

Eine Ärztin, zu der ich eine lange und eigentlich gute Beziehung hatte, sagte mal zu mir, dass sie die Behandlung abbrechen würde, wenn ich meine Medikamente nicht nehme. Das empfand ich in dem Moment als Zwang, denn ich war ja von ihr abhängig und wollte sie als Ärztin nicht verlieren.

*Rainer, 49 Jahre,
Psychiatrieerfahrener*

Was ist Selbstverantwortung und wie lässt sie sich fördern?

Von **Andreas Knuf**

Erst in jüngster Zeit ist die Bedeutung der Selbstverantwortung für den Genesungsprozess psychiatrierfahrener Menschen wieder deutlich geworden. In Befragungen genesener Betroffener zeigte sich, welcher hohen Stellenwert sie der Bereitschaft zur Übernahme von Selbstverantwortung für den eigenen Gesundungsweg beimessen (u.a. Brown & Kandirikirira, 2007). Die Psychiatrie hat lange wenig für die Förderung von Selbstverantwortung getan. So bewirkt eine einseitige Fokussierung auf Medikamente die Delegation der Verantwortung an das Medikament. Auch die professionelle Attribution auf das Medikament („Dem Patienten geht es endlich besser, das Medikament wirkt also.“) bewirkt einen zunehmenden Rückzug aus der Eigenverantwortung und eine Verminderung des Gefühls der Selbstwirksamkeit. Außerdem bestehen im stationär-psychiatrischen Setting Behandlungsstrukturen, die den Betroffenen wenig Selbstbestimmung ermöglichen und Regression fördern. Und wenn die Übernahme von Selbstverantwortung dann doch zum Thema wird, dann wird sie eher eingefordert als dass sie angemessen und therapeutisch eingebettet gefördert würde („Sie müssen selber wollen.“). So wird das Tragen von Selbstverantwortung nicht als Therapieziel, sondern eher als Therapievoraussetzung verstanden.

Was ist Selbstverantwortung?

Selbstverantwortung oder Eigenverantwortung sind Begriffe, für die sich kaum gute Definitionen finden lassen. Dabei ist die Übernahme von Selbstverantwortung vielleicht eines der zentralsten Elemente für einen Genesungsprozess überhaupt. Gemeint ist, dass der betroffene Mensch selber Verantwortung für seine Handlungen, seinen Gesundungsweg und auch für seine Erkrankung übernimmt. Damit



Andreas Knuf

Diplom-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut, mit eigener Praxis für Psychotherapie in Konstanz, als Buchautor und im Fortbildungsbereich tätig.

Foto: Südkurier.

ist Selbstverantwortung die Voraussetzung für jede Form von ernstgemeinter Selbsthilfe. Denn wer sich selber helfen möchte, muss zunächst einmal seine Einflussmöglichkeiten erkennen und die Zusammenhänge zwischen eigenem Verhalten und Erkrankung verstehen.

Selbstverantwortung wird möglich, wenn ich anerkenne, was ist (Knuf 2010). Dazu gehört zunächst das Anerkennen der eigenen Erkrankung oder der Krisenanfälligkeit. Ferner die Akzeptanz der gegenwärtigen Situation, beispielsweise der Tatsache, dass ich von Arbeitslosigkeit bedroht bin oder mein berufliches Ziel nicht erreichen kann. Das zweite Element der Selbstverantwortung ist das Erkennen und Nutzen der eigenen Handlungsmöglichkeiten. Anstatt äußere Umstände oder andere Menschen für die aktuelle Situation verantwortlich zu machen („Wenn meine Eltern sich anders verhalten hätten...“; „Wenn man mich in der Psychiatrie nicht fixiert hätte...“), erkennt der Betroffene den eigenen Anteil an der aktuellen Situation und kann dementsprechend sein Verhalten verändern. Dann hat das Beschuldigungsspiel („Blame Game“), das wir Menschen alle gerne spielen, ein Ende. Ein Spiel, bei dem wir letztlich selbst die Leidtragenden sind, da wir uns unserer eigenen Handlungsmöglichkeiten berauben.

Schlussfolgerungen

Eine adäquate Milieugestaltung, gepaart mit einem respektvollen und einfühlsamen Umgang mit Patienten und Angehörigen, fördert eine heilsame Entspannung. Gleichzeitig erhöht sie die Fähigkeit zur Selbstbestimmung, vermindert die Gewaltbereitschaft und damit auch die Notwendigkeit von Zwang und Bevormundung. In die gleiche Richtung weisen auch neuere Forschungsbefunde zum Einfluss von Umweltfaktoren auf die Hirnfunktion (so etwa die Veränderung der Hirnstruktur im Sinn der so genannten „neuronalen Plastizität“, oder die vermehrte Ausschüttung des „Glückshormons“ Oxytocin bei Anwesenheit einer sympathischen Person). Insgesamt kann eine sinnvolle Gestaltung des therapeutischen Umfeldes zu einer sanfteren, menschlicheren und gleichzeitig effizienteren Psychiatrie führen. ●

Literatur

Wing, J.K., Brown, G.W. (1970) Institutionalism and schizophrenia. A comparative study of three mental hospitals 1960-1968. University Press, Cambridge.

Ciampi, L., Müller, C. (1976) Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestic Langzeitstudie bis ins Senium. Springer, Berlin-Heidelberg-New York.

Ciampi, L., Hoffmann, H., Broccard, M. (Hrsg.) (2001): Wie wirkt Soteria? Eine atypische Schizophreniebehandlung – kritisch durchleuchtet. Huber Bern-Stuttgart.

Ciampi, L., Hoffmann, H. (2004) Soteria Berne. An innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. World Psychiatry 3:140-146.

Jiko, I (1996): Elemente der Soteria bewegen die Akutstationen. In: Dörner, K. (Hrsg.): Das Krankenhaus lernt laufen, Gütersloh, S. 174 f.

Weitere Informationen: www.ciampi.com

Selbstverantwortung zu übernehmen fällt allen Menschen schwer. Wie viele Streitereien erwachsener Menschen sind die Folge einer fehlenden Bereitschaft zur Selbstverantwortung? Es ist viel einfacher den anderen zu beschuldigen, als den eigenen Anteil am Streit anzuerkennen, dafür Verantwortung zu übernehmen und sein Verhalten entsprechend zu verändern.

Selbstverantwortungsübernahme ist für psychiatrieerfahrene Menschen aber eine viel größere Herausforderung als für die meisten anderen Menschen. Denn sie müssen bereit sein, eine zumeist sehr belastende Situation anzuerkennen und ausgesprochen mühsame Handlungsmöglichkeiten zu erproben.

Selbstverantwortung wird durch zahlreiche Faktoren erschwert, die mit der Pathologie einhergehen. So bewirken Mangelenerfahrungen in der frühen Kindheit oft starke Regressionsbedürfnisse in späteren sozialen Beziehungen. Traumatisierungen führen zu einem verminderten Gefühl, die äußere Situation beeinflussen zu können, und Scham auslösende Krisenerfahrungen erschweren eine Annahme des Erlebten und eine Bereitschaft sich mit den eigenen Handlungsmöglichkeiten auseinanderzusetzen. Für einzelne Erkrankungen wurde dies auch genauer herausgearbeitet. So spricht Masha Linehan (1996) etwa bei Borderline-Betroffenen von einer sogenannten „Aktiven Passivität“. Damit ist der Versuch gemeint, keine Selbstverantwortung zu übernehmen, sondern sein Engagement darauf zu verwenden andere Menschen zu finden, die stellvertretend die eigenen Probleme lösen. Selbstverantwortung ist eines der zentralen therapeutischen Grundannahmen der DBT: „Borderline-Patientinnen haben ihre Probleme in der Regel nicht alle selbst verursacht, sie müssen sie aber selber lösen.“

Wie lässt sich Selbstverantwortung fördern?

Nicht nur die ganz aktuellen neurobiologischen Forschungsergebnisse stellen das Konzept des freien Willens infrage (Metzinger, 2010). Entscheidungen werden nicht durch eine rationale Entscheidungsinstanz, „Ich“ genannt, getroffen, sondern sind größtenteils vorbestimmt durch unsere Sozialisa-

tion, durch die äußeren Bedingungen und durch unsere psychische Struktur. Nichts desto trotz erscheint es uns subjektiv so, als hätten wir diesen freien Willen. Entsprechend wird auch heute noch und trotz besseren Wissens an ihn, den freien Willen appelliert: „Es hängt von ihnen ab!“, „Es ist ihre Entscheidung.“ Der Vorteil dieses wissenschaftlich nicht mehr

haltbaren Verständnisses des freien Willens besteht unter anderem darin, dass die Behandler und Therapeuten im Falle des Misslingens entlastet sind („Er wollte nicht wirklich!“). Doch auch im Alltagseinsatz erweist sich diese Haltung als unbrauchbar. Klienten, die Selbstverantwortung übernehmen können, tun dies in der Regel bereitwillig. Klienten, denen es schwerfällt Selbstverantwortung zu übernehmen, gelingt es eben gemeinhin nicht. Entsprechend führt die oben beschriebene Haltung nur zu Schuldgefühlen beim Klienten. Aber Schuldgefühle behindern gerade die Lernbereitschaft, Selbstverantwortung zu übernehmen. So beißt sich denn die Katze in den Schwanz.

Selbstverantwortung wird im Rahmen der kindlichen Entwicklung schrittweise erworben. Ähnliche Schritte müssen Erwachsene gehen, wenn sie einmal verlorene Selbstwirksamkeit/Selbstverantwortung wiedererlangen wollen. Selbstverantwortung entwickelt sich entlang einer Art „Selbstverantwortungstreppe“. Zu Beginn geht es um die Selbstverantwortung in kleinsten Alltagsfragen, beispielsweise wie ich mich ernähren möchte. Und entwickelt sich dann schrittweise weiter. Eine Betroffene berichtete, dass sie zunächst keine Verantwortung für sich übernehmen konnte, wohl aber für ihren Hamster. Später wurde aus dem Hamster eine forderndere Katze und darüber wurde es ihr schließlich leichter, auch für sich selbst Verantwortung zu übernehmen. Selbstverantwortung steht nicht am Beginn eines Recovery-Prozesses, sondern ist ein Element des Gesundungsweges. So wird Selbstverantwortung in dem Recovery-Modell von Ralph et al. (2004) als „Entschiedenenes Engagement für die eigene Gesundheit“ bezeichnet und ist die fünfte von sechs Recovery-Phasen.

Ein zentrales Element der Förderung von Selbstverantwortung ist die Entwicklung eines Empfindens von Selbstwirksamkeit. Selbstwirksamkeit (Bandura, 1997) meint die Überzeugung, durch eigenes Handeln etwas bewirken zu können. Nur dem, der ein Selbstwirksamkeitsempfinden hat, wird auch die Übernahme von Selbstverantwortung gelingen. Gefördert wird das Empfinden von Selbstwirksamkeit durch verschiedene Erfahrungen. Zentral sind vor allem die direkte Erfahrung („Hoppla, ich kann das ja.“), die Beobachtung von Dritten („Was der kann, kann ich auch.“), das Überzeugen durch das soziale Umfeld („Du kannst das, ich traue Dir das zu.“) und das eigene körperliche Empfinden, inwieweit ich meinen Körper als kraftvoll und handlungsfähig erlebe.

Förderung von Selbstverantwortung bedeutet nicht, auf den Betroffenen einzureden, sondern Bedingungen zu schaffen, die die Wahrscheinlichkeit der Übernahme von Selbstverantwortung erhöhen. Ob und wann es dann geschieht, lässt sich durch professionelles Handeln nur sehr bedingt beeinflussen. Damit wird Selbstverantwortung auf die gleiche Weise gefördert wie Selbstbestimmungsfähigkeit. Auch hier hilft man dem Betroffenen nicht, indem man Selbstbestimmung einfordert („Sie müssen selber wissen, was sie wollen.“), sondern indem zunächst die Selbstbestimmungsfähigkeit gefördert wird (Knuf, 2006).

Im Folgenden möchte ich einige Punkte nennen, die Selbstverantwortung fördern. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Mich würde es aber freuen, wenn sie als Anregung für das Zusammentragen weiterer Einflussmöglichkeiten auf die Förderung von Selbstwirksamkeit und Selbstverantwortung dienen.

- Alles unterlassen, wodurch Selbstverantwortung behindert wird (einseitige Krankheitskonzepte, einseitige Fokussierung auf Hilfe von außen, Behandlungsstrukturen, die Regression begünstigen usw.).
- Würdigung der bereits praktizierten Selbstverantwortung des Klienten. Aufdecken, in welchen Bereichen ihm bereits Selbstverantwortung gelingt.

Subjektiv erscheint es so, als hätten wir einen freien Willen, Entscheidungen zu treffen.

**„Ich kann das ja.“
Direkte Erfahrungen fördern das Empfinden von Selbstwirksamkeit.**

- Förderung der Empfindung von Selbstwirksamkeit („Ich kann ja wirklich was bewirken.“)
- Dem Klienten Selbstverantwortung zutrauen.
- Das Recht auf Irrtum anerkennen. Risiko und Fehler des Klienten und auch das Recht auf die Konsequenzen der eigenen Handlungen akzeptieren.
- Selbstverantwortung benötigt Erfahrung. Dem Klienten ermöglichen im Sinne einer Selbstverantwortungstreppe schrittweise solche Erfahrungen zu machen.
- Keine vorzeitige Verantwortungsübernahme durch Dritte.
- Vermittlung von Vorbildern, an denen man sich orientieren kann. Sind diese Vorbilder im jeweiligen institutionellen Kontext vorhanden? Wie kann der Kontakt zu ihnen hergestellt werden?
- Dem Klienten helfen, die Zusammenhänge zwischen äußeren Ereignissen und eigenen Handlungen zu verstehen.
- Das eigene Denken kritisch auf stigmatisierende Überzeugungen hin untersuchen („Der kann das ja eh nicht.“).
- Verstehen, warum ein Mensch Probleme hat, Selbstverantwortung zu übernehmen. Welche aufrechterhaltenden Faktoren gibt es? Welche Hilfe würde der Klient verlieren, wenn er Selbstverantwortung übernehme?
- Die hinter diesen Problemen stehenden Ängste vor dem Scheitern sowie überhöhte Ansprüche bearbeiten. ●

Literatur

Brown, W. & Kandirikirira (2007). *Recovering Mental Health in Scotland. Report on Narrative Investigation of Mental Health Recovery*. SRN, Glasgow.

Knuf, A. (2006). *Empowerment und psychiatrische Arbeit*. Psychiatrie-Verlag.

Knuf, A. (2010). *Das Prinzip Annahme*. *Psych Pflege* 2010; 16(5): 241-247

Linehan, M. (1996). *Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. CIP-Mediendienst. München.

Metzinger, T. (2010). *Der Ego-Tunnel: Eine neue Philosophie des Selbst: Von der Hirnforschung zur Bewusstseinsethik*. Berlin Verlag.

Ralph, R. u.a. (2004): *The recovery advisory group recovery model*. In: Corrigan, R.; Ralph, R. (Hg.): *Recovery in mental illness*. Washington.

Kontakt

Email: kontakt@psychiatriefortbildung.de.

Aktuelle Veröffentlichung von A. Knuf: „Ruhe da oben! Der Weg zu einem gelassenen Geist“, 2011.

Zurück zur Selbstverantwortung

Ein steiniger Weg Von Klaus Obert

In diesem Beitrag soll an dem Beispiel der Frau W. der Zusammenhang zwischen einer gesetzlichen Betreuung und dem mit ihr einhergehenden Entzug der Verantwortung für das eigene Verhalten dargestellt werden. Aus der Sicht von Mitarbeitern eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums (GPZ) wird der mehr oder weniger unbewusste Versuch einer psychisch kranken Frau geschildert, gegen den Verlust ihrer Selbstverantwortung anzukämpfen und damit wieder als Bürgerin ernst- und wahrgenommen zu werden. Durch die Wiederherstellung und Zumutung der Selbstverantwortung durch eine teilweise Aufhebung der gesetzlichen Betreuung gelingt es, wiederkehrende eskalierende Zuspitzungen und die Situation auch langfristig zu beruhigen.

Frau W. ist 55 Jahre alt. Sie lebt von der Grundsicherung und allein in einer einfachen Wohnung in einem sozialen Brennpunkt. Frau W. hat keinen Beruf erlernt und nie in ihrem Leben über einen längeren Zeitraum hinweg gearbeitet. Sie leidet an einer Persönlichkeitsstörung in Verbindung mit einer Minderbegabung und Alkoholabhängigkeit. 1978 wurde sie entmündigt, wie es damals hieß. Ihre Entmündigung wurde seinerzeit betrieben, nachdem sie öfters mittellos und betrunken als hilflose Person aufgegriffen und in die psychiatrische Klinik eingewiesen worden war. Die Entmündigung wurde nach Einführung des Betreuungsgesetzes ersetzt durch eine umfassende gesetzliche Betreuung (Vermögen, Aufenthalt und Behandlung). Durch die Aktivitäten der Mitarbeiterinnen unseres GPZ zur „Wiederbemündigung“ besteht inzwischen nur noch eine Vermögensbetreuung. Unter Alkoholeinwirkung verliert Frau W. ihre Steuerungsfähigkeit und die Kontrolle über ihr Verhalten. Das führt im Umgang mit ihr zu den schwierigsten Situationen. Selbst- und Fremdgefährdung stehen dabei nie im Vordergrund. Vielmehr zeigt sich die Problematik



Klaus Obert

Dr., Leiter des Bereichs Sucht- und Sozialpsychiatrische Hilfen, Caritasverband Stuttgart e. V.

in einer schwer zu beeinflussenden Zuspitzung eines Teufelskreises, der in enger Verbindung mit ihrer Persönlichkeitsstruktur gut zu verstehen ist: Frau W. benötigt uneingeschränkte Zuwendung, die sie mit niemanden bereit ist zu teilen. Sie wird sofort eifersüchtig, wenn sie den Eindruck bekommt zu kurz zu kommen oder zu wenig Beachtung zu finden. So lautet zumindest die Hypothese der Mitarbeiter des GPZ.

Als die Eltern der Frau W. sterben und ihre beiden Schwestern sowie einige Bekannte aus der Wohnungslosenszene sich wegen ihres schwierigen Verhaltens zurückziehen, vereinsamt Frau W. immer mehr. Von diesem Zeitpunkt an