands zur Psychose, konnte aber später berichten, wie er in seiner letzten Krise bereitwillig mit der von seiner Frau herbeigerufenen Polizei mitgefahren war, obwohl er vorher keinerlei Krankheitsbewusstsein hatte und seiner Frau verboten hatte die Polizei zu rufen. Verstünde es die Umgebung des Betroffenen, diese Inseln der Klarheit als solche auszumachen, so könnte sie diese nutzen, um etwa Behandlungsentscheidungen mit dem Betroffenen zu treffen, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden usw.

**Betroffenenorientiertes Psychosekonzept erarbeiten!** Im Laufe der Auseinandersetzung mit einer Erkrankung brauchen betroffene Menschen ein Konzept, das ihnen hilft ihre Erfahrungen zu integrieren. Heute wird in der Regel von ihnen erwartet, dass sie sich das medizinische Krankheitsmodell zu Eigen machen. Dies ist aber einerseits häufig nicht in der Lage ihre Erfahrungen zu integrieren, andererseits erfahren sie kaum Hilfe bei der Auseinandersetzung mit diesem Konzept. W. BÖKER (1980) fordert daher einen »Arzt als Dolmetscher«. Dieser bräuchte zunächst Zeit, um sich zusammen mit dem Betroffenen über die verschiedenen Erklärungsmodelle zu unterhalten, bevor dann schrittweise ein gemeinsames Modell erarbeitet werden kann, in dem sich möglichst viele Überschneidungen des Modells des Profis mit dem des Betroffene-

nen finden. Dabei ist es sinnvoller, zunächst vom Modell der Betroffenen auszugehen und bestimmte Ergänzungen oder Neubetrachtungen anzuregen, die in der Lage sind die Selbsthilfefähigkeiten der Betroffenen zu fördern (siehe auch den Beitrag zur Psychotherapie in diesem Buch). Dieses Modell sollte dann »im Wesentlichen vereinbar mit dem subjektiven Erleben und dem Selbstkonzept der Betroffenen sein« (WIENBERG/SIBUM 2003).

Wenn dieser Dolmetscher nicht zur Verfügung steht und die Betroffenen ohne weitere Begleitung ein zu akzeptierendes Erklärungsmodell mitgeteilt bekommen, dann haben sie nur die Möglichkeit dieses zu akzeptieren oder sich ihr eigenes zu konstruieren. Darauf aber haben professionell Tätige dann keinen Einfluss. Das sich so entwickelnde Krankheitskonzept ist dann möglicherweise keine Grundlage für eine gemeinsame Arbeit an der Gesundung der Betroffenen.

### Wie viel Einsicht verträgt der Mensch?

Hinter dem Begriff »Krankheitsbewusstsein« verbergen sich verschiedene Wahrnehmungen der Betroffenen. D. GREENFELD u. a. (1989) unterscheiden Ansichten über die Symptome, über die Existenz einer Krankheit, Spekulationen über die Ätiologie, Ansichten über die Anfälligkeit für einen Rückfall und Meinungen über den Wert einer Behandlung. Über die meisten dieser Punkte lässt sich redlich streiten, nicht nur zwischen Betroffenen und professionell Tätigen, sondern auch und gerade innerhalb der wissenschaftlichen Psychiatrie. Für die praktische psychiatrische Arbeit ist jedoch lediglich von Bedeutung, welches Verhalten (und welche damit verbundenen Einschätzungen) für den betroffenen Menschen hilfreich ist oder wodurch er sich eventuell schadet. So ist es in der Regel für einen Betroffenen hilfreich, die Anfälligkeit für einen erneuten Rückfall nicht zu verleugnen und zumindest irgendeine Form der Behandlung als teilweise hilfreich einzuschätzen.

Ein 32-jähriger Mann, der seine Psychose nur sehr selten als Krankheit wahrnahm, berichtete voller Begeisterung von seinen »Mini-Psychosen«, die er sich an langweiligen Wochenenden erlaube und

auf die er nicht verzichten wolle. Trotzdem war er bereit, nach anderen sinnvollen Wochenendbeschäftigungen Ausschau zu halten und sein Neuroleptikum zumindest in einer geringen Dosierung weiterzunehmen, um nicht wieder in für ihn unkontrollierbare akut-psychotische Zustände zu geraten.

Eine heute 67-jährige Frau, die vor 40 Jahren ihre erste Psychose erlebt hatte, verstand diese nie als Krankheit. Trotzdem war sie in der akuten Krisenzeit erleichtert, wenn ihr behandelnder Arzt eine mögliche Klinikeinweisung ansprach und ihr anbot, einen Aufnahmetermin dort zu vereinbaren.

Ziel psychiatrischer Behandlung ist es nicht selten, den Betroffenen zu einer stärkeren Einsicht zu bewegen, was letztlich bedeutet, ihn mehr von der Einschätzung des professionell Tätigen zu überzeugen. Dies bezieht sich dann sowohl auf die Symptomatik wie auch auf die Ursachen und mögliche Behandlungsformen. Wir möchten uns einig sein mit unseren Klienten und möchten, vor allem angesichts der Tatsache, dass bezüglich der Psychosen kaum etwas als wissenschaftlich bewiesen gelten kann, einen gemeinsamen Konsens finden. W. BÖKER (1999) macht darauf aufmerksam, dass es für einige Betroffene sogar besser sein kann, ihre Störungen nicht realistisch wahrzunehmen. Vor allem angesichts des hohen Suizidrisikos fragt er kritisch, ob es dem Betroffenen wirklich hilft, wenn er seine Symptomatik, seine Rückfallrisiken und die sozialen Folgen seines Leidens »bis auf den Grund erkennen und bewerten gelernt hat«.

Als Grundprinzip kann gelten: Welches Minimalbewusstsein erscheint im Interesse der Betroffenen notwendig? Auf dieses Bewusstsein sollte dann hingearbeitet werden, alles andere kann und muss Angelegenheit der Betroffenen bleiben. Dabei muss sich der Betroffene selbst keineswegs als »psychisch krank« definieren. Insofern ist nur ein teilweises Krankheitsbewusstsein notwendig. Auch eine »doppelte Buchführung«, in der sich der Betroffene als gesund erlebt, aber trotzdem Schritte unternimmt, um nicht wieder in eine Krise zu geraten, ist für eine gemeinsame Arbeit zumeist ausreichend. Ähnliches gilt für die so genannte Compliance, also die Bereitschaft des Betroffenen, in die Be-



handlungsempfehlungen des Fachmanns einzuwilligen. Die Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist ebenfalls keine Frage von Vorhandensein versus Nicht-Vorhandensein. Sie ist vielmehr von vielen Faktoren abhängig, etwa davon, ob die Behandlungsempfehlung partnerschaftlich erarbeitet wurde, wie die emotionale Beziehung zwischen Betroffenen und professionell Tätigen beschaffen ist usw. Eine teilweise Bereitschaft zur Mitarbeit reicht zumeist aus. Vor allem hängt die Bereitschaft, Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, davon ab, welche Angebote von professioneller Seite gemacht werden. Compliance darf nie einseitig als etwas verstanden werden, dass vom Betroffenen zu erbringen ist. Vielmehr muss das professionelle Angebot so gestaltet sein, dass es den Bedürfnissen des Betroffenen entspricht. Einseitige Angebote, wie etwa das gleichförmige Pochen auf die Medikation, sind dazu in der Regel nicht geeignet. Die Bereitschaft, Hilfen zu nutzen, steigt beispielsweise mit Angeboten, die als weniger stigmatisierend erlebt werden, wie etwa ambulante Krisenhilfe.

Krankheitsbewusstsein sollte nicht leichter Hand auf endogene Faktoren einer Krankheitsdynamik zurückgeführt werden. Vielmehr müssen sich professionell Tätige fragen: Durch welches eigene Verhalten behindere oder ermögliche ich dies?

## **Die Stabilisierung der Identität – eine Empowerment-Strategie**

ULRICH SEIBERT

Die Unterstützung von Empowerment-Strategien in der psychiatrischen Arbeit verlangt von den Professionellen, dass sie sich mit der Frage beschäftigen: »Wer sind unsere Klienten bzw. Patienten?« Wer das herausgefunden hat, kann sich dem alten Grundsatz der Sozialarbeit zuwenden, der lautet: »Den Klienten da abholen, wo er steht.« Dieses Kapitel soll dazu einige Anregungen geben. Daneben beschäftigt es sich mit der Frage nach dem Ziel, auf das Menschen mit psychiatrischen Problemen zustreben können. Dabei ist der Gesichtspunkt des Identitätswandels von einiger Bedeutung. Schließlich ist die Wahrnehmung des anderen auch die Grundlage für den Dialog zwischen Helfer und Nutzer. Die Probleme, Bedürfnisse und Angebote werden kommunizierbar, wenn dieser Dialog stattfindet.

### **Michaels Geschichte**

»Eines schönen Tages, mitten in den Abschlussprüfungen des Studiums, gehe ich während der Mittagszeit zu einem Imbiss, um mir eine Leberkäsemmel zu kaufen. Hinter mir steht ein Mann, der bei mir im Block wohnt und den ich von früher aus dem Szene-Café für Psychiatrie-Erfahrene kenne:

›Ach, dich habe ich ja lange schon nicht mehr gesehen. Ich dachte, du seist weggezogen. Wie geht es denn im Studium?‹

›Gut, ich mache gerade die letzten Prüfungen.‹

›Das ist ja schön, dass du es so weit geschafft hast.‹ Er lächelt süffisant.

›Hast du denn besondere Bedingungen auf Grund deiner Behinderung bekommen?‹

Mir schnürt es den Hals zu und gleichzeitig steigt eine ungeheure Wut

in mir hoch: ›Ich will dir mal etwas sagen. Erstens fühle ich mich nicht behindert, und zweitens ist gerade diese Art zu denken der Grund, warum ich nicht mehr ins Café komme.‹

Ich kaufe meine Leberkäsemmel und verschwinde. Ich bin zornig. Ich kenne den Mann kaum und er mich ebenso wenig, was ihn aber nicht davon abhält, mir ohne weiteres eine psychische Behinderung zu unterstellen, nur weil ich jahrelang im Szene-Café verkehrt bin. Dort wird oft übersehen, dass es noch andere psychische Krankheiten als Psychosen gibt.

Ich habe keine Psychose und werde wahrscheinlich auch nie eine bekommen. Ich bin neurotisch. Auch das ist eine psychische Krankheit, und das Leiden, das daraus resultiert, ist nicht zu unterschätzen. Aber im Café für Psychiatrieerfahrene werden alle über einen Kamm geschert. Man denkt in Kategorien: Klinikaufenthalte, Psychopharmaka und Frühberentung.

Ich habe mich nicht frühberentet lassen. Trotz eines massiven Einbruchs, Kontakt mit einer psychiatrischen Einrichtung und der zeitweisen Einnahme von Psychopharmaka habe ich Psychologie studiert. Die Reaktionen meines damaligen sozialen Umfeldes, das hauptsächlich aus Psychiatrieerfahrenen bestand, waren alles andere als unterstützend. Sie reichten von: ›Um Gottes willen, dazu bist du doch viel zu angeknackst‹, bis hin zu feindseligen Reaktionen einer guten Freundin, die mir sehr deutlich zu verstehen gab, dass ich psychisch krank sei und sich psychisch Kranke entweder frühberentet ließen oder auf dem zweiten Arbeitsmarkt arbeiteten oder von Sozialhilfe lebten. Jedenfalls spielen sie nicht mit dem Gedanken ein Studium zu beginnen. Dass es jemand wagt, aus den Reihen auszuscheren und etwas studiert, das die so genannten ›Profis‹ studiert haben, ist ungewöhnlich und wird nicht gern gesehen. Man hat auf der Seite zu bleiben, auf der man ist, d. h. auf der Seite der Betroffenen, oder feiner ausgedrückt, auf der Seite der ›Psychiatrieerfahrenen‹. Schließlich muss alles seine Ordnung haben. Auf der anderen Seite ist natürlich ebenso fatal, wenn ein so genannter Profi plötzlich zum Betroffenen wird, auch das ist im System Psychiatrie nicht vorgesehen, soll aber gelegentlich vorkommen.

Als Betroffener hat man sich gefälligst damit abzufinden, dass man eingeschränkt und behindert ist, vor allem natürlich im Leistungsbereich. Ich gehe nun seit einigen Jahren nicht mehr in das Café und dennoch nutzte der Mann die Gelegenheit, mich an meine psychische Behinderung zu erinnern. Jemand, der so etwas tut wie ich, der rührt an Leid, an Versagen, an Minderwertigkeitsgefühle. Ich hatte den Mann an sein nicht abgeschlossenes Medizinstudium erinnert, das ihm sehr am Herzen gelegen hatte und das er anscheinend auf Grund von psychischen Schwierigkeiten nicht hatte abschließen können. Der Mann ist heute über sechzig Jahre alt und der Schmerz darüber ist offensichtlich geblieben. Zum Glück habe ich mich nicht beirren lassen, dabei waren die Profis ebenso skeptisch wie die Betroffenen. Aber auch ich selbst war skeptisch. Kann ich mir so etwas zutrauen, schaffe ich so etwas und vor allem: Darf ich das?

Haarsträubend wurde es allerdings, als ich im Rahmen des Studiums ein Praktikum in einer psychiatrischen Einrichtung begann. Ich dachte mir damals, dass ich anderen Betroffenen meine eigenen Erfahrungen mit der Psychiatrie ›zur Verfügung‹ stellen könnte – was sich dann als Illusion herausstellte. Es kommt vor, dass Betroffene dazu neigen, andere Betroffene abzuwerten im Sinne von: ›Der hat ja selber 'ne Macke, was will der uns denn schon sagen.‹ Aber auch die Profis bleiben von Vorurteilen der Betroffenen nicht verschont im Sinne von: ›Der hat ja keine Ahnung, wie 'ne Psychose ist.‹ Die meisten Profis sehen es nicht gern, wenn sich ehemals Betroffene in ihre Reihen gesellen. Meine Position war insofern eine sehr einsame und das Praktikum in der psychiatrischen Einrichtung scheiterte bedauerlicherweise.

Interessanterweise wurde meine Identität als psychisch Kranker einerseits durch Diagnosen beeinflusst, im wesentlich größeren Maße aber wurde sie durch das soziale Umfeld der Betroffenen bestimmt. Psychisch Kranke sagen sich untereinander sehr genau, was sie voneinander halten, was sie können, was sie nicht können, was man mit der Diagnose darf oder nicht darf. Es gibt bestimmte Normen und Regeln und diese gilt es einzuhalten. Wer dies nicht tut, muss mit Sanktionen rechnen. Ebenso wie im Gesamtsystem Gesellschaft verteilt sich Achtung

und Missachtung nach der Leistungsfähigkeit des Einzelnen, d. h., die Normen und Werte der Subkultur von Betroffenen sind stark an der Leistungsgesellschaft ausgerichtet. Allzu leistungsfähig darf der Einzelne allerdings nicht sein, weil man sonst misstrauisch wird und der Betroffene unter Umständen nicht mehr zum Kreis der Insider dazugehören kann.

Ich selbst hatte so lange keine Schwierigkeiten mit meiner Identität als psychisch Kranker, bis ich das Studium begonnen hatte und diese Identität damit in Frage stellen musste.«

Die Identität ist sehr eng verbunden mit den Möglichkeiten von Empowerment, also mit Selbstbewusstsein, Autonomie und eigener Handlungsfähigkeit. Die Identität eines Menschen ist von vielen Faktoren abhängig. Sie verändert sich je nach den Bedingungen, unter denen der betreffende Mensch lebt. Solche Bedingungen und Möglichkeiten der Identität sollen hier ausschließlich im Zusammenhang mit psychiatrischen Kontexten diskutiert werden. Andere Faktoren der Identitätsentwicklung werden hier nicht angesprochen, obwohl sie im konkreten Fall von großer Bedeutung sein können, zum Beispiel die Geschlechtsidentität oder die Identität als Angehöriger einer kulturellen oder religiösen Gemeinschaft (BRÜGGE U. A. 1999; HILSENBECK 1998; BERTOLUZZA U. A. 1994; HAASEN 1998; HEGEMANN/SALMAN 2000).

### **Selbstdefinition, Fremddefinition und Compliance**

Die Etikettierung eines anderen Menschen auf Grund bestimmter Merkmale wird als »Fremddefinition« bezeichnet. Man kann in diesem Fall von einer »zugeschriebenen Identität« sprechen. Für die subjektive Einschätzung ist die »Selbstdefinition« einer Person entscheidend, also die Frage »Wer und was bin ich?«. Die Antwort auf diese Frage hängt aber weitgehend von Fremdbildern ab. Je mehr ich in einem sozialen Zusammenhang lebe, je mehr ich auf die Meinung meiner Umwelt achte, desto bedeutender werden die Meinungen der anderen über mich für meine eigene Identitätsbildung.

Dies gilt auch und gerade in der Beziehung zwischen Patient und Arzt bzw. anderen professionell Tätigen: Je besser die Beziehung zwischen Klienten und Professionellem, desto bedeutsamer werden die Diagnose und die dazugehörigen Aussagen sein. So genannte »Compliance« als ärztliches Bedürfnis (Compliance = Bereitschaft zur Zustimmung) müsste also mit dem sorgfältigen Verzicht auf alle stigmatisierenden Äußerungen (und Meinungen!) verbunden sein. Dazu gehören vor allem negative Prognosen, wie etwa: »Sie werden damit leben müssen, dass die Krankheit immer wieder auftritt, und deshalb müssen Sie dauerhaft Medikamente nehmen.«

Die Übernahme der genannten medizinischen Definition (mit dem Hinweis auf einen chronischen Verlauf) führt bei vertrauensvollen Patienten zu einer negativen Identität: Sie sind dann selbst von der negativen Prophezeiung überzeugt und fühlen sich als psychisch Kranke mit allen zugehörigen Gefährdungen und Behinderungen. Die Ablehnung dieser ärztlichen Diagnose und Meinung – also »Non-Compliance« – ist ein Akt der Identitätsstabilisierung. Das heißt, das bisherige, mehr oder weniger positive Bild, das die Identität ausmacht, wird vor der Negativ-Zuschreibung geschützt. Während in anderen Bereichen psychosozialer Berufe die Identitätsstabilität sehr positiv bewertet wird, besteht in der Psychiatrie bis heute eher die Tendenz, die persönliche Identität zu destabilisieren – ohne Rücksicht auf die möglichen negativen Konsequenzen, bis hin zur Identitätszerstörung. Die Ursache der Destabilisierung ist der professionelle Wunsch, die Patienten von der Richtigkeit und Wichtigkeit etwa der Diagnosen zu überzeugen. Im Bereich somatischer Erkrankungen treten solche Probleme weniger auf, weil die Diagnosen selbst bei schweren Erkrankungen meistens weniger Auswirkungen auf die Identität der Betroffenen haben. Die psychische Erkrankung allein aber stellt schon die Identität in Frage, weshalb erst recht stabilisierende Konzepte von professioneller Seite notwendig sind!

Wenn nun die Diagnosen solche negativen Wirkungen haben können, sollen die Profis dann darauf verzichten?

C. BURKHARDT-NEUMANN (1999) hat die Bedeutung von Diagnosen in der Psychiatrie sorgfältig beschrieben (siehe auch HUNOLD/RAHN 2000).

Ich möchte an dieser Stelle festhalten, dass die Benutzung von Diagnosen und ihre Interpretation durch Patienten, Angehörige und Professionelle von weit reichender Bedeutung ist. Nur in seltenen Fällen entsprechen die mit der Diagnose verbundenen Inhalte der Selbstwahrnehmung und der Selbstinterpretation der Klienten (z. B. bei den Depressionen).

Die Möglichkeit einer identitätsstabilisierenden Behandlung und Beratung gibt es aber: Wir müssen lernen die Erfahrungen und die Probleme aus der Klientensicht zu sehen. Eine solche Selbstdefinition ist erst einmal die Grundlage einer Beziehung zum Klienten. Wer diese Sichtweise wahrgenommen und bestätigt hat, der kann auch eine fachliche Meinung und Erfahrung zur Diskussion stellen, ohne die Identität des Betroffenen zu gefährden. »Zur Diskussion stellen« heißt, ich stülpe dem Klienten nicht meine Meinung über, sondern muss es offen lassen, was von dieser Fachmeinung dem Klienten für sich brauchbar erscheint. Die Auseinandersetzung mit den Sichtweisen der Professionellen ist ein längerer Entwicklungsprozess beim Betroffenen; dabei kann es dann zu einer Neudefinition der eigenen Problematik mit Integration der fachlichen Anschauungen kommen oder es kann zu einer Abwehr der fachlichen Interpretationen kommen, wenn diese die eigene Identität gefährden würden.

Am Rande sei erwähnt, dass es noch eine ganz andere Umgangsform mit den professionellen Meinungen gibt: Viele Psychiatrie-Erfahrene zeigen »Compliance«, ohne ihre eigene, andere Meinung zu korrigieren, weil sie mit einer äußeren Anpassung eine freundliche Behandlung und baldige Entlassung erwarten können. In diesem Fall bleibt die Identität vielleicht stabil und es handelt sich um einen Ansatz von Empowerment. Aber die psychiatrische Behandlung ist dann nicht »nutzerorientiert«.

### Psychische Krankheit und Identität

Die Definition als Kranker ist in der kritischen Psychiatrie viel diskutiert worden. Zentraler Begriff dieser Debatte ist der der »Krankenrolle«. Als krank definiert werden hat mehrere Bedeutungen:

1. Ich muss nicht die normale Leistung erbringen, darf mich zurückziehen, mich schonen, muss nicht zur Arbeit gehen.
2. Ich kann ohne schlechtes Gewissen Hilfe annehmen.
3. »Krankheit« ist die Grundlage der Kostenübernahme für medizinische Behandlung und Medikamente.
4. Ich erwarte Hilfe und begeben mich dafür in Abhängigkeiten.
5. Ich muss die Erwartungen erfüllen, die an einen Kranken gerichtet werden, etwa dankbar sein, leiden, »unausstehlich« sein.
6. Ich soll die Krankheitsdefinition und die Behandlungsart der Ärzte gut finden.
7. Ich verzichte auf meine anders lautenden Selbst-Interpretationen.

Wir können diese Beschreibung der Krankenrolle auch umkehren: Wenn ich mich nicht als krank betrachte, darf ich mich nicht schonen, kann schlecht Hilfe annehmen, bleibe oder werde unabhängig von Ärzten und kann eine andere Identität haben.

Die Krankenrollen beinhalten also Möglichkeiten, die ich als Entlastung empfinden kann – oder sie stehen im Gegensatz zu meinem Selbstbild, wenn ich mich nicht als krank betrachte, weil meine Erfahrungen einer solchen Erklärung nicht bedürfen oder ich ihnen einen anderen Sinn beilege. Die folgenden Überlegungen gehen der Frage nach: Welchen Einfluss hat die Definition als »psychisch krank« auf die Identität der Betroffenen?

Wenn die Zuschreibung »krank« eine Hilfe für den Betroffenen darstellt und nicht aufgedrängt wird, dann ist sie nicht identitätsgefährdend, sondern kann zur Stabilisierung beitragen, weil es eine plausible Erklärung für die Beeinträchtigung gibt. Die Krankenrolle funktioniert also als Entlastung.

Als krank definiert zu werden ist beispielsweise bei Depressionen eine wichtige Entlastung. Depressive Menschen werden in ihrer Umgebung oft abwertend beurteilt: Sie würden ohne Grund jammern, sie seien bequem, kämen ihren Pflichten nicht nach usw. Wenn dann von einem Arzt die »Depression« als Krankheit diagnostiziert wird, dann haben sowohl der Betroffene selbst wie auch die Menschen im sozialen Umfeld eine annehmbare Erklärung; Gefühle und Verhalten können nun als

unverschuldetes Leiden akzeptiert werden und entsprechende Hilfe kann in Anspruch genommen werden.

Ebenso stellt die Definition als Krankheit eine Entlastung dar, wenn in einem krisenhaften Zustand »viel Porzellan zerschlagen wurde« und vielleicht nachhaltige Probleme im eigenen Leben entstanden sind. Es ist oft besser, darin das Symptom einer Krankheit zu sehen, als die volle Verantwortung übernehmen zu müssen.

Wird der Krankheitsbegriff aber mit »Chronizität« verbunden, dann droht trotz der genannten Entlastungen eine Zerstörung der Identität. Ein geläufiger Begriff für das Akzeptieren der Krankenrolle in der Psychiatrie ist die »Krankheitseinsicht«. Ein in diesem Sinne kooperativer Patient kann jemand sein, der die Verantwortung für sich selbst überhaupt lieber in die Hand des Arztes geben möchte, als sich selbst mit den Problemen auseinander zu setzen (»regressive Geborgenheit«, PFANNKUCH 1997). Kooperativ kann auch jemand sein, der die medikamentöse Unterstützung wünscht, weil er ohne diese Behandlung schlechte Erfahrungen gemacht hat und sich durch Medikamente Erleichterung verschaffen kann.

Die Hoffnung des professionellen Behandlers ist immer die »Krankheitseinsicht« des Patienten. »Der Arzt lebt vom Kranketikettieren« (sagte einmal der Arzt Jo Becker), da die Krankenkassen dies als Voraussetzung der Kostenübernahme verlangen. Hier liegt ein schwer lösbares Problem. Die Aufgabe wird sein, sorgfältig auf die Trennung von Krankheitssymptomen und der Identität der Person zu achten. Die Diagnose »Borderline« zum Beispiel zeigt diese zwei Möglichkeiten: Ich kann bei einer Klientin typische Borderline-Symptome benennen und damit einen Erklärungszusammenhang (als Hypothese) ansprechen. Oder ich kann »Borderline-Persönlichkeit« sagen und damit eine Identität der Person konstruieren. Im ersten Fall bleibt viel Raum für andere Identitäten, im zweiten Fall wird die betreffende Person ganz oder weitgehend auf ihre »Krankheit« reduziert. Psychiatrie-Erfahrene beklagen sich oft, dass sie häufig nur unter dem Krankheitsetikett wahrgenommen werden und ihre anderen Eigenheiten, Fähigkeiten und Interessen anscheinend niemanden interessieren.

Eine weitere Frage zur Identität ist die Bejahung der eigenen »Verrücktheit«. Viele Psychiatrie-Erfahrene empfinden das Psychotische oder die manischen Fähigkeiten als Teil ihres wahren Ichs. Sie möchten die (zumindest in den Augen anderer Menschen) »verrückten« Anteile ausleben. Oder wenn sie damit im sozialen Umfeld Schwierigkeiten bekommen, dann wollen sie wenigstens die Möglichkeit des Auslebens offen halten. Das bedeutet auch, sich selbst zu akzeptieren und von anderen mit diesen Eigenschaften akzeptiert zu werden. Es handelt sich dann um einen wichtigen Teil der Identität. In anderen historisch-gesellschaftlichen Kontexten gab es dafür einen Begriff: »Narrenfreiheit«. Weil er aber neben der Akzeptanz auch Stigmatisierung bedeutet, wird er heute nicht mehr ernsthaft verwendet.

Eine zwiespältige Parallele zur Narrenfreiheit ist die strafrechtliche »Schuldunfähigkeit« wegen psychischer Krankheit. Während sie einerseits zur Entlastung der betreffenden Personen beitragen kann, führt sie andererseits zu einer gefährlichen Etikettierung und damit zu einer zugeschriebenen Identität von psychisch Kranken: In der Öffentlichkeit verstärkt sich das Bild vom »Geisteskranken«, der Straftaten begeht und dafür nicht einmal bestraft wird (CHAMBERLIN 1993, S. 311).

Am Beispiel der »Narrenfreiheit« und der »Schuldunfähigkeit« möchte ich noch eine weitere Möglichkeit von Identität aufzeigen: Identität – als Gefühl, mit sich selbst übereinzustimmen – kann auch mit einer gesellschaftlich negativen Bewertung verbunden sein. Ein junger Mann, der während eines Strafverfahrens zur Begutachtung in der Klinik war, nannte mir bei der Vorstellung seinen Namen und war empört, dass ich den Namen nicht kannte. Er hatte einen spektakulären Banküberfall gemacht und war beeindruckt über die breite Resonanz in der Presse. Seine Identität als bedeutender Bankräuber war für ihn trotz negativer Konsequenzen stabilisierend. Eine Zuschreibung als psychisch krank hätte seine Identität zerstört.

## Alternativen zur Krankenrolle

Wenn die Krankenrolle beziehungsweise die Definition als krank nicht angenommen wird, so kann gefragt werden: »Wie sehen sich die betreffenden Menschen denn selbst?« Damit kommen wir zum Begriff der »Normalisierungsstrategie«. Im Folgenden werden sechs Möglichkeiten von Identität benannt, die sich nicht primär am Krankheitsbegriff orientieren.

**1. Krisen:** Wenn es einem Menschen sehr schlecht geht, dann ist die Bezeichnung »Krise« recht üblich. Im psychischen Bereich spricht man von seelischer Krise, in schwerwiegenderen Fällen von Lebenskrise. Ein neuerer Begriff, der für manche Psychiatrie-Erfahrenen wichtig ist, heißt »spirituelle Krise« (GALUSKA 1998).

Der Begriff »Krise« stellt eine Alternative zum Begriff »Krankheit« dar, weil er sich auf die Lebenssituation eines Menschen bezieht und weil Krisen zum (»normalen«) Leben gehören. Die Krise an sich ist keine Krankheit, aber eine Krise kann mit Krankheiten der verschiedensten Art verbunden sein, zum Beispiel mit einer schweren Depression. Von traditionellen psychiatrischen Diagnosen unterscheidet sich die Krise durch ihre zeitliche Begrenzung. Auch wenn jemand in der Krise vielleicht krank gewesen ist, so ist nach Überwindung der Krise (mit oder ohne professionelle Hilfe) das mehr oder minder normale Leben zurückgekehrt. Und ganz wichtig ist: Eine Krise hat ein Mensch (vorübergehend), sie ist nicht Bestandteil der Identität. Das heißt, die Identität der Person wird nicht in Frage gestellt, wenn eine vorübergehende Krise auftritt. Von ähnlicher Bedeutung ist das Wort »Episode«, das ebenfalls für vorübergehende Ausnahmestände gebräuchlich ist.

**2. Stimmenhörer:** Die Bewegung der Stimmenhörer (ROMME/ESCHER 1997) hat einen großen Einschnitt in die medizinisch-psychiatrische Diagnostik bewirkt: Die berühmte Frage »Hören Sie Stimmen?« war geradezu die Leitfrage für die Diagnose der Schizophrenie. Wir wissen heute, dass es gar nicht wenige Menschen gibt, die Stimmen hören, ohne dass sie oder ihre Umgebung ein Bedürfnis nach psychiatrischer Behandlung hätten. Sie leben mit den Stimmen, die angenehm oder unan-

genehm sein können. Man kann jetzt eine Identität als Stimmenhörer haben bzw. diese Fähigkeit kann Teil der Persönlichkeit sein. Es handelt sich um eine Fähigkeit, nicht um ein Krankheitssymptom – nach dieser alternativen Definition. Wenn die Normalität von Stimmenhören einmal anerkannt und bekannt ist, dann wird es für Betroffene leichter sein, zum eigenen Stimmenhören eine differenzierte Meinung zu entwickeln. Für Menschen in einer Psychose ist dies auch ein Weg zum Krankheitsverstehen.

**3. Wahn oder Übersinnlichkeit:** Psychiater und andere Leute, die sich als normal betrachten, verlangen immer von Menschen mit so genannten Wahnideen, sie sollten doch ihre Wahnideen endlich von der Realität unterscheiden. Das nennt man »Realitätsbezug«. Aber wer weiß, was die Realität wirklich ist? Oder die Gegenfrage: Gibt es Engel? Manche Menschen verneinen dies, aber viele, die noch nie an eine psychiatrische Behandlung für sich selbst gedacht haben, sind von Engeln als Realität überzeugt. Sind das nun (ganz normale) Wahnvorstellungen? Die Entscheidung, was »Wahn« und was »Realität« ist, kann oft nicht getroffen werden. Dass Vorstellungen oder Wahrnehmungen, die bei uns als Symptom psychischer Krankheit gelten, in anderen Kulturen eine religiöse Bedeutung haben können, ist ja mittlerweile bekannt. Hier liegt ein breites Feld von Identitätsalternativen.

Für die psychiatrische Behandlung oder Betreuung ist die Frage dann nicht mehr: »Ist das eine Wahnidee, die ich einer Diagnose zuordne?«, sondern: »Braucht dieser Mensch Hilfe, weil er leidet?«

**4. »Meine Manien möchte ich nicht missen«:** Ein euphorischer Zustand ist zunächst etwas sehr Schönes. Glücksgefühle, »Kicks«, Spaß haben, Lusterlebnisse werden in unserer Gesellschaft hoch bewertet. Manien können als besondere, positive Fähigkeiten eines Menschen verstanden werden, die ermöglicht und nicht bekämpft werden sollten (KESSLER 1995). Wenn sich daraus Probleme ergeben, zum Beispiel später als peinlich erlebte Handlungen oder verschwendetes Geld, dann sind diese extremen Formen das Problem, nicht aber die Manie an sich. Auch Menschen, die nicht als manisch diagnostiziert sind, können eine Neigung zu übermäßigen, unrealistischen Geldausgaben haben; auch für

sie kann das bis zu existenziellen Konflikten führen. Die Etikettierung als psychiatrische Erkrankung, ohne die positiven Aspekte zu berücksichtigen, wird von den Betroffenen als Identitätsbedrohung empfunden. Die positive Bewertung von manischen Zuständen muss übrigens nicht unbedingt einer Bewertung der Manie als Krankheit widersprechen. Die möglichen negativen Folgen können unter einem Krankheitsaspekt manchmal leichter verarbeitet werden.

**5. Psychiatrie-Erfahrene:** In der Selbsthilfebewegung in Deutschland wurde zunächst die Bezeichnung »Psychose-Erfahrene« verwendet. Darin war der Versuch enthalten, psychotische Episoden in den Alltag und das Leben zu integrieren. Auch ist damit die Stigmatisierung von »psychisch Kranken« bekämpft worden. Mit der Bezeichnung »Psychiatrie-Erfahrene« wird deutlich gemacht, dass diese Menschen zur Psychiatrie ein objektiviertes Verhältnis haben; sie können die Psychiatrie kritisch sehen, positiv und negativ. Psychiatrie-Erfahrene verstehen sich als »Experten in eigener Sache« (GEISLINGER 1998). Mit der Aktivität in der Selbsthilfebewegung findet ein Emanzipationsprozess statt, der zu einer selbstbewussten Identität in Anbetracht der psychiatrischen Erfahrung geführt hat. Die positive Identität als Psychiatrie-Erfahrene kann sich dann entwickeln, wenn die Erfahrung von Solidarität unter Gleichen gemacht wird.

**6. Persönliche Erfahrung »ohne Namen«:** In einigen Berichten und Untersuchungen wird festgestellt, dass manche Menschen ihre besonderen, ungewöhnlichen Erlebnisse, Gedanken, Gefühle usw., die von der Psychiatrie als psychische Krankheit definiert worden wären, nicht mit einem besonderen Begriff bezeichnen – solange sie nicht mit der Psychiatrie in Berührung kommen (BOCK 1997a; NEIDER 1996; STRATENWERTH 1999). Oft führt erst das Bedürfnis von Menschen der Umgebung, für das Besondere einen Namen zu haben, zur Neudefinition der Identität. Andernfalls können die Ängste oder die übersinnlichen Vorstellungen auch mit der bisherigen Identität vereinbar bleiben, so wie andere Erlebnisse oder Fähigkeiten auch.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Bezeichnung »Selbstheilung« für Menschen, die ohne psychiatrische Kontakte und Definitio-

nen mit ihren psychischen Konflikten oder Ausnahmezuständen zurechtkommen. Aus psychiatrisch-fachlicher Sicht wird hier der Begriff »Heilung« als Etikett verwendet, um doch wieder einen psychiatrischen Zusammenhang herzustellen. Die betreffende Person hingegen, die sich selbst nicht als »krank« definiert hat, wird auch nicht von »Heilung« sprechen.

**7. Identität als Behinderter:** Wenn jemand infolge psychischer Erkrankungen und damit verbundener Diskriminierung den Arbeitsplatz verloren hat und in unserer extremen Leistungsgesellschaft wenig Chancen auf eine weitere Teilnahme am Berufsleben erwartet, dann steht die Frage der Berentung an. Damit geht die eventuelle amtliche »Anerkennung« (das heißt: Definition) als »Schwerbehinderter« einher. Frührentner und Schwerbehinderte, die sich unter dem Druck der gesellschaftlichen Verhältnisse »freiwillig« zu diesem Status entschieden haben, unterziehen sich einem Identitätswandel. Als behinderter Mensch kann man einen relativ klaren Platz in unserer Gesellschaft finden. Er ist zwar mit sehr vielen Einbußen an Lebensqualität verbunden, aber es kann ein wirtschaftliches Auskommen mit der Rente verbunden sein. Außerdem wird die übliche Frage »Und was machen Sie?« (beruflich) nicht mehr so penetrant gestellt und ist leichter zu beantworten: Ich bin Frührentner. Auch ohne »amtlichen Bescheid« allerdings kann eine Art Behinderten-Identität entstehen. Wenn ich meinen sozialen Bezugskreis bei Psychiatrie-Erfahrenen habe, nach dem Motto »Geteiltes Leid ist halbes Leid«, und hier persönliche Anerkennung finde, dann bin ich von der unfreundlichen, mühsamen, vielleicht feindseligen »Normalwelt« unabhängiger.

Die Entscheidung für einen solchen Identitätswechsel ist sehr schwerwiegend. Über den Weg zurück und seine Schwierigkeiten berichtet ebenfalls die Geschichte von Michael.

## Identitätswechsel

Ein Identitätswechsel kann selbstverständlich mit den Erfahrungen verbunden sein, die beispielsweise »Psychosen« mit sich bringen. Das würde heißen, die neu aufgetretenen besonderen Erlebnisse, Fähigkeiten und Schwierigkeiten werden als Teil der Persönlichkeit in eine neue Identität integriert.

Ein Wechsel findet, wie beschrieben, auch dann statt, wenn ein Leben als Behinderter oder als betont »Psychiatrie-Erfahrener« beendet wird zugunsten einer bewussten Re-Integration in die »normale Welt«. Im obigen Beispiel geht es um die Rückkehr ins Berufsleben. Bei Personen, die sich in der Selbsthilfebewegung aktiv engagiert haben, entwickelt sich nicht selten folgender Prozess: Sie hatten sich im Zusammenhang mit Psychiatrieaufenthalten »geoutet«, eine Identität als Psychiatrie-Erfahrene entwickelt und dann nach längerer Zeit in der »Szene« (als persönlicher Bezugsgruppe) wieder ein Bedürfnis nach Distanz bekommen. Damit wird der Status der Psychiatrie-Erfahrenen relativiert und eine neuerliche Identität als »Normalbürger« entwickelt. Bemerkenswert ist das Bedürfnis, sich entweder als Psychiatrie-Erfahrener zu verstehen *oder* als »Normalbürger«. Damit wird noch einmal die Diskriminierung sichtbar. Warum ist es so schwierig, beides zugleich zu sein? Fußballfan, Musikliebhaber und praktizierender Christ zu sein lässt sich ja auch mit der »normalen« Identität vereinbaren.

Eine andere Alternative der Veränderung ist die nachträgliche Interpretation und Erfahrung der »psychischen Krankheit« als spirituelle Krise; die Konsequenz ist für manche der Eintritt in eine religiöse Gemeinschaft, die dann bis zu einem gewissen Grad an die Stelle der Psychiatrie-Erfahrenen-Gemeinschaft tritt (GALUSKA 1998).

Wie ein Wechsel vom psychiatriebedingten Identitätsverlust zu einer neuerdings stabilen Identität auch verlaufen kann, möchte ich an der Biografiearbeit zeigen: In der Psychotherapie von Menschen, die durch politische Verfolgung und Misshandlung schwere Identitätsstörungen erlitten haben, gibt es den Ausdruck der »Wieder-Aneignung der eigenen Biografie«. Schwere Entfremdungserlebnisse, wie sie psychische

Ausnahmezustände, soziale Diskriminierung und Zwangsbehandlungen mit sich bringen können, werden als Bruch der eigenen Lebensgeschichte und Zerstörung der eigenen Identität erlebt (BECKER 1992; WIRTGEN 1997). Die bewusste Auseinandersetzung mit den Ursachen und Umständen des Entfremdungsprozesses, die Bearbeitung der erlittenen Traumata in Gesprächen und die Entstigmatisierung durch Solidarität der Gesprächspartner und der jetzigen Bezugspersonen kann zur Wiederherstellung der Identität führen. Das Gleiche gilt natürlich für andere Arten der Traumatisierung, zum Beispiel durch sexuellen Missbrauch (HILSENBECK 1998).

Für alle Formen der Veränderung von Identität gilt, dass es sich um längere Entwicklungsprozesse handelt. Die alte Identität wird zunächst in Frage gestellt; das bedeutet ein Stück Krise, die oft zitierte »Identitätskrise«. Erst aus dieser Krise heraus kann die neue Identität entwickelt werden.

## Die Schwierigkeiten des »Seitenwechsels«

Michael berichtet, dass sein Wechsel von der Szene der Psychiatrie-Betroffenen zum angehenden Psychologen für die alten Freunde zum Problem wurde: Der Aussteiger und der Mensch mit den vielfachen Erfahrungen wird für die Identität der Verbliebenen zur Bedrohung. Es entsteht vielleicht die Frage: Müsste ich das auch können? Damit stellen sie sich selbst in Frage.

Es gibt leider zahlreiche Beispiele, dass professionell Tätige nicht damit zurechtkommen, dass ihr Expertentum durch doppelt qualifizierte Kolleginnen und Kollegen teilweise in Zweifel gezogen wird. Als Folge kann es zu Mobbingverhalten kommen oder zum Versuch, den ehemaligen Klienten in der Klientenrolle festzuhalten.

Ähnlich wie Michael in seiner Geschichte, berichtet auch B. RICHTER (2000, S. 5), dass ihr eine Ausbildung im Psychiatriebereich schwer gemacht wurde. »Aus dem Psychiatrie-Praktikum wurde ich entsorgt, nachdem ich mich geoutet hatte.« Später hat sie dann aber Arbeitsstel-



len gesucht und gefunden, an denen sie mit ihrer besonderen Qualifikation als ehemalige Patientin akzeptiert wurde. »Ich habe mich ... entschieden, mein Stigma mit Würde und Stolz zu tragen.«

Ähnliche Probleme treten auch in Gremien auf, in denen Psychiatrie-Erfahrene aktive Mitglieder sind. Es ist eine Tatsache, dass die meisten Professionellen Angst entwickeln, wenn Psychiatrie-Erfahrene an ihren Sitzungen teilnehmen. Eine Erfahrene sagte einmal: »Meine Wut kann ich ihnen nicht antun; ich bin deshalb freundlich, um sie nicht noch mehr zu ängstigen.« (BURKHARDT-NEUMANN 1999, S. 119 ff.) Eine andere, inzwischen versöhnliche Erfahrene: »In Gremien erlebe ich, dass die Professionellen auch Menschen sind, mit allen Fehlern.« Es besteht oft ein Klima der wechselseitigen Angst. Ein Psychiatrie-Erfahrener: »Ich darf in Gremien die Professionellen nicht erschrecken. Aber sehr unangenehm ist es mir, wenn ich übervorsichtig behandelt werde, in Watte gepackt – das ist ein Zeichen, dass ich als Patient angesehen werde und nicht als gleichberechtigter Partner.«

Andrerseits kann es auch schlecht sein, Psychiatrie-Erfahrene »ganz normal brutal« zu behandeln. Wie können wir mit diesen scheinbaren Widersprüchen umgehen? »Normal brutal« sollte eben in Gremien und Teams überhaupt kein Umgangsstil sein. Und eine gewisse Rücksichtnahme auf die Empfindlichkeiten anderer würde allen gut bekommen. Vielleicht sind Psychiatrie-Erfahrene in »gemischten Gruppen« gerade ein Anlass für einen menschlichen, freundlichen, kooperativen Arbeitsstil – auch wenn sie selbst weniger routinierte Gesprächspartner sein mögen als Profis.

Ein anderes Beispiel: Frau M. war als Patientenvertreterin im Team einer Tagesstätte. Es fiel ihr auf, dass die Profis sie nicht als ihresgleichen behandelten, sondern einen gutwillig-herablassenden Umgangston zeigten. Zunächst fügte sie sich in die ihr zugewiesene Patientenrolle, obwohl es ihrer Identität als Person widersprach. Als sie entdeckte, dass sie psychiatrische Symptome produzierte, um das Wohlwollen der Profis zu behalten (und damit ein Entfremdungsprozess begann), beendete sie diese »ehrerhobene« Aufgabe. »Wenn ich Beachtung wollte, musste ich krank sein.«

Für uns als Profis ist es wichtig, an solche Gefahren überhaupt zu denken, um dann gegensteuern zu können.

Gremienarbeit kann aber auch ein Beitrag zur Emanzipation und zur Überwindung der entfremdenden Patientenrolle sein, wenn die Funktion als wichtiges Gremienmitglied von den anderen akzeptiert wird. Dies ist umso eher möglich, je weniger die Professionellen mit der betreffenden Person als Klient zu tun hatten. Die Mitarbeit in Gremien ist ebenso wie die Aktivität in Selbsthilfeorganisationen eine Möglichkeit der positiven Identitätserweiterung. Die speziellen Erfahrungen begründen ein Expertentum, das in den Augen der anderen als wichtig angesehen wird. Hier besteht eine Wechselwirkung: Ist die Psychiatrie-Erfahrung ein wichtiger und vielleicht auch bereichernder Teil des Lebens und in die Identität integriert worden, dann kann dies nach außen hin vertreten werden – und es gibt mehr Akzeptanz. Ist hingegen die Identität als Psychiatrie-Erfahrener eher mit dem Behindertenstatus und mit Regression verbunden, dann werden die Betroffenen eher in diesem Randgruppen-Status durch andere Menschen festgehalten. Ihre Mitgliedschaft in Gremien führt zu weiteren Diskriminierungen und kann die Vorurteile verstärken. Die Konsequenz kann dann auf beiden Seiten eine Ablehnung der konstruktiven Zusammenarbeit sein.

## Schlussbemerkung

Identitätsstabilisierende Haltungen auf Seiten der Psychiatrie-Professionellen sind eine wichtige Bedingung für die Integration der Psychiatrie-Betroffenen in der Gesellschaft. Die Psychiatrie-Erfahrenen brauchen Unterstützung, um die aufgetretenen Schwierigkeiten verstehen und verarbeiten zu können, ohne dass sie in Passivität, Angst und Resignation verfallen (müssen). Bei aller Hilfe, die heute mit Medikamenten (auch) möglich ist, darf nicht übersehen werden, dass Medikamente oft mit erheblichen Einschränkungen der persönlichen Fähigkeiten der Betroffenen verbunden sind und sie damit ein Stück Selbstentfremdung bewirken können.

Ein kompliziertes Verhältnis besteht zwischen Identitätsstabilisierung und Regression. Wie gesagt, es gibt auch eine Identität als psychisch Kranker. Scheinbar widerspricht das einer Empowerment-Haltung, weil der Kranke sich ja als schwach und hilfebedürftig definiert. Dieser scheinbare Widerspruch löst sich aber auf, wenn das Hilfe-such-Verhalten die eigene Entscheidung des Betroffenen ist, die Hilfe also nicht fremd-, sondern selbstbestimmt wird. Besondere Brisanz hat dieses Verhältnis in Therapieverfahren, die sich der Regression bedienen. Neben der Psychoanalyse ist das besonders die Regressionstherapie nach J. SCHIFF (1980; siehe auch SPRINGER 1996). Hier basiert die weit gehende Regression auf einer vertraglichen Vereinbarung. Dadurch wird Macht des Therapeuten zugelassen – aber das ist etwas grundlegend anderes als die Machtausübung in der Psychiatrie ohne ausdrücklichen Auftrag des Klienten.

## Empowerment-Förderung auf einer allgemeinpsychiatrischen Akutstation

MARGRET OSTERFELD

*»Auch aus Steinen, die einem in den Weg gerollt werden,  
lässt sich etwas Schönes bauen.«*

*J.W. v. Goethe*

Auch wenn sich die institutionalisierte Psychiatrie im 21. Jahrhundert gern mit Anti-Stigma-Kampagnen und Psychoedukation schmückt, für einen Großteil psychisch und vor allem psychotisch erkrankter Menschen bleibt die psychiatrische Klinik der Ort, an dem sie zuerst und höchst eindringlich das Stigma einer psychischen Erkrankung erleben. Selbst bei freiwilligem Aufenthalt geht das Recht auf Selbstbestimmung recht rasch verloren. Nicht nur Stationsordnungen und Therapieprogramme wollen eingehalten werden, auch das »Muss« im Hinblick auf die Medikation erlaubt nur selten einen Einspruch. Erfolgt der Widerspruch dennoch, so wird er gern zur »fehlenden Krankheitseinsicht« verkehrt und als Krankheitssymptom gedeutet. Aus dieser häufigen Zirkelschlusslogik gibt es kaum ein Entrinnen und eine Kommunikation auf gleicher Augenhöhe wird so ganz schnell unmöglich.

Auch ich habe in den neunziger Jahren in meinen ersten Berufsjahren diese mentale Formung erfahren, die zunehmend zu der Überzeugung führt, allein zum Wohle der Patienten immer wieder zu mehr oder weniger subtilem Druck greifen zu müssen. Erst eigene schockierende Erfahrungen als Psychatriepatientin vor einigen Jahren leiteten einen schwierigen Umdenkungsprozess ein. Dabei habe ich die »totale Entmündigung« erlebt: Nichts, was ich als Patientin sagte oder tat, hatte irgendeine Bedeutung für meine Behandler, es sei denn als dokumentationswürdiges Symptom. Ich wurde genötigt, das zu tun, was sie für richtig hielten, bis hin zur erzwungenen Medikamenteneinnahme – und das, obwohl ich selbst Ärztin bin. Diese erlebte Entmündigung war

für mich schwer zu überwinden und hat mich und mein Verhalten als Psychiaterin seitdem sehr geprägt. Nur manch einem glücklichen Umstand ist es zu verdanken, dass ich nach dieser Erfahrung nicht den Weg der Chronifizierung ging.

Ich möchte im Folgenden von Empowerment-Möglichkeiten, aber auch von ihren Grenzen aus meinem eigenen stationären Arbeitsalltag berichten.

In der Definition am Anfang dieses Buches werden unter anderem folgende Punkte als zum Empowerment gehörig benannt:

- ★ die Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen,
- ★ über den Zugang zu Informationen und Ressourcen zu verfügen,
- ★ über mehrere Handlungsmöglichkeiten zu verfügen, aus denen man wählen kann,
- ★ zu der Einsicht zu gelangen, dass jeder Mensch Rechte hat.

Ich möchte diese vier Punkte als Leitfaden nehmen, um meine Gedanken zum Stichwort Empowerment darzustellen.

Mir als selbst Betroffene fiel es durchaus nicht leicht, mein eigenes Empowerment zu entwickeln, jedoch war mein professioneller Hintergrund dabei auch hilfreich. Aber damit drängte sich immer mehr die Frage in den Vordergrund, wie es möglich ist, dem Anliegen des Empowerments mehr Raum im Stationsalltag zu geben. Im Alltag gibt es verschiedene Themen, an denen sich in den seltensten Fällen Konflikte entzünden, beispielsweise die Stationsordnung oder der Therapieplan. Andere Themen hingegen erweisen sich für viele Betroffene als zentral für eine nutzerorientierte Behandlung, darauf möchte ich im Folgenden näher eingehen.

### Eigene Entscheidungen bei Medikationsfragen

Eine Entscheidung, die fast jeden Patienten betrifft und bei der oft kaum Mitspracherechte eingeräumt werden, ist die nach der Medikation. Im Laufe des vergangenen Jahrzehnts hat sich auf der Seite der Ärzte immer mehr die Überzeugung durchgesetzt, dass eine psychiatri-

sche Behandlung ohne entsprechende Medikation nicht zu verantworten sei. Wie brüchig die wissenschaftliche Grundlage zumindest bei den klassischen und modernen Neuroleptika ist, wird in dem Beitrag von Volkmar Aderhold in diesem Buch ausführlich dargestellt. Bei Antidepressiva ist bekannt, dass sie nur 15 Prozent besser wirken als Placebo. Auch die Phasenprophylaktika, die bei bipolaren affektiven Störungen (manisch-depressive Erkrankungen) zum Rückfallschutz angewandt werden, bieten nur einen begrenzten Schutz.

Trotz dieser Fakten wird die notwendige umfassende Information der Patientinnen und Patienten gern vernachlässigt. Bei einer Umfrage im BPE im Sommer 2005, die von knapp 90 Psychiatrie-Erfahrenen beantwortet wurde, ergab sich eine Durchschnittsbewertung von 3,7 (mögliche Stufen: 1 bis 5, wobei Stufe 4 als »überwiegend nicht« formuliert war). Dieses Ergebnis deckt sich mit zahlreichen anderen Untersuchungen. In der alltäglichen Hektik des Stationsablaufs passiert es nur allzu leicht, dass lediglich die doch sehr allgemeinen Informationen im Rahmen der Psychoedukation die Patienten erreichen oder aber nur die häufigste Nebenwirkung eines Medikamentes in einem Nebensatz erwähnt wird.

Das Feld der Medikation bietet sich also gerade für mich als Ärztin an, um im klinischen Alltag zu einem Feld der Empowerment-Förderung zu werden. Damit meine ich zunächst einmal, Patienten die Erfahrung zu vermitteln, dass hier ihre Entscheidung gefragt ist. Für mich bedeutet dies selbstverständlich, dass ich eine Entscheidung gegen eine Medikation zu akzeptieren und zu respektieren habe. Akzeptanz und Respekt sind aber etwas anderes als resigniertes Abwenden. Natürlich halte ich mit meiner Meinung nicht hinter dem Berg, wenn ich glaube, dass jemand von einer Medikation profitieren würde. Aber ich respektiere das juristisch bestens verankerte Recht auf »wohininformierte Zustimmung«, ohne die eine medikamentöse Therapie eine Körperverletzung ist und bleibt. Dass dabei auch eine wohlinformierte Ablehnung herauskommen kann, muss in Kauf genommen werden und erscheint mir im Vergleich zur mehr oder weniger erzwungenen Duldung einer angstbesetzten Medikation langfristig das kleinere Übel zu sein.

Die bis hierher geschilderten Überlegungen führten dazu, der Medikamentenaufklärung und der Medikamentenentscheidung einen breiteren und klarer strukturierten Raum im Behandlungsalltag zu geben. Zunächst wurde ein umfassender schriftlicher Gesprächsleitfaden für die atypischen Neuroleptika erstellt, der neben den erwünschten Wirkungen auf möglichst individuell dokumentierte Zielsymptome auch die bekannten Nebenwirkungen dieser Medikamentengruppe aufzählt. Außerdem werden die Wechselwirkungen mit anderen Arzneistoffen und die Erkrankungen, bei denen diese Mittel nicht oder nur mit Vorsicht eingenommen werden dürfen, benannt.

Dieses Papier dient erst einmal mir selbst als Leitfaden in einem etwa fünfundvierzigminütigen Gespräch. Dabei werden keinesfalls nur Wirkungen und Nebenwirkungen aufgezählt, sondern die Erklärung, warum dieser Aufwand getrieben wird, nimmt einen breiten Raum ein. Erst am Ende des Gespräches erhält der Patient zwei Exemplare des Leitfadens mit der Bitte, das Ganze noch einmal durchzusehen und zu »überschlafen«. Wenn keine weiteren Fragen auftauchen, erbitte ich ein Exemplar unterschrieben zurück, natürlich mit dem Hinweis, dass auch nach Unterschrift jederzeit Fragen gestellt werden können.

Die ersten Erfahrungen mit diesem Vorgehen sind sehr ermutigend. Durchaus können Patientinnen und Patienten auch bei niedrigerem Bildungsgrad die Informationen aufnehmen und verarbeiten. Wichtig erscheint mir aber das Geschehen auf der interaktionellen Ebene. Ich habe den Eindruck, dass die Beziehung auch in den Augen des Patienten durch dieses Vorgehen aufgewertet wird und dass es gelegentlich für Patienten sehr überraschend ist, so mit in den Entscheidungsprozess einbezogen zu werden. Auch im Hinblick auf die Frage, ob eine so umfassende Information für die Patienten wohltuend ist oder eher verunsichert, haben die Patienten oft ein klareres Gefühl als wir von der ärztlichen Warte. Befragt, ob sie eine solche ausführliche Information wollen oder nicht, sind sie nach meinen bisherigen Erfahrungen durchaus zu einer klaren Antwort fähig. Selbstverständlich kann jeder diese Art der Aufklärung auch ablehnen und die Entscheidungsverantwortung allein in ärztliche Hand legen.

Eindrucksvoll war für mich das Gespräch mit einer jetzt über dreißigjährigen Frau, die seit ihren jungen Erwachsenenjahren Stimmen hörte. Erst fünf Jahre nach dem Einsetzen der Stimmen kam sie in eine Klinik, erhielt die Diagnose Schizophrenie und nahm seitdem über Jahre Neuroleptika, und zwar ohne dass dies ihre Stimmen wesentlich beeinflusste. Sie kam mit dem Wunsch in die Klinik, dies durch eine Medikamentenumstellung zu verändern. Während des Gesprächs wurde deutlich, dass sie kein weiteres Symptom zeigte, das für eine Schizophrenie sprach. Zunächst reagierte sie sehr skeptisch auf jeden Versuch, die Möglichkeiten und Grenzen einer Medikation mit ihr zu besprechen, sie bekam leicht den Eindruck, wir würden ihr nicht glauben, dass sie Stimmen höre. Doch schließlich kam es zu der Entscheidung einer Umstellung auf ein eher leichteres Präparat und gleichzeitig entwickelte sie Interesse daran, sich auch auf nichtmedikamentösen Wegen mit ihren Stimmen auseinander zu setzen.

Entscheidend für die Empowerment-Förderung ist, dass so eine Auseinandersetzung nicht darauf reduziert wird, die Patienten ein weiteres Formblatt unterschreiben zu lassen oder eine Reihe von Nebenwirkungen »herunterzurattern«, sondern sich inhaltlich mit den – oft berechtigten – Sorgen und Befürchtungen zu beschäftigen. Wo ein Gesprächsleitfaden nicht vorliegt, kann oft der Beipackzettel des Medikaments herhalten, den man gemeinsam mit den Patienten Schritt für Schritt durchgeht. Dass ich immer mal wieder von Betroffenen erfahre, noch nicht einmal der sei ihnen auf Nachfrage ausgehändigt worden, zeigt, wie wenig selbstverständlich ein offener Umgang mit Informationen über die pharmakologische Behandlung in vielen psychiatrischen Institutionen noch ist.

Schwieriger als mit Psychosekranken scheint mir diese Art der Entscheidungsfindung bei der Medikation gelegentlich mit depressiven Menschen zu sein. Sie neigen oft dazu, möglichst viel Verantwortung abzugeben, und erhoffen von einer antidepressiven Medikation eher zu viel. Aber gerade hier erscheint es mir wichtig, neben der Information über Antidepressiva, die keine falschen Hoffnungen schüren sollte, immer wieder eigene Handlungs- und Veränderungsmöglichkeiten in das

therapeutische Gespräch einzubeziehen. Ohne die tatkräftige Unterstützung unserer Verhaltenstherapeutin wäre dies sicher nicht zu leisten. Anders ausgedrückt: Eine Depressionstherapie ohne zeitlich intensive psychotherapeutische Gespräche kann in meinen Augen keine fachgerechte Therapie sein.

### **Transparente Information und fachlich-sachliche Dokumentation**

Eine entscheidende Weiche für den Informationsaustausch und die weitere Kommunikation wird in aller Regel im Erstgespräch mit den neu aufgenommenen Patienten gestellt. Mir scheint es wichtig – gerade bei psychotischen Menschen – zu versuchen, erst einmal so viel wie möglich zu verstehen. Verstehen ist hier nicht im Sinne von »richtig« verstehen gemeint, denn was richtig oder falsch, wahr oder unwahr ist, kann oft in dieser Situation nicht klar entschieden werden. Aber auf gar keinen Fall sind psychotische Erlebensweisen so unverständlich, wie die Altvorderen der Psychiatrie uns glauben machen wollten. Mein Verständnis des Symptom- und Erlebensberichtes gebe ich gern den Patienten mit meinen eigenen Worten zurück, gebe ihnen meine Bedeutung. Ich nehme verwendete Begriffe auf und verbinde sie etwa mit meinen Metaphern. Die Worte »Ich kann gut verstehen ...« tauchen oft auf, aber durchaus auch: »Ich verstehe nicht.« So wird deutlich, wie weit sich Erleben deckt und wo es unterschiedlich wird. Nur so kann sich Schritt für Schritt (und nicht an einem Tag) Ein-Sicht entwickeln.

Zur Frage der medikamentösen Therapie leite ich gern über mit den Worten: »Als Ärztin kann ich das auch so sehen, dass ...«, worauf stärker biologisch geprägte Krankheitskonzepte folgen. Mir liegt daran, von Beginn an zu verdeutlichen, dass es verschiedene Erklärungsmodelle gibt und dass es lohnt, nach dem hilfreichsten zu suchen. Nach einer Schilderung von quälenden Erlebensweisen – egal, welcher Diagnose sie nun zugeordnet werden – einfach zu erklären, dies seien lediglich Symptome und ein Medikament werde schon helfen, scheint mir dage-

gen eine eher unsachgemäße Verkürzung des psychiatrischen Herangehens zu sein.

Ein weites Feld »empowermentfernen« ärztlichen Handelns ist oft die Dokumentation. Wenn ein psychisch kranker Mensch erfahren will, was da in einer schwierigen Episode seines Lebens zu Papier gebracht wurde, stößt er nicht selten auf heftigen Widerstand und wird womöglich nicht ohne Hilfe eines Anwaltes sein Ziel erreichen. Da drängt sich die Frage auf, zu wessen Wohl der psychiatrische oder auch psychotherapeutische Berufsstand seine Aufzeichnungen macht und was es da so Wichtiges zu verbergen gibt. Weiter gilt es zu bedenken, dass es durchaus verschiedene Stellen gibt – erwähnt seien die Krankenkassen –, die selbstverständlich auf Wunsch Einsicht in diese Dokumente bekommen. Empowermentfreundlich ist es da aus meiner Sicht, den Betroffenen diese, sie höchst persönlich betreffenden Informationen nicht vorzuenthalten.

Der Gesetzgeber hat drei Gründe benannt, von denen jeder einzeln hinreichend ist, Akteneinsicht zu verweigern – anders als bei allen anderen medizinischen Feldern. Da ist zunächst einmal die Möglichkeit, dass der Betroffene Schaden nehmen könnte. Als Zweites wird die Gefahr gesehen, dass die Interessen Dritter berührt sein könnten. Und als dritter Punkt wird oft angeführt, dass die persönlichen Notizen des Arztes auch dem Schutz seiner Persönlichkeitsrechte unterliegen und daher eine Herausgabe nicht erzwungen werden kann.

Alle drei Punkte sind sicher sehr weit auslegbar und fast immer kann man mit einer oder auch mit mehreren dieser Begründungen eine Akteneinsicht abwehren. Aber alle drei Punkte unterliegen auch der persönlichen Haltung der Dokumentierenden. Ich denke, wir sollten zuallererst für die Betroffenen dokumentieren. Warum diese Akten nicht so führen, dass sie auch von den unmittelbar Betroffenen gelesen werden können? Wie sollte denn ein Patient Schaden nehmen, wenn man sachlich bei dem bleibt, was sowieso mit dem Patienten kommuniziert werden muss? Wer hindert uns daran, irgendwelche Dritte als Informationsquellen nicht namentlich zu erwähnen, zumal eine Information hinter dem Rücken der Betroffenen nur allzu oft von zweifelhaftem the-

rapeutischem Wert ist. Ohne zeitlichen Mehraufwand lässt sich – den entsprechenden Willen vorausgesetzt – die Dokumentation so gestalten, dass sie auf Wunsch eingesehen werden kann.

Zwei Beispiele sollen das Gesagte verdeutlichen:

Die Mutter des Patienten Herrn A. schildert am Telefon langatmig und vorwurfsvoll die anstrengenden Verhaltensweisen ihres Sohnes an den Tagen vor der Aufnahme. Sie bittet aber darum, dass der Sohn nichts von dem Telefonat erfährt.

Wenn ich dies mit annähernd den oben benutzten Worten in der Akte festhalte, habe ich mir die Möglichkeit genommen, dem Patienten die Akte zur Einsicht zu geben. Geeigneter ist eine anonymisierte Dokumentationsform, die lauten könnte: »Telefonische Information von dritter Seite (mit dem Wunsch, anonym zu bleiben) über das Verhalten an den Tagen vor der Aufnahme.« Weitere Einzelheiten sind nicht erforderlich. Noch besser allerdings ist es in meinen Augen, derartige Telefonate frühzeitig zu unterbrechen und die Informantin zu ermutigen, ihre Angaben im Beisein des Patienten vorzutragen.

Frau D. berichtet im Rahmen eines Therapiegespräches erstmals und detailliert über eine langjährige Missbrauchserfahrung in der Primärfamilie. Ihr Bericht ist erschütternd.

Das mag dazu verleiten, auch etliche Details einschließlich des Verwandtschaftsverhältnisses des Täters in der Dokumentation festzuhalten. Damit sind bei Weitergabe in Zukunft immer Interessen Dritter berührt. Ausreichend für die Dokumentation ist hier der nüchterne Satz: »Intrafamiliäre sexualisierte Gewalterfahrung vom 5. bis 15. Lebensjahr.« An all die erschütternden Einzelheiten werde ich mich auch Jahre später erinnern, wenn ich den Satz lese. Wenn Nachbehandler sie auch erfahren sollen, liegt es in der Entscheidung der Patientin, sie erneut zu berichten. Und in dieser nüchternen Kurzform bestehen dann auch keine Bedenken gegen Akteneinsicht durch die Patientin.

Es gibt nur wenige Patientinnen und Patienten, die wirklich Interesse an Akteneinsicht haben, und diese sollten sie uneingeschränkt erhalten. Auch das ist eine Frage des Empowerments. Nicht wissen zu dürfen, was über mich dokumentiert ist, passt nicht in ein Gesellschaftssystem, das

sich freiheitlich und demokratisch nennt. Bei gemeinsamer Akten-durchsicht im Gespräch lassen sich sicher viele Unstimmigkeiten aus-räumen.

Natürlich gründet sich die zögernde Haltung in der Psychiatrie gegen-über der Akteneinsicht vor allem auf die Sorge, dass juristische Konse- quenzen folgen könnten. Wir sind uns nicht sicher, ob nicht, wenn all unsere Akten juristisch überprüft würden, manch ein gravierender Feh-ler zu Tage träte. Eine hohe Quote an Fehldiagnosen existiere in der Psy- chiatrie, räumt der Psychiater W. Gaebel in der *Süddeutschen Zeitung* vom 16. August 2005 ein, und sein nicht weniger renommierter Psycho- logen-Kollege H.-U. Wittchen spricht von 20 bis 40 Prozent Fehldiag- nosen. Diese Zahlen sprechen also für sich. Fehler sind etwas Alltägli- ches im menschlichen wie im ärztlichen Handeln. Die Frage ist, ob und wie weit eine Institution bereit ist, aus ihnen zu lernen. Ärzte sind im Gegensatz zu Patienten im Allgemeinen gegen die materiellen Folgen von Fehlern versichert. Die Überprüfung durch Patienten zu scheuen ist ein Zeugnis mangelhaft entwickelter Fehlerkultur, das dringend ei- ner erhöhten Aufmerksamkeit im Rahmen des Qualitätsmanagements bedarf.

Einen eindrucksvollen Umgang mit der Dokumentation haben die Psy- chiaterin M. AMERING (1998) und einige Kollegen und Kolleginnen be- schrieben. Sie verfassten zusätzlich zu den üblichen Entlassungsbriefen an ärztliche Kollegen auch einen Brief in allgemein verständlicher Spra- che über das Krankheitsbild und die Bewältigungsstrategien, die sich während der Behandlung als sinnvoll erwiesen hatten, und zwar direkt an die Patienten gerichtet. In einer Auswertung etliche Wochen später zeigte sich, dass diese Form der Information von den beteiligten Patien- ten sehr geschätzt wurde. Noch einen Schritt weiter ging I. SIBITZ (2002) mit ihren Kolleginnen. Sie besprachen wenige Tage vor der Entlassung einen Entwurf des Entlassungsbriefes – der für den Arzt bestimmt war – mit den Patienten. Letztere konnten noch Korrekturen – etwa bei unge- nauen Angaben in der Anamnese – oder Änderungswünsche – etwa wenn ihnen die Schilderung wahnhaften Erlebens zu detailreich war – einbringen. Auch dieses Vorgehen stieß auf große Zustimmung bei den

Patientinnen und Patienten. Hier allerdings muss ich gestehen, dass ich nicht weiß, wie ich ein solches Vorgehen bei den von mir zu versorgen- den Patientenzahlen in eine tägliche Praxis umsetzen kann. Aber beide Beispiele geben wichtige Denkanstöße. So lässt sich häufig in Visitsi- tuationen in Anwesenheit der Patienten über sie reden. Auch das führt zu einem Erleben größerer Einbezogenheit. Die Patientinnen und Pa- tienten können Teamwahrnehmungen korrigieren und zwingen das Team dazu, sprachlich auf einer Ebene zu bleiben, die für die Betroffe- nen verständlich und akzeptabel ist. Außerdem entfallen so die für die Patienten unangenehmen Wartepausen, während das Team berät (»Was reden die jetzt über mich?«). Auch die kurzen Befunddikate für die Ver- laufsdokumentation im Rahmen einer Einzelvisite lassen sich gut in Anwesenheit der Patienten verfassen. So entsteht für sie ein größeres Gefühl des Einbezogenenseins in das, was mit ihnen geschieht.

### **Behandlungsvereinbarungen – eine Handlungsalternative?**

Eine der ersten Initiativen, die ich freudig aufgriff, war Ende der neun- ziger Jahre die Behandlungsvereinbarung in unserer Klinik. Bei Psychi- atrie-Erfahrenen, Angehörigen und einem Teil der Professionellen löste die Einführung der Behandlungsvereinbarung große Hoffnung aus. In unserer Klinik verwandte eine Arbeitsgruppe aus Ärztinnen, Betroffe- nen und zeitweise auch Angehörigen viel Sorgfalt und Zeit auf die For- mulierung einer solchen abteilungseigenen Vereinbarung und besaß dazu auch das Plazet vom Chef. Ich nahm teil in dem festen Glauben, dass hier ein vielversprechender Schritt zu mehr Patientenbeteiligung getan werde. Ich glaube auch heute noch, dass Behandlungsvereinba- rungen ein gutes Medium sein können, um dieses Ziel zu erreichen. Doch leider habe ich inzwischen erfahren müssen, dass solche Verein- barungen nur dann eine funktionierende Form der Nutzermitsprache sind, wenn ihnen von *allen* Mitarbeitenden einer Einrichtung ein sehr hoher Stellenwert beigemessen wird. Andernfalls passiert es – wie im Alltag in verschiedensten Kliniken zu beobachten ist –, dass abgeschlos-

sene Behandlungsvereinbarungen plötzlich nicht mehr auffindbar sind, sich Mitarbeitende nicht daran gebunden fühlen oder die Vereinbarungen zu schnell gebrochen werden.

Vor diesem Hintergrund gelang es mir zunehmend weniger, die Behandlungsvereinbarung überzeugend gegenüber Patientinnen und Patienten zu vertreten. Schließlich bin ich es persönlich, die mit ihrer Unterschrift unter so ein Dokument eine Zusage macht, und es betrifft meine Glaubwürdigkeit, wenn dies Versprechen nicht eingehalten wird. Schon J. LOTZE (1998) hat die Behandlungsvereinbarung zur Chefsache erklärt und auf die Gefahr der »subtilen Macht in liberalem Kostüm« verwiesen. Die Vereinbarung ist vielerorts ein leider trauriges Beispiel dafür, dass Empowerment-Instrumente wirkungslos bleiben, wenn nicht zuvor eine nutzerorientiertere Haltung aller Mitarbeitenden und der Leitungsebene verwirklicht werden konnte. Wo das nicht gelingt, sind Behandlungsvereinbarungen ein Empowerment-Feigenblatt. Inzwischen benutze ich dieses Mittel nicht mehr und rate Patienten, die danach fragen – was selten genug vorkommt –, zu einer Patientenverfügung, wie ich sie auch zu meinem eigenen Schutz vor erneuten psychiatrischen Übergriffen formuliert habe. Diese ist zweifelsohne rechtsverbindlicher als die Behandlungsvereinbarung. Ich halte es aber für sinnvoll und notwendig, dort nicht nur zu verzeichnen, was man im Falle einer Einweisung (besonders wenn sie gegen den eigenen Willen erfolgt) nicht will, sondern ebenso viel Sorgfalt darauf zu verwenden, das niederzuschreiben, was hilfreich war und wieder akzeptiert wird.

Für mich sind Behandlungsvereinbarungen mit dieser Erfahrung allerdings nicht »gestorben«. Gegenwärtig sehen jedoch vielerorts die Bedingungen noch nicht so aus, dass solche Absprachemöglichkeiten wirklich greifen können. Werden Behandlungsvereinbarungen ohne einen »Kulturwandel« eingeführt, so können sie im ungünstigsten Fall Empowerment-Möglichkeiten behindern, dann nämlich, wenn Patienten trotz Vereinbarung die Erfahrung machen, dass über ihren Kopf hinweg entschieden wird und sie letztlich auch damit nichts beeinflussen können. Das wäre dann nur ein weiterer Meilenstein auf dem Weg in die Resignation.

## **Zwang und Gewalt vermeiden – wie geht das?**

Zwangsunterbringungen und -behandlungen kommen auf unserer offenen geführten Station selten vor, da die Voraussetzung für die Aufnahme auf einer offenen Station die Freiwilligkeit ist, d. h. die Einsicht, die Hilfe eines Krankenhauses zu benötigen und zu wollen. Das macht natürlich die Zusammenarbeit mit Patienten zumeist angenehmer und auch leichter. Trotzdem geschieht es einige Male pro Jahr, dass sich bei einem Patienten der Zustand so verschlechtert, dass die offene Station nicht mehr genügend Schutz und Sicherheit bietet. Auch hier scheint mir das Wichtigste eine möglichst umfassende und wenn möglich frühzeitige Information zu sein. Ich als Ärztin versuche meine Sorgen zu benennen, wenn ich so eine Entwicklung kommen sehe, und mit dem Patienten zu besprechen, ab wann der Schutz einer geschlossenen Station nötig wird. Das führt gar nicht so selten zu einer freiwilligen Verlegung, wenn sich der Zustand verschlechtert. Oft wird die Verlegung auch gar nicht erforderlich, doch das Ansprechen dieser Frage stärkt die Beziehung häufig sogar. Auch wenn Verlegungen in plötzlichen Krisensituationen nötig werden, ist es nach meiner Überzeugung unverzichtbar, darüber zu sprechen und die Gründe für diese Entscheidung klar zu benennen, selbst wenn der Eindruck entsteht, dass der Betroffene in der akuten Situation Erklärungen nicht annehmen kann. Eine Verlegung mit den Worten »Lassen Sie uns mal einen Spaziergang machen«, wie es mir selbst einst widerfuhr, ist eine betrügerische Methode, die das Vertrauen in die Psychiatrie auf Jahre zerstört.

Gerade weil es bei einer krisenhaften, bedrohlichen Zuspitzung nicht immer leicht ist, die Kommunikation über die notwendigen Maßnahmen aufrechtzuerhalten, ist es umso wichtiger, im Nachhinein ein Gespräch über diese Ereignisse zu führen. Ein Mensch, in dessen Persönlichkeitsrechte so schwerwiegend eingegriffen wurde, hat ein Recht darauf, zu erfahren, warum dies geschah, und seinerseits erklären zu können, wie er dies erlebte und was vielleicht die Eskalation verhindert hätte. Auf Grund der institutionellen Bedingungen ergeben sich solche



Gespräche häufig nur durch eigenes aktives Nachgehen. Ich selbst habe mir damit unter Kollegen den Ruf eingehandelt, bei Zwangsmaßnahmen »einem hohen Rechtfertigungszwang zu unterliegen« – für mich durchaus ein Kompliment, auch wenn es vielleicht nicht so gemeint ist. Wichtiger ist mir, auf diesem Weg (hoffentlich!) die eine oder andere zusätzliche Traumatisierung gemildert oder vielleicht sogar verhindert zu haben.

Es wäre sicher nicht falsch, solche Nachgespräche im Rahmen des Qualitätsmanagements zum Regelangebot zu machen, wie dies inzwischen in einigen Institutionen geschieht – R. KETELSEN und V. PIETERS (2004) haben darüber ausführlich berichtet. Ich selbst stehe allerdings der »Standardisierung« von Zwangsmaßnahmen durchaus zwiespältig gegenüber. Einerseits sehe ich es als Fortschritt an, wenn in Einrichtungen – besonders dort, wo hohe Zwangseinweisungsraten vorliegen – überhaupt eine regelmäßige Diskussion über dieses Thema zustande kommt. Andererseits birgt jede Standardisierung die Gefahr, Zwang zu akzeptieren, nur weil er Standards entspricht. Kann es zum Beispiel in Ordnung sein, eine suizidale Patientin auf eine geschlossene Station zu verlegen, nur weil das Pflegeteam der offenen Station am Wochenende nicht hinreichend besetzt ist, um eine 1:1-Begleitung zu gewährleisten? Da helfen dann auch »Standards« wenig, denn eine solche Zwangsmaßnahme gilt es durch organisatorische Maßnahmen zu vermeiden.

Mehr Transparenz gerade dort, wo es in der Psychiatrie schwierig wird, weil rechtliche und fachliche Aspekte sich verquicken, ist nicht nur durch individuelle Nachbesprechungen zu erreichen. Ein einfacher und kostenneutraler Schritt wäre es, wenn Kliniken die Zahlen ihrer Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen einer interessierten Öffentlichkeit – etwa der örtlichen Selbsthilfegruppe oder dem Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen – zugänglich machten. Natürlich sind niedrige Zahlen nicht automatisch ein Indiz für Qualität, aber allein der offene Umgang mit den Zahlen könnte viel beitragen zu einem höheren Vertrauen in die Psychiatrie und gleichzeitig zu einem Mehr an Empowerment auf Seiten der Patienten, weil sie sich nicht so sehr einem undurchschaubaren System ausgeliefert fühlten. Zwangsmaßnah-

men können durchaus als eine »Komplikation im psychiatrischen Handeln« gewertet werden, doch es sollte dazugehören, die Komplikationsraten einzelner Krankenhäuser und Abteilungen erfahren zu können, bevor jemand einer Behandlung oder einem Eingriff zustimmt. Auch das gehört zu den garantierten Patientenrechten. Mehr Transparenz an dieser Stelle würde zweifellos zu einem größeren Problembewusstsein auch innerhalb der Institutionen führen (siehe auch den Beitrag von U. Seibert zu dem Thema).

Ein größeres Problembewusstsein und vor allem die Berücksichtigung der häufig massiven Traumatisierung durch Zwangsmaßnahmen bei der Güterabwägung wären erste Schritte, um die Zahl der Zwangsmaßnahmen deutlich zu reduzieren. Sind es doch gerade die Erfahrungen von Zwang, die oft langfristig bei den Betroffenen zur Therapieverweigerung führen. Vertrauen in ein Hilfesystem kann durch Zwang nicht wachsen. Dass es anders möglich ist, zeigen die Beispiele einiger deutscher Städte, deren Zwangseinweisungsquote deutlich niedriger liegt als die der benachbarten Kommunen. Gewaltarmes Arbeiten sollte aus meiner Sicht allgemein zu einem Qualitätskriterium psychiatrischer Tätigkeit gemacht werden.

Ein durchaus bedeutsamer, aber oft im Verborgenen wirkender Empowermentsschritt bei Zwangseinweisungen gelang in Nordrhein-Westfalen 1999 bei der Novellierung des PsychKGs. Seither kann die Landesregierung in die Besuchskommission, die einmal jährlich jene Kliniken kontrolliert, die Patienten nach dem PsychKG behandeln, auch Vertreter der Angehörigen und der Betroffenen berufen und tut dies inzwischen flächendeckend. Natürlich ändert so eine Maßnahme nicht von heute auf morgen die Zwangspraxis, aber die Psychiatrie-Erfahrenen – wie auch die Angehörigen – haben hier ein wichtiges Forum gewonnen, um ihre Erfahrung und ihre Sichtweise zum Problem Zwang einzubringen. Sicher sind die Kommissionssitzungen »lebendiger« und widerspruchreicher geworden, sicher kommt es auch heute noch vor, dass versucht wird, die kritischen Nachfragen Psychiatrie-Erfahrener in der Kommissionssitzung als krankhaftes Misstrauen abzustempeln oder ihre Fähigkeit, mit der Schweigepflicht umzugehen, anzuzweifeln. Aber

manch ein Protokoll wurde durch ein kritisches Beiblatt facettenreicher und auch einige grundsätzliche Mängel der Kommissionsarbeit konnten aufgezeigt werden.

### **Empowermentwünsche für die Zukunft**

Eine solche Öffnung, wie sie in Nordrhein-Westfalen in der Besuchskommission möglich wurde, wäre auch in vielen anderen Gremien wünschenswert, zum Beispiel durch paritätisch mit Psychiatrie-Erfahrenen besetzte Klinikbeiräte sowie durch ihre selbstverständliche, gleichberechtigte Mitarbeit in kommunalen Gremien wie den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften. Überall in Deutschland gibt es dafür Ansätze, mal mit gutem, mal mit bescheidenem Erfolg (siehe auch den Beitrag von J. Utschakowski). Auch Psychiatrie-Erfahrene als (bezahlte!) Dozenten in die Aus- und Weiterbildung von Professionellen einzu beziehen wäre ein wichtiger Schritt. Letzteres könnte allemal eine Bereicherung sein und auch einseitig biologischem Denken und Handeln vorbeugen. Noch entscheidender wird sicher eine nutzerorientierte und nutzerkontrollierte Forschung sein. Solange Forschung praktisch nur noch von der Pharmaindustrie gesponsert ist, werden auch die Forschungsergebnisse nur pharmaorientiert ausfallen (siehe den Beitrag von V. Aderhold). Erste Ansätze für die Umsetzung all dieser Punkte gibt es in Deutschland und auch auf europäischer Ebene durchaus. Was heute noch fehlt, ist in meinen Augen der breite Wille zur Umsetzung. Wenn dies an jedem psychiatrischen Arbeitsplatz sichtbar und spürbar wird, dann kann man sich der fröhlich optimistischen Feststellung von S. PRINS (2005) anschließen: »Ohne uns geht nichts mehr.«

Es bleibt viel zu tun, um den Gedanken des Empowerments wirklich im Alltag des Klinikgeschehens und der gesamten psychiatrischen Versorgung zu verankern und zu einer Selbstverständlichkeit zu machen. Doch der erste Schritt zu Empowerment förderndem Handeln – so zeigt meine Erfahrung – kann nur im individuellen Denken der Professionellen geschehen. Wenn dort die Rechte der Betroffenen, ihre

Ressourcen und Bedürfnisse ähnlich viel Raum einnehmen wie Rezeptoren und Transmitter, dann lassen sich im institutionalisierten Alltag durchaus Handlungsalternativen finden, um die Patienten nicht nur auf »Fälle« zu reduzieren, sondern um trotz psychiatrischer Diagnose dazu beizutragen, dass sie selbstbefähigt ihren Lebensweg gehen können.

## Zwang und Empowerment – Alternative Wege in der Krise

ULRICH SEIBERT

Als Krisen bezeichnet man heute im psychiatrischen Zusammenhang kurzfristig auftretende Verhaltensweisen von Menschen, die aus dem üblichen Rahmen fallen und Anlass für Interventionen geben. Hier sollen solche Krisen im Vordergrund stehen, die zu Eingriffen von außen führen, ohne dass dies der Betroffene wünscht. Während Krisen, für deren Bewältigung die betreffende Person selbst Lösungen und Hilfe sucht, zum Alltag von Professionellen gehören, sind die hier gemeinten Krisen für die Umgebung des Betroffenen und für die professionell Zuständigen mit erheblichen Problemen verbunden.

Erst recht gilt dies für Psychiatrie-Erfahrene. Die »Hilfe wider Willen« (FINZEN u. a. 1993) widerspricht der Selbstbestimmung des Klienten. Durch Zwangsmaßnahmen, unerwünschte gesetzliche Betreuungen und Polizeieinsätze werden nicht nur Grundrechte außer Kraft gesetzt, sondern häufig auch die Würde der Betroffenen verletzt. Bei Psychiatrie-Erfahrenen kann es dadurch zu einem gespannten Verhältnis zu den professionellen Helfern kommen, bis hin zur generellen Ablehnung von stationären Behandlungen.

Die Diskussion über »Psychiatrie ohne Gewalt« (KRISOR 1993; KRISOR/PFANNKUCH 1998) gegenüber »Psychiatrie ohne Gewalt – eine Fiktion« (WIENBERG 2003) soll hier nicht als Kontroverse aufgegriffen werden. Das Ziel der Überlegungen ist vor allem Verständnis für die Krisensituationen zu entwickeln und Möglichkeiten zu suchen, wie Krisen und ihre Eskalation vermieden oder gewaltfrei überwunden werden können. Trotz manchmal unvermeidlicher Gewaltanwendungen geht es um die Beachtung von Menschenwürde und grundgesetzlichen Rechten. Ein weiterer Punkt sind die Folgen von früher erlittenen Traumatisierungen durch psychiatrische Gewalt. Auch damit müssen wir uns auseinander setzen.

In den letzten Jahren ist die Gewaltfrage in der Psychiatrie wiederholt thematisiert worden (EINK 1997; KEBBEL u. a. 1998). Im internationalen Rahmen hat dazu die Selbstorganisation von Psychiatrie-Erfahrenen wesentlich beigetragen; zunächst nannten sie sich »Überlebende« (siehe KEMPKER/LEHMANN 1993, S. 446). Sie forderten generell die »Abschaffung der Psychiatrie«; diese antipsychiatrische Bewegung geht davon aus, dass eine gewaltfreie Psychiatrie zumindest derzeit nicht möglich sei. Inzwischen sind aber auch große Teile der Selbsthilfebewegung an dem Ziel einer alternativen Psychiatrie orientiert (CHAMBERLIN 1988).

Um die Konfliktpunkte zwischen Selbstbestimmung und psychiatrischer Behandlung deutlich zu machen, im Folgenden einige Problemfelder.

### Konfliktfelder

**Zwangsunterbringungen:** Während Statistiken von Zwangsunterbringungen in Kliniken oft den Eindruck erwecken (sollen), dass es sich um seltene Ausnahmen handelt, zeigt die Praxis und eine nüchterne Betrachtung der Statistiken, dass auch heute noch viele Psychiatrie-Erfahrene davon betroffen sind (RENNER 1998): Durchschnittlich wurden an einer Universitätsklinik pro Jahr allein via Unterbringungsgesetz (UBG) 44 Personen aufgenommen; im Berichtszeitraum von dreieinhalb Jahren handelte es sich um 109 Patienten. DODEGGE (1998) berichtet aus Essen für 1996, dass 829 Einweisungen nach UBG stattfanden sowie 1128 Einweisungen durch Betreuer, von denen 78 mit Hilfe der Betreuungsstelle der Klinik »zugeführt« wurden; in 49 Fällen wurde die Polizei eingeschaltet. Solche Zahlen machen es verständlich, dass in Selbsthilfegruppen das Thema »Gewalt und Zwang« heftige Emotionen hervorruft. Nicht selten kommt es vor, dass Personen, die aus eigenem Interesse eine Klinik aufgesucht haben, nach wenigen Tagen zwangsuntergebracht werden. Diese Praxis führt die Bemühungen von ambulanten Diensten, Angehörigen und niedergelassenen Ärzten zur freiwilligen stationären Behandlung ad absurdum. Wenn ich mit der nachträglichen Zwangs-

unterbringung rechnen muss, kann ich kaum mit gutem Gewissen jemandem zur freiwilligen Klinikbehandlung raten.

Besonders entwürdigend sind Unterbringungen mit »Anwendung unmittelbarer Gewalt«. Die gewaltsame Öffnung der Wohnung, Abführen in Handschellen, die Polizei vor der Haustür ... das alles ist für einen Menschen ohne Kriminalitätserfahrung ein schwerer Schock, der nicht ohne weiteres verarbeitet werden kann. Durch solche Erfahrungen – besonders extrem bei »Ersterkrankungen« – wird das Verhältnis zur Psychiatrie nachhaltig beeinträchtigt. Angst und Misstrauen treten an die Stelle von Hoffnung und Vertrauen auf eine gute Behandlung und Hilfe.

**Gesetzliche Betreuungen:** Betreuungen nach BGB sollten im Sinne des Gesetzes eine Hilfe für die Betreuten sein. Deshalb wurde der Begriff »Vormundschaft« durch das Wort »Betreuung« ersetzt. Die Betreuungen sollten auf Wunsch der Betroffenen eingesetzt werden. Tatsächlich haben sich die BGB-Betreuungen inzwischen aber relativ häufig als ordnungsrechtliche Maßnahmen entwickelt, die dann nicht den Wünschen der Betreuten entsprechen. Beispielsweise werden Zwangsunterbringungen über die Anordnung einer Betreuung realisiert. Dafür gibt es verschiedene Gründe. Wenn etwa keine Selbst- oder Fremdgefahr besteht, lässt sich eine stationäre Zwangsbehandlung nach Unterbringungsrecht schlecht begründen. Durch einen Betreuer jedoch ist die Zwangsbehandlung auch ohne Selbst- und Fremdgefährdung durchsetzbar.

Entsprechend wird in Selbsthilfegruppen oft das Problem diskutiert: »Wie bringe ich die Betreuung wieder los?« Viele Vormundschaftsrichter bestehen dafür auf einem neuerlichen psychiatrischen Gutachten. Wo aber findet der Psychiatrie-Erfahrene diesen Gutachter?

Eine weitere schwer wiegende Einbuße an Autonomie entsteht dann, wenn der Betroffene kein Sozialhilfeempfänger ist: Er muss jede Aktivität des Betreuers und die Verfahrenskosten selbst bezahlen, obwohl er die Betreuung nicht will.

Besonders entwürdigend sind Betreuungen, die zur Sperrung des Bankkontos führen, einen Führerscheinentzug nach sich ziehen oder als »Einwilligungsvorbehalt« jegliche Vertragsfähigkeit aufheben.

Diese Einschränkungen haben außerdem erhebliche Auswirkungen für die alltäglichen sozialen Beziehungen.

**Zwangsmedikation:** Bei somatischen Erkrankungen gibt es keine Diskussion darüber, wenn jemand keinen Arzt aufsuchen, keine oder nur bestimmte Medikamente einnehmen oder auf eine Operation verzichten will. Die Selbstbestimmung steht hier außer Frage; Behandlungen gegen den Willen des Betroffenen gelten als Körperverletzung und können straf- und zivilrechtliche Folgen haben. Bei psychischen Erkrankungen ist dieses Grundrecht von vornherein in Frage gestellt.

Die faktische Entmündigung findet dann statt, wenn die Ablehnung von Behandlungen als Folge der Krankheit gesehen wird und der Betroffene wegen Einsichtsunfähigkeit auch gegen seinen Willen behandelt werden kann. Eine Einigung ist schwierig, wenn jede Gegenrede als krankhafte Uneinsichtigkeit interpretiert wird. Hier besteht ein Argumentationskreislauf, dessen Auflösung besonderer Strategien bedarf.

**Fixierungen:** Im deutschen Strafvollzug ist die Fesselung praktisch abgeschafft. Es gibt als Strafmaßnahme Arrestzellen. Die Einsperrung darin ist nur mit einem förmlichen Verfahren erlaubt; für den Betroffenen ist das durchschaubar. Die Durchführung des gesamten Strafvollzuges ist im Einzelnen gesetzlich geregelt. Im Vergleich dazu ist in der Psychiatrie die Fesselung grundsätzlich erlaubt, ohne gesetzliche Regelung (außer der formellen Genehmigung durch den Vormundschaftsrichter). Der Patient fühlt sich einer solchen Maßnahme praktisch rechtlos ausgeliefert. Besonders gravierend ist es, fixierte Menschen allein zu lassen, sie nicht auf die Toilette gehen zu lassen usw. (BRENSING/BENZ-STÄIGER 1999; HALTENHOF 1997).

**Gutachten:** Gutachten, die von Psychiatern erstellt werden, um Zwangsmaßnahmen und Betreuungen zu ermöglichen, wirken auf die Betroffenen ebenfalls oft als schwere Beeinträchtigung ihrer Autonomie und Handlungsfähigkeit. Letztendlich hat der Gutachter die größte Macht in der Krisensituation. Wenn die Gutachter zugleich die behandelnden Ärzte in der Klinik sind, dann findet eine Machtkonzentration statt, gegen die der Patient sich praktisch nicht wehren kann.

Nehmen wir noch einmal das Beispiel des Patienten, der freiwillig in die Klinik gegangen ist. Nach einigen Tagen fühlt er sich stabilisiert und möchte nach Hause. Die Klinik hält ihn für weiterhin behandlungsbedürftig; sein Wunsch nach Entlassung wird als krankhafte Uneinsichtigkeit interpretiert: Der behandelnde Arzt schickt ein entsprechendes Gutachten an den Vormundschaftsrichter, der daraufhin die Zwangsunterbringung anordnet (bzw. genehmigt). In dieser Situation ist der Patient faktisch machtlos und den Entscheidungen der »Experten« völlig ausgeliefert.

**Vormundschaftsrichter:** Der Vormundschaftsrichter DODEGGE (1998) schildert eindrucksvoll, dass die Richter – im Vergleich zu den psychiatrischen Gutachtern – wenig Einfluss haben. Ähnlich äußerte sich ein Rechtsanwalt vor Psychiatrie-Erfahrenen: »Sie werden doch nicht glauben, dass ein Vormundschaftsrichter gegen den ärztlichen Gutachter entscheiden wird – woher sollte er die Kompetenz nehmen?« Damit sagte er zugleich, dass er als Anwalt ebenfalls kaum Möglichkeiten zum Eingreifen sieht.

Dodegge weist ferner darauf hin, dass Verfahrenspfleger, die bei der Bestellung eines Betreuers eigentlich die Interessen des Betroffenen vertreten sollten, oft nur auf die Legalität des Verfahrens achten und dafür ihr Honorar beziehen (das der psychisch Kranke bezahlen muss). Die resignative Auffassung von der völligen Abhängigkeit der Juristen wird aber glücklicherweise nicht von allen geteilt; es gibt Richter, die ihren eigenen Eindruck aus der Anhörung auch gegen die Meinung der Gutachter für eine andere Entscheidung nutzen.

### **Psychiatrischer Zwang aus professioneller Sicht**

Der Zwiespalt zwischen dem Bemühen um Empowerment-Strategien zugunsten der Betroffenen und professionellem Zwang führt zu der Frage, wie diese Probleme mit dem Zwang zustande kommen.

### **Gesellschaftliche Erwartungen an die Psychiatrie**

Die Psychiatrie ist ein medizinisches Fachgebiet, dessen Ziel die Heilung von Krankheiten ist. Ärzte handeln in diesem Zusammenhang im Auftrag ihrer Patienten; das Wohl des Patienten ist die Basis der Arbeit. Daneben sind der Psychiatrie aber historisch noch andere Aufgaben zugewiesen worden. Der große Schritt zur medizinischen Interpretation des Wahnsinns als Krankheit hat zu einem humaneren Umgang mit psychisch Kranken geführt; die Psychiatrie hat dafür aber die ordnungsrechtlichen Aufgaben der Gesellschaft mit übernehmen müssen.

Dieser Doppelcharakter psychiatrischer Arbeit ist der Ursprung der Zwangsmaßnahmen, die sonst den medizinischen Berufen fremd sind. Dazu E. BLEULER (1911, zit. n. FINZEN 1997, S. 20): »Die jetzige Gesellschaftsordnung verlangt vom Psychiater eine große und ganz unangenehme Grausamkeit. Man zwingt Leute, denen aus guten Gründen das Leben verleidet ist, weiterzuleben. (...) schlimm ist es, wenn man diesen Kranken ... das Leben noch unerträglicher macht, indem man sie einer peinlichen Bewachung unterwirft.«

Dieser gesellschaftliche Auftrag schlägt sich in Gesetzen und Verordnungen nieder und er wird in der öffentlichen Meinung und den Medien sichtbar. Schließlich erwarten auch Angehörige psychisch Kranker, dass die Psychiatrie die Betroffenen mit allen Mitteln heilt, sie versorgt und nötigenfalls bewacht. Neben der Medizin gehören zu diesem gesellschaftlich-rechtlichen Auftrag auch Vormundschaftsrichter und gesetzliche Betreuer, die über die ärztlichen Gutachten in enger Wechselbeziehung zur Medizin stehen.

### **Professionelle als fürsorgliche Helfer**

Es gibt eine weitere Besonderheit der psychiatrischen Arbeit im Vergleich zur übrigen Medizin. Neben dem ganz normalen Handeln im klaren Auftrag des Patienten stellt sich bei uns oft die Frage, was das »wirkliche Interesse« des Betroffenen ist, wenn er sich in einem psychischen Ausnahmezustand befindet.

Wenn jemand unter Verfolgungsangst leidet, dann möchte er sich gegen

die (vermeintliche) Verfolgung schützen. Dazu nützt es ihm nichts, wenn er Tabletten schluckt. Der Psychiater sieht aber die Möglichkeit, die Angst durch Medikamente zu beseitigen. Der Professionelle weiß also besser, was dem Klienten nützt als dieser selbst. Er handelt dann im (vermeintlichen) Interesse des Betroffenen, ohne einen Auftrag dafür zu haben. An die Stelle des sonst üblichen Klientenauftrags tritt eine Idee von Fürsorge und Hilfe.

Ob die dann praktizierte Behandlung, vielleicht mit Anwendung von direktem oder indirektem Zwang, tatsächlich eine Hilfe im Interesse des Klienten ist, kann erst im Nachhinein festgestellt werden.

Die nachträgliche Beurteilung von solchen Behandlungen und Maßnahmen kann eigentlich nur über die genauen Rückmeldungen der Klienten erfolgen. Das bedeutet: Jede Behandlung, jede Entscheidung ohne ausdrücklichen Wunsch des Betroffenen führt in eine Unsicherheit für den Professionellen. Trotz dieser Unsicherheit muss er sich für einen Weg entscheiden. Hat er sich für Zwangsmaßnahmen oder hohe Medikamentendosierung entschieden, so muss er eventuell mit Ablehnung und späteren Vorwürfen durch den Psychiatrie-Erfahrenen rechnen. Beschränkt er sich auf die mit dem Patienten vereinbarten Medikamente, Behandlungsformen und Behandlungszeiten (etwa bezüglich des Zeitpunkts der Entlassung), dann zieht er sich oft die Vorwürfe der Angehörigen zu. Nimmt sich der Patient später gar das Leben, so ist zusätzlich mit Vorwürfen durch die Vorgesetzten oder Anstellungsträger zu rechnen, vielleicht droht sogar eine rechtliche Verantwortung. Weniger dramatisch, aber unangenehm genug, können spätere Vorhaltungen des Patienten sein, man habe sein Leiden nicht ernst genug genommen, hätte ihn nachdrücklicher zur Medikamenten-Einnahme drängen sollen usw.

Damit sitzt der professionelle Helfer nicht selten zwischen den Stühlen: Empowerment-Strategien und Klienten-Autonomie ernst nehmen bedeutet, auf manche medizinisch oder sozial mögliche und fachlich wünschenswerte Maßnahme zu verzichten. Die Folge können aber Vorwürfe von außen sein und eigene Schuldgefühle. Aus diesem Dilemma gibt es keinen einfachen Ausweg.

Als Professioneller steht man also unter einem doppelten Rechtfertigungszwang.

Die eine Richtung der Rechtfertigung ist die juristische: sich also so absichern, dass keine Vorwürfe wegen »unterlassener Hilfeleistung« erhoben werden können, dass die Symptome möglichst weit gehend unterdrückt werden und der Betreffende möglichst unauffällig und damit »pflegeleicht« wird – so etwa kann die richtige »medizinische Kunst« gesehen werden. Interessant ist, dass Prozesse wegen Freiheitsberaubung, Körperverletzung und auf Schadensersatz und Schmerzensgeld in der Psychiatrie äußerst selten sind; KEITEL und THORWART (1993, S. 229) zitieren einen Fall mit 2000 Mark Schmerzensgeld. Das Bedürfnis nach juristischer Absicherung in dieser Richtung ist in Deutschland folglich gering.

Die andere Richtung der Rechtfertigung wäre die Anerkennung durch die Psychiatrie-Erfahrenen während der Behandlung und rückblickend zu späteren Zeitpunkten. Dies ist ein Beweis für eine Haltung, die Autonomie und Empowerment unterstützt. Das Kriterium für Erfolg muss hier nicht unbedingt Symptombeseitigung oder im medizinischen Sinne »Heilung« sein. Sehr oft ist es nur die positive Rückmeldung »Ich habe wieder Lebensmut und Selbstbewusstsein gefunden«, »Ich bin froh, dass ich jemanden gefunden habe, mit dem ich über alles reden kann, und ernst genommen werde«, oder auch praktische Hilfen, die zur Sicherung des Lebensunterhaltes, zu einer akzeptablen Wohnmöglichkeit geführt haben etc. Ebenso positiv für die Selbstbefähigung kann die Vermittlung an eine Selbsthilfegruppe und die Verbesserung sozialer Kontakte sein. Sich an solchen Erfolgen zu messen sollte für das Selbstvertrauen der Professionellen die Alternative sein im Gegensatz zur juristischen Absicherung.

Wenn etwas »schief gelaufen ist«, ein Klient wieder öffentlich aufgefallen ist oder gar einen Suizidversuch unternommen hat, dann kann das vom therapeutischen Helfer als eigenes Versagen empfunden werden (FINZEN 1997, S. 22). Das hängt von der Vorstellung des Therapeuten über seine Möglichkeiten ab. Wenn das Helfer-Bewusstsein mit einer gewissen Omnipotenz-Vorstellung gekoppelt ist, dann sind die Ziele

sehr hoch gesteckt; es kommt zur selbstverständlichen »Übernahme von Verantwortung« für die Gesundheit, das Leben und das Wohlergehen des Klienten. Bei Nichterfüllung dieser Ziele entsteht das Gefühl des Versagens, mit vielfältigen Konsequenzen, die sich auch auf die Beziehung zum Klienten auswirken können.

Ich möchte dieser, unter professionellen Helfern verbreiteten Einstellung eine Alternative gegenüberstellen: Bescheidenheit, die eigenen, begrenzten Möglichkeiten richtig einschätzen, sich nicht zum Manager des Klientenlebens machen (also nicht »Case-Manager« sein wollen). Die Vorstellung, ich sei verantwortlich für einen eventuellen Suizid eines Klienten, heißt »Schicksal spielen« wollen. Wenn ich etwas im Sinne des Klienten tun kann, dann tue ich es; wenn ich es nicht kann oder wenn ich das Richtige nicht finde und deshalb das Falsche getan habe, dann ist das offenbar nicht zu vermeiden gewesen. Ich handle jeweils nach bestem Wissen und Gewissen und nach den jeweiligen Möglichkeiten, die mir zur Verfügung stehen. Wenn dies nicht ausreicht, dann muss ich mich nicht mit Schuldgefühlen herumschlagen.

Suizide sind eine der häufigsten Todesursachen in unserer Gesellschaft. Manche sind in meiner Nähe passiert und haben mich emotional sehr betroffen. Aber ich kann daraus nicht den Schluss ziehen, dass ich für die Tode der Menschen verantwortlich oder zuständig bin. Ich halte es für eine Hybris, wenn Psychiatrie-Tätige sich zum Herrn über Leben und Tod machen. Die Idee, es handle sich um »unterlassene Hilfeleistung« (StGB § 323c), wenn ich einen Menschen nicht mit Gewalt und verschiedenen Zwangsmaßnahmen an seinem Freitod gehindert habe, ist blanker Zynismus – siehe das Zitat von E. Bleuler oben. Wie hier wirkliche Hilfeleistung aussehen kann, wird im Abschnitt über Suizidalität beschrieben.

Ein Problem kann auch die Diskrepanz sein zwischen dem, was Professionelle als Erfolg ansehen, und dem, was Psychiatrie-Erfarene als Hilfe betrachten: Ein klarer Erfolg für den Professionellen ist es beispielsweise, wenn man jemanden vor dem Tod bewahrt hat; eindeutige Erfolge sind natürlich Symptomfreiheit, Erhaltung eines Arbeitsplatzes oder einer Ehe. Wenn dagegen die professionelle Arbeit eher in einer lang-

fristigen Betreuung besteht, mit immer wiederkehrenden Krisen und ohne sichtbare Verbesserungen der Lebenssituation oder der Symptomatik, dann bleibt das Erfolgsgefühl oft aus.

Herr Hinterberger lebt in einem zur Notunterkunft ausgebauten Bunker. In seine Wohnung lässt er niemanden hinein – es besteht ein typisches »Vermüllungssyndrom«. Manchmal beschwerten sich Nachbarn, dass es allzu sehr aus der Wohnung stinkt, wenn Herr Hinterberger mal wieder längere Zeit den Bioabfall nicht entsorgt hat. In der Kleinstadt ist er eine relativ bekannte Persönlichkeit: Er kramt in Mülltonnen herum und bettelt auch Leute an. Er führt wunderliche Reden und zeigt keinerlei Krankheitseinsicht. Hilfeangebote lehnt er ab mit dem vagen Hinweis auf seine eigenen Helfer, die wohl einer anderen Realität angehören.

Ein richtiges Erfolgserlebnis für Nachbarn, Ordnungsamt, Vormundschaftsgericht, Betreuer und sozialpsychiatrische Mitarbeiter wäre eine Zwangsräumung mit Unterbringung, psychiatrische Behandlung und Rehabilitation. Die mit dem Fall betraute gesetzliche Betreuerin hat aber in der Supervisionsgruppe die Entscheidung getroffen, dass sie sich auf Sozialhilfeanträge beschränkt und bei größeren Nachbarschaftsklagen Herrn Hinterberger dazu bewegt, seinen »angegammelten Biomüll« mal wieder zu entsorgen. Hier muss man sehr bescheidene Ziele haben, um einen Erfolg zu verbuchen: Als Erfolg ist die Unterstützung von Herrn Hinterberger zu seiner Form des autonomen Lebens definiert worden. Dazu gehört auch die Beschwichtigung von Nachbarn und Ordnungsamt. Realistisch gesehen bliebe als Alternative wohl nur die Dauerunterbringung in einem Pflegeheim mit völliger Fremdbestimmung.

### Arbeitsbedingungen und Krisenhilfe

Die Berücksichtigung von Klientenbedürfnissen in schwierigen Krisensituationen ist auch eine Frage von *Zeit* und *Personal*. Wenn eine »Eins-zu-eins-Betreuung« möglich ist, dann kann auf viele Druckmittel oder Zwangsmaßnahmen verzichtet werden. Der Begriff »Eins-zu-eins-Be-

betreuung« reicht eigentlich gar nicht aus. Manchmal sind auch zwei Personen vorübergehend in Anspruch genommen; und bei längerfristiger Betreuung, die eine Fixierung ersetzen soll, ist durch Schichtwechsel mit zusätzlichem Personal zu rechnen.

Auch in der Gemeindepsychiatrie ist viel Arbeitskraft und -zeit erforderlich, um krisenhafte Zuspitzungen etwa in der Familie zu bewältigen. Bei dem üblichen Mangel an Zeit und Mitarbeitern ist dann die schnelle Zwangslösung mit Polizei und Einweisung wesentlich einfacher. Klientenbedürfnisse und Selbstbestimmung bleiben auf der Strecke – von den höheren Kosten für Krankenkassen und Steuerzahler ganz zu schweigen.

Für die Mitarbeiter besonders frustrierend ist es, wenn die klientenfreundlichen, menschenwürdigen Lösungen gesehen und gewünscht werden, aber aus Zeitmangel nicht realisiert werden können. Dann kommt es gegen die eigene Überzeugung zur Missachtung der Betroffenen-Bedürfnisse. Eine emotionale Hilfe wäre es, solche Arbeitsbedingungen auf der politischen Ebene anzuprangern und gemeinsam für Änderungen zu kämpfen.

Eine weitere Rahmenbedingung ist, insbesondere im stationären Bereich von Kliniken, Heimen u. Ä., der Stil des Hauses. Wenn die Behandlung vorwiegend unter »kustodialen« (bewachenden) und pharmakologischen Gesichtspunkten durchgeführt werden soll, dann ist für psychotherapeutische und fürsorgliche Hilfen kaum Platz. Mitarbeiter brauchen für ihre Handlungskonzepte die Unterstützung der Vorgesetzten und des Teams, die in diesem Fall fehlen würde.

Lange bestehende Routinen kann man ebenfalls zum Stil des Hauses rechnen. Wenn traditionell »Schutzmaßnahmen« und »Sicherung« in Verbindung mit vormundschaftsrichterlicher Kooperation im Vordergrund stehen, dann ist mit Widerständen bei einem Teil der Mitarbeiter zu rechnen, wenn klientenfreundlichere Änderungen eingeführt werden sollen. Der Umfang solcher Probleme wird von SACHSSE (1999, S. 45) charakterisiert: Es »sind Fixierungen als mühsam rationalisierte, sadistische Disziplinierungsmaßnahmen zur Entlastung emotional ausgebrannter, unzureichend weitergebildeter ... unterbezahlter Mitar-

beiter ... missbraucht worden ...« Ein anekdotisches Beispiel liefert auch D. Cooper, der britische Reformpsychiater, der schrieb, er sei froh um seine Pfleger in der Klinik gewesen, die aus dem Hafenarbeitermilieu in Liverpool stammten, weil sie aus den Kneipen wussten, wie man einen Tobenden beruhigt, ohne ihn zu verletzen. Anschauliche Schilderungen der Alltagsprobleme in der Gemeindepsychiatrie gibt es von U. SCHMALZ (1994) und I. EICHENBRENNER (1999).

Schließlich spielt auch die Ausbildung der Professionellen eine große Rolle. Ein Beispiel: Der Umgang mit Borderline-Personen, bei denen Suizidalität und Selbstverletzungen sichtbare Symptome sind, verlangt spezielles Wissen und Können. Die Konzepte von J. KIND (1998) und U. SACHSSE (1999) beispielsweise werden bisher wenig umgesetzt; statt adäquate psychotherapeutische Konzepte zu beachten, bleibt es bei vorübergehenden Zwangsmaßnahmen und professioneller Hilflosigkeit. Die Bewältigung von eskalierenden Krisensituationen muss trainiert werden und der hilfreiche Umgang mit bedrohlichem oder selbstschädigendem Verhalten von Psychiatrie-Betroffenen setzt spezifische Kenntnisse und Erfahrung voraus. Unerlässlich ist außerdem eine qualifizierte Supervision, weil gerade die Krisenhilfe ohne Zwang emotional belastend ist, außerdem kann durch die Supervision spezifisches Wissen vermittelt und zur Diskussion gestellt werden.

### **Zur Psychodynamik von Zwang in der Psychiatrie**

Sowohl in der Praxis wie in der Literatur wird traditionell das Verhalten von Menschen in einer psychischen Krise so dargestellt, als ob die Verhaltensweisen nur aus der Persönlichkeit dieses Menschen entstanden seien. Zusammenhänge mit Personen der Umgebung und mit konkreten Situationen werden zumeist ausgeblendet. Dieser Art der eingeschränkten Wahrnehmung und Interpretation entspricht die Reaktion der Beteiligten: Sie reagieren ausschließlich auf das objektivierbare Verhalten, wenn sie Maßnahmen ergreifen, so als ob diese Reaktionen einem mechanischen Automatismus entsprächen. Damit wird der Theo-



rie der »endogenen« Verursachung von psychischen Störungen entsprochen. Die Endogenitätstheorie macht Psychiatrie-Erfahrene weitgehend handlungs- und entscheidungsunfähig: Sie können ja nichts tun, sondern sind willenlos ihrem Schicksal ausgeliefert.

Im Gegensatz zu dieser Vorstellung steht die Beachtung der psychodynamischen Zusammenhänge. Man kann auch von einer »systemischen« Perspektive sprechen. Gemeint ist, dass auch alle Verhaltensweisen von mehr oder weniger psychisch Kranken in einem kommunikativen Zusammenhang zu sehen sind. Teil dieses Kommunikationssystems sind natürlich auch die professionell Beteiligten.

Unter dem Begriff »Gegenübertragung« haben A. FINZEN (1997, S. 93–107), J. KIND (1998) sowie U. SACHSSE (1999) zu diesen Fragen geschrieben. Einige Möglichkeiten stelle ich im Folgenden kurz dar.

**1. Kreislauf von Sozialkonflikt und Einweisung:** Wenn Menschen mehrfach Erfahrungen mit Klinikeinweisungen bei einer Krise gemacht haben, dann ist es relativ wahrscheinlich, dass sie bei gleichem Verhalten eine neue Einweisung erwarten. Typisches Beispiel dafür sind eskalierende Streitigkeiten in der Familie: Die oder der Psychiatrie-Erfahrene wird laut und aggressiv und die Angehörigen rufen die Polizei, den Rettungsdienst oder den Notarzt herbei: Die Zwangseinweisung beendet die Szene. Als Klinik-Patient hat der Betroffene dann einen anderen Status: Er ist jetzt in einem geschützten Raum, d. h., die Angehörigen beeinträchtigen ihn und er sie nicht. Mit dem Kranken und Eingesperrten können die Angehörigen jetzt Mitleid haben; sein aggressives Verhalten wird als Krankheit eher entschuldigt; es gibt Menschen auf der Station, die keine Problemgeschichte mit dem Betreffenden verbindet; der Patient ist nicht allein, zu nichts verpflichtet. Die Klinik kann im günstigen Fall eine Klausur sein, die aus Ängsten, Konflikten und aus Verzweiflung herausführt.

In der Kommunikation zwischen Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen läuft Folgendes ab: Die Angehörigen sind »böse«, weil sie die Zwangseinweisung herbeiführen. Sie bekommen aus diesem Grund Schuldgefühle – eine Genugtuung für die Eingesperrten. Die aggressive Person wird bestraft durch die Einsperrung – eine Genugtuung für die

Angehörigen. Zu Patienten kann man schließlich wieder freundlich und hilfsbereit sein.

Hier handelt es sich um ein Muster des Drehtür-Prinzips. Auf die Frage, warum keine einfacheren Konfliktlösungen in diesem Fall gewählt werden, gibt es keine einfache Antwort, weil es sich um sehr komplexe Beziehungsstrukturen vor dem Hintergrund von ausgeprägten Persönlichkeitsstrukturen handelt. Eine Änderung des Kreislaufes wäre über systemische Therapie möglich. Ein Ziel dabei ist, dass die Beteiligten lernen sich vor dem Gewaltausbruch »aus dem Weg zu gehen«, sich zurückzuziehen, Hilfe zu holen. Während der beschriebene Kreislauf den Psychiatrie-Betroffenen in einer Krankenrolle festhält, würden Verhaltensänderungen aller Beteiligten zur Normalisierung und damit zu anderen Möglichkeiten auch für den Psychiatrie-Erfahrenen führen. Er würde dann nicht in der Krankenrolle fixiert und behielte andere Handlungsmöglichkeiten.

**2. Adressierte Handlungen:** Bei dem Drehtür-Muster handelt es sich um unbewusste Vorgänge. Daneben gibt es adressierte Handlungen, die zur Psychiatrisierung führen, zum Beispiel bestimmte Suizidversuche oder fremdaggressives Verhalten gegen Angehörige oder in der Öffentlichkeit. Inwieweit Psychiatrie-Erfahrene bewusst damit umgehen, ist unterschiedlich zu sehen. Jedenfalls sind hier Psychiatrie-Erfahrene gemeint, die auf Grund ihrer bisherigen Erfahrungen mit einer Einweisung rechnen.

Was hat das nun mit Selbstbestimmung und Empowerment zu tun? Es handelt sich bei dem Verhalten der psychisch Leidenden um indirekte Hilferufe. Zunächst einmal geht es darum, auf sich aufmerksam zu machen. Die Reaktionen des Umfelds können in zwei entgegengesetzte Richtungen weisen: Entweder sie tun etwas, »greifen ein« (»intervenieren«), oder sie verhalten sich abweisend und gleichgültig. Im ersten Fall kann es zu einer vom Psychiatrie-Erfahrenen erwünschten Hilfe kommen oder zu einer unerwünschten »Hilfe« (etwa Zwangsbehandlung). Im zweiten Fall handelt es sich um eine Zurückweisung der betreffenden Person, hinter der verschiedene Gründe stehen können. Wenn der Hilferuf kein positives Echo findet, wirkt sich die Umweltreaktion auf

jeden Fall negativ auf Selbstbewusstsein und Handlungsfähigkeit des Betroffenen aus.

Aber es ist auch ein anderer Ausweg denkbar: Wenn von vornherein klar ist, dass die privaten und professionellen Bezugspersonen sich weder moralisch noch juristisch verantwortlich sehen (und deshalb intervenieren), dann werden sich die symbolischen Hilferufe anders entwickeln. Ziel einer Empowerment-Strategie ist es, akzeptable und effektive Hilfeangebote bereitzustellen, die für die Betroffenen direkt zugänglich sind; dann wären Umwege über Suiziddrohungen nicht nötig – siehe das »weiche Zimmer« im Soteria-Konzept.

**3. Wiederholung von Gewaltsituationen:** Ein heikles Problem ist die Wiederholung von Gewaltsituationen. Wenn jemand in der eigenen Biografie von früh auf Gewalt erfahren und sich auf die Gewalttätigkeiten von Bezugspersonen eingestellt hat, dann kann Gewalthandeln und Gewalterleiden so ansozialisiert sein, dass solche Kreisläufe unbewusst herbeigeführt werden. »Eine vertraute Situation macht nun einmal weniger Angst.« (DULZ/SCHNEIDER 1996, S. 63) Tritt dieses Verhalten und die zugehörige Erwartung im Zusammenhang mit psychischer Krankheit bzw. psychiatrischer Behandlung auf, dann kommt es zur typischen Gewalt-Spirale. Früher waren solche Gewaltkreisläufe in der Psychiatrie ziemlich häufig: Erlittene Gewalt erzeugt Ärger und Wut sowie Bedürfnisse nach Vergeltung – damit ist aggressives Verhalten programmiert, das wiederum die Gewaltanwendung durch das Klinikpersonal hervorruft. Leider gibt es solche Gewalt-Spiralen auch heute noch in psychiatrischen Zusammenhängen. Wenn der Patient sie nicht von sich aus durchbrechen kann, dann ist es Aufgabe der Mitarbeiter, aus der Spirale auszusteigen. Macht ein Patient Lernerfahrungen, dass die eigene Aggression keine Gegengewalt hervorruft, dann entwickeln sich andere Handlungsmöglichkeiten. Damit muss verbunden sein, dass die Gefühle von Ärger, Frustration und Wut zugelassen und ernst genommen werden.

Würde dieser Zusammenhang aufmerksamer wahrgenommen, dann würde ein großer Teil heute noch vorhandenen Gewaltpotenzials auf Klientenseite und auf professioneller Seite verschwinden. In der Psychi-

atrie werden auf beiden Seiten aggressive Gefühle immer noch viel zu häufig ausagiert, anstatt den Kreislauf zu erkennen und deeskalierende Methoden anzuwenden.

**4. Ablehnende Gefühle:** A. Finzen, J. Kind und U. Sachsse weisen außerdem darauf hin, dass es nicht selten ablehnende Gefühle auf Seiten der therapeutischen Professionellen gibt, die als (Gegen-)Übertragung auf die Klienten wirken. Wenn sich Therapeuten über ihre Klienten ärgern, zum Beispiel wegen »Therapieresistenz«, also wegen eigener (scheinbarer) Erfolglosigkeit, dann wünschen sie vielleicht insgeheim, dass sich die chronisch Suizidale doch endlich umbringen möge. Zwangsmaßnahmen erleben sie dann auch als gerechte Strafe für die undankbare Klientin. Von den Klientinnen und Klienten können diese negativen Gefühle des Therapeuten empfunden werden; das führt dann auf ihrer Seite zu einer zusätzlichen Abwertung der eigenen Person und zu zunehmender Hilflosigkeit und Entmutigung.

## Methodische Gesichtspunkte für Krisensituationen

### Die Würde des Menschen ist antastbar

Entscheidend für die Unterstützung von Empowerment-Prozessen in akuten Krisen ist, dass selbst bei Anwendung von »unmittelbarem Zwang«, also physischer Gewalt, der Respekt vor der Person geachtet werden muss. Erst recht gilt das für die anderen Eingriffe wie Zwangsmedikation, Einsperrung, Anordnung von gesetzlicher Betreuung usw. Dazu L. R. MOSHER und L. BURTI (1992, S. 283): »Es ist von vitaler Bedeutung, Nutzern, insbesondere solchen der öffentlichen Psychiatrie, im Gespräch mit Respekt, echter Zuwendung und nicht wertendem Verstehen zu begegnen – kurz: sie mit Würde zu behandeln ... Ohne eine solche Beziehung wird Helfen zu einer mit Zwang ausgeübten Manipulation von Objekten.« Auch aggressivem Verhalten kann und muss mit dem Bemühen um Verständnis begegnet werden. Gerade wenn man den Betroffenen als krank erlebt, ist nach der Bedeutung seines Verhaltens zu fragen und nicht nur äußerlich die Aggression zu be-

kämpfen. Um die negativen Folgen von psychiatrischem Zwang möglichst gering zu halten, ist die Achtung der Person und ihrer Bedürfnisse oft wichtiger als eine vermeintlich effektive »Behandlung« gegen den Willen der Betroffenen. Es nützt dann auch nichts, wenn man als Therapeut von seinem Fachwissen überzeugt ist und sich als Retter fühlt.

### Sprache, Symptome, Diagnosen

Zum Thema Fachwissen gehört auch die psychiatrische Sprache. Ärzte haben normalerweise das Bedürfnis, die Symptome und damit auch gleich die Person in ein Diagnose-Schema einzuordnen. Das kann so aussehen, dass ein eskalierter Familienstreit von Angehörigen und Arzt als schizophrener Schub (oder psychotische Krise) zugeordnet wird und damit die Zwangsmedikation und sofortige stationäre Unterbringung als einzige Lösung erscheint. Für den Betroffenen geht das aber völlig an seiner Situation vorbei: Ihn interessiert nicht, wie eine Diagnose lauten könnte, sondern was sich gerade ereignet hat. Die Bewältigung der Auseinandersetzung, eine Lösung in der gegenwärtigen Situation – das könnte Respekt vor der kranken Person bedeuten. Mit der Zwangsbehandlung wird ja die Problemsituation keineswegs gelöst – im Gegenteil: Der Konflikt mit den Angehörigen wird eher verstärkt und fixiert.

Die Benennung einer Diagnose bedeutet Fremdbestimmung. J. DEMAND (1998 a, S. 43) schlägt vor, neben oder anstelle der medizinischen Diagnose das »lebensgeschichtliche Krankheitskonzept« zu verwenden. Die Nachfragen über den momentanen Streit bedeuten die Verwendung von Alltagssprache und Begrifflichkeit der Betroffenen, dazu kann er sich äußern und Stellung nehmen. Ein Stück weit ist die Würde der Person gewahrt, auch wenn vielleicht dem aggressiven Verhalten Einhalt geboten wird. Fachsprache zu verwenden ist ein Schutz für die Professionellen, so wie ein Schreibtisch zwischen Klient und Berater. Sich auf den Klienten auch sprachlich einzustellen ist allerdings oft mühsamer und man ist ungeschützter. Diskussionen werden möglich und ersetzen rasche »fachliche« Entscheidungen.

Mit der Zuordnung zu einer Diagnose werden die Symptome nicht

mehr konkret interpretiert. In der traditionellen Psychiatrie dient die Beobachtung von Symptomen der Diagnosestellung. Ansonsten wird den Symptomen kein Interesse entgegengebracht.

Frau Fischer hat Streit mit ihrem Ehemann, der in Handgreiflichkeiten ausartet. Der Ehemann trägt sich mit Scheidungsgedanken. Seine Frau geht nach dem Streit zu einem Psychiater zur Behandlung, weil sie etwas zu ihrer Beruhigung tun möchte. Der Arzt rät ihr zur Aufnahme in einer psychiatrischen Krankenhausabteilung, damit sie Abstand gewinnen und »ihre Nerven sich beruhigen können«. Nach ein paar Tagen fühlt sie sich besser und will nach Hause. Inzwischen hat aber die (junge) Stationsärztin nach Gesprächen mit dem Ehemann eine »Schizoaffektive Psychose« diagnostiziert und will eine Entlassung unterbinden. Sie schickt das entsprechende Gutachten ans Vormundschaftsgericht; das bestellt eine Betreuerin, die mit dem Richter die Zwangseinweisung verfügt. Mit dem ebenfalls bestellten Verfahrenspfleger findet kein eigenes Gespräch statt, er sitzt bei der »Anhörung« durch den Richter nur daneben.

Zum Zeitpunkt der Entlassung (nach 6 Wochen) verfügt der Richter eine Verlängerung der Betreuung »bis zu vier Jahren«. Auch mit dem Richter hat der Ehemann ausführliche Gespräche geführt.

Frau Fischer macht nach der Entlassung eine berufliche Fortbildung, sie lebt heute allein – es bestehen keinerlei Hinweise auf psychotische Tendenzen.

Das Beispiel zeigt Verschiedenes: Die beteiligte Psychiaterin und der Ehemann einigten sich sehr schnell auf die Diagnose »Schizoaffektive Psychose«. Damit begründen medizinische Fachleute eine längere stationäre Behandlung mit Neuroleptika. Um dies gegen den Willen von Frau Fischer durchzusetzen, wird die Betreuerin bestellt. Die ist nicht vom Fach und schließt sich der ärztlichen Sichtweise an. Mit der Diagnosestellung ist scheinbar alles klar. Genauere Nachfragen bei der Patientin werden deshalb nicht für nötig gehalten. Aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen aber soll der Ehekonflikt mit Neuroleptika beendet werden. Würde hingegen nicht die Diagnose als Grundlage der Be-

handlung genommen, sondern eine sorgfältige Analyse der Konfliktsituation, dann wären die psychosozialen Zusammenhänge sichtbar geworden; mit der Patientin gemeinsam hätte man nach Lösungsstrategien gesucht, mit oder ohne medikamentöser Unterstützung. Die Traumatisierung der Betroffenen wäre unterblieben und eine rasche positive Entwicklung wäre wahrscheinlich gewesen. Symptome sind nicht nur Krankheitsanzeichen, sondern haben aus der Perspektive der Betroffenen andere Bedeutungen. Dazu J. KIND (1998, S.13) zum Beispiel der Suizidalität: Suizidalität »hat, wie jedes andere Symptom auch, eine regulierende Funktion, und, so merkwürdig es klingen mag, unter Umständen auch eine stabilisierende Funktion«. Um Symptome richtig verstehen zu können, muss oft ihr symbolischer Inhalt entschlüsselt werden. Dafür reichen kurze Informationsgespräche nicht aus. Um sich den Bedeutungen anzunähern, sind eingehendere Gespräche auf Vertrauensbasis notwendig. Die Krisenhilfe muss ein erster Schritt in diese Richtung sein, deshalb ist es wichtig, nicht durch vordergründige medizinische Definitionen den Weg zu verbauen.

### Deeskalation und Angehörige

Krisenhafte Zuspitzungen, die eine Tendenz zur Anwendung von Zwang mit sich bringen, geschehen in der Regel in einem sozialen Kontext. Die betreffende Person ist irgendwie auffällig geworden, mehr oder weniger betroffene Menschen aus dem Umfeld setzen den »Krisendienst« in Bewegung. Mit Krisendienst meine ich hier jegliche Stellen und Personen, die in solchen Fällen eingeschaltet werden: Das reicht von Polizei bis zu realen psychiatrischen Krisendiensten – die es leider in Deutschland nur vereinzelt gibt. Ich will ein weiteres Beispiel heranziehen:

Eine etwas psychotische Frau, die sich »auf Reisen« begeben hat, zieht sich auf der Straße an einem ihr fremden Ort die Kleidung aus. Passanten wundern sich, trauen sich aber nicht sie anzusprechen und rufen vorsichtshalber die Polizei an. Ein Streifenwagen kommt nach kurzer Zeit, die Frau ist inzwischen ziemlich unbedeutend; ihre Sachen hat sie an einen Gartenzaun gehängt. Für die

Polizisten ist die Sache schnell klar, nachdem sie die Frau angesprochen und keine plausible Erklärung bekommen haben: Sie ist psychisch krank und wird in die nächste psychiatrische Klinik eingeliefert.

Was wäre hier eine Deeskalationsstrategie gewesen?

Sowohl aufgeklärte Passanten wie auch die Polizisten hätten sich auf ein Gespräch mit der Frau einlassen können, anstatt zu ihr als »Verrückte« auf Distanz zu gehen. Es wäre möglich gewesen, sie zum Ankleiden zu bewegen. Sie wusste nicht, wo sie war – sie war orientierungslos, in mehrfacher Hinsicht. Ich nehme an, dass die öffentliche Schau bei ihr (unbewusst) ein Hilfe-Appell war. Tatsächlich ist sie ja auch orientiert worden, nämlich »in die Psychiatrie« eingeliefert worden, was für sie eine sozusagen vertraute Situation war (wenn auch nicht in dieser Klinik). Deeskalation wäre gewesen: Verständnisvolle und freundliche Nachfragen hätten diese Orientierungslosigkeit deutlich werden lassen. Statt sie in die Klinik zu fahren, hätten die Polizisten ihr ein Telefongespräch zu Angehörigen oder einer anderen Bezugsperson vermitteln, ihr ein Nachtquartier oder eine Fahrkarte nach Hause besorgen können. Die Odyssee durch die Klinik wäre nicht nötig gewesen.

In diesem Fall waren die beteiligten Personen emotional wenig betroffen. Meistens sind die anderen Beteiligten dagegen nahe Bezugspersonen. Die Zuspitzung in der Krise ist ein Prozess der Eskalation, der auf allen Seiten heftige Gefühle hervorruft. Es können Ängste und Panikreaktionen sein oder Ärger und Wut oder bei Angehörigen das Bewusstsein, »unbedingt eingreifen zu müssen«, weil man sich verantwortlich fühlt. Die Krisenhelfer stehen dann nicht nur dem mehr oder weniger psychisch Kranken gegenüber, sondern auch den emotional erregten Bezugspersonen.

Deeskalation heißt hier erst einmal »dazwischenzugehen« und die Konfrontation zwischen den Beteiligten dadurch zu unterbrechen. »Dazwischengehen« kann sowohl körperlich gemeint sein wie psychisch. Entscheidend ist, dass es für die psychiatrieerfahrene Person auch positive Zuwendung gibt. »Kann ich etwas für Sie tun?« ist eine »Weichenstellerfrage« in Richtung Hilfe, an Stelle von Bekämpfen und Einschränken.

Dann muss die Situation von allen Beteiligten aus ihrem jeweiligen Blickwinkel erklärt werden.

Bisher ist es nicht selten, wenn die »verrückte« Person feststeht, sie gar nicht mehr nach ihrer Meinung zu fragen, sondern sie als krank zu definieren und Maßnahmen gegen sie zu ergreifen. In solchen Fällen haben die Angehörigen allein die Situation definiert und die Macht ausgeübt. Dies ist bereits eine Entwürdigung für einen kranken Menschen: Die eigenen Gefühle, Bedürfnisse, Leiden interessieren nicht. Stattdessen wird über ihn verfügt, als ob er bewusstlos sei. Die Strategie der Deeskalation nimmt hingegen alle Beteiligten und Betroffenen gleichermaßen wahr. Das muss nicht immer heißen, dass die Bedürfnisse der kranken Person befriedigt werden; es kann ja trotzdem zu einer Zwangsmaßnahme kommen, wenn zum Beispiel eine sehr aggressive Haltung beibehalten wird. Aber das Nachfragen und auf alle einzugehen führt dazu, dass der Zwang erklärt wird, dass das Ziel der Entschärfung sichtbar bleibt, dass persönliche Hilfe für den Erkrankten umgehend gesucht wird, zum Beispiel eine Vertrauensperson sofort informiert wird. Wenn es zur Zwangsunterbringung käme (was bei Deeskalationskonzepten sehr selten ist), dann müssten Verfahrenspfleger und Betreuer wirklich nur die Interessen der psychiatrisierten Person vertreten.

Das österreichische Modell der Patientenanwaltschaft dient ein Stück weit der Erhaltung von Menschenwürde, im Gegensatz zur unkontrollierten Allianz von Psychiatern und Vormundschaftsrichtern in Deutschland. Die Patientenanwälte sind Fachleute (Psychologen, Juristen u. Ä.), die staatlich finanziert werden und als Angestellte einer eigenen Organisation unabhängig vom Gericht und der Klinik sind. Ihre Aufgabe, im Unterbringungsgesetz geregelt, ist die Vertretung der Interessen des Psychatriepatienten, der in der Klinik Zwangsmaßnahmen unterworfen ist. Diese Interessenvertretung bezieht sich sowohl auf das Gerichtsverfahren wie auf die Durchführung von Maßnahmen in der Klinik (KOPETZKI 1997; Verein f. Sachwalterschaft 1999).

Wenn die ordnungspolitische Aufgabe der Psychiatrie mit ihrer helfenden Funktion kollidiert, dann stehen die polizeilichen Aufgaben im Gegensatz zu oder neben den gesundheitlichen Aufgaben. Aufschluss-

reich ist hier eine Diskussionsbemerkung von L. R. Mosher zu der Frage, wie die ordnungspolitischen Aufgaben mit der positiven Nutzer-Orientierung im ambulanten Soteria-Projekt gelöst wurden: »Die Polizei war uns immer sehr dankbar, dass wir Methoden der Deeskalation angewendet haben.« Das heißt für uns: Wenn die Polizei gerufen wird, dann holt sie den psychiatrischen Krisendienst zur Konfliktbewältigung – nicht umgekehrt.

### Soteria-Prinzipien als Krisenbegleitung

Das Grundprinzip von Soteria (AEBI u. a. 1993; BRILL 1996; MOSHER/BURTI 1992) ist die persönliche Begleitung in der Krise und die Vermeidung von belastenden Situationen. Diese beiden Merkmale fehlen in der traditionellen »Krisenintervention« völlig. Intervention bedeutet »Eingriff«. Die Einweisung in eine Klinik ist ein massiver Eingriff, ein ausgeprägtes Stresserlebnis. Jede Zwangsmaßnahme verstärkt Angst und aggressive Impulse. Die Situation in einer üblichen psychiatrischen Klinik, insbesondere auf »Aufnahmestationen«, ist alles andere als beruhigend. Die starke Medikation führt zwar zur äußeren Ruhigstellung, baut aber keine inneren Spannungen ab und lähmt die eigene Verarbeitungsmöglichkeit.

### Fiktiver Erfahrungsbericht einer Betroffenen – Eine akute psychotische Phase im »weichen Zimmer«

»So fing es an: Immer mehr zog ich mich zurück – vom Leben, von den Menschen, von all meinen Freunden. Angst und tiefe Schuldgefühle, für all das Elend und Leid auf dieser Welt verantwortlich zu sein, erdrückten mich fast und raubten mir den Schlaf. Ich hatte Angst, die Menschen würden mich für meine schweren Sünden steinigen (und ich müsste qualvoll sterben). Als mich dann noch Stimmen aufforderten, allein in die Wüste zu gehen, packte ich ›mein Bündel‹. Wie eine Nomadin – ganz in Schwarz gehüllt und verschleiert – wollte ich in die Einsamkeit, (in die Wüste Israels) flüchten. Vertrieben, ausgestoßen und verlassen von der ganzen Welt kam ich mir vor. Meine Eltern und Freunde – niemand verstand mich mehr. Für sie war ich verrückt.

Es ist Freitagmittag, ich bin total verängstigt, misstrauisch und hilflos. Wohin bringen mich meine Eltern und die beiden Freunde? Was werden die Menschen dort mit mir machen? Ich spüre Todesangst, überall lauert Gefahr!

Sie bringen mich in die Soteria – das ist keine Klinik im üblichen Sinne. Was ich wahrnehme, strahlt eine ruhige, freundliche, wohltuende Atmosphäre aus. Helle Wände, Bilder an der Wand, ein bunter Blumenstrauß, Bücher und Spiele im Regal, leise entspannende Musik aus dem Hintergrund. Zwei Mitarbeiter begrüßen uns. Ich habe wahnsinnige Angst, zittere und habe das Gefühl, gleich zusammenzuklappen, alles ist zu viel für mich. Einer der beiden ist Arzt und meine Eltern legen ihm meinen Krisenpass vor, in dem alle Medikamente aufgeführt sind, die ich im Moment einnehme, und auch solche, die ich nicht vertrage.

Kaum bekomme ich noch etwas mit, nur so viel, dass mir ganz schwarz vor Augen wird und ich gleich in mich zusammensacke. Jetzt ist der Punkt da, wo ich absolut am Ende bin – und doch auch an einem Anfang. Die Psychologin bringt mich in das ›weiche Zimmer‹, einen fast leeren Raum mit weichem Teppichboden, zwei Matratzen, Decken und vielen Kissen. Unruhig und doch auch starr vor Angst kuschle ich mich in eine Wolldecke. Die vielen Kissen geben mir etwas Schutz. Ich weine in sie hinein und verliere immer mehr die Kontrolle, schreie vor seelischen Schmerzen, vor all den Verletzungen, die ich erleben musste. Dann schäme ich mich für meinen Ausbruch und kringele mich wie ein kleiner Igel ein. Die Psychologin sitzt neben mir auf dem Boden, wartet, beobachtet mich, lässt mir Zeit und fragt behutsam, was ich jetzt brauche. Schutz, Ruhe, Alleinsein, und doch soll sie dableiben!

Immer wieder habe ich verzweifelte Weinanfälle, die in lautes Schreien übergehen. Die Psychologin nimmt meine Hand und hält sie zur Beruhigung. Meine Gedanken werden wieder etwas klarer: Was ist los mit mir, was passiert da mit mir, in mir? Es vergeht viel Zeit und ich werde langsam wieder ruhiger. Ich fühle mich angenommen, spüre, hier ist Platz für meine Wüsten-Welt. Hier in diesem ›weichen Zimmer‹ ist Platz für mich, für meine verwirrten Gedanken und Gefühle, Platz auch für meine ›Nicht-Worte‹.

Nach einem Tag und einer Nacht mit intensiver, aber nie aufdringlicher Begleitung kann ich das ›weiche Zimmer‹ wieder verlassen. Die totale Abschirmung von allen Reizen brauche ich jetzt in diesem Maße nicht mehr. Ich darf in ein Zwei-Bett-Zimmer einziehen. Mit meiner Zimmernachbarin verstehe ich mich schnell ganz gut – auch ohne viele Worte. Mit meinen beiden Bezugspersonen finden immer wieder Gespräche statt, über mein bisheriges Leben, die Krisenvorgeschichte und wie es weitergehen soll. Insgesamt bleibe ich zehn Wochen in der Soteria.

Das ›weiche Zimmer‹ war in meiner Akutphase genau der richtige Ort für mich: Hier durfte ich mich »fallen« lassen, konnte zur Ruhe kommen und langsam wieder in die Welt zurückkehren, die mir so viel Angst gemacht hatte. Heilend empfand ich das Abgeschirmtsein, die Geborgenheit und besonders den liebevollen Umgang. Behutsam und vorsichtig hatte man mir Kontakt angeboten, aber nicht aufgenötigt. Wenn ich mit Worten nicht erreichbar war, konnte ich eine Hand spüren und so wieder Nähe zulassen.

Man hat mir nicht nur geholfen, die Medikamente zu reduzieren, sondern auch dabei, mich und meine Psychose verstehen zu lernen, sensibel zu werden für die kleinsten Warnsignale, um mich und mein Inneres besser zu schützen. Auch jetzt in meiner ambulanten Therapie geht es immer wieder darum, den Sinn meiner Psychose zu entdecken, meine gesunden und meine kranken Anteile in mein Leben zu integrieren, meine Selbstheilungskräfte immer zu fördern. Ich bin dabei, auf viele Fragen in der und durch die Psychose eine Antwort zu finden.«

In diesem Bericht von Anna Stern entsprechen die Ruhe, die Geborgenheit und die Anwesenheit von unaufdringlichen, freundlichen Menschen dem Bedürfnis der Psychiatrie-Erfahrenen. Ihr psychotisches Erleben hat eine eher depressive Komponente; sie wünscht sich auch die Möglichkeit des Rückzugs, was in üblichen Kliniken allenfalls im Bett möglich ist.

Andere erleben in Krisen sehr starke Affekt-Impulse; sie haben das Bedürfnis sich nach außen »abzureagieren«. Für sie ist das weiche Zimmer nicht nur ein Kuschelraum. »Warum gibt es eigentlich keine Gummi-

zelle mehr?«, lautet die entsprechende Frage. »Ich muss mich austoben, laut schreien, ohne dass ich mich oder andere verletze.« Das Ausleben von Affekten ist in der Psychiatrie zugunsten von sedativer Medikation fast völlig verdrängt worden. Methoden einer gesteuerten Aggressionsabfuhr wurden in gruppenspezifischen Trainings entwickelt, etwa gepolsterte Keulen oder der simple Punchingball. Die haben aber kaum Eingang in die Psychiatrie gefunden, die sich immer mehr der Strategie des Ruhigstellens verschrieben hat. Ein kleiner Lichtblick könnte Sporttherapie sein (KAPUSTIN u. a. 1997); ihre Praxis und Theorie ist bisher allerdings noch wenig auf den unmittelbaren Abbau von inneren Spannungen in einer psychischen Krise eingegangen.

Das entscheidende Kriterium der Soteria-Angebote ist die Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen, verbunden mit dem Verlassen des aktuellen Konfliktschauplatzes. Diskutiert wird aber die Frage, ob es sich um eine Luxus-Behandlung für einen kleineren Kreis von einsichtigen Klienten handelt. Das Berner Modell zeigt zweifelsfrei, dass es für diesen Personenkreis unvergleichlich besser ist als herkömmliche psychiatrische Behandlung. Ich gehe hier allerdings von den Grundideen aus, die sich auch für andere Klienten eignen. Warum sollte die Zwangsbehandlung wie im Erfahrungsbericht in den »Keller« führen und nicht ins »weiche Zimmer«? Warum sind Fixierungen nötig, wenn ein entsprechender Raum mit Betreuung den gleichen Zweck viel besser erfüllen würde? Für das Beharren auf den klientenfeindlichen Zwangsmaßnahmen anstelle von Soteria-Prinzipien gibt es vor allem zwei Erklärungen: einmal das Kostenargument der Personaleinsparung, zum zweiten der unausgesprochene Strafcharakter.

Im Hintergrund gibt es aber auch noch eine dritte Erklärung: Die Anforderungen an die Mitarbeiter sind bei dieser Begleitung durch das »Dabeisein« sehr hoch (AEBI u. a. 1993, S. 98–127). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es sich hier um Konzepte handelt, die gerade in schwierigen Krisensituationen ein Höchstmaß an Respekt und Unterstützung für die Betroffenen bedeuten. Gesundheitspolitisch ist die Einführung solcher Methoden nicht nur aus humanitären Gründen geboten, sondern auch weil sie das Selbsthilfepotenzial ausgesprochen

fördert und damit auch letztlich zur Kostensenkung führt. Voraussetzung bleiben natürlich die Anleitung, Supervision und Ausbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ähnliche Konzepte finden sich auch im Mosbach-Projekt (SACHSE 1998) und im Berliner Weglaufhaus (WEHDE 1991; KEMPKER 1998), das eine Selbsthilfe-Einrichtung von Psychiatrie-Erfahrenen ist.

### Gutachten und Kontrolle

Gutachten sind die Grundlage für jede gerichtlich abgesicherte Zwangsmaßnahme. Sie haben also große Bedeutung für die Achtung und Missachtung der Persönlichkeitsrechte. Ohne hier auf juristische Fragen einzugehen, sollen einige Grundsätze angesprochen werden (dazu DEMAND 1998b, S. 465; WINZEN 1999, S. 44–45).

Die Gutachten müssen für den Betroffenen verständlich sein. Sie müssen erkennbar Bezug nehmen auf die konkreten Anlässe, die zur Zwangsmaßnahme führen. Um Zeit zu sparen, stellen Gutachten oft eine knapp gefasste Sammlung von negativen Beurteilungen dar; damit soll der Eingriff in die Persönlichkeitsrechte begründet werden. Sie ähneln dann eher Anklageschriften als Persönlichkeitsgutachten. Zu diesen würde selbstverständlich gehören, dass alle positiven Ressourcen der Person ebenso benannt werden wie Konfliktpunkte. Wenn das Gutachten auch die positiv bewerteten Eigenheiten enthält und sich konkret auf die Ereignisse bezieht, die zur Maßnahme geführt haben, dann wird es für den Psychiatrie-Erfahrenen nachvollziehbar und diskutierbar. Eine Absurdität juristischer Spitzfindigkeit behindert oft die Akzeptanz des Gutachtens und führt zu zusätzlichen Traumatisierungen: Es besteht nämlich ein Rechtsanspruch auf Einsicht in die Gutachten für die Betroffenen – allerdings mit der Ausnahme, dass bei einer »erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigung« durch die Einsicht ins Gutachten diese Einsicht verwehrt werden kann. Das heißt im Klartext: Schreiben wir das Gutachten so, dass einige diskriminierende Begriffe und Behauptungen auftauchen, dann wird sich der Betroffene sehr aufregen und vielleicht aggressiv oder depressiv oder gar suizidal werden. Das wäre eine gesundheitliche Beeinträchtigung, folglich wird das dis-

kriminierende Gutachten zurückgehalten. Der Betroffene ist damit nicht nur den Zwangsmaßnahmen ausgesetzt, sondern zusätzlich einer Geheimhaltungsstrategie, gegen die er sich kaum wehren kann. Diese Form von Begutachtungen sind ein wesentlicher Teil von möglicher Identitätszerstörung und den Empowerment-Strategien extrem entgegengesetzt.

Die Regel muss also zunächst sein, Gutachten so abzufassen, dass sie für die Betroffenen sowohl sprachlich verständlich als auch inhaltlich nachvollziehbar sind. Wenn dies nicht zutrifft, dann ist eine Aufarbeitung dieser Gutachten-Problematik unbedingt notwendig, um die positive Handlungsfähigkeit der Psychiatrie-Erfahrenen wieder herzustellen. Auch hier kann es sich um ein Stück Traumatherapie handeln, wenn etwa im Gutachten eine chronische psychische Erkrankung behauptet wird, die für den Betroffenen eine vernichtende Lebensperspektive bedeutet.

Die genannte juristische Spitzfindigkeit kann umgekehrt interpretiert werden: Wenn das Gutachten so schlimm ist, dass es beim Betroffenen zu einem seelischen Trauma führen könnte, dann besteht folgender Interpretationszusammenhang für den Psychiatrie-Erfahrenen: Wenn die mir das Gutachten nicht zeigen können, dann haben sich entweder alle gegen mich verschworen, und ich muss sehen, dass ich dieser Verschwörung entkomme – oder es ist so fürchterlich, dass ich mir lieber gleich das Leben nehmen sollte. Also: Das Vorenthalten des Gutachtens und das Verschweigen der Inhalte und Hintergründe führen zur »gesundheitlichen Beeinträchtigung«, deshalb muss das Gutachten zur Grundlage von therapeutischen Gesprächen und darf auf keinen Fall durch Verschweigen zu einem Angst auslösenden Faktor werden.

Ein wichtiger Punkt für Empowerment-Strategien sind Möglichkeiten der *Kontrolle* über das professionelle Handeln durch die Psychiatrie-Erfahrenen oder Personen, die ihre Interessen vertreten. Das Beispiel der österreichischen Patienten-Anwaltschaft wurde im Abschnitt »Deeskalation« dargestellt. Ein anderer Bereich von Kontrolle sind die nachträglichen und rückblickenden Reflexionen von Zwangsmaßnahmen. Die »Aufarbeitung« der Situationen, die zum professionellen Zwang

geführt haben, müsste in jedem Fall stattfinden. Dazu gehört die Frage, warum der Professionelle diese Maßnahme ergriffen hat, wie sie vom Betroffenen erlebt wurde und welche Folgen sie hat. Dazu gehören Fragelisten, die nach der Klinikentlassung zu besprechen sind, oder der »Fragebogen zur Fixierung als Behandlungsmaßnahme« (BRENSING / BENZ-STAIGER 1999, S. 243). Die Besprechung von Gutachten wurde bereits benannt. Ferner ist die Einrichtung von Beschwerdestellen eine wesentliche Unterstützung von Psychiatrie-Patienten. Für die Professionellen sind all diese Kontrollformen ein Weg zur Selbstkontrolle und damit zur eigenen Weiterbildung und zur Qualitätssicherung. Eine institutionalisierte Form solcher Qualitätssicherung sind regelmäßige Gesprächsrunden von Mitarbeitern sowie (ehemaligen) Patienten und Angehörigen in der Klinik, um strukturelle Veränderungspläne zu entwickeln.

### **Organisation von Krisenhilfen außerhalb der Klinik**

Die Behinderung von Empowerment-Strategien kann auf Grund des Mangels an Stellen für Fachpersonal auch als finanzielles Problem gesehen werden. Im Folgenden werden Grundsätze für eine fachgerechte, verantwortungsbewusste Krisenhilfe außerhalb der Klinik kurz dargestellt – und zwar unabhängig von Einzelfragen der Finanzierung (zu diesen Organisationsformen siehe auch K. NOUVERTNÉ 1998).

1. Krisendienste können natürlich nicht auf die üblichen Sprechzeiten von Ärzten und Beratungsstellen beschränkt bleiben. Alle Experten sind sich einig, dass ein *Rund-um-die-Uhr-Dienst* bestehen muss. Andernfalls werden nur die Polizei und ein allgemeiner ärztlicher Notdienst angefordert, die beide nicht die Kompetenz für eine unterstützende Krisenhilfe haben. Der Krisendienst sollte von einem multidisziplinären Team geleistet werden, um über soziale, psychologische und medizinische Konzepte zu verfügen. Normalerweise wird während der Tages-Sprechzeiten die Krisenhilfe von Sozialpsychiatrischen Diensten geleistet. Erfahrungen zeigen, dass ein großer Teil der Krisenhilfe über



Telefonkontakte läuft, sodass der zusätzliche Arbeitsaufwand nicht so groß ist, wie manche befürchten.

2. Ein *Aufsuchender Krisendienst* mit Hausbesuchen ist natürlich in manchen Fällen trotzdem erforderlich. Hier bestehen aber gerade von Seiten der Psychiatrie-Erfahrenen Bedenken: »Hilfe oder Überfall?« lautet sehr treffend der Untertitel des Buches *Der psychiatrische Hausbesuch* (STOFFELS/KRUSE 1996). Ein Grundsatz der ärztlichen und der sozialpsychiatrischen Behandlung und Beratung ist und muss »der Auftrag des Hilfesuchenden« sein.

Wenn der Krisendienst von Angehörigen herbeigerufen wird, dann fehlt oft der eindeutige Auftrag des Menschen in der Krise. Im Sinne der methodischen Sozialarbeit ist die Frage zu stellen: Wer ist hier der Klient, der Hilfesuchende? Zunächst sind die Personen, die die Hilfe gerufen haben, die Klienten; natürlich kann es sein, dass eine Beratung dieser Klienten schon zur Entschärfung des Problems führt und eine weitere Versorgung des eventuell psychisch Erkrankten im Moment nicht nötig ist. Eine weitere Möglichkeit ist, dass der psychisch Kranke dann auch selbst die Hilfe wünscht; der Krisendienst ist dann zwar durch Dritte gerufen worden, aber das Hilfeangebot richtet sich (auch) an den Kranken. Eine dritte Möglichkeit ist die Definition des Problems als gemeinsame Angelegenheit aller Beteiligten. Bei zwischenmenschlichen Konflikten ist unter Umständen jeder Beteiligte Klient, auch wenn nicht jeder die Hilfe geholt hat. Hier kann die Situation entstehen, dass zum Beispiel bei aggressivem Verhalten eines psychotischen Angehörigen bei diesem zunächst kein Beratungsbedürfnis besteht. Wenn die Opfer sich zur Wehr setzen, vielleicht auch mit Hilfe der Polizei, dann gerät der Erkrankte unter Druck, der bei ihm dann ein Hilfebedürfnis auslöst. Dies kann als »sekundäre Klientalisierung« bezeichnet werden. Der psychiatrische Krisendienst nimmt dann auch die Unterstützung des Erkrankten wahr, auch dann, wenn die Polizei unmittelbar eingreifen musste.

Im Gegensatz zu diesen Lösungskonzepten gibt es aber auch gerade mit dem aufsuchenden Krisendienst *negative Erfahrungen*. Mit der Einrichtung des Krisendienstes ist manchmal die Zahl der Zwangseinweisungen angestiegen. Dies liegt daran, dass vorwiegend die Fachleute für

Einweisungen (z. B. Psychiater) die Hausbesuche gemacht haben und nicht Fachleute für Deeskalation und Anti-Gewalt-Training. Der Krisendienst leistet also nur dann einen Beitrag zur Empowerment-Strategie, wenn er die Situation und die Bedürfnisse der Psychiatrie-Erfahrenen gewissenhaft beachtet.

Entsprechend ambivalent kann auch die Forderung nach Hausbesuchen durch niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie beurteilt werden. Wenn sie von ihrer Einstellung und ihrer Ausbildung her für die Lösung von familiären Konflikten und das Ansprechen von zunächst abweisenden psychisch Erkrankten kompetent sind, dann können sie ebenso wie Sozialpsychiatrische Dienste gute vorbeugende Hilfe leisten. Dadurch kommt es dann nicht zu größeren Eskalationen, und Zwangsmaßnahmen werden vermieden. Wenn solche Kompetenzen jedoch nicht existieren, dann können auch diese Hausbesuche zu vermehrten Zwangseinweisungen führen (Ambulanter Krisendienst Nürnberg 1999).

3. Krisenbetten dienen einem kurzzeitigen Aufenthalt in einem geschützten Rahmen außerhalb der eigenen Wohnung. Psychiatrie-Erfahrenere haben häufig das Bedürfnis nach einem Krisenbett, und zwar für den Fall, dass ihnen zu Hause »die Decke auf den Kopf fällt«, etwa bei Angstzuständen einschließlich Suizidalität oder um einer drohenden oder beginnenden Eskalation aus dem Weg zu gehen. Das bekanntere Modell sind Krisenbetten am Ort des ambulanten (Krisen-)Dienstes, also eine Übernachtungsmöglichkeit mit Ansprechpartner und Begleitung. Eine andere Möglichkeit wären Krisenbetten in einer psychiatrischen Abteilung des gemeindenahen Krankenhauses. Dies wäre mühe-los zu realisieren.

Das häufige Fehlen solcher Möglichkeiten in Kliniken liegt an der Vorstellung, dass in einer psychiatrischen Krise eine mehrwöchige stationäre Behandlung notwendig sei. Patientinnen und Patienten, die mit dem Bedürfnis nach einem solchen beschützenden Aufenthalt von sich aus die Klinik aufsuchen, werden nicht selten zu Zwangspatienten gemacht, weil die Ärzte einen »dringenden Behandlungsbedarf« sehen. Damit sind natürlich alle zukünftigen Chancen auf ein Krisenbett-Konzept vertan.

Ein weiteres scheinbares Gegenargument ist der kritische Begriff »Drehtürpatient«; da kurze Aufenthalte für die Betroffenen sehr sinnvoll sein können. Auch wenn sie immer wieder einmal nötig werden, ist hier nichts Negatives zu sehen. Die Vorstellung vom »Drehtürpatienten« als negatives Schema ist an der fragwürdigen Zielsetzung einer Dauermedikation mit »Symptomfreiheit« orientiert.

Krisenbetten bieten ein hohes Maß an Selbstbestimmung für Psychiatrie-Erfahrene. Tageskliniken sind inzwischen weitgehend akzeptiert. Das Ziel muss eine Flexibilisierung aller Möglichkeiten sein, um den individuellen Bedürfnissen in der jeweiligen Situation gerecht zu werden. Solche breit gefächerten, flexiblen Angebote mit weit gehender Selbstbestimmung der Psychiatrie-Erfahrenen würden ein anderes Behandlungsklima in der Psychiatrie schaffen. Das Schreckgespenst, als das die Psychiatrie bis heute noch von vielen gesehen wird, ruft vielfach »Behandlungsabstinenz« hervor. Damit wird die »Non-Compliance« programmiert, Zusammenarbeit abgelehnt, letztendlich von beiden Seiten. Der Arzt will seine Ansicht über Krankheit und Behandlung durchsetzen, die Betroffenen wehren sich dagegen aktiv oder passiv, auch mit erzwungener Anpassung, ohne dass ein positives Bild von Hilfe und Behandlungsmöglichkeit entstehen würde. Heute ist immer noch unter Professionellen die Ansicht weit verbreitet, dass psychisch Kranke die Behandlungs-»Notwendigkeit« nicht erkennen könnten und deshalb zur Behandlung gezwungen werden müssten. Gerade in Krisensituationen könnte der Paradigmenwechsel von der Zwangsbehandlung hin zur erwünschten Hilfe vollzogen werden. Damit entstünde für Psychiatrie-Erfahrene ein niedrigschwelliger Zugang zu erwünschten Hilfeleistungen für jede Art von Problematik.

### Spezialfall Suizidalität

»Selbstgefährdung« ist ein Begriff, der häufig zu Zwangsmaßnahmen führt. Der mögliche Widerspruch zu Empowerment-Strategien wird hier besonders deutlich. Da in der Psychiatrie und in der einschlägigen Rechtsprechung der Begriff »Selbstgefährdung«, neben »Fremdgefähr-

dung«, eher unkritisch zur Begründung der Zwangsmaßnahmen dient – zunächst ohne Rücksicht auf die Bedürfnisse der Betroffenen –, will ich diesem Fragenkomplex gesonderte Überlegungen widmen.

### Ein gesellschaftliches Tabu

Der Selbsttötungsversuch ist zwar bei uns nicht mehr strafbar, aber gesellschaftlich wird er trotzdem wenig akzeptiert. Das Thema ist noch weitgehend mit Tabu belegt, sodass es für die meisten Menschen schwierig ist, mit jemandem über Suizidgedanken ernsthaft zu reden. Die Selbsttötung ist bei Menschen der Umgebung angstbesetzt, der vollendete Suizid mit ausgeprägten Schuldgefühlen verbunden (KIND 1998; FINZEN 1997). Wer sich umbringen will, verletzt damit das Tabu und wird von der Gemeinschaft deshalb ausgegrenzt oder direkt angegriffen. Die Ausgrenzung und das Schweigen machen dem suizidalen Menschen einen Ausweg aus seiner Situation zusätzlich schwer, sodass die Suizid tendenz sich verstärken kann. Psychiatrische Zwangsmaßnahmen passen in dieses Bild der Ausgrenzung; sie haben gesellschaftlich gesehen durchaus Strafcharakter. Es besteht zugleich ein solches Bedürfnis nach Bestrafung und es bestehen Schuldgefühle gegenüber dem Suizidalen. Den Schuldgefühlen entspricht die weit verbreitete Ansicht, dass ein Mensch mit seinem Suizid den Angehörigen etwas antun wollte (»Wie konnte er uns das antun?«), eine Art Rachehandlung, weil er sich nicht gut behandelt fühlte.

Damit wird die Möglichkeit einer kommunikativen Bedeutung von Suizidgedanken angesprochen. Ich sehe Suizide als Ausdruck von Verzweiflung an; die Vorstellung vom adressierten Suizid ist aber sehr viel häufiger. Diese Vorstellung macht es den Bezugspersonen leichter, Schuldzuweisungen an den Suizidenten zu richten. Damit werden das eigene Schuldgefühl stark entlastet und indirekt Formen der Bestrafung legitimiert.

Gegen die gesellschaftliche Ablehnung des Suizides hat sich die aufklärerische, humanistische Argumentation für das Recht auf den Freitod gewendet (AMÉRY 1976; GUILLON/LE BONNIEC 1982).

Seitdem gibt es eine fortdauernde Diskussion zwischen zwei radikalen

Positionen: Freitod mit der Möglichkeit der Begleitung durch Vertrauenspersonen (HOFFMANN-RICHTER 1997) gegenüber dem Suizid als Ausdruck psychischer Krankheit (MARSCHNER 1993, S. 129–131). Wenn mit Recht gesagt wird, jeder Mensch, der sich umbringen will, sei depressiv, dann ist das Argument »eine psychische Krankheit« gegeben und damit die Legitimation für Zwangsmaßnahmen und gewaltsame Suizidverhinderung. Diese Rechtsposition ergibt sich nicht nur aus dem Unterbringungs- und Betreuungsrecht, sondern auch über den Begriff »Unterlassene Hilfeleistung« im Strafgesetzbuch. In unserem Zusammenhang ist es wichtig, den Zwangscharakter der juristischen Argumente zu betonen, der die Alternative zu humanen Hilfeleistungen darstellt. Die Berufung von Psychiatrie-Professionellen auf die (umstrittene) Rechtslage ist zunächst Ausdruck der gesellschaftlichen Ablehnung des Suizides. Diese juristische Argumentation dient aber in der Psychiatrie manchmal als einfache Legitimation für Zwangsmaßnahmen, wenn sich Mitarbeiter der Problematik von Suizidalität nicht stellen wollen.

### Der Freitod in der Psychiatrie

Der Tod eines Patienten ist in der somatischen Medizin nichts Außergewöhnliches; er löst keine Angst- oder Schuldgefühle aus. Anders in der Psychiatrie und Psychotherapie: Die Vorstellung von beruflichem Fehlverhalten oder gar Versagen ist fast alltäglich. Suizide, die in einer modernen Klinik mit offenen Stationen stattfinden, werden in Fachkreisen argwöhnisch kommentiert und als Argument für die traditionelle kustodiale Psychiatrie missbraucht. Ähnlich kritisch sieht auch die juristische Perspektive aus (MARSCHNER 1993, S. 129–131; DAMMANN 1982): Von psychiatrischen Einrichtungen wird geradezu die Suizidverhinderung mit allen Mitteln gefordert. Vom Recht auf Freitod ist da nirgends die Rede. Ein weiterer Faktor, der es in der Psychiatrie schwer macht, die Selbstbestimmung von Patienten an die Stelle von Zwangsbehandlung zu setzen, ist oft eine begrenzte personelle Besetzung und ungeeignete Räumlichkeiten. Psychiatrie-Professionelle, die sich gegen den Trend der Zwangsbehandlung wenden und Empowerment-Strate-

gien bevorzugen, müssen zusätzlich bestimmte persönliche Voraussetzungen mitbringen, insbesondere eine selbstreflexive Auseinandersetzung mit Sterben und Selbsttötung.

Als praktisches Problem bleibt auch unter günstigen Arbeitsbedingungen die manchmal schwierige Entscheidung, ob es sich bei Suizidvorstellungen um eine vorübergehende Begleiterscheinung einer akuten Depression oder Psychose handelt, die nicht mit einem »Bilanzsuizid« als langfristiger Lebensentscheidung vergleichbar ist, oder nicht.

### Die Bedeutung von Suizidalität für die Betroffenen

Suizidgedanken sind sehr häufig. Sie haben mit der Lebenssituation und natürlich mit der Krankheitsgeschichte zu tun. Die Möglichkeit, mit anderen Menschen darüber zu reden, ist selten vorhanden. Wenn man sich überhaupt traut, gegenüber Angehörigen oder Freunden etwas von Suizidgedanken zu sagen, dann verhalten sie sich abwehrend und beschwichtigend. Angst und Unsicherheit sind sofort spürbar.

Bei Suizidhandlungen kann man unterscheiden:

1. Suizidversuche, bei denen das Risiko des »Erfolges« eingegangen wird und eine Art Schicksalsentscheidung beteiligt ist: Werde ich am Leben bleiben oder ist es mein Ende?
2. Suizidversuche, bei denen eine »Sicherung gegen den Tod« einkalkuliert wird, etwa die rechtzeitige Entdeckung. Hier handelt es sich um eindeutige Hilferufe und um den sichtbaren Ausdruck des Leidens.
3. Suizidversuche, die so abgesichert werden, dass sie mit größter Wahrscheinlichkeit zum Tod führen. Diese vollendeten Suizide müssen deshalb vorher geheim gehalten werden, weil sonst mit einer Zwangsmaßnahme gerechnet werden muss. Anders wäre es, wenn zum Beispiel über eine entsprechende Organisation oder Vertrauensperson eine Sterbebegleitung angeboten würde. Dann wäre der Mensch nicht allein gelassen, obwohl er über sich selbst bestimmen will und kann.

Psychiatisierung und Zwangsmaßnahmen nach Suizidversuchen verstärken sehr oft die Suizidalität; dem entspricht die Häufung von Suiziden nach der Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik (MÜLLER

1978; FINZEN 1990). Neben der Traumatisierung durch die Zwangsmaßnahmen führt die oft fehlende Möglichkeit, offen über die Suizidgedanken sprechen zu können, zu einer Zunahme der Verzweiflung. Suizidgedanken werden als akute Suizidgefahr interpretiert und ziehen in vielen Kliniken Freiheitsbeschränkungen nach sich. Die übliche Konsequenz ist das sorgfältige Verschweigen der Suizidgedanken.

Herr Moser möchte eine Behandlungsvereinbarung mit »seiner« Klinik abschließen. Dazu hat er formuliert: »Wenn ich Suizidgedanken habe, möchte ich darüber sprechen, ohne dass Zwangsmaßnahmen ergriffen werden.« Der zuständige Arzt lehnt dies ab. In so einem Fall »müssen wir Sicherungsmaßnahmen ergreifen!«. Die Konsequenz: Herr Moser weiß jetzt, dass er seine Suizidgedanken in dieser Klinik auf keinen Fall äußern darf.

Dies wird gestützt von der Aussage einer Klientin mir gegenüber, die mir verriet, dass sie immer Mittel parat habe, um sich umzubringen. »Aber das sage ich nur ganz im Vertrauen, das dürfen Sie niemandem weitersagen!« Hier erscheint die psychiatrische Behandlung nicht als Hilfe, sondern als Bedrohung.

Grundsätzlich beinhaltet Suizidalität immer ein Bedürfnis nach Hilfe, Unterstützung, Beistand. Hilfe kann heißen, Beistand bei einer Selbsttötung, und sie kann bedeuten: »Helft mir, dass ich mich nicht umbringe.« Je mehr Offenheit und Vertrauen vorhanden ist, desto schneller wird ein Helfer verstehen, was gemeint ist. Dies gilt für Todessehnsüchte von »gesunden« Menschen genauso wie in Zuständen von Krankheit. Die einfache Formel »Bei Suizidverdacht müssen wir Zwangsmaßnahmen ergreifen« geht an jeglichem Hilfebedarf vorbei. Daran ändert auch eine rückblickende Beurteilung des Betroffenen nichts, dass er froh sei noch am Leben zu sein. Gespräche, emotionale Zuwendung, Interesse an dem Inhalt von »Symptomen« führen in der Regel ohne nennenswerten Zwang zur Hilfe für den Betroffenen.

## **Partizipativer Umgang bei der Neuroleptika-Behandlung**

Subjektorientierte kooperative Pharmakotherapie psychotischer Menschen

VOLKMAR ADERHOLD

Folgt man vielen klinischen Studien zur Neuroleptika-Therapie und den daraus abgeleiteten allgemeinen Behandlungsregeln und -schemata (»Algorithmen«), wie sie von den psychiatrischen Fachgesellschaften aufgestellt werden (etwa von der DGPPN, APA), so scheint für eine kritische Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Konzepten kaum Spielraum zu bestehen: Je früher und je länger Neuroleptika, desto besser – das ist die gegenwärtig etablierte Grundregel.

Wäre dies richtig, würde es für Betroffene keine bedeutsamen Mitgestaltungsmöglichkeiten in der Therapie geben, die auch fachlich Sinn hat. Den Therapeutinnen und Therapeuten bliebe nicht viel mehr, als Patienten besser über diese Medikamente und deren Nebenwirkungen zu informieren. Der Spielraum erweitert sich erheblich, wenn man häufig unerwähnt bleibende klinische Erfahrungen und wissenschaftliche Ergebnisse berücksichtigt. Diese werden im Folgenden vorgestellt, um Betroffene und Professionelle handlungsfähiger und kreativer zu machen und um für eine subjekt- und kontextorientierte Weiterentwicklung der Psychiatrie zu plädieren.

Es sollen zunächst ein paar kritische Befunde zur Neuroleptika-Behandlung vorgestellt werden sowie die therapeutischen Potenziale komplexer psychosozialer Behandlungsformen, mit denen sich neuroleptische Medikation in 40–70 Prozent der Fälle vermeiden ließe. Im Anschluss möchte ich eine Herangehensweise skizzieren, die ich als partizipative Neuroleptika-Therapie bezeichne.

Es existieren verschiedene Mängel in der Methodik bisheriger Medikamentenstudien.

## Medikamentenstudien

In den meisten Untersuchungen innerhalb des heterogenen Sammelbeckens »Schizophrenie« (CULLBERG 2003) wird nicht nach unterschiedlichen Störungsformen, nach familiären Kontextbedingungen, nach der Arzt-Patient-Beziehung, nach Persönlichkeitsstilen, dem individuellen Erleben der Medikation und subjektiven Krankheitsmodellen differenziert, obwohl sie nachweislich Einfluss auf die Wirkung auch pharmakologischer Interventionen haben. Es gibt zudem neurobiologische Unterschiede, die jedoch nicht gezielt und systematisch bezüglich ihrer pharmakologischen Relevanz erforscht werden. Folglich sind generalisierende Empfehlungen schon aus diesem Grunde höchst problematisch.

Die Ergebnisse von randomisierten klinischen Studien, die meist eine neue Interventionsform mit einer Standardbehandlung vergleichen, können zudem nicht unmittelbar in den therapeutischen Alltag übersetzt werden. Eine Behandlungsform, die der Standardbehandlung oder einer Placebogruppe überlegen ist, muss nicht die bestmögliche sein – und für den klinischen Einzelfall sind meist individuelle Kombinationen unterschiedlicher Formen sinnvoll.

Die meisten Medikamentenstudien kommen zudem nur zu begrenzten Aussagen, weil die Kontrollgruppen in der Regel nur aus Patienten unter Placebo bestehen, meist nach Absetzen von Neuroleptika und ohne intensive psychosoziale Behandlungen. Zugleich wird die dosisrelevante Kontrollvariable »emotionale Behandlungsatmosphäre« in kaum einer Studie berücksichtigt, obwohl bekannt ist, dass in entspannten therapeutischen Milieus weit weniger Neuroleptika erforderlich sind. Sogar dann allerdings finden sich oft in der Kontrollgruppe hohe »Spontanremissionen« selbst unter Placebo-Einsatz, die aber nicht weiter kommentiert werden (etwa BEASLEY u. a. 1996). Letztlich wären jedoch nur Studien grundlegend weiterführend, bei denen in zumindest einer Kontrollgruppe eine komplexe und kompetent durchgeführte psychosoziale Intervention angeboten wurde.

Die gewählten Outcome-Kriterien der Studien (wie größtmögliche Symptomremission) stimmen oft nicht mit den individuellen Bedürf-

nissen, Erfahrungen und (Lebens-)Zielen der Patienten überein. Wenn diese sich widersprechen, können die Studienergebnisse für den Behandler nicht allein handlungsleitend sein. Außerdem werden wichtige Aspekte, die zum Beispiel den Verlauf stark beeinflussen, oft im Design nicht berücksichtigt, etwa das Ausmaß an Komorbidität, insbesondere der schädliche Konsum psychotroper Substanzen (wie illegale Drogen). Was in Europa, aber auch weltweit fehlt, sind Studien der Implementierungs- und Versorgungsforschung sowie Forschungsnetzwerke von Klinikern und Wissenschaftlern, die unabhängig von der Pharmaindustrie finanziert werden und somit keine Zulassungs- oder Marketinginteressen verfolgen.

## Ergebnisse der Verlaufsforschung

»Der Langzeitverlauf der Schizophrenie hat sich nicht wesentlich geändert, trotz der gleichzeitigen Wirksamkeit antipsychotischer Medikation in der Behandlung akuter Psychosen und bei der Verringerung der Rückfallrate« (CARPENTER 1997, eigene Übersetzung). J. D. HOGARTY u. a. (1994) fanden in ihrer Meta-Analyse sogar eine Verschlechterung zwischen 1984 und 1994. Die Ursache dieser oft eintretenden langfristigen Verschlechterung ist noch unbekannt. Ob ihr biologische Faktoren zu Grunde liegen, ist nicht gesichert (WYATT 1997). Es kann sich deshalb auch um Effekte neuroleptischer Langzeittherapie und/oder um Folgen unzureichender psychosozialer Behandlung handeln.

In dieser Situation, in der die langfristigen Vor- und Nachteile neuroleptischer Medikation noch nicht abschließend und sicher beurteilbar sind (BOCKOVEN/SOLOMON 1975; WYATT 1991), ist die möglichst vollständige Ausschöpfung des therapeutischen Potenzials aller psychosozialen Behandlungsformen sinnvoll.

Mindestens 20 Prozent der ersterkrankten schizophrenen Menschen erkranken *nie wieder* in ihrem Leben. Das zeigen alle Langzeitstudien zur Schizophrenie (CIOMPI/MÜLLER 1976). 20 bis 30 Prozent der schizophrenen Patienten sind *weitgehend Non-Responder* auf Neuroleptika (CONLEY/BUCHANAN 1997; KANE 1999). Werden sie zum Beispiel mit

Clozapin behandelt, kommt es allenfalls zu einer zwanzigprozentigen partiellen und teilweise nur zu einer vorübergehenden Remission, und zwar zumeist nur bei der Positiv-Symptomatik, bei gleichzeitig oft erheblichen Nebenwirkungen (SCHÄFER u. a. 2004). Weitere 5 bis 10 Prozent der Patienten erfahren *keinerlei* Symptomveränderung durch jede Form der neuroleptischen Behandlung (PANTELIS/LAMBERT 2003).

Etwa 40 Prozent der schizophrenen Patienten dekomensieren trotz verordneter Medikation schon ein Jahr nach der Krankenhausbehandlung wieder psychotisch (HOGARTY/ULRICH 1998). Rund 20 Prozent der schizophrenen Patienten werden sogar unter einer Depotmedikation innerhalb eines Jahres wieder psychotisch (KANE u. a. 2002).

Erfolgt eine integrierte psychosoziale Therapie, insbesondere unter Einschluss von Familieninterventionen, ist der Verlauf wesentlich günstiger (HOGARTY/ULRICH 1998).

Unter regulären Behandlungsbedingungen nehmen mehr als 50 Prozent der Patienten ihre Medikation gar nicht oder nicht in der verordneten Weise ein (FENTON u. a. 1997). Eine ebenso hohe »Non-Compliance-Rate« findet sich im Übrigen auch bei Medikamenten gegen körperliche Erkrankungen.

Auch die *atypischen Neuroleptika* haben daran – ganz im Gegensatz zu den ursprünglichen Erwartungen und Behauptungen – nichts geändert. Auch bei diesen Medikamenten – so in einer randomisierten Vergleichsstudie typischer mit atypischen Neuroleptika an 1493 Patienten über 18 Monate (LIEBERMAN u. a. 2005) – brechen ungefähr gleich viele Patienten vorzeitig die Behandlung ab wie unter dem Typikum Perphenazin (Decentan®). Insgesamt liegt die Abbruchquote bei 75 Prozent, einzelne Atypika schneiden sogar noch schlechter ab als das Perphenazin. Olanzapin schneidet mit 64 Prozent vorzeitigem Absetzen innerhalb von eineinhalb Jahren noch am besten ab. Dessen häufige Nebenwirkungen wie Übergewicht und metabolische Störungen sind jedoch mit einer potenziell höheren Mortalität verbunden (darauf komme ich weiter unten noch einmal zurück).

## Dosierungsstrategien

Mit den Atypika ist glücklicherweise die *Niedrigdosierung* wieder populärer geworden und hat die irrationale jahrzehntelange Hochdosistherapie mit den Typika zurückgedrängt. Vermutlich kommt die »bessere Verträglichkeit« der Atypika im Wesentlichen durch diese niedrigere Dosierung zustande. Dies wird allerdings dadurch verschleiert, dass sie in den durch die Pharmaindustrie gesponserten Vergleichsstudien immer mit den mehr als doppelt so hohen Äquivalenzdosierungen von Haloperidol verglichen werden. Tatsächliche Äquivalenzdosen sind aber: 2 mg Risperidon = 10 mg Olanzapin = 2,5 mg Haloperidol. Es kann aber durchschnittlich von einer erforderlichen Akutbehandlungsdosis von 4 +/- 2 mg Haloperidol pro Tag ausgegangen werden (McEvoy u. a. 1991). Die individuelle Dosis kann gleichwohl um den Faktor 30 variieren! Bei erstmals mit Neuroleptika behandelten Patienten liegen die durchschnittlichen Schwellendosen von Haloperidol mit 2,0 mg nochmals fast um die Hälfte niedriger.

Auch Positronen-Emissionstomographische Untersuchungen (PET) zeigen, dass eine Rezeptorbesetzung von 50 bis 60 Prozent ausreicht, um eine antipsychotische Wirkung zu erzielen. In einer solchen PET-Studie an erkrankten so genannten schizophrenen Menschen konnten S. KAPUR und Kollegen (2000) zeigen, dass bei einer Blockade von 65 Prozent der D<sub>2</sub>-Rezeptoren des Striatums eine klinische Besserung auftrat, bei Blockierung von 75 Prozent bereits eine Hyperprolaktinämie (meist sexuelle Dysfunktion verursachend) und bei 78 Prozent extrapyramidale Bewegungsstörungen.

Diese Befunde unterstützen die vorsichtige Grundhaltung von Patientinnen und Patienten gegenüber einer neuroleptischen Medikation und begründen eine Niedrigdosierung mit langsamer, begrenzter Titration, zumal die individuell angemessene Dosis nicht vorausgesagt werden kann. Hingegen erscheint angesichts dieser Befunde die jahrzehntelang und bis heute noch übliche schnelle und hohe Aufdosierung nachträglich (kunst)fehlerhaft. Sie wurde jedoch Betroffenen als »state of the art« verkauft, ohne in methodisch einwandfreien Studien als berechtigt

nachgewiesen worden zu sein – ein erstaunlicher Mangel, der vielleicht auch gerichtliche Klagen von Betroffenen nach sich ziehen könnte.

### Negative neuronale Effekte der Neuroleptika

PET-Befunde zeigen, dass nur bei einem Teil der unbehandelten ersterkrankten schizophrenen Menschen eine *dopaminerge Hyperaktivität* (HEINZ u. a. 1996), aber insgesamt *keine* erhöhte D<sub>2</sub>-Rezeptordichte besteht (FARDE u. a. 1990; MARTINOT u. a. 1990). Es existiert also ein psychotische Symptome induzierender Mechanismus, der unabhängig von der dopaminergen Neurotransmission eintritt. Und in Phasen remittierter Symptomatik ist das dopaminerge System nicht nachweisbar pathologisch verändert (LARUELLE/ABI-DARGHAM 2000). Trotzdem werden alle psychotischen Patienten mit Dopaminantagonisten (Neuroleptika) behandelt, und das zumeist in Dosierungen, die mehr als 65 Prozent der Dopaminrezeptoren blockieren, was zu einer Erzeugung bzw. Verstärkung der so genannten Negativ-Symptomatik und von neuropsychologischen Defiziten führen kann (BREGGIN 1990; 1996). Diese neuroleptikabedingte Schwächung des die Aufmerksamkeit, Motivation, Emotion, Bedeutungsgebung und den Antrieb regulierenden dopaminergen Systems wird nicht systematisch untersucht, sondern regelmäßig durch den fragwürdigen Hinweis auf die krankheitsimmanente Verlaufsdynamik verschleiert. Patienten jedoch erleben diese Effekte, wenn sie – oft zu abrupt – die Neuroleptika absetzen.

Werden Dopaminrezeptoren durch Neuroleptika blockiert, kommt es recht bald zu kompensatorischen Gegenregulationen, indem sich neue Rezeptoren (up-regulation) und Kollateralen der Nervenendigungen bilden (BALDESSARINI/TARSY 1980; ABI-DARGHAM u. a. 1999, zit. n. HEINZ 2000). Dies hat zur Folge, dass das dopaminerge Niveau ansteigt und die Entwicklung von Symptomen oder Rezidiven (»Supersensitivitätspsychosen«, »tardive Psychosen«) zum Teil erleichtert wird (CHOVINARD/JONES 1980). Klinisch deutlich wird dies an den aktuell häufiger werdenden Kombinationen mehrerer atypischer oder atypischer und

typischer Neuroleptika sowie der Schwierigkeit von Patienten, Neuroleptika nach einer längeren Einnahme wieder abzusetzen. Dies ist m. E. als begrenzte Toleranzentwicklung gegenüber dem Neuroleptikum aufzufassen. Wir müssen deshalb davon ausgehen, dass die hohe Rezidivhäufigkeit bei vorzeitigen oder verordneten Absetzversuchen zu wesentlichen Anteilen auch ein Effekt der Neuroleptika selbst ist. Daher ermitteln Medikamentenstudien, die in der so genannten Placebo-Gruppe Patienten nach kurzfristigem Absetzen von Neuroleptika einschließen, verfälschend höhere Rezidive ohne Neuroleptika (ROSS/READ 2004).

Neuroleptika-Einnahme kann zu »Zelluntergang« (Apoptose) führen. Abhängig von der Substanz, der Dosishöhe und der Einnahmedauer kommt es zum Beispiel unter Perphenazin, Haloperidol und Clozapin durch die Aktivierung des Enzyms Caspase-3 zu Zelluntergängen, die bei Risperidon immer noch ein Sechstel des Ausmaßes von Haloperidol ausmachen (GIL-AD u. a. 2001; UKAI u. a. 2004; BONELLI u. a. 2005). Transglutaminase, ein Marker für Apoptose, zeigte sich im Liquor sowohl unter typischen wie unter atypischen Neuroleptika in gleichem Ausmaß erhöht. Frauen jedoch zeigen dabei eine stärkere Erhöhung als Männer (BONELLI u. a. 2005), sodass möglicherweise eine erhöhte Vulnerabilität von Frauen für schädliche Neuroleptika-Effekte besteht, was sich auch in einer erhöhten weiblichen Rate tardiver Dyskinesien (YASSA u. a. 1992) widerspiegelt. Diese Befunde werfen die drängende Frage nach der Induktion eines degenerativen Prozesses durch Neuroleptika auf. Die klinischen Effekte dieser schleichenden Atrophien sind vermutlich eher diffus und kaum gezielt untersucht worden. Manche Forschungsergebnisse werden allerdings auch bewusst unterdrückt. Bisher ist zu vermuten, dass 10 bis 40 Prozent der behandelten Patienten davon betroffen sind (BREGGIN 1990). Die höher auflösenden bildgebenden Verfahren werden jedoch zu einer methodisch leichteren Zugänglichkeit der neuronalen Veränderungen beitragen.

Die dargestellten Befunde machen auch deutlich, dass bis heute – im Gegensatz zu häufig vertretenen Behauptungen – kein konsistentes *neurobiologisches* Krankheitsmodell existiert, das die Widersprüchlich-

keit und Komplexität der Befunde zur Schizophrenie erklären kann. Dies müsste Professionelle in ihrem klinischen Handeln umso vorsichtiger machen. Die »Abwehr« (als Verdrängung oder Verleugnung) dieser Unklarheiten führt im klinischen Alltag oft zu meist unerträglichen Vereinfachungen, die den Patientinnen und Patienten eine Sicherheit vorspielen soll, die nicht existiert.

### **Mortalität**

Übergewicht, Diabetes, Hypertonie und Hyperlipidämie sind mögliche Nebenwirkungen von Neuroleptika. Sie führen zu kardiovaskulären Erkrankungen und wahrscheinlich (HENDERSON u.a. 2005) zu einem Anstieg der Mortalität dieser Patientengruppe im Verlauf von zehn Jahren. Eine finnische prospektive Studie über 17 Jahre bestätigt darüber hinaus – nach Korrektur kardiovaskulärer Erkrankungen und Risikoverhalten – eine um das 2,5-Fache erhöhte Mortalität, die sich mit der Anzahl der insgesamt eingesetzten Neuroleptika auf das 6,83-Fache bei mehr als drei Neuroleptika steigert. Patienten ohne neuroleptische Behandlung hatten eine um das 1,29-Fache erhöhte Mortalität (JOUKAMAÄ u.a. 2006).

Mit der Vergabe von Medikamenten in Verbindung mit langfristig schwerwiegenden Nebenwirkungen werden also Entscheidungen von potenziell großer Tragweite getroffen. Das geringe Ausmaß an Forschung zu diesen Fragestellungen unterstreicht den Eindruck, dass innerhalb der Psychiatrie die Dimensionen dieses Dilemmas nicht angemessen diskutiert und berücksichtigt werden.

### **Einfluss der Pharmaindustrie**

Diese Tatbestände machen in eindrucksvoller Weise deutlich, dass die klinische Psychiatrie bis heute großen Irrtümern unterliegt, unter denen die Patientinnen und Patienten in entscheidender Weise zu leiden haben. Zugleich wird dabei offensichtlich, dass die so genannten wissenschaftlichen Befunde – nicht zuletzt durch einseitige bis manipulative

Strategien der Pharmaindustrie (z.B. durch das Nichtveröffentlichen von Studien, die zu unerwünschten Resultaten kommen) – bis heute keine zuverlässigen Handlungsrichtlinien darstellen können, aber vielfach ökonomischen Interessen dienen (ANGELL 2005; MOSHER u.a. 2004).

Die Notwendigkeit einer von der Pharmaindustrie unabhängigen Psychopharmakaforschung ist angesichts dieser jahrzehntelangen Erfahrungen unabweisbar. Verfilzungen von Klinikern und Wissenschaftlern mit der Pharmaindustrie, die zunehmend öffentlich werden (ANGELL 2005), sind erschreckend, aber trotz dieses Skandals weiterhin überaus effektiv. Vielleicht setzt das Erwachen von Politik und Öffentlichkeit nicht angesichts des individuellen Leidens ein, sondern erst dann, wenn die ökonomischen Folgekosten schlechter psychiatrischer Versorgung deutlicher werden.

Noch sind wir weit davon entfernt, dass auch die Betroffenen in Forschung und Versorgung eine kritische Kontrollfunktion erhalten (siehe dazu auch den Beitrag von J. Utschakowski). In unserem klinischen Alltag versuchen wir diesen Erkenntnislücken und Widersprüchen wenigstens ansatzweise gerecht zu werden, indem wir die zwiespältigen Medikationsaspekte so offen, wie es uns möglich erscheint, mit den Patienten besprechen.

### **Therapeutisches Potenzial psychosozialer Behandlungsformen**

Es ist erwiesen, dass die Rückfallraten bei psychotischen Erkrankungen durch zusätzliche *psychosoziale Behandlungsformen* auf die Hälfte gesenkt werden können. Diese Therapieformen werden gegenwärtig jedoch vielen Patienten nicht zuteil (HOGARTY/ULRICH 1998; NABER/KRAUSZ 2001).

Durch *familientherapeutische Interventionen*, die auf die Kommunikation und Problemlösestrategien der Familien einwirken, lassen sich sehr viel größere rückfallprophylaktische Effekte erzielen als durch Medikation allein (HAHLWEG u.a. 1995). Rückfälle lassen sich durch sie auf weit mehr als die Hälfte reduzieren (LEFF u.a. 1982). Stets war die Beein-



flussung des familiären Klimas, der Interaktionen, des Problemlöseverhaltens und der Kontakthäufigkeit mit dem Patienten die wesentliche Dimension. In einer familientherapeutischen Interventionsstudie von N. TARRIER u. a. (1991) wurden Kosteneinsparungen in Höhe von 27 Prozent durch die Wirkung der Familientherapie errechnet.

Längerfristige Behandlungszeiträume und Katamnesen wurden bisher mit keiner Studie realisiert, sodass unklar bleibt, ob psychotische Rezidive grundsätzlich vermeidbar oder nur über mehrere Jahre aufschiebar sind.

Obwohl diese Befunde seit weit mehr als zehn Jahren bekannt sind, wurden die familientherapeutischen Möglichkeiten in der Behandlung psychotischer Menschen eher ab- als ausgebaut, begründet mit der unhaltbaren Hypothese, die neuen atypischen Neuroleptika würden die »Gehirnkrankheit« Schizophrenie annähernd ursächlich behandeln und alle anderen psychosozialen Therapieformen – bis auf die lediglich informierende Psychoedukation – damit quasi überflüssig machen. Nach mehr als zehn Jahren des »Rezepts« Atypika + Psychoedukation belegen nun auch längerfristige Studien (LIEBERMAN u. a. 2005), dass dies nicht der Fall ist. Und dies wird auch mit Neuroleptika der dritten oder vierten Generation nicht eintreten.

Der wissenschaftliche Versuch, die so genannte Schizophrenie auf eine reine Gehirnkrankheit zu reduzieren, verbindet sich mit dem propagandistischen Versuch, den familiären Bedingungen jede mitverursachende Bedeutung bei der Entstehung von Psychosen abzuspochen. Dies wurde jedoch durch die Langzeitergebnisse einer differenzierten Adoptionsstudie zur Gen-Umwelt-Interaktion widerlegt (TIENARI 1991; TIENARI u. a. 2004). Bei dem Versuch, die Familien von ihren Schuldgefühlen zu entlasten – in Verwechslung der Schuld mit (Mit-)Verursachung und tragischer Verkettung –, wird das Kind mit dem Bade ausgeschüttet und jeder problematische interaktive Anteil der Familie bis hin zum sexuellen Missbrauch verleugnet, letztlich auch, um die Familien für die Vermarktung von Neuroleptika leichter zu vereinnahmen. In meiner Erfahrung ist jedoch fast jeder Familie der Unterschied zwischen realer Schuld, Schuldgefühlen und tragischer transgenerativer

Verkettung verständlich zu machen. Ein simplifizierender Freispruch im Sinne eines Ignorierens solcher Zusammenhänge bleibt letztlich psychodynamisch unwirksam (ADERHOLD/GOTTWALZ 2004).

Die immer wieder zitierte Studie von P.R. MAY u. a. (1981), bei der »Pharmakotherapie allein« die besten Ergebnisse erbrachte, hat so ausgeprägte methodische Schwächen (etwa unausgebildete und teilweise unmotivierte bis skeptische Therapeuten; im Durchschnitt 46 Sitzungen, jedoch nur solange der Patient im Krankenhaus war, Beendigung der Therapie bei Entlassung), dass sie niemanden überzeugen dürfte. Bis heute wird sie aber demagogisch als Argument gegen Einzeltherapie benutzt.

Die skandinavischen Erfahrungen haben gezeigt, dass Einzeltherapie bei relativ autonomen Patienten im Anschluss an oder parallel zu einer familientherapeutischen Behandlung sehr förderlich sein kann (ALANEN 2001). Sie ist m. E. jedoch nicht das bestmögliche psychosoziale Standardangebot für jeden psychotischen Patienten. Diese Rolle hat eher die Familien- und Netzwerktherapie (dazu unten mehr).

Die aktuellen Konsensurichtlinien bei ersterkrankten schizophrenen Menschen sehen einen regulären Absetzversuch nach zwei Jahren vor. Ohne begleitende Familien- oder Einzeltherapie und langsame Absetzstrategien ist dieser Versuch bei 80 Prozent der Patienten mehr oder weniger zum Scheitern verurteilt, was eine Weiterverordnung von Neuroleptika präjudiziert.

### Subjektorientierung

Subjektive Krankheitsmodelle von Betroffenen finden kaum therapeutische Berücksichtigung. Sie gelten als wahnhaft oder als Ausdruck mangelnder Krankheitseinsicht. Durch psychoedukative Angebote lässt sich zwar die Rückfallrate etwas senken, jedoch ändern sie an der so genannten Medikamentencompliance und an den subjektiven Bedeutungssystemen kaum etwas (PEKKALA/MERINDER 2005). Therapeutisch sinnvoll und hilfreich wäre erst die gemeinsame Rekonstruktion und »Übersetzung« in eine Beziehungssprache oder Beziehungsmeta-

pher (ADERHOLD/GOTTWALZ 2004). Dies ist jedoch nicht Teil des üblichen psychiatrischen Vorgehens. Vielmehr erfolgt mit dem Urteil mangelnder Krankheitseinsicht der Ausschluss der Patientinnen und Patienten vom therapeutischen Diskurs.

Individuelle Einstellungen zur Medikation bleiben in der Therapieplanung zu oft unberücksichtigt. Ist absehbar, dass ein Patient die Medikation ambulant absetzen wird, sollte jede Anstrengung unternommen werden, um dieses »Experiment« sichernd zu begleiten und alle Möglichkeiten psychosozialer Therapieangebote individuell unter Zuhilfenahme des sozialen Systems auszuschöpfen.

Neben den Einzelinterventionen sind der zustandsspezifische Gesamtbehandlungskontext und die Behandlungsphilosophie für die Spielräume bei der Medikation von grundlegender Bedeutung. Ein Beispiel dafür ist das Soteria-Konzept (MOSHER/BURTI 1992; MOSHER/BOLA 1999; CIOMPI 1982).

### Komplexe Behandlungssysteme

Die Evaluationsforschung der kalifornischen Soteria-Projekte (etwa MOSHER/MENN 1978; BOLA/MOSHER 2003) hat gezeigt, dass die neuroleptischen und psychosozialen Behandlungsformen nicht nur in einem additiven, sondern teilweise – für mehr als 40 Prozent der Patienten – auch in einem komplementären Verhältnis zueinander stehen. Auch eine Reihe weiterer, zum Teil noch älterer Studien belegt, dass 30 bis 40 Prozent der erstbehandelten und akut psychotischen Patienten bei Vorhandensein eines angemessenen Behandlungskontextes – der in einem spezifischen Milieu (Soteria), in der Familie oder auch im Krankenhaus bereitgestellt werden kann – ohne Neuroleptika durch die Psychose begleitet werden können, wenn ausreichendes qualifiziertes Personal zur Verfügung steht (ALANEN u. a. 1990; CARPENTER u. a. 1977; CIOMPI u. a. 1993; FALLOON 1992; GOLDSTEIN 1970; MARDER u. a. 1979; RAPPAPORT u. a. 1978; SILVERMAN 1975/76).

Grundsätzlich gesicherte Merkmale dieser Untergruppe gibt es nicht. Aber differenzierende Untersuchungen und klinische Beobachtungen

kommen zu den folgenden Ergebnissen. Die Merkmale dieser Patientengruppe für einen medikamentenfreien Behandlungsversuch – auch bei mehrfachen Episoden – sind:

- ★ Beginn der Psychose innerhalb des letzten halben Jahres,
- ★ plötzlicher akuter Beginn der Psychose,
- ★ psychotische Episoden von kurzer Dauer in der Anamnese, auch unter Neuroleptika,
- ★ kürzere Hospitalisierungen,
- ★ deutliche Auslösefaktoren,
- ★ psychotische Konfusion,
- ★ Beschäftigung mit einer Todesthematik im psychotischen Erleben,
- ★ Begleitsymptome einer affektiven Erkrankung,
- ★ gutes psychosoziales Funktionsniveau vor Beginn der Erkrankung,
- ★ sexuelle Beziehung bis kurz vor Beginn der Psychose,
- ★ Fehlen schizoider Persönlichkeitsmerkmale.

Es handelt sich dabei nicht um sichere Prognosekriterien, sondern um einzelne Merkmale, die eine Entscheidungshilfe im Einzelfall darstellen. Dabei sind der plötzliche Beginn, die deutliche Auslösesituation und das möglichst gute psychosoziale Niveau vor Beginn der Psychose vermutlich besonders bedeutsam (BOLA/MOSHER 2002).

Steht ein Kontext zur Verfügung, in dem ein mehrwöchiger neuroleptikafreier Behandlungsversuch unter Berücksichtigung dieser Prognosekriterien angeboten werden kann, eröffnen sich für die Patienten Wahl- und Erfahrungsmöglichkeiten und es entstehen Spielräume zwischen Patienten und Behandlern, die auch die Möglichkeiten für kooperative Medikationsformen erweitern. Eine langfristige Schädlichkeit akuter Psychosen (»Neurotoxizität«) bei Nicht-Medikation über 4–6 Wochen ist nicht nachgewiesen worden, auch wenn immer wieder so argumentiert wird.

In den Soteria-Studien waren die Behandlungsergebnisse deutlich besser als (BOLA/MOSHER 2003) oder gleich gut (CIOMPI u. a. 1993) wie bei sofortiger Neuroleptikagabe in der Kontrollgruppe. Zusätzlich erlaubt ein haltendes und reizgeschütztes therapeutisches Milieu für die meisten der anderen 60 bis 70 Prozent der Patienten eine Niedrigdosierung. Die

benötigten neuroleptischen Dosierungen sind individuell sehr unterschiedlich, und die niedrigstmögliche Dosierung lässt sich nur dann finden, wenn ein therapeutisches Milieu zur Verfügung steht, in dem diese behutsamen Dosierungsstrategien praktiziert werden können. Gelingt dies, so liegt die durchschnittliche Akutbehandlungsdosis bei 1,5 bis 2 mg Haldol-Äquivalenten (ALANEN u. a. 1990; MCGORRY u. a. 1996).

Diese niedrige Dosishöhe mag vor allem bei erstbehandelten psychotischen Patienten vielleicht als Maßstab für die Güte des eigenen psychosozialen Behandlungsangebotes dienen. Auf jeden Fall treten unter niedrigen Dosierungen weniger Nebenwirkungen und geringere neuropsychologischer Defizite auf.

### **Das bedürfnisangepasste Behandlungsmodell**

Ausgehend von Yrjö Alanen in Turku, Finnland, hat sich in den zurückliegenden zwei Jahrzehnten in Skandinavien ein sehr auf die Möglichkeiten und Bedürfnisse der Patienten und ihre Familien ausgerichtetes Behandlungsmodell entwickelt, das an anderer Stelle ausführlich beschrieben wurde (ALANEN 2001; ADERHOLD u. a. 2003). Die schnelle Reaktion auf psychotische Krisen im Lebenskontext der Patienten, therapeutische Arbeit mit ihrem sozialen Netzwerk von Anfang an, auch durch ein langfristig verantwortliches »Psychoseteam«, und die Möglichkeit zu einer späteren längerfristigen Einzeltherapie (in ca. 40–50 Prozent der Fälle) haben zu eindrucksvollen Behandlungsergebnissen geführt. Die Gespräche mit der Familie und dem sozialen Netzwerk finden nur mit Zustimmung der Beteiligten statt, werden aber in den beforschten finnischen Regionen und mit diesen systemischen Ansätzen in hohem Maße (67–95 Prozent) angenommen.

In einer zweijährigen Vergleichsstudie (LEHTINEN u. a. 2000) versuchten drei Regionen in Skandinavien verstärkt, bei erstbehandelten Patienten (69 Prozent mit der Diagnose »Schizophrenie« oder »schizophreniforme Psychose«) neuroleptische Medikation zu vermeiden. In den ersten drei Wochen der Akutbehandlung wurden möglichst keine

Neuroleptika (ggf. jedoch Benzodiazepine) verabreicht. Wenn nach Ablauf dieser Zeit eine Besserung klar erkennbar war, wurde die neuroleptische Medikation weiter aufgeschoben. Dieses Vorgehen führte dazu, dass bei rund 40 Prozent der Patienten niemals Neuroleptika eingesetzt wurden. Im Nachhinein unterschieden sich die medizierten Patienten nicht signifikant von den medikamentenfrei behandelten Patienten bezüglich präorbider Anpassung, Berufstätigkeit, Anzahl der psychotischen Symptome, Dauer der unbehandelten Psychose und in den Diagnosen. Das Behandlungsergebnis der Patienten der Experimentalgruppe unter Neuroleptika war jedoch deutlich schlechter. Auch im Vergleich mit der Kontrollgruppe mit neuroleptischer Medikation in 94 Prozent der Fälle und sonst identischem Behandlungsansatz nach dem bedürfnisangepassten Modell schnitt die gesamte Experimentalgruppe deutlich besser ab: signifikant in Bezug auf Hospitalisierungsdauer und psychosoziales Funktionsniveau sowie tendenziell in Bezug auf fehlende psychotische Restsymptomatik im letzten Jahr (58 versus 41 Prozent). Die Dauer der unbehandelten Psychose hatte keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis.

Weil die Experimentalgruppe nicht nur seltener Neuroleptika, sondern auch mehr familientherapeutische Sitzungen (67 gegen 38) erhielt, ist das Ergebnis nicht dem Faktor Medikation allein zuzurechnen.

Insbesondere eine Region in West-Lappland (Tornio) hatte es sich zur Aufgabe gemacht, Neuroleptika weitgehend zu vermeiden, und hat die Behandlungsergebnisse in zwei Behandlungsperioden mit etwas unterschiedlicher systemtherapeutischer Orientierung überprüft (SEIKKULA u. a. 2006). Hier sollen vor allem die Effekte dieser systemischen Interventionen auf den Einsatz von Neuroleptika hervorgehoben werden.

Während des 5-Jahres-Behandlungszeitraums der zweiten Behandlungsperiode wurden 71 Prozent der Patienten (51 erstbehandelte psychotische Patienten) ohne Neuroleptika behandelt, nur 26 Prozent bekamen zu Beginn und 17 Prozent dauerhaft über die fünf Jahre Neuroleptika. Nur bei ca. 35 Prozent der Patienten kam es zu Rückfällen innerhalb von fünf Jahren.

Nach fünf Jahren zeigten 82 Prozent der Patientinnen und Patienten

keinerlei psychotische Restsymptomatik, 86 Prozent arbeiteten oder studierten. Die Abbruchquote war mit 6 Prozent (3 von 51) sehr gering, was eine hohe Akzeptanz dieses Behandlungsmodells widerspiegelt. Die Gesamtzahl der Familien- bzw. Netzwerktreffen im 5-Jahres-Zeitraum lag mit 29 Sitzungen in einem realistischen Bereich, obwohl in manchen Fällen anfangs sogar tägliche Sitzungen stattfanden.

Alle diese Ergebnisse belegen jedenfalls: Auch innerhalb eines vorwiegend ambulanten, mit systemischer Krisenintervention und längerfristigen Familientherapien arbeitenden Behandlungsteams besteht die Möglichkeit, auf Medikation in 40 bis 70 Prozent der Fälle ganz zu verzichten. Gelingt eine medikamentenfreie Behandlung bei guter familientherapeutischer Begleitung (und darauf kommt es entscheidend an!), scheint dies die Rückfallrate niedrig zu halten und die psychosoziale Funktionsfähigkeit zu erhöhen.

### Voraussetzungen kooperativer Medikationsstrategien

Auch wenn die in dieser Weise selten verfügbaren therapeutischen Kontextbedingungen bedeutsam sind, so ermöglicht doch auch der aktuelle klinisch-psychiatrische Alltag einen kooperativen und partizipativen Umgang mit Psychopharmaka. Allerdings sind die Freiräume dabei geringer. Die Grenzen können den Patienten aber oft selbst in der Akutsituation vermittelt werden. Die Grundprinzipien einer solchen Umgangsweise mit Medikation sollen nun erläutert werden.

Der Weg aus der Psychose sollte kein Weg in die affektive Leere sein. Auch deshalb bedarf es einer behutsamen Dosierungsstrategie, damit psychotische Affekte nicht pharmakologisch unbewusst gemacht werden. Auch in psychotischen Bewusstseinszuständen behalten die Affekte ihre grundsätzliche strukturbildende Funktion. Deshalb sollten Neuroleptika immer so dosiert werden, dass Affekte erträglicher (und damit weniger wahnbildend), aber nicht ausgelöscht werden, denn dies fördert vermutlich eine postpsychotische Depression oder ein so genanntes Residuum. Zusätzlich ist eine lebendige, haltende und verstehende Beziehung in diesem sensiblen Prozess der so genannten Symptomre-

mission erforderlich. Das gemeinsame Fühlen, Verstehen und Verarbeiten dieser Affekte verhindert die affektive Desintegration.

Je besser die »Passung« (ALANEN u. a. 1990) zwischen Patient und Therapeut, umso erfolgreicher wird diese gemeinsame »Arbeit« sein. Bei der Psychosenbehandlung geht es vermutlich eher darum, eine solche Passung zu erreichen, und weniger um die Anwendung bestimmter Methoden. In der Langzeitbehandlung wird diese Passung bereits häufiger diskutiert, in der Akutbehandlung wird sie nur selten zum Thema, häufig aus der Not der Versorgung. Wenn man jedoch die langfristigen Folgen für das Ausmaß an Chronifizierung berücksichtigt, scheint hier ein »Wertewandel« notwendig zu sein. Behandlungssysteme, in denen die psychosozialen Elemente nur mangelhaft entwickelt werden, erzeugen einen starken Druck auf den Behandler, sehr schnell eine Medikation einzuleiten, und führen so zu erhöhten initialen Dosierungen. Besteht die Möglichkeit, zunächst eine haltende Beziehung in einem sichernden therapeutischen Rahmen aufzubauen, kann man der Medikationsproblematik mit mehr Gelassenheit entgegentreten und gleichsam in eine Haltung des »wait and see« gehen. Dabei ist es jedoch von großer Bedeutung, eine Atmosphäre der Erwartung und Hoffnung dafür zu schaffen, dass die Überwindung der Psychose ohne Medikation möglich ist.

Neben dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung kann der Betroffene eventuell die Erfahrung machen, aus eigener Kraft die Symptomatik zu überwinden oder lediglich mit dem Ziel einer Begrenzung oder Beendigung der Symptomatik zum Neuroleptikum greifen zu wollen bzw. zu müssen. In West-Lapland wurde der Beginn einer Medikation, wenn sie den Behandlern doch ratsam erschien, zunächst immer in drei Therapiesitzungen mit der Familie und wichtigen Bezugspersonen diskutiert.

Bei paranoiden Patienten ist es oftmals durch ein möglichst genaues Erarbeiten des subjektiven Problemerlebens bzw. der eigenen Problemdefinition möglich, eine *spezifische persönliche Zielsymptomatik* zu finden und zu benennen, die für den Betroffenen den Einsatz von Neuroleptika rechtfertigt und ihm ihre Wirksamkeit subjektiv erfahrbar und kontrollierbar macht.

Auch in Behandlungssituationen mit akut psychotischen Patientinnen und Patienten ist zur Entwicklung einer angemessenen inneren Haltung von dem Vorliegen einer *grundsätzlichen eigenverantwortlichen Entscheidungsfähigkeit* auszugehen. Auch unter den Bedingungen einer geschlossenen Station kann Erkenntnisfähigkeit unterstellt werden. Als etwa in den USA und in der BRD durch einzelne Gerichte entschieden wurde, dass Patienten auch im Rahmen einer gerichtlichen Unterbringung das Recht haben, die Medikation zu verweigern (es sei denn, eine ausgeprägte Störung der Beurteilungsfähigkeit kann nachgewiesen werden), kam es nicht zu der von vielen Fachleuten erwarteten Katastrophe. Vielmehr waren die Professionellen meist gezwungen zu überzeugen und zu verhandeln, sodass es zu Lernprozessen auf beiden Seiten kam (WARNER 1994).

Patienten befinden sich also notwendig in einem Annäherungsprozess. Wenn der Professionelle auf diesem Weg – gleichsam über das Ziel hinausschießend – zu viel Druck erzeugt, kann dies möglicherweise einen paradoxen Effekt auslösen und den Patienten in die Verweigerung treiben. Die meisten Patienten spüren sehr genau, ob sie nur möglichst schnell zu einer Medikation überredet werden sollen, um ein therapeutisches Problem zu überwinden, oder ob ein umfassendes therapeutisches Instrumentarium ausgeschöpft wird, um dann die Erfahrung der relativen Unausweichlichkeit von Medikation zu machen.

Am besten fragen wir uns als Behandler, welche optimale Behandlungssituation wir unserem besten Freund wünschen würden, um uns in die Enttäuschungen, das Zögern, die Ängste und Abneigungen unserer Patienten besser einfühlen zu können und um die therapeutische Gesamtsituation immer weiter zu verbessern.

### **Der Prozess kooperativer Medikation in der Akutbehandlung**

Die erste Einnahme eines Neuroleptikums sollte als ein Versuch aufgefasst und bezeichnet werden, durch *Selbst- und Fremdbeobachtung* festzustellen, ob ein Medikament hilfreich ist oder nicht.

Der Behandler sollte dem Patienten nicht mit der Grundhaltung gegenüberzutreten, ihn auch gegen viele innere Widerstände über lange Zeit medikamentös behandeln zu wollen. In zahlreichen Studien wurde die Bedeutung einer guten therapeutischen Beziehung für die Kooperationsbereitschaft bezüglich der Medikation belegt (FRANK/GUNDERSON 1990; MARDER u. a. 1983; NELSON u. a. 1975). Der Therapeut sollte deshalb *beratender Begleiter* auf einem schwierigen Weg des Patienten durch die verwirrende Vielfalt und Widersprüchlichkeit von Informationen und Emotionen sein: etwa bei Ängsten, das Falsche zu tun, bei Ängsten, sich mit einer *fremden Substanz im eigenen Körper* grundlegend zu verändern, bei Ängsten, von dieser Substanz abhängig zu werden. Es kann eigentlich gar nicht anders sein, als dass Patienten auf diesem Weg oftmals die Notwendigkeit der Medikation in Frage stellen und relativ früh auch Absetzversuche unternehmen. Wenn dies in einer Atmosphäre gemeinsamen Vertrauens möglich ist und sichernd begleitet wird, verstärkt das umgekehrt die Kooperationsbereitschaft des Patienten, schafft Vertrauen, höhere subjektive Zufriedenheit und fördert Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Ein verstandener Rückfall kann sogar förderlich sein und manche Patienten lernen erst durch die Erfahrung mehrerer Krisen entscheidend dazu.

Dosiserhöhungen und Dosiserniedrigungen müssen immer genau mit dem Patienten abgestimmt werden. Auch sie haben oft eine besondere innere Dynamik und Bedeutung, die es zu erfassen gilt. Jeder Schritt muss dabei *in der Kontrolle des Patienten* bleiben, d. h. auch rückgängig gemacht werden, wenn der Patient dies will. Es gibt Ausnahmen, aber die sind unter Supervision und im Team differenziert zu begründen. Wir reflektieren das Für und Wider von Medikationsveränderungen in Anwesenheit des Patienten und nötigenfalls auch kontrovers. Wird eine solche Diskussion ehrlich geführt, kommt es danach sehr häufig zu ausgesprochen klugen und gut nachvollziehbaren Entscheidungen der Patienten. Sollte ein Patient unter der neuroleptischen Dosisreduktion erneut leichte psychotische Phänomene erleben, so muss dies nicht zwingend mit einer Dosiserhöhung beantwortet werden. Wenn diese Erlebnisinhalte den Betroffenen nicht zu sehr beeinträchtigen, können sie oftmals

in ihrer psychischen Dynamik besser verstanden werden. Dies ermöglicht dem Betroffenen eine unmittelbare Auseinandersetzung mit psychotischen Inhalten und schafft auf Dauer mehr Selbstverfügung.

Ziel einer neuroleptischen Medikation ist in diesem Verständnis nicht unbedingt die vollständige Beseitigung psychotischer Symptome, sondern ein *ausreichender Schutz*, um sich mit diesen Phänomenen konstruktiv und integrierend auseinander setzen und sie möglicherweise so überwinden zu können. Manche Patienten können sich gerade angesichts von kurzen, seltenen und auch nicht zunehmenden psychotischen Symptomen (z. B. Halluzinationen oder flüchtige Beziehungs-ideen) mit der äußeren und inneren Dynamik ihrer Störung auseinandersetzen: etwa durch das Finden von versteckten äußeren Belastungssituationen, die gleichzeitig eine hohe emotionale Relevanz haben. Bei Prodromalzeichen einer psychotischen Dekompensation ist eine vorübergehende Dosiserhöhung meist ausreichend (MARDER u. a. 1994). Dies setzt jedoch voraus, dass Patienten, Therapeuten oder Angehörige diese Frühsymptome rechtzeitig erkennen können.

Insbesondere nach der ersten psychotischen Episode sind viele Patienten darauf angewiesen, einen *baldigen Absetzversuch* zu machen, weil sie nach dem erstmaligen Auftreten einer psychotischen Krise selbstverständlich die Möglichkeit der Einmaligkeit in Betracht ziehen, die ja auch bei mindestens 20 Prozent der schizophrenen Patienten besteht. Dies wurde durch mehrere Langzeitstudien bestätigt: In einer Untersuchung von 1983 brachen 75 Prozent der erkrankten schizophrenen Menschen die medikamentöse Behandlung vorzeitig ab (GAEBEL/PIETZKER 1983). Gleichzeitig konnte in dieser Studie auch gezeigt werden, dass die prognostischen Erwartungen der behandelnden Ärzte nicht zutrafen und zu pessimistisch waren. Eine andere Studie (JOHNSTONE u. a. 1990) zeigte, dass bei einer Patientengruppe mit kurzer Krankheitsdauer vor Behandlungsbeginn eine berufliche Wiedereingliederung nach zwei Jahren dann am erfolgreichsten war, wenn nach Abschluss der Akutbehandlung Placebos verordnet wurden.

## Kooperative Medikationsstrategien in der Nachbehandlung

Nach Abschluss der Akutbehandlung entsteht für die Betroffenen die Frage nach der Notwendigkeit einer so genannten prophylaktischen Medikation. An sich ist es nur sinnvoll, von einer prophylaktischen Medikation zu reden, wenn der Zweck einer solchen Vorbeugung auch tatsächlich erreicht wird, wenn also die Einnahme von Medikamenten zuverlässig einen Rückfall verhindert. Dies ist allerdings meist gar nicht der Fall – es kommt oft lediglich zu einer Rückfallverzögerung (HOGARTY/ULRICH 1977). Empfehlungen werden auf der Grundlage unterschiedlicher Langzeituntersuchungen gegeben.

Ungefähr 20 Prozent der Patienten erleiden keinerlei Rückfall im Zeitraum von sieben Jahren und sind auch unter Placebo-Gabe rückfallfrei (HOGARTY u. a. 1974). Dies bestätigt die Ergebnisse der Langzeitstudien (CIOMPI/MÜLLER 1976). Medikation als einzige rückfallprophylaktische Maßnahme kann bei 50 Prozent der Patienten innerhalb von zwei Jahren einen Rückfall nicht ausschließen. Das heißt: 70 Prozent der Patienten brauchen keine Prophylaxe oder verzögern durch medikamentöse Prophylaxe ihren Rückfall lediglich um Monate. So ist die Prophylaxe nur für ca. 35 Prozent der Patienten für einen Zeitraum von mehr als einem Jahr rückfallverzögernd. Neuroleptika bleiben also ein begrenztes Instrument zur Kontrolle, Begrenzung und Verzögerung von akuter Symptomatik, und der experimentelle Umgang vieler Betroffener mit den Medikamenten ist in vielen Fällen gar nicht als mangelnde grundlegende Krankheitseinsicht, sondern als Experimentalverhalten bei individuell unklarer Prognose zu werten. Das ist ein verständliches Verhalten. Diese begrenzte Wirksamkeit der Medikamente macht eine weitreichende Beteiligung des Patienten erforderlich – Empowerment nicht nur als Zugeständnis, sondern als Notwendigkeit.

Auch atypische Neuroleptika haben für ca. 40 Prozent der oft jungen psychotischen Menschen subjektiv schwerwiegende Nebenwirkungen wie Übergewicht, sexuelle Funktionsstörungen und kognitive Defizite, und zwar in einem Alter, in dem die cerebrale Reifung noch nicht abge-

geschlossen und die Entwicklung von sozialen Beziehungen und Bindungen biografisch notwendig ist bzw. auch sozial erwartet wird. Zugleich hängt die Langzeitprognose psychotischer Störungen auch von der Fähigkeit zur Entwicklung solcher Beziehungen ab, sodass hier davon gesprochen werden kann, dass im Einzelfall eine Entwicklungsbehinderung durch Neuroleptika eintritt.

### Absetzversuche

Bis zu 75 Prozent der ersterkrankten so genannten schizophrenen Menschen versuchen, innerhalb der ersten zwei Jahre die Neuroleptika abzusetzen. Hierauf sollte man sich als Behandler grundsätzlich einstellen. Man sollte mit dem Betroffenen ein Milieu schaffen, in dem diese Absetzversuche in einem geschützten Raum möglich sind, um ihre eventuellen negativen Folgen zu begrenzen. Aus der individuellen Perspektive vieler Patienten ist es häufig notwendig, die Entwicklung einer zweiten Psychose zu erleben, um diese bleibende Verletzbarkeit überhaupt zu erfahren und in die biografischen und therapeutischen Überlegungen mit einzubeziehen. Wenn erforderlich, sollte man mit den Patienten einen gezielten Absetzversuch vereinbaren und sie genauestens über die Notwendigkeit einer über Wochen bis Monate langsam ausschleichenden Dosisreduktion informieren, um so das Auftreten von kurzfristigen »Absetzpsychosen« zu vermeiden, aus denen nämlich falsche Schlussfolgerungen gezogen werden könnten, weil sie mit einem echten Rückfall verwechselt werden (VIGUERA u. a. 1997).

Menschen mit psychotischen Störungen leiden oftmals unter einem grundlegenden Mangel an einer eigenen, von den wichtigen Bezugspersonen abgegrenzten Identität. Sie neigen entweder zur Fusion mit oder Flucht vor dem anderen. Diese Störung wiederholt sich natürlich in Fragen der Medikation. Auch Medikamente werden zu einem Objekt ambivalenter Gefühle. Und selbst in der Arzt-Patient-Beziehung mit der Medikation als Thema spiegelt sich diese Widersprüchlichkeit wider, indem sich die Patienten oftmals zunächst »unterwerfen«, um dann im Bedürfnis nach Selbstabgrenzung eine Position der Verweigerung

einzunehmen. Oder es geschieht umgekehrt: zunächst abweisender Widerstand, dann Akzeptanz, wenn die Selbstkontrolle erhalten bleibt. Um diesen psychisch erzwungenen Druck zur Non-Compliance abzuschwächen, ist ein frühzeitiges gemeinsames Beraten und Verhandeln über Medikation ausgesprochen nützlich. Es schafft »Kontingenzerfahrungen« (LEMPA 1995), d. h. die Erfahrung, auch unabhängig vom anderen einflussreich und wirksam zu sein. So wird das Verhandeln über Medikation selbst zu einem Therapeutikum. In systemischer Sprache kann man auch von einer Koevolution von Patient und Therapeut als Teile eines gemeinsamen »Problemsystems« sprechen.

Da Patienten unter Medikation in unserem Versorgungssystem häufig mit relativ wenig Aufmerksamkeit, Zuwendung und Auseinandersetzung behandelt werden, glaube ich, dass es auch Patienten gibt, die auf Grund genau dieser mangelhaften Behandlungssituation Medikamente absetzen, um den Therapeuten zu mehr Sorge, Fürsorge und Zuwendung zu veranlassen. Hier ist die Psychose als eine indirekte *Suche nach Zuwendung* aufzufassen. Auch ein Krankenhausaufenthalt nach der Entwicklung psychotischer Symptomatik kann manchmal eine solche Zuwendungs- und Versorgungsfunktion haben.

Oft kann das Absetzen auch als ein Versuch verstanden werden, in einer festgefahrenen psychischen und sozialen Situation Veränderungspotenziale zugänglich zu machen: zum Beispiel einfach mal wieder ins Krankenhaus zu kommen, wo mehr und neue Kontakte zu anderen Patienten möglich sind und vielleicht auch nach der Entlassung erhalten bleiben. Häufig genug bringen solche psychotischen Krisen etwas im Leben des Patienten in Bewegung, was in die unmittelbare psychopathologische Beurteilung nicht einfließt.

Für die Medikationsvergabe auf der Station ist es sinnvoll, grundsätzlich in die Überlegungen und Planungen einzubeziehen, dass Patienten am Tag ihrer Entlassung die Medikation in der Regel vollständig in ihre Verantwortung übernehmen werden. Dies sollte dazu führen, dass schon während der stationären Behandlung die Einnahme der Medikation weitgehend in die Selbstverantwortung der Patienten übergeben wird, um die Situation nach der Entlassung einzuüben, sich mit ihr aus-

einander zu setzen und in die stationäre Medikationsstrategie mit einzubeziehen. Lieber sollte ein Patient einen Absetzversuch noch im Rahmen der stationären Behandlung machen, um seine Folgen im geschützten Rahmen zu erleben, als völlig unbegleitet. Leider arbeitet die verkürzte Verweildauer in eine entgegengesetzte Richtung. Wenn dafür komplexe familientherapeutische Angebote geschaffen würden, wäre dieser Mangel wiederum mehr als kompensiert.

Für Patienten ist die Medikation häufig nicht nur ein Regulativ psychotischer Symptome, nicht nur eine gegen Rückfälle wirksame Substanz. Oftmals wird *Medikation zum Symbol* für eine »Kranken-Identität«, die alle Dimensionen menschlicher Identität durchdringt. Es bleibt nichts, außer ein »Schizophrener« zu sein. Nach der psychotischen Katastrophe – dem Verlust gewohnter Ich-Identität – ist nichts mehr, wie es vorher war.

Schizophrenen Menschen wird zur Entwicklung einer neuen Identität zunächst nur eine Krankheitsdiagnose angeboten, die ihre gesamte Persönlichkeit vereinnahmt. Viele Patientinnen und Patienten verweigern diese Identifizierung, wollen möglichst »normal« erlebt werden (LEFERINK 1997) und normalisieren möglichst jede erlebte Abweichung, um sozial dazuzugehören. Das Ringen um eine neue Identität findet meist sehr verborgen, in der inneren Einsamkeit statt, hat kaum eine Sprache und lässt sich selten mit jemandem teilen, so groß sind die Selbstentfremdung und das untergründige Bedrohungsgefühl. Alles, was an sozialen Zuschreibungen unter der Diagnose »Schizophrenie« erfolgt, ist sicherlich nicht sonderlich förderlich in diesem Prozess der Identitätssuche. Empowerment-Förderung kann hier hingegen eine deutliche Hilfe sein. S. E. ESTROFF (1989) beschreibt diesen Prozess, durch den die Patienten die Identität eines »Schizophrenen« annehmen – was wir üblicherweise positivierend als Krankheitseinsicht bezeichnen –, als ein im Wesentlichen soziales und interpersonelles Geschehen. Aus dieser Perspektive ist der *Verlust einer krankheitsunabhängigen Ich-Identität* der Kern von Chronifizierung. Umgekehrt fragt Estroff, ob das Überleben eines individuellen Selbst, unabhängig von einer Identität als Kranker, nicht die notwendige Voraussetzung für eine positive Langzeitperspektive ist.

Absetzen kann ein Versuch sein, diesen entwertenden Identitätsaspekt loszuwerden. Die »Erziehung« zum »schizophrenen« Patienten könnte also ein ausgesprochen schädlicher professioneller Beitrag zur Chronifizierung sein (RIEMANN 1987).

Selbstverständlich setzen Patienten auch Medikamente auf Grund einer unmittelbar erlebten Nebenwirkung ab. Sich ohne Medikation erleben zu wollen, der Wunsch, zu spüren, wer »da drunter« ist, wer man eigentlich ist, das sind tiefe und völlig verständliche Sehnsüchte, die durch Informationen über Rückfallquoten und Krankheitseinsicht niemals aufgehoben werden können. Nur die Angst kann stärker sein als diese Sehnsucht. In diesem Zwiespalt empathisch zur Seite zu stehen und etwa Absetzversuche sichernd zu begleiten, um eine glaubwürdige eigenständige Antwort auf dieses Dilemma zu finden, das ist die beste therapeutische Antwort.

### Ablehnung neuroleptischer Medikation

Einige Patientinnen und Patienten werden ohne Zweifel eine grundsätzlich negative Einstellung zur Medikation behalten. Der Prozentsatz dieser Patienten ist nicht größer als in der somatischen Medizin. S. W. Fenton unterscheidet prinzipiell zwischen einer Verweigerung aus Gründen der vorliegenden Störung oder aus anderen Gründen (FENTON u. a. 1997). Medikationsverweigerung spiegelt nicht unbedingt mangelnde Krankheitseinsicht wider, sondern ist etwa Folge einer sehr negativ erlebten Vormedikation oder eines grundlegenden Misstrauens gegenüber dem Behandler, von dem man sich abhängig machen soll, dem man jedoch keine vollständige Kontrolle über die eigene Person und Psyche geben will, auch wenn diese Autonomie mit einem recht hohen Preis bezahlt werden muss. Sie kann zudem die Konsequenz eines grundsätzlich medizinföndlichen Familiensystems oder Folge einer fatalistischen oder Schuldgefühle kompensierenden subjektiven Krankheitstheorie sein.

Was können wir solchen Patienten anbieten? Welche Haltung und innere Einstellung entwickeln wir zu ihnen? Bestrafen wir sie für diese ab-



lehnende Reaktion auf unsere Angebote durch Abwendung oder Zwang? Oder machen wir sie uns verständlich, bleiben »dran« und ringen miteinander um den für sie besten Weg? Die durch diese Patienten ausgelöste Gegenübertragung braucht oftmals besonders aufmerksame Supervision (FENTON u. a. 1997). Diese Klienten brauchen therapeutische Angebote, in denen eine behutsame und kontinuierliche Annäherung über lange Zeit möglich ist.

### Depot-Neuroleptika

Depot-Neuroleptika werden meistens eingesetzt, wenn die therapeutische Beziehung – aus Gründen, die im Klienten und/oder im Therapeuten liegen – unzureichend ist und der Patient und seine Symptomatik kontrolliert werden sollen. Meist werden dabei durch den Behandler besondere Schwierigkeiten und Gefährdungen wahrgenommen, die der Patient nicht sieht. Der Vorteil der Depotmedikation kann dabei sein, dass sie dem Therapeuten Zeit gibt, gemeinsam mit dem Patienten eine tragfähige Beziehung zu entwickeln. So lassen sich psychotherapeutische Beziehungen auch mit der Auflage beginnen, dass der Patient zum Beispiel mindestens zwei Jahre lang ein Depot-Neuroleptikum nimmt, um danach eine eigene freie Entscheidung zu treffen. Dieses Druckmittel darf jedoch m.E. nur dann eingesetzt werden, wenn zuvor eine wesentliche Gefahr oder Destruktivität im akuten psychotischen Erleben eingetreten war.

Der Nachteil der Depot-Neuroleptika liegt darin, dass sie die erforderliche Beziehungsarbeit zumindest auf Zeit zu ersetzen scheinen: Kontrolle statt Beziehung. Erfahrungsgemäß findet dann fast jeder Patient früher oder später einen Weg, um sich dieser Zwangssituation zu entziehen. Die gegenwärtige Situation, in der die Anwendung der – bis auf Risperidon und bald auch Olanzapin – nicht als Depot einsetzbaren Atypika eben oft gleichzeitig eine Entscheidung gegen eine solche Depotmedikation nach sich zieht, ist hilfreich, denn sie zeigt uns auf, wie selten eine Depotvergabe wirklich eine notwendige oder bessere Alternative darstellt.

### Empowerment statt Bio-bio-bio-Modell: Schlussbemerkung

Die Entwicklung von Selbstbefähigung und Autonomie unter Wahrung größtmöglicher Selbstbestimmung und unter Respektierung der Subjektivität jedes Patienten sind große Ziele für Behandler *und* Patient. Hierfür bedarf es der Bereitschaft und Ausdauer, einer kooperativen bis koevolutionären Grundhaltung sowie eines fördernden »Behandlungs-« besser: »Entwicklungssettings«. Solche Behandlungssysteme sollten flexibel, bedürfnisangemessen, niedrigschwellig, weitgehend ambulant, möglichst frühzeitig und schnell verfügbar sowie lebensfeldbezogen und wenig stigmatisierend sein. Für vollstationär zu behandelnde Krisen sollte ein kleines therapeutisches Milieu gemäß dem Konzept der »Soteria als Option« zur Verfügung stehen. Sie sollten von Anfang an die Menschen des sozialen Kontextes der Betroffenen therapeutisch mit einbeziehen, Beziehungskontinuität zu den Therapeuten über möglichst fünf Jahre sicherstellen (wenn nicht besondere Gründe dagegensprechen) und stationäre Versorgung durch intensive ambulante bzw. teilstationäre Behandlung weitgehend ersetzen. Erst diese Behandlungssysteme eröffnen die Möglichkeit, Medikation so weit wie möglich zu vermeiden und auf die familiären, biografischen und dynamischen Faktoren auf dem Weg in die Psychose Einfluss zu nehmen. Die prozentuale Rate nicht erforderlicher neuroleptischer Medikation kann dabei m. E. als Gradmesser für die Güte eines psychosozialen Behandlungssystems aufgefasst werden.

Dieser wünschenswerten Entwicklung stehen jedoch nicht nur verkrustete Strukturen und interne psychiatriepolitische Machtinteressen entgegen, sondern auch wesentliche Vermarktungsinteressen der Pharmaindustrie, der es in den zurückliegenden Jahrzehnten gelungen ist, die Psychiatrie und ihre Protagonisten ideologisch maximal zu durchdringen und weitgehend von sich abhängig zu machen. Aber langsam scheinen sich selbst in den führenden Köpfen beispielsweise der US-amerikanischen Psychiatrie Widerstände dagegen zu entwickeln, wenn der Vorsitzende der American Psychiatric Association (APA) von der

Fehlentwicklung zum »Bio-bio-bio-Modell«, von »Über-Medikalisierung« und von »Bestechungen« der Pharmaindustrie sowie der Notwendigkeit einer »Reform des zerbrochenen amerikanischen Gesundheitssystems von Grund auf« spricht (SHARFSTEIN 2005). Es bleibt zu hoffen, dass der deutschen Psychiatrie – nicht zuletzt durch eine große Zahl »selbstbefähigter« Patienten – ein weiteres Vordringen in diese Sackgasse durch einen kritischen Diskurs und vermehrten Widerstand erspart bleibt. Außerdem sollte uns – durch eine andere Art von Früherkennungsprogramm – eine von der Pharmaindustrie unabhängige, auf wahrhaftigen Erkenntnisgewinn ausgerichtete Forschung sowie eine Wende zu einer echten Integration von biologischer Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie hin zu einer subjektorientierten Humanwissenschaft gelingen.

#### **Anmerkung:**

Herzlichen Dank für die zusätzlichen Ergänzungen und Korrekturen an: *Evelin Gottwalz, Anne Karow, Margret Osterfeld, Sabine Schütze, Yrjö Alanen, Luc Ciompi, Gernot Hess, Michael Krausz, Peter Lehmann, Ingo Runte und Benno Schimmelmann.*

## **Wie kann eine partizipative Zusammenarbeit zwischen Patienten und Ärzten gelingen?**

Zum Konzept der geteilten Entscheidungen in der psychiatrischen Praxis

PERI TERZIOGLU UND MANFRED ZAUMSEIL

Die Arzt-Patient-Zusammenarbeit befindet sich im Wandel. Vermehrt wird eine möglichst gleichberechtigte Kooperation von beiden gefordert, was das Treffen gemeinsamer Behandlungsentscheidungen mit einschließt. Hinter den derzeit diskutierten Modellen der Arzt-Patient-Zusammenarbeit steht das Ideal eines autonomen, selbst verantwortlichen, entscheidungsfähigen und -willigen Patienten. Die Patientinnen und Patienten mit Psychosen allerdings gelten aus juristischer und ärztlicher Perspektive als potenziell nur eingeschränkt einwilligungsfähig und es ist umstritten, ob ihnen Behandlungsentscheidungen überlassen werden können bzw. ob sie damit nicht zumindest zeitweise überfordert sind. Es ist zudem unklar, inwieweit diese Patientengruppe an der Behandlungsplanung beteiligt werden will und welche Bedingungen dazu erfüllt sein müssen. Oder anders formuliert: Wie lässt sich auch bei Menschen mit wiederkehrenden Psychosen das Kooperationsmodell anwenden?

## **Typen der Beziehung zwischen Arzt und Patient**

In der Fachliteratur finden sich verschiedene Modelle und Begriffe für eine Art der Interaktion zwischen Arzt und Patient, die ein hohes Maß an Symmetrie zwischen beiden anstrebt. Dabei variiert das Ausmaß, in dem die beiden Interaktionspartner in Behandlungsentscheidungen involviert sind. Der prominenteste Ansatz ist der des Shared Decision Making (geteilte Entscheidungsfindung). Da die Patienten und die Ärz-

te gleichermaßen als Experten verstanden werden, ist der gegenseitige Informationsaustausch grundlegend: Es werden Behandlungsalternativen, -konsequenzen und -risiken sowie die jeweiligen Entscheidungspräferenzen und -hintergründe besprochen. Hier haben beide Perspektiven, die des Patienten und die des Arztes, gleichberechtigte Bedeutung. Arzt und Patient treffen gemeinsam eine Entscheidung, der sie zustimmen können und die sie anschließend umsetzen. Im weiteren Verlauf des Prozesses werden die gewählten Entscheidungen von beiden Seiten bewertet. Nach einem erneuten Informationsaustausch werden ggf. Veränderungen im Behandlungskonzept beschlossen (ZAUMSEIL 2000).

Da die Informiertheit des Patienten in diesem Modell eine so zentrale Rolle spielt, werden viele Bemühungen darauf verwandt, diese sicherzustellen (HÖLDTKE 2000). Ein Beispiel stellt das deutsche »Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen« dar (BASTIAN/SAWICKI 2005). Die dort via Internet vermittelten Gesundheitsinformationen sollen objektiv, an die psychologischen Bedürfnisse der Nutzer angepasst und auch ohne medizinisches Fachwissen verständlich sein und damit eigenverantwortliche Gesundheitsentscheidungen von Patienten unterstützen. In anderen Ansätzen wird versucht, die Position der Patienten dadurch zu stärken, dass sie lernen, effektiv mit dem Arzt zu kommunizieren (HAMANN u. a. 2005). Der Patient soll in die Lage versetzt werden, alle notwendigen Informationen beim Arzt zu erfragen, bei Nichtverstehen nachzuhaken und sich seiner Bedürfnisse in der Behandlung bewusst zu werden.

Doch inwieweit wollen Patienten überhaupt an Entscheidungen beteiligt werden? Nicht alle Patienten sind gleichermaßen daran interessiert, Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit zu treffen und die Verantwortung für die Behandlungsentscheidungen zu übernehmen. Und selbst der verbal geäußerte Wunsch nach einer Beteiligung an Entscheidungen muss sich nicht in entsprechendem Handeln niederschlagen (COULTER 1997). Patienten mit einfachen körperlichen Beschwerden bevorzugen eher einen direktiven Beratungsstil des Arztes, während Patienten mit chronischen und/oder psychischen Erkrankungen tenden-

ziell mehr Wert auf die Mitbestimmung und Handlungsfreiheit legen (MEAD/BOWER 2000a und b; CHARLES u. a. 1999).

Viele Patienten bevorzugen außerdem, dass Experten zunächst die Suche nach Problemlösungen übernehmen, sie selbst aber anschließend aktiv in die Entscheidungsfindung eingebunden werden (DEBER 1994). M.-L. Dierks und G. Seidel berichten aus der europäischen Vergleichsstudie *The Future Patient*, dass sich hier ein ambivalentes Bild der Patientenwünsche bezüglich ihrer Beteiligung an Behandlungsentscheidungen zeigt: Einerseits wollen die Patienten Verantwortung übernehmen und als mündige Entscheidungspartner ernst genommen werden. Die Anerkennung dieser autonomen Rolle in der Beziehung zu den Professionellen müsse dazu immer wieder neu errungen werden. Diese Verantwortung werde von den Patienten andererseits aber auch als Last empfunden und das Bedürfnis, als kranker und damit geschwächer Mensch wahrgenommen zu werden, bleibe bestehen. Die Autoren vermuten, dass der Patient sich im Laufe der Behandlung auf einem Kontinuum zwischen dem Bedürfnis nach einer traditionell paternalistischen und einer völlig autonomen Beziehungsgestaltung bewegt (DIERKS/SEIDEL 2005).

Es gibt bisher wenige Studien, die die Entscheidungsbeteiligung im Rahmen der ärztlichen Behandlung von Patienten mit Psychosen untersuchen. A. COLOMBO und Kollegen (2003) berichten, dass die meisten befragten Psychiater zwar vorgaben, mit den Patienten verhandeln zu wollen, sie aber gleichzeitig diesen Verhandlungen sehr enge Grenzen setzten. So waren sie bereit, über die Art der Medikamente und die Dosierung zu verhandeln, jedoch nicht über die Frage, ob überhaupt medikamentös behandelt werden soll. Ähnlich zeigte es die Studie von J. HAMANN und Kollegen (2005): Hier wurde in psychiatrischen Kliniken ein Projekt zur Förderung von Shared Decision Making in der Therapie schizophrener Patienten durchgeführt. Kernelement war die Vorbereitung der Patienten auf ein Therapieentscheidungsgespräch unter Verwendung einer Entscheidungshilfe. Als Behandlungsoptionen wurden u. a. die Wahl des Neuroleptikums, die Wahl der Applikationsart und die Teilnahme an psychoedukativen Maßnahmen genannt.

Über die Möglichkeit, ganz auf eine medikamentöse Behandlung zu verzichten, berichten die Autoren dagegen nicht. Dies mag den Realitäten in den meisten akuten psychiatrischen Behandlungseinrichtungen entsprechen, läuft jedoch einer wirklich freien Wahl der Behandlungsoptionen zuwider: Hier definieren Ärzte gemeinsam mit den Forschern den Rahmen, innerhalb dessen Entscheidungen gefällt werden können, und sprechen aus unserer Sicht dann unzulässig von der Möglichkeit geteilter Entscheidungen.

Das Konzept der geteilten Entscheidungsfindung kann aus verschiedenen Gründen kritisiert werden. Besonders die zentrale Rolle der Gabe von Informationen erachten wir als fragwürdig, denn möglicherweise wird hier ein Ideal postuliert, das in der Realität nicht eingehalten werden kann. So ist allein die Menge an verfügbarer Information so groß, dass die Ärzte gezwungen sind, eine Auswahl derjenigen Informationen zu treffen, die sie für relevant für die Entscheidungsfindung halten. Des Weiteren kann die Informationsvermittlung dadurch behindert werden, dass medizinische Logik häufig nicht der Logik eines Laien entspricht und dass ggf. sehr umfangreiches medizinisches Hintergrundwissen auch auf Seiten des Patienten notwendig wäre, damit er den Arzt verstehen bzw. eine »vernünftige« Entscheidung nach medizinischen Kriterien treffen könnte. Und schließlich gibt es auch Patienten, die bewusst manche Informationen über ihre Krankheit oder die geplante Behandlung nicht haben wollen und es vorziehen, vollständig auf den Arzt als Experten zu vertrauen.

Obwohl geteilte Entscheidungsfindung mit der Effizienz der kommunikativen Abläufe, der Patientenzufriedenheit und der Gesundheitsförderung in Zusammenhang gebracht wird, gibt es bisher keine zuverlässigen Instrumente, um explizit diese Effekte nachzuweisen (GIERSDORF u. a. 2003). So ist auch der positive Einfluss von Ärzte-Trainings und visuellen Entscheidungshilfen für Patienten – die am meisten gebräuchlichen Methoden zur Steigerung der aktiven Einflussnahme der Patienten auf Behandlungsentscheidungen – keineswegs gesichert (KASPER u. a. 2003). Ein Kernproblem der Messbarkeit von Prozessen der geteilten Entscheidungsfindung besteht darin, dass mehrere Konstrukte

untersucht werden, die sich nicht schlüssig aus einem eindeutig umgrenzten Grundprinzip ableiten bzw. so unscharf sind, dass sich kaum zuverlässige Messinstrumente zu deren Erhebung konstruieren lassen. Außerdem erfolgt geteilte Entscheidungsfindung oft nicht nach festen Regeln. Checklisten mit zu beobachtenden Verhaltensweisen und einmalige Messungen werden der Komplexität und der Dauer des Entscheidungsprozesses nicht gerecht (ELWYN u. a. 1999).

### **Der Kontext von Patientenbeteiligung**

Die Zusammenarbeit von Arzt und Patient unterliegt neben den Erwartungen, Werthaltungen und Ressourcen der Beteiligten auch rechtlichen, gesellschaftlichen und ökonomischen Einflüssen. Für den Patienten werden diese Einflüsse unterschiedlich spürbar: zum Beispiel durch das Verschreibungsverhalten des Arztes, durch Ansprüche der sozialen Umwelt, durch Kostenübernahmen der Krankenkasse bzw. deren Verweigerung. Die Zusammenarbeit des Arztes mit dem individuellen Patienten kann als Schnittstelle zwischen den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und dem einzelnen Patienten verstanden werden. Der Entscheidungsspielraum von Arzt und Patient ist somit von außen begrenzt. W. VOGD (2004) vermutet sogar, dass die Entscheidungsfreiheit der Ärzte im Krankenhausbetrieb nur fiktiv gegeben sei. Denn häufig werde hier vornehmlich anhand von Leitlinienstandards, bewährten institutionellen Routinen oder administrativen Vorgaben entschieden – Patientenbeteiligung oder Spielräume für den einzelnen Arzt seien kaum vorhanden.

### **Rechtliche Grundlagen der medizinischen Behandlung**

Den Handlungsrahmen der Arzt-Patient-Beziehung stellt aus zivilrechtlicher Perspektive der Arztvertrag dar. Die Einwilligung des Betroffenen ist Voraussetzung für jede Heilbehandlung. Wenn es sich nicht um eine Notfallversorgung handelt, gilt eine ohne oder gegen die Zustimmung des Betroffenen durchgeführte Behandlungsmaßnahme

juristisch als Körperverletzung und ist damit strafbar. Im Arzthaftungsrecht ist die Pflicht des Arztes zur Aufklärung festgeschrieben: Der Arzt ist angehalten, den Patienten adäquate und verständliche Informationen über Diagnose, Absicht, Methode, voraussichtliche Dauer und erwarteten Nutzen der vorgeschlagenen Behandlung sowie über mögliche Schmerzen und Unannehmlichkeiten, Risiken und Nebeneffekte der Behandlungsmethode zu geben und alternative Behandlungsmethoden zu benennen. Auf der Grundlage dieser Informationen soll der Patient eine rationale Entscheidung über den weiteren Verlauf der Behandlung treffen (können). Problematisch ist jedoch, dass diese umfassende Tatsachenkenntnis beim Patienten nicht immer als gegeben angesehen werden kann und es gleichzeitig nicht überprüfbar ist, inwieweit sie vorliegt bzw. ein mangelhafter Kenntnisstand des Patienten auf *bewusste* Versäumnisse des Arztes zurückzuführen ist (ROTHÄRMEL 1999).

Obwohl auch psychisch Kranken gegenüber Fremdbestimmung »nur im Ausnahmefall und nur im Interesse des Patienten angewendet werden« soll (WALDSCHMIDT 1999, S. 115), ist das Ziel einer informierten Zustimmung dieser Patienten zu einer Akutbehandlung besonders problematisch, denn aus ärztlicher und juristischer Sicht sind Personen, die sich im Zustand einer akuten Psychose befinden, häufig nicht einwilligungsfähig (FEGERT 1999).

### **Bürgerorientierung bei schwindenden ökonomischen Ressourcen**

Im Zuge limitierter finanzieller Ressourcen werden zunehmend Reformmodelle diskutiert, die sich durch eine Verbindung von wohlfahrtsstaatlichem Anspruch und wettbewerblicher Steuerung auszeichnen (siehe etwa den Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1997, Band II). Es werden immer stärker Selbsthilfe, Eigenverantwortung und Risikobereitschaft vom Einzelnen gefordert und der Staat wird weniger als bislang in der Verantwortung für das Wohlergehen des Einzelnen gesehen (Stichwort »aktivierender Sozialstaat«). Auch im Gesundheitssystem wird ein stärkerer Einbezug der Patienten gefordert. Angestrebt werden die Vermittlung verbesserter Information, erhöhte Transparenz, der Ausbau von Patientenrechten

sowie nicht zuletzt die Partizipation der Patienten an Entscheidungen im Gesundheitswesen insgesamt.

Am Beispiel der Gesundheitsreform wird der Versuch der Verknüpfung einer verstärkten Einbeziehung von Patienten mit erhöhter Effizienz und Kostensenkung besonders deutlich. Im gemeinsamen Bundesausschuss, dem höchsten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, haben Vertreter der Patienten- und Behindertenverbände Mitberatungs- und Antragsrecht und auf Bundesebene vertritt ein Patientenbeauftragter die Anliegen der Patienten. Ziel dieser Maßnahmen ist eine Stärkung der Patientensouveränität. Zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung soll zudem ein staatsunabhängiges »Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen« beitragen (BASTIAN/SAWICKI 2005). Neben den zumindest formal erweiterten Möglichkeiten der Patienten, sich zu informieren und auf Entscheidungsprozesse Einfluss zu nehmen, beinhaltet das Gesetz jedoch auch eine Reduktion der Leistungen für Patienten und ein erhöhtes Maß an finanzieller Beteiligung. Der Arzt wird im Zuge dieser Entwicklungen immer deutlicher zum »gate keeper« knapper gesellschaftlicher Ressourcen und muss zusätzlich zu den ärztlichen auch ökonomische Gesichtspunkte zur Grundlage seines Handelns machen (KOERFER u. a. 1994; KÜHN 1996). Die konkrete Auslegung dessen, was medizinisch notwendig ist, hat sich zu einem Balanceakt zwischen professionellen Orientierungen und ökonomischen Zwängen entwickelt.

WHITE (2000) weist in Bezug auf die Ausweitung der Bürgerbeteiligung darauf hin, dass auf Grund asymmetrischer Machtstrukturen nicht alle Teilnehmer in Verhandlungen dieselben Voraussetzungen dafür hätten, ihre Interessen durchzusetzen. Die »Insider« beherrschen die Strukturen und Regeln der Entscheidungsprozesse häufig viel besser als neu hinzukommende Bürger bzw. Laien. Außerdem sind Ärzte und andere Experten in die Entscheidungsgremien gerade auf Grund ihrer allgemein unterstellten Expertise berufen worden. Laien hingegen verfügen kaum über ein anerkanntes Expertentum. Eine wirkliche Beteiligung der Laien an Entscheidungen, ein Teilen der Macht, findet nur selten

statt. White hat anhand fortgeschrittener Entwicklungen in Kanada gezeigt, dass die Einbeziehung von Laien vorwiegend der Legitimation von Entscheidungen dient. Da die Bereitschaft der Patienten, eine Behandlung aufrechtzuerhalten und sich entsprechend den Behandlungsanweisungen des Arztes zu verhalten, mit deren Zufriedenheit steigt (EISENBERG 1997) und diese Zufriedenheit stark mit dem Eindruck zusammenhängt, an Entscheidungen beteiligt worden zu sein, erscheint Laienpartizipation als ein gutes Mittel des Risikomanagements. Und auch auf einer höheren gesellschaftlichen Ebene führt die Laienpartizipation immer noch zu geringeren Kosten, als wenn man die Bürger nicht beteiligt: Wenn man ihnen das Gefühl gibt, beteiligt worden zu sein, rentiert sich der zunächst etwas höhere Aufwand bald, da größere Proteste nach Einführung der Reformen oft ausbleiben.

Die dargestellten gesellschaftlichen Prozesse pointieren stark den Aspekt der individuellen Freiheit und Verantwortlichkeit des Patienten für die eigene Gesundheit. Gleichzeitig werden medizinische Leistungen zunehmend gestrichen. Gerade für psychoseerfahrene Patientinnen und Patienten, die häufig auf Grund ihrer Erkrankung über geringe finanzielle Ressourcen verfügen, kann daraus eine Benachteiligung entstehen. Es ist möglich, dass diese Patientengruppe mit ihren besonderen Anforderungen an die ärztliche Behandlung die moderne Form der Gesundheitsversorgung eher als Vernachlässigung und Überforderung erlebt, weil sie nicht über die implizit notwendigen Eigenschaften verfügt, um in diesem Gesundheitssystem erfolgreich die eigene Lebenssituation zu bewältigen.

### **Prozess der gesellschaftlichen Freisetzung und Individualisierung**

Weitere Aspekte zur Einordnung des Modells geteilter Entscheidungen sind Prozesse der Individualisierung und die Bedeutung persönlicher Freiheit. U. BECK (1986) hat als bestimmende Merkmale der »Risikogesellschaft« die Individualisierung und die Freisetzung der Individuen aus vorgegebenen Fixierungen benannt. Die Biografien des Einzelnen würden zunehmend offen, entscheidungsabhängig und als individuelle Aufgabe konstruiert. Die Konsequenz dieses Prozesses sei, dass negative

Auswirkungen gesellschaftlicher Bedingungen auf den eigenen Lebenslauf zunehmend nicht mehr als Schicksalsschlag, sondern auch als Konsequenz der vom Individuum (falsch) getroffenen Entscheidungen gewertet würden.

Der ständige Bezug auf Autonomie und (Wahl-)Freiheit kann Machtasymmetrien verstärken anstatt sie zu vermindern (MURTAGH/HEPWORTH 2003). So können bei medizinischen Entscheidungen zwar grundsätzlich verschiedene Handlungsoptionen eröffnet werden, tatsächlich sind jedoch manche durch den gesellschaftlichen Diskurs von vornherein ausgeschlossen. So gelten beispielsweise Psychosen zunehmend als eine durch regelmäßige Medikamenteneinnahme oder durch Früherkennung behandelbare Krankheit. Darin enthalten ist zum einen die Definition der Psychose als Krankheit – womit einige Betroffene nicht übereinstimmen. Zum anderen wird dadurch die Erwartung an die Patienten erhöht, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und einem medizinischen Behandlungsplan zu folgen (sprich: Medikamente einzunehmen), um so psychotische Episoden zu verhindern. So positiv diese Sichtweise ist, um die Stigmatisierung der Betroffenen zu vermindern, indem die Psychose nicht als bedrohlicher, unkontrollierbarer Zustand konstruiert wird, so sehr schränkt sie die reale Wahlfreiheit des Patienten ein. Verzichtet er unter diesen Umständen auf die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe und ist nicht bereit, sich selbst als krank zu definieren, kann er angeschuldigt werden, sich nicht genügend bemüht zu haben. Dies wiederum kann zu einem Entzug sozialer Unterstützung beitragen.

Die tatsächliche Wahlfreiheit eines Menschen wird zusätzlich reduziert durch dessen Bestreben, gesellschaftliche Anerkennung zu erfahren (HONNETH 2003). Das Bedürfnis nach emotionaler Zuwendung und kognitiver Achtung durch andere sowie nach deren sozialer Wertschätzung macht ihn verwundbar und kann sein Verhalten insofern steuern, als dass er versucht, diese Formen der Zuwendung durch eigenes Verhalten zu erlangen. Dies ist ein interessanter Blick in Bezug auf Personen mit Psychosen. Ihr Verhalten weicht zeitweise sehr stark von der gesellschaftlich akzeptierten Norm ab, was zu einem sozialen Ausschluss

beitragen kann. Dies kann dazu führen, dass Betroffene Medikamente einnehmen, obwohl sie von deren Wirkung nicht überzeugt sind oder sie aus anderen Gründen ablehnen. Allein das Bewusstsein um die Werte, die auf dem Spiel stehen, wenn sie weiterhin gesellschaftlich so isoliert bleiben, kann die Entscheidungsfreiheit begrenzen. Selbst wenn der Arzt bereit wäre, die Behandlung auch ohne Medikamente fortzusetzen, wird die Entscheidung auf einer anderen Ebene als auf der der konkreten Arzt-Patient-Interaktion getroffen.

Der Wille des Patienten nach einer Durchsetzung eigener Interessen kann vor diesem Hintergrund nicht als wirklich frei bezeichnet werden. Die Zusammenarbeit mit dem Arzt und der Wunsch, in der Behandlung zu partizipieren, werden zudem beeinflusst durch die drohende oder vollzogene gesellschaftliche Freisetzung bzw. den Verlust gesellschaftlicher Anerkennung.

Diese Betrachtungsweise stellt die Prämissen der oben vorgestellten Modelle der Patientenpartizipation in Frage. Wie anwendbar sind Konzepte für die Praxis, die diese Entscheidungsfreiheit postulieren und dabei jene Kontextbedingungen kaum berücksichtigen, die freie Entscheidungen der Patienten erschweren? Und selbst wenn zunehmend ein gesellschaftlicher Modernisierungsprozess zu beobachten ist, der paternalistische Einstellungen und Verhaltensweisen zurückdrängt: Die Machtasymmetrie zwischen Arzt und Patient bleibt bestehen und wird im Einzelfall etwa durch das rasante Anwachsen relevanter Informationen, immer differenziertere Behandlungsmöglichkeiten und eine unübersichtliche Landschaft institutionalisierter Hilfeangebote sogar noch verstärkt (LOCK 2004). Sie ist gleichsam ein strukturelles Merkmal dieser Beziehung.

Die Bestrebungen zur Aktivierung des einzelnen Patienten sind somit nicht nur positiv zu bewerten. Zum einen kann damit auch eine Alibifunktion verbunden sein und Patienten nur die Illusion ihrer Beteiligung eröffnet werden. Zum anderen kann eine solche Situation für Menschen, die nicht gebildet, sprachlich kompetent, verhandlungserfahren, selbstbewusst, innerlich unabhängig und zusätzlich gesundheitlich dazu in der Lage sind, zu einer Benachteiligung führen. Der An-

spruch, die Autonomie des Patienten in der ärztlichen Behandlung handlungsleitend einfließen zu lassen, könnte also in manchen Fällen unrealistisch sein bzw. zu einer schlechteren medizinischen Versorgung der Patienten führen.

Die Kritik an den gegenwärtig umgesetzten Ansätzen zur Patientenbeteiligung bedeutet ganz und gar nicht, dass wir eine tatsächliche Teilhabe für aussichtslos oder unsinnig halten. Wir denken, dass eine verstärkte Teilhabe und Selbstständigkeit der Patienten in der Beziehung zu Professionellen des Gesundheitswesens unverzichtbar sind. Sie müssten allerdings in ein umfassenderes Verständnis von zivilgesellschaftlichen Entwicklungen eingebettet sein und auf den unterschiedlichen institutionellen und organisatorischen Ebenen, auf denen Entscheidungen gefällt werden, reale Mitentscheidungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten einschließen. Nur so könnten sie ein wirksames Korrektiv von Expertensystemen darstellen.

### **Gelungene Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und psychotiserfahrenen Patienten**

Ausgehend von der oben skizzierten Kritik am Konzept der geteilten Entscheidungen haben wir im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung von Patienten mit Psychosen ein Forschungsprojekt durchgeführt (TERZIOGLU 2005).

Zentrales Merkmal der Studie ist, dass nur solche Arzt-Patient-Konstellationen ausgewählt wurden, in denen eine Patientenbeteiligung nach Aussage des Arztes und der Patienten bereits realisiert wird. Diese positiven Beispiele sollten helfen, gelungene Zusammenarbeit beschreibbar zu machen, Aufschluss über die Möglichkeiten und Grenzen von Patientenpartizipation zu erhalten sowie Empfehlungen für die kooperative Praxis abzuleiten.

Alle teilnehmenden Patientinnen und Patienten hatten Erfahrungen mit Psychosen und lebten allein bzw. mit ihren Familien in ihren Wohnungen, hatten also ein gewisses Maß an Selbstständigkeit erhalten. An-

sonsten variierten sie nach Lebensalter, Geschlecht, Erkrankungsdauer, Schwere der Betroffenheit durch die Krankheit und Bildungsstand. Einer der Patienten nahm Medikamente ausschließlich bei beginnenden Krisen ein, andere unternahmen zum Zeitpunkt der Studie gemeinsam mit dem Arzt Absetzversuche, die meisten nahmen mehr oder weniger regelmäßig oral Neuroleptika ein. Nur eine Minderheit bekam eine Depotmedikation.

Als Datenerhebungsmethoden dienten qualitative Verfahren: die teilnehmende Beobachtung über mehrere Monate hinweg in zwei verschiedenen Gemeinschaftspraxen, getrennte problemzentrierte Interviews mit Patienten und Ärzten sowie Tonbandaufzeichnungen und Beobachtungen von regulären Arzt-Patient-Begegnungen.

Durch die Einbeziehung der verschiedenen Perspektiven von Patient, Arzt und Forscherin war es möglich, die Sichtweisen einander gegenüberzustellen und damit nicht allein *eine* Definition von gelungener partizipativer Zusammenarbeit (etwa die der Forscherin) zu beschreiben. Gerade die Sichtweisen der Patienten waren hier eine aufschlussreiche Datenquelle, um sich aus zu engen Definitionen zu lösen.

Die Ergebnisse zeigen, dass nicht allein die Patientenpartizipation diese Form der Zusammenarbeit charakterisiert. Neben zahlreichen Möglichkeiten zur Partizipation, zum Beispiel bei der Festlegung der Medikation oder in Form von Absetzversuchen auf Betreiben der Patienten unter Beteiligung der Ärzte, trug gerade die Anwesenheit nichtpartizipativer Anteile dazu bei, dass diese Patienten die Behandlung als »gelingen«, »kooperativ« und auf ihre Mitarbeit ausgerichtet bezeichneten.

Das, was diese Art der gelungenen Zusammenarbeit vor allem charakterisiert, ist ein wechselseitiger Bezug beider Interaktionspartner aufeinander sowie ein flexibles Abstimmen des ärztlichen Verhaltens auf die wechselnden Bedürfnisse der Patienten. In akutpsychotischen Phasen, in denen sich rückwirkend auch die Patienten als eingeschränkt in der Lage wahrnehmen, »vernünftige« Behandlungsentscheidungen zu treffen, erwarten die Patienten, dass das ärztliche Verhalten ihrer Hilfsbedürftigkeit Rechnung trägt.

Die *Delegation der Verantwortung* durch die Patienten an die Ärzte, *stellvertretende Entscheidungen* der Ärzte sowie deren Bereitschaft zur *flexiblen Übernahme und Rückgabe von Verantwortung* erhalten somit entscheidenden Stellenwert. Unter einer solchen flexiblen Verantwortungsübernahme ist ein Verhalten der Ärzte zu verstehen, das sich in Abhängigkeit vom Zustand des Patienten ändert: Je nachdem, wie hilfsbedürftig die Ärzte die Patienten einschätzen, übernehmen sie mehr oder weniger die Verantwortung und den Einfluss bei Behandlungsentscheidungen. Ebenso wie sie die Verantwortung in Krisenzeiten übernehmen, geben sie sie in krisenfreien Zeiten wieder zurück. Sie verharren also nicht in einer Sichtweise, die die Patienten als potenziell immer gefährdet und zu labil für die eigenständige Gestaltung ihres Alltags ansieht, sondern unterstellen ihnen die Kompetenz zur Entscheidungsbeteiligung immer wieder aufs Neue.

Eine stabile, vertrauensvolle Behandlungsbeziehung ist grundlegend für das Gelingen der Patientenpartizipation. Sie ermöglicht gemeinsame Erfahrungen von Arzt und Patient, auf die sich beide bei anstehenden Entscheidungen beziehen können, und eine zunehmende Kenntnis der Psychiater über die Patientenpräferenzen, auf deren Grundlage die Ärzte ihre Entscheidungen treffen können, die von den Patienten nach Abklingen der Psychose als passend bewertet werden. Zentrale Voraussetzung dafür, dass die Patienten die Handlungen der Ärzte nicht als negativ einschränkend, sondern als absichernd erleben, ist neben der individuellen Abgestimmtheit der Interventionen die Transparenz der Motive ärztlichen Handelns und die persönliche »Haftbarkeit« des Arztes für sein Vorgehen. Das persönliche Begründen der Entscheidungen in Krisensituationen durch den Arzt und das Nicht-Zurückziehen auf die Expertenrolle sind hier von besonderer Bedeutung.

Ausdruck dieser Form, Entscheidungen zu treffen, ist zudem, dass die Ärzte den Patienten Zeit für eigene Überlegungen geben, die sie benötigen, um die einzelnen Schritte der Behandlung mitzutragen, und dass sie ihnen selbst während akuter Psychosen Räume eröffnen, in denen sie Einfluss nehmen können. Dabei entsprechen die von den Ärzten gewährten, relativ engen Entscheidungsspielräume in akuten Psychosen



den von den Patienten selbst wahrgenommenen Fähigkeiten zu dieser Zeit.

In nicht psychotischen Zeiten haben die Patienten deutlich mehr Verantwortung für ihre Behandlungsgestaltung, zum Beispiel was die Medikation betrifft. Die Ärzte sind dann bereit, die Patienten ggf. bei ihrem Wunsch nach Absetzen der Medikamente zu unterstützen oder die Wirkung einer reduzierten Dosis auszuprobieren – selbst dann, wenn dies der ärztlichen Vorstellung einer sinnvollen Vorbeugung erneuter Psychosen widerspricht. Dies verweist auf deren Bereitschaft zur flexiblen Übernahme und Rückgabe der Verantwortung. Indem die Ärzte den Wünschen der Patienten so weit zu folgen bereit sind, signalisieren sie außerdem, dass sie selbst möglicherweise riskante Behandlungsschritte auf Wunsch der Patienten mittragen und sich darauf verlassen, dass die Patienten sie bei einer Destabilisierung ihres Zustandes hinzuziehen. Damit fördern sie eine weitere Festigung der Behandlungsbeziehung und das Vertrauen der Patienten zu ihnen.

Dass die Patienten die Zusammenarbeit mit dem Arzt aus einer Prozessperspektive bewerten, erklärt, warum sie trotz einschränkender Handlungen der Ärzte in Krisenzeiten die Behandlung als partizipativ oder kooperativ bezeichnen: Sie beziehen sich in ihrem Urteil vor allem auf die krisenfreien Zeiten. Eine solcherart gelungene Behandlung gibt den Patienten die Freiheit, Einfluss zu nehmen, wenn sie es können, und sichert sie durch das Bewusstsein ab, dass der Arzt sie zurückhaltend beobachtet und die Verantwortung in den Phasen übernimmt, in denen sie selbst es nicht können.

Eine stabile Beziehung bietet die Möglichkeit zum Austragen von Konflikten, ohne dass die Patienten die Behandlung abbrechen. Dass Meinungsverschiedenheiten ausgetragen werden, zum Beispiel über die Dosis bzw. die grundsätzliche Einnahme von Medikamenten, werten wir als wichtiges Indiz für das Vorliegen von Patientenpartizipation und ein vertrauensvolles Klima zwischen Arzt und Patient, in dem die Patienten grundsätzlich voraussetzen, dass der Arzt sein Verhalten an ihrem Wohl ausrichtet.

Zusätzlich sind die moralische und praktische Unterstützung der Pa-

tienten, das hohe Maß an Akzeptanz ihrer Bedürfnisse und die zeitliche Verfügbarkeit der Ärzte Kennzeichen dieser Zusammenarbeit. Auch die Bereitschaft der Psychiater, neben rein medizinischen Themen und Tätigkeiten psychosoziale und politische Bereiche zu berücksichtigen, ist Ausdruck dafür.

Die Passung von Arzt und Patient ist ein weiterer wichtiger Faktor für das Gelingen der Zusammenarbeit. Komplementäre Erwartungen der Ärzte und Patienten an ihre Rolle in der Behandlung, persönliche Sympathie sowie die Komplementarität der Einschätzungen der Fähigkeit des Patienten zur Eigenständigkeit sind hier entscheidend. Dazu gehört auch die grundsätzliche Bereitschaft der Patienten, überhaupt ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die umfassende Ablehnung eines medizinischen Krankheitsmodells erschwert auch diese Form der Kooperation.

Die Arzt-Patient-Interaktion ist deutlich geprägt von dem Kontext, in dem sie stattfindet. Hier spielen Faktoren auf der Patientenseite (wechselhafte Zustände, Verlust sozialer Eingebundenheit, Behandlungsziele, Anforderungen an eine gute psychiatrische Behandlung) ebenso eine Rolle wie solche auf Seiten der Ärzte (Hintergrund ihres Handelns, Behandlungsziele, Wahrnehmung der die Zusammenarbeit begünstigenden bzw. hindernden Patienteneigenschaften und Wahrnehmung der eigenen Rolle im Patientenkontakt).

Außerdem hat das Behandlungssetting in den untersuchten Praxen Einfluss auf und ist Ausdruck der dort praktizierten Zusammenarbeit mit den Patienten. Verzicht auf Signale in der Einrichtung, die die Asymmetrie betonen (Sitzordnung, keine weißen Kittel, keine Medikamente im Behandlungsraum sichtbar, keine sterile Einrichtung etc.), die persönliche Ansprache der Patienten durch die Ärzte, das Herstellen eines geschützten (Gesprächs-)Raumes sowie die telefonische und persönliche Erreichbarkeit der Ärzte sind wichtige Hinweise auf die Ausrichtung an Patientenbedürfnissen. Auch die Art des Umgangs der Sprechstundenhilfen mit den Patienten ist hervorzuheben: Deren Bereitschaft, zusätzliche, nicht im Kernbereich ihrer Tätigkeiten liegende Aufgaben zu übernehmen, und die flexible Abstimmung der Abläufe

auf die Patienten sind als Ausdruck einer therapeutischen Haltung anzusehen und manifestieren eine Patientenorientierung bereits an der Anmeldung und im Wartezimmer.

Schließlich beeinflussen so genannte allgemeine Kontextfaktoren die Arzt-Patient-Zusammenarbeit: Der ambulante Behandlungskontext und die daraus folgenden eingeschränkten Kontroll- und Einflussmöglichkeiten der Psychiater spielen eine herausragende Rolle. Die Analyse der Anforderungen Dritter (Angehörige, Arbeitgeber, Gerichte etc.) an die psychiatrische Behandlung macht besonders deutlich, dass sich die einbezogenen Psychiater auf Grund gesellschaftlicher Zuschreibungen und Aufgabenzuweisungen nicht automatisch in der Rolle der Patientenanwälte und -verbündeten befinden, sondern dass hierzu aktive Entscheidungen und Parteinahme notwendig sind.

Die schlichte Dichotomie zwischen (ungewünschter) Kontrolle und (erfolgter) geteilter Entscheidung erscheint nicht ausreichend, um die Qualität der Arzt-Patient-Zusammenarbeit zu beurteilen. Diese Art der gelungenen und auf Patientenbeteiligung ausgerichteten Behandlung erfordert ein hohes Maß an Individualität und eine kontinuierliche Beziehung. Es geht nicht allein darum, den Patienten die Verantwortung für Behandlungsschritte zu überlassen. Im Gegenteil haben die ambulant behandelnden Ärzte, indem sie die Verantwortung an die Patienten abgeben, selbst ebenfalls mehr Verantwortung und müssen größere Risiken eingehen, etwa wenn die Patienten die Dosis der Medikamente reduzieren möchten. Eine solche Zusammenarbeit ist abhängig von der individuellen Bereitschaft der Ärzte, sich trotz ökonomischer Zwänge in den Dienst der Patientinnen und Patienten zu stellen. Während der so genannte »aktivierende Sozialstaat« dem Einzelnen mehr Verantwortung überlässt, erhält ein ambulant behandelnder Psychiater auch die Rolle, Patienten mit Psychosen so zu unterstützen, dass sie die Autonomie auch leben können, die ihnen zugeschrieben wird. Die alleinige Reduktion von Unterstützung würde auf Grund der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eher einer Vernachlässigung dieser Patientengruppe gleich kommen. Eine ausschließlich auf die Selbstverantwortung der Patienten setzende ärztliche Behandlung birgt indes die Ge-

fahr, dass diese Patienten in entscheidenden Momenten ihrer Erkrankung – nämlich während Krisen – nicht auf eine passende ärztliche Hilfe zurückgreifen können.

Die Erfahrungen aus diesem Projekt zeigen, dass die häufig in der Partizipationsforschung verwendeten Forschungsmethoden allein nicht geeignet sind, die komplexen Bedingungen kooperativer Zusammenarbeit zu erforschen. Wir möchten daher den Artikel mit einem Plädoyer für die Wahl umfassender Forschungsansätze beschließen, um dem komplexen Gebilde »Arzt-Patient-Zusammenarbeit« gerecht werden zu können. Dabei sollten möglichst alle betroffenen Parteien – also Ärzte und Patienten, Pflegepersonal, Angehörige etc. – in die Forschung einbezogen werden und die Möglichkeit erhalten, ihre Perspektive umfassend einzubringen. Gleichzeitig sollte die Zeitperspektive in den Untersuchungen stärker berücksichtigt werden, also Verläufe über einen längeren Zeitraum beobachtet werden. Und schließlich halten wir eine Kombination möglichst verschiedener Erhebungsverfahren für hilfreich. Erst auf der Grundlage eines tieferen Verständnisses könnten dann Wege gefunden werden, um diese Zusammenarbeit nachhaltig zu verbessern. Das bisherige Konzept der geteilten Entscheidungen reicht nach unserer Erkenntnis noch nicht aus, um dem komplexen Geschehen in der Arzt-Patient-Interaktion gerecht zu werden, auch wenn die damit eingeschlagene Richtung die richtige ist.

## **Jenseits von Illusion und Resignation: Selbstbefähigung im Alltag einer Facharztpraxis**

HELMUT MAIMER

Die meisten Elemente des Empowerment sprechen sowohl Grundlagen moderner pluraler und demokratisch verfasster Staaten an als auch die Legitimierung ärztlichen Handelns in gesetzlicher wie ethischer Hinsicht. Im Vordergrund stehen Elemente der selbstbestimmten Entscheidung, der Teilhabe an Informationen, der Partizipation an der Gesellschaft und der Gültigkeit von grundlegenden Persönlichkeitsrechten wie dem Recht auf Entfaltung und Entwicklung.

Die philosophische Disziplin der Bioethik bezieht sich in der Grundlegung ethischen Handelns in den Biowissenschaften auf Überlegungen postmoderner Philosophen: Nachdem ein umfassendes Weltbild fehlt (LYOTARD 1984, zit. nach ENGELHARDT 1991) und weder die Berufung auf Gott noch auf eine »philosophisch gerechtfertigte metaphysische Einrichtung« oder ein »kanonischer Begriff von Gut« dazu verhilft, in unserer modernen Gesellschaft grundlegende ethische Streitfragen zu lösen, verbleibt nur das Prinzip der bewussten und freien Entscheidung durch den Betroffenen, der eine Richtschnur ethischen Handelns abgibt. Grundlage dieses Prinzips ist, dass sich in Arzt und Patient zwei gleichberechtigte und autonome Individuen begegnen, die partnerschaftlich Zeitpunkt, Art und Umfang der Therapie verhandeln. Dabei ist es Bestandteil der Rollenverteilung, dass dem Arzt auf Grund der ihm zugeschriebenen Fachkompetenz die Aufgabe der Entwicklung von Problemlösestrategien zukommt, eine Aufgabe, von der sich viele Patienten überfordert fühlen würden. Allerdings wird die letztliche Entscheidung über die Therapie gemeinschaftlich getroffen. Dies setzt voraus, dass der Patient Zugang zu allen für die Entscheidung notwendigen Informationen behält.

Dieses Prinzip findet auch seinen Niederschlag in der rechtlichen

Grundlegung ärztlichen Handelns, in der festgelegt ist, dass jede Behandlung ein invasiver, die Integrität des Patienten beeinträchtigender Akt ist, der der Zustimmung bedarf. Dazu ist eine detaillierte Aufklärung des Patienten nötig, die alle notwendigen Informationen umfasst und in einer dem Patienten verständlichen Art und Weise vermittelt wird. Darüber hinaus schließt ärztliches Handeln eine Offenlegung der Behandlungsstrategien und Maßnahmen mit ein, um dem Patienten auch im Nachhinein die Möglichkeit zu geben, rechtlich gegen ärztliches Verhalten vorzugehen (Kunstfehler).

Dieses autonome und selbstbestimmte Verhalten der Patientinnen und Patienten wird aber durch das immer noch vorhandene klassische Arzt-Patient-Verhältnis, mit einem Gefälle vom Arzt zu Patienten, relativiert. Dem Patienten wird die Krankenrolle zugeschrieben, die ihm verschiedene Rechte (etwa das Recht auf Behandlung), aber auch Pflichten zuschreibt, vor allem die Pflicht, alle Anstrengungen zur Gesundung zu unternehmen, was auch eine Pflicht zur ärztlichen Behandlung einschließt (PEARSON 1964, zit. nach MUTHNY/BRODA 1999). Darüber hinaus bedeutet der Zustand des Krankseins unter Umständen einen regressiven, von Hilflosigkeit und vom Hilfesuchen geprägten Zustand, der eine Haltung von Selbstbestimmtheit und Freiheit einschränkt. Das ärztliche Verhalten ist auch heute noch sehr stark davon geprägt, das Wohl des Patienten nicht so sehr an dessen eigenem aktuellem Verständnis von seinem Wohl zu messen als vielmehr an Idealvorstellungen vom Wohl eines Patienten im Allgemeinen. Hier ist die Quelle für immer wieder festzustellendes, fremdbestimmendes Handeln von Ärzten zu sehen.

Ganz besonders fatal wirkt sich dies in der Behandlung von psychisch kranken Menschen aus, wenn im »wohl verstandenen« Interesse des Patienten über ihn bestimmt wird. Dies wird bei psychischen Störungen dadurch nahe gelegt, dass die Störung selbst die Autonomie von Entscheidung und Handeln einschränken kann, etwa wenn es zu einer Desintegration der Persönlichkeit im Rahmen einer akuten Episode einer schizophrenen Psychose kommt oder wenn, wie bei depressiven Menschen, Vitalität und Antrieb gravierend reduziert sind und der Blick

durch Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit eingeengt ist. Allerdings wird psychisch Kranken diese Autonomie in einem weit größeren Umfang abgesprochen, als dies wirklich notwendig und für den Betroffenen hilfreich wäre.

### **Eine beispielhafte Praxissituation**

Ich bin seit siebeneinhalb Jahren als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in einer Stadt mit 40 000 Einwohnern in Gemeinschaftspraxis mit einem Kollegen niedergelassen. Davor war ich in einer psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses tätig, in dem parallel stationär wie ambulant gearbeitet wurde und die stationäre Behandlung nach Diagnosen gemischt erfolgte.

Zur Versorgungsstruktur in dieser Region zählt neben der psychiatrischen Abteilung ein Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi), der Wohngemeinschaften unterhält und betreutes Einzelwohnen anbietet. Seit drei Jahren existiert unter dem Dach des SPDi eine Tagesstätte für psychisch kranke Menschen, die sehr gut angenommen wird. Ferner gibt es eine psychosoziale Beratungsstelle. Aus einem Arbeitsprojekt, das in Zusammenarbeit mit der Arbeitstherapie der Klinik und dem Kolping-Bildungswerk entstand, entwickelte sich eine Praxis für Ergotherapie mit einem großen Arbeitstherapiebereich, der mittlerweile neben psychisch kranken Menschen auch Arbeitslosen offen steht, die vom Arbeitsamt vermittelt werden. Daneben wurde von der Lebenshilfe eine Werkstatt für psychisch behinderte Menschen eröffnet (WfbM). Davor existierte lediglich eine WfbM für so genannte geistig Behinderte bzw. Lernbehinderte. Für alte Menschen bestehen Altenheime, eine Tagesstätte und verschiedene Möglichkeiten der Kurzzeitpflege. Zudem gibt es im Landkreis ein Heim für psychisch und geistig Behinderte.

Neben unserer Praxis, die erst seit 1998 existiert, bestehen eine langjährige Praxisgemeinschaft mit zwei Nervenärzten sowie eine von einer Nervenärztin geführte Einzelpraxis. In einem nahegelegenen Kreis Krankenhaus wurde eine zusätzliche Nervenarztstelle als Konsiliarstelle geschaffen, um den Menschen mit psychosomatischen Erkrankungen,

die unter den Patienten eines Allgemeinkrankenhauses sicherlich zahlreich vertreten sind, gerecht zu werden.

Die Zahl der Krankenscheine pro Quartal und Praxis beträgt bei uns knapp 700. Die größte Gruppe unserer Patientinnen und Patienten sind Menschen mit depressiven und Angstsyndromen. Nach der ICD-10 überwiegen Personen mit affektiven und neurotischen Störungen, den dritten Platz nehmen Menschen mit so genannten psychotischen, kurz andauernden akuten psychotischen Episoden, schizoaffektiven und anhaltend wahnhaften Störungen ein. Wie in einer allgemeinpsychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis nicht anders zu erwarten, suchen jedoch Menschen mit psychischen Störungen aus allen Diagnosebereichen unsere Hilfe auf. Der Anteil längerfristig erkrankter Menschen nahm im Laufe der Zeit kontinuierlich zu. Die meisten kamen im Anschluss an eine stationäre Behandlung zu uns. Menschen mit einer akuten schizophrenen Episode suchen allerdings selten unsere Praxis auf, wahrscheinlich werden diese primär stationär aufgenommen, Menschen mit akuten Manien gelangen dagegen etwas öfter in unsere Behandlung. Von den Patienten mit psychotischen Störungen sind es eher die mit einer anhaltend wahnhaften Störung, die von uns behandelt werden. In diesem Punkt scheint die Praxis niedrigschwelliger zu sein als die Klinik. Die Zahl akuter Klinikeinweisungen ist sehr gering, im Allgemeinen reicht bei über 90 Prozent unserer Patienten eine ambulante Behandlung aus. Die Schnittmenge mit der Klinik ist sicherlich bei psychotischen Störungen am größten, aber auch bei Persönlichkeitsstörungen wie Borderline. Bei Depressiven und bei Angsterkrankungen ist diese Schnittmenge eher gering.

Entsprechend der gesellschaftlichen Problematik nimmt die Zahl der in Altenheimen betreuten Menschen zu. Ein Altenheim wird von meinem Kollegen und mir im Wechsel betreut, sodass ein wöchentlicher Kontakt stattfindet. Zwei weitere Altenheime besuche ich in vierwöchigem Abstand. Daneben werden von mir diverse Wohngemeinschaften mit so genannten geistig- und lernbehinderten Menschen betreut, ein Bereich, in den ich mich erst einarbeiten musste. Hierzu besteht ein konstruktiver Austausch mit den Ärzten des Geistigbehindertenzentrums des Be-

zirkskrankenhauses Kaufbeuren. Mittlerweile wurde für diese Menschen eine psychiatrische und somatische Klinik in der Nähe einer großen Behinderteneinrichtung eröffnet. Diese Klinik bietet Hilfe bei akuten psychiatrischen Erkrankungen, aber auch bei psychosomatischen Störungen und bei körperlichen Erkrankungen wie Diabetes mellitus an, wenn sich in anderen Allgemeinkrankenhäusern ein nur unzureichender Behandlungserfolg einstellte. Auch ein Adipositasprogramm gehört zu den Angeboten.

Im Bereich der Betreuung von Heimen und Wohngemeinschaften ist die Unterstützung des Personals, die vor allem in Altenheimen unter immer größerem Zeitdruck arbeiten, wesentlich. Die Mitarbeiter sind oft durch verschiedene Verhaltensweisen, etwa Schreien, Gereiztheit, Selbstverletzungen, Schlafstörungen verängstigt, verunsichert oder schlicht »genervt«. Diese Belastungen ansprechen zu können ist schon ein wesentlicher Faktor. Viele Einrichtungen, insbesondere Altenheime, unterstützen ihre Mitarbeiter zu wenig und es gibt zu wenig Fortbildungen, kaum einmal Supervision. Oft entaktualisieren sich Problemsituationen – und reduzieren sich auch die Forderungen nach Medikation –, wenn ein geeigneter Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen aufgezeigt wird, Möglichkeiten des Stressabbaus vermittelt werden oder gemeinsam ein Krisenplan erstellt wird. Im Bereich der Einrichtungen der Lebenshilfe biete ich eine regelrechte Teambberatung an, die außerhalb der Patientenversorgung stattfindet. Dort konnte ich vermitteln, dass geeignete Teambberatung nicht einfach nebenbei während der Behandlungskontakte stattfinden kann. In einem Altenheim werden ebenfalls von mir »fallbezogene« Teambberatungen, Fortbildungen für Mitarbeiter und Informationsveranstaltungen für Angehörige durchgeführt. Selbstbefähigung der Patienten entsteht also auch dadurch, dass die Selbstbefähigung der Mitarbeiter verbessert wird.

## Therapeutische Grundhaltung zur Stärkung der Selbstbefähigung

Zu Beginn einer jeden Behandlung geht es zunächst darum, das Bedürfnis nach Art und Umfang bzw. *Invasivität der Unterstützung* auszuloten und miteinander zu verhandeln. Ich versuche in der ersten Behandlungssitzung, die durchschnittlich eine halbe Stunde dauert, zuzuhören und Themenauswahl und Behandlungsauftrag zu respektieren. Das heißt, ich werde es zunächst dem Betroffenen überlassen, ob er mit mir über individuelle psychische Befindlichkeiten, über familiäre oder Partnerschaftsprobleme oder etwa über den Arbeitsbereich spricht. Dergleichen erscheint es mir wichtig zu respektieren, ob der Betroffene nur eine symptomatische Behandlung wünscht, das heißt die Abwesenheit konkreter Beschwerden, oder ob er seine Beschwerden in einem komplexeren Kontext sieht und diesen verändern möchte. Aus meiner Erfahrung ist es aber nicht die Mehrzahl der Patienten, die eine rein symptomatische Behandlung möchte.

Ich bemühe mich, den Patienten bei der *Präzisierung des Auftrags* zu unterstützen, aber auch meine Möglichkeiten und Grenzen aufzuzeigen. Es wird zum Beispiel immer wieder der Wunsch geäußert, durch die Therapie allgemeines Lebensglück zu erlangen, oder mir werden Rollen zugeschrieben, die nichts mit meiner Aufgabe als Therapeut zu tun haben, etwa als Seelsorger, als guter Freund, als Nachbar. Zu einem behutsamen Vorgehen gehört auch, dass nicht »wild« Anamnesedaten erhoben werden.

Eine andere für mich wesentliche Grundhaltung stellt die Arbeitsweise des so genannten *sokratischen Dialogs* dar, der den Patienten in Form von Fragen neue Sichtweisen selbst entdecken lässt: die Rolle des Behandlers als »Geburtshelfer« (siehe Mäeutik der sokratischen Methode) oder als Supervisor, der als Außenstehender Lösungs- und Entwicklungsmöglichkeiten entdeckt, die dem Patienten auf Grund seiner Verstricktheit verschlossen ist.

Ein weiteres Grundelement selbstbefähigenden Arbeitens in der ambulanten ärztlichen Praxis besteht darin, im Dialog mit dem Patienten,

aber auch im *Trialog* mit Familie und übrigen Umfeld den momentanen Freiheitsgrad für selbstbestimmtes Entscheiden, für die Auswahl der aktuell notwendigen Unterstützungsform und für die Möglichkeit, sich Informationen zu verschaffen, zu klären. Diese Selbstbestimmtheit kann durch psychotische Erlebnisse, durch schwere depressive oder manische Verstimmungen, aber auch bei organischen Veränderungen (Demenz) oder in schwer traumatisierenden Situationen eingeschränkt sein. Daraus entsteht der Spagat zwischen der Rolle des Anwalts unserer Patienten und des Bevormundenden. Wie auch im juristischen Sinne der Betreute in jedem Moment verfahrensfähig ist, so erscheint es wichtig, in jeder Phase der Erkrankung und der Therapie weitere Therapieschritte mit dem Betroffenen auszuhandeln und abzusprechen und ihm erst mal ein Mehr an Kompetenz zuzutrauen. Es wurde bereits in anderen Abschnitten dieses Buches erwähnt, dass auch während psychotischer Erlebnisweisen der Betroffene durchaus die Qualität der therapeutischen Beziehung und das von ihr getragene mögliche Vertrauen spürt und erfährt. Er erkennt durchaus die Relevanz bestimmter Entscheidungen.

Eine entscheidende Entwicklung sowohl in der Psychiatrie als auch in der Psychotherapie stellt die Abkehr von der Defizit- hin zur *Ressourcenorientierung* dar. In der Verhaltenstherapie wird dies etwa im Selbstmanagement-Therapieansatz nach F. H. KANFER u. a. 2004) oder in der Dialektisch-behavioralen Therapie nach M. LINEHAN (1996) deutlich. Ein wichtiges Therapieprinzip ist es, selbst massive Verhaltensstörungen wie Selbstverletzungen zunächst als Lösungsversuch der Patientinnen und Patienten aufzufassen, der aus ihrer Vorgeschichte verstehbar ist. Davon ausgehend wird versucht, im Rahmen einer vertrauensvoll empathischen Beziehung Alternativen aufzubauen und so im Sinne der Selbstbefähigung Handlungsspielräume zu vergrößern.

Ein Beispiel für einen anderen, nicht verhaltenstherapeutischen, gleichwohl ressourcenorientierten Therapieansatz ist die *systemisch-lösungsorientierte Therapie* nach St. de SHAZER (1992) und I. K. BERG und S. D. MILLER (1998). Wichtige Erkenntnisse liefert zudem die Copingforschung. »Coping« (LAZARUS 1966, zitiert nach MUTHNY/BRODA 1999) umfasst Bewältigungsstrategien, die ein Mensch einsetzt, um mit

einem Stressor umzugehen, das heißt mit einem im weitesten Sinn belastenden Ereignis, das die alltäglichen Bewältigungsroutinen übersteigt. Auch Symptome können als Copingstrategien aufgefasst werden. Wesentlich ist dabei der Respekt vor den Erklärungsmodellen und Bewältigungsstrategien der Patienten selbst, die aufzugreifen und, wenn sie unterstützend wirken und der Selbstbefähigung dienen, zu fördern sind. Wer diese subjektiven Konzepte und Strategien erweitern möchte, sollte dies behutsam tun, dies explizit darlegen und in einen Prozess des gemeinsamen Argumentierens treten. Letztlich wählt der Betroffene selbst die für ihn förderlichsten Konzepte und Strategien aus.

Ein wichtiges Element des Empowerment-Gedankens ist die »Rückgabe« der Biografie an den psychisch Erkrankten, d. h. die Umwandlung der Krankengeschichte in eine Lebensgeschichte. Auch dies wird sowohl in der Psychiatrie wie in der Psychotherapie aufgegriffen und findet in der Psychotherapie ihre Begriffsbestimmung im so genannten *Narrativ* (RANDALL 1995, zitiert nach FIEDLER 1999). Dabei handelt es sich um erzählte Lebensepisoden, die dem Betroffenen dazu dienen, sein Leben zu einem konsistenten Selbstbild zusammenzufügen sowie die verschiedenen Lebensperioden zu ordnen und zu bewerten, sich also allgemein seiner Identität zu versichern. Dies stellt ein wesentliches Therapieelement in jeglicher Behandlung dar, das einer Fünf-Minuten-Medizin diametral entgegensteht, das aber, wenn es realisiert wird, Identität und Individualität verleiht und somit erst das Selbstbewusstsein freisetzt und Entwicklungen ermöglicht. Dazu gehört es auch – wie es ein wesentlicher Bestandteil in der Behandlung Traumatisierter ist, und eine psychische Erkrankung ist für sich schon oft ein Trauma –, einen Raum zu schaffen, in geschützter Umgebung immer und immer wieder über belastende Ereignisse sprechen zu können. Dies allein hilft schon, eine »integrierte Erinnerung« aufzubauen, d. h. eine Erinnerung, die wieder zeitlich einordbar ist. In ihr treten die emotionalen und die sachlich-rationalen Komponenten gemeinsam auf und es sind nicht nur überwältigende Gefühlserinnerungen, die den Betroffenen heimsuchen und ihm den Eindruck vermitteln, als würden die belastenden Ereignisse in diesem Moment ablaufen.

Auch im Laufe der Berufsjahre hat sich die Zeit für ein Erstgespräch nicht verkürzt. Die Haltung unserer Praxis, dass Zeit ein wesentliches Qualitätsmerkmal für die Selbstbefähigung fördernde Behandlung ist, hat sich gefestigt. Die Grundlage für die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung stellt für uns das biopsychosoziale Modell psychischer Veränderungen dar: Es gibt nicht nur einen Faktor, der uns psychisch krank macht. Es gibt vor allem viele Ressourcen wie Fähigkeiten, Kontakte, Erinnerungen, Aktivitäten, die uns helfen, uns aus Krisen herauszubewegen. Oft liegen diese im Verborgenen. Um alle wichtigen Faktoren der Erkrankung, aber auch der möglichen Weiterentwicklung zu ergründen, ist Zeit von Nöten. Um gegenseitiges Vertrauen zu entwickeln, ist der Faktor Zeit sehr wichtig. Deshalb bemühen wir uns in unserer Praxis, uns Zeit zu nehmen und Zeit zu geben, obwohl sie immer knapper wird. Durch die zunehmende Anzahl unserer Klienten passiert es uns natürlich auch immer öfter, dass es nur zu Kurzkontakten kommt. Wir versuchen deshalb, qualifizierte Zeit anzubieten, indem wir sehr genau nachsehen, wo wirklich ein Kontakt mehr Zeit benötigt, weil wichtige Bereiche zur Sprache kommen oder weil es jemandem schwerfällt, sogleich das Vertrauen zu fassen, um die ihn belastenden Ereignisse zu schildern. Dazu gehört, im Kontakt präsent zu sein, sich mit Haut und Haaren, d. h. intensiv mit dem eigenen Gefühlserleben, auf ein Klientengespräch einzulassen.

Um genügend Zeit zu haben, sind wir mit der Aufnahme neuer Klienten sehr rigide. Um die Dringlichkeit einer Behandlung festzustellen, führen unsere Arzthelferinnen beim ersten Anruf ein ausführliches Gespräch, und bei Überweisungen unterreden wir uns intensiv mit dem einweisenden Arzt. Trotz dieser Hürden untersuchen und behandeln wir pro Woche im Durchschnitt 5–10 neue Patienten.

Die Würdigung und Förderung der persönlichen Ressourcen trat im Laufe der Arbeit immer mehr in den Vordergrund, denn die Ressourcen des Einzelnen sind die Grundlage der Selbstbefähigung. Dabei wurden vor allem neuere Tendenzen der Psychotherapie (GRAWE 1998; 2004) berücksichtigt. Der Kern davon ist die Erkenntnis, dass nur durch die Ressourcen des Einzelnen eine positive Entwicklung möglich ist und

dass eine Problemfixierung einer positiven Veränderung eher hinderlich erscheint. Dies wird auch durch neurobiologische Erkenntnisse bekräftigt, die sich mit Lernen von Angst und mit der Aktivierung von neuronalen Netzwerken je nach aktuellen Bedürfnissen und Zielen beschäftigen. Kurz gefasst, aktiviert die ausschließliche Beschäftigung mit Problemen alle Erinnerungen und unangenehmen Gefühle zu diesem Thema, was einem zuversichtlichen Herangehen an die Lösung entgegensteht. Erst über die Aktivierung der Ressourcen wird ein proaktives Bewältigungsverhalten ermöglicht, das verhindert, dass jemand von den eigenen Problemen überwältigt wird.

In der persönlichen Arbeit bedeutet dies, dass den einzelnen Lebensbereichen der Betroffenen, die als Ressourcen in Frage kommen, noch mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Dabei wird im Einzelnen nachgefragt, was die letzte Zeit oder früher Freude gemacht hat, was man gerne, wo und mit wem unternommen hat. Keine Alltäglichkeit darf dabei als zu banal abgetan werden. Wenn dann jemand erzählt, wie er früher Leichtathletik betrieb, wandern ging, wie schön es war, vor zwei Wochen nach längerer Zeit wieder einmal Akkordeon gespielt zu haben, und wie wohltuend der Spieleabend letzte Woche oder wie genussvoll die Gesichtsmassage vorgestern war, so sieht man die Patienten lächeln und spürt, wie die angenehmen Gefühle im Hier und Jetzt präsent sind (STORCH / KRAUSE 2002). Dadurch wird eine prozessuale Aktivierung nicht nur der Probleme, sondern auch der Ressourcen erreicht (GRAWE 1998), denn einer Veränderung in der Therapie ist nur zugänglich, was an Gefühlen im aktuellen Raum der Therapiestunde, also in diesem Augenblick aktiviert ist.

Um Ressourcen zu aktivieren, arbeite ich nah und konkret an der Lebenswirklichkeit der Klienten, indem ich nahe Bezugspersonen mit einbeziehe, in die Praxis auch einmal eine gute Freundin oder Eltern oder Partner einlade, mit einem Lehrer oder Arbeitskollegen rede. Mit dem Klienten bespreche ich die Alltagsgestaltung möglichst genau und versuche ihn zu unterstützen, Aktivitäten und Kontakte aufzubauen, neue Erfahrungen sammeln. Ziel ist es, möglichst konkrete Schritte einzuleiten, indem ich dem Klienten zum Beispiel helfe, Kontakte mit der Ta-

gestätte zu knüpfen, wir eine Kontaktannoncen miteinander durchsprechen, das Volkshochschulprogramm gemeinsam nach geeigneten Kursen durchsehen.

Um zu erreichen, dass Gefühle, Stimmungen und Gedanken im Zusammenhang mit den Problemen, aber auch mit den Ressourcen möglichst unmittelbar in das therapeutische Geschehen gelangen, arbeite ich oft mit Vorstellungsübungen, mit Geschichten, Symbolen und Rollenspielen, was auch in der Einzeltherapie durch Zuhilfenahme von »Stellvertretern« (etwa Alltagsgegenstände) möglich ist.

Inwieweit auch die für den Patienten schwierige Entscheidungen wie Medikation oder Einweisung in die Klinik miteinander getroffen werden können, hängt von Seiten des Therapeuten von verschiedenen Aspekten ab:

1. Authentizität des Kontaktes: Spürt der Betroffene Empathie, echtes Interesse, Ringen um die bestmögliche Lösung?
2. Persönliche Verfassung und Umstände des Praxisbetriebes: Welcher Zeitdruck herrscht im Praxisablauf, der wievielte »Notfallpatient« ist der Betroffene, wie ist das Ausmaß der subjektiven und objektiven psychischen Belastbarkeit des Behandlers durch die Arbeit?

In einer *haltenden, authentischen und engagierten Beziehung* wird es leichter fallen, gemeinsame Therapieabsprachen zu treffen. Hilfreich für mich ist es immer, nicht als omnipotenter, allwissender Arzt in Erscheinung zu treten, sondern auch »Schwäche« zuzugestehen, dem Patienten zum Beispiel mitzuteilen, dass ich mir Sorgen mache, dass ich Angst um ihn habe, dass mich eine Situation überfordere. Dazu gehört es auch, bei der Wahl der Maßnahmen die Folgen aufzuzeigen, die diese für den Patienten und sein Umfeld haben.

Ein junger manischer Patient, sehr antriebsgesteigert, missachtet immer wieder Absprachen mit der Familie, verlässt plötzlich früh morgens das Haus und taucht im Schlafzimmer von Bekannten auf, besucht die Eltern eines früheren Freundes, verhält sich dabei aber so rastlos und unberechenbar, dass diese ihn der Wohnung verweisen. Er fährt laut der Mutter zu schnell Auto und plant auch riskante sportliche Unternehmungen. Er zeigt wenig Zugang zu

der Auffälligkeit und Gefährlichkeit seiner Veränderungen. In der Sprechstunde geht es darum, eine mögliche Klinikeinweisung zu besprechen. Eine Einweisung im Rahmen der Betreuung wäre sicherlich auf Grund der Symptomatik möglich, aber nicht wünschenswert. Die Eltern, nachdem der Zustand schon mehrere Tage anhält, sind bereits völlig erschöpft, auch dies ist ein Faktor, der in die Entscheidung mit einfließt. Es werden also die Folgen sowohl der Klinikeinweisung besprochen (eingeschränkte Freiheit, Aufenthalt in fremder Umgebung, aber auch unterstützende Angebote) wie die Folgen der Nichtaufnahme (weitere Erschöpfung der Familienmitglieder, zunehmendes Sich-unmöglich-Machen im sozialen Umfeld, gefährliche, unberechenbare Aktionen, andererseits mehr Freiheit und Selbstbestimmung). Letztlich wird es möglich, dem Betroffenen die Auswahl zu überlassen: Er stimmt einer Aufnahme in die Klinik zu.

An diesem Beispiel lassen sich nun aber auch die Grenzen der Unterstützung der Selbstbefähigung aufzeigen. Zunächst einmal geschah die Entscheidung unter großem Zeitdruck. Ich rief im Beisein des Betroffenen in der Klinik an und vereinbarte schon eine Aufnahme, noch bevor der Betroffene seine Zustimmung gegeben hatte. Er wurde über die Dauer des Aufenthaltes im Unklaren gelassen. Ich ging zwar zum Aufnahmegespräch mit in die Klinik, es wurde aber von mir versäumt, die Dauer des Aufenthaltes anzusprechen, Szenarios zu entwickeln, wenn der Patient die Klinik verlassen möchte, etwa ob dann eine Unterbringung erfolgen oder auch eine Entlassung mit verstärktem ambulanten Angebot durchgeführt werden sollte. Auch ein persönlicher Wunsch des Betroffenen, nämlich an einer Feier von Freunden teilzunehmen, wurde nicht in seinem Für und Wider inklusive einer Entscheidung aller Beteiligten abgesprochen. Das Ergebnis war, dass der Betroffene in der Nacht die Klinik verlassen wollte. Es kam zu Zwangsmaßnahmen im Rahmen einer Unterbringung auf der Basis einer Betreuung. Dies erlebte der junge Mann als sehr traumatisch. Letztlich führte es dazu, dass er den Eindruck von der Klinikeinweisung zurückbehielt, überannt worden zu sein, und sich schwer damit tat, die Behandlung als



Ausdruck einer Lebenskrise psychisch zu integrieren. Das Ergebnis für mich selbst waren Schuldgefühle, Mitleid, aber auch Ängste, einen Patienten zu verlieren.

Zu einer Herausforderung werden die Grundgedanken des Empowerment für mich vor allem in Grenzsituationen, bei krisenhaften Zuspitzungen, seien diese krankheits- oder situationsbedingt, bei Zeitdruck und ungünstigen Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellationen. In den übrigen Situationen sind Selbstbefähigung fördernde Grundhaltungen durch ein modernes partnerschaftliches Arzt-Patient-Verhältnis hinreichend charakterisiert, die die Auswahl von Behandlungsoptionen, die Partizipation an Entscheidungen und den Zugang zu Informationen beinhalten. Patienten nutzen auch die Möglichkeit, sich Zweitmeinungen einzuholen. Im Sinne der Selbstbefähigung unterstütze ich diesen Wunsch nach einer »second opinion«, ohne mich gekränkt zu zeigen.

Zusammenfassend möchte ich festhalten, dass sich die Frage des Empowerment in solchen Situationen zuspitzt, in denen vom Behandler ein *Nichthandeln* gefordert ist. Dies stellt auch in der ärztlichen Praxis einen schwierigen Punkt dar. Hier gilt es, loslassen zu können, den anderen auch in seinem Anderssein, jenseits jeglicher Normierung hinsichtlich dessen, was psychische Gesundheit sein soll, sein lassen zu können. Dazu gehört, das Risiko mit dem Betroffenen gemeinsam zu übernehmen und dem anderen und sich Fehler zuzubilligen. Der Wunsch, sich nicht behandeln zu lassen, sei es medikamentös oder in Form einer stationären Therapie, ist als Erstes einmal uneingeschränkt zu akzeptieren – erst anschließend kann eine individuelle Risikoabwägung zusammen mit dem Betroffenen erfolgen, die aber immer die echte Möglichkeit einer Nichtbehandlung enthalten soll. Dies zu tun erfordert Mut. Viele Faktoren spielen in eine solche Entscheidung mit hinein: Berufserfahrung, Beziehung zu dem Patienten, Wissen um dessen bisherige Krankheitsvorgeschichte, Haltungen und Einstellungen des Behandlers, momentane Arbeitsbelastung, prägende vorausgegangene Ereignisse (so wird etwa ein erst vor kurzem durchgeführter Suizid eines Patienten die Risikobereitschaft des Behandlers insgesamt erheblich verringern).

Eine 40-jährige Patientin entwickelte während ihrer Lehrzeit massive Zwänge, vor allem Wasch- und Sammelzwänge. Sie wurde während dieser Zeit erstmalig stationär in einer Universitätsnervenklinik behandelt, absolvierte von Station aus ihren Lehrabschluss und wurde dann ambulant weiterbehandelt. Zunächst war sie in ihrer Lebensführung weniger eingeschränkt. Es kam in den darauf folgenden Jahren zu zwei stationären psychotherapeutischen und einem stationär-psychiatrischen Behandlungsversuch. Letzterer erfolgte, weil die junge Frau das Krankenzimmer der psychosomatischen Klinik nicht mehr verlassen wollte. Diese Probleme setzten sich während der Behandlung in der psychiatrischen Klinik fort. Die Patientin vernachlässigte Körperpflege und Bekleidung und zog sich in ihr Zimmer zurück. Die stationäre Behandlung, einschließlich Medikation, schlug fehl und die Patientin wurde entlassen. Seither lebt sie schon seit vielen Jahren im Haus ihrer Eltern, verlässt dieses aber nicht mehr, sondern nimmt nur noch telefonisch Kontakt zur Außenwelt auf. Lediglich bei akuten Schmerzen ist sie zu einem Arztbesuch zu bewegen.

Die Atmosphäre mit den Eltern wird immer angespannter. Die Patientin beansprucht im Haus der Eltern immer mehr Raum für sich, die Eltern haben sich inzwischen in einen kleinen Bereich im Keller zurückgezogen. Sie kann keinerlei Gegenstände, weder Verpackungen und Zeitungen noch andere Dinge wegwerfen, das ganze Haus ist voll gestellt mit verschiedenen Gegenständen. Bisher fanden zwei Hausbesuche bei insgesamt vier Versuchen statt. Es bedarf einer Anmeldung und langwieriger ritueller Vorbereitungen. Die Patientin ist auf Grund ihrer Ängste, sich zu kontaminieren, nicht in der Lage, sich zu waschen, und erscheint daher sehr ungepflegt. Gleichzeitig wirkt sie aber offen und klar, ist sich ihrer problematischen Situation bewusst und leidet unter ihren Symptomen. Sie ist sich auch im Klaren darüber, dass sich die Situation zuspitzen wird, wenn die Eltern nicht mehr leben sollten. Über die Mutter kommt schließlich der Kontakt mit mir zustande. Es wird ein großes Bedürfnis der Patientin nach Kontakt zur

Außenwelt deutlich, sie ist an ausgiebigen Gesprächen interessiert. Gleichzeitig besteht die große Angst, zwangseingewiesen zu werden. Sie erwartet sich von einer Therapie keine Hilfe. Ein Versuch, sie ambulant zu medizieren, scheiterte. Aus Ängsten und Zwangsritualen heraus verweigerte sie es auch, ihre Versichertenkarte mit einem mobilen Kartenlesegerät einlesen zu lassen bzw. ihre Daten offen zu legen. Zu anderen Kontakten, etwa zur Klinik, zum SPD-i oder gar zum Gesundheitsamt ist sie nicht zu motivieren. Die mit einem erheblichen Zeitaufwand verbundenen Hausbesuche sprengen den Organisationsrahmen meiner Praxis, zudem wurden die Leistungen bis dahin erbracht, ohne abgerechnet werden zu können. Es ist intensiver Beziehungsaufbau nötig, da ein erhebliches Misstrauen besteht. Ein dringender Unterstützungsbedarf besteht ebenfalls, der sich nicht nur auf eine Behandlung im engeren Sinne, sondern auch auf Hilfen im Alltagsbereich und beim Aufbau von Kontakten bezieht.

Die Grenzen meiner Arbeit ergeben sich in zweierlei Hinsicht: Erstens im Sinne der Frage, was im Rahmen einer kassenärztlichen Behandlung machbar ist, zum anderen hinsichtlich der bisher völlig ablehnenden Haltung gegenüber jeglicher Unterstützung. Eine solche Hilfe könnte derzeit nur gegen den Willen der Patientin erfolgen, was die Traumatisierung erhöhen würde. Diese Ablehnung der Unterstützung kontrastiert mit dem aus ärztlicher Perspektive gegebenen dringenden Behandlungsbedarf. Die Patientin ruft immer wieder in der Praxis an. Dabei belasse ich es derzeit in der Hoffnung und Erwartung, dass sich meine Geduld auszahlt und sie langsam Vertrauen fasst.

Je länger die Praxis besteht, um so öfter passiert es, dass Klienten mit dem Wunsch zu mir kommen, dass eine bestehende Betreuung wieder aufgehoben wird – auch dies ein schwieriges Unterfangen im Hinblick auf die Förderung vom Empowerment.

Eine Frau Ende dreißig, die seit rund zehn Jahren an einer schizoauffektiven Psychose leidet, ist in Krankheitsepisoden zumeist manisch-gereizt verstimmt, zeigt körperdysmorphophobe Sympto-

me und hat verschiedene, auch bizarre Wahnsymptome im Sinne eines religiösen Wahns, inklusive Größenwahns: Sie fühlt sich zu einem besonderen Auftrag auf die Welt gesandt. Sie zeigt zudem einen Verfolgungswahn, fühlt sich oft verlacht, sieht Mächenschaften gegen sich im Gange und hört, wie man über sie spricht und obszöne Äußerungen. Wenn die Symptome länger bestehen, ist sie sehr misstrauisch und denkt nur noch, dass alle ihr schaden wollen. Sie ist dann sehr gereizt bis aggressiv, beginnt wegen Alltäglichkeiten, die aber für sie Angriffe auf ihre Person darstellen, Streitigkeiten. So stritt sie in der Vergangenheit mit Chefs und Kollegen, verlor Arbeitsstellen, obwohl sie gut ausgebildet ist. Mit den Eltern, die sehr »einfache« Menschen sind und die auch keine adäquaten Gesprächspartner sein können, weil sie die Bedürfnisse hinter den Wahnideen nicht verstehen, kommt es sogar zu Tötlichkeiten. Die Tochter griff schon einmal den Vater an und zerstört regelmäßig Einrichtungsgegenstände.

Es kam zu drei stationären Aufenthalten und einer längeren psychiatrischen Reha-Maßnahme, an deren Ende sie zunächst eine Zeitlang in einer WfbM arbeitete, um jetzt einer geringfügigen Beschäftigung nachzugehen. Die Betroffene ist mittlerweile berentet. Sie hat ein kleines Vermögen, das dazu führt, dass sie die Betreuung selbst zahlen muss. Sehr schwierig war die Auswahl der Medikation, da sie unter fast allen Neuroleptika an Gewicht zunahm. Dies schmälerte die Bereitschaft, die Medikamente einzunehmen sehr. Zum zweiten stationären Aufenthalt kam es nach einem regulären Absetzversuch nach einem Jahr, zum dritten Aufenthalt, nachdem sie abermals das Medikament selbstständig absetzte, obwohl sie mittlerweile ein Medikament bekam, unter dem sie wieder normalgewichtig geworden war. Die damalige Einweisung verzögerte sich, da die Aggression sich auf zu Hause beschränkte, und die Eltern Angst vor der Errichtung einer Betreuung hatten, vor allem davor, dass die Geschehnisse von daheim aktenkundig würden. Da sie dann aber auch aggressiv zu einer Amtsmitarbeiterin und zum Pfarrer wurde, wurde von mir die Betreuung, einschließ-

lich Unterbringung, beantragt, obwohl die Patientin schon längere Zeit nicht mehr zu mir kam und auch telefonisch nicht erreichbar war, sondern höchstens Postkarten aus dem Ausland schrieb.

Das Gefühl, krank zu sein bzw. an Krankheitsphasen gelitten zu haben, ist sehr gering ausgeprägt. Sie sieht die Rente eher als Ausgleich für erlittenes Unrecht. Sie stimmt aber einer Medikation und den Spiegelkontrollen zu und ist unter Medikation trotz Misstrauen und Eigenwilligkeiten zuverlässig und konstruktiv. Sie beantragte sofort wieder die Aufhebung der Betreuung, stritt auch gegen die bestehende vor dem Landgericht. Trotz der Tatsache, dass ich die Betreuung beantragte, bestehen deswegen keine Vorbehalte gegen mich, sondern gegen den Berufsbetreuer, den sie in irrationaler Weise kritisiert, was dieser sehr persönlich nimmt. Hauptargument gegen die Betreuung ist, dass der Betreuer in Zeiten außerhalb akuter Episoden nicht tätig werden muss, sie jetzt aber durch die pauschalierte Vergütung regelmäßig Geld an ihn aus ihrem Vermögen zahlen muss.

Ich erappte mich bei dieser Patientin dabei, dass es mir peinlich war, immer wieder die Aufhebung der Betreuung zu befürworten, um sie dann nach ein 1–2 Jahren erneut zu beantragen. Aber in diesem Fall erschien es mir klar zu sein, mich hinter den Wunsch der Betroffenen zu stellen. Es war eine gemeinsame Entscheidung, der ausführliche Gespräche mit den Ärzten der Klinik und mit den Eltern der Patientin vorausgingen. Trotz unzureichendem Krankheitsbewusstsein ging die Patientin auf die Behandlungsvorschläge von mir ein. Ich vermute zwar, dass die Stabilität nur eine begrenzte Zeit anhält, da sich aber in den Erkrankungsphasen keine bedrohlichen Situationen ereignet haben, die Patientin durch einen Umzug auch besser an die Tagesstätte und den SPD angebinden ist, stelle ich meinen eigenen Wunsch nach Absicherung zurück und unterstütze die Entscheidungen der Patientin im Sinne des Empowerments.

## **Möglichkeiten und Grenzen einer niedergelassenen Praxis**

Bereits in der Verknüpfung von Psychiatrie und Psychotherapie in einem Facharzt liegen die Chancen und Grenzen selbstbefähigenden ärztlichen Handelns nahe zusammen. Die inhaltlich passende und auch organische Verknüpfung, für die Psychiater selbst jahrelang eingetreten sind, trifft auf eine von der kassenärztlichen Vereinigung vorgegebene starre inhaltliche und abrechnungstechnische Trennung in zwei Bereiche.

Für beide Bereiche werden verschiedene Ziffern abgerechnet. Der Bereich der klassischen Psychotherapie ist nur auf Antrag möglich, umfasst ein bestimmtes Stundenkontingent und bedeutet eine genau festgelegte Behandlungszeit pro Sitzung. Die psychiatrische Behandlung ist von der Zeitdauer nicht festgelegt und wird seit dem neuen Abrechnungssystem in 10-Minuten-Takte eingeteilt, das heißt, dass längere Behandlungseinheiten theoretisch berücksichtigt werden können. Allerdings sind die Punkte, die man für die jeweiligen Behandlungen erhält, im Prinzip budgetiert, das heißt, sie dürfen eine bestimmte Zahl nicht überschreiten. Diese Obergrenze wird kompliziert errechnet. Der Betrag, den es für die jeweiligen Punkte gibt, schwankt ebenfalls je nach Budget, das die Krankenkassen zur Verfügung haben, und je nachdem, wie oft bestimmte Ziffern abgerechnet werden. Wenn viele Ärzte eine Ziffer sehr oft abrechnen, verfällt der Punktwert. In den siebeneinhalb Jahren meiner niedergelassenen Tätigkeit haben sich die Bedingungen oft verändert. Einmal wurde uns Geld abgezogen, da wir »zu viele« Patienten hatten. Oft überschritten wir die Grenze unseres Budgets. Für die Psychotherapieleistung erhielten wir mal mehr, mal weniger Geld, obwohl wir ja immer die gleiche Zeit für die Therapie aufwenden müssen.

Das Beispiel dieses komplexen und sich ständig ändernden Abrechnungssystems soll veranschaulichen, mit welcher Bürokratie wir uns neben der Behandlung von Menschen beschäftigen müssen. In den Anfangszeiten der Praxis hat mich diese in meinem Elan und der Freude für die Arbeit immer wieder blockiert. Das Ungerechte an diesem

System ist, dass unsere Bezahlung nicht davon abhängt, ob wir uns viel oder wenig Zeit für unsere Patienten nehmen – Selbstbefähigung fördern zu wollen ist nämlich zeitintensiv und bedeutet, mit dem Klienten und seinem Umfeld in einen intensiven Dialog zu treten. Auch Behandlungsstandards der Fachgesellschaften, zum Beispiel für den Zeitaufwand in der Behandlung depressiver Menschen, werden nicht berücksichtigt, auch nicht, ob Patienten durch eine zeitintensivere Behandlung mehr Lebensqualität gewinnen oder weniger oft in die Klinik müssen. Mit längerer Praxistätigkeit wurden wir jedoch immer gelassener. Natürlich versuchen auch wir, uns so gut in dem Abrechnungssystem auszukennen, dass wir nichts herschenken und auch alle Leistungen nach den Kriterien dieses Systems abrechnen. Es benötigt aber immer weniger Zeit, uns damit zu beschäftigen, und es beeinflusst die Arbeit auch immer weniger. Wir behandeln unsere Patienten so, wie wir es für erforderlich halten. Wir haben nämlich gemerkt, dass es uns zufriedener macht, wenn wir nach unserem persönlichen Berufsethos handeln. Dazu gehört, dass wir uns die Zeit nehmen wollen, Empowerment zu fördern, und, was eng damit verbunden ist, möglichst gut das Umfeld der Klienten mit einbeziehen und möglichst integriert arbeiten wollen. Dies bedeutet, dass wir viel Zeit für die Kooperation mit der psychiatrischen Klinik und den komplementären Einrichtungen und für das Gespräch mit nahen Bezugspersonen verwenden. Um mit unserem Zeitrahmen zurechtzukommen, unterscheiden wir genau, wie oben schon erwähnt, welchen Klienten wir in welcher Behandlungsphase mit welcher Zeitintensität behandeln.

Manche Klienten benötigen nur eine einmalige Untersuchung und gehen dann mit einer Behandlungsempfehlung in die Obhut des Hausarztes zurück. Dadurch unterschreiten sie das durchschnittliche Budget, das für einen Patienten zur Verfügung steht, sodass andere Patienten dafür intensiver behandelt werden können. Es hat uns entspannt zu sehen, dass wir dadurch doch mehr Handlungsspielraum haben als anfangs gedacht.

Wir sind über die Jahre auch mit unserem Einkommen insgesamt zufrieden. Trotz erheblicher Schwankungen, die uns anfangs beunruhig-

ten, ist nie eine bedrohliche Situation in der Weise entstanden, dass wir unsere Praxis nicht mehr hätten fortführen können. Momentan haben wir Glück, da wir Nutznießer von Strukturverträgen mit den Regionalkassen, vor allem der AOK, sind. Ohne diese würden wir deutlich weniger verdienen. Durch sie erhalten wir für bestimmte Leistungen feste Punkt- und Geldwerte. Diese Leistungen liegen auch außerhalb des Budgets. Dadurch werden intensivere Behandlungen, auch im Sinne der Selbstbefähigung, unterstützt. Die Regionalkassen wollen damit der gestiegenen Bedeutung von psychischen Erkrankungen in unserer Gesellschaft Rechnung tragen. Aber auch vor den Strukturverträgen haben wir die Klienten so oft und so intensiv behandelt, wie es uns therapeutisch und ethisch geboten erschien.

Eine weitere Obergrenze stellt das Arzneimittelbudget dar, das ist der Betrag, für den maximal Medikamente verschrieben werden dürfen. Wir haben diesen Betrag bisher immer überschritten. Insgesamt liegen wir mit den Verordnungen im Durchschnitt aller Psychiater. Bei den Überschreitungen geht es um einen Betrag von mehreren Tausend Euro. Die ängstigende Frage ist die, ob sich einmal die Situation ergibt, diese Überschreitungen in voller Höhe zurückzahlen zu müssen, was bedrohlich wäre. Dennoch verordnen wir so, wie wir es für richtig halten, und verschreiben auch neuere, teure Medikamente. Wir begründen für jene Patienten, die teure Verordnungen erhalten, immer schriftlich, warum sie die jeweiligen Medikamente bekommen. Begründungen können Wirkungslosigkeit oder Nebenwirkungen vorangegangener Therapien sein. Dort, wo es billigere Nachfolgepräparate gibt, verordnen wir diese konsequent. Trotz gelegentlicher zweifelnder Nachfragen, ob diese auch so gut wirkten wie die Originale, haben wir damit gute Erfahrungen. Die meisten akzeptieren dieses Vorgehen, von der Wirksamkeit oder den Nebenwirkungen her gab es noch nie Probleme. Auch hier ist es immer wieder hilfreich, sich den Fragen der Klienten zu stellen, und eine für sie nachvollziehbare Position zu vertreten. Schwierigkeiten gibt es zuweilen dadurch, dass die Kliniken häufiger teure Medikamente und fast nie Nachfolgepräparate verschreiben, da sie die Medikamente zu anderen Preisen beziehen. Dadurch entsteht bei uns der

von den Pharmafirmen gewollte Druck, die teuren Präparate weiterzuverordnen.

Die anfangs aufgestellte Bedingung für ethisches ärztliches Handeln, der »free informed consent«, ist in dem Bereich der medikamentösen Therapie manchmal schwer zu realisieren. Selbst wir so genannten Fachleute tun uns gelegentlich schwer, die Bedeutung eines neuen Medikaments realistisch einzuschätzen.

Zum Beispiel wurde bei den neueren Antidepressiva, als diese auf den Markt kamen, massiv damit geworben, dass sie von den Nebenwirkungen her durchgängig besser verträglich wären als die alten Wirkstoffe. Es gab eine Flut von Studien, die dies belegten, auch Fachleute auf Kongressen propagierten dies. Das Geflecht von Abhängigkeiten zwischen Pharmaindustrie und Wissenschaft ist allerdings undurchschaubar. Trotz so genannter Metastudien, die durchaus auch ihre Mängel aufweisen, und auf Grund der Schwierigkeiten im Bereich der Psychopharmaka, aussagekräftige Studien zu entwickeln, gestaltet es sich schwierig, als Arzt eine verlässliche, unabhängige Informationsquelle zu finden (siehe auch den Beitrag von V.Aderhold). Für den Patienten ist dies noch undurchschaubarer. Hinzu kommt, dass die Bedeutung der Medikamente gelegentlich überschätzt wird. Der Betroffene gewinnt rasch den Eindruck, ihm werde etwas vorenthalten, und als Arzt will ich »fortschrittlich« sein und »meinem Patienten« die beste Wahl anbieten. Für die Antidepressiva konnte sich die Erkenntnis durchsetzen, dass die neueren Wirkstoffe nicht automatisch nebenwirkungsärmer sind.

Selbstbefähigung zu fördern heißt für mich in diesem Zusammenhang, miteinander die gesellschaftlichen Bedingungen und Grenzen des Wissens zu diskutieren, selbst gut informiert mein Wissen weiterzugeben und mich nicht zu scheuen, meine persönliche Erfahrung in die Waagschale zu werfen – und natürlich die Informationen, die der Klient von Selbsthilfegruppen, Freunden, aus dem Internet oder anderen Medien hat, ernst zu nehmen.

Eine inhaltliche Trennung von Psychiatrie und Psychotherapie, wie sie durch die formale abrechnungstechnische Aufteilung nahe gelegt wird, erscheint völlig widersinnig. So kommen auch in der so genannten rein

psychiatrischen Behandlung immer wieder psychotherapeutische Interventionen zum Einsatz, etwa die Modifikation depressiogener Kognitionen (BECK u. a. 1992) oder der Aufbau positiver Aktivitäten bei depressiven Menschen, die psychopharmakologisch behandelt werden. Auch bei Patienten mit Wahnstörungen, schizophrenen Erkrankungen oder schizoaffektiven Störungen kommen fast regelhaft Elemente psychoedukativer Verfahren zum Einsatz, als da sind: Erarbeitung von Krankheitskonzept und Krankheitsbewältigung, detaillierte Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten, die Förderung eines möglichst selbstständigen Umgangs mit dem Medikament, Erkennen von Frühsymptomen sowie eine Verbesserung der kommunikativen und allgemeinen sozialen Kompetenz. Diese Interventionen sind zeitintensiv, sodass immer wieder die Überlegung angestellt werden muss, ob nicht doch eine Psychotherapie auf Antrag durchgeführt werden sollte.

Im Bereich der Richtlinienpsychotherapie ergeben sich folgende Grenzen eines bedarfs- und bedürfnisgerechten Arbeitens: Trotz der nominellen Überversorgung von gut 200 Prozent mit Psychotherapeuten in unserem kommunalen Raum bestehen bei allen Psychotherapeuten Wartezeiten von 9–12 Monaten bis zum Beginn einer Richtlinienpsychotherapie. Die Wartezeit hat sich bei mir auf eineinhalb Jahre erhöht. Dies schränkt eine geeignete und zeitnahe sowie bedürfnisgerechte Behandlung erheblich ein. Die je aktuelle hohe Motivation und die damit verbundene Änderungsbereitschaft, die auch die Empfänglichkeit für die Wirkfaktoren der Therapie erhöht, bleibt so ungenutzt. Auch hier ergeben sich Lösungsversuche aus dem Mangel heraus: So versuche ich zum Beispiel bei Patienten mit Angststörungen, die keinen regulären Therapieplatz erhalten, eine intensiviertere psychiatrische Behandlung durchzuführen. Diese schließt sowohl Informationen über Entstehungs- und aufrechterhaltende Bedingungen der Angstsymptome und das Wesen der rein symptomatischen In-vivo-Expositionsbehandlung ein – dabei werden auch kurzfristig mögliche Übungsfelder besprochen – als auch eine medikamentöse Behandlung.

Ein Kernproblem der Arbeit in einer psychiatrisch-psychotherapeuti-

schen Praxis ist der Zeitmangel. Das betrifft eben nicht nur die Wartezeiten für die Psychotherapie, sondern auch die Arbeit außerhalb der Richtlinienpsychotherapie. Dieser Zeitdruck wirkt sich einerseits in immer wieder verkürzten Gesprächszeiten aus, was dann eine unerfreuliche Entwicklung in Richtung »Fünfminutenmedizin« bedeutet, andererseits in einer höheren Hürde für Neupatienten. Diese Hürde versuchen wir dennoch zu senken, da es unsere Pflicht und unser Anliegen ist, schwer erkrankte Menschen und Menschen in akuten seelischen Krisen zu behandeln.

Noch ein paar provokante Fragen zur »Fünfminutenmedizin«: Sind kürzere, sporadische Gesprächskontakte wirklich nur ein Hindernis für die Förderung des Empowerments oder können sie auch eine Chance darstellen? Auch wenn die Förderung von Selbstbefähigung Zeit benötigt, heißt dies, dass das psychiatrische Gespräch in jedem Fall eine halbe Stunde dauern muss? Braucht der Klient immer nur den Psychiater, um zur Selbstbefähigung zu gelangen? Reicht es nicht in manchen Phasen der Behandlung aus, wenn ich als Psychiater nur sporadisch als Beobachter und Koordinator zur Verfügung stehe, der Klient sein Leben ansonsten eigenständig gestaltet? Kann ich es auch den Mitarbeitern des SPD, der Pflegeambulanz oder einer WG überlassen, dass diese den hauptsächlichen Part, die Selbstbefähigung zu fördern, übernehmen, und ich zum Beispiel nur für das Medikamentenmonitoring zuständig bin, solange ich aufmerksam dafür bleibe, wann der Klient mehr benötigt? Oder rede ich mir damit die Fünfminutenmedizin schön?

### **Koordination von Hilfen**

In der sozialpsychiatrischen Diskussion und Theoriebildung spielt der niedergelassene Facharzt nur eine marginale Rolle. In der Diskussion über Effektivität und Effizienz der ambulanten psychiatrischen Versorgung chronisch psychisch Kranker im Vergleich zur stationären Langzeitbehandlung standen Institutsambulanzen und komplementäre ambulante Einrichtungen im Vordergrund (RÖSSLER u. a. 1995; HÄFNER u. a. 1986; BRENNER 1995). Verschiedene Gründe spielen hierfür eine

Rolle: Die früheren Anstalten waren »der Stein des Anstoßes«, von ihnen nahm die Reform der Sozialpsychiatrie ihren Ausgang. Weitere Gesichtspunkte waren und sind die »Verflüssigung« des starren Krankheits- und Defizitkonzeptes, das dem medizinischen Denken inhärent ist, die Stärkung nicht medizinischer Berufsgruppen in der psychosozialen Betreuung psychisch Kranker und Behinderter sowie nicht zuletzt die zunehmende Autonomisierung von Betroffenen und Angehörigen (Selbsthilfebewegungen). Im Rahmen dieses Prozesses wurde die – mögliche – Rolle des niedergelassenen Psychiaters in der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilweise völlig ignoriert bzw. in Frage gestellt.

Mittlerweile existieren vielfältige Angebote im stationären und ambulanten Bereich. Die ambulanten Angebote werden sowohl von Institutsambulanzen und von niedergelassenen Ärzten als auch von komplementären Einrichtungen wie dem SPD erbracht. Die verschiedenen Berufsgruppen arbeiten in der ambulanten Versorgung zusammen. Überschneidungen bleiben dadurch nicht aus. Die Beziehung der unterschiedlichen Anbieter ist dabei teilweise noch sehr von Feindbildern geprägt: Die niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte beäugen häufig misstrauisch die Institutsambulanzen und die »Träger der sozialpsychiatrischen Fackel«, allen voran die Kliniken, fühlen sich oft geradezu erhaben gegenüber niedergelassenen Psychiatern. Diese Gegensätze sind historisch zu verstehen, allerdings wäre eine »Verflüssigung« dieser Haltung wünschenswert, um die konkrete Zusammenarbeit zu verbessern.

Eine sinnvolle und geglückte Kooperation bedeutet immer eine optimale Nutzung der verschiedenen Ressourcen im Sinne eines Synergieeffektes. Es ist nicht nötig, dass eine Einrichtung oder eine Einzelperson *alle* Angebote vorhält. Eine solche Kooperation kann auf dem Boden gewachsener Ressourcen und Strukturen erfolgen. Dies erhöht die Selbstbefähigung und damit die Zufriedenheit aller Beteiligten einschließlich der Betroffenen. Wie eine solche Kooperation im Konkreten, und zwar einschließlich der Schwierigkeiten, aussehen kann, möchte ich an einem Beispiel beschreiben:

Bei einer 27-jährigen Frau zeigte sich vor neun Jahren eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die ersten Symptome bestanden in einem allmählichen sozialen Rückzug. Es erfolgten verschiedene stationär-psychiatrische Behandlungen, allerdings wurde sie nur einmal stationär-psychotherapeutisch behandelt. An eine stationäre Behandlung schloss sich ein Aufenthalt in einer Wohngemeinschaft an. Die Patientin zeigte, wie für ihre Erkrankung typisch, vielfältige Beziehungs- und Identitätsstörungen, depressive Verstimmungen und suizidales sowie parasuizidales Verhalten. Es kam zu mehreren schweren Selbstverletzungen und einem schweren Suizidversuch. Schließlich gelang es nach einem langen stationären und teilstationären Aufenthalt, sie ambulant zu behandeln, sie wurde in das betreute Einzelwohnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes einbezogen. Die ambulante Behandlung wurde von verschiedenen kürzeren sowie einem langen stationären Aufenthalt nach einer schweren Beziehungskrise unterbrochen.

An diesem Beispiel lässt sich prägnant aufzeigen, wie bei einem Menschen, der in Krisenzeiten dazu neigt, sich in wahllosem Hilfesuchen zu verzetteln, eine tragfähige Kooperation der verschiedenen Bezugspersonen aus unterschiedlichen Bereichen unter Einbezug der Patientin selbst hergestellt werden kann und damit der Grad der Selbstbefähigung steigt:

Anlass für unser Bemühen um verstärkte Vernetzung und Absprache waren anfängliche Probleme in unserer Zusammenarbeit: Suizidäußerungen gegenüber der Sozialpädagogin des betreuten Wohnens, die die Patientin dem verantwortlichen Therapeuten nicht mitteilte, sowie häufige kurzfristige Klinikaufnahmen, die nicht abgesprochen waren. Hauptbezugspersonen der Betroffenen waren neben mir die Sozialpädagogin des betreuten Wohnens, eine Krankenschwester sowie ein Fachtherapeut der Klinik. Wir vereinbarten regelmäßige Gespräche in 4- bzw. 6-wöchentlichem Abstand, bei Bedarf auch öfter, um Rollen, Funktionen, Schwierigkeiten, aber auch positive Entwicklungen untereinander unter Einbezug der Patientin abzusprechen. Die Beteiligten ka-

men mir insoweit entgegen, als dass diese Fallbesprechungen in meiner Praxis stattfanden. Ergebnis unserer Gespräche war, dass sich die Aufenthaltshäufigkeit in der Klinik reduzierte und die Zufriedenheit aller Beteiligten stieg. Für die Patientin selbst war es zudem wichtig, dass sie sehr viel Unterstützung auch außerhalb der Klinik erfahren konnte.

Solche multiprofessionellen Fallbesprechungen sind im kassenärztlichen Bereich nicht vorgesehen. Äußerlich sichtbar ist dies daran, dass es keine Behandlungsziffer dafür gibt. Dennoch finden sie vielfach statt. Immer handelt es sich um jene Klienten, die die meisten Schwierigkeiten in ihrer Lebensbewältigung haben, meistens solche, die entweder an einer Borderline- oder an anderen schweren Persönlichkeitsstörungen oder aber an einer schweren psychotischen Störung erkrankt sind. Fast immer handelt es sich um Menschen, die mehrere Elemente des sozialpsychiatrischen Versorgungssystem nutzen.

Da nicht nur im Bereich der Psychiatrie gewisse Gräben zwischen den Niedergelassenen und dem Klinikbereich vorhanden sind, sondern auch vom Kassensystem diese Trennung in Klinik- und ambulanten Sektor seit Jahren zementiert ist – Mehrfachuntersuchungen und erheblichen Kosten sind die Folge –, versuchte man neue Formen der Kooperation wie zum Beispiel die integrierte Versorgung zu etablieren. Um Anreize zu schaffen, wollte man solche Projekte einerseits finanziell fördern, andererseits, wenn zu wenige solcher Kooperationsprojekte entstanden, sowohl dem Krankenhaus wie dem Niedergelassenen Geld aus dem Topf nehmen. Viele teils wenig durchdachte Ideen wurden auf den Markt geworfen. Meistens konnten nur größere Kliniken und Zentren auf eine Genehmigung hoffen. So versuchten auch wir in Memmingen unter engagierter Teilnahme aller psychiatrisch tätigen niedergelassenen Ärzte, fast aller Psychotherapeuten und des Direktors der psychiatrischen Klinik am Klinikum ein Projekt der Integrierten Versorgung für Menschen mit Borderline-Störungen zu entwickeln. Ziel war es, mittels eines Koordinators und durch regelmäßige Fallkonferenzen die Versorgung dieser Patienten besser zu koordinieren, den Informationsfluss zu verbessern, rascher zu geeigneten Behandlungsmaßnahmen, aber auch zu anderen

Alltagshilfen zu kommen und vor allen die Übergänge an der Schnittstelle Klinik und ambulanter Bereich reibungsloser zu gestalten. Vorgehen war auch eine Information der Hausärzte, um bei Menschen mit dieser Erkrankung rascher eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung beginnen zu können. Letztlich sollte damit die Selbstbefähigung dieser Klientin verbessert werden.

Wir trafen uns mehrmals, schließlich auch mit AOK-Vertretern. Es entstand ein ausgearbeitetes Konzept nach dem Kriterienkatalog der AOK. Leider segnete der Verwaltungsdirektor der drei Kliniken Memmingen, Kaufbeuren und Kempten das Projekt nicht ab. Er reagierte einfach nicht, weder mit einer Absage noch mit einer Zustimmung. Dies zog sich über viele Monate trotz häufiger Rückfragen und Versprechungen seinerseits hin. Dies enttäuschte uns alle sehr, da unter den Behandlern vor Ort ein sehr positiver Geist der Zusammenarbeit herrschte, jenseits der Sektorengrenzen. Dies zeigt, wie sehr psychiatrische Institutionen durch Strukturen und Dienstwege, aber auch durch die Dominanz der Verwaltung Engagement vor Ort, also von den an der Versorgung direkt Beteiligten, ins Leere laufen lassen können. Fallkonferenzen und Zusammenarbeit finden dennoch statt. Mittlerweile erhielt der gemeindepsychiatrische Verbund in Memmingen eine Halbtagsstelle für einen Koordinator bewilligt, der jetzt unter anderem Fallkonferenzen koordiniert. Allerdings ist der gemeindepsychiatrische Verbund sehr institutionendominiert. Fest gefahrene institutionelle Strukturen werden rasch zu Hemmnissen der Selbstbefähigung.

Der Kürzung von Mitteln und der Zusammenlegung von SPD i und Tagesstätte fielen auch die regelmäßigen, finanziell unterstützten klientenbezogenen Beratungsgespräche mit den niedergelassen Psychiatern zum Opfer, die jetzt viel sporadischer stattfinden – wenn auch nicht völlig aufgegeben worden sind. Gegen das Angebot einer Soziotherapie unter dem Dach oder mit Hilfe des SPD i gab es zunächst beim SPD i selbst große Vorbehalte, schließlich bemühten sich zwei Mitarbeiter, die Zulassung zum Soziotherapeuten zu erlangen. Insgesamt scheint das Thema Soziotherapie vom Tisch zu sein, was nicht am SPD i liegt. Die Kassen haben offenbar kein gesteigertes Interesse daran.

Dies alles zeigt das Bemühen und Ringen im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen. Vieles der Aufbruchsstimmung nach der Psychiatriereform scheint verfliegen zu sein. Dennoch gibt es viel mehr Möglichkeiten als früher, Hilfen zu selbstbefähigendem Verhalten anzubieten. Es ergibt sich aber auch ein zunehmender Druck aus finanziellen Gründen, dies zeigt sich beispielhaft an der Versorgung älterer Menschen in Heimen, aber auch an der Zunahme psychischer Probleme durch Langzeitarbeitslosigkeit und finanzielle Schwierigkeiten. Mein Eindruck ist, dass eine gehäufte Zahl an Patienten mich wegen psychischer Störungen auf Grund arbeitsplatzbezogener Probleme aufsucht. Längerfristig ist es fatal, psychische Probleme durch zunehmende existenzielle Unsicherheit oder weil es immer weniger komplementäre Angebote gibt zu verschärfen. Selbstbefähigung hängt wesentlich von sozialen und ökonomischen Faktoren ab.

Was finanzieller Druck bei einem schwer traumatisierten Menschen auslöst, soll abschließend ein Beispiel zeigen:

Eine junge Frau aus einer nahe gelegenen kleinen Stadt musste von frühesten Kindheit an bis zur Jugendzeit unter erheblicher Gewalt im Elternhaus leiden. Der Vater war alkoholabhängig, die Mutter litt an einer Schizophrenie. Die Patientin war Nachzüglerin bei drei viel älteren Geschwistern, die früh das Elternhaus verlassen hatten.

Die Mutter war wegen eines Krankheitsrückfalls im ersten Lebensjahr der Patientin in stationärer psychiatrischer Behandlung. Eine Familienhelferin versorgte das Kind. Dem Vater gelang es immer, die Gewalt und sein Alkoholproblem zu vertuschen. Es kam zu massiven unberechenbaren Gewaltausbrüchen. Der Vater schlug die Patientin so, dass sie Blutergüsse am ganzen Körper hatte. Es bestand ein ausgeklügeltes System an Vertuschungstaktiken, zum Beispiel Augenklappen, um die Blutergüsse an den Augen zu verstecken. Die Patientin musste dann den Lehrern sagen, dass sie beim Augenarzt gewesen war. Die Patientin durfte nicht weg, nie bei anderen Kindern übernachten, keine Kinder durften zu ihr kommen. Sie war völlig mit sich beschäftigt, lebte in ihrer eigenen



kindlichen Welt. Der Vater hatte ein bizarres Weltbild, er bezeichnete sie oft als Ballast, als Schmarotzerin. Er übte bezogen auf ihre Schulleistungen großen Druck aus. Gute Schulleistungen waren für sie die Möglichkeit, etwas Ruhe vom Vater zu haben. Sie hatte gleichzeitig immer Angst zu versagen. In der Schule war die Patientin Außenseiterin. Als sie kleiner war, war der Vater noch etwas weniger gewalttätig, ab der Pubertät beschimpfte er sie ständig als Hure, bedrohte sie, unterstellte ihr Beziehungen zu Jungen, so wie er auch bei der Mutter krankhaft eifersüchtig war. Die Gewalttätigkeiten wurden immer massiver, sie musste sogar die Tür verbarrikadieren.

Schließlich absolvierte die Patientin eine Ausbildung und hoffte, dem Vater entgehen zu können. Aber sie kam mit den Gleichaltrigen während der Ausbildung nicht zurecht. Sie war so verzweifelt, dass sie einen Suizidversuch unternahm. Sie war bald als Außenseiterin abgestempelt und hatte unter Repressalien zu leiden. Sie war nun häufiger krank, der Druck stieg, es wurde versucht, auch vermittels des Integrationsfachdienstes, einen geeigneteren Arbeitsplatz zu schaffen, dies gelang jedoch nicht, es gab zu viele Widerstände unter den Kollegen. Schließlich erfolgte eine befristete Berentung.

Der Behandlungsbeginn erfolgte schleppend, die Patientin war anfangs sehr ängstlich und misstrauisch. Die Patientin ist sehr zurückgezogen, wirkt oft kindlich. Es bestehen die typischen Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung mit Flashbacks, Alpträumen, Ängsten, massiver Schreckhaftigkeit, aber auch Schwierigkeiten, die eigenen Gefühle wahrzunehmen und einzuordnen. Die Stimmung ist fast chronisch depressiv, sie kann Freude kaum erleben. Sie ist misstrauisch, kann das Verhalten anderer kaum einschätzen, sich schwer einfüllen. Es bestehen viele somatoforme Symptome, immer wieder Essanfälle.

Inzwischen wird die Patientin offener, sie empfindet die Therapiestunden zwar als anstrengend, aber längerfristig erleichternd. Sie nimmt zaghaft mehr Kontakte auf, kann sich mehr auf die drei

Kinder des Freundes einlassen. Die Verbesserungen in der Therapie und der Druck, den ich verspüre, dass vielleicht eine weitere Verlängerung der Berentung nicht möglich ist, veranlasst mich, nach Ideen, Visionen und Konzepten zu fragen, die sie bezüglich ihrer beruflichen Zukunft hat, und wie sie es sich vorstellt, ihren Lebensunterhalt zu bestreiten. Dies sind belastende Fragen für sie, da sie die Erfahrungen am Arbeitsplatz als sehr traumatisch erlebte und sich nichts mehr zutraut. Zuletzt kommt noch hinzu, dass sie verstört ist, da der Freund familiäre und finanzielle Schwierigkeiten hat und sie um die gemeinsame Zukunft bangt. Die unbezahlte Mithilfe im Schreinereibetrieb ihres Freundes – sie räumt auf, macht gelegentliche Handlangertätigkeiten – gibt ihr die Möglichkeit, sich im geschützten Rahmen zu entwickeln, Mut zu fassen, wieder etwas zu leisten. Sie hofft, dass ihr Freund sie vielleicht in ferner Zukunft geringfügig beschäftigen kann oder er sie heiratet. Dies droht ihr alles einzustürzen. Als ich in einer Therapiestunde das Thema nochmals anschneide, wird sie ganz verzweifelt, unruhig, schreit wie ein kleines Kind, und ich habe Angst, dass sie psychotisch wird. Sie ruft seither nur mehr an und erklärt, dass ihr die Therapie zurzeit zuviel sei.

Die Stabilität, die die Patientin mühevoll aufgebaut hat, ist zunächst in sich zusammengefallen. Dies hat mich sehr erschüttert. Ich habe mich zu sehr von der gesellschaftlichen Forderung, die Erwerbsfähigkeit möglichst rasch wieder herstellen zu müssen, vereinnahmen lassen. Durch die Angst, ein weiterer Rentenantrag könnte abgelehnt werden, ist mir das Gespür für die aktuellen Möglichkeiten der Patientin abhanden gekommen. Somit habe ich durch mein Verhalten die Selbstbefähigung nicht gefördert, sondern blockiert, da in der Patientin die Ängste, sich unter Umständen wieder für sie unerträglichen Arbeitssituationen aussetzen zu müssen, übermächtig geworden sind und damit eine Retraumatisierung ausgelöst worden ist.

Empowerment zu ermöglichen sollte eigentlich eine Selbstverständlichkeit des ärztlichen Handelns sein, denn nur durch die Grundsätze

des Empowerment wird eine demokratische, selbstbestimmte, gleichberechtigte Therapie ermöglicht, die die Ziele, Wünsche und Werte des Klienten achtet, ihn in die Therapie mit einbezieht, ihn über alle Therapieschritte, deren Wirkungen und Komplikationen aufklärt, seine Ressourcen im Umgang mit der Erkrankung und dem Leben überhaupt stärkt und so optimale Lebensqualität ermöglicht. Im Bereich der Arbeit als niedergelassener Psychiater gibt es verschiedene strukturelle Probleme, die selbstbefähigendes Arbeiten erschweren. Es ist aber in diesem Rahmen genauso wie in anderen Bereichen der Psychiatrie und Psychotherapie möglich, selbstbefähigendes therapeutisches Handeln durchzuführen. Dies ist mehr eine Frage der inneren Haltung und Einstellung sowie der Aufmerksamkeit für Therapeutenverhalten, das Empowerment stärkt oder verhindert. Wesentlich für jedes therapeutische Handeln ist es, durch integriertes Arbeiten, durch Supervision, durch Austausch mit Klienten und Kollegen, die eigenen Möglichkeiten und Grenzen für selbstbefähigendes Verhalten zu erkennen und zu reflektieren. Die geringeren finanziellen Ressourcen des Einzelnen und der Gesellschaft sind nicht nur für die Entwicklung psychischer Erkrankungen, sondern auch für die Möglichkeiten des Empowerment von Bedeutung. In der Hilfe für psychisch kranke Menschen haben sich viele positive Entwicklungen ergeben. Es bestehen Ängste, dass es zu Rückschritten kommt. Inwieweit Selbstbefähigung gefördert wird, ist allerdings nicht nur vom finanziellen Rahmen abhängig, sondern von der Kreativität und dem Wunsch der Menschen, Hilfen nicht überzustülpen, sondern im Respekt füreinander den anderen so zu unterstützen, dass er selbstbefähigt handeln kann.

## **Eine komplizierte Beziehung: Professionelle Unterstützung von Selbsthilfegruppen**

ROSA GEISLINGER

### **Selbsthilfe – was ist das eigentlich?**

Zur Verdeutlichung der Bedeutung von Selbsthilfe möchte ich vorab eine Szene aus der Arbeit des Selbsthilfezentrums in München (SHZ) schildern, meinem Arbeitsplatz von 1990 bis 2001: Beim monatlichen Treffen der Supervisionsgruppe für Kontaktpersonen, Berater und Leiter aus Selbsthilfegruppen eröffnet Peter M., der Leiter einer Selbsthilfegruppe (SHG) für depressive und manisch-depressive Menschen, den Teilnehmern, dass er gedenkt aufzuhören – mit der Selbsthilfegruppe, mit deren Leitung und letztendlich auch mit der Teilnahme an dieser Supervision. Er ist zwischenzeitlich Vater geworden, schreibt gerade seine Diplomarbeit im Fach Sozialpädagogik und ist »voll ausgelastet«, wenn nicht sogar überlastet. Seine Depressionen, sagt er, habe er mittlerweile als Bestandteil seines Lebens akzeptiert; sie seien auch nicht mehr so schlimm. Alle bedauern sehr, dass er geht, verabschieden sich von ihm, freuen sich aber gleichzeitig darüber, dass er die Selbsthilfegruppe und die Supervision nicht mehr braucht. Die Mutter seines Sohnes war zu dem Zeitpunkt, als die beiden zusammenfanden, Mitglied der Selbsthilfegruppe MASH (Münchner Angst-Selbsthilfe). Das Baby der beiden ist das erste »Selbsthilfebaby«.

Sechs Jahre zurück, im Frühsommer 1993: Blass, angespannt und ein wenig ängstlich sitzt mir Peter M. gegenüber. Er ist zu den Öffnungszeiten der Kontakt- und Informationsstelle des SHZ erschienen, hat sich erschöpft auf einen Stuhl sinken lassen und gesagt: »Ich weiß einfach nicht mehr weiter.« Beim anschließenden Gespräch stellt sich heraus, dass er in einem furchtbar langweiligen Beruf gefangen ist (er ist Beamter in einer Verwaltung), dass ihn tagsüber Depressionen quälen, die ihn gerade eben noch seiner Beschäftigung nachgehen lassen, und dass er

nachts wach liegt und grübelt, wie er sein »vollkommen verpfushtes Leben« verändern könnte. Außerdem hat er keine Freunde, geschweige denn eine Freundin – er fühlt sich entsetzlich einsam. Wir »pflücken« seine Probleme ein wenig auseinander; es stellt sich heraus, dass er gerne das Abitur nachmachen und sich einen Beruf im Sozialbereich suchen möchte, dass er sich aber derzeit keine Veränderungen zutraut. Wir besprechen trotzdem, wie er an Informationen kommt, wie und wo man das Abitur nachholen kann und auch, wo man sich Unterstützung dafür holen kann – und dass es sinnvoll sein könnte, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen.

Peter M. gehört zu denjenigen Menschen, die die Form professioneller Unterstützung, die ich als Psychologin im Rahmen der Selbsthilfearbeit anbieten konnte, für sich nutzen konnten, und er hat im Laufe dieser Arbeit eine ungeheure Entwicklung gemacht. Nun ist Peter M. zwar kein Psychiatrie-Erfahrener im klassischen Sinne (er ist niemals stationär behandelt worden und hat fast immer seiner Arbeit nachgehen können), aber seine Geschichte ist ein Beispiel dafür, wie wirksam Selbsthilfe für Menschen in psychischen Krisen sein kann. Nun könnte man einwenden, dass vielleicht auch eine Therapie oder ein anderes Ereignis eine ähnlich positive Veränderung hätte bewirken können, aber Peter M. (der auch eine Psychotherapie hinter sich hatte) meinte selbst, dass die Mitarbeit (und spätere Leitung) in der Selbsthilfegruppe sowie die Anbindung und Unterstützung des Selbsthilfezentrums für ihn entscheidend gewesen seien.

### **Selbsthilfe-spezifische Leistungen**

Die Selbsthilfeunterstützung, d. h. die Unterstützung, die jemand in einer Selbsthilfegruppe erfährt, ist etwas ganz Spezifisches. Es ist eine Form von Unterstützung, die nicht nur das professionelle System mit seinen Hilfen ergänzt, sondern sie hat einen ganz eigenständigen Charakter. Grundsätzlich gilt, nachdem in unserer Gesellschaft psychische Erkrankungen immer noch ein Tabu sind – eine Ausnahme bilden hier die Depressionen –, dass diese in Zeiten schlechter Wirtschaftslage und

hoher Arbeitslosigkeit verschärft zur Stigmatisierung der Betroffenen führen. Die Tatsache, dass sich die Menschen mit einer psychischen Erkrankung nicht allein ihren Problemen ausgesetzt sehen, kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Das Erleben, dass andere Ähnliches durchgemacht haben, hilft die oft außerordentlichen und bedrängenden Erfahrungen wieder zu normalisieren. Neben dem, was die Krankheit (etwa die Psychose) an Kernsymptomen (Plus-Symptomatik wie Halluzinationen oder Paranoia) bereithält, ist das Leben der Psychiatrie-Erfahrenen stark vom Gegensatz Norm versus Abweichung bestimmt. Die Nichtangepasstheit an gesellschaftliche Erwartungen (etwa im Arbeitsprozess und in sonstigen sozialen Bezügen) wird häufig mit dem Begriff der Minus-Symptomatik umschrieben, ist aber auch der Dreh- und Angelpunkt des Ausgrenzungsprozesses. Vor allem im Umgang mit diesen Problemfeldern sind die Erfahrungen anderer Betroffener unendlich wertvoll, um die eigene Position wiederzufinden und das Spektrum der Bewältigungsmöglichkeiten zu erweitern.

Wer nun akzeptieren muss, »psychiatrieerfahren« zu sein, für den ist es (über)lebenswichtig, die richtigen Informationen zu bekommen, falls sich eine krisenhafte Entwicklung abzeichnet. Wie und wo welche Hilfe zu bekommen ist – und ob dies für die jeweilige Person zu diesem Zeitpunkt wirklich eine Hilfe ist –, das ist oft entscheidend für den Verlauf der (Wieder-)Erkrankung. Und niemand weiß besser über die Versorgung Bescheid als all jene, die sie selbst in Anspruch nehmen müssen oder mussten. Diese Informationen sind äußerst wichtig und helfen mit, die Erkrankung zu bewältigen. Und auf diese Weise werden die professionellen Einrichtungen auch kontrolliert, denn die örtliche »Psychiatrie-Szene« tauscht ihre Erfahrungen aus, und das wissen auch die Helferinnen und Helfer. Im Sinne von »Kunden- oder Nutzerorientierung« mag dies die eine oder andere Veränderung des professionellen Angebots nach sich ziehen.

Des Weiteren bietet die Selbsthilfegruppe den Menschen, die ohnehin schon Probleme mit dem sozialen Umgang haben, eine Möglichkeit, sich selbst und ihre Erfahrungen zu reflektieren. Mit-Betroffene sind oft die einzigen Menschen, von denen kritische Anmerkungen angenom-

men werden können, ohne dass es zu größeren Verletzungen des Selbstwerts kommt. In Psychiatrie-Gruppen ist Toleranz eines der obersten Gebote; dies ist besonders wohltuend für diejenigen, die häufig an den Toleranzschwellen der »Normalwelt« scheitern. Hier kann auch meist deutlicher und klarer ausgesprochen werden, was am Gegenüber »nervt« – und so besteht unter Umständen die Möglichkeit, genau diese Eigenschaft in der Gruppe schärfer unter die Lupe zu nehmen und vielleicht Veränderungen anzustreben. Oder sie zu akzeptieren lernen.

All diese Unterstützungsleistungen fallen unter das Stichwort »gegenseitige Hilfe«. Aber diese kann auch noch konkreter ausfallen: Das Hüten von Wohnung, Pflanzen und Haustieren während eines Klinikaufenthalts, Begleiten bei einer notwendigen Einweisung, Besuche im Krankenhaus, eventuell das Erledigen von wichtigen bürokratischen Dingen usw. – es gibt ganz viele konkrete Hilfeleistungen, die innerhalb der Selbsthilfegruppen erbracht werden. Da das Verhältnis zu engeren Verwandten auf Grund der Erkrankung mitunter gestört ist, ist es wichtig, dass dafür eine andere Person des Vertrauens bereitsteht, und diese ist nicht selten ebenfalls »psychiatrieerfahren«.

Vertrauen in andere Menschen kann auch das Selbstvertrauen der Betroffenen selbst wieder stabilisieren. Zum einen fühlt man sich sicherer auf dieser Welt, zum anderen hat die Tatsache, selbst einen Hilfedienst zu leisten und dafür Anerkennung zu bekommen, nahezu therapeutischen Charakter. Und manch ein Schritt in die eigene Selbstständigkeit fällt leichter, wenn ein Netz der Unterstützung und der solidarischen Anteilnahme vorhanden ist. Falls etwas schief geht, kann man sich gegenseitig beraten und überlegen, woran es gelegen haben mag und was jetzt zu tun ist.

Besonders stärkend für das Selbstvertrauen ist es, sich gemeinsam mit anderen für die eigenen Belange einzusetzen. Wie schon erwähnt, fällt Psychiatrie-Erfahrung unter die Dinge, die gesellschaftliche Anerkennung abhandeln kommen lassen. Das Bild der Psychiatrie in der Öffentlichkeit ist stärker vom seelisch kranken Täter der Fernsehkrisis geprägt als von realen Gegebenheiten. Dies ist ein Punkt, gegen den sich die Betroffenen gemeinsam besser wehren können als jemand, der zum

Einzelkämpfertum neigt. In vielen Gremien, bei uns in München beispielsweise in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV), ist es mittlerweile so, dass die Psychiatrie-Erfahrenen nicht mehr wegzudenken sind und dass ihre Einwände und Wünsche (meist) auch Eingang in die Diskussion finden. All diese Potenziale und Coping-Strategien (Art und Weise der Bewältigung) sind bereits von U. SEIBERT (1998a) wesentlich ausführlicher und sehr präzise beschrieben worden.

Entscheidend allerdings ist die Tatsache, dass die Angebote der Selbsthilfegruppen in der Regel nicht in Konkurrenz zu den professionellen Angeboten stehen, sondern diese – mit ihrer eigenen, ganz spezifischen Qualität – sinnvoll ergänzen. Kooperation in diesem Feld kann eine entscheidende Erweiterung der Möglichkeiten bedeuten, jedoch ist darauf zu achten, dass die professionellen Expertinnen und Experten nicht jene »Experten durch Erfahrung« (siehe den Beitrag von J. Utschakowski) dominieren, sondern dass sich die Fachleute hin und wieder auf die Stufe von Lernenden begeben, um ihren Standpunkt ein wenig zu revidieren und die Leistungen der »anderen Seite« als wertvoll anzuerkennen.

Die Philosophie, die das Selbsthilfezentrum in München seiner Arbeit zu Grunde legt, beinhaltet, dass die Menschen, die dorthin kommen, als Nutzer und Kunden gesehen und behandelt werden. Es gab und gibt ein Angebot, das abgerufen werden kann – oder auch nicht. Diese ausgeprägte Kundenorientierung erschließt denjenigen, die von der Psychiatrie zu Patientinnen und Patienten gemacht werden, eine neue Seite ihrer Identität: Wie alle Kunden können sie ein Angebot wahrnehmen oder es ausschlagen. Sie bekommen so einen aktiven Part und sind nicht (mehr) passive »Behandelte«.

### **Beratende und begleitende Unterstützungsformen**

Was ist nun eigentlich zu tun, wenn die professionelle Selbsthilfe versucht, Menschen bei ihrem Empowerment-Prozess zu unterstützen? Wie kann sich jemand wieder der Bedingungen des eigenen Lebens be-

mächtigen, vor dem Hintergrund eines bestehenden körperlichen, psychischen oder sozialen Problems? Die grundsätzliche Überlegung ist: Was kann die betreffende Person unternehmen, um sich nicht mehr so allein gelassen und ausgeliefert zu fühlen, damit sie wieder Macht bekommt über ihr eigenes Leben? Und wie kann sie dabei unterstützt werden?

Der Versuch, Menschen auf dem Wege ihrer »Wiederbemächtigung« ein Stück zu begleiten, bedeutet vor allem, sie mit den richtigen anderen Betroffenen zusammenzubringen, auf dass sie gemeinsam lernen, mit dem jeweiligen Problem oder der Erkrankung umzugehen und sich nicht »unterkriegen« zu lassen. Die meisten Probleme aber, insbesondere all jene, die aus der Psychiatrie-Erfahrung resultieren, verweisen die Betroffenen an den Rand der Gesellschaft, sodass Arbeitsplatz, Wohnung und Freunde verloren werden. Jede Gesellschaft zeigt ihre Schwächen, aber auch ihre Stärken am deutlichsten dort, wo sich ihre Ränder befinden, wo unangepasste Menschen versuchen zu überleben. Wenn diese unangepassten Menschen es schaffen, ihre Lebensbedingungen positiv zu beeinflussen, so schaffen sie damit auch wieder Freiräume der Toleranz und Akzeptanz für andere, nicht der Norm entsprechende Individuen.

An erster Stelle steht bei der Beratung in Selbsthilfeszusammenhängen, wie schon erwähnt, das Anliegen, mit anderen ähnlich oder gleich Betroffenen in Austausch zu treten. Dafür gibt es mittlerweile in fast jeder größeren Stadt eine ganz gute Auswahl an Möglichkeiten. Es gibt aber auch Betroffene, für die der Besuch einer SHG nicht (oder noch nicht) sinnvoll ist – weil sie zum Beispiel immer schon Probleme mit Gruppen hatten, weil sie sich unter mehr als vier Augen nicht auf sich selbst konzentrieren können, weil, weil, weil ... Es gibt viele Gründe und die müssen zuerst einmal akzeptiert werden. Der professionelle ambulante Psychiatriebereich hat viele Angebote und so wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit für jede und jeden eine Gruppe, eine Einrichtung oder ein Projekt finden lassen, wo die jeweiligen Bedürfnisse befriedigt werden können. Gemeinsam herauszufinden, welche Hilfe zum gegenwärtigen Zeitpunkt gebraucht wird (und vor allem, welche nicht), ist

ein weiterer Schwerpunkt jeder Beratung – das SHZ nennt dies »Clearing«, sich einen Überblick über die Möglichkeiten verschaffen. Dieses »Clearing« sollte übrigens auch ein Kernprozess bei den Entlassungsvorbereitungen aus den stationären Einrichtungen sein.

Doch das Clearing im SHZ unterscheidet sich von Beratungen in anderen Einrichtungen: Dort bietet man keine längerfristigen Beratungen an, sondern versteht sich als Wegweiser in kritischen Situationen, wobei das größte Hinweisschild auf die Selbsthilfe deutet. Anliegen und Standpunkte der Betroffenen haben oberste Priorität. Der Clearing-Prozess führt immer wieder zu Gruppengründungen. Falls keine passende Gruppe zur Verfügung steht (nicht das richtige Thema oder aber die passenden Gruppen sind belegt), wird die Gründung einer neuen Gruppe unterstützt. Nach ausführlichen Absprachen, die den Inhalt und die organisatorischen Aspekte beinhalten, werden Interessenten gesucht (etwa über eine Annonce in der eigenen Internetzeitung). Sind genug Kandidatinnen und Kandidaten zusammengekommen, gibt es ein Gründungstreffen, das auf Wunsch begleitet wird (evtl. auch von selbsthilfeefernen Mitgliedern einer anderen SHG). Den potenziellen neuen Mitgliedern werden die Prinzipien der Selbsthilfe und die Unterstützungsformen des SHZ erklärt; außerdem gibt es einen kleinen Katalog von Grundregeln, die von der Gruppe beachtet werden sollten (aber nicht müssen!).

Das Angebot, künftig gewissermaßen im Hintergrund zur Verfügung zu stehen, sollte es irgendwelche Probleme oder Konflikte geben (oder Krisen wie etwa den Suizid eines Mitglieds), erleichtert den meisten Gruppen den Start erheblich und gibt den Initiatorinnen und Initiatoren den Mut und auch die Sicherheit, sich auf ihre Gruppe einzulassen. Es folgt nach der Gründung gewissermaßen eine »stille Begleitung«. Aber auch diese Unterstützung besteht nur als Angebot, sie muss nicht in Anspruch genommen werden.

Es hat sich noch ein weiteres Vorgehen zur Gruppengründung bewährt: die Organisation eines Informationsabends, beispielsweise zum Thema einer bestimmten (psychischen) Erkrankung. Auf solchen Veranstaltungen werden Leistungen des professionellen Systems ebenso wie Leis-

tungen, die selbsthilfespezifisch sind, vorgestellt. Es liegt dann eine Liste aus, in die sich Gruppeninteressierte eintragen können. Kommen genug zusammen, gibt es (meist) eine weitere, kleinere Veranstaltung, die nochmals auf die Unterstützungen, die vorgehalten werden, aufmerksam macht – ab dann ist die SHG selbstständig. Aber auch in diesem Fall ist die stützende Begleitung im Hintergrund nur ein Angebot. Diese Form der Gruppengründung eignet sich auch ganz besonders für alle nicht selbsthilfespezifischen Einrichtungen, die auch die Hintergrundbereitschaft für Krisenfälle vorhalten können.

## Fortbildungen

### Supervision für Gruppenleiter und Berater

Einen hohen Stellenwert in der Angebotspalette des SHZ in München hat die Supervision für die Gruppenleiterinnen und -leiter; sie dient eindeutig der Qualitätssicherung der Arbeit in den Gruppen. Jede Gruppe hat früher oder später eine dominierende Person, die formell oder auch informell stark das Geschehen beeinflusst und die Leitung übernimmt, sich mehr als die anderen nach außen wendet, die aber auch mehr von den anderen angesprochen wird – die Gesetze der Gruppendynamik wirken auch in der Selbsthilfe. In den Supervisionsgruppen des SHZ finden sich überproportional viele Leiterinnen und Leiter aus Gruppen mit psychischen Problemen. Für sie ist es häufig eine große Erleichterung, festzustellen, dass die Leiter etwa einer Krebsgruppe ähnliche Probleme haben wie sie selbst, was ihre Rolle und ihre Funktion innerhalb der Gruppe anbelangt (Konkurrenzdenken, Überlastung durch zu viel Verantwortung, Abgrenzungsschwierigkeiten, Probleme mit »spaltenden« Mitgliedern u.Ä.). Durch den Austausch mit anderen Mitgliedern der Supervisionsgruppe relativiert sich vieles, bekommen die Schwierigkeiten einen »normalen« Anstrich und werden durch die Unterstützung der anderen auch lösbar.

Die Leiter, Berater und Kontaktpersonen in den Gruppen leisten meist eine differenzierte und von hoher Kompetenz geprägte Unterstützungsarbeit für andere Betroffene, eine Arbeit, die professionellen An-

geboten durchaus ebenbürtig ist. Professionelle Helfer holen sich Hilfe in der Supervision und durch dieses spezifische Angebot können auch die »Berufsbetroffenen« aus den Selbsthilfegruppen Unterstützung bekommen. Für eine Kollegin und mich als Supervisorinnen ergibt sich die gleiche Rolle und Funktion, als ob Berufskollegen supervidiert werden würden, denn die Teilnehmer sind »Experten in eigener Sache«.

Die Supervision für diesen Personenkreis wird als zusätzliches Angebot des Selbsthilfezentrums von den Zusammenschlüssen der Münchner Krankenkassen finanziert. Es gibt zwei Supervisionsgruppen für je sechs Personen aus Gesundheitsgruppen, die sich monatlich bzw. zweimonatlich treffen und von meiner SHZ-Kollegin und mir gemeinsam geleitet werden. Die Supervision folgt einer relativ straffen Struktur: Jemand berichtet zu Beginn zehn Minuten, welches Problem gegenwärtig akut ist, und formuliert am Ende zwei – möglichst deutliche – Fragen an die Runde, was reflektiert oder geklärt werden soll. Nach der Möglichkeit, Nachfragen an die vorstellende Person zu richten, wird der- oder diejenige zu dreißigminütigem Schweigen »verurteilt« – die restlichen sieben Teilnehmenden reflektieren das Problem, wobei auch freie oder ganz persönliche Assoziationen erlaubt sind. Bei einer abschließenden Auflösungsrunde versucht die Person, die das Problem eingebracht hat, eine kleine Bewertung im Sinne von »Was kann ich verwenden, was hat Sinn für mich?« usw. vorzunehmen. Dieses Supervisionsangebot wird immer wieder als sehr hilfreich eingeschätzt.

### Seminare

Zu Zeiten, in denen die personellen Ressourcen des SHZ noch nicht so knapp bemessen waren wie gegenwärtig, konnte viel Wert auf spezifische Fortbildungen für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung gelegt werden. Das »Dialog-Seminar« (SEIBERT 1998b), welches im Jahr 2002 zum sechsten und letzten Mal stattfand, war aus der Erkenntnis entstanden, dass zwar überall im sozialpsychiatrischen Bereich bereits vom »Dialog« gesprochen wurde, wir aber festgestellt hatten, dass der Dialog zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und ihren engen Vertrauten (Verwandte, Ehe- oder Lebenspartner, aber auch Freunde) oft noch außer-

ordentlich gestört war. Themen wie »Verhalten in Krisen«, »Hält unsere Beziehung deine Erkrankung aus?« oder »Psychische Erkrankung und Einsamkeit«, zuletzt auch »Chronische Suizidalität«, wurden gemeinsam bearbeitet. Das Methodeninstrumentarium bestand aus gemeinsamen und getrennten Arbeitsgruppen und Plenen sowie dem Versuch, erarbeitete Inhalte aufzubereiten und festzuhalten. Wir bezogen auch theater- und tanztherapeutische Elemente mit ein. Wir trafen uns jährlich für eineinhalb Tage, machten bei der Veranstaltung lange Pausen zum gegenseitigen Kennenlernen und sorgten für das leibliche Wohl. Dieses Seminar erfreute sich großen Zuspruchs, und es wurde immer wieder gewünscht, es mehrmals im Jahr stattfinden zu lassen. Dies scheiterte aber an mangelnden Ressourcen.

Entscheidend war die Art und Weise, wie das Seminar zustande kam und wie die Inhalte und Themen erarbeitet wurden. Das Seminar stand in der Tradition der Psychoseseminare (Bock u. a. 1997; Bock u. a. 2000). Veranstaltet wurde es von den Münchner Psychiatrie-Erfahrenen (MüPE) und dem Selbsthilfezentrum gemeinsam. Für die Inhalte nahmen wir (eine Arbeitsgruppe aus Betroffenen und Helfern) uns Zeit: Wir führten eine Reihe von Gesprächen, in denen wir sukzessive »unser« Thema fanden, dem immer die Maßstäbe der Psychiatrie-Erfahrenen zu Grunde gelegt waren. Zuerst fragten wir: Womit haben die Betroffenen vor allem Schwierigkeiten: mit Beziehungen, mit Einsamkeit, mit den sozialen Auswirkungen der Krankheit, mit immer wieder auftretenden Krisen und Erkrankungen, mit Zwangseinweisungen usw.? So kristallisierten sich die Inhalte heraus, die wir dann gemeinsam (wobei das Augenmerk auf dem Dialog lag) in eine Form gossen, die die Bearbeitung in einem Wochenendseminar möglich machte. Auch die Moderation wurde von Betroffenen und professionell Tätigen abwechselnd übernommen.

## Probleme und Schwierigkeiten in der Beratungsarbeit

Die Selbsthilfearbeit führt immer wieder zu positiven Ergebnissen, die diesen Arbeitsansatz bestätigen, vor allem wenn sie sich so klar darstellen wie im eingangs beschriebenen Beispiel von Peter M. Dennoch sollte nicht verheimlicht werden, dass auch Schwierigkeiten und Kommunikationsprobleme auftauchen. Besonders dann, wenn jemand in der akuten Phase einer Psychose Kontakt aufnimmt und Dinge erwartet oder zu erwarten scheint, die einfach nicht umsetzbar sind. Es geht hier nicht um die Inhalte der Psychosen, die in vielen Fällen nachvollziehbar sind, sondern um die Erwartungen, jemand möge helfen, die Welt wieder vom Kopf auf die Füße zu stellen. Es gibt im SHZ keinen sonst üblichen Beratungskontrakt, entsprechend diffus können die Erwartungen ausfallen. Entscheidend ist dabei aber herauszufinden, was gewünscht oder gebraucht wird (und was nicht) und wo man es evtl. bekommen kann.

Ein anderes Problem ergibt sich auf der Beziehungsebene: Viele Psychiatrie-Erfahrene haben im Laufe ihrer »Karriere« gelernt, dass die professionell Helfenden häufig vorgeben, viel besser zu wissen, was den Betroffenen gut tut, dass sie eher selten deren Wünsche wirklich ernst nehmen. Hier kommt sicher der häufig missbrauchte Begriff der »Compliance« ins Spiel, der Krankheitseinsicht (die früher oder später fast alle haben) und »Kooperationsbereitschaft mit den Behandelnden« meint. Die einzige Antwort auf Probleme mit der Compliance ist: »Verhandeln statt behandeln« – das Motto der Psychiatriebewegung. Da ich heute Mitarbeiterin in der stationären Psychiatrie bin, werde ich häufig Zeugin langwieriger Verhandlungen, die zum Beispiel Medikamente betreffen. Die Wünsche unserer Patientinnen und Patienten werden oft nicht in angemessener Weise berücksichtigt. Hinzu kommen all die Dinge, die unseren institutionellen Regeln zuzuschreiben sind: Wer wann und warum wohin verlegt wird, wann wer welchen Therapeuten oder welche Bezugsperson bekommt und Ähnliches mehr. Es ist mitunter schwierig, die Wünsche unserer Patientinnen und Patienten zu er-

füllen, obwohl es – zumindest auf den beiden Stationen, auf denen ich arbeite – sicherlich versucht wird. Behandlungsvereinbarung und Krisenpass (DIETZ u. a. 1998) könnten hier ein wenig Abhilfe schaffen, obwohl sie sich in unserer Klinik nicht in dem Maße durchgesetzt haben, wie es wünschenswert wäre – auf die Gründe werde ich weiter unten eingehen.

### Der ökonomische Nutzen

Ein nicht zu vernachlässigender Aspekt der Selbsthilfegruppen sind die Auswirkungen im ökonomischen Bereich. Dies wird im Zusammenhang mit psychosozialen Problemlagen selten thematisiert. Hierzu hat bereits vor über zehn Jahren eine Gruppe aus Praktikern und Forschern eine Untersuchung vorgelegt (ENGELHARDT u. a. 1995), und zwar am Beispiel der Gruppe »Münchner Angst-Selbsthilfe« (MASH). Mit Hilfe einer Modellrechnung konnte nachgewiesen werden, dass einem Zuschuss von 100 DM für eine solche Initiative 1.500 DM Einsparungen der öffentlichen Hand gegenüberstanden. Im vorliegenden Fall ist es so, dass der Zuschuss von der Kommune geleistet wird, die Einsparungen sich aber vor allem auf die Krankenkassen und die Arbeitgeber auswirken.

Die Einsparungen haben folgende Hintergründe:

- ★ Angststörungen werden häufig etwa als Herz- und Kreislaufprobleme behandelt. Durch frühzeitige Aufklärung über das Krankheitsbild innerhalb der Selbsthilfe erfolgt eher eine richtige Diagnose. Dies bewirkt, dass auch schneller eine angemessene Therapie gefunden werden kann und nicht so viele verschiedene Ärzte aufgesucht werden müssen.
- ★ Die Behandlungskosten verringern sich durch die Unterstützung der Gruppe im Falle von Krisen. Die Nutzung notärztlicher Dienste vermindert sich, wenn Betroffene in eine Selbsthilfegruppe eingebunden sind.
- ★ In Folge adäquater Krisenintervention, die zum Teil innerhalb der Gruppe geleistet wird, vermindert sich die Zahl der Klinikaufenthalte.

- ★ Durch die Information in der Gruppe werden Medikamente seltener bzw. sinnvoller eingesetzt. Hier werden Nebenwirkungen reduziert und vor allem wird die Suchtgefahr, die mit einem Teil der verabreichten Medikamente einhergeht (Tranquilizer), eher thematisiert.
- ★ Dies gilt ebenso für die Gefahr der Alkoholabhängigkeit, die bei Angstpatienten recht hoch ist (bei MASH ca. 36 Prozent der Betroffenen).
- ★ Betroffene, die mit ihrer Krankheit besser umgehen können, behalten eher ihren Arbeitsplatz bzw. finden schneller in den Arbeitsmarkt zurück.

Nun lassen sich diese Ergebnisse, die im Zusammenhang mit dem Symptombild ziemlich deutlich nachzuweisen sind, nicht in vollem Maße auf alle psychiatrischen Erkrankungen übertragen, obwohl es viele Berührungspunkte gibt. Vor allem der Suchtcharakter der verabreichten Medikamente steht im psychiatrischen Bereich kaum zur Diskussion; es gibt mittlerweile gute Alternativen, Medikamente, die eben nicht abhängig machen. Aber das Problem der Alkoholabhängigkeit stellt sich im Feld der Psychiatrie ebenso häufig (Stichworte: Doppeldiagnosen oder Komorbidität). Aus den Erfahrungen mit Gruppen für psychiatrieerfahrene Menschen kann man aber einen Effekt ziemlich sicher voraussagen: Für diejenigen, die durch die Anbindung an eine Selbsthilfegruppe stabilere soziale Beziehungen aufweisen, verkürzen sich die Aufenthalte in Kliniken.

Auch andere Teilaspekte ökonomischer Auswirkungen lassen sich innerhalb des psychiatrischen Bereichs beobachten. Wir können mit Sicherheit davon ausgehen, dass hier die Unterstützung von Selbsthilfe und Selbstorganisation positive Effekte in Form von Einsparungen bei den Kosten der Krankheit zeigt.

### Projekt »Selbsthilfe im Bezirkskrankenhaus Haar«

Mit dem expliziten Auftrag, in einem Sektor des Großkrankenhauses Selbsthilfe zu implementieren, ergab sich die interessante Möglichkeit



auszuprobieren, wie Selbsthilfe innerhalb einer psychiatrischen Klinik einsetzbar sein könnte. Nach rund drei bis vier Monaten der Einarbeitung und des Kennenlernens stationärer Arbeitsbedingungen kristallisierten sich vier Bausteine eines Konzepts der Implementierung heraus:

- ★ eine wöchentliche Selbsthilfesprechstunde, bei der sich gegenwärtig stationäre Patientinnen und Patienten über die Selbsthilfe informieren können;
- ★ ein monatlicher Selbsthilfe-Treffpunkt, zentral in der Bibliothek stattfindend und über alle internen Kanäle angekündigt, bei dem sich existierende Gruppen aus München und dem Umland vorstellen können;
- ★ die Einführung von Krisenpass und Behandlungsvereinbarung als feste Standards bei Entlassungen;
- ★ ein jährlicher Selbsthilfetag in der Klinik.

Nun, nach mehr als drei Jahren, hat sich gezeigt, was in einer großen Klinik durchführbar ist und nachhaltig eingesetzt werden kann: Die wöchentliche Selbsthilfesprechstunde, auf allen Stationen bekannt gemacht, zeigte leider sehr wenig Wirkung – es erschienen kaum Patienten –, folglich wurde sie wieder eingestellt. Bei Nachfragen wurde deutlich, dass sich viele Patienten nicht so richtig etwas unter Selbsthilfe vorstellen konnten, ebenso viele Mitarbeiter, sodass sie auch den Termin nicht weitergaben. Auch das Engagement aller Mitarbeiter für interne Öffentlichkeitsarbeit konnte hieran nicht viel ändern. Unter Umständen wäre dies inzwischen ein wenig anders, nachdem nämlich die anderen Bausteine des Projekts ihre Wirkung gezeigt haben – nun aber fällt dieser Termin der allgemeinen Zeitknappheit zum Opfer.

Krisenpass und Behandlungsvereinbarung (DIETZ u. a. 1998), bekannte Instrumente der psychiatrischen Selbsthilfe, als feste Bestandteile des Entlassungsstandards waren in der Einführung sehr aufwändig, wurden und werden aber äußerst selten abgerufen. Am ehesten werden sie angefragt, wenn jemand entlassen wird, der vor dem Aufenthalt schon eine Selbsthilfegruppe besucht hat und von diesen Instrumenten weiß. Die Ärzte und psychologischen Kollegen, mit Entlassungsformalitäten ohnehin schon recht überlastet, vergessen fast immer, Krisenpass und Be-

handlungsvereinbarung anzubieten. Hinzu kommt, dass die Zusage, bei einem evtl. erneuten Aufenthalt vor allem durch denselben Arzt behandelt zu werden, häufig nicht einzuhalten ist, denn viele Ärzte befinden sich noch in Ausbildung und wechseln dementsprechend immer wieder die Stationen. Durch die Belegungssituation kann zudem nicht immer die Aufnahme auf der gewünschten Station garantiert werden.

Relativ gut etablieren ließ sich hingegen der monatliche Selbsthilfe-Treffpunkt. Die Information innerhalb der Klinik funktioniert ganz gut und der Termin ist auch unserem Informationssystem Intranet zu entnehmen, sodass das Personal die Patienten entsprechend informieren kann. Es ist nicht gerade von einem Ansturm zu berichten, aber sechs bis zehn Interessierte erscheinen allemal, davon auch immer wieder Kollegen und Kolleginnen unterschiedlichster Berufsgruppen – mit diesem Ergebnis kann man schon zufrieden sein. Bei den Terminen ergeben sich immer wieder spannende Diskussionen. Interessant zu beobachten ist, dass, sobald eine Person auf ihrer Station beginnt, sich für das Thema Selbsthilfe zu interessieren, sich anschließend vermehrt Nachfrage einstellt. In den Pausen zwischen den Therapien wird viel Information weitergegeben, vor allem wenn es sich in der Mehrzahl um Patientinnen handelt – viele unserer männlichen Patienten können sich immer noch nicht vorstellen, dass Reden hilft. Dieser Effekt der Informationsweitergabe ist sicherlich auch der Tatsache zuzuschreiben, dass ich in zwei eher kleinen und überschaubaren Tageskliniken arbeite, wo sich die Patientinnen und Patienten nach relativ kurzer Zeit gut untereinander kennen.

Der Selbsthilfetag in der Klinik mit Referaten, Podiumsdiskussionen und Workshops wurde immerhin von 150 bis 200 Personen besucht. Auch die örtliche Presse interessierte sich deutlich für das Geschehen und berichtete ausführlich. Es erschienen erfreulich viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik, aber auch aus ambulanten Einrichtungen. Die Selbsthilfegruppen selbst konnten sich an Infoständen präsentieren; es entstanden interessante Gespräche zwischen Betroffenen und professionell Tätigen, zwischen »drinnen« und »draußen«.

Diese neue Möglichkeit, Selbsthilfe gewissermaßen »aus der Psychiatrie

heraus« zu unterstützen, lässt in meinen Augen unser Thema der komplizierten Beziehung von Psychiatrie und Selbsthilfe bzw. die professionelle Unterstützung des Empowerments in einem etwas anderen Licht erscheinen. Der »Seitenwechsel« meinerseits hatte zur Folge, dass sich der Gegensatz zwischen Selbsthilfe und stationärer Einrichtung– zumindest für mich selbst und auch für einen Teil der in der Selbsthilfe engagierten Betroffenen, mit denen ich in regelmäßigem Kontakt stehe – nicht mehr so scharf abzeichnet, vielleicht haben sich im Laufe der Jahre einige Kanten auch ein wenig abgeschliffen. Es ist gegenwärtig nicht absehbar, wie sich das Projekt künftig entwickeln wird. Es stehen diverse interne Umstrukturierungen an und damit ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt fraglich, ob und wie das Projekt »Selbsthilfe in der Psychiatrie« seinen zukünftigen Platz finden wird. Interessant ist die Reaktion der Kolleginnen und Kollegen der verschiedenen Berufsgruppen: Ein kleiner Teil findet das Projekt sehr gut, interessiert und engagiert sich auch, ein größerer Teil allerdings steht der Selbsthilfe eher gleichgültig gegenüber. Die Klinikleitung selbst und die Chefarztebene zeigen sich wohlwollend neutral, geben aber jede angefragte Unterstützung. Ich denke, dass ein Teil der Probleme in der Größe des Bezirkskrankenhauses Haar begründet liegt, an einer kleineren Klinik kann ich mir die Umsetzung leichter vorstellen.

### **Zusammenarbeit als Zukunftsoption – Schlussbemerkung**

Leider wird in der Münchner Selbsthilfeszene von Psychiatrie-Betroffenen immer wieder von unschönen Dingen berichtet, die sie bei ihren stationären Aufenthalten erlebt haben. Mitunter wird diese Erfahrung pauschalisiert, es findet eine Verallgemeinerung von einer Station, meist der Aufnahmestation, auf die ganze Klinik und alle Stationen statt. Doch sind die Aufnahmestationen, die weiterführenden oder therapeutischen Stationen sowie die Tageskliniken zu unterscheiden, zu verschieden sind ihre Strukturen und Aufgaben. Die Aufnahmestationen sind nach wie vor von hohem Stress und verbaler Gewalt, mitunter

auch von körperlicher Gewalt geprägt, auch zeichnen sie sich in unserem Krankenhaus durch eine besonders unfreundliche Architektur aus. In den Tageskliniken, sozusagen am Ende der stationären Versorgung, hat sich einiges wieder relativiert, werden aus mitunter nicht ansprechbaren und zwangsaufgenommenen Menschen ganz sensible und kompetente Gesprächspartner. Sicher ist allerdings – und hier muss die Kritik, die man mitunter zu hören bekommt, sehr ernst genommen werden –, dass viele Aufnahmesituationen geradezu traumatisierend auf die Betroffenen wirken (und meist übrigens auch auf die Mitarbeiter). Im Rahmen des Qualitätsmanagements wird seit geraumer Zeit versucht, hier gegenzusteuern.

Wir versuchen aus diesem Grund in den regelmäßig angebotenen tagesklinischen Gesprächsgruppen die jeweilige Aufnahmesituation und die Zeit davor zu thematisieren und wenn möglich gemeinsam zu bearbeiten. Menschen, die freiwillig in die Klinik gekommen sind, weil sie sie als letzte Zufluchtsstätte erleben, setzen sich mit Menschen auseinander, die von der Polizei gebracht wurden. Vieles kann dadurch deutlicher werden. Das Prinzip der Selbsthilfe, nämlich Verständnis und gegenseitige Unterstützung, wirkt auch in diesem Rahmen. Wir Mitarbeiter steuern eher Hintergrundinformationen zum Thema bei, als dass wir versuchen, die Position der aufnehmenden Kollegen zu verteidigen.

Gelungen ist diese Intervention dann, wenn zum Beispiel jemand mit sehr ausgeprägten psychotischen Symptomen bei der Aufnahme später bei der Entlassung berichtet, hier doch einiges gelernt, vor allem nicht mehr so viel Angst vor dem stationären Aufenthalt zu haben. Und dass sich die Person fortan bemühen wird, auf Frühwarnzeichen zu achten und das nächste Mal, wenn nötig, zu einem früheren Zeitpunkt zu kommen und nicht mehr zu warten, bis die Polizei eingreifen muss und/oder ein Unterbringungsbeschluss notwendig wird.

Wem dies alles jetzt zu nett klingt, zu sehr nach einem weiteren Versuch, unter dem Stichwort »Compliance« den Psychiatrie-Betroffenen zu verheimlichen, dass sie *behandelt* werden und nicht mit ihnen *verhandelt* wird, der möge bedenken, dass wir künftig noch sorgfältiger mit

den psychiatrischen Ressourcen umgehen müssen. Aufklärung in jeder Hinsicht, das gemeinsame Gespräch über Vorfälle, Hintergründe und Perspektiven zwischen Betroffenen und Helfern ist ungeheuer wichtig, heute mehr denn je. Denn die Personaldecken werden dünner, die Behandlungszeiten unter dem gewaltigen Kostendruck immer kürzer – und dies gerät oft nicht zum Vorteil für Patienten und Patientinnen – und so gibt es nur eine Chance, die psychiatrische Versorgung zu verbessern oder wenigstens auf dem derzeitigen Standard zu halten (auch im komplementären Bereich). Und diese Chance heißt: Zusammenarbeit – im vorliegenden Kontext Zusammenarbeit zwischen den Betroffenen, der psychiatrischen Selbsthilfe und den professionellen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im psychiatrischen System.

## »Experten durch Erfahrung«

Neue Wege der Beteiligung  
von Psychiatrie-Erfahrenen

JÖRG UTSCHAKOWSKI

### Antiprofessionelle Professionalität

Menschen, die in ihrem Leben mit besonderen Herausforderungen konfrontiert waren und diese »durchlebt« und bewältigt haben, können anderen Menschen in ähnlichen Situationen hilfreiche Unterstützung, Ermutigung, Hoffnung und Beratung bieten. Während eine solche Ansicht in Bereichen wie der Sucht- oder Aidshilfe mittlerweile sehr verbreitet ist, sind Versuche, diesen Ansatz in der psychiatrischen Versorgung umzusetzen, bisher häufig an Vorurteilen und Diskriminierungen gescheitert. Traditionell sind die Betroffenen Objekt von psychiatrischer Behandlung und Forschung. Die Einschätzungen und Forderungen von Psychiatrie-Erfahrenen selbst werden eher als irrational, krank und unnormal übergangen.

Allerdings gibt es inzwischen erste ermutigende Beispiele für die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen, und zwar sogar in Bereichen, die bisher nur Personen mit einer traditionellen professionellen Ausbildung vorbehalten waren. Dazu gehören Kontakt- und Beratungsstellen, begleitende Hilfen, Forschungsgruppen und Ausbildungsprogramme.

In der Regel sind für diese Angebote folgende Elemente kennzeichnend:

- ★ Es sind Menschen beteiligt, die selbst psychiatrische Dienste genutzt haben;
- ★ im Vordergrund dieser Modelle steht statt einer professionellen Ausbildung der gemeinsame Erfahrungshintergrund von Hilfesuchenden und Unterstützern (peer support);
- ★ sie bevorzugen den direkten Kontakt von Angesicht zu Angesicht als beste Form der Unterstützung;
- ★ sie bemühen sich um eine Minimierung von Hierarchie;

- ★ sie orientieren sich am Recovery-Ansatz und
- ★ sie verfolgen Empowerment-Strategien (CHAMBERLIN 2004).

Neben dem politischen Anliegen, sich von der diskriminierenden Wahrnehmung als defizitäre, abweichende Randgruppe zu emanzipieren und gesellschaftlich wahrgenommen zu werden, lautet die immer stärker werdende Forderung, Psychiatrie-Erfahrene als Experten anzuerkennen, auch dadurch motiviert, dass die Betroffenen mit den bestehenden Versorgungsangeboten unzufrieden sind. In der Regel entstehen die von Psychiatrie-Erfahrenen initiierten Projekte aus einer Kritik an bestehenden Angeboten.

Untersuchungen bezüglich der Sicht von Betroffenen über wichtige Einflussfaktoren auf die Genesung zeigen, dass viele Personen unzufrieden mit den professionellen Behandlungsangeboten sind und diese nicht nur als unangemessen, sondern oft sogar als hinderlich empfinden (TOOTH u. a. 1997). Es scheint daher an der Zeit, anzuerkennen, »dass Nutzer psychiatrischer Dienste mehr als jeder andere darüber wissen, was in der Planung, Entwicklung und Organisation von Versorgung notwendig ist« (LOYD/KING 2003).

Der Kontakt mit »psychiatrieerfahrenen Experten« bietet die Möglichkeit, Hilfen einzurichten, die für die Betroffenen die Entdeckung neuer Weltbilder, Kontexte und Erklärungen fördern, und zwar als Gegenmodell zu den oft hoffnungslosen, demoralisierenden Erfahrungen mit traditionellen psychiatrischen Angeboten. Wie also könnten Psychiatrie-Erfahrene vor dem Hintergrund ihrer eigenen gelebten Erfahrung professionelle Unterstützung bieten?

Der Begriff der Professionalität ist in diesem Kontext nicht ganz unproblematisch. Psychiatrie-Erfahrene werden gerade auf Grund der unzureichenden Methoden, Haltungen und Ansätze von Professionellen aktiv. Die nutzerorientierten Ansätze verstehen sich daher auch eher als anti-professionell (HARDIMAN u. a. 2005). Trotzdem sollen hier weniger Modelle der ehrenamtlichen Nutzerbeteiligung in der Psychiatrie im Vordergrund stehen als vielmehr Ansätze, in denen Psychiatrie-Erfahrene auf Basis ihrer gelebten Erfahrung als Experten in der Bildung, Forschung oder Praxis der psychiatrischen Versorgung aktiv werden. In

diesem Zusammenhang werden verschiedene Ebenen der Beteiligung und die dazu notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse betrachtet und differenziert.

### **Wer und was sind Experten durch Erfahrung?**

Die Geschichte der Psychiatrie ist eine Geschichte der Außensicht auf das Phänomen der Ver-rücktheit. In der gesellschaftlichen Wahrnehmung bleiben oft insbesondere jene Wissensbereiche unberücksichtigt, die sich aus den lebensweltlichen Erfahrungen jenes Teils einer Gemeinschaft herleiten, der über geringe gesellschaftliche Macht verfügt (BÖHME 1980). Die Verwissenschaftlichung der Ver-rücktheit führt daher nicht notwendigerweise zu einer Präzisierung von Erkenntnis, sondern fördert den Prozess des Ausschlusses (FOUCAULT 1977).

Die vielfältigen Veröffentlichungen von Psychiatrie-Erfahrenen zeigen ein fundamental anderes Verständnis von ätiologischen und epidemiologischen Ansätzen als die herkömmliche Psychiatrie. Traditionelle Erklärungsmodelle von psychischen Störungen werden als unflexibel, stigmatisierend, entrechtend und defizitär kritisiert.

Die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen zielt entsprechend darauf, das bisher unberücksichtigte und durch Erfahrung gewonnene Wissen in Forschung, Lehre und Praxis zu nutzen. Dabei stellt sich auch die Frage, von welchen Erfahrungen wir sprechen.

Psychiatrie-Erfahrung bedeutet zunächst die Erfahrung von Anderssein, Krankheit, Behinderung oder psychischem Leid sowie deren Auswirkungen auf Körper, Seele und Identität. Oft gehört dazu auch die Erfahrung, in einer Welt zu leben, in der der jeweilige Lebensentwurf nicht unbedingt der Norm entspricht und ausgegrenzt wird. Psychiatrie-Erfahrung bedeutet für viele auch, Krisen zu erleben, in denen sie psychiatrische Dienste nutzen (müssen) und abhängig von Professionellen sind.

Wesentlich für den Umgang mit all diesen Erfahrungen sind die jeweiligen Bewältigungsformen (Coping-Strategien) und die individuellen und sozialen Ressourcen, die bestimmend dafür sind, wie autonom und

selbstbestimmt die Betroffenen ihr Leben führen und wie aktiv sie sich an dem gesellschaftlichen Leben beteiligen.

Was aber bedeutet nun »Expertentum durch Erfahrung«? H. van HAAS-TER und Y. KOSTER (2005) definieren es folgendermaßen: »Ein Experte durch Erfahrung in der Gesundheitsversorgung ist jemand, der aktive Erfahrung mit Krankheit, Behinderung und/oder psychischen Problemen hat und der spezifische Fähigkeiten erworben hat, damit zu leben und im sozio-kulturellen oder institutionellen Kontext, in dem die Krankheit, die Behinderung und/oder die psychischen Probleme bedeutsam werden, damit umzugehen. Um ein Experte durch Erfahrung zu werden, ist es erforderlich, dass jemand seine eigenen Erfahrungen reflektiert und sie mit anderen, die die gleiche oder ähnliche Erfahrungen gemacht haben, teilt. Es ist erforderlich, dass die Experten ihre Erfahrungen mit einer Vielzahl anderer Erfahrungen anderer Personen in unterschiedlichen Situationen vergleichen.«

In der gemeinsamen Broschüre *Betrifft: Professionalität* von »Wildwasser«, dem Weglaufhaus »Villa Stöckle« und »Tauwetter« werden auf der Basis langjähriger Erfahrungen Kriterien für Mitarbeiter »betroffenenkontrollierter« Projekte beschrieben.

»MitarbeiterInnen in betroffenenkontrollierten Projekten zeichnen sich besonders aus durch:

- ★ die Entscheidung, ihre eigenen (Gewalt-)Erfahrungen und die Beschäftigung damit aktiv als Ressource zu nutzen,
- ★ die Fähigkeit, die eigenen Erfahrungen und den Umgang damit zu reflektieren,
- ★ die Kompetenz und Bereitschaft zur Kommunikation über das eigene Erleben und den Reflexionsprozess,
- ★ die Entscheidung, die eigenen Erfahrungen für andere sichtbar zu machen und kritisch nach außen zu vertreten,
- ★ die Offenheit, sich in ihren Vorstellungen und Werten irritieren zu lassen – die Fähigkeit, verschiedene Perspektiven einzunehmen,
- ★ den bewussten Einsatz der eigenen Erfahrungen, um zum Beispiel Hemmschwellen zu verringern oder Fremdzuschreibungen in Frage zu stellen,

- ★ die Grundhaltung, sich als Lernende stetig weiter zu entwickeln,
- ★ den konstruktiven Umgang mit Stigmatisierungen durch die Öffentlichkeit, der diese in ihren Funktionen aufdeckt,
- ★ die kritische Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen« ([http://www.wildwasser-berlin.de/seiten/wiwa\\_professionalitaet.pdf](http://www.wildwasser-berlin.de/seiten/wiwa_professionalitaet.pdf)).

## Experten in Aktion

### Mitarbeit in psychiatrischen Diensten

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in psychiatrischen Diensten mit eigener Psychiatrie-Erfahrung gibt es häufiger als oft angenommen. Jedoch werden eigene Krisenerfahrungen in der Regel verheimlicht. Der Einbeziehung dieser Experten in psychiatrische Dienste wird immer noch mit Skepsis begegnet, einerseits weil eine begrenzte Belastbarkeit und Rollendiffusion befürchtet wird, andererseits weil ihre Beteiligung eine Herausforderung für die professionelle Identität von psychiatrisch Tätigen und eine existenzielle Erweiterung traditioneller Grenzen darstellt.

Wenn auch langsam, so entwickeln sich aber doch – europäisch betrachtet – mehr und mehr Angebote, in denen Psychiatrie-Erfahrene beteiligt werden, in paritätischer Besetzung mit Professionellen arbeiten oder gar vollständig das Personal psychiatrischer Dienste stellen. Ein Beispiel dafür ist CHANGE (Choice and Alternatives for Growth and Experience – Wahlmöglichkeiten und Alternativen für Wachstum und Erfahrung) im englischen Birmingham, 1997 von Psychiatrie-Erfahrenen und Professionellen gegründet. Über sieben Jahre lang betrieb CHANGE ein Krisenzentrum, in dem ausschließlich Psychiatrie-Erfahrene beschäftigt waren. Im Jahr 2004 hat das Krisenzentrum auf Grund von wirtschaftlichen Schwierigkeiten zunächst seine Arbeit eingestellt – es soll wieder eröffnet werden.

Grundlage der Arbeit dort ist die Überzeugung, dass Mitarbeiter, die ihren eigenen Bewältigungsprozess reflektiert haben, einen besseren Zugang zu Menschen in psychischen Krisen entwickeln können. Aus der eigenen Krisenerfahrung wurden folgende Grundannahmen abgeleitet:

- ★ Jeder Mensch hat das Potenzial zur Genesung.
- ★ Jede Person kann Verantwortung übernehmen und an allen Entscheidungen, die sie betrifft, beteiligt sein.
- ★ Jeder Mensch weiß, was hilfreich für ihn ist.

Daraus hat sich ein Arbeitsansatz entwickelt, in dem die Mitarbeiter nicht die Rolle des Experten für den Krisenprozess der Nutzer haben, sondern die eines Genesungsbegleiters (»recovery-guide«), dessen wichtigste Aufgabe darin besteht, »dabei« zu sein (being-with). Wiedererstarken und Genesung wird dann möglich, wenn die Betroffenen darin unterstützt werden, Protagonisten des eigenen Genesungsprozesses zu sein. Hierbei liegt der Wert der eigenen Erfahrung der Mitarbeiter nicht darin, die richtige Lösung zu wissen, sondern darin, eine fördernde Atmosphäre zu schaffen. Die Aufgabe der Recovery-Guides ist es, eine Vielfalt von Möglichkeiten anzubieten, die unterstützend wirken.

»Wir wollen den Gästen kein bestimmtes Bild von Änderung oder Genesung aufdrücken, viel eher wollen wir jeden als Individuum wertschätzen. Wir wollen Menschen dabei helfen, Antworten auf die Bedürfnisse zu finden, die sie haben, sodass sie sich selbst dazu befähigen, die Schlüsselfigur bei ihrer eigenen Genesung zu sein. (...) Wir alle gehen in unserem Leben durch Krisen, und wenn unsere Kräfte erschöpft sind, wenden wir uns an unsere engsten Freunde. Bei CHANGE versuchen wir diese Freunde zu sein.« (Zitat aus der Selbstdarstellung)

Zuletzt wurden elf Plätze im Krisenzentrum alternativ zum Krankenhaus vorgehalten. Für die Aufnahme im Zentrum galten folgende Kriterien:

- ★ das Vorliegen einer akuten psychischen Krise;
- ★ der Wunsch, bei CHANGE aufgenommen zu werden;
- ★ die Bereitschaft, Respekt vor der Gemeinschaft zu zeigen;
- ★ die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen.

Trotz dieser Kriterien kann das Krisenzentrum nicht als Nischenprojekt bezeichnet werden. Die stationären Behandlungsplätze in Birmingham sind mit 0,186 Plätzen für 1.000 Einwohner zwar sehr rar, gemeinsam mit einem Behandlungszentrum war das CHANGE-Krisenzentrum aber wesentlicher Bestandteil der Regelversorgung in der Region.

Beispiele für paritätisch besetzte Teams finden wir in Deutschland zum Beispiel bei der »Offenen Herberge e.V.« in Oberesslingen. Der Verein wird mehrheitlich von Psychiatrie-Erfahrenen getragen und auch nach außen vertreten. Die Angebote umfassen »die ›Villa Zuflucht‹, eine Art Weglaufhaus, die therapeutische Wohngemeinschaft, (...) eine Kriseninterventionseinheit nach dem Vorbild der ›Soteria‹ und das Clubhaus, eine Art Tagesstätte mit Kontaktstellenfunktion« (MAUTHE 2004). Im Bereich des ambulanten Betreuten Wohnens mit dreizehn Plätzen arbeiten Psychiatrie-Erfahrene mit psychotherapeutisch ausgebildetem Personal zusammen. Ziel ist es, psychisch leidende Menschen zu unterstützen, ihre Lebensqualität zu verbessern und eine hilfreiche Alternative zum üblichen psychiatrischen Behandlungssystem zu bieten, mit dem »kritisch, aber trotzdem kooperativ« zusammengearbeitet wird. Ausgangspunkt ist die Überzeugung, dass Psychiatrie-Erfahrene durch ihre eigenen Erfahrungen einen erweiterten emotionalen und kognitiven Zugang zu anderen Betroffenen haben und dass die Kombination von Erfahrungswissen mit Fachwissen »eine grundsätzliche, qualitative Verbesserung der psychiatrischen Hilfe zur Folge hat« ([www.offeneherberge.de](http://www.offeneherberge.de)).

Das über die Landesgrenzen hinaus wohl bekannteste Projekt von Experten durch Erfahrung in Deutschland ist das Weglaufhaus in Berlin. Das Team des Weglaufhauses besteht zu mindestens 50 Prozent aus Psychiatrie-Erfahrenen und das Haus versteht sich als Alternative zur herkömmlichen Psychiatrie. In dem Weglaufhaus stehen dreizehn Plätze für Männer und Frauen in akuten psychischen und sozialen Krisen zur Verfügung, die bis zu einem Dreivierteljahr aufgenommen werden können. Voraussetzung ist die drohende oder bestehende Wohnungslosigkeit, da das Haus über »Hilfen in besonderen sozialen Schwierigkeiten« finanziert wird.

Der Schwerpunkt der Begleitung liegt im Dabei-Sein in Krisen, der Alltagsunterstützung sowie in Hilfen bei behördlichen, rechtlichen, finanziellen Belangen und Wohnangelegenheiten. Es wird bewusst auf eine Vorstrukturierung der Angebote und insbesondere auf spezifisch therapeutische Maßnahmen verzichtet. »Aus der antipsychiatrischen Grund-

haltung resultieren einige Besonderheiten des Zusammenlebens und der Unterstützung in diesem Haus. Im Mittelpunkt der Bemühungen steht allerdings nicht eine antipsychiatrische Methode, sondern, ganz pragmatisch, den BewohnerInnen die jeweils bestmöglichen Bedingungen zur Realisierung ihrer persönlichen Ziele anzubieten« (BRÄUNLING u.a. 2001). Dazu gehört das Prinzip des Mitspracherechts und der Transparenz. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden unterstützt, sich miteinander auszutauschen und gegenseitig zu helfen.

Krisen werden im Weglaufhaus intensiv begleitet. Ausgehend von der Überzeugung, »dass Krisen und verrückte Phasen immer einen Sinn haben, das Verhältnis zu sich selbst und seiner Umwelt verrücken, von der herrschenden Normalität wegrücken (...), besteht eine hohe Toleranz gegenüber ungewöhnlichen Erlebens- und Verhaltensweisen« (ebd.). Dabei wird auch das Angebot gemacht, das Absetzen von Psychopharmaka zu begleiten. Dies ist eines der wesentlichen Motive, das Weglaufhaus aufzusuchen.

Schließlich sei auch noch die Tätigkeit der Psychiatrie-Erfahrenen in der Klinik Herne erwähnt. Die so genannten Delegierten nehmen neben verschiedenen anderen Tätigkeiten wie die Begleitung von Besuchergruppen, Wahrnehmung von Nutzerinteressen, Beteiligung an Fortbildungen auch die Aufgaben von Krisenassistenten wahr. Mit Einwilligung des betreffenden Patienten und mit besonderem Augenmerk auf die Vermeidung von Überforderung, Selbstausschöpfung und unkontrollierter Machtausübung werden Delegiertenteams erfolgreich als Krisenassistenten für besonders »schwierige« oder unzugängliche Patienten eingesetzt (KRISOR 2005).

### Mitarbeit in der Forschung

Nutzerorientierte oder nutzergeleitete Forschung richtet sich an den spezifischen Sichtweisen, Erkenntnissen, Analysen und Bedürfnissen von Betroffenen aus. Die Frauenbewegung und die feministische Forschung haben im Bereich der Wissenschaftskritik und der Entwicklung kritischer Forschungsansätze eine sehr innovative Rolle gehabt. In der Behindertenbewegung setzt sich in den letzten Jahren mit den »disabili-

ty studies« ein Wissenschaftsansatz durch, der den behinderten Menschen zum Subjekt von Wissenschaft macht, statt ihn lediglich als zu beforschendes Objekt zu betrachten.

Auch in der Psychiatrie – insbesondere im englischsprachigen Raum – gewinnt dieser Ansatz an Bedeutung. Psychiatrie-Erfahrene werden zu Partnern, die Forschungsansätze, Forschungsmethoden, Forschungsfragestellungen und Forschungsauswertungen aktiv (mit)gestalten.

Von einer echten Beteiligung kann in der Forschung jedoch nur gesprochen werden, wenn eine gleichberechtigte Teilnahme gegeben ist. »Wenn eine Gleichrangigkeit in der Bezahlung und eine Beteiligung in allen Phasen der Forschung gegeben ist, kann sich diese als eine betroffenenorientierte Forschung bezeichnen. Dies bedeutet, dass die Betroffenen Kontrolle über alle Teile der Forschung haben: angefangen von der Finanzierung und Konzeption bis hin zur Veröffentlichung der Ergebnisse.« (LEHMANN 2004)

Eine Organisation, die diese Kriterien erfüllt, ist das Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid/IGPB (Institut für Nutzerbeteiligung und Parteinahme) in Amsterdam.

Seit Ende der 1960er Jahre gibt es in den Niederlanden Nutzerräte in den Krankenhäusern. Nachdem diese in den siebziger und achtziger Jahren durch Forschungsarbeiten und Erhebungen von den Universitäten unterstützt wurden, ging deren Engagement zu Beginn der neunziger Jahre wieder zurück. Auf Grund des weiterhin großen Bedarfs an wissenschaftlicher Begleitung und der zunehmenden Professionalisierungstendenzen in der Betroffenen-Bewegung fiel 1996 die Entscheidung, das IGPB zu gründen. Forschung sollte nicht mehr *über*, sondern *aus* der Perspektive von Nutzern gemacht werden.

Das IGPB ist eine unabhängige Einrichtung für Forschung, Entwicklung und Ausbildung in Amsterdam. Ausgangspunkt und Grundlage aller Angebote des IGPB sind die Erfahrungen von Menschen, die Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsversorgung sind oder waren. Die Aufträge erhält das Institut in der Regel von Nutzerorganisationen, aber auch von Versorgungsträgern, Behörden und Kostenträgern in der Sozial- und Gesundheitsversorgung. Das IGPB arbeitet in den Bereichen

somatischer Gesundheitsversorgung, Versorgung geistig behinderter Menschen, Jugendhilfe sowie der medizinischen Grundversorgung und Drogenhilfe. Der Schwerpunkt liegt jedoch auf dem Gebiet psychischer Gesundheitsversorgung. In allen Phasen der Forschungsprojekte werden Psychiatrie-Erfahrene beteiligt. Dies verändert nicht nur die Rolle der Nutzer, es verändert auch die »Eignerschaft« der Forschung. Diejenigen, die beforscht werden, werden in gewisser Weise Eigentümer der Forschung. Sie werden eingeladen, teilzuhaben, nicht nur als Lieferant von Informationen, sondern auch als Mitproduzenten von Gutachten und Expertenwissen auf der Basis eigener Erfahrungen. Aus dieser Perspektive werden neue Materialien wie Fragebögen und Interviewleitfäden, aber auch neue Forschungsansätze entwickelt.

### Mitarbeit in der Aus- und Weiterbildung

Die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen in Bildungsmaßnahmen ist die verbreitetste Form der Beteiligung von Experten durch Erfahrung. Während psychiatrische Patienten über lange Zeit lediglich als Anschauungs- und Beobachtungsobjekt erhalten mussten, hat die Einführung der Psychoseseminare und anderer so genannter Dialoggruppen Ende der achtziger Jahre einen entscheidenden Paradigmenwechsel eingeleitet.

Bildungsangebote, in denen Psychiatrie-Erfahrene beteiligt sind, beziehen sich in der Regel auf Modelle, die den psychiatrisierten Menschen nicht auf Krankheit und Defizite reduzieren. Viel eher stehen hier ressourcen- und recoveryorientierte Ansätze im Vordergrund. Im Sinne von salutogenetischen Ansätzen richtet sich der Fokus von psychischer Krankheit auf die Förderung seelischer Gesundheit. Lernprozesse orientieren sich in diesem Rahmen nicht an der Vermittlung von Wissen, sondern an der Reflexion von individuellen und gemeinsamen Erfahrungen.

Im deutschsprachigen Raum existieren mittlerweile über einhundert Psychoseseminare. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle treffen hier zusammen, um ihre Erfahrungen, Erkenntnisse und Ängste in einem hierarchiefreien Rahmen auszutauschen. Die Themen

werden gemeinsam festgelegt und ein Moderator achtet darauf, dass jede Gruppe zu Wort kommt. »Alle an Psychosen und ihren Auswirkungen beteiligten Gruppen sitzen um einen Tisch und versuchen herauszufinden, wie Psychosen umfassend, im Sinnzusammenhang der Lebensgeschichte und anthropologisch, eben nicht nur medizinisch und pathologisch, zu verstehen sind und welche Hilfen alle Beteiligten bräuchten, um solche existenziellen Krisen zu meistern. Eine gemeinsame Sprache soll entstehen können, die bestehenden Sprachbarrieren sollen überwunden werden. Den gleichberechtigten Umgang gilt es zu üben, damit er in der Praxis eine Chance hat.« (BOCK 2000) Die Psychoseseminare haben also durchaus ein Bildungspotenzial.

Um das Ungleichgewicht der intimen, inneren Beteiligung, die bei den Betroffenen am höchsten ist, abzufangen, sollten alle Beteiligten ein ur-eigenes Interesse an einem ehrlichen Erfahrungsaustausch, an Offenheit und Respekt einbringen. Unter diesen Voraussetzungen kann ein Psychoseseminar eine »gegenseitige Permanentfortbildung aller drei Gruppen sein« (FRICKE 2004).

Psychoseseminare leiten einen Perspektivwechsel ein, in dem beispielsweise Professionelle der Herausforderung begegnen, »dass Probleme, die vorher im therapeutischen Rahmen abgehandelt wurden, plötzlich im Bereich der Bildung, im Politischen oder gar im Bereich ihrer eigenen Subjektivität angesiedelt werden« (ZAUMSEIL 1998).

Ein ausschließlich von Psychiatrie-Erfahrenen getragenes Fortbildungsinstitut ist »Changing futures«, das aus der oben erwähnten Organisation CHANGE hervorgegangen ist. Ziel von »Changing futures« ist die Förderung von recoveryorientierter Praxis und personenzentrierten Ansätzen. Die Angebote richten sich an eine Vielzahl von Adressaten, etwa gemeindeorientierte psychiatrische Dienste, Wohnungsagenturen, Arbeitsagenturen, Selbsthilfeorganisationen, Bildungsinstitutionen und an Menschen mit emotionalen und psychischen Problemen sowie deren Angehörige.

Ausgangspunkt ist die Überzeugung, dass der Prozess des Wiedererstarkens oder der Genesung ein individuelles Geschehen ist. Er ist verbunden mit einem Lernprozess, den der betroffene Mensch, aber auch die



ihn unterstützenden Personen eingehen müssen. Dieser Lernprozess kann am besten durch kooperative Dialoge und in partnerschaftlicher Zusammenarbeit erreicht werden.

Die Ausbilder und Projektmitarbeiter verfügen über »gelebte Erfahrungen und Fachkenntnis über Recovery«.

Ein sehr erfolgreiches Angebot ist die Ausbildung für Ausbilder (Training for Trainers). Das Programm richtet sich sowohl an Nutzer als auch an Mitarbeiter psychiatrischer Dienste, die ihre Kenntnisse und ihr Verständnis vom Umgang mit psychischen Problemen verbessern wollen. Ziel ist es, den Teilnehmenden Kernthemen zur seelischen Gesundheit aus der Perspektive von recovery- und personenzentrierten Ansätzen zu vermitteln.

Die Teilnehmer sollen ihr Verständnis und ihre Kenntnis vom Umgang mit psychischen Krisen erweitern, um aufbauend auf den eigenen Erfahrungen fundierte und effektive Fortbildungen für andere Professionelle und Betroffene anbieten zu können. Gleichzeitig sollen die Teilnehmer auch dabei unterstützt werden, ihre Lebenssituation oder professionelle Praxis zu verbessern, sich zu organisieren und öffentlich zu engagieren.

Die Fortbildung verfolgt einen »Kaskaden-Effekt«. Das heißt, die psychiatriee erfahrenen Teilnehmer eines Kurses können im darauf folgenden Kurs Teile der Fortbildung übernehmen oder die Kursinhalte in ihren eigenen Zusammenhängen anbieten. Noch unerfahrene Ausbilder werden von erfahreneren unterstützt, sodass ein immer größerer Pool von psychiatriee erfahrenen Ausbildern entsteht.

Ein Beispiel für Bildungsangebote von Psychiatrie-Erfahrenen gemeinsam mit Professionellen ist die Expertenpartnerschaft in Bremen. Eine offene Gruppe von ca. zehn Psychiatrie-Erfahrenen und Professionellen trifft sich seit 2002 regelmäßig, um gemeinsam Bildungsangebote für psychiatrische Fachkräfte anzubieten. Expertenpartnerschaft bedeutet, das Wissen von professionellen Experten mit dem Wissen von Experten durch gelebte Erfahrung zusammenzubringen, um gemeinsam innovative Bildungsangebote zu entwickeln. Die Erkenntnisse und Erlebnisse psychischer Krisen, psychotischer Erfahrungen, von Bewältigungs-

strategien und Interventionsmöglichkeiten werden gemeinsam in der Gruppe reflektiert.

Die Expertenpartnerschaft bietet Workshops und Fortbildungen an, arbeitet aber in der Regel auf Anfrage, vorwiegend in der Ausbildung von Krankenpflegekräften sowie in verschiedenen Studiengängen an den Hochschulen in Bremen. Die angebotenen Themenbereiche umfassen zum Beispiel Module zu Krisenintervention, zum Stimmenhören, zur Beziehungsarbeit und zum Zusammenhang Frauen und Psychiatrie.

Über das gewünschte Thema wird in der vierzehntäglichen gemeinsamen Gruppensitzung ein Brainstorming durchgeführt und dann diskutiert. Danach setzen sich in der Regel zwei Personen, die als Dozenten auftreten wollen, zusammen, um das Modul auszuarbeiten. Dies können bewährte Teams sein oder auch eine als Dozent unerfahrene Person mit einer bereits erfahrenen. Bei Bedarf erfolgt eine methodische und inhaltliche Beratung, danach wird das Modul erneut in der Gruppe vorgestellt und schließlich durchgeführt.

Die Angebote der Expertenpartnerschaft verstehen sich gerade nicht als Erlebnisberichte, sondern als fundierte Expertenbeiträge, mit denen konstruktive Lösungen entwickelt werden, die Menschen in psychischen Krisen auf dem Weg der Bewältigung besser unterstützen.

Die Idee der Partnerschaft bedeutet, sich auf eine gemeinsame Ebene zu begeben, auf der nicht mehr übereinander, sondern miteinander gesprochen wird. Der Gewinn ist für beide Seiten sehr groß. Für die Professionellen schafft häufig schon allein die Tatsache, dass Psychiatrie-Erfahrene als Experten auftreten, eine Veränderung der Wahrnehmung. Darüber hinaus erhalten sie neue Zugänge zum Verständnis psychischer Krisen und hilfreicher Interventionen.

Für die Psychiatrie-Erfahrenen führt der Rollenwechsel vom Patienten zum Experten auch zu einer neuen Selbstwahrnehmung. Der Makel der psychischen Krankheit wendet sich in ein wertgeschätztes Erfahrungswissen. Nicht zuletzt ist hierbei auch die Bezahlung von Bedeutung, das heißt, Mitarbeiter der Expertenpartnerschaft erhalten für Schulungen und Vorträge die gleichen Honorare wie andere Fachdozenten.

Ein kooperatives Konzept verfolgt auch »Für alle Fälle« e. V. (FAF) aus

Berlin. Der Verein wurde Anfang 2002 von Betroffenen und Nichtbetroffenen gegründet, die sich im psychosozialen Bereich engagieren. Die Gründungsmitglieder haben alle das Weglaufhaus in Berlin mit aufgebaut und dort mitgewirkt. Dem Verein gehören mehrheitlich Psychiatrie-Erfahrene an. Zentrale Anliegen sind die Orientierung an den Interessen der Betroffenen sowie die Förderung von Beratung, Information und Selbsthilfe.

Ausgehend von der Analyse, dass Betroffenen in aller Regel grundlegende Informationen über ihre Rechte und Möglichkeiten, über Alternativen zur psychiatrischen Versorgung und über bestehende Selbsthilfeverbände fehlen, bietet FAF ein umfangreiches Fortbildungs- und Beratungsangebot zu Themen wie »Alternativen zur Psychiatrie«, »Antipsychiatrie und Betroffenenbewegung« oder »Selbsthilfe, Empowerment und Projektaufbau«.

Erfreulicherweise werden auch Psychiatrie-Erfahrene, die keinem speziellen Fortbildungsprojekt angehören, immer stärker in die Bildungsarbeit eingebunden. Dialogische und trialogische Qualifizierungsmaßnahmen setzen sich immer mehr durch. Allerdings findet die Erkenntnis, dass die Einbeziehung von Erfahrungswissen einen großen Zugewinn bedeutet, selten Niederschlag in der Finanzierung, was dazu führt, dass nicht etwa zwei (oder drei) Dozentenhonorare bezahlt werden, sondern sich die Beteiligten ein Honorar teilen müssen.

### Mitarbeit in der Beratung

Die Einsatzmöglichkeiten von Psychiatrie-Erfahrenen in der Beratung sind vielfältig. Sie können direkte Beratung von Betroffenen umfassen, aber auch die Beratung von Gremien und Institutionen beinhalten. Viele Angebote in diesem Bereich werden im Rahmen von Selbsthilfegruppen ehrenamtlich erbracht. Auch für die Mitarbeit in Gremien wie psychosoziale Arbeitskreise und Regionalkonferenzen, die für Professionelle in der Regel in der Arbeitszeit, also bezahlt erfolgt, erhalten die Psychiatrie-Erfahrenen und die Angehörigenvertreter in den meisten Fällen kein Geld. Eine Ausnahme bilden die bezahlten Selbsthilfeberater etwa beim Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen (hier werden

Seminare, Vorträge und Beratung angeboten) oder bei den Münchner Psychiatrie-Erfahrenen (MüPE e. V.), wo Selbsthilfeberatung stattfindet.

In Ländern wie den USA, Großbritannien oder Australien ist der bezahlte Einsatz von Psychiatrie-Erfahrenen als Berater schon eine verbreitete Praxis. In Australien beispielsweise muss jeder psychiatrische Gemeindedienst Psychiatrie-Erfahrene beschäftigen, die dazu beitragen sollen, die Qualität der Dienste zu prüfen und zu verbessern. Ihre Aufgabe ist es, sicherzustellen, dass die Perspektive der Nutzer in allen Aspekten der Planung, der Angebote und der Evaluation berücksichtigt wird.

Die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen hat also ohne Zweifel erhebliche Potenziale, die im deutschsprachigen Raum nicht annähernd ausgeschöpft werden. Sie ist Symbol für ein sich veränderndes Verständnis einer humaneren, vielleicht auch demokratischeren Psychiatrie, in der die Betroffenen nicht mehr Objekte psychiatrischer Behandlung, sondern handelnde Subjekte in ihrem Genesungsprozess sein können.

Die Einbeziehung von Experten durch Erfahrung in Ausbildung, Forschung und Praxis der psychiatrischen Versorgung ist darüber hinaus ein wichtiges Symbol für Hoffnung: »Einfach die Tatsache, auf Mitarbeiter zu treffen, die psychiatriee erfahren sind, ist ein machtvolles Signal für die Nutzer psychiatrischer Dienste, dass Licht am Ende des Tunnels ist, dass sie etwas zu bieten haben ...« (HARDIMAN u. a. 2005).

### Mehr Qualität?

Untersuchungen über den Nutzen der Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen sind in Deutschland, wo dies noch ein vergleichsweise neues Thema ist, kaum zu finden. Im englischsprachigen Raum hingegen ist eine Vielzahl kleinerer und größerer Forschungsarbeiten veröffentlicht. Die meisten Ergebnisse liegen zum Einsatz von Psychiatrie-Erfahrenen in psychiatrischen Diensten vor.

R. E. HARDIMAN und Kollegen (2005) zeigen in ihrer Untersuchung

»Evidenzbasierter Praxis in der Psychiatrie anhand der Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen«, dass durch die Einzigartigkeit der Projekte und Angebote und dadurch, dass sie eher bestehende Dienste ergänzen, statt sie zu ersetzen, vergleichende Studien nicht einfach zu erstellen sind.

Viele Studien belegen, dass die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen in psychiatrischen Diensten und in der Beratung zu mehr Empowerment, der Entwicklung sozialer Netzwerke, zu verbesserter sozialer Aktivität, mehr Verantwortungsübernahme, zu erweiterten Coping- und Problemlösungspotenzialen und zu größerer Hoffnung führt. Die Angebote werden flexibler, halten mehr Wahlmöglichkeiten vor, bieten konkrete, praktische Informationen und sind stärker am Recovery-Ansatz orientiert (DAVIDSON u. a. 2006; HARDIMAN u. a. 2005).

Eine Untersuchung aus den USA zum Case-Management für Menschen mit einer schweren und dauerhaften psychischen Krankheit, die kaum zugänglich für Hilfen sind, zeigte eine signifikante Verbesserung der Angebote durch den Einsatz von Psychiatrie-Erfahrenen.

Es wurden drei Kontrollgruppen gebildet:

- ★ Case-Management-Teams, die durch einen Psychiatrie-Erfahrenen ergänzt wurden;
- ★ Case-Management-Teams, die mit einer zusätzlichen Laienkraft ohne Psychiatrie-Erfahrung arbeiteten;
- ★ Case-Management-Teams ohne zusätzliche Mitarbeiter.

Der Vergleich der Arbeitsergebnisse der drei Gruppen ergab bei einer Vielzahl von Bemessungspunkten signifikante Unterschiede. Im Bereich der Lebensqualität berichteten jene Klienten, die von Teams mit Psychiatrie-Erfahrenen unterstützt wurden, von einer größeren Zufriedenheit mit ihrer Situation und von weniger Lebensproblemen im Vergleich mit den Klienten der anderen beiden Gruppen. Im Bereich der Beteiligung in den verschiedenen Angeboten zeigte diese Gruppe zudem eine größere Beständigkeit (FELTON u. a. 1995).

In einer weiteren Untersuchung wurden Psychiatrie-Erfahrene in Programmen für Menschen mit einer dauerhaften psychischen Krankheit eingesetzt, die durch Gewalt oder Gewaltbereitschaft aufgefallen waren

und freiwillig kaum auf psychiatrische Hilfen ansprachen. Im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne psychiatrienerfahrene Mitarbeiter konnte in den ersten sechs Monaten eine signifikante Steigerung des Kontaktes verzeichnet werden. Zudem fühlten sich die Klienten mehr gemocht, verstanden und akzeptiert. Die Unterschiede nivellierten sich jedoch nach zwölf Monaten.

Die Studie zeigt auf, dass Psychiatrie-Erfahrene in der Lage sind, schneller stabile Arbeitsbeziehungen mit erkrankten Personen herzustellen. Nach einer längeren »Anwärmphase« konnten nichterfahrene Mitarbeiter jedoch eine vergleichbare Intensität herstellen (DAVIDSON u. a. 2006).

Untersuchungen zu den Auswirkungen der Teilnahme von Psychiatrie-Erfahrenen in der Ausbildung haben gezeigt, dass die Teilnehmer die Angebote als sehr bereichernd bewerten.

Den Zugewinn gegenüber Veranstaltungen von nichtbetroffenen Dozenten sahen die Teilnehmer darin, dass die Beiträge dazu führten, eine größere Akzeptanz für psychisch kranke Menschen zu entwickeln, ein tieferes Verständnis für die Bedeutung ihrer individuellen Rechte zu gewinnen sowie ermessen zu können, wie wichtig die individuell zugeschnittenen Angebote für die Betroffenen sind. Es wurde deutlicher, welche Bedeutung es hat, nicht *für*, sondern *mit* den Klienten zu arbeiten, die Bedeutung von Empowerment wurde transparenter. Die Studenten erfuhren neue Aspekte hilfreicher Interventionen und gewannen mehr Klarheit über die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten. Sie gaben an, dass theoretisches Wissen durch die Kombination mit dem Erfahrungswissen der Betroffenen verständlicher und nachvollziehbarer vermittelt werden konnte. Eine wesentliche Qualität der Beiträge von Psychiatrie-Erfahrenen scheint darin zu liegen, dass durch sie die Transformation vom Wissen zum Verstehen gelingt. Alle bzw. der überwiegende Teil der Befragten hielt die feste Installierung von Angeboten von Psychiatrie-Erfahrenen für erforderlich (SCHEYETT/DIEHL 2004; UTSCHAKOWSKI 2004).

Auch wenn dies nicht unbedingt im Vordergrund steht, hat die Einbeziehung von Experten durch Erfahrung auch Auswirkung auf die betei-

ligten Psychiatrie-Erfahrenen selbst. Der Gewinn steht nicht in erster Linie in Verbindung mit ihrem Status als (Ex-)Nutzer, sondern zunächst mit der Rolle als Mitarbeiter und der Aufgabe, andere unterstützen und zu einer Veränderung der Angebote beitragen zu können (YUEN/FOSSEY 2003). Eine wertgeschätzte Aufgabe zu haben, die eigenen Kompetenzen zu erweitern sowie eigene Erfahrungen als sinnvoll auch für andere zu erleben kann zu einer Veränderung des Selbstverständnisses und des Selbstbewusstseins beitragen. Eine Kollegin in der oben genannten Expertenpartnerschaft meinte hierzu: »Drei Monate in der Expertenpartnerschaft haben mich weitergebracht als drei Jahre Therapie.«

### Qualifizierung von psychiatrienerfahrenen Experten

Verschiedene Gründe sprechen für eine spezifische Qualifizierung von Psychiatrie-Erfahrenen zur Vorbereitung auf eine professionelle Tätigkeit, sofern sie nicht ohnehin über eine solche Ausbildung verfügen.

Die Experten durch Erfahrung befinden sich im Rahmen professioneller Angebote in einer exponierten Situation, da besonders von ihnen Innovation und Veränderung erwartet wird. Die Zusammenarbeit mit nicht psychiatrienerfahrenen Kollegen und die Konfrontation mit traditionellen Bildungs-, Versorgungs-, Forschungs- und Beratungsangeboten erfordert Auseinandersetzungsbereitschaft und Klarheit, um die aus der Erfahrenen-Perspektive resultierenden Standpunkte vertreten zu können. Eine Ausbildung kann dazu beitragen, mehr Reflexionsmöglichkeiten zu entwickeln und der Gefahr von schnellem Burn-out zu begegnen.

Auch wenn die Arbeit als Experte durch Erfahrung bedeutet, nicht *die*, sondern *eine* Position von Psychiatrie-Erfahrenen zu vertreten, ist es wichtig, dass die eigenen Erfahrungen reflektiert werden, um zu vermeiden, dass ausschließlich von den eigenen Erfahrungen ausgegangen wird oder eigene unerfüllte Wünsche auf das Gegenüber übertragen werden. Zudem erfordert der professionelle Einsatz Kompetenzen wie

Gesprächsführung, Kenntnisse über das Versorgungssystem, Moderationstechniken, die sich nicht schon aus der Tatsache eigener Erfahrung ergeben.

Eine spezifische Ausbildung für Psychiatrie-Erfahrene als Experten in Beratung, Versorgung, Bildung und Forschung scheint geboten, um eine qualifizierte und die Erfahrenensicht berücksichtigende professionelle Praxis zu gewährleisten.

Dies birgt natürlich auch Gefahren. Die Einzigartigkeit der eigenen Erfahrung, der eigenen, spezifischen Sicht kann verloren gehen oder sich in dem Bemühen um Reflexion und Abstraktion abnutzen. Eine theoretische, an traditionellen Konzepten orientierte Ausbildung kann dazu beitragen, die Perspektive der Psychiatrie-Erfahrenen zu verlieren und sich schließlich doch an den traditionellen professionellen Haltungen zu orientieren.

In der Selbstbestimmt-leben-Bewegung (independent-living-movement) ist die Qualifizierung von behinderten Menschen auf Basis ihrer eigenen Erfahrungen schon seit langem Praxis. Der Fokus der Weiterbildung zum Peer-Counseling (Unterstützung von Menschen durch gleichartig Betroffene) liegt darauf, die eigenen Erfahrungen als Behinderter anderen Behinderten weiterzugeben. Die Qualifizierung zum Peer-Counselor erfolgt durch die Vermittlung von Theorien und Methoden verschiedener Beratungskonzepte sowie durch Selbsterfahrung. Mittlerweile existiert sogar ein »Berufsverband Peer-Counseling« in Deutschland.

Im psychiatrischen Bereich ist die Entwicklung noch nicht so weit gediehen. Vereinzelt gibt es jedoch vergleichbare Ausbildungen. Das oben erwähnte IGPB unterhält seit einigen Jahren in Zusammenarbeit mit der Universität Eindhoven eine »Akademie der Experten durch Erfahrung«. Hier werden Psychiatrie-Erfahrene auf Praxiseinsätze in den Bereichen Nutzerbeteiligung, Gesundheitsberatung, Unterrichts- und Vortragstätigkeit sowie Forschung aus der Perspektive von Psychiatrie-Erfahrenen vorbereitet.

In dem von der EU geförderten Pilotprojekt EX-IN (»Experienced Involvement«) wird in einer Kooperation von Erfahrenen-Organisatio-

nen, Bildungseinrichtungen und psychiatrischen Diensten aus Norwegen, Schweden, den Niederlanden, Slowenien und Deutschland eine Ausbildung für Psychiatrie-Erfahrene entwickelt. Das Projekt wird koordiniert von der Initiative zur sozialen Rehabilitation e. V. in Bremen, beteiligt sind unter anderem das oben genannte IGPB und CHANGE.

Durch die Qualifizierung sollen die Psychiatrie-Erfahrenen darin unterstützt werden, ihr Erfahrungswissen zu strukturieren, zu reflektieren und die notwendigen Hintergründe und Methoden zu erlernen, um als Mitarbeiter in psychiatrischen Diensten und als Dozenten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung einen innovativen Beitrag zu leisten. Die Ausbildungsmodule umfassen Themen wie:

- ★ Reflexion und Strukturierung individueller Erfahrungen,
- ★ gesundheitsfördernde Haltungen, Methoden und Faktoren,
- ★ Empowerment in Theorie und Praxis,
- ★ »Chronifizierung« und Recovery.

In dem Projekt werden auch spezifische Lehrmethoden und -materialien entwickelt, die die Entwicklung von »Erfahrungswissen« unterstützen. Das Projekt ist mit der Erwartung verbunden, eine Qualifizierung zu bewirken, die auf europäischer Ebene und auch in den jeweiligen nationalen und regionalen Strukturen anerkannt wird. Es soll den Psychiatrie-Erfahrenen nicht nur ermöglichen, einen qualitativen Beitrag zur Verbesserung der Psychiatrie zu leisten, sondern auch einen entsprechend anerkannten Status und eine entsprechende Entlohnung zu erlangen.

Der Einsatz von Psychiatrie-Erfahrenen ist ein viel versprechender Ansatz, der sowohl für die betreffenden Personen, für Professionelle als auch für Klienten zahlreiche Vorteile mit sich bringt. Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen bedeutet aber nicht automatisch mehr Empowerment für die Beteiligten selbst oder die Adressaten ihrer Angebote. Der Status, die Autonomie, die Ressourcen, die Einfluss- und Entscheidungsmöglichkeiten und auch eine mit nichterfahrenen Mitarbeitern vergleichbare Bezahlung sind bestimmend dafür, ob Veränderungen erzielt werden können. Wenn Psychiatrie-Erfahrene nicht als Repräsentanten einer Krankheit oder Störung, sondern als Experten aus Erfah-

rung auf Grund ihrer Fähigkeiten und Kenntnisse eingesetzt werden und ihnen Möglichkeiten der Qualifizierung und Reflexion geboten werden, dann hat dieser Ansatz das Potenzial, ein neues psychiatrisches Selbstverständnis und eine an den Bedürfnissen der Nutzer orientierte psychiatrische Versorgung zu realisieren.



## Literatur

- ABI-DARGHAM, A.; KEGELES, I.; ZEA-PONECE, Y. u. a. (1999): Removal of endogenous dopamine reveals elevation of D2 receptors in schizophrenia. In: *J. Nuc. Med.*, 40 (Suppl.), S. 30.
- ADERHOLD, V.; ALANEN, Y. O.; HESS, G.; HOHN, P. (Hg.) (2003): Psychotherapie der Psychosen – Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen.
- ADERHOLD, V.; GOTTWALZ, E. (2004): Family therapy and Schizophrenia: replacing ideology with openness. In: READ, J.; MOSHER, L. R.; BENTALL, R. P. (Hg.): *Models of Madness*. Hove u. a.; S. 335–348.
- AEBI, E.; CIOMPI, L.; HANSEN, H. (Hg.) (1993): Soteria im Gespräch. Bonn.
- ALANEN, Y. O. (2001): Schizophrenie. Entstehung, Erscheinungsformen und die bedürfnisangepasste Behandlung. Stuttgart.
- ALANEN, Y. O.; ANTTINEN, E. E.; KOKKOLA, A.; LEHTINEN, K.; OJANEN, M.; PYLKKÄNEN, K.; RÄKKÖLÄINEN, V. (1990): Treatment and rehabilitation of schizophrenic psychoses. The Finnish treatment model. In: *Nord. Psykiatr. Tidsskr., Suppl.*, 22, S. 1–65.
- ALBUS, G. P.; KUBITZ, J.; LITZINGER, A.; SHER, R. (1980): Das Problem der Patienteninformation und seine Bedeutung für die Patientenführung. In: *Arzt und Patient*, 3, S. 124–128.
- Ambulanter Krisendienst Nürnberg/Fürth (1999): Jahresbericht 1998. Nürnberg. (Bezug: Ambulanter Krisendienst, An den Rampen 29, 90443 Nürnberg)
- AMERING, M.; DENK, E.; GRIENGL, H.; SIBITZ, I. (1998): »Weil es mich betrifft« – direkt an PatientInnen gerichtete Entlassungsbriefe. In: *Psychiatrische Praxis*, 25, S. 172–174.
- AMÉRY, J. (1976): Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod. Stuttgart.
- ANGELL, M. (2005): Der Pharmabluff – Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist. Bonn / Bad Homburg.
- ANTONOVSKY, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.
- AYD, F.-J. (1977): Ethical and legal dilemmas posed by tardive dyskinesia. In: *International Drug Therapy Newsletter*, 12, S. 29–34.
- BALDESSARINI, R. J.; TARSY, D. (1980): Dopamine and the pathophysiology of dyskinesia induced by antipsychotic drugs. In: *Ann. Rev. Neurosci.*, 3, S. 23–41.
- BASTIAN, H.; SAWICKI, P. (2005): Die Förderung von Patienteninformation und Patientenbeteiligung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. In: HÄRTER, M.; LOH, A.; SPIES, C. (Hg.): *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Köln, S. 69–77.
- BÄUML, J.; PITSCHL-WALZ, G.; KISSLING, W. (1996): Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Psychosen für Patienten und Angehörige – Methodik und praktische Durchführung in Anlehnung an die Münchner PIP-Studie. In: STARK, A. (Hg.): a. a. O.
- BDP (1998): Psychologische Leitsätze zur Fortentwicklung des psychiatrischen Hilfesystems in der Bundesrepublik Deutschland. Thesenpapier des BDP zur Psychiatriereform. In: *Report Psychologie*, 8, S. 612–629.
- BEASLEY, C.M. jr.; SANGER, T.; SATTERLEE, W.; TOLLEFSON, G.; TRAN, P.; HAMILTON, S. (1996): Olanzapine versus placebo: results of a double-blind, fixed-dose olanzapine trial. In: *Psychopharmacology*, 124, 1–2, S. 159–67.
- BECHTER, K. (1993): Gestörte Krankheitsverarbeitung durch eigene Vorurteile bei Patienten mit schizophrenen Psychosen. In: *Psychiatrische Praxis*, 20, S. 148–151.
- BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. (1992): Kognitive Therapie der Depression. Weinheim.
- BECK, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a. M.
- BECKER, D. (1992): Ohne Hass keine Versöhnung. Das Trauma der Verfolgten. Freiburg i. Br.
- BEHRENDT, B. (1996): Das Symptom-Management-Modul als Standardbehandlung in einem tagesklinischen Setting. In: STARK, A. (Hg.): *Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten*. Freiburg, S. 161–184.

- BEITLER, H.; BEITLER, H. (2000): Psychose und Partnerschaft. Bonn.
- BELLION, R. (1997): Ich muss sehr früh merken, dass ich psychotisch werde, sonst ... In: KNUF, A.; GARTELMANN, A. (Hg.): a. a. O., S. 51–61.
- BENEDETTI, G. (1983): Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenie. Göttingen.
- BERG, I. K.; MILLER, S. D. (1998): Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Heidelberg.
- BERTOLUZZA, E.; GITZL, M.; RALSER, M. (Hg.) (1994): Pathos, Psychologie, Pathologie. Der weibliche Wahnsinn. Wien.
- BINSWANGER, L. (1957): Schizophrenie. Pfullingen.
- BLANCH, A.; FISHER, D.; TUCKER, W.; WALSH, D.; CHASSMAN, J. (1993). Consumer-practioners and psychiatrists share insights about recovery and coping. In: *Disability Studies Quarterly*, 13, S. 17–20.
- BLANKE, U. (1986): »Weniger ist mehr«. Überlegungen zur Methodik in der Arbeit mit Angehörigengruppen. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*, 1, S. 42–62.
- BLEULER, M. (1976): Prävention der Schizophrenien – Winzige Körnchen Wissen in einem Meer von Nicht-Wissen. In: HUBER, G. (Hg.): Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen. Stuttgart.
- BOCK, Th. (1997): Modelle gewaltarmer Psychiatrie. In: EINK, M. (Hg.): S. 201–212.
- BOCK, Th. (1997a): Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie. Bonn.
- BOCK, Th. (1997b): Stimmenhören in Deutschland. In: ROMME, M.; ESCHER, S. (Hg.). Stimmen hören akzeptieren. Bonn.
- BOCK, Th. (1998a): Empowerment und Nutzerkontrolle bei der neuroleptischen Medikation – Zur Qualität von Kooperationsbeziehungen in der Psychiatrie. Beitrag auf dem Kongress »Qualitätssicherung und Empowerment« der Dt. Ges. f. Verhaltenstherapie (München 9./10.10.1998), unveröffentl. Manuskript.
- BOCK, Th. (1998b): Zur Selbstverständlichkeit psychischer Erkrankungen – Argumente für eine anthropologische Sicht. In: BOCK, Th.; WEIGAND, H. (Hg.): a. a. O., S. 30–41.
- BOCK, Th. (1998c): Partnerschaft – Perspektiven einer dialogischen Psychiatrie. In: Bock, T.; Weigand, H. (Hg.): S. 280–293.
- BOCK, Th. (2000): Wissen um Psychosen – 20 Thesen. In: BOCK, Th.; ESTERER, I.; DERANDERS, J. E. (Hg.): a. a. O.
- BOCK, Th. (2000a): Professionelle Konzepte auf dem Prüfstand. Interviews mit verschiedenen TherapeutInnen und einer Psychose-Erfahrenen zu ihrem Psychoseverständnis. In: BOCK, T.; ESTERER, I.; DERANDERS, J. (Hg.): S. 94–115.
- BOCK, Th.; ESTERER, I.; DERANDERS, J. E. (1997): Es ist normal, verschieden zu sein. Bonn.
- BOCK, Th.; ESTERER, I.; DERANDERS, J. E. (Hg.) (2000): Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Bonn.
- BOCK, Th.; WEIGAND, H. (Hg.) (1998): Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn.
- BOCKOVEN, J. S.; SOLOMON, H. C. (1975): Comparison of two five-year follow-up studies: 1947 to 1952 and 1967 to 1972. In: *Am. J. Psychiatry*, 132, S. 796–801.
- BÖHME, G. (1980): Alternativen der Wissenschaft. Frankfurt a. M.
- BÖKER, W. (1980): Der Arzt als Dolmetscher. In: *Psycho*, 6, S. 381.
- BÖKER, W. (1986): Zur Selbsthilfe Schizophrener. Problemanalyse und eigene empirische Untersuchungen. In: BÖKER, W.; BRENNER, H. D. (Hg.): Bewältigung der Schizophrenie. Bern.
- BÖKER, W. (1997): Das Problem der Krankheitseinsicht und die Erarbeitung eines gemeinsamen Krankheitsverständnisses bei Ersterkrankten. In: BÖKER, W.; BRENNER, H. D. (Hg.): Behandlung schizophrener Psychosen. Stuttgart.
- BÖKER, W. (1999): Störungswahrnehmung und Krankheitseinsicht schizophrener Patienten. In: *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 67, S. 237–248.
- BÖKER, W.; BRENNER, H. D.; ALBERTI, L. (1982): Untersuchung subjektiver Neuroleptikawirkung bei Schizophrenen. In: *Therapiewoche*, 32, S. 3411–3421.
- BÖKER, W.; SCHAUB, A. (1997): Bewältigungsversuche Schizophrener. In: BÖKER, W.; BRENNER, H. D. (Hg.): Behandlung schizophrener Psychosen. Stuttgart.
- BOLA, J. R.; MOSHER, L. R. (2002): At issue: predicting drug-free treatment response in acute psychosis from the Soteria project. In: *Schizophr. Bull.*,



- 28, 4, S.559-575. Comment in: *Schizophr. Bull.*, 28, 4, S. 577–81; discussion: S. 583–588.
- BOLA, J. R.; MOSHER L. R. (2003): Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria project. In: *J. Nerv. Ment. Dis.*, 191, 4, S. 219–229.
- BONELLI, R. M.; HOFMANN, P.; ASCHOFF, A.; NIEDERWIESER, G.; HEUBERGER, C.; JIRIKOWSKI, G.; KAPFHAMMER, H.-P. (2005): The influence of psychotropic drugs on cerebral cell death: female neurovulnerability to antipsychotics. In: *International Clinical Psychopharmacology*, 20, S. 145–149.
- BRÄUNLING, S.; BALZ, V.; VON TROTHA, T. (2001): Freie Sicht auf mich selbst! Die Praxis im Berliner Weglaufhaus. In: [http://www.weglaufhaus.de/literatur/freie\\_sicht.html](http://www.weglaufhaus.de/literatur/freie_sicht.html).
- BREGGIN, P. R. (1990): Brain Damage, Dementia and Persistent Cognitive Dysfunction Associated with neuroleptic Drugs: Evidence, Etiology and Implications, In: *Journal of Mind and Behavior*, 11, S. 3–4.
- BREGGIN, P. R. (1996): Giftige Psychiatrie, Bd. 1. Heidelberg.
- BRENNER, H. D. (1995): Sozialpsychiatrie versus Klinikpsychiatrie? Eine verfehlte Kontroverse. In: FINZEN, A.; HOFFMANN-RICHTER, U. (Hg.): Was ist Sozialpsychiatrie? Bonn.
- BRENSING, A.; BENZ-STAIGER, P. (1999): Stationäre Gewalt als Hilfe oder Reglementierung? In: KRISOR, M.; PFANNKUCH, H. (Hg.): a. a. O.
- BRILL, K.-E. (1998): »Die Freiheit der Person ist unverletzlich« (Art. 2 GG). Die Respektierung der Grundrechte als Leitlinie psychiatrischen Handelns. In: BOCK, Th; WEIGAND, H. (Hg.): a. a. O., S. 106–119.
- BRILL, K.-E. (Hg.) (1996): Die Soteria-Idee lebt. Bonn.
- BRILL, K. E.; MARSCHNER, R. (2005): Psychisch Kranke im Recht. Ein Wegweiser. Bonn.
- BROWN, C. S.; WRIGTH, R. G.; CHRISTENSEN, D. B. (1987): Association between type of medication, instruction and patients knowledge, side effects and compliance. In: *Hosp. Comm. Psychiat.*, 38, S. 55–60.
- BRÜCHER, K. (1992): Ein individualisierendes psychoedukatives Therapiekonzept in der stationären Behandlung Schizophrener – Modelle und eigene Erfahrungen. In: *Psychiatr. Praxis*, 19, S. 59–65.
- BRÜGGE, C.; Wildwasser Bielefeld (Hg.) (1999): Frauen in verrückten Lebenswelten. Bern.
- BUCK, D. (1992 a): Unbewusstes in Traum und Psychose. In: BOCK, Th.; ESTERER, I.; DERANDERS, J. (Hg.). a. a. O.
- BUCK, D. (1992 b): Niemand wagt, über sein Psychose-Erleben zu sprechen. Die Suche nach dem Sinn im Wahnsinn muss Teil der Therapie werden. In: *Psychosoziale Umschau*, 4, S. 10–12.
- BURKHARDT-NEUMANN, C. (1999): Bin ich wirklich schizophren? Die unsicheren Diagnosen der Psychiatrie. München.
- BUTOLLO, W. (1997): Traumatherapie. Die Bewältigung schwerer posttraumatischer Störungen. München.
- BUTTNER, P.; KISSLING, W. (1996): Psychoedukative Gruppen in psychiatrischen Kliniken: Ergebnisse einer Befragung zu Häufigkeit und Art der Anwendung. In: STARK, A. (Hg.): a. a. O.
- CARPENTER, W. T. (1997): The Risk of Medication-Free Research. In: *Schizophr. Bull.*, 23, S. 11–18.
- CARPENTER, W. T.; MCGLASHAN, T. H.; STRAUSS, J. S. (1977): The treatment of acute schizophrenia without drugs: An Investigation of some Current Assumptions. In: *Am. J. Psychiatry*, 134, S. 14–20.
- CHAMBERLIN, J. (1988): On our own, patient-controlled alternatives to the mental health system. Reprint 1999: Berlin.
- CHAMBERLIN, J. (1993): Erfahrungen und Zielsetzungen der nordamerikanischen Selbsthilfe-Bewegung. In: KEMPKER, K.; LEHMANN, P. (Hg.): a. a. O.
- CHAMBERLIN, J. (2004): User-run services. In: READ, J.; MOSHER, L. R.; BENTALL, R. P. (Hg.): Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches To Schizophrenia. East-Sussex.
- CHARLES, C.; GAFNI, A.; WHELAN, T. (1999): Decision making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. In: *Social Science & Medicine*, 49, S. 651–661.
- CHOUINARD, G.; JONES, B. D. (1980): Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis: Clinical and pharmacologic characteristics. In: *Am. J. Psychiatry*, 137, S. 16–22.
- CIOMPI, L. (1982): Affektlogik. Stuttgart.
- CIOMPI, L.; DAUWALDER, H.-P.; AGUE, C. (1979): Ein Forschungsprogramm

- über die Rehabilitation psychisch Kranker. III. Längsschnittuntersuchung zum Rehabilitationserfolg und zur Prognostik. In: *Der Nervenarzt*, 50, S. 366–378.
- CIOMPI, L.; KUPPER, Z.; AEBI, E.; DAUWALDER, H.-P.; HUBSCHMID, T.; TRÜTSCH, K.; RUTISHAUSER, C. (1993): Das Pilotprojekt »Soteria Bern« zur Behandlung akuter Schizophrener. Ergebnisse einer vergleichenden prospektiven Verlaufsstudie über zwei Jahre. In: *Der Nervenarzt*, 64, S. 440–450.
- CIOMPI, L.; MÜLLER, C. (1976): Lebenslauf und Alter der Schizophrenen. Eien katamnestic Langzeitstudie bis ins Senium. Heidelberg u. a.
- COLEMAN, R.; SMITH, M. (2000): Stimmenhören verstehen und bewältigen. Bonn.
- COLOMBO, A.; BENDELOW, G.; FULFORD, B.; WILLIAMS, S. (2003): Evaluating the influence of implicit models of mental disorder on process of shared decision making within community-based multi-disciplinary teams. In: *Social Science and Medicine*, 56, S. 1557–1570.
- CONLEY, R.R.; BUCHANAN, R.W. (1997): Evaluation of treatment-resistant schizophrenia. In: *Schizophr. Bull.*, 23, S. 663–674.
- CORIN, E.; LAUZON, G. (1992): Positive withdrawal and the quest for meaning – the reconstruction of experience among schizophrenics. In: *Psychiatry*, 55, 3, S. 266–278.
- COULTER, A. (1997): Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. In: *Journal of Health Services Research and Policy*, 2, 2, S. 112–121.
- CULLBERG, J. (2003): Das dreidimensionale Entstehungsmodell der psychotischen Vulnerabilität – Konsequenzen für die Behandlung, In: ADERHOLD u. a. (Hg.): a. a. O.
- CUSTANCE, J. (1954): Weisheit und Wahn. Zürich.
- DAMMANN, B. (1982): Nachbemerken zu juristischen Fragen des Selbstmordes. In: GUILLON u. a. (Hg.): a. a. O.
- DAUWALDER, H.-P.; CIOMPI, L.; AEBI, E.; HUBSCHMID, I. (1984): Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker IV. In: *Der Nervenarzt*, 55, S. 257–264.
- DAVIDSON, L.; CHINMAN, M.; SELLS, D.; ROWE, M. (2006): Peer Support among Adults with Serious Mental Illness: A Report from the Field. In: *Schizophr. Bull.*, 32, 3, S. 443–445.
- DEBER, R. (1994): Physicians in health care management: The patient-physician-partnership: changing roles and the desire for information. In: *Canadian Medical Association Journal*, 151, 2, S. 171–176.
- DEMAND, J. (1998 a): Subjekt und Objekt – Anmerkungen zur psychiatrischen Sprache. In: BOCK, Th.; WEIGAND, H. (Hg.): a. a. O., S. 42–47.
- DEMAND, J. (1998 b): Zwangsmaßnahmen – Umgang mit Gefahr und Gewalt. In: BOCK, Th.; WEIGAND, H. (Hg.): a. a. O., S. 457–469.
- DIEHL, L. W. (1986): Aufklärung der Patienten – differenzierte Empfehlungen für Nervenärzte. In: *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 15, S. 30–36
- DIERKS, M.-L.; SEIDEL, G. (2005): Gleichberechtigte Beziehungsgestaltung zwischen Ärzten und Patienten – wollen Patienten wirklich Partner sein? In: HÄRTER, M.; LOH, A.; SPIES, C. (Hg.): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln, S. 35–44.
- DIETZ, A.; POERKSEN, N.; VOELZKE, W. (1998): Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. Bonn.
- DODEGGE, G. (1998): Die Gestaltung der Einweisungspraxis aus der Perspektive eines Unterbringungsrichters. In: KEBBEL, J. u. a. (Hg.): a. a. O.
- DULZ, B.; SCHNEIDER, A. (1996): Borderline-Störungen. Stuttgart u. a.
- DUSS VON WERDT, J.; MAHLER, G.; MAHLER, H. G. (Hg.) (1995): Mediation. Die andere Scheidung. Ein interdisziplinärer Überblick. Stuttgart.
- EICHENBRENNER, I. (1999): Der Praktikant, die Wölffin und das Amt. Bonn.
- EINK, M. (Hg.) (1997): Gewalttätige Psychiatrie. Ein Streitbuch. Bonn.
- EISENBERG, B. (1997): Customer Service in Healthcare. A New Era. In: *Hospital and Health Service Administration*, 42, S. 17–31.
- ELWYN, G.; EDWARDS, A.; KINNERSLEY, P. (1999): Shared decision making in primary care: The neglected second half of the consultation. In: *British Journal of General Practice*, 443, S. 477–482.
- ENGELHARDT, H. D. (1991): Autonomie und Selbstbestimmung: Grundlegende Konzepte der Bioethik in der Psychiatrie. In: PÖLDINGER, W.; WAGNER, W. (Hg.): Ethik in der Psychiatrie. Heidelberg u. a.

- ENGELHARDT, H. D.; SIMETH, A.; STARK, W. u. a. (1995): Was Selbsthilfe leistet ... Ökonomische Wirkungen und sozialpolitische Bewertungen. Freiburg i. Br.
- ESTROFF, S. E. (1989): Self, Identity and Subjective Experiences of Schizophrenia: In Search of the Subject. In: *Schizophr. Bull.*, 15; S. 189–196.
- FALLER, H. (1998): Krankheitsverarbeitung bei Krebspatienten. Göttingen.
- FALLOON, I. R. H. (1992): Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration. In: *Psychiatry*, 55, S. 4–15.
- FARADAY (1993): Deine Träume – Schlüssel zur Selbsterkenntnis. Frankfurt a. M.
- FARDE, L.; WIESEL, F. A.; STONE-ELANDER, S.; HALLDIN, C.; NORDSTROM, A. L.; HALL, H.; SEDVALL, G. (1990): D2 dopamine receptors in neuroleptic-naïve schizophrenic patients. A positron emission tomography study with [<sup>11</sup>C] raclopride. In: *Arch Gen Psychiatry*, 47, 3, S. 213–219.
- FEGERT, J. M. (1999): Patienten- und Elternaufklärung beim Einsatz - atypischer Neuroleptika in der Jugendpsychiatrie. In: FEGERT, J. M.; HÄSSLER, F.; ROTHÄRMEL, S. (Hg.): a. a. O.
- FEGERT, J. M.; HÄSSLER, F.; ROTHÄRMEL, S. (Hg.) (1999): Atypische Neuroleptika in der Jugendpsychiatrie. Stuttgart.
- FELTON, C. J.; STASTNY, P.; SHERN, D. L. u. a. (1995): Consumers as Peer Specialists on Intensive Case Management Teams: Impact on Client Outcomes. In: *Psychiatric Services*, 46, 10, S. 1037–1044.
- FENTON, S. W.; BLYLER, C. R.; HEINSEN, R. K. (1997): Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. In: *Schizophr. Bull.*, 23, S. 637–651.
- FIEDLER, P. (1999): Dissoziative Störungen und Konversion. Weinheim.
- FILIPP, S. H. (1990): Kritische Lebensereignisse. Weinheim.
- FINZEN, A. (1990): Der Patientensuizid: Untersuchungen, Analysen, Berichte zur Selbsttötung psychisch Kranker während der Behandlung. Bonn.
- FINZEN, A. (1997): Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Bonn.
- FINZEN, A. u. a. (1993): Hilfe wider Willen. Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag. Bonn.
- FOUCAULT, M. (1977): Die Ordnung des Diskurses. Frankfurt a. M.
- FRANK, A. F.; GUNDERSON, J. G. (1990): The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course und outcome. In: *Arch. Gen. Psych.*, 41, S. 228–236.
- FRICKE, R. (2004): Was erwarten Psychiatrie-Erfahrene vom Dialog? In: BOMBOSCH, J.; HANSEN, H.; BLUME, J. (Hg.): Dialog praktisch. Neumünster.
- FRITZ, U.; MACK, B. (1991): Gewalt in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 18, S. 162–166.
- GAEBEL, W.; PIETZKER, A. (1983): Indikation zur neuroleptischen Langzeitmedikation – Standardverfahren oder individual-prognostisch begleitete Intervention. In: *Nervenarzt*, 54, S. 467–476.
- GALUSKA, J. (1998): Spirituelle Krisen. In: BOCK, Th.; WEIGAND, H. (Hg.): a. a. O., S. 236–248.
- GEISLINGER, R. (Hg.) (1998): Experten in eigener Sache – Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe. München.
- GIERSDORF, N.; LOH, A.; HÄRTER, M. (2003): Quantitative Messverfahren des Shared decision-making. In: SCHEIBLER, F.; PFAFF, H. (Hg.): Shared decision-making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim, S. 69–85.
- GIL-AD, I.; SHATIF, B.; SHILOH, R.; WEIZMAN, A. (2001): Evaluation of the neurotoxic activity of typical and atypical neuroleptics: relevance to iatrogenic extrapyramidal symptoms. In: *Cell. Mol. Neurobiol.*, 21, 6, S. 705–716
- GOLDSTEIN, M. J. (1970): Premorbid adjustment, paranoid status and patterns of response to phenothiazine in acute schizophrenia. In: *Schizophr. Bull.*, 1, S. 24–27.
- GRAWE, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen.
- GRAWE, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen.
- GRAWE, K.; DONATI, R.; BERNAUER, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen.
- GRAWE, K.; GRAWE-GERBER, M. (1999): Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. In: *Der Psychotherapeut*, 44, S. 63–73.

- GREEN, B. (1993): Disasters and Posttraumatic Stress Disorder. In: DAVIDSON, J. R.; FOA, E. B. (Hg.): Posttraumatic Stress Disorder: DSM IV and Beyond. 23–36. Washington.
- GREENFELD, D.; STRAUSS, J. S.; BOWEN, M. B.; MANDELKERN, M. (1989): Insight and Interpretation of Illness in Recovery from Psychosis. In: *Schizophrenia Bulletin*, 15, S. 245–252.
- GUILLON, C.; LE BONNIEC, Y. (1982): Gebrauchsanleitung zum Selbstmord. Eine Streitschrift. Frankfurt a. M.
- HAASEN, Ch. (1998): Leben in der Fremde. Zur Situation von psychisch kranken Migranten. In: BOCK, Th.; WEIGAND, H. (Hg.): a. a. O.
- HAASTER, H. van; KOSTER, Y. (2005): Instutuut voor Gebruikersparticipatie en Beleid. Unveröffentlichtes Manuskript. Amsterdam.
- HÄFNER, H.; HEIDEN, M. an den; BUCHHOLZ, W.; BARDENS, R.; KLUG, J.; KRUMM, B. (1986): Organisation, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit komplementärer Versorgung Schizophrener. In: *Der Nervenarzt*, 57, S. 214–236.
- HAHLWEG, K.; DÜRR, H.; MÜLLER, U. (1995): Familienbetreuung schizophrener Patienten. Weinheim.
- HAHLWEG, K.; MÜLLER, U.; FEINSTEIN, E.; DOSE, M.; WIEDEMANN, G.; HANK, G. (1991): Praxis der psychoedukativen Familienbetreuung. In: RETZER, A. (Hg.): Die Behandlung psychotischen Verhaltens. Heidelberg.
- HALTENHOF, H. (1997): Die Fixierung – Relikt vergangener Zeiten? In: EINK, M. (1997): a. a. O.
- HAMANN, J.; HEIN, J.; KISSLING, W. (2005): Patientenempowerment – eine wirksame Strategie zur Förderung der Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. In: HÄRTER, M.; LOH, A.; SPIES, C. (Hg.): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln, S. 45–51.
- HARDIMAN, E.R.; MATTHEW, T.T.; HODGES, J.Q. (2005): Evidence-based Practice in Mental Health: Implications and Challenges for Consumer-Run Programs. In: *Best Practices in Mental Health*, 1, 1, S. 105–122.
- HARTWICH, P.; GRUBE, M. (1999): Psychosen-Psychotherapie. Tiefenpsychologisch fundiertes psychotherapeutisches Handeln in Klinik und Praxis. Darmstadt.
- HEGEMANN, Th.; SALMAN, R. (2000): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn.
- HEGERL, U.; MÖLLER, H. J. (2000): Pharmakotherapie der Altersdepression. In: *Der Nervenarzt*, 71, S. 1–8.
- HEINZ, A.; KNABLE, M. B.; WEINBERGER, D. R. (1996): Dopamine D2 receptor imaging and neuroleptic drug response. In: *J. Clin. Psychiatry*, 57 (Suppl.), S. 84–88.
- HEINZ, A. (2000): Dopaminhypothese der Schizophrenien – Neue Befunde für eine alte Theorie. In: *Der Nervenarzt*, 71, S. 54–57.
- HENDERSON, D.C. u. a. (2005): Clozapine; Diabetes Mellitus, Hyperlipidemia and Cardiovascular Risks and Mortality: Results of a 10-Year Naturalistic Study, In: *J. Clin. Psychiatry*, 66, 9, S. 1116–1121.
- HERRIGER, N. (1997): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart.
- HERRLICH, J. (1996): Einzelfall-orientierte ambulante Verhaltenstherapie bei schizophren Erkrankten. In: STARK, A. (Hg.): a. a. O.
- HERZ, M. I.; MELVILLE, C. (1980): Relapse in Schizophrenia. In: *Am. J. Psychiatry*, 137, 7, S. 801–805.
- HILSENBECK, P. (1998): Ein frauenspezifischer Blick auf die Psychiatrie. In: BOCK, Th.; WEIGAND, H. (Hg.): a. a. O., S. 48–66.
- HOFFMANN-RICHTER, U. u. a. (1997): Begleiteter Suizid. In: FINZEN, A.: a. a. O., S. 187–196.
- HOGARTY, G. E.; GOLDBERG, S. C.; SCHOOLER, N. R.; ULRICH, R. F. (1974): Drug- and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients: Two year relapse rates. In: *Arch. Gen. Psychiatry*, 31, S. 603–608.
- HOGARTY, G. E.; ULRICH, R. F. (1977): Temporal effects of drug and placebo in delaying relapse in schizophrenic outpatients. In: *Arch. Gen. Psychiatry*, 34, S. 297–301.
- HOGARTY, G. E.; ULRICH, R. F. (1998): The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment. In: *J. Psychiatr. Res.*, 32, 3/4, S. 243–250.
- HOGARTY, J. D.; BALDESSARINI, R. J.; TOHEN, M. u. a. (1994): One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. In: *Am. J. Psychiatry*, 151, S. 1409–1416.

- HÖLDTKE, B. (2000): Mammographie-Screening-Online. In: [www.mammographie-screening-online.de](http://www.mammographie-screening-online.de).
- HONNETH, A. (2003): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Frankfurt a. M.
- HORNUNG, P.; KIESERG, A.; FELDMANN, R. (1996): Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten (PTS) – Theoretischer Hintergrund, empirische Befunde und praktische Erfahrungen aus der Tagesklinik. In: STARK, A. (Hg.): a. a. O.
- HUBER, G. (1987): Psychiatrie. Stuttgart.
- HUNOLD, P.; RAHN, E. (2000): Selbstbewusster Umgang mit psychiatrischen Diagnosen. Bonn.
- HUTTERER-KRISCH, R. (Hg.) (1996): Psychotherapie mit psychotischen Menschen. Berlin.
- JOHNSTONE, E. C.; MACMILLAN, J. F.; FRITH, C. D.; BENN, D. K.; CROW, T. J. (1990): Further investigation of the predictors of outcome following first schizophrenic episodes. In: *Brit. J. Psychiatry*, 15, S. 182–189.
- JOST (2000): Zeitstörungen. Vom Umgang mit Zeit in Psychiatrie und Alltag. Bonn.
- JOUKAMAA, M.; HELIOVAARA, M.; KNEKT, P.; AROMAA, A.; RAITASALO, R.; LEHTINEN, V. (2006): Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. In: *Br. J. Psychiatry*, 188, 2, S. 122–127.
- JUNG, C. G. (1985): Psychogenese der Geisteskrankheiten. Gesammelte Werke, Bd. 3. Olten.
- KAHN, R. S.; DAVIS, K. L. (1995): New developments in dopamine and schizophrenia. In: BLOOM, F. E.; KUPFER, D. J. (Hg.): *Psychopharmacology: The fourth generation of progress*. New York.
- KANE, J. M. (1999): Management strategies for the treatment of schizophrenia. In: *J. Clin. Psychiatry*, 60 (Suppl.), S. 13–17.
- KANE, J. M.; DAVIS, J. M.; SCHOOLER, N.; MARDER, S.; CASEY, D.; BRAUZER, B.; MINTZ, J.; CONLEY, R. (2002): A multidose study of haloperidol decanoate in the maintenance treatment of schizophrenia. In: *Am. J. Psychiatry*, 159, 4, S. 554–560.
- KANFER, F. H.; REINECKER, H.; SCHMELZER, D. (2004): Selbstmanagement-Therapie. Heidelberg u. a.
- KAPUR, S.; ZIPURSKY, R.; JONES, C.; REMINGTON, G.; HOULE, S. (2000): Relationship between Dopamine D<sub>2</sub> occupancy, clinical response and side effects: a double-blind PET study of first-episode Schizophrenia. In: *Am. J. Psychiatry*, 157, S. 514–520.
- KAPUSTIN, P.; HORNBERGER, S.; KUCKUCK, R. (Hg.) (1997): Sport als Erlebnis und Begegnung: Angebote in der sozialpsychiatrischen Betreuung. Aachen.
- KASPER, J.; KUCH, C.; HEESSEN, C. (2003): Shared decision making als Interaktionsstil. Eine konstruktivistische Perspektive. In: SCHEIBLER, F.; PFAFF, H. (Hg.): *Shared decision-making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*. Weinheim, S. 34–45.
- KEBBEL, J.; PÖRKSEN, N.; Aktion Psychisch Kranke (1998): Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie. Köln.
- KEITEL, R.; THORWART, J. (1993): Krisenintervention in der Sozialpsychiatrie. In: BERGER, H. u. a. (Hg.): a. a. O.
- KEMPKER, K. (Hg.) (1998): Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglauffhaus. Berlin.
- KEMPKER, K.; LEHMANN, P. (Hg.) (1993): *Statt Psychiatrie*. Berlin.
- KESSLER, N. (Hg.) (1995): Manie-Feste. Frauen zwischen Rausch und Depression. Drei Erfahrungsberichte. Bonn.
- KETELSEN, R.; PIETERS, V. (2004): Prävention durch Nachbereitung – Maßnahmen zur tertiären Prävention. In: KETELSEN, R.; SCHULZ, M.; ZECHERT, C. (Hg.): *Seelische Krise und Aggressivität*. Bonn, S. 68–78.
- KEUPP, H. (1993): Die (Wieder-)Gewinnung von Handlungskompetenz. Empowerment in der psychosozialen Praxis. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 3, S. 365–381.
- KIEFFER, C. (1984): Citizen empowerment. A developmental perspective. In: RAPPAPORT, J.; SWIFT, C.; HESS, R. (Hg.): *Studies in empowerment. Toward understanding and action*. New York.
- KIESERG, A.; HORNUNG, W. P. (1994): Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten (PTS) – Ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm zur Rezidivprophylaxe. Tübingen.
- KIND, J. (1998): Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche. Göttingen
- KLEIN, H. E.; WEISSAUER, W. (1994): Zur ärztlichen Aufklärung über

- medikamentöse Behandlungen in der Psychiatrie. In: NABER, D.; MÜLLER-SPAHN, F. (Hg.): Clozapin. Pharmakologie und Klinik eines atypischen Neuroleptikums. Berlin.
- KNUF, A. (2004): Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus. Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. In: *Soziale Psychiatrie*, 1, S. 38–41.
- KNUF, A.; GARTELMANN, A. (Hg.) (1997a): Bevor die Stimmen wiederkommen. Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen. Bonn.
- KNUF, A.; GARTELMANN, A. (1997b): Vorsorgen – Systematische Erarbeitung mit dem Vorsorgebogen. In: KNUF, A.; GARTELMANN, A. (Hg.): a. a. O., S. 63–144.
- KNUF, A.; WÖRISHOFER, G. (1998): Der Münchner Krisenpass. In: DIETZ, A.; PÖRKSEN, N.; VOELZKE, W. (Hg.): a. a. O., S. 163–167.
- KOERFER, A.; KÖHLE, K.; OBLIERS, R. (1994): Zur Evaluation von Arzt-Patient-Kommunikation – Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In: REDDER, A.; WIESE, I. (Hg.): Medizinische Kommunikation. Opladen, S. 54–94.
- KOPETZKI, Ch. (1997): Grundriss des Unterbringungsrechts. Wien u. a.
- KRISOR, M. (1993): Auf dem Weg zur gewaltfreien Psychiatrie. Das Herner Modell im Gespräch. Bonn.
- KRISOR, M. (2005): Aufgehoben in der Gemeinde. Entwicklung und Verankerung einer offenen Psychiatrie. Bonn.
- KRISOR, M.; PFANNKUCH, H. (1998): Aspekte zur Theorie und Praxis einer gewaltfreien Psychiatrie. In: KEBBEL, J. u. a. (Hg.): a. a. O.
- KRISOR, M.; PFANNKUCH, H. (Hg.) (1999): Psychiatrie auf dem Weg. Lengerich.
- KÜHN, H. (1996): Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin.
- KUIPER, P. (1991): Seelenfinsternis – Die Depression eines Psychiaters. Frankfurt a. M.
- LANGE, H. U. (1981): Anpassungsstrategien, Bewältigungsreaktionen und Selbstheilungsversuche bei Schizophrenen. In: *Fortschritt Neurol. Psychiat.*, 49, S. 275–285.
- LARUELLE, M.; ABI-DARGHAM, A. (2000): Dopamine in the history of the schizophrenic brain: Recent contribution of brain-imaging studies. In: *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2, 4, S. 359–372.
- LEFERINK, K. (1997): Die Person und ihre Krankheit. »Mangelnde Einsicht« als Identitätsstrategie bei Menschen mit chronischer Schizophrenie. In: ANGERMEYER, M.; ZAUMSEIL, M. (Hg.): a. a. O.
- LEFF, J.; KUIPERS, L.; BERKOWITZ, R.; u. a. (1982): A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. In: *Br. J. of Psychiatry*, 141, S. 121–134.
- LEHMANN, P. (2004): Das Trialogische Weglaufhaus? Über das Ernstnehmen von Partnerschaft im psychiatrischen Bereich. In: Bombosch, J.; HANSEN, H.; BLUME, J. (Hg.): Trialog praktisch. Neumünster.
- LEHTINEN, V.; AALTONEN, J.; KOFFERT, T. u. a. (2000): Two-year outcome in first episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? In: *European Psychiatry*, 15, S. 312–320.
- LEMPA, G. (1995): Zur psychoanalytischen Behandlungstechnik bei schizophrenen Psychosen. In: *Forum Psychoanal.*, 11, S. 133–149.
- LIEBERMAN, J. A. u. a. (2005): Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia, In: *N. Engl. J. Med.*, 353, 12, S. 1209–1223.
- LINEHAN, M. M. (1996): Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München.
- LIPOWSKI, Z. J. (1970). Physical Illness, the Individual and the Coping Process. In: *Psychiatry in Medicine*, 1, S. 91–102.
- LLOYD, C.; KING, R. (2003): Consumer and carer participation in mental health. In: *Australian Psychiatry*, 11, 2, S. 180–184.
- LOCK, M. (2004): Medicalization and the naturalization of social control. In: EMBER, C. R.; EMBER, M. (2004): Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures, Vol. I: Topics. New York u. a.; S. 116–125.
- LOTZE, J. (1998): Subtile Macht in liberalem Kostüm. In: DIETZ, A.; PÖRKSEN, N.; VOELZKE, W. (Hg.): a. a. O., S. 69–74.
- LUCIUS-HOENE, G. (1998): Erzählen von Krankheit und Behinderung. In: *PPmP*, 48, S. 108–113.

- LUDERER, H. J. (1989): Aufklärung und Information in der Psychiatrie. In: *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 57, S. 305–318.
- LUDERER, H. J. (1994 a): Informationsvermittlung in der Psychiatrie (I): Einzelgespräche, Informationsbroschüren, Informationsgruppen in der Behandlung von Schizophrenie. In: *Krankenhauspsychiatrie*, 5, S. 173–177.
- LUDERER, H. J. (1994 b): Informationsvermittlung in der Psychiatrie (II): Diagnosemitteilung aus der Sicht von Arzt und Patient. In: *Krankenhauspsychiatrie*, 5, S. 121–126.
- LUDERER, H. J.; BÖCKER, F. M. (1993): Clinician's information habits, patients' knowledge of diagnoses and etiological concepts in four different clinical samples. In: *Acta Psychiatr. Scand.*, 88, S. 266–272.
- LUHMANN, N. (1989): Vertrauen. Frankfurt a. M.
- MARDER, S.; KAMMEN, D. P. v.; DOCHERTY, J. P.; RAYNER, J.; BUNNEY, W. E. (1979): Predicting drug-free improvement in schizophrenic psychosis. In: *Arch. Gen. Psychiatry*, 36, S. 1080–1085.
- MARDER, S. R.; MEBANE, A.; CHIEN, C. P.; WINSLADE, W. J.; SWANN, E.; PUTTEN, T. A. v. (1983): Comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment. In: *Am. J. Psychiatry*, 140, S. 470–472.
- MARDER, S. R. u. a. (1994): Fluphenazine vs placebo supplementation for prodromal signs of relapse in schizophrenia. In: *Arch. Gen. Psychiatry*, 51, S. 280–287.
- MARSCHNER, R. (1993): Juristische Aspekte sozialpsychiatrischer Arbeit. In: BERGER, H. u. a. (Hg.): a. a. O.
- MARTINOT, J. L. u. a. (1990): Striatal D2 dopaminergic receptors assessed with positron emission tomography and [76Br] bromospiperone in untreated schizophrenic patients. In: *Am. J. Psychiatry*, 147, 1, S. 44–50.
- MAUTHE, U. (2004): Psychiatrie-Erfahrene gestalten psychosoziale Hilfe: Offene Herberge eröffnet Ambulant Betreutes Wohnen. In: *Psycho-soziale Umschau*, 3, S. 42.
- MAY, P. R.; TUMA, A. H.; DIXON, W. J.; YALE, C.; THIELE, D. A.; KRAUDE, W. H. (1981): Schizophrenia. A follow-up study of the results of five forms of treatment. In: *Arch. Gen. Psychiatry*, 38, 7, S. 776–784.
- McEVOY, J. P.; HOGARTY, G. E.; STEINGARD, S. (1991): Optimal Dose of Neuroleptic in Acute Schizophrenia. In: *Arch. Gen. Psychiatry*, 48, S. 739–745.
- McGORRY, P. D.; EDWARDS, J.; MIHALOPOULOS, C.; HARRIGAN, S. M.; JACKSON, H. J. (1996): EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. In: *Schizophr. Bull.*, 22, S. 305–326.
- MEAD, N.; BOWER, P. (2000 a): Measuring patient-centeredness: a comparison of three observation-based instruments. In: *Patient Education and Counselling*, 39, S. 71–80.
- MEAD, N.; BOWER, P. (2000 b): Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. In: *Social Science and Medicine*, 51, S. 1087–1110.
- MEICHENBAUM, D.; TURK, D. C. (1994): Therapiemotivation des Patienten. Bern.
- MENTZOS, S. (2000): Psychose und Konflikt. Göttingen.
- MOSHER, L. R.; BOLA, J. R. (1999): Das Soteria-Projekt – Einschätzung des Affekts und Interventionsformen. In: MACHLEIDT, W.; HALTENHOF, H.; GARLIPP, P. (Hg.): Schizophrenie – eine affektive Erkrankung? Stuttgart u. a.
- MOSHER, L. R.; BURTI, L. (1992): Psychiatrie in der Gemeinde. Bonn.
- MOSHER, L. R.; GOSDEN, R.; BEDER, S. (2004): Drug companies and schizophrenia. Unbridled capitalism meets madness. In: READ, J.; MOSHER, L. R.; BENTALL, R. P. (Hg.): Models of Madness, Hove u. a.; S. 115–130.
- MOSHER, L. R.; MENN, A. Z. (1978): Community residential treatment for schizophrenia: Two-Year-Follow-up. In: *Hosp. Com. Psychiatry*, 29, S. 715–723.
- MOSHER, L. R. u. a. (1994): Dabeisein. Das Manual zur Praxis in der Soteria. Bonn.
- MÜLLER, D. (1978): Selbstmord und psychiatrische Behandlung. Bonn.
- MURTAGH, M.; HEPWORTH, J. (2003): Feminist ethics and menopause: autonomy and decision-making in primary medical care. In: *Social Science and Medicine*, 56, S. 1643–1652.
- MUTHNY, F.; BRODA, M. (1999): Krankheitsverhalten. In: Enzyklopädie der Psychologie, Klinische Psychologie 3, Grundlagen der Verhaltensmedizin.

- NABER, D.; KRAUSZ, M. (2001): Integrative Schizophrenietherapie – Behandlungsphilosophie und Intervention. Basel.
- NEIDER, A. (1996): Psychose als Erfahrung – Qualitative Interviews mit Psychoseerfahrenen über biographische Aspekte ihrer Erkrankung. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Tübingen.
- NELSON, A. A.; GOLD, B. H.; HUTCHINSON, R. A.; BENEZRA, E. (1975): Drug default among schizophrenic patients. In: *Am. J. Hospital Pharmacy*, 32, S. 1237–1242.
- NOUVERTNÉ, K. (1993): Die Helfer. Was müssen MitarbeiterInnen mitbringen und welche Hilfe brauchen sie? In: WIENBERG, G. (Hg.): *Bevor es zu spät ist*. Bonn.
- NOUVERTNÉ, K. (1998): Notfallhilfe – Kein Monopol der Klinik. In: BOCK, Th.; WEIGAND, H. (Hg.): a. a. O., S. 442–456.
- OLBRICH, E. (1997): Die Grenzen des Coping. In: TESCH-RÖMER, C. u. a. (Hg.): *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim.
- PANTELIS, C.; LAMBERT, T.J.R. (2003): Managing patients with »treatment resistant« schizophrenia. In: *Med. J. Australia*, 178, 5 (Suppl.), S. 62–66.
- PEKKALA, E.; MERINDER, L. (2005): Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2, Chichester.
- PFANNKUCH, H. (1997): »Offene Türen überall«. Über die Selbstverständlichkeit des Herner Modells. In: EINK, M. (Hg.): a. a. O., S. 172–190.
- PODVOLL, E. M. (1994): Verlockung des Wahnsinns. Therapeutische Wege aus entrückten Welten. München.
- PRINS, S. (2005): Ohne uns geht nichts mehr. In: *Kerbe*, 4, S. 8–9.
- RALPH, R.; LAMBRIC, T.; STEELE, R. (1996): Recovery issues in a consumer developed evaluation of the mental health system. In: *Proceedings. Sixth Annual Conference on State Mental Health Agency Services Research and Program Evaluation*. Alexandria.
- RAPPAPORT, M.; HOPKINS, H. K.; HALL, K.; BELLAZA, T.; SILVERMAN, J. (1978): Are there schizophrenics for whom drugs may be unnecessary or contraindicated? In: *Int. Pharmacopsychiatry*, 13, S. 100–111.
- RENNER, G. (1998): Behandlung ohne Einwilligung – Zur Reaktion von Patientinnen und Patienten. In: KEBBEL u. a., (Hg.): a. a. O.
- RICHTER, B. (2000): Erfahrungsbericht einer ehemals Schizophrenen. Ich trage mein Stigma mit Würde. In: *Infoblatt Psychiatrie*, 41, S. 4–5.
- RIEMANN, G. (1987): Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München.
- ROMME, M.; ESCHER, S. (1997): Stimmenhören akzeptieren. Bonn.
- ROSS, C. A.; READ, J. (2004): Antipsychotic medication: myths and facts. In: READ, J.; MOSHER, L. R.; BENTALL, R. P. (Hg.): *Models of Madness*. Hove u. a., S. 101–113.
- RÖSSLER, W.; SALIZE, H. J.; BIECHLE, U. (1995): Sozialrechtliche und strukturelle Defizite der außerstationären Versorgung chronisch psychisch Kranker und Behinderter. In: *Der Nervenarzt*, 66, S. 802–810.
- ROTHÄRMEL, S. (1999): Die Einwilligungsfähigkeit – Ein janusköpfiges Institut. In: FEGERT, J. M.; HÄSSLER, F.; ROTHÄRMEL, S. (Hg.): a. a. O.
- SACHSE, L. (1998): Heilsame Erfahrungen. Biotop Mosbach: Wegbegleiter durch psychotische Krisen. Neumünster.
- SACHSSE, U. (1999): Selbstverletzendes Verhalten. Göttingen. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997): *Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche*, Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Baden-Baden.
- SAMMALLAHTI, P. R.; HOLI, M. J.; KOMULAINEN, E. J.; AALBERG, V. A. (1996): Comparing two self-report measures of coping – the sense of coherence scale and the defense style questionnaire. In: *Journal of Clinical Psychology*, 52, S. 517–524.
- SCHÄFER, I.; LAMBERT, M.; NABER, D. (2004): Atypische Antipsychotika bei therapieresistenter Schizophrenie. In: *Nervenarzt*, 75, 1, S. 79–91.
- SCHAUB, A. (1993): Formen der Bewältigung schizophrener Erkrankung. Frankfurt a. M.
- SCHERNUS, R. (2000): Die Kunst des Indirekten. Plädoyer gegen den Machbarkeitswahn in Psychiatrie und Gesellschaft. Neumünster.
- SCHEYETT, A.; DIEHL, M. J. (2004): Walking Our Talk in Social Work Education: Partnering with Consumers of Mental Health Services. In: *Social Work Education*, 23, 4, S. 435–450.



- SCHIFF, J.; DAY, B. (1980): Alle meine Kinder. Heilung der Schizophrenie durch Wiederholen der Kindheit. München.
- SCHMALZ, U. (1994): Rette mich wer kann. Bonn.
- SCHÜNEMANN-WURMTHALER, S. (1982): Empirische Untersuchungen zum Frankfurter Beschwerde-Fragebogen. Inaugural-Dissertation der Universität Frankfurt a. M.
- SCHÜNEMANN-WURMTHALER, S.; SIBUM, B. (2003): Psychoedukative Gruppenarbeit als Projekt – Erfahrungen in der Entwicklungs- und Erprobungsphase. In: WIENBERG, G. (Hg.): a. a. O.
- SEIBERT, U. (1978): Soziale Arbeit als Beratung – Ansätze und Methoden für eine nicht stigmatisierende Praxis. Weinheim.
- SEIBERT, U. (1998 a): Unterstützungspotenziale in Selbsthilfegruppen von Psychiatrie-Erfahrenen. In: GEISLINGER, R. (Hg.): a. a. O.
- SEIBERT, U. (1998 b): Vom Trialog zurück zum Dialog. In: GEISLINGER, R. (Hg.): a. a. O.
- SEIKKULA, J.; AALTONEN, J.; ALAKARE, B.; HAARAKANGAS, K.; KERÄNEN, J.; LEHTINEN, K. (2006): Five-year Experiences of First Episode Non-affective Psychosis in Open Dialogue Approach: Treatment Principles, Follow-up Outcomes and Two Case Studies. In: *Psychotherapy and Research*, 16, 2, S. 214–228.
- Selbst-CheckerInnen (1997): Selbst-Checken – geht es wieder rund? In: KNUF, A.; GARTELMANN, A. (Hg.): a. a. O., S. 175–182.
- SELIGMAN, M. (1995): Erlernte Hilflosigkeit. Weinheim.
- SELLSCHOPP, A. (1999): Das Traumakonzept im Spannungsfeld zwischen Geschichte, Klinik und Forschung. In: *Persönlichkeitsstörungen, Traumen und Therapie*, 3, S. 64–74.
- SHARFSTEIN, S. S. (2005): Big Pharma and American Psychiatry: The Good, the Bad and the Ugly. In: *Psychiatric News*, 8 (19. August), S. 3.
- SHAZER, S. de (1992): Muster familientherapeutischer Kurzzeittherapie. Paderborn.
- SIBITZ, I.; OSSEGE, M.; STROBL, R. (2002): PatientInnenvidierte Entlassungsbriefe bei schizophrenen Erkrankungen. In: *Psychiatrische Praxis*, 29, S. 14–17.
- SILVERMAN, J. (1975/76): Altered states of consciousness: Positive and negative outcomes. In: *J. Altered States of consciousness*, 2, S. 295–317.
- SLADE, P. D.; BENTALL, R. P. (1988): Sensory deception: towards a scientific analysis of hallucinations. London.
- SPRINGER, G. (1996): Neubeelterung – Zur Theorie und Technik der transaktionsanalytischen Psychotherapie. In: HUTTERER-KRISCH, R. (Hg.): a. a. O.
- STARK, A. (Hg.) (1996): Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophrenen Erkrankten. Tübingen.
- STEIN, V. (1996): Abwesenheitswelten. Mein Weg durch die Psychiatrie. Frankfurt a. M.
- STÖCKLE, T. (1993): Die Irren-Offensive. In: KEMPKER, K.; LEHMANN, P. (Hg.): a. a. O.
- STOFFELS, H.; KRUSE, G. (1996): Der psychiatrische Hausbesuch. Hilfe oder Überfall? Bonn.
- STORCH, M.; KRAUSE, F. (2002): Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Zürcher Ressourcenmodell. Bern u. a.
- STRATENWERTH, I. (1999): Wahn & Sinn. Verrückte Lebenswege. München.
- STRAUSS, J. S.; HARDING, C. M.; HAFEZ, H.; LIBERMAN, P. (1986): Die Rolle des Patienten bei der Genesung von einer Psychose. In: BÖCKER, W.; BRENNER, H. D. (Hg.): Bewältigung der Schizophrenie. Bern.
- SÜLLWOLD, L. (1977): Symptome schizophrener Erkrankungen. Uncharakteristische Basisstörungen. Berlin.
- SÜLLWOLD, L.; HERRLICH, J. (1998): Psychologische Behandlung schizophrener Erkrankter. Stuttgart.
- TARRIER, N.; LOWSON, K.; BARROWCLOUGH, C. (1991): Some aspects of family interventions in schizophrenia. II: Financial considerations. In: *Br. J. Psychiatry*, 159, 10, S. 481–484.
- TERZIOGLU, P. (2005): Die gelungene Arzt-Patient-Kooperation in der psychiatrischen Praxis. Bonn.
- THURM-MUSSGAY, I.; GALLE, K.; HÄFNER, H. (1991): Krankheitsbewältigung Schizophrener: Ein theoretisches Konzept zu ihrer Erfassung und erste Erfahrungen mit einem neuen Messinstrument. In: *Verhaltenstherapie*, 1, S. 293–300.

- TIENARI, P. (1991): Interaction between genetic vulnerability and family environment: the Finnish adoptive family study of schizophrenia. In: *Acta Psychiatr. Scand.*, 84, S. 460–465.
- TIENARI, P.; WYNNE, L. C.; SORRI, A.; LAHTI, I.; LÄKSY, K.; MORING, J.; NAARALA, M.; NIEMINEN, P.; WAHLBERG, K.-E. (2004): Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder – Long-term follow-up study of Finnish adoptees. In: *Br. J. of Psychiatry*, 184, S. 216–222.
- TOOTH, B.; KALYANANSUNDARAM, V.; GLOVER, H. (1997): Recovery From Schizophrenia: A Consumer Perspective. Final Report to Health and Human Services Research and Development Grants Program (RAD-GAC).
- UKAI, W.; OZAWA, H.; TATENO, M.; HASHIMOTO, E.; SAITO, T. (2004): Neurotoxic potential of haloperidol in comparison with risperidone: implication of act-mediated signal changes by haloperidol. In: *J. Neural. Transm.*, 111, 6, S. 667–81.
- UTSCHAKOWSKI, J. (2004): Bewertung von durch Psychiatrie-Erfahrene durchgeführte Seminare durch StudentInnen der Sozialarbeit an der Hochschule Bremen. Unveröffentlichte Studie, Wintersemester 2003/2004. Bremen.
- Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft (Hg.) (1999): Patientenrechte. Wien. (Bezug über: Verein für ..., Forsthausgasse 16–20, A-1020 Wien)
- VIGUERA, A. C.; BALDESSARINI, R. J.; HEGARTY, J. D.; KAMMEN, D. P. v.; TOHEN, M. (1997): Clinical risk following abrupt and gradual withdrawal of maintenance neuroleptic treatment. In: *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, S. 49–55.
- VOELZKE, W. (1998): Psychotherapeutische Behandlung in der psychiatrischen Versorgung aus der Sicht Psychiatrie-Erfahrener. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 30, S. 47–67.
- VOGD, W. (2004): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität Eine qualitative rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen (»frames«) und Rahmungsprozessen. Berlin.
- WALDSCHMIDT, A. (1999): Der Selbstbestimmungsbegriff. Perspektiven chronisch kranker und behinderter Menschen. In: FEUERSTEIN, G.; KUHLMANN, E. (Hg.): Neopaternalistische Medizin: Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis. Bern, S. 115–130.
- WARNER, R. (1994): Recovery from Schizophrenia. London.
- WEHDE, U. (1991): Das Weglaufhaus. Berlin.
- WEIK, A. (1992): Building a strength perspective for social work. In: SALEEBEY, D. (Hg.): The strenght perspective in social work practice. New York.
- WEISS, B. (1997): Das persönliche Krisenkonzept. In: KNUF, A.; GARTELMANN, A. (Hg.): a. a. O., S. 151–157.
- WEISS, H. (1992): Annäherung an den Empowerment-Ansatz als handlungsorientiertes Modell in der Frühförderung. In: *Frühförderung indisziplinar*, 11, S. 157–159.
- WEIZÄCKER, V. v. (1956): Pathosophie. Göttingen.
- WHITE, D. (2000): Consumer and Community Participation: A Reassessment of Process, Impact, and Value. In: ALBRECHT, G.; FITZPATRICK, R.; SCRIMSHAW, S. (Hg.): Handbook of Social Studies in Health and Medicine. London, S. 465–480.
- WIENBERG, G. (1997): Gewaltfreie Psychiatrie – eine Fiktion. In: EINK, M. (Hg.): a. a. O., S. 14–28
- WIENBERG, G. (Hg.) (2003): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophoren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Bonn.
- WIENBERG, G.; SIBUM, B. (2003): Psychoedukative Therapie schizophoren Erkrankter – Einordnung und Überblick. In: WIENBERG, G. (Hg.): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophoren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Bonn.
- WINZEN, R. (1999): Zwang. Was tun bei rechtlicher Betreuung und Unterbringung. München.
- WIRTGEN, W. (Hg.) (1997): Trauma – Wahrnehmen des Unsagbaren. Psychopathologie und Handlungsbedarf. Heidelberg.
- WÖRISHOFER, G. (1997): Von der Wiege bis zur Bahre – nichts als Formulare? Gedanken eines Psychoseerfahrenen zum Vorsorgebogen. In: KNUF, A.; GARTELMANN, A. (Hg.): a. a. O., S. 145–147.

- WORTMAN, C.B.; BREHM, J.W. (1975): Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model. In: BERKOWITZ, L. (Hg.): *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 8. New York.
- WYATT, R. J. (1991): Neuroleptics and the Natural Course of Schizophrenia. In: *Schizophr. Bull.*, 17, S. 325–351.
- WYATT, R.J. (1997): Research in Schizophrenia and the Discontinuation of Antipsychotic Medications. In: *Schizophr. Bull.*, 23, S. 3–9.
- YASSA, R.; NASTASE, C.; DUPONT, D.; THIBEAU, M. (1992): Tardive dyskinesia in elderly psychiatric patients: a 5-year study. In: *Am. J. Psychiatry*, 148, S. 1206–1211.
- YUEN, M. S. K.; FOSSEY, E. M. (2003): Working in a community recreation program: A study of consumer-staff perspectives. In: *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, S. 54–63.
- ZACHER, A. (1988). *Kategorien der Lebensgeschichte*. Berlin.
- ZAUMSEIL, M. (1998): Psychoseseminare – Ein Puzzle theoretischer Bausteine. In: GEISLINGER, R. (Hg.): *Experten in eigener Sache: Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe*. München.
- ZAUMSEIL, M. (2000): Möglichkeiten der Verständigung über Medikamente. Wie kommen Professionelle und Betroffene zu gemeinsamen Entscheidungen? In: KNUF, A.; SEIBERT, U. (Hg.): *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit*. Bonn, S. 196–210.
- ZIMMERMAN, M. (1990): Toward a theory of learned hopefulness: A structural model analysis of participation & empowerment. In: *Journal of Research in Personality*, 24, S. 71–86.
- ZÖLLNER, H.-M.; DOEPP, S. (1979): Die Einstellung depressiver und schizophrener Kranker zu ihrer Diagnose. In: *Der Nervenarzt*, 50, 28.

## Autorinnen und Autoren

- VOLKMAR ADERHOLD, Jahrgang 1954, Dr. med., Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin, arbeitet seit 1982 in der Psychiatrie. Langjähriger Oberarzt im Arbeitsbereich Psychosen des UKE in Hamburg-Eppendorf. Zahlreiche Veröffentlichungen, zuletzt Mitherausgeber von *Psychotherapie der Psychosen – Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien*.
- JUDI CHAMBERLIN, ist tätig am Zentrum für psychiatrische Rehabilitation an der Universität Boston, außerdem am National Empowerment Center in Lawrence, Massachusetts. Sie ist eine der frühesten Vertreterinnen der amerikanischen Empowerment-Bewegung psychiatrieeffahrener Menschen. Autorin von *On our own*. Heute in verschiedenen Funktionen tätig.
- ROSA GEISLINGER, Jahrgang 1949, Diplom-Psychologin. Seit Mitte der achtziger Jahre Beschäftigung mit alternativen Projekten und Beteiligungsmodellen für psychiatrieeffahrene Menschen; Mitbegründerin eines beruflichen Qualifizierungsprojekts in München. Von 1990 bis 2001 Mitarbeiterin im Selbsthilfzentrum in München, seither tätig im Bezirkskrankenhaus Haar auf zwei tagesklinischen Stationen. Außerdem ist sie zuständig für die Verankerung der Selbsthilfe im stationären Bereich.
- ANDREAS KNUF, Jahrgang 1966, Diplom-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut, langjährige Tätigkeit in der stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgung, arbeitet heute für die Schweizer Stiftung Pro Mente Sana in Zürich und in der Fortbildung ([www.psychiatriefortbildung.de](http://www.psychiatriefortbildung.de)). Zahlreiche Veröffentlichungen.
- HELMUT MAIMER, Jahrgang 1959, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Studium in München, Facharztweiterbildung in Kaufbeuren und Memmingen, seit 1998 in eigener Praxis.
- MARGRET OSTERFELD, Jahrgang 1950, ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutin und arbeitet als Oberärztin in einer psychiatrischen Klinik im Ruhrgebiet. Sie hat eigene Erfahrungen als Psychiatriepatientin und ist außerdem pharmazeutisch-technische Assistentin sowie Mitautorin des Buches *Umgang mit Psychopharmaka. Ein Patienten-Ratgeber*.

**ULRICH SEIBERT**, Jahrgang 1930, Diplom-Psychologe; von 1961 bis 1993 Hochschullehrer für Sozialarbeit/ Sozialpädagogik (FH München und Universität Tübingen); Berater von Psychatrieerfahrenen und Selbsthilfegruppen; Supervisor in der Gemeindepsychiatrie; Psychoseseminare; internationale Projekte; zahlreiche Veröffentlichungen. Er verstarb im Herbst 2002.

**PERI TERZIOGLU**, Jahrgang 1970, Dr. phil., studierte Psychologie in Berlin, wo sie 2004 promovierte. Sie war auch beschäftigt mit der Entwicklung eines Curriculums für das Thema Interaktion/ Kommunikation im Medizinstudium. Zuletzt erschien ihr Buch *Die gelungene Arzt-Patient-Kooperation in der psychiatrischen Praxis*.

**JÖRG UTSCHAKOWSKI**, Jg. 1962, Diplom-Sozialarbeiter/ -pädagoge, war 15 Jahre im betreuten Wohnen tätig. Er ist Lehrbeauftragter an der Hochschule Bremen und seit 2000 Koordinator europäischer Pilotprojekte, insbesondere seit 2005 von EX-IN (Experienced-Involvement) zur Qualifikation von Psychiatrie-Erfahrenen als Dozenten und »Genesungsbegleiter«. Zahlreiche Veröffentlichungen, zuletzt: *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege – Mental Health Care*.

**GOTTFRIED WÖRISHOFER**, Jahrgang 1953, Diplom-Sozialpädagoge, zwischen 1972 und 1988 wiederholte Psychatrieaufenthalte, langjährige Berufs- und Beratungspraxis. Mitbegründer der Münchner Psychiatrie-Erfahrenen, arbeitet dort seit 1997 als fest angestellter Selbsthilfe-Berater.

**MANFRED ZAUMSEIL**, Prof. Dr., Hochschullehrer am Institut für Klinische Psychologie an der FH in Berlin. Zahlreiche Veröffentlichungen.



**Peri Terzioglu**  
**Die gelungene Arzt-Patient-Kooperation**  
**in der psychiatrischen Praxis**

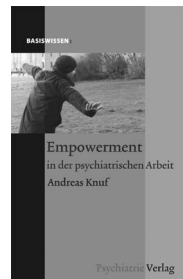
ISBN 978-3-88414-393-3

280 Seiten; 24,90 Euro

In der medizinischen Versorgung wird die Mitbestimmung des Patienten immer stärker betont. »Shared decision making« lautet das Schlagwort für eine partizipative Arzt-Patient-Beziehung. Dabei wird oft wie selbstverständlich der »mündige« und selbstbestimmende Patient vorausgesetzt. Die Studie von Peri Terzioglu zeigt nun, dass die allgemeinen Modelle von einer stärkeren Patientenbeteiligung für psychotische Menschen nur zum Teil zutreffen. Wichtiger als umfassendes Informieren ist die Entwicklung einer tragfähigen Beziehung, die geprägt ist von Vertrauen und viel Zeit für Gespräche lässt.

»Das für mich Eindrucksvollste gleich vorne weg: Wie Peri Terzioglu den Leser mit in das Sprechzimmer der untersuchten psychiatrischen Praxen nimmt, ist meines Wissens ohne Beispiel. Anhand konkreter anonymisierter Gesprächsequenzen und zahlreicher eigener Beobachtungen identifiziert sie typische Merkmale gelungener Kontakte zwischen Menschen mit Psychosen und ihren Ärzten. Gerade dadurch, dass sie ihre eigenen Beobachtungen, Ideen und Einsichten in den Interviews mit den beteiligten »Kooperationspartnern« überprüft und ergänzt hat, eröffnet sie auch dem interessierten Leser (und sicher nicht nur Nervenärzten!) neue und zum Teil überraschende Perspektiven. Dabei vermeidet sie alle gängigen Vorurteile und versucht, die zugrundeliegenden Möglichkeiten, Bedürfnisse und Haltungen auf beiden Seiten zu erkunden. In einer verständlichen Sprache und mit viel Wertschätzung beschreibt und analysiert sie die »Bausteine« des Erfolges. Ihre Ergebnisse diskutiert Peri Terzioglu vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes zur Patientenbeteiligung in der ärztlichen Behandlung. Manches lässt sich sicher auch auf die Behandlung anderer schwerer und potenziell chronischer Erkrankungen übertragen. Ich bin sicher, dass das Buch sowohl für Ärzte und andere professionelle Helfer wie auch für Menschen mit (psychischen) Erkrankungen und ihre Angehörigen eine Fülle neuer Denkanstöße bereit hält.«

*Kundenrezension bei amazon.de*



**Andreas Knuf**

**Basiswissen: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit**

ISBN 978-3-88414-409-1

144 Seiten; 14,90 Euro, 26,80 sFr

Alle reden von Empowerment. Das Ziel, die Selbstständigkeit und Selbstbestimmungsfähigkeit des Klienten zu unterstützen, steht hinter jedem Hilfeplan. Aber was heißt das konkret? Andreas Knuf zeigt anhand von zahlreichen Beispielen aus der die Praxis, wie Empowerment in die psychiatrische Arbeit umgesetzt werden kann – auch bei Klienten, die zunächst einmal keinen oder kaum einen Wunsch nach Selbstbestimmung zeigen.

Selbstbestimmungsfähigkeiten erwerben Menschen vor allem durch Lernerfahrungen. Profis können Psychiatrie-Erfahrenen in vielfältigen Bereichen Lernchancen eröffnen, sofern sie bereit sind zu riskieren, dass ein Versuch auch negativ verläuft, wenn z.B. dass Absetzen der Medikamente misslingt oder die angestrebte Ausbildung scheitert. Die Eigenaktivität und Motivation der Klienten zu fördern heißt unter Umständen nämlich, aus fachlicher oder persönlicher Sicht »falsche« Entscheidungen zu akzeptieren und mitzutragen. Diese neue Haltung, weg von der Fürsorge hin zu einem beruflichen Selbstverständnis, das den Profi eher als Anwalt der Klienten versteht, ist die Voraussetzung von Empowermentarbeit. Die Frage, was richtig oder falsch ist und was der Gesundheit des Klienten zuträglich ist, tritt zurück hinter der Frage, was der Klient will und was ihn bei der Umsetzung seiner Vorstellungen unterstützen kann. Konsequenter umgesetzt, hat Empowerment weitreichende praktische Konsequenzen hin bis zur institutionellen Partizipation von Betroffenen und zur Weiterbildung der Mitarbeiter.



**Psychiatrie-Verlag Bonn**

www.psychiatrie-verlag.de • mail: verlag@psychiatrie.de

