

Irren ist menschlich

Klaus Dörner
Ursula Plog
Christine Teller
Frank Wendt

Psychiatrie
Verlag 



Klaus Dörner, Prof., Dr. med., Dr. phil., Jahrgang 1933.
1980 – 1996 Ärztlicher Leiter der Westfälischen Klinik für
Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie, Gütersloh. Lehrte
Psychiatrie an der Universität Witten-Herdecke. Autor
zahlreicher Publikationen, u.a. »Bürger und Irre« (Hamburg
1996) »Tödliches Mitleid« (Gütersloh 1993) und »Der gute Arzt.
Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung« (Stuttgart 2001).

Ursula Plog, Dr. phil., Dipl.-Psychologin, Jahrgang 1940.
Bis Ende 2000 Leiterin dreier Tageskliniken in Berlin.
Vielfältige Lehrtätigkeit, seit 1976 prägende Mitarbeit im
Ausschuss Fort- und Weiterbildung der DGSP.
Ursula Plog starb am 4. Juli 2002.

Christine Teller, Jahrgang 1947, seit 1990 Ärztin im
Sozialpsychiatrischen Dienst Berlin-Reinickendorf. Zuvor hat sie
in Gütersloh gearbeitet, wo sie im damals noch bestehenden
Langzeitbereich tätig war.

Frank Wendt, Dr. med., Jahrgang 1966. Ärztliche Tätigkeit im
Sozialpsychiatrischen Dienst sowie in Rechtsmedizin und
Psychiatrie. Seit 2000 im Institut für forensische Psychiatrie
der Charité in Berlin tätig.

Irren ist menschlich

Lehrbuch der Psychiatrie/ Psychotherapie

Klaus Dörner

Ursula Plog

Christine Teller

Frank Wendt

unter Mitarbeit von

Hartmut Bargfrede (Forensische Psychiatrie)

und Peter Mrozynski (Sozialrecht)

Psychiatrie
Verlag 

Bei Gebrauchsnamen, Handelsnamen und Warenbezeichnungen oder dergleichen, die in diesem Buch ohne besondere Kennzeichnung aufgeführt sind, kann es sich um geschützte Warenzeichen handeln, die nicht ohne weiteres benutzt werden dürfen.

Klaus Dörner, Ursula Plog, Christine Teller, Frank Wendt:

Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie / Psychotherapie

21. Auflage 2012

ISBN-Print: 978-3-88414-510-4

ISBN-PDF: 978-3-88414-704-7

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.

Bibliographic information published by Die Deutsche Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data is available in the Internet at <http://dnb.d-nb.de>.

Psychiatrie Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

© Psychiatrie Verlag, Bonn 1978

Die vorliegende Ausgabe basiert auf der 4. grundlegenden Bearbeitung 2002

Kein Teil dieses Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages verwertet oder reproduziert werden. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen im Allgemeinen und dem Internet im Besonderen.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Fröndenberg

Typografie und Satz: Iga Bielejec, Nierstein

Druck und Bindung: Kösel, Krugzell (www.koeselbuch.de)



- Abkürzungen 9
- Vorwort 11
- Gebrauchsanweisung 17
- 1** Der sich und Anderen helfende Mensch 27
- 2** Der geistig sich und Andere behindernde Mensch 65
- 3** Der junge Mensch (Kinder- und Jugendpsychiatrie) 95
- 4** Der sich und Andere liebende Mensch
(Schwierigkeiten der Sexualität) 123
- 5** Der sich und Andere fügende Mensch (Schizophrenie) 147
- 6** Der sich und Andere aufbrechende Mensch (Manie) 177
- 7** Der sich und Andere niederschlagende Mensch (Depression) 189
- 8** Der sich und Andere versuchende Mensch (Abhängigkeit) 235
- 9** Der sich und Andere bemühende Mensch –
neurotisches Handeln, Persönlichkeitsstörungen
und Psychosomatik 279
- 10** Der sich und Andere tötende Mensch (Krise, Krisenintervention) 313
- 11** Der für sich und Andere gefährvolle Mensch (die forensische Seite) 331
- 12** Der sich und Andere körperkränkende Mensch (körperbedingte
Psychosyndrome) 363
- 13** Der alte Mensch 423
- 14** Spielräume (Ökologie der Fremd- und Selbsthilfe) 449
- 15** Wege der Psychiatrie (Psychiatrie-Geschichte) 473

- 16 Recht und Gerechtigkeit 499**
- 17 Soziotherapeutische Techniken 551**
- 18 Körpertherapeutische Techniken 563**
- 19 Psychotherapeutische Techniken**
 - (Der systematische Zugang zur Seele) 601**
- **Anhang**
 - (Grundlegende Literatur, Adressen, Register) 629**

Detaillierte Inhaltsverzeichnisse finden Sie jeweils am Anfang der Kapitel

Der sich und Anderen helfende Mensch	1
Der geistig sich und Andere behindernde Mensch	2
Der junge Mensch	3
Der sich und Andere liebende Mensch	4
Der sich und Andere fügende Mensch	5
Der sich und Andere aufbrechende Mensch	6
Der sich und Andere niederschlagende Mensch	7
Der sich und Andere versuchende Mensch	8
Der sich und Andere bemühende Mensch	9
Der sich und Andere tötende Mensch	10
Der für sich und Andere gefährvolle Mensch	11
Der sich und Andere körperkränkende Mensch	12
Der alte Mensch	13
Spielräume	14
Wege der Psychiatrie	15
Recht und Gerechtigkeit	16
Soziotherapeutische Techniken	17
Körpertherapeutische Techniken	18
Psychotherapeutische Techniken	19

Abkürzungen

AA	Anonyme Alkoholiker
AT	Arbeitstherapie
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BT	Beschäftigungstherapie
BtG	Betreuungsgesetz
CT	Computer-Tomographie
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
DSM-IV	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen 4. Ausgabe
EEG	Elektroenzephalographie
EKT	Elektrokrampftherapie
Enquete	Bericht der Sachverständigenkommission über die Lage der Psychiatrie in der BRD (im Auftrag des Bundestages)
GT	Gesprächspsychotherapie
ICD	Internationale Diagnosen-Klassifikation der WHO
IQ	Intelligenz-Quotient
JGG	Jugendgerichtsgesetz
M	Medikament
NI	Neuroleptika
PEG	Pneumenzephalographie
PKH	Psychiatrisches Krankenhaus
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke
Reha	Rehabilitation
RPK	Reha-Einrichtung für psychisch Kranke
RVO	Reichsversicherungsordnung
SchwBG	Schwerbehindertengesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SpD	Sozialpsychiatrischer Dienst (meist am Gesundheitsamt)
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
SVG	Standardversorgungsgebiet
TI	Thymoleptika
TK	Tagesklinik
Tq	Tranquilizer
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
ZNS	Zentralnervensystem

■ **Vorwort**

Mit der hier vorliegenden vierten grundlegenden Bearbeitung aus dem Jahre 2002 lohnt es sich allmählich, der »Gebrauchsanweisung« ein eigenes Vorwort voranzustellen, um das Buch in seiner Entstehung und in den Phasen seiner Entwicklung verständlicher zu machen. Dies umso mehr, als die beiden Alt-Autoren mit dieser Neuausgabe damit begonnen haben, das Buch in jüngere Hände weiterzugeben, in die Hände von Christine Teller und Frank Wendt. Gleichwohl finden Sie nachfolgend noch vor der kurzen Buchgeschichte zunächst die programmatische Titel-Kommentierung.

■ ■ **Was soll der Titel »Irren ist menschlich«?**

Es soll uns daran erinnern, dass die Psychiatrie ein Ort ist, wo der Mensch besonders menschlich ist; d. h. wo die Widersprüchlichkeit des Menschen oft nicht auflösbar, die Spannung auszuleben ist: So das Unmenschliche und Übermenschliche, das Banale und Einmalige, Oberfläche und Abgrund, Passivität und Aktivität, das Kranke und Böse, Weinen und Lachen, Leben und Tod, Schmerz und Glück, das Sich-Verstellen und Sich-Wahrmachen, das Sich-Verirren und Sich-Finden. Die Frage »Was ist ein psychisch Kranker?« ist fast so allgemein wie die Frage »Was ist ein Mensch?«.

■ ■ **Was will das Buch?**

Es will darstellen, was in der Psychiatrie geschieht und geschehen soll. Psychiatrie besteht aus Begegnung zwischen Menschen. Nun beginnt jede Begegnung nicht erst mit dem gesprochenen Wort, sondern mit einer Vielzahl von sinnlichen Eindrücken. All dieses schwer Benennbare wollen wir zur Sprache bringen. Das geschieht etwa in den Abschnitten über die »Landschaft« oder die »Grundhaltung«, durchzieht von da aus das ganze Buch. Im Schutz des Unsagbaren stellen wir immer auch das Sagbare dar, also das, was man wissen kann. So hoffen wir zu erreichen, dass das Wissen nie selbstherrlich wird und dass wir die Psychiatrie auf diese Weise einigermaßen vollständig darstellen können. Das macht das Lesen manchmal befremdlich. Daher ein Lese-Tipp aus Georges DEVEREUX, *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*, S. 14: »Die Lektüre dieses Buches wird sich für diejenigen als leicht erweisen, die, mit einer scheinbar schwierigen Passage konfrontiert, nach innen schauen, um herauszufinden, was ihr Verständnis hemmt – sowie ich selbst beim Schreiben dieses Buches nach innen schauen musste, um herauszufinden, was mein Verständnis hemmte.«

■ ■ **An wen wendet sich das Buch?**

a. Es soll den lernenden Leser befähigen, das Examen in Psychiatrie / Psychotherapie zu bestehen, egal, ob er sich in der Ausbildung zur Krankenpflege, zum Arzt, Sozialarbeiter, Psychologen, Ökotrophologen, Ergo- oder Bewegungstherapeuten befindet. Deshalb haben wir die Prüfungsrichtlinien für diese Berufe berücksichtigt, vermitteln einerseits Wissen und Fähigkeiten, andererseits aber auch Haltungen.

- b. Es soll den psychiatrisch tätigen Leser in all den erwähnten Berufen befähigen, seine Alltagsarbeit nachdenklicher, vollständiger, wahrhaftiger, leichter und mit mehr Freude zu tun. Die Allgemeinverständlichkeit der gewählten Sprache soll helfen, eine berufsübergreifend verständliche Team-Sprache zu finden.
- c. Es ist aber genauso für Psychiatrie-Erfahrene, also für Patienten lesbar, auch für Angehörige psychisch Kranker und für alle Interessierten. Denn wir wollen die auch notwendige objektivierende Sprache der Wissenschaft über die Betroffenen einbetten in eine Sprache, in der Betroffene und Professionelle chancengleich miteinander sprechen können. So können Betroffene verhindern, dass wissenschaftliche und praktische Profis zu besitzergreifend sind, können vielmehr deren Verantwortlichkeit beanspruchen. Die Verständlichkeit der Sprache soll zudem die Psychiatrie in ihren Möglichkeiten und Gefahren durchsichtig und öffentlich kontrollierbar machen.
- d. Das Buch soll den Leser schließlich auch privat befähigen, mit sich und Anderen besser umzugehen. Das ist unvermeidlich. Denn wir als Menschen aus Fleisch und Blut sind letztlich das einzige Mittel, das im psychiatrischen Arbeiten zählt, mehr noch wie wir sind, als was wir tun. So entdecke ich in jeder Begegnung mit einem Anderen an mir eine neue Empfänglichkeit – oder es ist keine Begegnung.

■ ■ **Wie ist dieses Buch entstanden?**

Die beiden Alt-Autoren – Psychologin und Psychiater – hatten das Glück, in den 70er-Jahren acht Jahre lang fast ohne jede personelle Veränderung in dem beruflich gemischten Tagesklinik-Team der Psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf zu arbeiten, fünf Jahre mit Langzeitpatienten, drei Jahre mit Akutpatienten aller Diagnosen. Unter den vielen dort gemachten Erfahrungen ist auch heute noch eine wohl die wichtigste: Wie das Leben und damit auch die psychischen Erkrankungen eines Menschen sich in seinen Beziehungen ausdrückt, kann es zwischen mir als Profi und einem psychisch Kranken nur dann eine Beziehung geben, wenn es auch zwischen mir und seinen Angehörigen eine Beziehung gibt – und zwar (zunächst) getrennt voneinander; denn ohne diese letztere Beziehung hätte ich aus dem psychisch Kranken ein gar nicht denkmögliches isoliertes Individuum mit nur seiner Sicht der Dinge und damit eine künstliche Abstraktion gemacht – auch eine Form meiner – ethisch wie logisch verbotenen – imperialistischen Aneignung des Anderen. Außerdem haben wir in all den Jahren möglichst regelmäßig an den grundsätzlich beruflich gemischten Arbeitsgruppen von DGSP- bzw. »Mannheimer-Kreis«-Tagungen teilgenommen. Dadurch konnten wir Psychiatrie vielseitiger und alltäglicher erfahren, als dies durch Diskussionen mit berufsgleichen Kollegen möglich ist. Durch all das entstand allmählich eine Sprache, die sich zwischen Team-Kollegen sowie zwischen psychiatrisch Tätigen, Angehörigen und psychisch Kranken bewährte. Daher auch die Stilmittel unseres Psychiatrie-Psychotherapie-Lehrbuches: häufige Verwendung der Ich-Form; persönliches Ansprechen des Lesers; Gesprächsverläufe sowie Gesprächs- und Dialogfragmente; Fall- und Situationsbeispiele; Übungen für den Leser, z. T. mit Anleitung

zum Rollenspiel. Übrigens verwenden wir, wenn nicht anders vermerkt, den Begriff »Psychiatrie« in der Regel als Kürzel für »Psychiatrie und Psychotherapie«; denn beides ist nicht trennbar. Die weiteren Erfahrungen der beiden Alt-Autoren – die eine in Berlin, der andere in Gütersloh –, die das praktische und theoretische Gesamtspektrum der Psychiatrie ziemlich weitgehend berühren, haben die Umarbeitungen des Buches geprägt.

Klaus Dörner und Ursula Plog waren und sind sich einig, dass das Buch »Irren ist menschlich« der Einbindung in die Praxis bedarf. Nicht nur ist es im Hinblick auf Lernen und praktisches Handeln geschrieben, gleichzeitig sollte das Schreiben durch die Erfahrung und Auseinandersetzung mit dem Alltag belegt und begrenzt sein. Insofern ergab sich für beide nach Beendigung ihrer aktiven Zeit als Arzt und Psychologin die Notwendigkeit, Menschen, die noch im Arbeitsprozess stehen, an dem Buch zu beteiligen. So kommt es, dass für diese überarbeitete und erweiterte Ausgabe vier Personen verantwortlich zeichnen. Christine Teller hat lange mit Klaus Dörner in Gütersloh zusammengearbeitet, bevor sie zum Sozialpsychiatrischen Dienst in Berlin Reinickendorf wechselte. Dort war auch Frank Wendt tätig. Christine Teller und Frank Wendt arbeiteten jeweils teilzeitlich im Sozialpsychiatrischen Dienst und auf der entsprechenden Sektorstation eines Versorgungsbezirkes in Berlin-Reinickendorf als Verbindungsärzte. Diese geteilte Erfahrung macht die Sicherheit und Qualität ihrer Zusammenarbeit aus. In dem gleichen Versorgungssektor arbeitete Ursula Plog bis Ende 2000 als Psychologin.

■ ■ Phasen der Umarbeitung bis 2002

Nun liegt mit der 4. Neuaufgabe die 3. Fortschreibung oder besser Umarbeitung unseres Buches vor. Die Lebendigkeit des eigenen Denkens mag sich an der Fähigkeit zur Selbstkritik erweisen: Unsere jeweils neuen Erkenntnisse stellen sich teilweise als neue Schuppen auf unseren Augen heraus, die es abzutragen gilt. Dies geschieht im Licht sowohl neuen Wissens als auch neuer sozialer Bewegungen. Wenn wir hier kurz die Phasen der Umarbeitungen zusammenfassen, dann vielleicht so:

Mit der ersten Fassung von 1978 haben wir versucht, die Psychiatrie in einer Lehre vom Menschen, also anthropologisch zu begründen, wobei wir die Aufmerksamkeit vor allem nach innen gelenkt haben, auf die bisher praktisch wie wissenschaftlich vernachlässigte Subjektivität des Menschen. Wir waren geprägt von der 68er-Bewegung, die u. a. auch das Psychische wieder der öffentlichen Aufmerksamkeit zugänglich gemacht hatte, sowohl in Form des Psychischen in jedem einzelnen Menschen als auch in Form der bis dahin vergessenen psychisch Kranken, vor allem unter den »elenden und menschenunwürdigen Verhältnissen« in den Anstalten. Daraus ergab sich fast wie von selbst die Aufbruchstimmung der Psychiatriereform-Bewegung, die unser Buch geradezu erzwungen hat.

Mit der Fassung von 1984 kamen die Denkanstöße der ökologischen Bewegung (im weitesten Sinne des Wortes) hinzu. Da man primär nicht isolierte Individuen, sondern Beziehungen zwischen Menschen vorfindet, wurde unser Denkansatz sozialanthropologisch. Die Anregungen von G. BATESON (»Ökologie des Geistes«), dass der Kontext wichtiger und beeinflussbarer sei

als der Text, trugen zu unserem Bild der »Landschaft« bei und zu unserer Herausarbeitung einer Krankheitslehre, wonach das Auftreten der unterschiedlichen psychischen Erkrankungen vor allem im biographischen Kontext zu sehen ist. Dass psychosoziale und körperliche Bedingungen psychischer Erkrankung nicht ideologisch zu polarisieren sind, sondern sich eher komplementär ergänzen, hat auch mit der engeren Beziehung von Geistes- und Naturwissenschaften zu tun, wie sie PRIGOGINE in »Dialog mit der Natur« formuliert hat, wonach jede Wissenschaft aus harten und weichen Daten, aus Mathematik und Dichtung besteht; denn das in der klassischen Wissenschaft Ausgegrenzte (der Kontext von etwas, die Randbereiche, das Ungeordnete, Nicht-Gerichtete, Unstabile, Schwankende, Störende, Verzweigende, Selbstorganisierte, Unkontrollierbare, Unerwartete, Entropie, Subjektivität, Freiheit, Geschichte, Zufall usw.) gehört genauso zur Wirklichkeit, wie das, was man zuvor daraus isoliert und dadurch auf allzu einfache Gesetze getrimmt hat. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft sind nicht dasselbe – weder für das Atom noch für den Stein, für den Menschen, die Familie, die Gesellschaft, den Kosmos.

Die Umarbeitung von 1996 ist nicht nur vom Zusammenbruch des Ost-West-Gegensatzes sowohl der Welt als auch Deutschland geprägt sowie von der Globalisierung ökonomischer Strategien und ihrer Gegenbewegungen, dem Regionalismus, der die Organisation gemeindepsychiatrischer Hilfesysteme begünstigt hat. Vielmehr wurde für uns noch wirksamer die Kraft und Aufbruchstimung der Selbsthilfebewegung, als eine Entfaltung der weltweiten zivilgesellschaftlichen und kommunitaristischen Bewegung (ETZIONI, SENNETT). Hatten sich Anfang der 80er-Jahre die Angehörigen psychisch Kranker organisiert, so schlossen sich Anfang der 90er-Jahre die psychisch Kranken selbst zum »Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen« zusammen. Auf dem Weltkongress für Sozialpsychiatrie in Hamburg 1994 trat dieses als »Triologische Bewegung« in Erscheinung. Damit wurde der Umsturz des klassischen hierarchisch-vertikalen Verhältnisses zwischen psychisch Kranken und Profis zugunsten des Aushandelns von Möglichkeiten auf derselben, horizontalen Ebene zunächst denkmöglich, mit noch gar nicht auslotbaren praktischen Konsequenzen und Chancen, eine Angst machende Provokation für die psychiatrisch Tätigen. Durchaus in Zusammenhang damit ist zu sehen, dass im Unterschied zur Psychiatrie-Enquete von 1975 die »Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Psychiatriereform« von 1988 erstmals die chronisch Kranken als die Schwächsten in den Mittelpunkt stellten. Jetzt konnte die Bewegung der De-Institutionalisierung der angelsächsischen Länder (GOFFMAN) auch bei uns greifen: Wir rückten die Befriedigung der Grundbedürfnisse der chronisch Kranken nach Wohnen und Arbeiten in der Kommune in den Mittelpunkt. Es ging um die De-Institutionalisierung nicht nur in der Praxis, sondern auch in den Köpfen der psychiatrisch Tätigen.

Für diesen Prozess war es hilfreich, dass wir Anfang der 80er-Jahre begonnen haben, uns aktiv mit der Psychiatrie während des Nationalsozialismus auseinanderzusetzen, die unter dem Motto »Heilen und Vernichten« in Anwendung eines extremen Nützlichkeitsdenkens Menschen ermordet hat.

Mit dieser letzteren Erkenntnis hat es durchaus auch zu tun, wenn wir jetzt 2002 – also schon nach relativ kurzer Zeit – eine weitere Umarbeitung unseres Buches vorlegen. Denn ebenfalls seit Beginn der 80er-Jahre haben wir eine höchst beunruhigende und gefährliche neue Bewegung weltweit zu registrieren, die es wieder erlaubt, vom »lebensunwerten Leben« zu reden und die ebenfalls mit einer Nützlichkeitsphilosophie (Utilitarismus) das Lebensrecht von Behinderten und anderen Gruppen der sozial Schwachen in Frage stellt, gelegentlich die Mitleidstötung empfiehlt und das Ganze als Bioethik verkauft. Wenn auch die vorerwähnten positiven Bewegungen weiterhin wirksam sind, so ist doch diese neue Nützlichkeitsphilosophie vor allem deshalb so alarmierend, weil sie in Einklang mit anderen gefährlichen Trends steht: Die ökonomische Globalisierung folgt zunehmend dem neoliberalen Motto »Kapitalismus pur«. Die ständig wachsende Arbeitslosigkeit gerade der Schwachen wird eher billigend in Kauf genommen, da diese ökonomisch überflüssig seien; und es bleibt auch nicht beim Abbau des Sozialstaates, sondern es kommt zu einer tiefgreifenden Ökonomisierung des sozialen Bereichs. Für die psychisch Kranken und ihre Angehörigen schlägt sich das vielfältig nieder, nicht zuletzt aber auch darin, dass die öffentlichen und gemeinnützigen Träger psychiatrischer Institutionen nicht mehr – wie bisher – zugunsten der psychisch Kranken ihre Einrichtungen auflösen und durch ambulante Betreuungshilfen ersetzen, sondern ihr Eigeninteresse am Erhalt und an der Ausweitung psychiatrischer Institutionen geltend machen: Es besteht zumindest die Gefahr einer Re-Institutionalisierung der Psychiatrie.

Wir haben das zum Anlass genommen, unseren eigenen Ansatz zu überprüfen und mussten feststellen, dass dieser in einigen Hinsichten zu besitzergreifend und durchaus nicht immer immun gegen Aneignungsstrategien ist. Vor allem unser Verstehensbegriff, unser Bemühen, den psychisch Kranken als Anderen zu verstehen, uns in ihn einzufühlen, achtet nicht immer radikal genug die Andersartigkeit, Fremdheit und damit die Würde des Anderen. Es ist zu fragen, ob unser bisheriger Ansatz »einer nochmaligen strengen kritischen Prüfung standhält. Er impliziert nämlich, dass der Andere nicht wirklich ein ganz und gar Fremder, sondern im Grunde doch ein mir Gleicher sei. Dem aufgehobenen Fremdsein scheint eine verstohlene Angleichung anzuhaften, die dem Anderen nicht sein radikales Anders-Sein lässt« (PLOG 1997). Offensichtlich ist unser Ansatz immer noch nicht frei von der egoistischen Selbstverwirklichung des Ich gegenüber dem Anderen. Es spricht auch nicht gerade für uns, dass wir bisher für die psychisch Kranken, gerade wo sie am schwächsten und ausgegrenztsten sind, die geringste Aufmerksamkeit übrig hatten: Das betrifft einmal die psychisch kranken Straftäter im Maßregelvollzug; zum anderen die Langzeitpatienten, die – wie wir sehr wohl wissen können – aus den Landeskrankenhäusern überwiegend nicht etwa in die Gemeinde entlassen, sondern in Heime verlegt und damit nur umhospitalisiert sind, obwohl die meisten von ihnen auch in der Gemeinde leben könnten, nun aber ohne Not und Grund aus Geiseln der Landeskrankenhäuser zu Geiseln der Heime und ihrer Träger geworden sind. Diese Selbstkritik, die darauf Bezug nimmt, dass in der nächsten Zeit nicht nur technisch-pragmatische Fortschritte zu erkämpfen, sondern auch neue und vielleicht radikalere Grundsatze positionen zu finden sind, verdanken

wir zum einen der dialogischen Selbsthilfebewegung der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen, der wir uns auszusetzen haben. Zum anderen wurde uns neben dem individualistischen Gerechtigkeitsmodell das soziale Sorge-Modell (care) in der ethisch-moralischen Orientierung zunehmend wichtiger. Schließlich hat uns der Philosoph Emmanuel LEVINAS stark beeinflusst, für den – auf dem Hintergrund seiner persönlichen Erfahrung des Holocaust noch radikaler – meine Freiheit in meiner Verantwortung für die Freiheit des Anderen gründet und philosophisch theoretisches Erkennen sich vom praktischen Tun der Menschen ableitet.

Unsere theoretischen Gewährsleute sind: P. WATZLAWICK, Kommunikationstheorie; E. GOFFMAN, De-Institutionalisierung; M. MERLEAU-PONTY, Wahrnehmungs-Philosophie; G. DEVEREUX, Psychoanalyse und Ethnologie; C. R. ROGERS, Psychotherapie; J. HABERMAS und Th. W. ADORNO, kritische Theorie; A. GEHLEN und H. PLESSNER, Anthropologie; E. LEVINAS, H. JONAS und C. GILLIGAN, Ethik; M. BLEULER, Schizophrenie; A. PIRELLA und F. BASAGLIA, italienische Psychiatrie; M. BUBER, Philosophie der Begegnung; N. PÖRKSEN und M. BAUER, Gemeindepsychiatrie; A. FINZEN, Psychiatrie als Aushandeln; G. BATESON, Ökologie; L. CIOMPI, Sozialpsychiatrie und Vulnerabilitätskonzept; I. PRIGOGINE, Wissenschaftstheorie; U. BRONFENBRENNER und R. KEGAN, ökologische Entwicklungspsychologie; A. ETZIONI und R. SENNETT, Kommunitarismus; W. R. WENDT und B. MÜLLER, Soziale Arbeit; R. BAUER, Beziehungspflege; M. ARNDT und A. v. d. AREND, Grundhaltung und Ethik der Pflegenden; F. SAAL, Selbstverständnis der Behinderten-Selbsthilfebewegung. (Alle Titel s. Literatur am Ende des Buches.)

■ **Gebrauchsanweisung**

Ich bin Du, wenn ich ich bin.

PAUL CELAN

Geschichte der Frau aus Verl: »Also wissen Sie, wenn es mir schlecht geht, traue ich mich meist nicht, mit jemandem darüber zu sprechen.« – »Warum nicht?« – »Aus Angst, der Andere könnte mir helfen wollen!« – »Was wünschen Sie sich denn stattdessen?« – »Ich wünsche mir einen Anderen, von dem ich sicher sein kann, dass er mir unendlich lange zuhört, damit ich so lange reden kann, bis ich selbst wieder weiß, was los ist und was ich zu tun habe.«

Das Geschöpf, das gegen seine Umgebung siegt, zerstört sich selbst.

GREGORY BATESON: Ökologie des Geistes, S. 632

■ ■ **Philosophie und Aufbau des Buches**

Da Menschen zunächst immer in Beziehungen leben, noch bevor sie handeln, ist Psychiatrie die Begegnung nicht von zwei, sondern von mindestens drei Menschen: dem psychisch Kranken, dem Angehörigen und dem psychiatrisch Tätigen. Wo einer von ihnen real fehlt, muss er hinzufantasiert werden.

Ein psychisch Kranker ist ein Mensch, der bei der Lösung einer altersgemäßen Lebensaufgabe in eine Krise und Sackgasse geraten ist, weil seine Verletzbarkeit und damit sein Schutzbedürfnis und sein Bedürfnis, Nicht-Erklärbares zu erklären, für ihn zu groß und zu schmerzhaft geworden sind (M. BLEULER 1987). Das Ergebnis nennen wir Krankheit, Kränkung, Störung, Leiden, Abweichung. Weil so etwas jedem von uns jeden Tag widerfahren kann und zumindest in Ansätzen schon passiert ist, ist dieser Mechanismus uns grundsätzlich innerlich zugänglich und bekannt, was nichts damit zu tun hat, den Anderen in seiner Andersheit und Einzigartigkeit annehmen zu können.

Ein Angehöriger ist ein Mensch, der der Störung des psychisch Kranken ausgesetzt, in sie verstrickt ist, sich mit – grundsätzlich unsinnigen – Schuldgefühlen herumschlägt, nie unterscheiden kann, ob der psychisch Kranke böse oder krank (»bad or mad«) ist und darunter mindestens so sehr leidet, wie der psychisch Kranke, zumal er (gerade auch gegenüber den Vorwürfen Dritter) keinen Schutz durch Symptombildung hat. Er bedarf dringend des kritischen Beistands anderer Angehöriger, um seinen eigenen Standort wiederzufinden. Nur so kann er hilfreich für den psychisch Kranken sein.

Ein psychiatrisch Tätiger ist ein Mensch, der dafür bezahlt wird, so auf der Beziehungsebene zu sein und auf der Handlungsebene sich um die Grundbedürfnisse des psychisch Kranken zu sorgen und ersatzweise seine Störung zu stören, dass der psychisch Kranke ihren Sinn erfasst und sie dadurch überflüssig werden kann. Wir erinnern an die Frau aus Verl aus dem Motto dieses Kapitels. Entscheidend ist zunächst die Beziehung, nicht das Handeln. Sie findet – wie alle Beziehungen – immer auf zwei Ebenen statt. Zunächst bin ich dem Anderen gegenüber Subjekt (subjectum=unterworfen): Ich setze mich ihm aus, bin empfänglich für ihn. Sein nacktes, ungeschütztes, leidendes Antlitz spricht, noch bevor Worte gefallen sind: »Du sollst

mich nicht töten, Du sollst mich Dir nicht aneignen, mich Dir nicht angleichen.« Ich spüre die Versuchung, aber indem ich mich dem öffne, mich auf ihn einlasse, auch mich riskiere, antworte ich auf seine Forderung mit Verantwortung, entsteht Nähe zum Anderen auf der Basis der Anerkennung seiner absoluten Andersheit: Fremdheit und Würde seines So-Seins, im Schutz des unendlichen Abstandes zwischen mir und ihm. Dies ist der einzige Fall, in dem mit der Nähe auch der Abstand zunimmt. Das von oben nach unten wohlmeinende, aber selbstgefällige, angleichende, nichtselbst-lose »Ich-verstehe-Dich« ist hier ausgeschlossen.

BEISPIEL »Ich habe mal gezählt: In den letzten drei Jahren hatte ich wegen meiner psychischen Erkrankung Kontakte mit zehn Ärzten und Therapeuten. Alle haben immer wieder betont, wie gut sie mich verstehen. Nur einer hat das nie gesagt: er ist der Einzige, mit dem eine wirkliche Beziehung zustande gekommen ist.«

Fredi Saal, körperbehindert, hat sein Leben lang gegen die Wut der Nichtbehinderten gekämpft, stets irgendetwas an ihm ändern zu wollen, bevor sie ihn in seinem Sosein anerkannt hatten. Daher gab er seiner Autobiographie den Titel: »Warum sollte ich jemand anderes sein wollen?«

Die Beziehung zwischen dem Anderen und mir ist zunächst asymmetrisch, der Andere erwählt mich zur Verantwortung. Zuspitzung der Asymmetrie dieser Beziehung durch LEVINAS: Ich kann auch Gott auf keine andere Weise als nur im anderen Menschen begegnen. Sekundär kann natürlich daraus auch eine wechselseitige Beziehung eine Ich-Du-Beziehung (BUBER) werden.

In Anerkennung dieses atemberaubenden Anderssein und der Würde des Anderen, möchten wir nur daran erinnern, dass das Wort »Verstehen« ursprünglich aus der Handwerkersprache kommt und reflexiv gebraucht wurde: »Ich verstehe mich auf etwas ... auf Dich.« Wenn man nun noch bedenkt, dass das Wort »Begegnung« in allen europäischen Sprachen mit »contra« und »Gegnerschaft« zu tun hat, also der Satz »In der Begegnung begegnen sich Gegner« seine Berechtigung hat, ergibt sich als hilfreiche Denkfigur für die Grundhaltung der Beziehung zwischen mir als psychiatrisch Tätigem und dem psychisch Kranken – mit und ohne Worte: Wenn ich meine neue, noch unbekannte Begegnung mit Dir zwar nicht als feindliche, wohl aber erst mal als gegnerschaftlich auffasse, bringe ich damit meine Achtung vor Deiner Fremdheit und Würde zum Ausdruck. Dies ermöglicht uns zugleich, uns gegenseitig gegensätzliche Interessen zu gestatten, wie das unter Fremden normal ist. Also kein Dankbarkeitszwang für Helferwillen. Vor allem anerkennen wir, dass wir kein gemeinsames Maß haben, nicht Gleiche, sondern Ungleiche sind. Dessen müssen beide sich sicher sein. Wenn ich jetzt angesichts dieses Abstandes zwischen uns mich an die schwierige Aufgabe des Verstehens Deines Problems mache, kann es gut sein, dass ich Dich nicht verstehen kann. Vielleicht gelingt es mir aber, mich selbst im Hinblick auf Dein Problem besser zu verstehen, indem ich mich Dir aussetze, mich offen mache für Dich, mich empfänglich mache für Dein Dir eigenes daher mir unbekanntes Problem. Das muss Dir zwar nichts nutzen, da es ja meine Sicht der Dinge ist, aber vielleicht macht

Dir meine Suchhaltung, mich einer neuen Sicht zu öffnen, Mut, vielleicht steckt sie Dich an, so dass Du Dich selbst Deiner Dir verloren gegangenen Suchhaltung wieder öffnest und zu einer neuen Sicht Deines Problems kommst. LEVINAS: »Die Freiheit des Anderen kann niemals in der meinen ihren Anfang haben« (1992, S.40) oder »Sich finden, indem man sich verliert« (S.42). So habe ich als psychiatrisch Tätiger zumindest die Chance, in der Grundhaltung meiner Beziehung zum psychisch kranken Anderen durch Aufgeben meines egozentrischen Standpunktes zu einer alterozentrischen Sichtweise zu kommen.

Innerhalb dieser Grundhaltung macht natürlich jeder den anderen auch zum Objekt, macht ihn zum Gegenstand von Beobachtung, Fremdwahrnehmung, beschreibt, erforscht, diagnostiziert und therapiert ihn, bildet Theorien über ihn. Das ist die Subjekt-Objekt-Ebene. Der Schutz einer solchen Grundhaltung ist aber bitter nötig, damit die Objektivierung des Anderen nicht eigengesetzlich wird, den anderen nicht angleicht, aneignet, vergewaltigt, vernichtet.

Um das noch einmal erlebnisfähig zu machen, handelt das erste Kapitel des Buches sehr bewusst vom psychiatrisch Tätigen, zeigt den Weg des Menschen mit »sozialem Beruf« ins psychiatrische Arbeiten, wobei das Professionelle daran nicht im Helfen besteht; denn dieses ist allgemein-menschlich. Das Kapitel ist genauso gegliedert wie die Patienten-Kapitel. Das soll zeigen, wie viel Gemeinsames der »Weg in die Psychiatrie« für werdende Patienten und für werdende psychiatrisch Tätige hat. Es zeigt sich ferner, dass sich die Begegnung eines psychiatrisch Tätigen mit einem Kollegen oder mit einem Patienten im Grundsatz nicht unterscheiden.

Kapitel 2 bis 13 sind die Patienten-Kapitel, beschreiben die verschiedenen Typen psychischer Erkrankungen oder Störungen. »Krank« ist von uns umfassend gemeint, etwa orientiert an der sozialen Wirklichkeit des Patienten, der »krankgeschrieben« und dessen Therapie von der »Krankenkasse« getragen wird. Da »krank« in der Psychiatrie aber meist nicht »körperkrank« bedeutet, sprechen wir gern von Kränkung. Das kann man körperlich und seelisch auffassen. Vielseitig genug ist auch das Wort »Störung«. Man kann sagen: Jemand hat eine Störung, wird gestört, stört sich selbst, stört andere, kann eine »Betriebsstörung« sein; auch Beziehungen und Entwicklungen können gestört sein.

Zur Krankheitssystematik (Nosologie) haben wir in diesem Lehrbuch eine biographische Ordnung gewählt: Wer die Patienten-Kapitel der Reihe nach durchliest, verfolgt damit den Lebensweg eines Menschen von der Geburt bis zum Tod, wobei er ihn (und sich selbst) durch die verschiedenen, aufeinander folgenden Altersstufen mit ihren altersspezifischen Lebensaufgaben und Krisen und mit seinen unterschiedlichen, gelingenden oder scheiternden Problemlösungen begleitet. Logischerweise wird dadurch der »geistig behinderte Mensch« zum ersten Patienten-Kapitel; dann geht es durch die Kindheit und Jugend zu den Problemen der Liebe, der Ablösung von der Familie, dem Autoritätskonflikt, dem Erwachsen-Werden, den vielfältigen Partner-Abhängigkeitsproblemen zu den Lebensaufgaben des Trennens, Verlierens, Abschied-Nehmens bis zum Sterben. Bei der Bearbeitung des Kapitels zur Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kapitel 3: Der junge Mensch) konnten wir auf Dr. GÜNTHER Häfeles fachkundigen Rat zurückgreifen, für den wir uns an dieser Stelle bedanken möchten. Das Kapitel für die psychisch

kranken Straftäter über forensische Psychiatrie ist neu in das Buch aufgenommen, womit wir eine empfindliche Lücke schließen; denn eine Psychiatrie, die sich nicht von den schwächsten und gefährdetsten Menschen ihres Verantwortungsbereiches her begreift, hat sich nicht begriffen. Das Problem der Menschen im Heim ist jetzt an verschiedenen Stellen des Buches stärker berücksichtigt. Wahrscheinlich wären wir problembewusster, wenn wir auch hierfür ein eigenes Kapitel reservieren würden.

Eine andere Einteilung der Störungen betrifft die unterschiedlichen Bedingungen oder Kontexte. Wir unterscheiden körperliche und psychosoziale Bedingungen. Das Konzept des »Endogenen« haben wir ersatzlos gestrichen, weil es wissenschaftlich nicht haltbar ist. Dem folgt inzwischen auch die internationale Diagnosen-Klassifikation ICD-10. An die Stelle dieser in der Vergangenheit oft fatalen Leerformel hat häufiger der Mut zu treten, Nichtwissen einzugestehen. Wenn wir uns – bescheidener – von der pathogenetisch-ätiologischen Bedingungebene auf die phänomenologische Lebensebene zurückziehen und psychische Erkrankungen grundsätzlich als allgemein-menschliche Ausdrucksmöglichkeiten für bestimmte Problemsituationen ansehen, dann besteht Kränkbarkeit nach drei Richtungen: als Kränkung des Körpers, der Beziehungen und des Selbst. Diese drei Typen der Kränkbarkeit können wir aus dem Erleben der Patienten und aus unserem Leben ableiten. Alle drei Richtungen sind freilich bei jedem einzelnen Patienten beteiligt, nur mit unterschiedlichen Schwerpunkten. So kommt folgende Einteilung zustande:

*** **A Selbstkränkung (Kapitel 5 bis 7, z. T. 4):**

Menschen mit schizophrenen oder zylothymen Methoden der Problembeantwortung, wobei die Beziehung zu ihrem Selbst beeinträchtigt ist.

Bedingungen: überwiegend unbekannt oder so allgemein-menschlich, dass sie schwer zu spezifizieren sind, daneben auch körperlich-genetische oder psychosoziale Bedingungen. Die Erfahrungen mit der Rekonstruktion der Lebensgeschichte von Langzeitpatienten (Rehistorisierung) der letzten zehn Jahre sprechen allerdings doch für ein größeres Gewicht spezifischer biographischer Problemkonstellationen.

*** **B Beziehungskränkung (Kapitel 8 bis 11, z. T. 4):**

Neurotische, psychosomatische, abhängige, suizidale, sexuell oder persönlichkeitsgestörte Menschen, die bei der Lösung ihrer Lebensprobleme ihre Beziehung zu sich und anderen lebensunfähig gemacht haben.

Bedingungen: überwiegend psychosoziale, aber auch körperliche und unbekannte.

*** **C Körperkränkung (Kapitel 2, 12 und 13):**

Hirnorganisch Kranke, aber auch ohne Hirnbeteiligung an ihrem Körper Leidende sowie geistig behinderte Menschen.

Bedingungen: überwiegend körperliche, aber auch unbekannte und psychosoziale.

■ ■ ■ D Lebensalterskränkung (Kapitel 3 und 13):

Junge bzw. alte Menschen, deren Umgang mit lebensaltersgemäßen Schwierigkeiten zu einer der Kränkungsstypen A, B oder C führt.

Für Schema-liebende Leser: Wenn Sie sich A, B und C als die Ecken eines Dreiecks vorstellen, können Sie auf dem Schenkel AB Persönlichkeitsstörungen, auf AC geistige Behinderung und auf BC psychosomatische Störungen lokalisieren.

Und noch ein Schema, aber, bitte, nur als Verständniskrücke gemeint: Erlebnismäßig könnte der beziehungsranke Mensch sagen: »Ich bin zwar ich selbst (habe mein Selbst), aber ich habe meine Beziehung zu mir und anderen eingeengt.« Der depressive Mensch könnte ausdrücken: »Ich bin nicht ich selbst, sondern unter mir.« Der Manische: »Ich bin nicht ich selbst, sondern über mir.« Der schizophrene Mensch: »Ich bin nicht ich selbst, sondern neben mir oder schräg zu mir.« Der persönlichkeitsgestörte Mensch: »Ich bin nicht ich selbst, sondern nur das momentane identitätsgefangene Ich, habe kein reflexives Mich und damit keine Anderen.« Der körperkranke Mensch: »Ich ringe um den Erhalt meines gefährdeten Selbst.«

Die Kapitel 14 bis 16 sind Beiträge zur Psychiatrie als Institution und Wissenschaft. Der praktischen Psychiatrie liegt heute das territoriale Konzept der Gemeindepsychiatrie zugrunde. Wie dieses umzusetzen und weiterzuentwickeln ist, stellt Kapitel 14 dar. Kapitel 15 schildert die Entwicklung der Psychiatrie, sozusagen ihre Biographie als Einrichtung und Wissenschaft. Die NS-Psychiatrie wird in der Kontinuität der Gesamtgeschichte geschildert, um für heutige Gefährdungen daraus lernen zu können. Kapitel 16 beleuchtet – unter dem Leitgedanken »Recht und Gerechtigkeit« – das Verhältnis der beiden Normen-Wächter Justiz und Psychiatrie und damit den sozialen Ort, den wir psychisch kranken Menschen heute einräumen bzw. einräumen sollten. Wir danken Peter MROZYNSKI für die klare, komplette und grundlegende Bearbeitung dieses Kapitels. Dieser Bereich hat sich seit der Zeit, als das Buch entstand, enorm ausdifferenziert, so dass für uns seine Erkenntnisse und Erfahrungen von großem Nutzen und Gewinn waren.

Kapitel 11 handelt von der forensischen Psychiatrie und damit von einem Ort, der immer in Gefahr ist, von uns ausgeblendet zu werden. Deshalb haben wir dieses Kapitel neu aufgenommen. Zum einen werden viele in ihrer Persönlichkeit gestörte oder durch sie störende Menschen institutionell in diese Einrichtung verwiesen, wenn sie aufgrund von Aggression und Gewalt mit Recht und Gesetz in Konflikt kommen. Zum anderen ist die Frage, ob die gemeindlich organisierte Allgemeinpsychiatrie diese Menschen aus ihrer Zuständigkeit ausgrenzt – und wie eine Zusammenarbeit sinnvoll möglich sein kann – nicht beantwortet. Wir Hartmut BARGFREDE. Er war bis Anfang des Jahres 2000 im Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie in Lippstadt verantwortlich für »Rehabilitation und Nachsorge«, er wurde zur De-Institutionalisierung der überdurchschnittlich lang Untergebrachten promoviert und ist durch eine Vielzahl von Veröffentlichungen und Forschungsarbeiten zu dem Thema hervorgetreten. Heute arbeitet Hartmut BARGFREDE als Professor an der neuen Fachhochschule in Nordhausen/Thüringen.

Während es in den Kapiteln 2 bis 13 aus der Sicht der psychiatrisch Tätigen um die jeweils angemessene Grundhaltung und die jeweils tragfähige Alltagsbeziehung (s.u.) geht, werden in den Kapiteln 17 bis 19 die professionellen Techniken dargestellt, die die verschiedenen Berufsangehörigen des psychiatrischen Teams einzubringen und wofür sie Anspruch auf Bezahlung haben. Soziotherapie ist dabei zugleich die Basis für die anderen Techniken. Und zwar in dem Maße, wie die Pflegeberufe das therapeutische Milieu gestalten, durch ihre Ausbildung spezialisiert für die Wahrnehmung alltäglicher, besonders hautnaher Grundbedürfnisse und – als Spezialist fürs Allgemeine – für die Unterscheidung und Vermittlung privater und öffentlicher Bereiche. Hier möchten wir Sie ermutigen, unsere Wortwahl zu hinterfragen und nach besseren Worten zu suchen: Wenn wir »psychiatrisch Tätige« und »psychisch Kranke« als »Patienten« gewohnheitsmäßig gegeneinander setzen, gibt es nämlich gute Gründe dafür, diese Beziehung umzudrehen: Tätige sind eigentlich eher die psychisch Kranken und die Angehörigen, während wir Professionellen die »patientes«, also die Geduldigen zu sein haben, eher passiv für den jeweils Anderen empfänglich. Um noch einmal an die Frau aus Verl zu erinnern, haben wir Profis Geduld von uns und gerade nicht vom Anderen zu verlangen. Über diese Konsequenz der Dialog-Bewegung sollten wir in der nächsten Zeit nachdenken.

■■■ **Gliederung jedes einzelnen Patienten-Kapitels**

Jedes Patienten-Kapitel beginnt in der Regel mit einem Bild der »Landschaft«, in der die jeweilige Störung sich abspielt. Hier versuchen wir, für uns und die Leser den komplexen, schwer in Worte zu fassenden Sinn auszumalen, den die jeweilige Störung als riskante Problemlösungsmethode hat – im Rahmen einer Biographie, im Rahmen der familiären, kommunalen und gesellschaftlichen Bedingungen und im Zusammenhang mit der inneren und äußeren Natur des Menschen. Diese Versuche der Landschaftsgestaltung in Sprachbildern wollen auch das Unsagbare, das Elementare, Atmosphärische und das wissenschaftlich Unbekannte ausdrücken. Sie dienen dem Erahnen des Bedeutungshorizonts und des Anderssein des Anderen. Sie sind unvollkommen, da wir darin wenig geübt sind. Der Abschnitt B hingegen benennt, was zu beobachten sein muss, damit einem Menschen die Diagnose des jeweiligen Kapitels einigermaßen passt. Es ist der Abschnitt der Fremdwahrnehmung, der Subjekt-Objekt-Ebene, der beschreibenden Psychopathologie der klassischen Lehrbücher, der Symptomsammlung, der Syndrom- und Diagnose-Konstruktion. Erst mit dem Abschnitt C sind wir auf der Ebene der Beziehung zwischen mir und den Anderen, womit in der Alltagspraxis jede Begegnung beginnt. In Begriffen der Hirn-Hemisphärenforschung: wir beginnen unter A rechtshemisphärisch mit der ganzheitlich-bildhaft-analogen Wahrnehmung (Der Wald) und lassen mit B linkshemisphärisch die beobachtend-benennend-digitale Wahrnehmung (Die Bäume) folgen, um beides dann unter C der Beziehung zwischen mir und dem Anderen dienstbar zu machen. Etwas holprig lässt sich das als Begegnungs-Psychopathologie benennen. Da es Ziel unserer Beziehung und unseres Handelns ist, dass der Patient über Selbstwahrnehmung und Selbst-Diagnose zur Selbsttherapie kommt, beginnt Therapie zugleich mit der Diagnose.

Da Angst grundsätzlich Angst vor Undurchschaubarem, Unwägbarem ist, wozu auch das Fremde gehört, das Fremde in uns, der fremde Andere und das Fremde um mich herum, ist Kernstück des Abschnitts C der Umgang mit der Angst (die Angst zulassen, auf sie hören, sie teilen, sie nutzen) in der Begegnung zwischen mir und dem Anderen, das Mich-Öffnen, das Mich-Aussetzen dem Anderen und damit die schmerzhafteste Ersetzung des nicht möglichen Verstehens durch eine hilfreiche Such- und Grundhaltung. Die helfende – wie auch jede – Begegnung mit dem Anderen setzt die Bereitschaft voraus, sich an die eigene Nase zu fassen. Die Herausforderung ist immer wieder: um offen zu sein für den Anderen, muss ich zunächst bei mir Maßnahmen ergreifen, was oberflächlich als Egozentrik erscheinen mag. Wenn ich dem Anderen helfen will, muss ich bei mir beginnen, um die Voraussetzungen zu schaffen. Es ist unmöglich, dem Anderen gerecht zu werden, und es ist nicht möglich (und auch nicht erlaubt), einen anderen Menschen zu ändern, während es durchaus möglich ist, dass ich mich ändere – und zwar so, dass gerade dadurch auch der Andere sich ändern kann. Für all das, was wir Grundhaltung nennen, hat sich für uns die Unterscheidung dreier Aspekte bewährt, die sich am ehesten nacheinander der gesprächstherapeutischen, der verhaltenstherapeutischen und der psychoanalytischen Haltung verdanken:

Selbstwahrnehmung: Wenn ich auf den Anderen zugehen will, muss ich gehen können. Um mich nähern zu können, muss ich bei mir anfangen. Es ist von Fall zu Fall, immer wieder neu, die Aufgabe zu bewältigen, sich dem Anderen, seinem Leiden, seinem ungeschützten Antlitz zu öffnen, bis ich berührt werde. Die Bereitschaft, mich berühren, auch angreifen zu lassen, mich dem Anderen auszusetzen, kann nur verwirklicht werden, wenn ich von dem Anderen nicht Besitz ergreife. Ich lasse ihn mich ergreifen, ohne eine besitzergreifende Verbindung mit ihm einzugehen – so weit, dass er zugleich mit dieser Näherung meiner Anerkennung des menschlichen Abstandes zwischen uns, der völligen Fremdheit und seiner Existenz sicher sein kann. Ich achte ihn nicht einfach als Mitmenschen, der und weil er mit mir gemeinsame Züge hat. Das ist bereits vereinnahmend. (Insofern enthält noch die Formel »Irren ist menschlich« die Gefahr von Missverständnissen.) Es ist eine Aufgabe, die eine ständige Selbstprüfung erfordert, immer wenn ich die Such-Haltung praktiziere, besteht die Chance, dem Anderen ein Beispiel zu geben, wie er seine Egozentrik und die ihn isolierende Selbstbefangenheit überwinden kann. Ich kann Verantwortung für mich und den Anderen nur übernehmen, wenn ich eine Ich-Identität entwickle, die fragil bleibt: oszillierend zwischen der Gefahr, den Anderen immer mehr zur Selbstbestätigung zu nutzen oder ihm zu helfen, zu einer Selbstbefreiung und zu wechselseitigen Beziehungen mit z. B. den Angehörigen und anderen Anderen zu gelangen.

Vollständigkeit der Wahrnehmung: Dies bezieht auch die äußere Seite der Wahrnehmung ein, die Ausschöpfung des jeweiligen Bedeutungshorizontes, z. B. dass ein psychisch Kranker Opfer und Täter seines Krankseins ist (selbst im Delir), dass er sein Kranksein immer auch in Beziehung zu Anderen lebt, dass er die Bedingungen seines Krankseins – innere und äußere – unterscheiden lernt und dass die Symptome stets von seinen Lebensproblemen Sinn bekommen: als ihr Ausdruck, als Abwehr und Vermeidung, aber auch als Selbsthilfeversuch.

Normalisierung der Beziehung: Mit der Wahrnehmung der Gefühle, die der Patient in mir auslöst, als meiner Vorleistung (Gegenübertragung) beginnt zwar die Aufhebung der Isolation des Patienten, aber nicht seine Angleichung, seine Besitzergreifung durch mich, sondern im Schutz der Anerkennung seiner unbedingten Fremdheit und Würde die Herstellung von Offenheit, damit die Chance für den Austausch unterschiedlicher Positionen, und damit die Herstellung einer normalen Beziehung, in der ich die Symptome des Patienten weder ausblenden noch angreifen noch auf sie hereinfließen muss, einer Beziehung, in der wir – jeder für sich – daran arbeiten, dass sie überflüssig oder ersatzweise in die Biographie integriert werden.

Abschnitt D beschreibt die Therapie, d. h. das, was sich aus Landschaft, Diagnose, Grundhaltung und der Beziehung zwischen mir und dem Anderen als Handeln und im Rahmen des Handelns auch als Behandeln ergibt. Es geht also um die Beeinflussung der Kontext-Beziehungen und ihrer Bedeutung für den Patienten und den Angehörigen. Es geht auch um die Integration der Bewegungen, in denen ich mich ändere, der Patient sich ändert, die Angehörigen sich ändern, ich den Patienten ändere – wozu auch die Medikation gehört – und er mich ändert. Auf diesen Wegen und Umwegen ist immer Selbst-Therapie die angestrebte Richtung. Vor allem geht es aber auch um die Begleitung der Menschen, die wir chronisch psychisch krank nennen.

Wenn wir in der Begegnung mit dem Patienten soweit sind, kann diese erste Begegnung etwa nach folgendem Schema dokumentiert werden:

- ⊙ Schilderung der Beschwerden im Rahmen der gegenwärtigen Lebensprobleme in körperlich-seelisch-sozialer Hinsicht. Je mehr konkrete Beispiele für das Erleben und Handeln des Patienten, gerade auch schon aus dem aktuellen Gespräch zwischen ihm und mir, desto besser.
- ⊙ Schilderung der Lebensgeschichte (Anamnese), ebenfalls körperlich-seelisch-sozial, mit den Schwerpunkten nach dem jeweiligen aktuellen Problem. Die Fähigkeiten des Patienten kennen zu lernen ist mindestens so wichtig wie seine Unfähigkeiten.
- ⊙ Darstellung der Situation, Eigen-Sicht und Eigen-Bedeutung der Angehörigen.
- ⊙ Schilderung des Eindrucks (psychischer Befund): Beschreibung des sprachlichen und nicht-sprachlichen Austauschs, mit der Unterscheidung zwischen seinen und meinen Gefühlen. Der Anfänger geht dann systematisch weiter: äußere Erscheinung, Mimik, Gestik, Beziehungsgestaltung; Aufmerksamkeit und Wahrnehmung/Selbstwahrnehmung; Bewusstsein und Orientierung; Merkfähigkeit und Gedächtnis; Antrieb und Bedürfnisse; Stimmung und Gefühlsäußerungen; Primärpersönlichkeit (Charakter und Temperament) und Verhaltensgewohnheiten Menschen und Aufgaben gegenüber; Denken – inhaltlich und formal; Umgang mit Angst und Symptomen; Ich-Erleben und Beziehung zum Selbst.
- ⊙ Testpsychologischer Befund, selten erforderlich.
- ⊙ Befund der körperlichen Untersuchung (klinisch und apparativ).
- ⊙ Diagnose: Vorläufige Zusammenfassung des Problems – körperlich-seelisch-sozial. Sie sollte neben der nosologischen Zuordnung beschreibend die wichtigsten Züge der Problemkonstellation in drei bis vier Zeilen umfassen.

- © Vorläufige Zielsetzung der Therapie, wie zwischen den psychiatrisch Tätigen und dem Patienten vereinbart, mit Angabe der ersten Schritte. Dies wird am häufigsten unterschlagen, ist gleichwohl am wichtigsten und in der Dokumentation des Verlaufs fortlaufend zu korrigieren und fortzuschreiben.

WICHTIG Gerade weil ein solcher Bericht der Wahrheit möglichst nahe kommen soll, ist er umso besser, wenn Sie häufiger Ich-Sätze verwenden. Sie signalisieren damit dem Leser, dass der Bericht Ihre Sicht der Dinge und damit Ihre Wahrheit ist, machen sich für den Leser auf diese Weise kontrollierbar, der ja eine ganz andere Sicht haben könnte. Und für die Annäherung an die Wahrheit sind gerade die Unterschiede zwischen verschiedenen Sichtweisen besonders ergiebig.

Als Therapeuten können wir nur günstige Bedingungen für Selbst-Therapie schaffen. Mit dieser Aussage knüpfen wir an Hippokrates an: »Der Patient selbst ist der Arzt. Der Arzt ist nur der Helfer.« Wie es bei der Diagnose um das Sich-Wahrnehmen ging, so bei der Therapie um das Sich-Wahrmachen des Patienten, ein Begriff, den wir der italienischen Psychiatrie verdanken (verifica). Ziel-Vereinbarung kann es sein, dass jemand etwas ändern will, aber auch, dass jemand lernen will, sich so anzunehmen, wie er ist. Denn bei jedem Menschen gibt es änderbare, aber auch feststehende Anteile, die man nur annehmen kann.

Der Abschnitt »Epidemiologie – Prävention« beschließt jedes Patienten-Kapitel, meist als E. Manche Leser mögen den Begriff »Sozialpsychiatrie« in diesem Buch vermissen. Wir halten ihn für überflüssig: Psychiatrie ist soziale Psychiatrie oder sie ist keine Psychiatrie. Andererseits finden Sie in diesem Abschnitt E einen Teil von dem, was speziell mit Sozialpsychiatrie gemeint sein kann: Epidemiologie ist die Erforschung seelischer Erkrankungen

- a. nach ihrer Verbreitung,
- b. nach ihren körperlichen und psychosozialen Bedingungen und
- c. nach ihrer ökologischen, historischen und anthropologischen Bedeutung. So ist es kein Wunder, dass wir an dieser Stelle auch auf den gesellschaftlichen Kontext zu sprechen kommen, z.B. Arbeitslosigkeit, Automatisierung, Globalisierung, Umweltschutz, Isolation, Wachstumsorientierung der Wirtschaft. Was beim einzelnen Patienten die Diagnose für die Therapie ist, ist auf der allgemeinen Ebene die Epidemiologie für die Prävention: jene liefert dieser die Daten für Maßnahmen, die das Auftreten einer Erkrankung seltener machen, es bei gefährdeten Personen verhindern oder einem Rückfall vorbeugen sollen. All unser Tun sollte daher auch eine präventive Dimension haben. Das fängt schon bei der Arbeit mit dem einzelnen Patienten an, wo »Hilfe zur Selbsthilfe« unsere Leitidee ist. Ein Teil der Arbeitszeit oder freien Zeit sollte aber zudem der Teilnahme an einer direkt präventiven Aktivität vorbehalten sein (z.B. in einer PSAG). Das macht die oft entmutigende Alltagsarbeit erträglicher und ist langfristig wirksamer.

WICHTIG Freilich ist auch hier eine Grenze zu beachten: Wir dürfen nie – wie im Nationalsozialismus – Fürsorge für einen konkreten Anderen durch Vorsorge ersetzen wollen: das endet in Vernichtung.

Da wir der Auffassung sind, dass eine neue Psychiatriebewegung ihre Kraft von der Orientierung an den Bedürfnissen der Schwächsten, insbesondere der chronisch Kranken, bezieht, bedarf es wohl einer gewissen Radikalisierung sowohl der gemeindepsychiatrischen Programme als auch unserer Grundhaltung. Daher stellen wir so etwas wie einen kategorischen Imperativ zur Diskussion:

WICHTIG Handle für Deinen Verantwortungsbereich so, dass Du mit dem Einsatz all Deiner Ressourcen (an Kraft, Zeit, manpower, Aufmerksamkeit und Liebe) immer bei dem Schwächsten beginnst, bei dem es sich »am wenigsten lohnt«!

Natürlich ist das nur eine Norm, d. h. keiner von uns kann sie zu Lebzeiten erfüllen. Andererseits hat aber jeder von uns mindestens einmal am Tag die Wahlmöglichkeit und Gelegenheit, dieser Norm zu folgen. Wenn wir dies tun, wirkt sich das sehr wohl langfristig aus.

1 Der sich und Anderen helfende Mensch

A Die Landschaft der psychiatrisch Tätigen 29

- Im gesellschaftlichen Zusammenhang 29
- Die Begegnung mit der Psychiatrie aus der Nähe 30
 - Die soziale Psychiatrie: Arbeiten im Team 31
 - Die existenzielle Notwendigkeit der Gruppe 31
 - Wissens- und Erfahrungsaustausch 32
 - Modellwirkung der Beziehungsvielfalt und -offenheit 33
 - Lebenszufriedenheit und Gesundheit der Teammitglieder 34

B Notwendige Störungen (Wahrnehmung der Auffälligkeiten) 35

- Sich einlassen, sich riskieren, reifen 36
- Krank, abweichend, verrückt, irre 36
- Helfen, Gutes tun, therapieren, versorgen, heilen 37
- Zwingen, drängen, manipulieren, erziehen, unterjochen, drohen, Macht ausüben 39
- Würdig, tolerant, Kontrolle 40

C Arbeitshaltung in der Psychiatrie 41

- Wichtige Vorbemerkung 41
- Selbstwahrnehmung: Suchen bei mir selbst, Übertragung 42
 - Die Angst 42
- Die ersten Schritte 44
- Vollständigkeit der Wahrnehmung – Meine Rolle als Ersatzspieler: Übertragung 48
- Normalisierung der Begegnung 49

- Fortbildung (s. Ausbildung) 49
- Team 50
- Die Neuen und die Besucher von außerhalb 50
- Supervision 50
- Die Öffentlichkeit 51

D Handeln (Behandeln, Verhandeln) 51

- Versuchte Annäherung oder: die Angst der ersten Schritte 52
- Angehörige 52
- Die Wirkung des Unsystematischen 53
- Die Berufsrollen im psychiatrischen Team (Therapeutische Techniken) 54
 - Pflegeberufe 54
 - Arzt 55
 - Sozialarbeiter 55
 - Bewegungstherapeut 56
 - Arbeits- und Beschäftigungstherapeut 56
 - Psychologe 57
- Der Rahmen psychiatrischer Arbeit 58
 - Wo findet die psychiatrische Arbeit statt? 59
 - Zeitliche Rahmenbedingungen der Teamarbeit 60
 - Erwartungen an die Teamarbeit (Ziele) 61
- Verlauf psychiatrischer Arbeit (Therapieverlauf) 61
 - Zum Verlauf 61
 - Zur Aufhebung der Begegnung 62
- **Literatur 62**

A Die Landschaft der psychiatrisch Tätigen

■ Im gesellschaftlichen Zusammenhang

Wie die Psychiatriegeschichte lehrt, ist die Psychiatrie immer abhängig von dem Gesellschaftssystem, in dem sie arbeitet. Lange Zeit waren Landeskrankenhäuser vorrangig Orte der Verwahrung, der völligen Entprivatisierung des Einzelnen. Die damit verbundene Entrechtung fand ihren Höhepunkt in der Nazizeit, in der der vorherrschende Rassismus dazu führte, psychisch Kranke als Gefahr für den »gesunden Volkskörper« zu sehen. Diese Menschenverachtung gipfelte in der Ermordung von 300.000 psychisch Kranken. Mit der Entwicklung demokratischer Gesellschaftssysteme musste auch die Psychiatrie sich ändern.

Die Prinzipien demokratischen Denkens müssen nicht nur in die psychiatrischen Institutionen hinein, sondern auch im alltäglichen Handeln psychiatrisch Tätiger wirken. Wo das nicht geschieht, findet Ausgrenzung statt. Professionelles Handeln in der Psychiatrie ist nicht gleich demokratischem oder autoritärem Handeln, sondern erst einmal unabhängig davon. Ähnlich wie autoritäre Strukturen professionelles Handeln negativ beeinflussen können, kann professionelles Handeln mit naiven Demokratisierungsstrategien verhindert werden. Hier kommt es darauf an, zu bedenken, dass die Psychiatrie nicht unabhängig von dem sie umgebenden gesellschaftlichen Umfeld geschieht, sondern dieses reflektiert. Gleichzeitig gibt es auch hier Entscheidungs- und Verantwortungsträger.

Heute leben wir – nicht nur was die Psychiatrie betrifft – in einer Zeit des noch nicht abgeschlossenen Umbruchs. Es besteht auch durchaus die Gefahr, dass erzielte positive Veränderungen wieder rückgängig gemacht, dass zum Beispiel abgeflachte Hierarchien wieder aufgebaut oder Informationen nicht ordentlich, sondern hierarchisch weitergegeben werden.

Mit der Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages im Jahre 1975 wurde erstmals nach dem Krieg eine Bestandsaufnahme über den Zustand der Psychiatrie in der Bundesrepublik gemacht. Es wurde aufgezeigt, dass die Zustände in vielen Landeskrankenhäusern menschenunwürdig waren. Es wurden Ideen entwickelt, die großen Anstalten zu verkleinern, von der Idee her aufzulösen, Hilfe in überschaubaren Institutionen anzubieten, dort, wo die Probleme der Menschen entstehen, in ihren Lebensbereichen, so dass sie und die Institutionen nicht in Vergessenheit geraten. Hilfe wird möglichst ambulant angeboten, stationäre Einheiten sind ebenfalls gemeindenah und so klein wie irgend möglich. Alle für die psychische Gesundheit Tätigen, die Betroffenen und die Angehörigen entscheiden gemeinsam über die Art der Versorgung. Es ist für viele deutlich geworden, dass der Umgang mit psychisch Kranken und die Organisation von Hilfen vorrangig eine gesellschaftliche und politische Aufgabe ist.

So weiß man heute, dass ärztliche Hilfe nur ein Aspekt des Helfens sein kann. Bewegungstherapie, Psychotherapie, Hilfen beim Arbeiten und Wohnen müssen den medizinischen Hilfen zugeordnet sein. Nicht nur dem Individuum ist zu helfen, sondern auch die Umgebung, das System, ist in die Wahrnehmung einzubeziehen. Mithilfe von Modellprogrammen der Bundesregierung, vor allem dem so genannten »großen Modellprogramm«, das 1988 mit der

Vorlage der Empfehlungen der Expertenkommission abgeschlossen wurde, sind viele neue psychiatrische Institutionen und Versorgungsstrukturen sowie gesetzliche Änderungen vorgenommen worden. Eine bewertende Bestandsaufnahme ist vor allem wichtig, um regionale Unterschiede zu beschreiben, auch Regionen zu benennen, in denen die Reformen gelungen sind – und um aufzuzeigen, welche Gruppen psychisch Kranker nach wie vor nicht gut versorgt und behandelt werden. Es war in den letzten Jahren wichtig – und wird es in der Zukunft bleiben –, nicht nur die Institutionen zu ändern, sondern Einfluss auf das professionelle Handeln zu nehmen, auf den Umgang mit psychisch Kranken.

Gleichzeitig jedoch wird von Verantwortlichen immer noch und schon wieder viel Geld ausgegeben, die alten Institutionen zu renovieren, immer noch und schon wieder werden Strukturen ökonomisch gefördert, die den Erhalt der autoritären Begegnungsweise fördern. Zum Beispiel gibt es nach wie vor nur wenig Arbeitsplätze für Krankenpflegende im ambulanten Bereich und die Finanzierung vieler als sinnvoll erkannter Institutionen ist keineswegs gesichert. In dieser Zeit des Umbruchs müssen psychiatrisch Tätige sich ihres Handelns bewusst werden. Neben dem Wissen kommt gerade in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Begegnung dem Menschenbild, nach dem der psychiatrisch Tätige handelt, besondere Bedeutung zu. Bewusstsein über Bedingungen der Begegnung in und mit der Psychiatrie kann über die Psychiatrie hinauswirken und zum Ansatzpunkt für Nachdenken über menschenwürdiges Umgehen mit Kranken werden.

Für das Handeln in der Psychiatrie sind die Entwicklung einer gemeinsamen Suchhaltung, die koordinierte Anwendung des jeweiligen professionellen Wissens und eine spezifische, für alle Berufstätigen geltende Ethik erforderlich.

■ Die Begegnung mit der Psychiatrie aus der Nähe

Wie kann ich in der Psychiatrie arbeiten – egal ob als Schwester, Arzt, Psychologe, Pfleger, Sozialarbeiter usw. – und zwar so arbeiten, dass es auch für mich erträglich ist, einen Sinn hat, und dass nicht nur andere, sondern auch ich etwas davon habe?

Zur Beantwortung der Frage wollen wir in diesem Kapitel einen psychiatrisch Tätigen auf dem Weg in die Psychiatrie begleiten – und zwar speziell im Umgang mit Kollegen und mit sich selbst. Das geschieht genau so, wie wir in den »klinischen Kapiteln« den Weg der jeweiligen psychisch Kranken und Angehörigen durch die Psychiatrie begleiten – speziell in ihrem Umgang mit uns (und unserem Umgang mit ihnen). Deshalb ist dieses erste Kapitel fast so gegliedert wie die klinischen Kapitel 2 bis 13. Die Untertitel geben das je entsprechende Element an. Es genügt nicht, mir die Psychiatrie nur zum Objekt meiner Wahrnehmung zu machen. Denn gleichzeitig löst die Begegnung mit der Psychiatrie in mir etwas aus, nimmt mich gefangen, beeinflusst und verändert mich. Wie jede Begegnung hat auch diese zwei Anteile: Einmal mache ich mir als Subjekt den Anderen zum Gegenstand, zum Objekt, zum anderen trete ich als Subjekt mit dem Anderen als Subjekt in eine Wechselbeziehung, in einen Austausch. Im ersteren

Fall lasse ich die Begegnungsangst nicht an mich heran, lasse mich innerlich nicht davon berühren, wehre ab. Im zweiten Fall lasse ich die Begegnungsangst in mich hinein, lasse mich vom Anderen anrühren, in Frage stellen, schwinde mit, lasse den Anderen mit mir etwas machen. Also habe ich nicht nur meine neue Umgebung wahrzunehmen, sondern auch mich in ihr. Zur Wahrnehmung kommt die Selbstwahrnehmung. Nur in dem Maße, in dem ich das für mich und mein Handeln gelten lasse, kann ich es von den Patienten auch fordern: ich kann für sie Modell sein. Da jedes psychiatrische Handeln modellhaft wirkt, muss in ihm das sichtbar werden, was erreicht werden soll.

■ ■ **Die soziale Psychiatrie: Arbeiten im Team**

Teamarbeit ist nicht die einzige Möglichkeit psychiatrischen Arbeitens. Der niedergelassene Nervenarzt oder Psychotherapeut z. B. ist im Denken und Handeln überwiegend auf sich allein gestellt. Es gibt auch im Team immer Situationen, in denen besser einer allein denkt oder entscheidet. Teamarbeit soll dies auch nicht verhindern, sondern gerade verantwortlich absichern. Jede Person des Teams hat sich zu fragen, wie viel soziales, gemeinsames Handeln sie zur Verfügung stellen kann und mag – und wie viel sie allein tun mag.

Da wir unsere Erfahrungen im Team gesammelt haben und diese auch an potenzielle Team-Mitarbeiter weitergeben wollen, soll die Nützlichkeit der Teamarbeit für das psychiatrische Handeln begründet werden.

■ ■ **Die existenzielle Notwendigkeit der Gruppe**

Der Mensch als Einzelwesen ist unvollkommen angelegt. Er ist vom Leben in der Gruppe abhängig. In unserer Erziehung, in unserer Gesellschaft, oft auch in unseren psychologischen Theorien wird diese Grundbedingung menschlichen Seins vernachlässigt. In unserer heutigen liberalen Gesellschaft sind Selbstverwirklichung und Autonomie des Einzelnen allgemein verbindliche Werte, was leicht ausblenden lässt, dass der Mensch zur Entwicklung seiner Individualität auf Gruppen angewiesen ist und bleibt. In der Gruppe findet der Einzelne eine gewachsene, unmittelbare Sicherheit und Geborgenheit. Wenn die Fähigkeit zur Bindung an die Gruppe weitgehend verloren gegangen ist, sind diese Grundbedürfnisse nicht erfüllt. Der Mensch ist in seinem ganzen Lebenslauf darauf angewiesen, Mitglied von Gruppen zu sein. Entsolidarisierung und Vereinzeln sind Folgen der Ausbeutung des Individuums, aber das Schicksal des Einzelnen wie der Gesellschaft ist bedingt und geprägt durch das Zusammenspiel zwischen Individuen in Gruppenzusammenhängen. Der Mensch denkt, fühlt und handelt nie nur als autonomes Individuum, sondern immer auch als Mitglied von Gruppen. Gleichzeitig können Gruppen nur dann zur Gesundung von Menschen beitragen, wenn sie der Entwicklung jedes einzelnen Menschen genügend Spielraum geben.

■ ■ Wissens- und Erfahrungsaustausch

Weder der Arzt noch der Sozialarbeiter, die Krankenschwester, der Psychologe, der Beschäftigungstherapeut, der Bewegungstherapeut noch sonst wer kann heute als Einzelner die Wirklichkeit angemessen wahrnehmen oder verstehen. In dem, wie ich mich verstehe, ist enthalten, wie ich die umgebende soziale und physische Welt und ihre Spannungen in mich aufgenommen habe, zu Teilen von mir gemacht habe. Das führt dazu, dass Konflikte als *meine* Konflikte wieder auftauchen, die nicht nur durch meine Kraftanteile geprägt sind, sondern auch durch fremde. Diese wahrzunehmen ist für mich allein schwer. Ich kann Zugang dazu bekommen, wenn ich mit Anderen darüber spreche, versuche, mich zu öffnen und herauszufinden, wie ich mich und die Welt heute verstehen kann. Was für mich gilt, gilt auch für den Patienten. Therapeutischer und diagnostischer Alleingang auf einer Station schließt andere »Wissende« aus. Dies kann fahrlässig sein, weil dem Patienten das Wissen, das er braucht, um sich besser zu verstehen, nicht vollständig zur Verfügung gestellt wird. Ein ausschließendes Vorgehen verzerrt für den Patienten die Welt: Er sieht einige als Handlanger, andere als die, für die sich die richtige Information aufzubewahren lohnt. Nehmen die Patienten ihre Handlungspartner in dieser Weise wahr, entsteht eine typische, tödlich-passive Atmosphäre: Auf einer Station z. B. sitzen die meisten Patienten schweigsam wartend herum, profitieren nicht von den Erfahrungen der Mitpatienten, sondern erleben jeder für sich die eigene Krankheit als absolut. Entsprechend ist die Krankenschwester für den Arzt keine Gesprächspartnerin, bestenfalls Zureicherin von Information. Bewegungs-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sind nicht anerkannt, sondern dienen der Ablenkung. Alle starren auf die »kranken Anteile« eines Menschen, alles andere wird diesen untergeordnet. Teamarbeit macht es möglich, dass die unterschiedlichen Sichtweisen gleichberechtigt zusammengesehen werden. So ist ein abgerundeteres und differenzierteres Wahrnehmen und Handeln möglich.

BEISPIEL 1 Wir haben gelernt, wie sehr die Kenntnis der ökonomischen Situation für das Verständnis eines Menschen erforderlich ist. Nun kann man zwar als Akademiker viel über solche Zusammenhänge wissen, nichts ersetzt einem aber die *Erfahrung* und die direkte Auseinandersetzung im Team. Als es einmal darum ging, ob die Arbeitsbelastung in der Klinik noch zumutbar sei, zunächst eine von Akademikern im Vergleich zu anderen Berufskollegen gestellte Frage, konnte zum einen die Sozialarbeiterin aus ihrer Praxis von anderen Berufen erzählen. Entscheidend war jedoch der Wutausbruch einer Krankenschwester, die unsere Arbeitssituation mit der ihres Mannes und seiner Kollegen verglich und uns vorwarf, dass wir keine Ahnung hätten von den Arbeitsbedingungen durchschnittlicher Arbeitnehmer. Die emotionale Beteiligung machte nicht nur die Klagen überflüssig, sondern trug auch dazu bei, dass wir auf die Arbeitssituation der Patienten besser eingehen konnten.

ÜBUNG Tauschen Sie sich mit Anderen darüber aus, wie Sie Erfahrungen mit dieser Gesellschaft machen und wie Sie Wissen und Erfahrung vergrößern können. Welche gesellschaftlichen Orte kennen Sie gut? Welche entwerten Sie? Welche meiden Sie?

BEISPIEL 2 Wir wissen auch, dass es in Abhängigkeit von der sozialen Schichtzugehörigkeit unterschiedliche aggressive Ausdrucksweisen gibt. Als einmal ein Patient angetrunken Mitpatienten und Teammitglieder mit einem Hammer bedrohte und gerade akademisch geschulte Kollegen schon angstvoll überlegten, wie er auf die geschlossene Station zu bringen sei, konnte wieder die Krankenschwester den richtigen Ton für den Patienten finden und die Lage entspannen, während die Psychotherapeutin theoretisch bei der Einordnung des Geschehens half: diese Aggressivität nicht als den Ausdruck von Krankheit zu sehen, sondern als Ausdruck dieses Menschen, der sprachlich seine Wut und Spannung nicht äußern konnte.

ÜBUNG Mit Anderen Gespräche führen, in denen man nicht nur unterschiedlicher *Meinung* ist, sondern zum gleichen Sachverhalt unterschiedliche *Gefühle* hat. Die Gespräche sollten zunehmend so werden, dass einer die Gefühle des Anderen als andere annehmen kann, merken kann, dass es gleichberechtigte Gefühle sind, dass nicht der eine Recht und der andere Unrecht hat, und dass Gespräche über solche Themen nicht zu Ringkämpfen ausarten müssen. Merken Sie, dass es keine richtigen und falschen Gefühle gibt, sondern dass Gefühle je individuelle Seinsweisen kennzeichnen.

■ ■ Modellwirkung der Beziehungsvielfalt und -offenheit

Wenn der Patient am eigenen Leibe spürt, wie gut Beziehungen zwischen Menschen sein können, kann er davon für sich profitieren. Das heißt aber, dass möglichst viel Bewegung in einer Behandlungseinheit gegeben sein muss, dass Begegnungen auf ihre Vielfalt hin überprüft sein müssen, dass der Patient auch teilnehmen kann, um die Erfahrungen, die für ihn nützlich sind, machen zu können. Also kann ein Team nicht nur dazu genutzt werden, den Patienten vielfältiger wahrzunehmen, sondern der Patient kann auch das Team nutzen, Begegnungsmöglichkeiten, Umgangsweisen besser wahrzunehmen. Somit wird nicht nur die Diagnostik von kranken Anteilen und deren Trägern, sondern umgekehrt auch die Diagnostik von Gesundheit und deren Trägern – nämlich für den Patienten – möglich.

BEISPIEL 1 Ein Besucher einer Beratungsstelle teilte schriftlich mit, dass er die Beratungsstelle künftig nicht mehr besuche, weil alle gegen ihn arbeiteten. Beim Nachdenken über diesen Brief kam heraus, dass zwar die einzelnen Team-Mitglieder gute Beziehungen zu dem Besucher unterhielten, dass er aber der war, der die unausgesprochenen Spannungen zwischen den Team-Mitgliedern aushalten musste. So wurde größere Nachdenklichkeit und Offenheit zwischen den Team-Mitgliedern ange-regt. Der Besucher konnte wieder kommen.

Eine solche Offenheit dient dem Patienten als Modell und hilft zugleich, die Arbeitssituation der Mitarbeiter selbstbestimmter und zufriedener zu gestalten.

BEISPIEL 2 Nicht nur das Widersprechen, auch das Bestärken und Anerkennen und Wahrnehmen ist etwas, was Patienten, deren Beziehung zu Mitmenschen gestört ist, nicht mehr können, ohne zu befürchten, sie könnten sich was vergeben, der Andere könnte sich auf sie stürzen oder Schlimmeres: Eine Schwester begegnet in einer Behandlungseinheit dem Sozialarbeiter und einer Patientin. Sie sagt: »Das freut mich, dass Sie noch Zeit gefunden haben, mit Frau X zu sprechen. Sie hatten es ihr für

heute früh versprochen, und sie hatte schon Zweifel. Ich hatte sie getröstet. Jetzt sind wir beide wieder glaubwürdiger geworden, und Frau X wird möglicherweise ruhiger.«

Hier wieder ist die Offenheit *nach zwei Seiten* wirksam: Zum einen ist sie ein gutes Modell für die Patientin, zum anderen festigt sie die Arbeitsbeziehung zwischen Sozialarbeiter und Schwester.

ÜBUNG Beispiele ausdenken und im Rollenspiel durcharbeiten, die Handlungen umfassen, die gleichzeitig meiner Selbstbestimmung am Arbeitsplatz gerecht werden und Modell sein können. Und: Wie halte ich es aus, zum ungeliebten Partner zu werden, derjenige im Team zu sein, an dem Aggressionen abgearbeitet werden?

■ ■ **Lebenszufriedenheit und Gesundheit der Teammitglieder**

Ein drittes Argument für Teamarbeit (es könnte auch das Erste sein): Da sie gleichzeitig Originalität des Einzelnen und gemeinsames Entscheiden und Handeln fördert, macht sie Arbeit zu dem, was sie bestenfalls im Leben eines Menschen sein kann: Sie trägt entscheidend zur Lebenszufriedenheit und damit Gesundheit der einzelnen Teammitglieder bei. Nur insofern dies gelingt, ist Teamarbeit berechtigt. Teamarbeit kann nicht nur zur Verbesserung von Psychiatrie beitragen, sondern auch zum Wachstum der in der Psychiatrie Tätigen. Dann können von der Psychiatrie Impulse ausgehen, auch andere Arbeitsplätze menschenwürdiger zu gestalten.

BEISPIEL 1 Es taucht auf einer Station die Frage auf, wie man eigentlich das Körperbewusstsein von Menschen schulen könnte, ihnen ein Gefühl von Entspannung und Anspannung, Kraft und Schwäche geben könnte, ohne eine gezielte Art von Schulung haben zu müssen, sondern mit der Möglichkeit, spielerisch in Gruppen Bewegung und das Bewusstsein von Bewegung zu fördern. Eine der Schwestern sagt: »Das möchte ich machen. Ich find' das ganz toll, und da fällt mir jetzt schon viel zu ein. Ob ich das wohl lernen kann?« Durch Fortbildungskurse in Bewegungstherapie und durch die Möglichkeit, im Team ihre Erfahrungen kontrollieren zu lassen (denn wir haben alle einen Körper!), bildet sie ihre Fähigkeiten aus und übernimmt die Bewegungstherapie auf der Station.

BEISPIEL 2 Ein Student der Arbeitstherapie, der im ersten Beruf Installateur war, erlebte die beiden Ausbildungen als nicht zueinander passend. In einem Praktikum wurde er angeregt, mit einer Gruppe psychisch Kranker im Gewächshaus eine Wasserleitung zu legen. Die Erfahrung hat ihn in seiner beruflichen Identität bestärkt und für ihn noch ein anderes Licht auf die Bedeutung der Arbeitstherapie für psychisch Kranke geworfen.

B Notwendige Störungen (Wahrnehmung der Auffälligkeiten)

Zu Anfang ein Einstellungsgespräch – der Leser wird aufgefordert, die Gedanken des Beispiels für sich selbst zu klären: wie sieht es bei mir und anderen damit aus? Die Unterhaltung findet zwischen zwei Teammitgliedern und einem Bewerber statt.

T1: Ist es Ihre erste Stelle in der Psychiatrie?

B: Ja, schon. Ich habe einmal ein Praktikum gemacht, aber ich interessiere mich schon lange für dieses Gebiet.

T1: Und was interessiert Sie?

B: Zum einen glaube ich, dass man in der Psychiatrie besonders gut helfen kann. Ursprünglich wollte ich mit Kindern arbeiten, aber dann hat mich mal jemand drauf gebracht, dass es auch notwendig ist, Erwachsenen zu helfen, dass denen niemand hilft. Bei Kindern ist das etwas anderes. Und dann finde ich das Thema spannend: Psychiatrie. Ich habe viele Filme gesehen und auch viel gelesen. Das muss schön sein, diesen Kranken zu helfen.

T2: Sie sagten, Sie möchten helfen. Was heißt das für Sie, helfen?

B: Ich weiß ja nicht genau, aber ich kann geduldig sein, ich kann auch andere ermuntern, ich bin auch verständnisvoll. Sie machen doch Therapie, oder? Ich möchte gerne Therapie lernen.

T1: Geben Sie gern?

B: Ja.

T1: Ist es Ihnen auch schon mal in den Sinn gekommen, dass es wichtiger sein kann, jemandem etwas wegzunehmen als ihm etwas zu geben?

B: Nein, eigentlich nicht, denn Wegnehmen ist ja meist etwas Unangenehmes, und ich denke, es kommt darauf an, den Kranken zu zeigen, dass sie auch wer sind, es kommt darauf an, ihnen etwas zu geben.

T1: Und wenn ich sage, dass es häufig genug darauf ankommt, nichts zu geben, sondern etwas zu verweigern ...?

Anmerkung: Aussagen wie »Das gibt mir was«, »das gibt mir nichts« sind unsinnig.

Hier wird das Gespräch abgebrochen. Die zu Grunde liegende Frage lautet: Welche Wunsch-, Meinungs- und Motiv-Anteile (Symptome) eines Menschen sind günstig für die Arbeit in der Psychiatrie?

Wer in der Psychiatrie arbeiten möchte, begegnet den gleichen Vorurteilen wie jemand, der in der Psychiatrie Hilfe sucht: »Du spinnst ja, ausgerechnet bei den Verrückten, da wirste ja selbst bekloppt.« Es gibt auch so was wie mahnende Bewunderung: »Warum ausgerechnet da, kannst Du Dir nicht etwas Leichteres aussuchen, wie willst Du das bloß durchhalten, da muss man aber sehr gesund sein.« Damit sind jedoch nicht nur Vorurteile angedeutet, sondern es wird auch danach gefragt, was *ich* in der Psychiatrie will, wieweit ich dem, was mir in dem Rahmen begegnet, offen begegne, inwieweit die Psychiatrie mir fremd bleibt, inwieweit ich mich verschließe.

■ **Sich einlassen, sich riskieren, reifen**

Mit jeder Beziehung, auf die ich mich in der Psychiatrie einlasse, verändere ich mich ein bisschen. Hervorzuheben ist, dass ich oft gar nicht selbst bestimme oder kontrolliere, ob ich mich einlasse. Ich werde berührt, ergriffen, angesprochen. Ob ich bewussten Zugang zu diesem Prozess habe oder ob er mir erst konflikthaft – und durch Andere – bewusst wird, ich kann mich, wie in jeder anderen Beziehung auch, riskieren. Teamgespräche, Gespräche mit Angehörigen, Supervision können Hilfe sein. Ich kann diesem Risiko nicht ausweichen. Da es unmöglich ist, nicht zu kommunizieren, löse ich auch Gefühle aus und riskiere mich auch, wenn ich mich panzere, verstecke, zurückziehe, mich bemühe, in großer Distanz zu bleiben. Allerdings schaffe ich dann nicht wirklich Bedingungen für eine hilfreiche Beziehung. Ich kann mich nicht den ganzen Tag und nicht auf jeden und jede einlassen, werde auch nicht von jeder und jedem berührt. Es kann zu größerem Verständnis des helfenden Vorgehens und auch von mir selbst und damit mehr persönlicher Reife führen, wenn ich um die Gegenseitigkeit des Risikos und der Chancen weiß. Der psychisch Kranke gibt mir einen Vertrauensvorschuss und riskiert sich ebenfalls. In dem Gesagten ist als Gedanke enthalten, dass wir nur über die Begegnung mit dem Anderen zu uns selbst kommen können.

■ **Krank, abweichend, verrückt, irre**

Wer in der Psychiatrie arbeiten will, muss sich mit dem auseinandersetzen, was dort unter krank, abweichend, verrückt und irre verstanden wird. Ursprünglich hat die Bezeichnung der Menschen mit psychischen Problemen als »krank« geholfen, sie besser zu behandeln. Man gewöhnte sich an, auch in der Psychiatrie etwa nach dem folgenden Krankheitsbegriff zu arbeiten:

Krankheiten sind Störungen im Ablauf der Lebensvorgänge, die mit einer Herabsetzung der Leistungsfähigkeit einhergehen und meist mit wahrnehmbaren Veränderungen des Körpers verbunden sind. Die Krankheitsursachen sind äußere wie Hitze, Kälte, Nässe, krankheitserregende Lebewesen, mechanische und chemische Schädlichkeiten oder innere wie ererbte Krankheitsanlagen oder im Laufe des Lebens erworbene Bereitschaft zu bestimmten Krankheiten. Es werden akute (rasch ablaufende) und chronische (schleichend verlaufende) Erkrankungen unterschieden. Befragung und Untersuchung des Kranken dienen der Feststellung der Krankheit (Diagnose), die sich aus den verschiedenen Krankheitszeichen (Symptomen) ergibt. Sie ist Voraussetzung einer möglicherweise wirksamen Behandlung (Therapie) und einer einigermaßen sicheren Voraussage des Krankheitsausganges (Prognose).

Genauere Beobachtungen nach diesem Schema führten zu einer feineren Einteilung psychischer Krankheitseinheiten (Nosologie), zu einem Umgang mit psychisch Kranken wie mit körperlich Kranken und zu der Sicht, dass der einzelne Mensch der Träger einer Krankheit ist, von der er möglicherweise geheilt werden kann. Im Laufe der letzten Jahrzehnte haben wir gelernt, einen anderen Aspekt psychischer Erkrankung zu sehen: dass ein Mensch, der krank, abwei-

chend, irre, verrückt ist, in Beziehung zu Anderen, zu sich selbst und seinen Gefühlen und zu seinem Körper verfehlt handelt. Beginnt man, den Aspekt der Beziehung zu berücksichtigen, ist es nicht mehr möglich, nur von einzelnen Krankheitsträgern auszugehen und nur diese wahrzunehmen. Es sind auch die anderen Teile des Geflechtes mitzusehen. Die Bedingungen des Handelns bzw. des gestörten Handelns sind dann zu erspüren und evtl. zu ändern. Eine solche Sichtweise ermöglicht, dem Begriff »krank« eine breitere Bedeutung zu geben: *Die Suche nach den kranken Anteilen in einem Menschen wird zur Suche nach den derzeitigen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten, eine Beziehung zu sich, zu anderen oder zur Umwelt aufzunehmen.* Krank ist immer ein Mensch. Das heißt aber nicht, dass andere durch ihr Verhalten zum Dasein und So-sein von Erkrankung nicht beitragen. Eine solche Sichtweise erübrigt auch die leidige Diskussion darüber, wer krank, irre oder verrückt ist, der einzelne Mensch, die Gesellschaft, die Familie.

BEISPIEL Jemand kommt in die Praxis, weil er verzweifelt darüber ist, am Arbeitsplatz zu versagen. Das Versagen besteht vor allen Dingen darin, dass er zu langsam ist, von daher häufig in Konflikt mit Kollegen und Vorgesetzten gerät, das Gefühl entwickelt, nicht zu genügen. Er bittet um Hilfe. Nehmen wir an, die Frage, was hindert den Menschen, mit dem Tempo zurechtzukommen, ließe drei Antworten zu: Erstens kann eine Analyse ergeben, dass dieser Mensch langsamer geworden ist, dass diese Verlangsamung nicht alterungsbedingt ist, auch in anderen Bereichen seines Handelns auftritt und dass Medikamente helfen können, sein Tempo zu beschleunigen (die Verlangsamung wäre Symptom einer Krankheit). Zweitens kann sich ergeben, dass dieser Mensch ein langsamer Typ ist. Für ihn wäre es wichtig, sich und sein Tempo kennen zu lernen und einen Ausbildungsplatz zu suchen, der weniger Tempo, sondern andere (günstigere) Fähigkeiten von ihm fordert (die Beziehung zu sich selbst und der eigenen körperlichen Ausstattung herstellen). Drittens ist denkbar, dass die Anforderungen an dem Arbeitsplatz für alle zu hoch sind, dass wir aber nur diesen Menschen zu sehen bekommen, weil seine Kollegen andere Lösungen für die Überforderung suchen und nicht verzweifelt mit selbstkritischen Minderwertigkeitsgefühlen reagieren. In diesem Fall wäre es unverantwortlich, dem Betroffenen Medikamente zu geben oder das Tempo zu seinem individuellen Problem allein zu machen (Beziehung zu anderen Menschen und zu sozialen Normen).

ÜBUNG Suchen Sie ähnliche Beispiele aus Ihrer Erfahrung, damit Sie das Beispiel für sich verallgemeinern können.

■ Helfen, Gutes tun, therapieren, versorgen, heilen

Psychiatrisch Tätige wie Lernende müssen immer wieder für sich klären, was für sie Helfen bedeutet. Auch hier sind die allgemeinen und die individuellen Aspekte getrennt zu bearbeiten. Zum einen habe ich zu klären (dies ist eine Aufforderung): Was verstehe ich unter Hilfe? Wie fühle ich mich, kurz bevor ich helfe – also: was in mir stiftet mich zum Helfen an? Wie fühle ich mich, wenn mir geholfen wird? Unter welchen Bedingungen mag ich Hilfe gern, unter welchen nicht? Tut mir Hilfe immer gut ...? Oder: Wie lasse ich mich zum Helfen anstiften? Wie lasse ich mich ansprechen oder betroffen machen? Wie höre ich, ohne hörig zu werden?

(Auch hier ist es erforderlich, sich mit Anderen auszutauschen, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten festzustellen, um auch zu erfahren, wie sehen die Anderen mich?)

BEISPIEL Jemand, der schon eine ganze Weile in der Psychiatrie tätig war, wurde gefragt, welche emotionale Eigenschaft er an sich gut findet. Nach einigem Nachdenken kam: »schützend«, als ein Aspekt von helfend, als die Eigenschaft in Frage, die die Person selbst, aber auch die Primärgruppe (Familie), besonders akzeptierte und unterstützte. In der Team-Besprechung sagte der Leiter unmittelbar: »Das kann man ändern!« Nach der ersten Betroffenheit kam die Nachdenklichkeit und dann das Lernen und dann die Einsicht: Dass Schützen in manchen Situationen für manche Menschen angemessen, in anderen Situationen bei anderen Menschen aber fatal sein kann. Also die Erkenntnis, dass nicht eine Eigenschaft auf jeden Fall gut ist, sondern dass es darauf ankommt, im Einzelfall zu erfahren, wann ist sie gut und für wen ist sie schlecht eingesetzt oder untauglich.

Nun zum allgemeinen Aspekt: Nenne ich jemanden »krank«, gilt er auch als »hilfsbedürftig« und darf Hilfe fordern, ist dafür aber auch verpflichtet, Hilfe zu akzeptieren und den Helfer zu unterstützen. Es gibt aber auch Situationen, in denen ich hilfsbedürftig bin und nicht krank, z. B. wenn ich das erste Mal in der Psychiatrie arbeiten will, nicht recht weiß, was von mir erwartet wird, ob ich auch genug kann, mich unsicher und gehemmt fühle und recht orientierungslos bin. Es gibt zwei mögliche Wege aus dieser Unsicherheit heraus. Entweder ich lasse mich führen, bitte um Rat und Anweisung, profitiere davon, dass ich denke, die Anderen wüssten das alles schon besser als ich. Oder ich mache selbst Erfahrungen, über die ich nachdenken und mit Anderen sprechen kann: z. B. »Welchen Sinn sehen Sie in dieser oder jener Aktivität? Mir ist aufgefallen, dass ich allmählich sicherer werde, wenn ich dieses oder jenes tue ... usw.« Es gilt also, den Unterschied von »krank« und »hilfsbedürftig« wahrzunehmen. Die übliche Art, wie man aus Krankheit und Hilfsbedürftigkeit heraushilft, ist die erwähnte Führung, die mit Anweisung, Aufmunterung, Beratung einhergeht (hierzu gehört z. B. das Reichen von Tabletten, das Reichen von »Strohhalmen«). Diese Art der Begegnung verhindert etwas, was auch Ziel einer Begegnung in der Psychiatrie sein kann: dass jemand gerade unabhängig wird von Ratschlägen und Geführtwerden, vielmehr zu sich selbst findet und seine eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten kennenlernt. Die Art Hilfe, die dem letzteren Ziel dient, muss auf Ratschläge und Führung verzichten. Es ist »Hilfe bei der Selbsthilfe«. Welche Art der Hilfe »besser« oder »effizienter« sei, darauf wurde bisher keine endgültige Antwort gefunden. Es hängt auch vom Menschenbild des Handelnden und der Gesellschaft ab, nicht nur dass, sondern auch wie man hilft. Die Diskussion darüber ist erst jetzt möglich, wo Helfen in einem mühsamen Prozess wenigstens zu Teilen etwas Öffentliches geworden ist und nicht mehr nur auf den privaten (heimlichen) Bereich der Familie beschränkt ist. Oder auf die Kirche, die zwischen »öffentlich« und »privat« angesiedelt und zwar jedem zugänglich ist, wo aber Hilfe uneinsehbar mit der Gnade Gottes verknüpft ist. Die Notwendigkeit, Helfen zum öffentlichen Interesse zu machen, unterwirft auch die »helfenden Berufe« und die Art ihres Handelns der öffentlichen Kontrolle und Diskussion, wie dies auch für andere Bereiche der Öffentlichkeit gilt. Das Helfen wurde zwar öffentlich, jedoch ist das Ziel der Hilfe zu einem Teil der private Be-

reich geblieben. Dieser Widerspruch führt zu Spannungen und Missverständnissen. Die Beziehung zwischen Patienten und Helfenden ist außerordentlich verletzlich und an Vertrauen gebunden. Sie ist auch anfällig für Missbrauch. Für die Entwicklung einer Haltung des Helfens ist es von Bedeutung, dass ich mich immer neu berühren lasse, neu binden kann, ein Stück mitgehen und mich wieder lösen kann.

■ **Zwingen, drängen, manipulieren, erziehen, unterjochen, drohen, Macht ausüben**

Ein drittes Problem, das jeder auf seinem Weg in die psychiatrische Arbeit für sich zu überlegen hat, ist die Anwendung von Zwang. Es hilft nicht, den Zwang zu leugnen. Man muss auch zwingen und drängen können. Eine einfache Frage, um sich der individuellen Seite zu nähern, ist die, ob man das, was man in der Psychiatrie tut und wie man es tut, auch mit sich selbst geschehen lassen möchte. Wir werden eine ganze Reihe von Handlungen entdecken, bei denen wir genau den Zwang ausüben, den wir für uns nicht gern hätten. Wir würden uns wehren, widersprechen, ärgerlich davongehen, was jedoch dem Patienten schwer möglich ist. Erst recht, wenn er wenig Übung im Umgang mit öffentlichen Institutionen, mit der akademischen Sprache oder mit Kranksein hat. Ein essenzielles Gebot: Was Du nicht willst, das man Dir tu, das füg auch keinem andren zu.

ÜBUNG In welchen Gruppen und Schichten dieser Gesellschaft passiert das leichter?

Wenn ich Zwang ausübe, gegen den der Patient sich nicht wehren kann, wird unsere Beziehung sich verschlechtern, die Zusammenarbeit wird erschwert. Zudem wird der Patient sich leicht verschließen, so dass wir beide immer schwerer entscheiden können, welche Anteile unserer Beziehung durch die Situation des Zwangs bedingt sind und welche »kranke« und »gesunde« Anteile sind.

Wichtig ist: in Kontakt zu bleiben, nach Abklingen der Situation miteinander zu sprechen.

Die umgekehrte Gefahr: Wenn ich keinen Zwang ausübe, können notwendige Grenzen und Strukturen nicht eindeutig werden. Wenn wir hier von Zwang sprechen, ist persönlicher Zwang gemeint, der sowohl sanft wie grob, laut wie leise, freundlich wie unwirsch daher kommen kann. Es ist schwer, bei mir selbst zu entdecken, wie ich Leute zwingen. Hier brauche ich immer einen Partner, der mir mitteilt, wann er sich gezwungen fühlt. Auch hier werden sich manche Menschen durch einen meiner Züge gezwungen fühlen, andere gerade nicht. Bin ich z. B. bemüht, immer freundlich und heiter zu sein, kann ich jemanden, der eine Mordswut hat, zwingen, diese zu unterdrücken und auch freundlich zu sein, was die Begegnung verzerrt und den Menschen von sich selbst entfremdet. Ich habe mich selbst also als zwängend kennen- und annehmen zu lernen sowie auszuprobieren, wo ich mehr Rücksicht nehmen kann, ohne Schaden zuzufügen, und auch, wo ich auf keinen Fall Rücksicht nehmen kann, sondern zum Äußersten entschlossen bin.

ÜBUNG Was tun Sie, wenn bei Ihnen ein Mensch ist, der sich – oder einen Anderen – töten will?
Was tun Sie, wenn ein Gruppenmitglied andauernd – oder gar nicht – spricht?

In jeder Situation, wirklich in jeder, müssen wir darauf achten, den Patienten als autonomen Partner zu behandeln, seine Rechte, seine Würde und seine Einzigartigkeit zu wahren.

ÜBUNG Was tun Sie, wenn ein Mensch nicht isst? Keine Medikamente einnimmt? Sich nicht wäscht? Nicht arbeitet? Bitte erarbeiten Sie sich Ihre Gefühle und Handlungsmöglichkeiten in Rollenspielen.

Der psychiatrisch Tätige arbeitet zugleich für die Gesellschaft, z. B. dadurch, dass er die Arbeitsfähigkeit oder die Sozialfähigkeit wieder herstellt, und für das Individuum. Er muss immer wieder neu bestimmen, in wessen Namen er handelt. Er muss sich dem Kranken im Namen der Gesellschaft aufdrängen, ebenso muss er sich der Gesellschaft im Namen des Kranken aufdrängen. So muss er sich stets mit seinen eigenen Normen und Erwartungen, dem, was er für normal oder sinnvoll hält, auseinandersetzen, um jeweils zu einem handlungsfähigen Standpunkt zu kommen. Er kann nicht einfach die Kranken von der Gesellschaft nehmen und verwahren, denn das führt dazu, dass psychisch Kranke sozial unsichtbar werden. Er kann auch nicht unbefragt Normen übernehmen, an die er die Kranken anpasst, denn das könnte ihre Verkrüppelung bewirken, da gerade die Wirklichkeit, an die ich anpasse, zur Aufrechterhaltung des Leidens beitragen kann. Während der gesamten Zeit der Berufstätigkeit ist es immer wieder richtig, die Macht als Pflicht und Gefahr bei Helfenden zu reflektieren. Es ist für Helfende zunehmend schwer, nicht die Macht zu übernehmen. Dabei kommt es darauf an, zu hören, weniger, sich Gehör zu verschaffen.

Es ist die Illusion aufzugeben, die Psychiatrie habe gute Gefühle zu verbreiten. Die Härte ständiger Auseinandersetzung bringt ebenso notwendig Spannungen mit sich.

Ein Team ist keine Kuschelgruppe. Menschen im Team können nicht nur nett sein. Sie müssen eine Menge – auch von Patienten übertragene – Spannung aushalten. Das Team ist immer auch ein Spiegel der Patientengruppe. Das Team ist eine Arbeitsgruppe. Selbstverständlich spielen die persönlichen Züge und Eigenheiten einzelner Team-Mitglieder eine Rolle. Sie sind ebenfalls Wirkfaktoren im psychiatrischen Alltag, ein Teil des Sozialen. Selbst wenn andere sich an mir stoßen, kann ich eben damit hilfreich sein.

■ **Würdig, tolerant, Kontrolle**

Wenn Psychiatrie schon unvermeidlich mit Zwang zu tun hat, kommt es entscheidend auf die Kontrolle seiner Ausübung an. Die eigenen Anteile, die es hier kennen zu lernen gilt, sind Aspekte des eigenen Menschenbildes, der eigenen Moral: Was halte ich für würdig? Welche Aspekte meiner Erziehung haben mir gefallen? Was halte ich für gerecht – und worin bin ich mit anderen einig? Wie tolerant kann ich sein, und wie groß ist der Spielraum, den ich anderen

lassen kann, ohne mich beeengt zu fühlen? Zum allgemeinen Aspekt: Die Verantwortung und Solidarität einer Gesellschaft lassen sich u. a. daran ablesen, welche Chancen sie Schwachen und chronisch Kranken einräumt. Hier wieder spielt die Psychiatrie eine besondere Rolle: jede Gesellschaft produziert dadurch, dass sie Werte und Normen setzt, solche Menschen, die von den Normen nicht erfasst werden, bzw. die Tabus brechen, die darunter leiden und unter denen möglicherweise Andere leiden. In unserer Gesellschaft ist die Pflicht, auch diesen Menschen ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, ein Grundwert. Und: Wie kann ich mit den Würdelosigkeiten umgehen, die mir geschehen, die ich zufüge und denen ich begegne?

C Arbeitshaltung in der Psychiatrie

Bisher haben wir die Bedingungen aufgeführt, die jeder schon auf dem Weg zur psychiatrischen Arbeit sehen und mit seinen Wunsch- und Motiv-Anteilen vergleichen muss. Sicher aber werden in mir neue Fragen auftauchen, auch Unsicherheiten, die ich zu verstecken versuche. Ich werde mich zu meinen Gunsten verstellen. Es wird eine Weile dauern, bis ich bei mir das zulassen kann, was für die Psychiatrie insgesamt eine Bedingung ist: Offenheit. Darum geht es im Folgenden.

Bei der Frage »Was ist die richtige Arbeitshaltung in der Psychiatrie?« werden wir trotz der »Einzekämpfer« meist vom Team sprechen, weil dies der Regelfall ist. Es können sich nicht einfach ein paar Leute zusammensetzen und beschließen: wir *sind* jetzt ein Team. Man kann sich vornehmen, ein Team zu *werden*. Jedoch ist außer dem Vorsatz die Bereitschaft erforderlich, eine lange Zeit geduldig an mir und mit den Anderen zu arbeiten – im Sinne des gemeinsamen Ziels. Wer weiß, wie viel Hemmungen, Eifersucht, Kränkung, Neid, Konkurrenzgefühle, auch Gefühle des Besser-Seins, der Überlegenheit erlitten werden und immer wieder auftauchen, der ist gegen jeden Vorsatz misstrauisch. Wir werden jetzt drei Aspekte einer für psychiatrisches Arbeiten angemessenen Grundhaltung vorschlagen, die Sie im Umgang mit sich und Ihren Kollegen (dem Team) erarbeiten und dann – in den klinischen Kapiteln – in Ihren Begegnungen mit Patienten verwirklichen können.

■ Wichtige Vorbemerkung

Jede Begegnung zwischen Menschen ist gekennzeichnet dadurch, dass der Partner bei mir Gefühle auslöst und dass ich bei ihm Gefühle auslöse. Diese Gefühle und gefühlsmäßigen Stellungnahmen treten nicht nur in der Beziehung mit mir auf, sondern in allen ähnlichen Beziehungen (*Übertragung*). Mit dem, wie er mir begegnet, löst er bei mir Gefühle aus, die dazu führen, dass ich ihn behandle wie andere Personen aus meinem Leben (*Gegenübertragung*). – Unsere Absicht ist, beide Seiten zu verstehen und in unser Handeln einzubeziehen. Indem wir das tun, denken wir nicht nur über den Anderen nach und geraten in eine Beziehung zu ihm. Der Versuch der Wahrnehmung der eigenen subjektiven Anteile und der Gefühle, die durch

den Anderen in mir ausgelöst sind, verändern zwangsläufig auch mich. In dem bisher Gesagten ist viel Platz gelassen für die Überlegung, was ich in dem Anderen (auch in »der Psychiatrie«) auslöse und wie er/sie damit umgeht bzw. was ich von dem Anderen (auch der »Psychiatrie«) wahrnehme und wie ich damit umgehe. Der Versuch geht dahin, die durch den Anderen ausgelösten Gefühle wahrzunehmen und ihm als durch ihn ausgelöste Gefühle mitzuteilen, so dass er versuchen kann, etwas damit anzufangen. Jedoch nur, wenn er mich zurückweisen kann, wenn ich zulasse, dass er mir auch über mich etwas sagen kann, wenn Äußerungen zu ihm teilbar sind in einen für ihn und einen für mich gültigen Anteil. Dann wird die Begegnung vollständig und hat die Möglichkeit zur Normalisierung. Wenn eine Handlungsweise eines Menschen (oder ein Aspekt der Psychiatrie) mich fasziniert oder wütend macht, so ist die Feststellung und die Mitteilung des Gefühls allein zwar bedeutungsvoll, jedoch wird die Begegnung nur dann normal sein, wenn nicht nur von dem Anderen erwartet wird, dass er mit meiner Wahrnehmung etwas macht, sondern wenn ich auch für mich etwas machen kann.

■ **Selbstwahrnehmung: Suchen bei mir selbst, Übertragung**

Beim Team in der Psychiatrie sind Leistung und Produkt anders als beim Team einer Marketing-Firma. Das Produkt in der Psychiatrie ist der Mensch, der wieder gesund werden will – d.h. wie auch das Team-Mitglied selbst – der besseren Kontakt zu sich, seinem Körper und seinen Sinnen, zu seinen Mitmenschen und zu seiner Umwelt gewinnen will. Dies gelingt besser, wenn das Team ein gutes Modell nicht nur für Wissen, sondern vor allem für Gefühle ist. Bei solcher Zielsetzung sind Patienten gewissermaßen als Team-Mitglieder gegenwärtig: Denn jedes Gefühl, das in Patienten auftaucht, ist auch in jedem Teammitglied möglich, und so ist die Sensibilisierung für mich selbst gleich Sensibilisierung für den Patienten. Selbstwahrnehmung wird nicht durch eine Haltung erreicht, in der ich Erlebnisweisen beobachtend kategorisiere, also aus mir heraushalte, von mir weg, als Sache behandle. Vielmehr ist die Frage zu stellen: Kenne ich und kennen die Kollegen auch solche Gefühle, wie erleben die sie, wie bewerten die sie, was machen die damit, was hindert uns, diese Gefühle zu haben?

■ ■ **Die Angst**

Ein wichtiges Grundgefühl, das immer wieder auftaucht, vor vielen anderen als (unerlaubt gewerteten) Gefühlen steht, ist die Angst. Als Angst verstehen wir die Besorgnis und Erregung in Situationen, die objektiv und/oder subjektiv als meist noch undeutliche Bedrohung zu sehen sind, z.B. Bedrohung der Selbstachtung, der Selbstwahrnehmung oder der körperlichen Unversehrtheit. Angst ist eine Energie, eine bestimmte Aufmerksamkeitsmenge für Gefahren, damit auch eine Aufforderung zum Handeln. Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten für dieses Handeln.

- ◎ Angst als Aufforderung zur Angstkontrolle (Angstabwehr),

- ◎ Angst als Aufforderung zur Gefahrenkontrolle, d. h. Entwicklung einer Gegenstrategie gegen diejenige Bedrohung, die durch Angst signalisiert wird.

Angst ist dafür da, die Sinne zu schärfen, ist also gesund. Angst und Furcht sind keine Gegensätze, sondern ein Kontinuum. Bei Begegnungen mit Fremden wird deutlich, dass dabei ein Gemisch vorliegt aus Angst einerseits, Lust und Neugier andererseits. (In der Begegnung begegnen sich Gegner.) Wem es gelingt, die Angst vor dem Tod und dem Sterben nicht wegzumachen, sondern zu halten, dem wird diese Angst zu einem Signal mit der ihn begleitenden Frage, wofür er lebt. Ähnlich haben wir gelernt, dem Kind, das Angst hat, die Angst schnell wegzumachen, entweder es schnell zu trösten oder es schnell zu strafen; stattdessen kommt es darauf an, dem Kind erst einmal die Angst zu lassen, damit es lernt, sie als Teil seines Lebens zu akzeptieren, etwas aus der Angst zu machen.

Angst ist ein lebenswichtiges Gefühl. Dies vor allem immer dann, wenn sie reale Gefahren anzeigt. Trauen sich die Menschen nicht, die reale Gefahr zu sehen, z. B. vor Trennung, Tod, Unfall oder Krieg, können gerade diese Ängste in den Wahnsystemen von Menschen auftauchen. Oft aber wird Gefahr und die sie anzeigende Angst geleugnet. Die daraus resultierende Gefahr ist für jeden einsichtig. Angst sollte nicht mit allen »Huchs« und »Achs« zelebriert werden, sondern auf etwas bezogen werden, um in ihrer Bedeutung erkannt zu sein. Angst sollte immer als Impuls zum Nachdenken, zum Suchen genutzt werden.

Zwar zwingt Angst mich, etwas zu machen. Bloß sind wir durch falsche Erziehung dazu geführt, etwas gegen die Angst zu machen statt aus der Angst etwas zu machen. Gegen Angst kann man aber gar nichts machen, genauso wenig wie gegen andere Gefühle (z. B. Liebe). Wer versucht, gegen seine Angst etwas zu machen, der verdrängt bzw. steigert nur seine Angst, bis sie panisch wird. Der erste Schritt des seelisch gesunden Umgangs mit Angst besteht also darin, Angst zuzulassen, d. h. auch anzuerkennen, dass man sich ohnmächtig und hilflos fühlt. Dies hat an die Stelle der Einstellung zu treten, aus der man gegen die Angst etwas machen will, sie bewältigen, sie überwinden will, sie knacken will. Dies wäre ein gewalttätiges Umgehen mit Angst, das sich rächt und ins Gegenteil umschlägt. Genauso wenig, wie man gegen Angst etwas machen kann, kann man Angst verstehen. Umgekehrt kann Angst mir dazu verhelfen, dass ich mich selbst besser verstehe. Innerhalb einer Beziehung heißt das: Ich kann Dir Deine Angst nicht nehmen, kann sie auch nicht bekämpfen, aber ich kann da sein, damit Du darauf kommst, was Dir Deine Angst sagen will; denn Du musst selbst darauf kommen, Deine Angst Dir aneignen, sie zu einem Teil von Dir selbst machen, von da heraus zu einem aktiven Leben kommen.

Statt also mit der Angst etwas zu machen, wie man mit einer Sache etwas macht, ist das seelisch gesunde und angemessene Sprachbild vielmehr der Umgang mit der Angst: Um die Angst herumgehen, sie von allen Seiten angucken, ihr zuhören, um nicht gelebt zu werden, sondern aktiv zu leben, um die Gefahr, die Bedrohung zu kontrollieren – um nicht gegen die Angst, sondern für sein Leben etwas machen zu können. Der seelisch gesunde Umgang mit der Angst heißt also: Mit der Angst etwas anfangen, aus der Angst etwas machen.

■ Die ersten Schritte

Am besten fangen Sie bei einfachen Gefühlen an, z. B.: »Ich fürchte mich, zu versagen« – denn es fällt Ihnen leicht, zu vermuten, dass auch andere diese Befürchtung haben. Also können Sie fragen, sich über Gemeinsamkeiten freuen und von Unterschieden lernen. Aber schon bei Fragen der Zuneigung, der Wut, der Selbstdarstellung, des Ekels, der Kritik wird die Schranke größer (das Tabu stabiler); die körperlichen Reaktionen erschweren das Sprechen, und Sie brauchen mehr Zeit und Geduld mit sich, um sich äußern zu können.

Wenn ich – als nächsten Lernschritt – verstehen lerne, dass der Satz: »Du bist blöd, nett, schwachsinnig, schizophran, kooperativ« etwas ganz anderes über mich und meine Einstellung zum Anderen aussagt als der Satz: »Ich lehne Dich ab, fühle mich angezogen usw.«, wird die Wendung zur Selbstwahrnehmung leichter. Häufig lässt sich nur im Gespräch klären, welche Anteile einer Aussage »zu mir gehören« und welche zum Anderen. Jedoch lässt sich die Fähigkeit zur Unterscheidung schärfen.

ÜBUNG Davon ausgehend, dass die meisten Menschen mit so genannten Du-Äußerungen aufgewachsen sind: »Du bist artig, ungezogen, böse, leichtsinnig, schlampig, ein guter Schüler«, was fühlen Erziehungsberechtigte, wenn sie solche Äußerungen machen? Und weiterführend: Alle möglichen Du-Sätze, wie ich sie selbst benutze, darauf überprüfen, was ich dabei fühle und in Ich-Sätze übersetzen.

Kann ich so besser mich selbst sehen, so wird es mir auch leichter gelingen, den Zugang zu den Quellen, Auslösern, Zusammenhängen meines Fühlens und Empfindens in mir zu sehen. Damit gewinne ich an Freiheit, den Anderen nicht nur als Objekt meines Handelns zu sehen, als jemanden, den ich betrachte: sondern bei allen Vorbehalten und aller Scheu werde ich den Anderen leichter als Partner sehen können, ihn nicht mehr nur z. B. als merkwürdiges Wesen, das nicht ganz normal ist, behandeln, sondern mich mit ihm auf eine Begegnung einlassen. Das hört sich, so gesagt, freundlicher an, als es ist.

Denn die eigene Scheu, Wut, Ermüdung, Gereiztheit, aber auch die des Anderen, bringen immer neue Spannungen, so dass ich immer neu herausgefordert werde. Ich kann mich nicht darauf verlassen, dass »irgendetwas gelaufen« ist, weder bei mir noch beim Anderen noch in unserer Begegnung. Das gilt für die Beziehung zum Kollegen wie zum Patienten. Ich muss wissen, dass ich immer neu befremdet sein werde, gleichzeitig auch, dass ich immer neu verschrecken kann.

ÜBUNG Was erschreckt? Wenn andere wirr reden, wenn sie im Temperament ungezügelt sind, wenn ich sie nicht verstehe, weil sie mir klar zu machen versuchen, dass wir eigentlich alle grün sind (darüber lachen kann ein Teil von »befremdet« sein), wenn sie mit dem Kopf wackeln oder die einfachsten Sachen nicht wissen, von denen ich gelernt habe: das weiß doch jedes Kind (Empörung kann ein Teil von »befremdet« sein). – Herausfinden, womit ich erschrecken kann: Wenn jemand leidet und ich sage: das wird schon wieder, wenn jemand von einer Invasion durch die Marsmenschen erzählt und deutlich Angst

hat, ich aber darüber lachen muss ... – Und: Warum ist das Modewort »etwas ist gelaufen« so verräterisch dumm?

Sowohl im Team als auch in der Begegnung mit dem Patienten ist es fahrlässig und verlogen, eine heile, sanfte, vor Schmerzen und Unbill schützende Welt herstellen zu wollen. Das wäre an allen Wirklichkeiten vorbei. Ich würde nicht nur für mich Teile der Wirklichkeit leugnen, sondern damit auch dem Anderen weismachen wollen, dass es nur sein Fehler ist, wenn es in seinem Leben immer wieder Spannungen, Ängste, Zerwürfnisse gibt. Beschönigung gilt nicht. Daher gehört die Auseinandersetzung mit Kritik, mit Selbstzweifel, mit der Fähigkeit oder Unfähigkeit, den Anderen zu attackieren, ihm zu sagen, was er in mir auslöst, ihn herauszufordern, mich zur Verfügung zu stellen, in der Aufmerksamkeit nicht nachzulassen, zum Alltag. In einem Team sind diese Haltung, diese Aufmerksamkeit und dieses Suchen von jedem anzustreben. Natürlich ist eine solche Anstrengung nur möglich, wenn jeder auch Pause machen kann. Ein gutes Team zwingt auch mal jemanden dazu, Pause zu machen, wenn der das noch nicht so gut kann; es schickt auch mal jemanden, der sich im Team oder privat schwer tut, für einen oder ein paar Tage nach Hause, achtet nur darauf, dass auch solche Entspannungsmöglichkeiten einigermaßen gleich verteilt sind. Zur Pflege gehört Selbstpflege! Genauso ist dafür zu sorgen, dass »Schuld« und »Verantwortung« nicht die Bürde des Einzelnen bleiben. Es wird qualvoll, wenn ich mich für alles verantwortlich fühle oder wenn ich mich allein fragen muss: Habe ich die Schuld, wenn sich jemand tötet, trage ich die Verantwortung für eine Scheidung? Diese Fragen tauchen als Vorwürfe, Zweifel, Selbstzweifel immer wieder auf. Ich kann aber nur überprüfen, welchen Anteil der Schuld oder Verantwortung ich habe, wenn das Team mir die Sicherheit gibt, dass ich nicht von vornherein alle Schuld habe.

Verantwortung zu haben, ist hauptsächlich nicht beladend und belastend, sondern mit dem positiven Gefühl verbunden, etwas Eigenes geleistet zu haben, sinnvoll tätig gewesen zu sein. Es gilt also zu lernen, die eigenen Anteile an einer Handlung besser wahrzunehmen, zu lernen, »bei mir zu suchen«, eine Suchhaltung zu entwickeln.

BEISPIEL Wenn ich jemanden frage: »Könnten auch Sie Fehler gemacht haben?«, erhalte ich oft die Antwort: »Natürlich, wir machen alle Fehler. Ich habe auch meine Fehler, das gebe ich zu.« Meist ist der Sinn solcher Antworten, dass ich mich bitte nicht weiter für die Fehler interessieren soll. Ich kann jedoch erst Zugang zu mir finden oder der Andere zu seinen Fehlern, wenn ich nicht nur weiß, dass ich Fehler mache, sondern wenn ich mich für sie interessiere, sie zu schätzen beginne, weil ich daraus lernen kann – und sei es die Einsicht in meine Begrenztheit.

Ich habe ferner zu lernen, dass die Anwendung der Suchhaltung mich auch für den Anderen offener macht, mich das suchen lässt, was von dem Anderen in mir anklingt, so dass ein Gespräch möglich wird und der Andere offener zu sich werden kann. Wichtig daran ist, dass ich mich nicht nur um mich bemühe, sondern mit dem Anderen so umgehe, dass er von meiner Suchhaltung als von einem Bemühen um ihn erfährt. Ich habe also so zu handeln, dass der Andere (Kollege, Patient) etwa Folgendes – auch in dieser Reihenfolge – erlebt:

- a. Ich fühle mich besser *verstanden*.
- b. Ich fühle mich *anders* wahrgenommen als bisher.
- c. Das ermöglicht mir, *mich selbst* besser zu verstehen und auch anders wahrzunehmen als bisher.
- d. Ich kann daher sehen, dass meine Unzufriedenheit (Beschwerden, Symptome) mit meinen wirklichen Lebensproblemen in Beziehung stehen und zwar so, dass darin die bisherigen ungeeigneten Versuche stecken, meine Lebensprobleme zu lösen.
- e. Aus dem anfänglich diffusen Wunsch, mich ändern zu wollen, wird eine Absicht, die Lösung auf einem anderen Weg zu versuchen.
- f. Ich möchte die Änderung *selbst* zu Stande bringen. So wie ich unter Mühen allein laufen gelernt habe, will ich die Fähigkeit, die ich da auch unter Mühen allein gelernt habe, weiterentwickeln.
- g. Ich sehe, dass ich so weiterkomme und *besser leben* kann.

Bei jedem dieser Schritte kann es Schwierigkeiten geben, die das Handeln und damit die Beziehung unterbrechen, stören, verhindern, so dass es zum nächsten Schritt nicht kommt.

ÜBUNG 1 Machen Sie mit einem Partner ein Rollenspiel, in dem Sie jede der sieben Stufen erreichen möchten. Sie können entweder das Gespräch aus dem letzten Beispiel oder vom Anfang des Kapitels aufgreifen oder sich selbst eins ausdenken. Achtung: Im Rollenspiel muss auf jeden Fall ein Rollenwechsel vorgenommen werden.

ÜBUNG 2 Gesprächsverläufe ausdenken für jeden einzelnen Stufenübergang, dabei sich Zeit lassen, nicht alle Stufen auf einmal nehmen wollen, keine überspringen, d. h. technisch: in kleinen Rollenspieleinheiten herausfinden, wie ein möglicher Partner die Äußerungen machen könnte, wie sie von a. bis g. aufgeführt sind.

Für die Übungen und allgemein gilt: Verstehen heißt nicht, sich erdrücken zu lassen, sondern auch den eigenen Druck wahrnehmen, Widerstand leisten, nicht freundlich sein bis zur Unterwürfigkeit, auch Grenzen setzen. Verstehen heißt, den Anderen anders sein zu lassen, ihn zu unterstützen, sich zu verstehen, so dass er sich gehalten fühlt, sich entwickeln und lösen kann.

Es ist zu lernen: Das hier beschriebene Vorgehen trennt nicht zwischen diagnostischem und therapeutischem Handeln. Vielmehr versuchen wir, eine einheitliche Grundhaltung zu erarbeiten. Dass gelegentlich doch wieder über jemanden gesprochen wird und weniger Beziehungen bedacht werden, hilft uns, uns zu bemühen, aus den Rollenvorstellungen, die den Patienten zum Objekt machen, herauszukommen.

Das ist zu lernen: Selbstwahrnehmung und Suchhaltung ermöglichen mir auch noch auf andere Weise die Arbeit in der Psychiatrie – etwa so:

- ☉ Die Suchhaltung macht mich freier, anzuerkennen, dass der Andere ein anderer Mensch ist, d. h. sie hilft mir, im Rahmen der Nähe der Begegnung Distanz zu bewahren.

- ◎ Suchen bei mir selbst hilft, weniger entwertend, sondern achtungsvoll zu sein.
- ◎ Suchhaltung schützt gegen die Gefahr »weggeschwemmt« zu werden, z. B. in Mitgefühl, in Hilflosigkeit und Verzweiflung oder in Ablehnung und Verachtung.
- ◎ Suchen bei mir selbst wirkt als Modell auf den Anderen, »steckt an«: ich bestärke nicht die Abhängigkeit und die Helferwartung des Anderen, indem ich für ihn suche, sondern ich vermittele die Haltung: »Ich weiß selbst, wie schwer es ist, allein zu suchen, aber ich kann es Dir nicht abnehmen, ich kann es nicht für Dich tun. Ich kann Dich bei Deinen Bemühungen unterstützen, indem ich bei Dir bin, Dich nicht aufgeben und Dich durch mein Beispiel ermutigen, selbst weiter zu suchen.« (Übung und Selbsterfahrung: was ist Solidarität?)
- ◎ Suchen bei mir selbst schützt auch den Anderen vor mir, etwa dass ich ihm mein Bild überstülpe. Ich weiß, dass ich nichts *für ihn* tun kann. Dies Prinzip der Hilfe bei der Selbsthilfe hilft mir, den Anderen nicht zu bevormunden, zu beherrschen, abhängig zu machen.

Zum Abschluss dieses Abschnitts möchten wir noch einmal hervorheben, dass das Nachdenken über mich und mein Verbundensein mit der Welt Grundlage und Ausgangspunkt der Suchhaltung ist. Die Suchhaltung wiederum ist Grundlage und Ausgangspunkt der Grundhaltung. Suchhaltung und damit verknüpft Grundhaltung werden als allgemeine Prinzipien des psychiatrischen Handelns gesehen, die erfüllt sein sollten, bevor Therapien wirksam werden, die Therapien also übergreifen, und die von allen psychiatrisch Tätigen erbracht werden müssen.

Ein weiterer Aspekt soll angedeutet werden. Wir haben uns oft gefragt, was der Unterschied zwischen therapeutischen und »normalen« Begegnungen vom Therapeuten her ist. Abgesehen davon, dass letztlich jeder dies für sich selbst klärt, und abgesehen davon, dass wir mit den Überlegungen nicht am Ende sind, lässt sich sagen: Die Grundhaltung ist dann keine Rolle, sondern echt, nämlich ständiges Bemühen um Verständnis, wenn gilt: Menschen, denen ich außerhalb meiner Arbeit begegne, werde ich genauso begegnen, wenn ich sie verstehen will. In der psychiatrischen Arbeit kann ich weniger frei entscheiden, ob ich will, dass jemand sich besser versteht. Ich werde dafür bezahlt, meine Fähigkeit zu verstehen, zu fördern. Man soll nicht denken »es ist doch immer schön, einen anderen Menschen verstehen zu können«. Wenn ich »draußen« bin, kann ich entscheiden, wie weit ich noch etwas verstehen will. Sicher ist jedoch, dass mit der Zunahme der beruflichen Verstehensfähigkeit auch meine Bereitschaft außerhalb größer wird.

BEISPIEL Wie weit will ich über die Arbeitszeit hinaus mich mit Psychiatrie beschäftigen? Will ich noch Gruppen betreuen? Freizeitclubs? Wohngemeinschaften? Ferienreisen organisieren? Familienbesuche? Lasse ich mich abends bzw. außerhalb der Dienstzeit zu Hause anrufen? Gehe ich mit Patienten aus? Verbringe ich das Wochenende mit ihnen, lebe ich mit ihnen zusammen? Diese Fragen müssen individuell entschieden werden, individuell vom psychiatrisch Tätigen und individuell vom Patienten. Insofern ist eine Überprüfung der eigenen Wohn-, Freizeit- und Bindungswünsche wichtig auch vor dem Hintergrund des eigenen Gesamt-Lebensplans. Zwar haben alle im Team die gleiche Grundhaltung, doch die berufliche und persönliche Spezialität und Unterschiedlichkeit macht das Team erst sinnvoll.

Es muss betont werden, dass es sich bei der »Selbstwahrnehmung« nicht um einen abzuschließenden Prozess handelt. Jeder entwickelt sich weiter, bewegt sich in Zeit und Raum, andere Dinge werden wichtig, es treten Krisen auf, neue Erkenntnisse, Wissen und Informationen sind da. Insofern hört das Explorieren, das Nachdenken über Zusammenhänge, über mich, über die Bedeutung, die andere Menschen und Dinge für mich haben, nicht auf.

BEISPIEL Eine sehr engagierte Ärztin in einem sozialpsychiatrischen Dienst entdeckte nach vielen Jahren Dienst allmählich ihre Unlust, zur Arbeit zu gehen. Erst schob sie es auf die Jahreszeit, auf den fehlenden Urlaub, auf die Belastung im Privatleben. Allmählich fand sie heraus, dass sie vorübergehend oder immer das Arbeitsfeld ändern müsse, gar nichts mehr mit Psychiatrie zu tun haben dürfe. Das Gefühl, in all den Jahren nichts Entscheidendes geändert zu haben, die Einsicht, dass nach Leid immer nur neues Leid kommt, die Einsicht, wie wenig änderbar der Mensch ist, es sei denn, er will sich selbst ändern und gibt sich Mühe, die Erfahrung, dass ihre Arbeit nicht durch die angestrebte Verkleinerung der Großkrankenhäuser honoriert werde, hatten sie so mürbe gemacht, dass sie den Patienten vorwurfsvoll, kritisch, kühl, versachlichend begegnete. Noch einige Zeit vorher hatte sie eine ältere Sozialarbeiterin wegen deren Verbitterung heftig angeklagt und war sich sicher gewesen, dass ihr das nicht passieren könnte.

All dies gilt für alle gleich. Es gilt nicht für den Arzt mehr und für die Sozialarbeiterin weniger. Es gibt bei der Grundhaltung kein irgendwie geartetes Gefälle, auch in den Begegnungen mit den Patienten nicht. Dies garantiert Solidarität und professionelles psychiatrisches Handeln, das so innerhalb einer demokratischen Gesellschaft leichter ist, aber auch in anderen politischen Verhältnissen standhalten sollte.

■ **Vollständigkeit der Wahrnehmung – Meine Rolle als Ersatzspieler: Übertragung**

In diesem Abschnitt muss die Frage stehen: Was macht die Psychiatrie mit mir, was löst sie in mir aus? Antwort: Das Gefühl, nie genug zu tun, das Gefühl, die Last der Welt zu tragen, eigentlich vor lauter aktuellen Nöten völlig aus der Ruhe zu kommen, weil jede mit gleichem Recht zuerst nach Linderung drängt. Wie leicht bin ich bereit, gerade diesen Impuls (Übertragung) anzunehmen, jedoch: je mehr ich tue, desto mehr Not sehe ich (eine Lösung von »mehr desselben«). Wenn ich bereit bin, dies anzunehmen, werde ich bald lahm und spielunfähig. Neue Lösungen fallen mir nicht ein. In dieser scheinbar ausweglosen Lage liegt die Chance für Erweiterung der subjektiven Wahrnehmung und dann auch für die Normalisierung. Dass man im Moment der Begegnung erkennt, dass eventuell auch Andere helfen können, da die ersten Partner die Angehörigen sind, dass Angehörige nicht Helfshelfer sind, sondern selbst Betroffene, dass andere Institutionen, auch solche außerhalb des Systems Psychiatrie, auch Hilfe leisten, dass Helfende scheitern können, dass das Anerkennen der eigenen Hilflosigkeit hilfreicher sein kann als die Übernahme des Druckes: Du musst jetzt sofort helfen. Die Veränderung in der Psychiatrie kann nur erzielt werden, wenn die Übertragungs-Anteile genau erkannt werden,

wenn man sich nicht zum Opfer macht. Denn indem man das tut, wird man zum Täter des »kranken« Anteils.

BEISPIEL 1 Die Pflegenden und darüber hinaus alle in psychiatrischen Institutionen Arbeitenden werden oft für die miserablen Zustände in der Psychiatrie verantwortlich gemacht. Lange genug haben sie diesen Vorwurf angenommen, haben unter ihm gelitten. Sie haben nicht erkennen können, dass ja die Gesellschaft die Menschen an die Psychiatrie abgibt. Die psychiatrisch Tätigen sind also Ersatzspieler. Deshalb müsste der Konflikt auf eine andere Weise ausgetragen werden.

BEISPIEL 2 Oft hören Mitarbeiter in einer Tagesklinik, dass es so freundlich und hoffnungsvoll zugehe in der Tagesklinik. Gar nicht wie draußen. Zu welchem Guten ist man da Ersatz?

Es ist nicht zu vergessen, dass psychiatrisch Tätige in der beschriebenen Weise Ersatzspieler sind. Sie haben die Aufgabe, herauszufinden, wie die eigentlichen Spieler zusammenspielen. Was von Einem kommt, was vom Anderen, und dann muss er mit den Betroffenen nach ihnen möglichen neuen Handlungsweisen und Spielräumen suchen.

■ Normalisierung der Begegnung

Wenn ich meinen Anteil an der Begegnung durch Wahrnehmung meiner Gefühle besser verstehe und wenn ich erkenne, welche die Bedingungen des bisherigen Problemlöseverhaltens sind, habe ich die Voraussetzung für die Normalisierung der Beziehung geschaffen. Von dem ausgehend, was Aufgabe ist – Sorge um psychisch kranke Menschen in einem demokratischen Staat – und ausgehend von dem bisherigen Problemlöseverhalten, kann man neue Wege, neue Möglichkeiten der Lösung finden und die gesunden Anteile bewahren. Das gilt für den Umgang mit dem einzelnen Patienten, für den Umgang mit Institutionen oder auch Systemen. Wichtig ist, dass ich mir dabei Zeit lasse und gründlich bin, dass ich nicht nur bekannte Wege gehe, sondern auch Trampelpfade und Schleichwege zulasse, dass ich mich nicht nur durch Vorschriften und Regeln beherrschen lasse, sondern mich auf einen Erkenntnisvorgang einlasse, der auch originelle Lösungen hervorbringen kann. Der Königsweg ist der jeweils einzige Weg des Individuums, nicht die Autobahn von »man macht das so«.

Normalisierung der Beziehung ist demnach der Entwurf neuer Handlungsmöglichkeiten und die Zuwendung zu der Angst, die es macht, neue Wege zu gehen. Um nicht zu verzagen, sollte ich mich mit Anderen zusammentun. Auch sollte ich über Möglichkeiten meiner Selbstkontrolle nachdenken. Wenn ich anfangs mit der Grundhaltung und mir meiner Beziehungen bewusster werde, brauche ich Gelegenheit für Korrekturen und Bestätigungen. Statt Selbstkontrolle können wir auch Selbstüberprüfung sagen.

■ ■ Fortbildung (s. Ausbildung)

Sie ist wichtig, weil ich mein Wissen erweitern kann, vor allem aber, weil ich andere psychiatrisch Tätige aus meinem und aus anderen Berufen und Einrichtungen treffe, mit denen ich über gemeinsame Probleme aus der Arbeit sprechen kann. Ich kann erfahren, wie sie ihre

Arbeit tun, welche Spannungen und Zufriedenheiten sie erfahren. Ich kann praktisch und theoretisch überprüfen, ob mein Tun mich und die Patienten weiterbringt.

Auch Weiterbildungen sind gut. Zu achten ist auf berufsübergreifende Bildungsangebote, weil sie die Kooperationsfähigkeit fördern.

■ ■ Team

Es ist mein ertragreichster Kritiker und Bestärker. Allerdings wird es an dieser Stelle nur der Vollständigkeit halber noch einmal aufgeführt. Denn das bisher in diesem Kapitel Gesagte handelt davon.

BEISPIEL So berichtet eine Kollegin nach der Gruppentherapie, dass sie deutlich spüre, wie angestrengt und bemüht sie sei. Das Team verweist sie auf ihre Strenge, und sie kann die Strenge als Teil ihres Bemühens verstehen. Während einer Vollversammlung, bei der die Patienten überlegen, ob sie nicht einen anderen Tagesablauf entwerfen können, unterbricht diese Kollegin nach einer Weile die Diskussion und sagt: So ginge es nicht, schließlich sei der Tagesablauf festgelegt, die Patienten hätten an sich zu arbeiten, nicht den vereinbarten Ablauf des Tages zu ändern. Die Zusammenschau der in dieser Äußerung enthaltenen Strenge und der vorher gemachten Selbstbeobachtung brachte sie dann im Team zu der Überlegung, dass in Wirklichkeit die Vorstellung einer Änderung sie ängstigte. Obwohl sie wusste, wie wichtig die Erfahrung von Änderung ist, wollte sie sie den Patienten nicht zubilligen, weil das Unordnung gebracht hätte. Am Beispiel von Bürgerinitiativen bekam sie Zugang zu dem Thema und konnte beweglicher mit Wünschen nach Änderung umgehen, Diskussionen anregen und nicht autoritär, sondern sachlich begründen, wenn sie den Tagesablauf für sinnvoll hielt.

Das Team arbeitet auch daran, Missgunst, Misstrauen, Hohn und Schadenfreude, Hemmung und Feindseligkeit abzubauen und Solidarität herzustellen. Auch dies geht nicht per Absichtserklärung, sondern ist ein Prozess.

■ ■ Die Neuen und die Besucher von außerhalb

Schließlich ist es ein Zeichen für die Bereitschaft eines Teams, sich immer neu zu überprüfen, wenn das Auftauchen eines »Neuen« oder »Fremden« nicht nur als Bedrohung, sondern auch als *Chance* gesehen wird. Denn jeder Neue sieht anders und macht alles Eingefahrene fraglich. Solche Chancen sind: Jeder neue Kollege, jeder Schüler, Praktikant, Student; evtl. ein Supervisor; jeder interessierte Besucher aus einer anderen Einrichtung; jeder, der mit einem Forschungsinteresse »eindringt«, stellt auf seine Weise nützliche »dumme« Fragen, jede Herausforderung zur Kooperation mit anderen Einrichtungen.

■ ■ Supervision

Supervision ist die systematische Aufarbeitung psychodynamischer Prozesse des Teams und seiner Arbeit unter Leitung eines externen Supervisors. Sie sollte eine Gelegenheit sein, bei der man sich über die eigene Wirkweise klar werden kann, auch über die Wirkung der Institution, auch über die Wirkung einer gesellschaftlichen oder ökonomischen Bedingung. Vor allem

ein Ort, wo man gefahrlos gucken kann, welches die Grenzen der eigenen Hilfsfähigkeit sind, ob man sich ändern kann, wie man andere vor sich schützen kann. Einzelarbeiter können in Supervisionsgruppen, auch in Balintgruppen ihre Arbeit wieder in größere Zusammenhänge stellen. An einigen Orten gibt es die Arbeitsplatz-Selbsthilfegruppe statt der Supervision. Streng nach den Regeln der Selbsthilfegruppenarbeit, die Sie bei der regionalen Selbsthilfe-Kontaktstelle erfragen können.

■ ■ Die Öffentlichkeit

Ein wichtiges Kriterium für die Selbstkontrolle ist, inwieweit ich in der Lage und bereit bin, Öffentlichkeit herzustellen. Oft sind nicht nur die psychisch Kranken aus dem Bild und aus dem Bewusstsein der Öffentlichkeit verschwunden, sondern umgekehrt auch die Öffentlichkeit aus dem Bewusstsein der psychiatrisch Tätigen. Öffentlichkeit bezieht sich jedoch nicht nur auf die Menschen außerhalb der Institution, sondern ist auch in der Institution als Mittel der Selbstkontrolle wirksam einzusetzen. Da gibt es Möglichkeiten, Vollversammlungen einzurichten, wo Betroffene und Helfer Wünsche und Bedürfnisse, Regeln und Pflichten (dies gilt gegenseitig), Kritik und Anerkennung austauschen und die organisatorischen Möglichkeiten gemeinsam festlegen. Als wirksam hat sich eine innerbetriebliche Zeitung erwiesen, die auch für die Kontakte nach außen nutzbar ist. Es ist klar, dass dieser Bereich der Selbstkontrolle am ehesten dann nicht gelingt, wenn die Normalisierung der Beziehung nicht geglückt ist. Insofern ist auch das ein Indiz.

MERKE Es ist besser, eine schlechte Nachricht über die Psychiatrie in der Zeitung zu finden als gar keine.

ÜBUNG Denken Sie sich aus, wie unterschiedliche psychiatrische Institutionen Öffentlichkeit herstellen können.

D Handeln (Behandeln, Verhandeln)

Wie mache ich die Grundhaltung wahr?

Bisher haben wir hauptsächlich vom Wahrnehmen gesprochen. Handeln war schon immer enthalten. Es ist ja nicht nur Erkennen gemeint, sondern auch Erkanntes anzustreben, sich ihm zu nähern. Wie schwer es ist, vom Wahrnehmen zum Wahrmachen zu gelangen, vom Vorsatz zum Handeln, das kennt jeder.

BEISPIEL Wer hat sich schon mit welchem Erfolg eine schlechte Gewohnheit wieder abgewöhnt?

Wichtig: Wir wissen schon, wie lange es dauern kann, bis wir etwas anders machen. Und dennoch erwarten wir von Patienten und sie von uns, dass »die Hilfe«, die Änderung schnell erfolgen soll. Hier lohnt sich die Kenntnis der Verhaltensmodifikation (s. Kapitel 19, SCHWÄBISCH UND SIEMS).

Oder: Manchmal geht es, wenn es mir gelingt, ein krankmachendes Hindernis in der Umwelt zu beseitigen.

■ **Versuchte Annäherung oder: die Angst der ersten Schritte**

Durch alle Überlegungen, durch alles Wissen kann ich noch so gewappnet sein, die Wendung in die Handlung lässt die bekannten Ängste vor dem Fremden, dem Unheilbaren, dem Versagen wieder aufkommen. Die Schwierigkeit, die Gehemmtheit anzugehen, ist für den Anfänger größer als für den Geübten. Der Außenseiter wird schwerfälliger sein als jemand, der auf soziale Integration angelegt ist, aber nicht schwerfälliger als die »Betriebsnudel«. Besonders schwer wird der erste noch so kleine Schritt, wenn man denkt, die Anderen wollten einen ändern und nicht die Chance geben, die eigene Wirkungsweise kennen zu lernen. Das Ändern kann immer dem Erkennen nachstehen, weil auch Anerkennung oder Bewahren die Folge von Erkennen sein kann. Und der zweite Schritt, und sei er noch so klein, wird erschwert, wenn der erste nicht wahrgenommen und offen anerkannt wird.

BEISPIEL Eine Krankenschwester hat gelernt, wie wichtig Ausflüge für Heimbewohner sind. Sie nimmt sich vor, mit einer Gruppe von Patienten schwimmen zu gehen. Am Tag vor dem Ereignis tauchen eine Menge Fragen auf: Wird sie gelassen bleiben können, wie wird die Reaktion der Fahrgäste im Bus sein, wie die Reaktion der Gäste im Schwimmbad, wird sie, werden die Patienten scheel angeguckt? Sie schämt sich, über diese Fragen zu sprechen, vertraut sich dann einer Kollegin an, die so einen Ausflug schon einmal gemacht hat. Diese regt ein Gespräch im Gesamt-Team an. So kann erkannt werden, welche Bedeutung der Ausflug für die Krankenschwester hat, und sie kann – mit der Unterstützung – die Angst im Handeln nutzen.

Es ist unausweichlich, jedem psychiatrisch Tätigen immer wieder diese anfängliche Bewegungsscheu zuzubilligen. Als Signal genommen kann sie behutsam machen für die eigenen Möglichkeiten und die Möglichkeiten des Anderen und so das Handeln gerade fördern. Die Gefahr liegt darin, auftretende Angst als absolute Grenze für das eigene Handeln zu nehmen. Die Gefahr liegt auch da, sich zu überfordern, den Widerstand, das Fremde nicht zuzulassen. Damit überfordert man auch den Anderen.

■ **Angehörige**

Die Frage nach den Angehörigen ist bei jeder Begegnung im Rahmen der Psychiatrie zu stellen. Denn die Angehörigen sind – auf welche Weise auch immer – selbst Betroffene. Man muss die Begegnung suchen, sie fragen: warum sie keinen Kontakt haben, warum sie so bevormundend sind, ob sie den Angehörigen noch als Angehörigen sehen, ob sie sich von ihm trennen wollen, wie ihre eigene innere Entwicklung ist, wo sie sich vom Angehörigen nicht ernst genommen, unter Druck gesetzt fühlen, was sie mögen, schätzen, lieben, ablehnen. Und

wenn man gemeinsam weitermachen will: was sie für sich tun können, um die Beziehung zu ändern.

ÜBUNG Jeder psychiatrisch Tätige macht einige Zeit Angehörigen-Gruppen. Er lernt in dieser Zeit u.a. seine eigene Familie neu zu sehen und seine Beziehungen zu ändern (garantiert!). Auch meine eigenen Angehörigen, die Angehörigen der psychiatrisch Tätigen, dürfen nicht vergessen werden.

■ Die Wirkung des Unsystematischen

Eine Vorstellung, die das Handeln psychiatrisch Tätiger beherrscht, ist die des Systematischen. Bei der Medikamentenvergabe (s. Kapitel 18), der Anwendung von Psychotherapie (s. Kapitel 19), der Einhaltung von Stationsplänen und anderen Regeln (s. Kapitel 17 und 14). Das geht so weit, dass nur, wenn Systematisches vorliegt, von »echt« gesprochen wird: »echte« Psychotherapie. Und viele, vor allem Geldgeber und andere auf Kontrolle Angewiesene, lassen sich davon blenden. Die Systematik des Unsystematischen gibt es nicht – und dennoch können wir nicht umhin, sie lernen, begreifen zu wollen. Das heißt, eine Offenheit für Unordnung zu entwickeln und sie aushalten können, sogar bei aller Bindung an Regeln zur Unordnung beitragen können.

BEISPIEL Eine Studentin hatte mitbekommen, dass die Besucher – Patienten ebenso – einen schizophren handelnden Besucher aus der Gruppe ekelten. Er, der sich nicht einordnen konnte, von außerhalb irgendetwas sagte, wenn gerade ein ordentliches Gespräch stattfand, war auch einer der Ärmsten und mochte den Kaffee nicht bezahlen. Darüber gab es den inhaltlichen Streit. Der Besucher blieb weg. Als die Studentin diesen Besucher auf der Straße sah, ging sie hin und sagte, dass sie sich freuen würde, wenn er wiederkäme. Dies half ihm, den Ort der Unterstützung zu behalten, weil er wiederkommen konnte.

ÜBUNG Außerhalb von Institutionen und ihrem besonderen Schutz Kontakte knüpfen. Wo be-gebe ich mich in Gefahr? Die eigenen Grenzen kennenlernen.

Oft begegnet man Menschen, die gar keinen guten Kontakt zum eigenen Lebenslauf haben, die »immer mal« kommen wollen, die tatsächlich nur kommen, wenn es ihnen schlecht geht (häufig vergessen gerade therapeutisch Tätige, dass es das ist, wofür sie bezahlt werden) – für all die gilt es, Netz zu sein, sie nicht auf Systematik und Regelmäßigkeit zu verweisen.

Die Gefahr, und da braucht man auch Aufrichtigkeit, ist die, dass man gleichgültig wird. Und wenn es das ist, dann dienen Institutionen und gerade die festen, der Selbstkontrolle der psychiatrisch Tätigen. Den Überlegungen liegt nicht nur ein moralisches Prinzip zu Grunde, sondern das Wissen um die eigene Schwäche und Unzuverlässigkeit, auch das Wissen um die Notwendigkeit, auf Plötzliches, Aufbrechendes, Jähes, Scheuendes, Verborgenes, Sprühendes einzugehen.

Es gibt viele Einschränkungen und Kränkungen, die den Menschen dem systematischen Zugriff entziehen. Die Menschen können sich erst in der Offenheit einer Kontaktstelle, eines Clubs, einer Tagesstätte allmählich sich selbst und damit auch der Welt nähern.

Auch auf Stationen sind Zuwendungen unsystematisch. Wichtig ist, dass dabei nicht systematisch jemand ausgelassen wird. Die mögliche gedachte Lösung, die Zuwendung innerhalb der Institutionen total zu systematisieren, ist unmenschlich.

■ Die Berufsrollen im psychiatrischen Team (Therapeutische Techniken)

Zwar streben im Team alle die gleiche Grundhaltung an, doch die berufliche und persönliche Spezialität und Unterschiedlichkeit macht das Team erst sinnvoll. Ein Team ist dann therapeutisch wirksam, wenn sowohl die individuelle Besonderheit jedes einzelnen Teammitgliedes als auch die seiner beruflichen Spezialerfahrung voll zum Tragen kommen. Welche Berufsgruppen gehören zu einem psychiatrischen Team? Dies ist je nach der Art (und den Mitteln) der Einrichtung unterschiedlich. Auch wenn dies vielerorts noch nicht so ist, gehen wir davon aus, dass jemand in einem psychiatrischen Team auf folgende Berufsangehörige trifft: Schwestern/Pfleger, Arzt, Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeut, Psychologe und Bewegungstherapeut. Dies kann – wie gesagt – unvollkommen oder indirekt (Psychologe nur auf derselben Abteilung) sein. Gleichwohl machen diese Berufe das Kernteam aus. Dann können je nach Einrichtung Soziologen, Pädagogen, Pfarrer, Laien, Musiker zu einem Team dazugehören oder Biochemiker, Laborant, Werkmeister oder Erzieher.

ÜBUNG Organisationsspiel: Teilnehmer versuchen sich darauf zu einigen, welche Berufsangehörige in welcher Zahl in welchen Einheiten oder Institutionen ein Team bilden.

■ Pflegeberufe

Bisher wird die Arbeit der Pflegeberufe immer vom stationären Tun her beschrieben. Die Frage ist jedoch: Was ist die Basis? Ohne Pflege der Beziehungen, der Umwelt, der Wohnung, der Wäsche, des Körpers, der Zähne, der Seele kommt ein Mensch nicht aus. Da man vor allem die Pflege der Seele nicht gut lernt und immer eines auch Ausdruck des anderen ist, ist die Wahrnehmung der Pflege überall unerlässlich. Das können und das tun Angehörige anderer Berufsgruppen nicht. Die Angehörigen der Pflegeberufe sind die Spezialisten für die Wahrnehmung aller menschlichen Bedürfnisse und Notwendigkeiten (s. Kapitel 17 über Soziotherapie). Die Pflege im Krankenhaus ist gewissermaßen einseitig konzentriert. Wertvoller ist sie, wenn sie in allen psychiatrischen Institutionen vorhanden ist. Wertvoller ist sie auch, wenn sie Pflege des Körpers, der Beziehungen, des Milieus ist und bei der Selbstpflege unterstützt. Psychiatrische Pflege begleitet den einzelnen Kranken aus seinem individuellen Rückzug oder seinem anderen psychischen Leiden bei seinem Weg in das Soziale. Dort wird sie vom Sozialarbeiter abgelöst oder arbeitet mit ihm zusammen.

ÜBUNG (Selbst-)bewusste Beschreibung der Pflege in unterschiedlichen Institutionen.

Die Gefahr ist, dass Angehörige gerade der Pflegeberufe denken, in der Gemeinde hätten sie es nicht mit Gewalt zu tun. Schon besteht die Neigung, so zu tun, als ob außerhalb von Kliniken nur Nettigkeit herrsche. Da aber in den Gemeinden dieselben Menschen sind wie in den Kliniken, werden auch die gleichen Probleme und Lösungsmöglichkeiten vorkommen, nur eben im Normalzustand und nicht gehäuft und konzentriert.

■ ■ **Arzt**

Im Team ist der Arzt der, der am besten mit den körperlich-kranken Teilen eines Menschen umgehen und der Einzige, der Medikamente verordnen kann. Dazu gehören nicht nur Diagnostik sowie die körpertherapeutischen Techniken (s. Kapitel 18). Das, was der Arzt aus seiner Ausbildung am wichtigsten einbringt, betrifft die Reaktionen von Körper und Seele auf bestimmte Einflüsse, die aus dem Körper selbst kommen, die in Form von Krafterwirkung (z. B. Hirnverletzung) oder Gifteinwirkung von außen kommen, die aufgrund gestörter Beziehungen zum Selbst oder zur Umwelt entstehen (z. B. psychosomatische Erkrankungen oder Isolationsfolgen). Er ist damit Experte für die Natur sowie für Krankheit und Gesundheit (!) des Körpers und der Seele des Menschen. Traditionell war der Arzt der verantwortliche Leiter einer Station oder einer Einheit. Er führte, ordnete an, verantwortete. In einem psychiatrischen Team kann der Arzt als einer von mehreren gedacht werden. Alle sollten etwas von Verantwortung, Leitung, Anordnung übernehmen. Bleiben sie trotzdem am Arzt hängen, kann es daran liegen, dass der Arzt diese Aufgaben und Funktionen gern hat oder dass die anderen sie (meist uneingestanden) ihm immer wieder zuschieben. Oft verquickt sich beides. Es gehört für den Arzt eine Portion Durchstehvermögen dazu, sich hier (auch gegen Widerstand!) zu ändern, da außerdem auch und gerade der Arzt berufspolitisch in einer hierarchisch geordneten Umwelt steht, in der »nach oben« gestrebt wird. Gleichwohl kann der Arzt, nachdem solche von ihm ausgehenden »Berufsgefahren« gebannt sind, für andere im Team ein gutes Modell sein für den »Blick fürs Ganze« und für selbstständig-verantwortliches Handeln in Ausnahmesituationen.

■ ■ **Sozialarbeiter**

Der Sozialarbeiter ist im Team in erster Linie ein Netzwerker mit eigenem Profil. Er kennt sich in den umgebenden Landschaften in besonderer Weise aus, kann auch und besonders dort, wo Sozialarbeiter beispielsweise in Sozialpsychiatrischen Diensten, im Betreuten Wohnen und im Feld »Tagesstruktur und Beschäftigung/Arbeit« die wesentlichen Betreuungsaufgaben wahrnehmen, auf den Bedarf des einzelnen Patienten zugeschnittene nachsorgende Hilfsangebote arrangieren und durch optimale Nutzung der Sozialgesetze Hilfebedarf und Hilfeleistung zusammenbringen. Dabei zieht er seine gewonnenen Erkenntnisse zu früheren psycho-sozialen und etwa ökonomischen Lebenslagen des Patienten ebenso heran, wie die durch ihn zu entdeckenden Ressourcen in der konkreten sozialen Umwelt und in der Lebens-

geschichte des Patienten. Daneben nimmt er auch die Aufgabe wahr, die Patienten dabei zu unterstützen, ihre sozialstaatlich gegebenen Rechte und Pflichten wahrzunehmen. Sozialarbeiterisch stellt sich sehr häufig dann auch die Aufgabe, leidensbedingte Verelendung oder drohende Verelendung zu ordnen bzw. ihr vorzubeugen. Darüber hinaus ist es Aufgabe der Sozialarbeiter, für die Patienten Soziales wieder erfahrbar zu machen, soziale Räume zu erschließen und erreichbar zu machen. Seine »Berufsgefahr« besteht sicher darin, als Sozialtechniker allem und jedem eine soziale Erklärung aufzupressen. Für das Team ist er Experte sowohl für den Bezug zu den Verwaltungen als auch für die sozialen »gemeinsamen« und »gemeinsinnigen« Anteile, also die Gruppen-Anteile von Menschen, wobei er oft genug die Interessensspannung zwischen beidem auszutragen hat. Seine wichtigste Aufgabe: Immer wieder auf die Folgen sozialer Ungerechtigkeit aufmerksam zu machen, nicht sie für die Gesellschaft zu vertuschen.

■ ■ **Bewegungstherapeut**

Er wird vielerorts auch noch Krankengymnast genannt. Uns allen geht es so, dass wir zu bestimmten Zeiten verspannt, verkrampft sind, auch nicht mehr sagen können, wie sich unser Körper eigentlich fühlt, wie groß oder klein, stark oder schwach, wie es – körperlich – ist, sich fallen zu lassen oder abzuspringen, was Begegnung körperlich heißt: hierfür ist der Bewegungstherapeut Experte. Die besondere »Berufsgefahr« liegt darin, zu schnell zu sein, mit der eigenen Begeisterung (auch Leistungsehrgeiz) den Anderen in Angst und Überforderung hineinzutreiben. Eigentlich sollte er nicht Therapeut heißen, sondern vielleicht Fachmann oder eben auch Arbeiter, weil es nicht um Heilen geht, sondern um Kennenlernen, die Chance zur Veränderung geben, Bewusstwerden der eigenen Gliedmaßen, der eigenen Ausdehnung, des Wunsches nach Distanz und Nähe, auch der Möglichkeit von Distanz und Nähe: wann fühle ich mich allein (fern), wann fühle ich mich erdrückt, wie trete ich auf, wie große Schritte kann ich machen, aber auch, wie erlebe ich Raum – mit geschlossenen Augen z. B. – oder Zeit? Viel Spielerisches kommt in diese Tätigkeit, wenig Systematisches, denn es wird entscheidend von der Gruppe abhängen, was erfahren wird, ob Gesichtspunkte des Tempos oder der Verzerrung und Entstellung, Verbiegung oder Entspannung vorrangig zum Tragen kommen. Ambulante Teams könnten sich, wie das in einigen Gruppenpraxen geschieht, mit niedergelassenen Krankengymnasten zusammentun.

■ ■ **Arbeits- und Beschäftigungstherapeut**

Es war schon gesagt, dass Arbeiten, Sich-Beschäftigen wesentliche Bestandteile der menschlichen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sind, so dass das häufige Missverständnis, die Beschäftigungstherapie diene der Ablenkung, die eine »Berufsgefahr« der Arbeits-/Beschäftigungstherapie darstellt. Die andere ist: jemanden zu aktivieren, statt ihn dabei zu unterstützen, aktiv zu werden. Wenn die Beschäftigungstherapie mich schon nicht ablenkt: wo lenkt sie mich dann hin? Was habe ich davon, wenn ich mit Ton, Bast, Holz und anderem Material arbeite, was macht es in mir für Gefühle? Sicher kann es nicht darauf ankommen, das »schöne

Körbchen« zu basteln, sondern: die Selbstwahrnehmung auf das Tun, auf die Aktivität zu lenken, auf das, was ich kann, was ich nicht kann, wie ich mich anstrengende, konzentriere, durchhalte, wie ich mit Fehlern umgehe, wie ich allein arbeite oder in der Gruppe. Beschäftigungstherapie und Arbeitstherapie: wie unterscheiden sie sich? Mit Arbeit verdient man Geld, verschafft sich die Möglichkeit zur Teilnahme an den Konsumgütern und an wesentlichen Bereichen der Gemeinschaft (von Kneipe bis Golf-Club). Zugleich werden die meisten bei der Arbeit kontrolliert, bekommen gesagt, was sie arbeiten sollen, fürchten, nicht zu genügen. Beschäftigung ist freier, kreativer, teilweise auch individueller im Sinne von privater. Der Arbeits- und Beschäftigungstherapeut hat Ahnung von der Arbeitswelt und kann entsprechend anregen, arbeitendes (das ist auch beschäftigendes) Handeln auszuprobieren: in Gruppen zu arbeiten, den Arbeitsplatz zu organisieren, Druck auszuhalten, Pausen zu machen, die Qualität der Arbeit einschätzen zu lernen, nicht so hektisch zu arbeiten, mit der Arbeit aufzuhören, zuzugucken. Wesentlich ist der ständige Bezug zur alltäglichen Arbeit. Der Arbeits- und Beschäftigungstherapeut ist im Team also der Experte für das Alltagshandeln (Arbeit und Freizeit) der Menschen: Arbeitstherapie darf nicht als Ersatz verstanden werden, sondern als Möglichkeit, arbeitendes Handeln auszuprobieren. Mit der Bedeutung der Arbeitslosigkeit und der Möglichkeit von Selbsthilfefirmen hat er sich besonders auseinanderzusetzen. Arbeit garantiert den Zusammenhalt der Gesellschaft, sie dient der sozialen Kontrolle. Was bedeutet es, wenn viele chronisch Kranke keine Arbeit finden oder nur solche, die von der Gesellschaft nicht mehr gebraucht wird?

■ ■ Psychologe

Psychodiagnostik und Psychotherapie bestimmen die Tätigkeit des Psychologen in der Klinik. Gleichzeitig bringt der Psychologe aufgrund seiner Ausbildung eine Menge Wissen von Grundlagen und Allgemeinem über den Menschen mit, z.B. über die menschliche Entwicklung und das Lernen, auch von Wahrnehmung. Kenntnisse psychotherapeutischer wie psychodiagnostischer Techniken sind ihm nützlich. Auch sie entsprechen einem bestimmten Menschenbild, über das er sich Rechenschaft ablegen muss. Auf diese Weise wird der Expertenbeitrag eines Psychologen im Team darin bestehen, das Nachdenken darüber anzuregen und mit seinem Spezialwissen zu unterstützen, nach welchem Menschenbild man eigentlich sich und die Patienten sein lassen will. Der Psychologe kann aufgrund seiner Ausbildung eine große Menge von Themen einbringen, die für die Arbeit in der Psychiatrie von Bedeutung sind: Gefühl, Leistung, Intelligenz, Fähigkeit, Eigenschaft, Kleingruppe, Ich-Identität, Denken, Selbst usw. Auch für ihn ist es wichtig, sich der Änderung seiner Wissenschaft bewusst zu sein. Je nach Ausbildung besteht eine »Berufsgefahr« darin, dass der Psychologe der Vielfalt menschlichen Handelns nicht gerecht werden kann, weil er bemüht ist, sie auf operationalisierbare Dimensionen zu reduzieren, und darin, dass er in jedem Tun psychotherapeutisches Tun erblickt und somit unsystematischem Handeln, das der Grundhaltung entspricht, nicht die Qualität des von ihm höher geschätzten psychotherapeutischen Handelns zubilligt.

In dem Gebiet »Gemeindepsychologie« wird versucht, nicht nur das Individuum zu sehen, sondern dessen Probleme auch von seinem Ökosystem her zu beschreiben, von der Landschaft, vom Kontext. Klinisch arbeitende Psychologen, vor allem die in der Gemeinde, sollten viel sozialpsychologisches Wissen haben und anwenden können: Vorurteile, Gruppen, Einstellungen, Strukturen usw.!

Hier ist der Versuch unternommen worden zu beschreiben, welche Spezialleistungen von einzelnen Berufsvertretern zu erwarten sind. Es ist deutlich geworden, dass die Spezialanteile eines Team-Mitgliedes gleichzeitig auch anteilig in jedem anderen Team-Mitglied enthalten sind, so dass man miteinander reden, sich gegenseitig fragen, anregen, überprüfen kann, ohne besserwisserisch zu sein.

■ Der Rahmen psychiatrischer Arbeit

Wenn ich psychiatrisch arbeiten will, werden mich die unterschiedlichen Einrichtungen (s. Kapitel 14) mehr oder weniger erschrecken, befremden, fordern. Deswegen sollte ich – am besten schon während der Ausbildung – alle möglichen Institutionen besuchen und überprüfen, wie meine gefühlsmäßigen Einstellungen zu der Institution sind.

Zur Beschreibung des Rahmens der Begegnung gehören Vereinbarungen über die Zusammenarbeit, den Ort und die Zeit der Handlung sowie die Ziele. Konferenzen und Netz-Werke sind die neuen Institutionen der Psychiatrie. Es ist anzunehmen, dass zukünftige Teams mit anderen Problemen der Aufgabenverteilung und des Rollenverständnisses zu tun haben als jetzige Teams: schon weil es mehr Wissen über Teams gibt und weil entsprechend die Einstellungsänderung in den einzelnen Berufsgruppen nicht mehr so grundsätzlich sein muss, sondern eine Frage der persönlichen Ausgestaltung werden kann. Das Team ist verpflichtet, die Spanne der beruflichen Spezialisierung und der Rollendiffusion (alle können alles) immer neu zu vereinbaren. Diese beiden Aspekte, die Arbeit des Einzelnen und die Notwendigkeit der Integration in die Grundhaltung sind am ehesten in regelmäßigen (wöchentlichen) Team-Besprechungen zu kontrollieren. Dabei wird es immer auch um Verantwortung gehen. Verantwortung wird oft gleichgesetzt mit Führung. Wenn wir uns selbst ernst nehmen, gilt, dass jeder für sich, seine Arbeit, die Arbeit des Teams verantwortlich ist, dass die so genannte »letzte« Verantwortung dem Teamprinzip widerspricht. Die Spannungen, die aus der noch vorgegebenen Verantwortungshierarchie und den im Team erarbeiteten und von allen verantwortlich vertretenen Entscheidungen entstehen, sind durchzusprechen. Verantwortung ist nicht nur Last. Vielmehr werden meine beruflichen Handlungen erst dadurch sinnvoll, dass ich sie verantworte.

Die »Team-Gefahr« ist die Verantwortungsdiffusion: Keiner weiß so recht, was seine Aufgabe ist, wofür er sich verantwortlich fühlen muss und wofür er zur Verantwortung gezogen werden kann. Jeder Mensch braucht einen überschaubaren Aufgabenbereich, und es ist äußerst überfordernd, sich immer für alles verantwortlich zu fühlen, eine Gefahr, die gerade für gewissenhafte und in ihrer Arbeit kontrollierte Menschen gilt. Andererseits verlässt man sich dann und

wann ganz gern auf die Verantwortung von anderen und entlastet sich dadurch, wodurch die Gefahr von größerer Abhängigkeit und verstärkten Leistungsansprüchen gegeben ist. Diese Gefahr ist immer dann besonders groß, wenn Wechsel im Team stattfinden oder wenn Krisen, z. B. nach einem Suizid, auftreten, die an die Angst und die Schuldgefühle des Einzelnen rühren. Hier hilft es nicht, Schuldgefühle dadurch zu vermeiden, dass die Verantwortung auf einen »letztlich Verantwortlichen« abgeschoben wird. Vielmehr ist die Frage hilfreich: »Was ängstigt mich und was kann ich für die Zukunft daraus lernen?«

■ ■ **Wo findet die psychiatrische Arbeit statt?**

Da mein Arbeitsplatz gleichzeitig der Ort der Patienten ist, kann ich ständig überprüfen, ob die Bedingungen, unter denen sie gesund werden sollen, wirklich die Bedingungen sind, unter denen ich gesund bleiben (arbeiten) kann. Lärm, Licht, Platz, Eingeschlossen-Sein, Bewegungsraum, Blumen, andere anregende Reize, Möglichkeiten, Privates unterzubringen, können Kriterien meiner Bewertung sein. Reizdeprivation (Wegnahme von gewohnten Umweltreizen) führt bei Menschen zu Veränderungen, die zwar gern ihrer »Krankheit« angelastet werden, jedoch Auswirkungen des Milieus sind. Also werde auch ich in einer Atmosphäre leiden, die zu reizarm ist, wird auch meine Wahrnehmung zumindest irritiert. Die andere Gefahr ist die Reizüberflutung. Oder: wenn alles so fest gefügt ist, dass keine Spielräume mehr gegeben sind.

ÜBUNG Was brauche ich an Reizen? Was ist zu viel (Reizüberflutung)?

Menschen sind in dem, was sie als Reize brauchen (angenehm empfinden) auch unterschiedlich. Schon ein Blick in die Wohnung der einzelnen Team-Mitglieder zeigt, wie groß die Unterschiede sind. Auch hier wirken sich soziale Unterschiede aus (Wohnraumgröße, auch Geschmack). Ich habe also bei der Gestaltung meines Arbeitsplatzes die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten zu berücksichtigen: sie mitbestimmen zu lassen, wie ein Zimmer einzurichten ist. Das Argument, dass Zimmer, besonders »Krankenzimmer« funktional eingerichtet sein sollen, kann sich nur der leisten, der nicht 24 Stunden am Tag und das wochen- oder monatelang, in dem Zimmer zu leben hat. Umgekehrt ist auch Reizüberflutung zu vermeiden. Manche meinen es besonders gut und überfrachten bestimmte Ecken (gemütliche) mit Anregung, als solle sich der Patient hier auf lebenslängliches Wohnen einrichten. Ganz wichtig ist die Frage, wie viel *privaten Raum* ich zur Verfügung stelle: einen Nachtschrank, eine Nachttischlampe, einen großen Schrank, eine Zimmerecke. Viele von uns können sich schwer vorstellen, wie es ist, völlig entblößt zu sein oder völlig *öffentlich* zu leben, sich nicht zurückziehen zu können, immer kontrolliert zu sein. Dabei sind wir selbst schon viel früher verletzt: Wenn jemand unsere Intimsphäre antastet, unser psychisches »Territorium« betritt, sich in unsere Dinge einmisch. Hier steht Raum auch für eine psychische Dimension.

■ ■ Zeitliche Rahmenbedingungen der Teamarbeit

Hiermit ist nicht nur an die tägliche oder wöchentliche Arbeitszeit gedacht, vielmehr hat die »Zeit« noch andere Bedeutungen:

- ⊙ Meine Tätigkeit in der Psychiatrie geschieht zu einer bestimmten historischen und politischen Zeit. Änderung von Psychiatrie und Gesellschaft stehen in engem Zusammenhang. Das wirkt sich auf mein Handeln aus. Kenntnis über Fragen und Probleme in einer Zeit, über Moden und Zeitgenossen, geben nicht nur zusätzliche Auskunft über mögliche Konflikte von Patienten, sondern helfen mir, meine Arbeit sinnvoll zu bestimmen.
- ⊙ Meine Arbeit geschieht innerhalb der Psychiatrie an einem Ort, an dem Zeit eine Rolle spielt. Hier steht die Zeit still, dort läuft sie weg. Es geschieht leicht, dass man sich dem wahrgenommenen Zeitempfinden anpasst und sich dann selber wundert, wie anders die Zeiten anderer psychiatrischer Einrichtungen sind.

BEISPIEL 1 In Wohngemeinschaften ist die Arbeitsweise langsamer und ruhiger. Was heute nicht geschieht, geschieht morgen. Es ist leicht, sich an das langsame, schlurfende Tempo zu gewöhnen. Wir wissen inzwischen, wie diese Gewöhnung für Patienten zu Angst vor der Umwelt, zur Hospitalisierung, zu Institutionsartefakten, zur Isolation führt, da sie von Angehörigen oft vergessen und schließlich von der Gesellschaft ausgeschlossen werden. Es ist aber bisher wenig auf die Auswirkung dieser »Zeitlosigkeit« auf die Arbeitenden geachtet worden. Wenn ich mich für die Tätigkeit in einer Langzeit-Einrichtung entscheide, sollte ich wissen, wie trügerisch und gefährlich der Verlust des alltäglichen Zeitempfindens sein kann.

BEISPIEL 2 In einer Tagesklinik für Krisenintervention, in der die Patienten höchstens vier Wochen bleiben können, entspricht dies der Dauer eines Jahresurlaubes. Damit wird die Zeit vergleichbar, es wird auch deutlicher, dass Zeit zu nutzen ist. Für Team-Mitglieder besteht die Möglichkeit eines überschaubaren, konzentrierten Arbeitens, aber auch die Gefahr größeren Leistungsdrucks: in vier Wochen dem und dem Anspruch zu genügen. Dem Zeitlupen-Effekt der Langzeitbehandlung entspricht hier der Zeitraffer-Effekt. Das führt leicht dazu, dass Handlungen unterlassen werden, weil es einem zu viel wird, immer wieder dieselben Dinge zu diskutieren, sich immer wieder von Patienten in Frage stellen zu lassen, die notwendige Wiederholung als sinnvoll anzuerkennen, weil sie einem zum Halse raushängt.

BEISPIEL 3 Die gesellschaftlichen Bedingungen ändern sich: Dies bringt andere Menschen mit anderen Problemen in die Institutionen.

MERKE Chronisch heißt nichts weiter als »in der Zeit stattfinden«. Und »chronifizieren« ist eine Wortschöpfung, die die Sozialpsychiatrie begleitet.

Überlegung: Reflektieren Sie bitte diese Aussage in Bezug auf die Institution, in der Sie tätig sind oder die Sie kennen.

- ⊙ Ein dritter Aspekt der Zeit zeigt: ich beginne zu einem bestimmten Zeitpunkt meines Lebens die Arbeit in der Psychiatrie, was für mein Leben und für meinen Aufenthalt in der Psychiatrie eine Rolle spielt.

Unterschiede wirken sich auch auf die Zusammenarbeit im Team aus, da sie beschleunigend oder verzögernd, anregend oder störend sein können. Es wird auf diese Weise »Traditionsträger« geben und solche, die mehr die Veränderung im Auge haben. Der Vorteil ist, dass die Diskussion über zu viel »Aktion« oder zu viel Beständigkeit auf dem Laufenden bleibt. Jedoch ist es für Zeitgefühl und Planung im Team wichtig, dass ungefähres Wissen über die Dauer des Engagements vorliegt.

Wenn die Bedeutung der Zeit für das eigene Leben deutlich wird, kann auch bewusster werden, welche Rolle Aufenthaltsdauer, Krankheitsdauer usw. für einen Patienten spielen.

■ ■ **Erwartungen an die Teamarbeit (Ziele)**

Bei jeder Begegnung verspreche ich mir etwas: Bei einem neuen Arbeitsanfang erwarte ich etwas, es soll anders werden, ich will Freude haben, ich will etwas Neues kennenlernen. Dies sind Ziele, über die meistens diffus gesprochen wird. Genauso wenig erfahre ich meist über die Ziele der anderen und über die der Institution, in der ich arbeite. Wie oft klaffen die Ziele des Patienten, wieder gesund zu werden oder weiter psychotisch zu bleiben, und die der Institution, »gebessert« zu entlassen, auseinander, was zu Enttäuschungen führt.

■ **Verlauf psychiatrischer Arbeit (Therapieverlauf)**

■ ■ **Zum Verlauf**

Auf was ist im Verlauf des Arbeitens im Team zu achten? Das Team muss ein Gefühl für seine eigene Geschichte entwickeln. Gespräche über »weißt Du noch?« sind nicht nur sentimentales Geschwätz und zeitraubend, sie erleichtern es – und das kann ihre Funktion werden –, dass in neuerlichen Krisensituationen auf gemeinsam erworbenes, in der Gruppe vorhandenes Wissen zurückgegriffen werden kann. Sie halten auch wach für das individuell und im Team Erreichte. Jedoch ist nicht nur dieser Leistungsaspekt wichtig. Vielmehr wird durch das Bewusstsein für die eigene Geschichte auch der Gruppenzusammenhalt (Kohäsion) gefördert. Gelegentliche Feste helfen: Für die Station, die Beratungsstelle, nur für das Team, für das ganze Krankenhaus, Straßenfeste. Auch die gemeinsame Teilnahme an Kongressen, Fortbildungsveranstaltungen (z. B. DGSP), Teambesuche anderer Einrichtungen oder gemeinsame Herstellung von Veröffentlichungen sowie Darstellung der Teamarbeit in einer größeren Öffentlichkeit können das Bewusstsein für die eigene Geschichte fördern. Dasselbe gilt für neue Aufgaben, die das Team sich stellt: z. B. die Organisation von Schulbesuchen zur Information über Psychiatrie, einer Angehörigengruppe, einer Nachsorgeambulanz oder einer Veränderung, die sich auf die ganze Einrichtung auswirkt.

Es ist nicht zu vermuten, dass es an meinem Arbeitsplatz immer schön ist. Das Wissen, das wir den Patienten zu vermitteln verpflichtet sind: dass weder das Leben noch die Gesellschaft noch die Psychiatrie einen Anspruch auf Glück eingebaut haben, dass es nicht immer »schön« sein kann, dürfen wir auch für uns nicht verleugnen. Immerhin gibt mir die Arbeit in der Psychi-

atrie die Möglichkeit zu lernen, dass meine Arbeit etwas mit mir selbst zu tun hat. Damit erhalte ich auch die Chance, ändernd einzugreifen. Aber auch darin ist nicht die Gewähr enthalten, dass Arbeit schön ist. Genauso wie im Gesundwerden für den Patienten nicht die Gewähr enthalten ist, dass Gesundsein »schön« ist. Obwohl die ständige gedankenlos-böse Aufforderung »Nun werd mal schön gesund!« sicher zu der Fehleinschätzung beiträgt. In manchen Fällen ist sicher Kranksein schöner. Das kritische Nachdenken über diese verbreitete und werbungsgesteuerte Heilserwartung erleichtert auch meine Arbeit.

Eine der größten Gefahren für die Beständigkeit psychiatrischer Tätigkeit soll noch benannt werden. Vor allem Teams aus jungen Kollegen gehen gern nach dem Motto vor: Je mehr Nähe zueinander, desto schöner! Solche Teams fallen in der Regel nach einer Begeisterungsphase schnell auseinander. Daher hier eine herzliche Warnung davor! Es ist viel gesünder, dass die Teammitglieder zwar ein hoch empfindliches Interesse für das private Wohlergehen untereinander haben und sich jede Unterstützung geben, dass sie aber ihre Arbeitsbeziehungen und ihre Privatbeziehungen weitgehend auseinanderhalten, also ein Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz aushalten. Das gibt dem Team jede Stabilität. Auch für Patienten ist es entscheidend, dass sie das Leben in der Institution nicht mit ihrem Privatleben verwechseln. Auch von daher ist es günstig, wenn das Team nicht nur beruflich, sondern auch nach Alter, Lebenserfahrung, Geschlecht, persönlicher Eigenart und Temperament gemischt ist. Denn in einem personell gleich bleibenden Team sich über möglichst lange Zeit auf sich und Andere einzulassen, ist immer noch die beste Art, psychiatrisch arbeiten zu lernen.

■ ■ Zur Aufhebung der Begegnung

Wenn der in der Psychiatrie Tätige gut arbeitet, hat er mehr als jeder andere die Chance, Menschen intensiv kennen zu lernen. Dies Kennenlernen, wenn es helfen soll, kann nicht routinemäßig absolviert werden. Es handelt sich bei jeder Beziehung um den Ernstfall. So kommt es über kurz oder lang immer wieder zu Abschieden. Das will gelernt sein. Jeder in diesem Bereich Tätige sollte sich gerade dadurch wertvoll fühlen, dass er seine Einflussnahme so kurz wie nötig hält. Die Wahrnehmung der eigenen Grenzen bedeutet die Freiheit des Anderen.

■ Literatur

BROCHER, Tobias (1982): Gruppendynamik und Erwachsenenbildung. Braunschweig, Westermann, 16. Aufl.

DEVEREUX, Georges (1998): Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Frankfurt/M., Ullstein, 4. Aufl.

KIELHOFNER, Gary (1995): A Model of human occupation. Theory and application. Baltimore, London, Williams & Wilkins

KRÜGER, Helmuth (1971): Therapeutische Strategien in der Sozialpsychiatrie. *Sozialpsychiat. Inf.* Nr. 6: 48–77

- KRÜGER, Helmuth (1987): Therapeutische Gemeinschaft. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III. Berlin, Springer
- MÖLLER, Michael Lukas (1992): Anders helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen. Frankfurt/M., Fischer
- MÖLLER, Michael Lukas (1978): Selbsthilfegruppen. Reinbek, Rowohlt
- MOSHER, Loren R.; BURTI, Lorenzo (1994): Psychiatrie in der Gemeinde. Bonn, Psychiatrie-Verlag, 2. Aufl.
- RAVE-SCHWANK, Maria; WINTER-V. LERSNER, Christa (1994): Psychiatrische Krankenpflege. Stuttgart, Fischer, 6. erg. Aufl.
- RICHTER, Horst Eberhard (1974): Lernziel Solidarität. Reinbek, Rowohlt
- RICHTER, Horst Eberhard (2000): Umgang mit Angst. Düsseldorf, Econ, 2. Aufl.
- ROGERS, Carl Ransom (1994): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett-Cotta, 13. Aufl.
- SCHMIDBAUER, Wolfgang (1992): Hilfloze Helfer. Reinbek, Rowohlt, überarb. u. erw. Neuausg.
- TERGEIST, Gabriele (2001): Führen und Leiten in psychiatrischen Einrichtungen. Bonn, Psychiatrie-Verlag

