4 2010
November
Dezember
Januar
28. Jahrgang
ISSN 0724-5165

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Themenschwerpunkt: Stigma – Antistigma

Wer an einer psychischen Erkrankung leidet, sieht sich auch heute noch Vorbehalten und Widerständen ausgesetzt und erlebt häufig berufliche und soziale Benachteiligungen.

Welche Ansatzpunkte sucht Anti-Stigma-Arbeit heute? Mindern neue Begriffe für psychische Erkrankungen die Gefahr von Stigmatisierung? Hilft größere Offenheit und Öffentlichkeit gegen Stigmatisierung und Diskriminierung oder trägt sie gerade zu ihrer Verstärkung bei?

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

■ **Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion psychisch kranker Menschen**
Soziologische Anmerkungen zu einer ärgerlichen gesellschaftlichen Tatsache und einem fortlaufenden Skandal
Ernst von Kardorff, Seite 4

■ **Die Krankheit verstehen**
Stigma und Stigmabewältigung bei psychischen Störungen
Asmus Finzen, Seite 8

■ **Das gedoppelte Stigma**
Psychisch krank und Migrant
Ethnopsychiatrische Perspektiven
Wielant Machleidt, Seite 12

■ **„Ach wie gut, dass niemand weiß...?!**
Das Dilemma der Stigmatisierung
Wolfgang Bayer, Seite 16

■ **Psychiatrie und Sprache**
Thomas H. Keller, Seite 18

■ **Emotionale Barrieren im Arbeitsumfeld**
Niklas Baer, Seite 21

■ **Die Semantik des Begriffs „Schizophrenie" und das damit verbundene Stigma**
Was lässt sich von der japanischen Umbenennung lernen?
Harald Zäske, Helen-Rose Cleveland, Wolfgang Gaebel, Seite 26

■ **Durch Begegnung Vorurteile überwinden**
„Irre menschlich Hamburg" – Gemeinsam für mehr Toleranz und Sensibilität
Gyöngyvér Sielaff, Seite 28

■ **BASTA – Bündnis für psychisch erkrankte Menschen**
Antistigma Netzwerk
Romain Beitinger, Werner Kissling
Seite 30

■ **Gastfreundschaft**
Kwartiermaken – das niederländische Konzept gegen Ausgrenzung
Doortje Kal, Seite 31

■ **Warum kann ich nicht einfach „darüber" reden?**
Stigmatisierung aus der Sicht einer Angehörigen
Irmela Boden, Seite 34

■ **Nur nicht aus der Rolle fallen!?**
Psychiatrisch tätig trotz eigener Psychiatrieerfahrung
Jürgen Dunker, Seite 36

■ **Experienced Involvement**
Carolin Dittmar, Seite 38

39 Spectrum

■ **„... und alles soll so bleiben, wie es ist...!"**
Zum Spannungsverhältnis von seelischer Behinderung und Pflegebedürftigkeit
Sibylle Gronmaier, Michael Konrad, Seite 39

■ **Rahmenbedingungen von Seelsorge in der psychiatrischen Klinik**
Dirk Klute, Seite 43

42 Impressum

47 Nachrichten

Liebe Leserin, lieber Leser

Editorial

Ist Stigmatisierung noch ein Thema für die Sozialpsychiatrie? Während sich die Kerbe – Redaktion noch im kritischen Diskurs darüber befand, ob Stigmatisierung eigentlich noch ein Thema für die Sozialpsychiatrie ist, warf ein Redaktionsmitglied die brisante Information ein, dass es in Japan seit dem Jahr 2005 einen der am meisten umstrittenen Begriffe der Psychiatrie, nämlich „Schizophrenie“ nicht mehr gibt. Auf Betreiben der Angehörigen hat die Japanische Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie eine neue Bezeichnung für „Schizophrenie“ (seishin-bunretsu-byo) eingeführt: „Integrationsstörung“ (togoshitcho-sho). In dieser Kerbe finden Sie einen Bericht über diese Innovation und die hohe gesellschaftliche Akzeptanz der neuen Terminologie. Was meinen Sie: Ob der Begriff oder die Diagnose „Integrationsstörung“ möglicherweise weniger Stigmatisierungspotential enthält? Sollte bei der anstehenden Revision des ICD 10 auch in der westlichen Welt eine neue Fachbezeichnung für diese stigmabelastete Krankheit gefunden werden?

Mehr Offenheit mit der Diagnose, auch und gerade nach psychotischen Episoden und auch und gerade am Arbeitsplatz wünschen sich professionelle Autoren. Die Vorbehalte und Vorurteile von Arbeitgebern, aber auch von Menschen, die ins Arbeitsleben zurückkehren wollen, werden skizziert. Die Grenzen und Probleme seiner Doppelrolle beschreibt ein psychoseerfahrener Profi, der seinen persönlichen Genesungsweg ohne die Schulpsychiatrie fand, sich jedoch in der täglichen Arbeit auf ihre Methoden stützt. Ein Pseudonym schützt ihn in der heutigen Arbeitswelt.

Wiederholt kommt die These auf, dass Stigmatisierung und Diskriminierung psychischer Probleme Resultat einer (aus Angst?) abgewehrten persönlichen Auseinandersetzung mit psychischen Problemen ist. Wie weit stigmatisiert das psychiatrische Hilfesystem systemimmanent, ist nicht deutlich mehr Öffentlichkeit für das Thema Stigma nötig?

Neben Beiträgen aus soziologischer, ethnopsychiatrischer und systemischer Sicht zeigen Beiträge zur aktiven Antistigmaarbeit aus Deutschland und den Niederlanden, von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen, wie kreativ Möglichkeiten genutzt werden und wie mehr Öffentlichkeit durch Engagement möglich wird. Der Weg zur verstärkten Trialog-Kultur, als Kampf gegen Diskriminierung und Stigmatisierung, für eine verstärkt demokratische Psychiatrie der Zukunft, macht durchaus Sinn.

„Mehr darüber reden“, dieser Wunsch scheint sich wie ein roter Faden durch alle Beiträge zu ziehen, egal, ob sie von Profis, Angehörigen oder von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen geschrieben wurden. Dagegen hält die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie die breitere Diskussion (im Rahmen der Neuroleptikadebatte) für stigmatisierend[1].

Was meinen Sie? Ihnen, als unseren Leserinnen und Lesern, wünschen wir eine anregende Lektüre dieser Kerbe und uns wünschen wir, damit viele entstigmatisierende Diskussionen anzustoßen.

Margret Osterfeld
Jürgen Bombosch

1 Soziale Psychiatrie 4/2010, S. 47.

Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion psychisch kranker Menschen

Soziologische Anmerkungen zu einer ärgerlichen gesellschaftlichen Tatsache und einem fortlaufenden Skandal

Von Ernst von Kardorff

Vorbemerkung

Mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention durch die Bundesregierung 2009 haben Fragen der Inklusion und der Anerkennung behinderter, chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen sowie anderer gesellschaftlich marginalisierter Gruppen eine erneute politische und (fach)öffentliche Aufmerksamkeit gewonnen. Dabei geht es um drei miteinander verknüpfte Problembereiche und Aufgabenfelder:

- um die Beseitigung materieller, institutioneller, symbolischer und gesellschaftlicher Barrieren, die eine soziale Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschweren,
- um die Wahrung der Menschenwürde und die Sicherung der Bürgerrechte, vor allem des Rechts auf Selbstbestimmung und
- um die Bekämpfung gesellschaftlicher Vorurteile, wie sie sich in stigmatisierenden Alltagsbegriffen und nicht zuletzt in wissenschaftlichen und fachlichen Klassifikationen wiederfinden.

Stigmatisierung ist nicht nur eine kränkende und bedrohliche persönliche Erfahrung, weil sie die eigene Identität in Frage stellt, soziale Anerkennung und Einbindung gefährdet, zu beständiger Wachsamkeit im Alltag zwingt und für psychisch vulnerable Personen gleichsam zu einer „zweiten Krankheit“ (Finzen) werden kann. Stigmatisierung bildet darüber hinaus den Ausgangspunkt für vielfältige Formen gesellschaftlicher Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung. Während letztere auf noch nicht eingelöste Versprechen der aufgeklärten Moderne wie Chancengleichheit, Teilhabe und Anerkennung von Verschiedenheit als politische Herausforderung verweisen, scheint sich Stigmatisierung politischer Steuerung und gesellschaftlicher Aufklärung weitgehend zu entziehen und einen generellen Mechanismus zu bezeichnen, der auf der Ebene der Gesellschaft der Grenzziehung zwischen vorherrschenden Normalitätsvorstellungen und Abweichung dient und auf der Ebene der sozialen Interaktion die Grenze zwischen Zugehörigkeit und Ausschluss markiert. Es scheint, dass die Stigmata sich wandeln, nicht aber die Stigmatisierung.

1. Stigmatisierung – ein gesellschaftliches Thema

Auf den ersten Blick erscheint es paradox: 47 Jahre nach Erving Goffmans einflussreicher Studie Stigma (1963), in der er die Wirkungen negativer sozialer Zuschreibungsprozesse auf Identität und Selbstwahrnehmung Betroffener und die Folgen für Abstiegskarrieren und sozialen Ausschluss beschrieben hat, 35 Jahre nach der Psychiatrieenquête, in deren Folge vielfältige Modellprogramme und sozialpsychiatrische Reformen auf den Weg gebracht wurden und mehr als ein Vierteljahrhundert seit Betroffene und Angehörige in Deutschland ihre Belange aktiv, selbstbewusst und erfolgreich in Selbsthilfeorganisationen gegenüber Öffentlichkeit, Politik und Versorgungspraxis vertreten, sind Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung psychisch erkrankter Menschen nach wie vor gesellschaftliche Realität, wenn auch in anderen Formen und unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen. Ein Ende der Ausgrenzung Verrückter ist also noch immer nicht in Sicht.

Während die internationalen bürgerrechtlichen und zivilgesellschaftlichen Diskurse und in Teilen auch die nationale Gesetzgebung auf gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion von behinderten, chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen setzen, die Politik die Wahrung von Menschenwürde und Bürgerrechten sowie das Recht auf Selbstbestimmung – verstanden als das Sprechen mit eigener Stimme („voice“) und individuellen Wahlrechten („choice“) – anerkennt und die Fachpraxis die Expertise Betroffener in eigener Sache zunehmend als wertvolle Hilfe und Erfolgsbedingung bei der Behandlung zu schätzen lernt, Konzepte gemeinsamer individualisierter Hilfeplanung inzwischen vielfach zum Praxisalltag gehören und Themen wie Patientenorientierung, gemeinsame Entscheidungsfindung und informierte Zustimmung breit diskutiert werden, belegen wissenschaftliche Studien[1] ebenso wie Erfahrungsberichte Betroffener und Angehöriger[2] die fortdauernde Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker Menschen, sei es in der Öffentlichkeit, innerhalb des Versorgungssystems, bei der Wohnungssuche, im Geschäftsverkehr und vor allem auf dem Arbeitsmarkt[3]. Zwar können Initiativen zur Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen[4] erste Erfolge bei der Sensibilisierung einer interessierten Öffentlichkeit für die persönlichen Belange und die soziale Situation Betroffener und ihrer Angehörigen vorweisen, der Trialog hat inzwischen in der Sozialpsychiatrie eine eigene Tradition wechselseitiger Anerkennung und Verstehensversuche auf Augenhöhe begründet[5] und auf Partizipation und Nutzung der Er-

Ernst von Kardorff, Prof. Dr., Lehrstuhl für Soziologie der Rehabiliation, Berufliche Rehabiliation und Rehabiliationsrecht am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin.

fahrung und der Expertise Betroffener in eigener Sache angelegte Modelle wie das Ex-In-Konzept können mit wohlwollender Aufmerksamkeit rechnen. Dennoch haben Vorurteile gegenüber seelisch erkrankten Menschen in den vergangenen Jahrzehnten kaum abgenommen[6] und Formen struktureller Diskriminierung bestehen trotz vielfältiger gesetzlicher und organisatorischer Reformen fort. Dies erstaunt, angesichts der Tatsache, dass seelische Störungen, besonders Depressionen, Burnout, die Folgen des Mobbings oder auch Altersdemenzen ein häufiges Thema in den Medien sind, die Veröffentlichungsbereitschaft psychischer Störungen seitens Betroffener nach Aussagen der Ärzteschaft gestiegen ist und psychische Störungen inzwischen den ersten Platz bei der Frühberentung einnehmen und für einen erheblichen Teil der Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich sind.

Gründe für den fortdauernden Skandal der Stigmatisierung

Ein Teil der seit etwa 15 Jahren auch wieder in Fachliteratur und Praxis verstärkt geführten Stigmatisierungsdebatte dürfte auf die Resistenz von Vorurteilen gegenüber Aufklärungs- und Integrationsbemühungen zurückgehen; dies kann als Beleg der Funktionalität von Vorurteilen bei der Regulierung sozialer Beziehungen (Handlungsentlastung, Angstabwehr, Sündenbock, usw.) gelesen werden.

Ein weiterer Grund für eine insgesamt gestiegene gesellschaftliche Sensibilisierung für das Thema liegt in der fortschreitenden Tendenz zur Individualisierung: moderne Gesellschaften, die auf eine stark individualisierte wettbewerbsorientierte Selbstinszenierung setzen, reagieren gegenüber Versuchen einer Stigmatisierung oder Beschränkung individueller Lebensentwürfe besonders empfindlich; parallel zur geforderten Vielfalt von Lebensentwürfen, zeigt sich in der Gegenwartsgesellschaft aber auch ein Trend zur Verengung von Handlungsspielräumen und zur Standardisierung von Verhaltensnormen; dies betrifft besonders die Bereiche Bildung und arbeitsmarktbezogene Leistungsfähigkeit und -bereitschaft, in denen die Bewertung der gezeigten Leistung Ängste vor Stigmatisierung und Statusverlust bis weit in mittelschichtgeprägte soziale Milieus erzeugt.

Nicht zuletzt führt der mit erhöhten Leistungsanforderungen in der Arbeitswelt, dem Zwang zu Flexibilität und zugleich mit sozialen Verlustängsten und dem Gefühl mangelnder Einflussmöglichkeiten einhergehende soziale Wandel zu einer säkularen Zunahme seelischer Störungen, sozialepidemiologisch besonders an der Zunahme von Ängsten und Depressionen sichtbar; Alain Ehrenberg (2004) spricht vom „erschöpften Selbst“ als Kennzeichen der Moderne: damit rückt das bedrohliche Stigma psychischer Krankheit näher an die gesellschaftliche Mitte und kann nicht mehr so leicht zur Abgrenzung gegenüber den „ganz Anderen“ benutzt werden. Schließlich gewinnt die Debatte um Stigmatisierung auch noch aus einem anderen Grund an Fahrt: im Zuge einer auf Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, auf Inklusion/Partizipation und Diversität setzenden Behindertenpolitik bedroht Stigmatisierung das Integrationsziel; es droht dann eine symbolische Stigmatisierung der Länder und Versorgungssysteme, die etwa die Inklusionsziele der UN-Behindertenrechtskonvention verfehlen.

2. Eine Bestandsaufnahme

Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker Menschen erwachsen aus dem Spannungsverhältnis zwischen dem individuellen krankheitsbedingten Verhalten und den gesellschaftlich vorgeformten Reaktionen darauf. Ersteres bildet häufig Anlass und oft unausgesprochene Begründung für Diskriminierung. Zu diesem Verhalten gehören in Abhängigkeit von der Diagnose, der psychiatrischen „Karriere“, der individuellen Lebensgeschichte und der präsentierten Identität der Betroffenen unter anderem: leichte Kränkbarkeit und starke Gefühlsschwankungen, Unstetigkeit, Irritierbarkeit durch Unvorhergesehenes, verlangsamte Reaktionen sowie die Unfähigkeit, Ambivalenzen auszuhalten oder Entscheidungen zu treffen. Arbeitgeber beklagen Leistungsschwankungen und eine unrealistische Selbsteinschätzung, häufige Ausfalltage am Arbeitsplatz und geringe Stresstoleranz. Psychisch kranke Menschen gelten im Alltag als schwierig, die Interaktion mit ihnen als (zu) aufwändig.

Die Aufzählung verdeutlicht, dass es sich bei psychischen Krankheiten nicht um eine „ganz andere Wirklichkeit“ handelt, sondern um oft starke, manchmal langanhaltende oder auch um immer wiederkehrende Ausprägungen einzelner Verhaltensäußerungen auf einem Kontinuum, bei dem sich der „Krankheitswert“ weitgehend aus einer schwerwiegenden Nichtbefolgung fundamentaler sozialer Erwartungen ergibt. Krankheitsbedingte Verhaltensweisen wie sozialer Rückzug, Misstrauen und gesteigerte Empfindlichkeit werden durch Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung noch bekräftigt. Dies ist auch ein Grund dafür, dass psychisch Kranke im Durchschnitt kleinere soziale Netze als die Durchschnittsbevölkerung aufweisen und z.B. ihr Scheidungsrisiko um das Dreifache erhöht ist. Damit verlieren sie oft wichtige soziale Unterstützungsressourcen oder können sie gar nicht erst aufbauen: Zur seelischen tritt eine soziale Vulnerabilität hinzu. Eine Folge davon ist, dass viele psychisch kranke Menschen gegenüber Diskriminierung nur geringe Widerstandsressourcen mobilisieren können. In einer fatalen Logik bestätigen sie durch ihr Verhalten wiederum diese Bilder im Blick der Anderen.

Verfestigte und typisierte Wahrnehmungs- und Reaktionsmuster psychischer Krankheit und psychisch kranker Menschen beruhen, ebenso wie die Formen des institutionellen und professionellen Umgangs mit Ver-rückten, auf überwiegend allgemein anerkannten gesellschaftlichen Konstruktionen. Diese historisch entstandenen und in kulturellen Mustern verankerten „sozialen Repräsentationen“ psychischer Krankheit und von psychisch kranken Menschen gerinnen zu einer Macht des Faktischen, die zu strukturellen

Stigmatisierung und Diskriminierung sind aber keineswegs auf die zahlenmäßig relativ kleine Gruppe der an Psychosen erkrankten Menschen beschränkt, sondern zeigen sich in Alltag und Beruf und im Versorgungssystem selbst.

Formen der Diskriminierung und Benachteiligung beiträgt und ihre Teilhabechancen verringert.

Erfahrungsberichte und die wenigen Studien zu diesem Thema legen in der Summe eine Praxis struktureller Diskriminierung nahe: dies beginnt im alltäglichen Umgang und zieht sich durch Bildungseinrichtungen und den Arbeitsmarkt bis hin zum Versorgungssystem durch. Die Lebenssituation vieler psychisch kranker Menschen mit chronifizierten Störungen ist durch ein Leben am Armutsrand und durch Abhängigkeit von Institutionen gekennzeichnet. Im subjektiven Erleben zeigen sich oft Beschämung und Gefühle der Erniedrigung und in der Folge sozialer Rückzug oder Suche nach Schutz und Selbstbestätigung in der Psychiatrieszene, allerdings häufig um den Preis einer Selbstisolation in ambulanten Ghettos. Stigmatisierung und Diskriminierung sind aber keineswegs auf die zahlenmäßig relativ kleine Gruppe der an Psychosen erkrankten Menschen beschränkt und auch keineswegs auf langfristig erwerbslose Patienten begrenzt, sondern zeigen sich am Arbeitsplatz, bei der Bewerbung, im Alltag und nicht zuletzt im Versorgungssystem selbst[7].

3. Zum Zusammenhang von Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion

Stigmata begleiten die Statuspassage eines Menschen mit seelischen Problemen und auffälligem Verhalten zu einem „ganz Anderen".

Stigmata stehen für eine negative Zuschreibung gegenüber gesellschaftlich unerwünschten Eigenschaften und Verhaltenweisen; eingebettet in ein semantisches Umfeld verbinden sie sich häufig mit weiteren negativen Wesensmerkmalen der Person. Sie begleiten und ratifizieren die Statuspassage eines Menschen mit seelischen Problemen und auffälligem Verhalten zu einem „ganz Anderen": so „hat" ein Menschen mit Persönlichkeitsstörung eine gestörte Persönlichkeit, „ist" unbeherrscht, unzugänglich, unberechenbar und gefährlich etc., so dass es nahe liegt, sich vor ihm/ihr von nun an in Acht zu nehmen, den Umgang mit ihm/ihr zu meiden, die betreffende Person an die zuständigen Berufsgruppen zu übergeben, die ihn/sie fördern, behandeln, bessern, kontrollieren und ggf. auch isolieren sollen. Stigmatisierung ist der Vorgang einer nur schwer umkehrbaren klassifizierenden Zuordnung von Personen seitens der Mehrheitsgesellschaft und ihrer Institutionen zu einer Personenkategorie, der negative Eigenschaften zugeschrieben werden, sei es aufgrund von Auffälligkeiten im Verhalten oder anderer Formen der Abweichung von gesellschaftlichen Erwartungen, insbesondere von Leistungsnormen und Perfektionsidealen, von Regeln der sozialen Interaktion und von einschlägigen Zugehörigkeitsmerkmalen. Derartige Klassifikationen sind *individuell folgenreich*, weil der/die Einzelne in eine Verteidigungsposition gegenüber seinem Umfeld (Gruppendruck) gerät und sich kommunikativ in dem Dilemma befindet, die Zuschreibung zurückzuweisen, sie anzunehmen, sie in sein Selbst zu integrieren oder sich dem betreffenden Umfeld zu entziehen. Geht man davon aus, dass Identität sich zu großen Teilen in der Auseinandersetzung mit anderen und an ihrer Anerkennung bildet, lässt sich ermessen, wie sehr persönliche Lebensqualität und Handlungschancen durch Stigmata beeinträchtigt werden. *Sozial folgenreich* sind sie, weil sie soziale Urteile enthalten, die diskriminierendes Verhalten oder segregative Strukturen legitimieren und die Chancen zur gesellschaftlichen Teilhabe begrenzen. Mit der erfolgreichen Zuschreibung eines Stigmas und seiner Legitimation durch eine Diagnose/Etikettierung seitens der zuständigen Professionen erhalten die betroffenen Personen einen „Master-Status", der dazu führt, dass ihr Aussehen, ihr Handeln, ihr Sprechen, kurz die gesamte Person künftig nur mehr über ihr Stigma wahrgenommen wird: Der alkoholkranke Mensch wird zum Alkoholiker.

Betroffene geraten damit in eine Kommunikationsfalle, denn alle ihre Lebensäußerungen werden mit dem Wissen um ihre Krankheit, Behinderung oder anderweitige Abweichung wahrgenommen, so dass die Betroffenen ein beständiges Stigmamanagement, vor allem Informationskontrolle gegenüber den „Wissenden" , z.B. Arbeitgebern, betreiben müssen. Stigmata fungieren als Platzanweiser in der sozialen Statushierarchie und führen in gesellschaftlichen Teilsystemen wie Bildung, Arbeitsmarkt und Versorgungssystem zu systematischen Formen der Benachteiligung. Individuell können sie Abstiegskarrieren einleiten oder verfestigen und setzen Betroffene einer besonderen Aufmerksamkeit informeller wie formeller sozialer Kontrolle aus. Den Nicht-Betroffenen hilft die Zuordnung von Personen zu einer Außenseitergruppe bei der eigenen Verhaltensorientierung, bekräftigt die Geltung sozialer Normen, mahnt zu Vorsichtsmaßregeln, provoziert besondere Verhaltensweisen der „Normalen" und stärkt das Zusammengehörigkeitsgefühl. Sie kann den immer rechtfertigungsbedürftigen sozialen Ausschluss eines Mitglieds aus der Gemeinschaft legitimieren. Diskriminierung folgt mehrheitlich konsentierten Praktiken des legalen und/oder professionellen Umgangs mit sozialen Auffälligkeiten, und sie erzeugt neue Abweichungen durch Verengung von Abweichungstoleranzen, Zuspitzung geltender Normen oder mit Hilfe der Verfeinerung diagnostischer Praktiken. Am Ende steht dann häufig die Exklusion von einzelnen gesellschaftlichen Handlungsfeldern und zugleich der Einschluss in Behandlungsregimes und/oder in institutionenabhängige soziale Randlagen und/oder der (Selbst-)Einschluss in ambulante Ghettos.

Zwar unterliegt Stigmatisierung gesellschaftlichen Konjunkturen, sie bleibt jedoch – anders als Diskriminierung – der unausweichliche Normalfall: gesellschaftlich erzeugte Unterscheidungen erhalten ihren sozial folgenreichen Sinn im Kontext von Wertehierarchien und provozieren beständig positiv wie negativ qualifizierende (= stigmatisierende) Vergleiche. Ob und in welchem Umfang daraus sichtbare negative soziale Konsequenzen (Diskriminierung) folgen, hängt von institutionalisierten Maßnahmen, wie etwa dem gesetzlichen Diskriminierungsverbot, sozialpolitischen Kompensationsangeboten und einer Inklusionspolitik, von informellen Aktivitäten wie der Selbsthilfe, von den Medien sowie von

konkreten Modellen gelungener Integration ab, die als Beispiele für eine Kultur der Anerkennung dienen können. Aber auch eine sensibilisierende und zuweilen der political correctness verhaftete Sprachpolitik („es ist normal, verschieden zu sein") hebt die grundsätzlichen Mechanismen von Stigmatisierung und Diskriminierung nicht auf, wenngleich sie eine Sensibilisierung und erneute Thematisierung festgefahrener Bilder erreichen kann. Stigmatisierung entfaltet ihre normative Kraft vor dem Hintergrund der gesellschaftlich durchgesetzten, stillschweigend akzeptierten und sanktionierten Normalitätsstandards; sie begegnet den Diskreditierten und Diskreditierbaren als strukturelle Gewalt, die im Kontext gesellschaftlicher Machtbeziehungen steht, die sich etwa in informell wie formell sanktionierten Normen sozialer Anpassung, der Leistung, der Gefühlsregulierung usw. und der üblichen Bereitschaft, sich mit „schwierigen" Verhaltensweisen auseinander zu setzen zeigt. Dies hat nicht nur praktische Folgen für Lebensführung, Freiheitsgrade und Lebenslage der Betroffenen, sondern auch für ihre Identität.

Unter den veränderten gesellschaftlichen Bedingungen weisen die „moralischen Karrieren" (Goffman 1972) vieler chronisch Kranker und Behinderter neue Verlaufsformen auf. Dazu trägt wesentlich bei, dass Betroffene die gesellschaftlichen Wahrnehmungsmuster und sozialen Repräsentationen von Abweichung durch individuelle wie kollektive Strategien des Stigmamanagements gebrochen und transformiert haben. Auch wenn die Mehrzahl der Betroffenen „zu denselben Auffassungen von Identität wie wir" (Goffman 1975: 16) tendieren und sich nicht immer die Vorstellungen der in ihrem Namen agierenden Betroffenenverbände zu eigen machen, übernehmen sie nicht länger alltägliche oder wissenschaftliche Defizitzuschreibungen, sondern entwickeln ein eigenes Selbstbewusstsein im Angesicht der Differenz und fordern Chancengleichheit und Partizipation. Hier liegt eine der vielversprechenden Chancen der praktischen Anti-Stigma-Politik.

4. Wahnsinnige, psychisch Kranke, seelisch Behinderte, Psychiatrieerfahrene und Ver-rückte – wie weiter mit der Stigma-Debatte?

Mit jeder der in der Überschrift genannten gesellschaftlich konstruierten Semantiken für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen verbinden sich andere Formen der Stigmatisierung und zugleich Versuche der sprachlichen Ent-Stigmatisierung: Die Epoche der Aufklärung spricht vom Wahnsinnigen, der von der Gesellschaft isoliert und ggf. auch mit Zwang in die Welt der Vernünftigen zurückgeholt werden muss. Das mit der Entwicklung der Psychiatrie als medizinische Disziplin verbundene Konstrukt psychisch Kranker verspricht eine Normalisierung – Kranken wird ein begrenzter Schonraum zugestanden – und eine Entmoralisierung des auffälligen oder unverständlich scheinenden Verhaltens, die auch für die Angehörigen einen „Freispruch" bedeutet; sie überantwortet sie aber zugleich der Psychiatrie mit ihrer begrenzten medizinischen Perspektive und ihren oft rigiden Behandlungsregimes. Der Begriff seelisch behindert wiederum macht die amtlich festgestellte Beeinträchtigung zur Voraussetzung sozialrechtlicher Leistungsgewährung.

Die moderne Selbstbeschreibung Betroffener als Psychiatrieerfahrene stellt die Bedeutung des subjektiven Erlebens von Diskriminierung im psychiatrischen Versorgungssystem heraus und fokussiert auf die mangelnde Berücksichtigung eigener Erfahrungen und Expertise, auf die Missachtung von Wünschen und die Verletzung persönlicher Würde und Integrität. Der alltagssprachliche, durch den Trennstrich verfremdete Begriff Ver-rückte erlaubt eine reflexive Beschreibung der klassifizierten Personengruppe, die das Selbsterleben betroffener Menschen und zugleich deren gesellschaftliche Wahrnehmung und Einordnung sichtbar machen kann. Die als psychisch Kranke klassifizierten Menschen sind aufgrund eines ihnen selbst und ihren Mitmenschen oft fremd gewordenen, ängstigenden, lähmenden oder irritierenden Erlebens, Denkens und Handelns aus ihrer eigenen Mitte und der ihres Umfeldes ver-rückt; aber sie sind dies nie mit ihrer ganzen Person, ihrem gesamten Verhalten und ohne Unterbrechung, weshalb auch der Begriff „chronisch Kranke" stigmatisierend wirkt. „Ver-rückte" verstören ihre Angehörigen, Freunde und Arbeitskollegen, und sie stören die gewohnten Abläufe der alltäglichen sozialen Ordnung. Damit werden Reaktionen im sozialen Umfeld aber auch institutionelle Sanktionen herausgefordert, die sich in unterschiedlichen Formen der Diskriminierung ausdrücken können: negativ in Missachtung von Menschenwürde und Grundrechten sowie in Prozessen der Etikettierung, die Abstiegskarrieren einleiten, Institutionenabhängigkeit und Hospitalisierung begünstigen oder zu systematischer Benachteiligung etwa im Zugang zu Hilfen führen, positiv in besonderen Hilfeangeboten, gezielter Förderung, Empowerment und Unterstützung zur Wiedergewinnung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung. Über den Begriff des „Ver-rückten" – auch wenn dieser Begriff im Alltagsgebrauch ja keineswegs neutral ist – ließe sich aber auch produktiv trialogisch ins Gespräch kommen und die Dialektik von gesellschaftlicher Stigmatisierung-Entstigmatisierung aus den Fallstricken von Diskriminierung und Exklusion durch die Anerkennung des Rechts auf Anders-Sein-Dürfen zu befreien. ●

Stigmatisierung begegnet den Diskreditierten und Diskreditierbaren als strukturelle Gewalt. Dies hat nicht nur praktische Folgen für Lebensführung, Freiheitsgrade und Lebenslage der Betroffenen, sondern auch für ihre Identität.

Anmerkungen

1 Vgl. zusammenfassend hierzu: Finzen (2001); Link/Phelan (2001); Gaebel/Müller/Wulff (Hg.) (2005);
2 Z.B. Amsler/Baer/Domingo 2003; vgl. auch die Beiträge von Dunker und Boden in diesem Heft
3 z.B. Hoffmann 2004; Eikelmann/Reker/Richter 2005; Mecklenburg/Storck 2008; v. Kardorff/Ohlbrecht 2008 und Baer in diesem Heft.
4 Vgl. die Beiträge zu den Projekten „Irre Menschlich", „Basta" und „Kwartiermaken" in diesem Heft.
5 Vgl. Bock/Deranders/Esterer (1998); Bombosch/Hansen/Blume (2004).
6 Dies ernüchternde Ergebnis bestätigt sich seit vielen Jahrzehnten: vgl. z.B. Stumme (1975), Faust (1981), Angermeyer/Matschinger (1997), betrifft auch Fachkräfte in der Psychiatrie, z.B. Ross/Goldner (2009) und ist darüber hinaus mit negativen Bildern über die Psychiatrie verbunden (vgl. Stumme 1975, Angermeyer 2000).
7 Gesundheitsministerkonferenz (2007); Jacobi u.a. (2004); Wittchen u.a. (2002).

Ein ausführliches Literaturverzeichnis zu diesem und weiteren Beiträgen finden Sie auf der Homepage unter: http://www.kerbe.info/content/artikel_48.html.

Die Krankheit verstecken

Stigma und Stigmabewältigung bei psychischen Störungen

Von Asmus Finzen

Stigmatisierung ist ein immerwährendes Problem der Psychiatrie. Vor allem die Schizophrenie ist eine jener Krankheiten, über die man, wenn man sie hat, tunlichst nicht spricht. Die Vorurteile über die Krankheit übertragen sich auf die Kranken. Sie laufen Gefahr, ihre Arbeit zu verlieren, wenn sie noch eine haben, und gar nicht erst eingestellt zu werden, wenn sie eine suchen, unabhängig von ihrer Leistungsfähigkeit und ihrem Gesundheitszustand. Wenn man über die Krankheit reden muss, spricht man besser allgemein von „Psychose, die man hat oder die man gehabt hat. Was für den Einzelnen richtig ist und wichtig ist, bleibt nicht ohne Konsequenzen für das öffentliche Bild von der Krankheit Schizophrenie: Kaum jemand ausserhalb des engsten Freundes- und Familienkreises von Betroffenen, kaum jemand, der nicht in der Psychiatrie tätig ist, hat je einen genesenen Schizophreniekranken kennengelernt oder jemand, der einen Weg gefunden hat, mit der Krankheit zu leben. Das wiederum ist nicht dazu angetan, die Ängste vor der Krankheit zu mindern und die Zuversicht auf eine erfolgreiche Behandlung zu stärken.

Ronald Reagan lässt bekanntgeben, dass er an der Alzheimer'schen Krankheit leidet. Die Krankengeschichte des depressiven Klaus von Amsberg füllte jahrelang die Gazetten. Harald Juhnke machte seine wiederkehrenden Rückfälle in den Alkoholismus zur publizitätsträchtigen Schlagzeile. Künstler und Sportler verkünden, dass sie an Aids leiden und wecken damit Mitempfinden. Aber eines geschieht nicht: dass jemand etwa bekanntgibt: „Ich bin Friedrich Hölderlin; ich leide an Schizophrenie." Aber man täusche sich nicht, das Stigma haftet auch an den anderen hier genannten Leiden.

Der Mythos der Unheilbarkeit

Selbst in einem Jahrzehnt, in dem das Outen in ist, bleibt die Veröffentlichung der schizophrenen Psychose eines prominenten Zeitgenossen kaum vorstellbar. Gelegentlich scheint eher das Gegenteil richtig zu sein. Wird die ausgeheilte schizophrene Erkrankung eines prominenten Zeitgenossen bekannt, endet das nicht etwa in einer Enthüllungsgeschichte, wie das heute in den Medien so üblich ist, sondern in einer Denunzierung der Ärzte, die diese Diagnose gestellt haben: Es muss sich um eine Fehldiagnose gehandelt haben. Sonst hätte der Betroffene, Krankheit hin oder her, nicht so leistungsfähig und erfolgreich sein können. So hieß es in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung in einer ausführlichen Würdigung des Werkes der australischen Schriftstellerin Janet Frame, die acht Jahre in psychiatrischen Krankenhäusern verbracht hatte, sie sei fälschlich - weil nicht unheilbar - als schizophren diagnostiziert worden.

Der Mythos der Unheilbarkeit ist unausrottbar. Er scheint auch im konkreten Einzelfall kaum überwindbar zu sein. Ein eindrucksvolles Beispiel dafür vermittelt die schizophreniekranke Amerikanerin Lori Schiller (l995) in ihrem außerordentlich lesenswerten Lebens- und Krankheitsbericht „Wahnsinn im Kopf":

„Wenn wir ... zufällig auf meine Vergangenheit zu sprechen kommen, ist es nicht immer einfach. Viele Männer können so etwas einfach nicht akzeptieren. Im Rückblick sind einige ihrer Reaktionen sogar witzig. Eine Zeitlang traf ich mich mit einem Mann, den ich kennengelernt hatte, als ich mein Auto zur Reparatur brachte. Wir verstanden uns gut und verbrachten eine schöne Zeit miteinander. Schließlich entschied ich mich, ihm von meiner Vergangenheit zu erzählen. Ich nahm ihn mit in meine Wohnung und zeigte ihm einen Artikel, den ich über meine Erfahrungen geschrieben hatte. Er las den Artikel und schaute mich dann angewidert an. 'Du leidest nicht an Schizophrenie', sagte er. 'Doch, ich fürchte schon', erwiderte ich. 'Nein, das stimmt nicht, das hast Du doch bloß erfunden'."

Wer gesund wirkt, kann nicht schizophreniekrank sein. Wer sein Leben meistert, kann es nie gewesen sein. Diese Logik ist falsch. Sie verdreht die Wirklichkeit. Für die Schizophreniekranken selber wird sie zur doppelten Falle. Sie wirft sie selbst dann auf sich selber zurück, wenn sie ihr Leiden bewältigt haben. Sie lässt sie, wenn sie sich in guten Zeiten offenbaren, unglaubwürdig erscheinen. Sie hindert sie an der Ausbildung einer eigenen Identität unter Einbeziehung ihrer Krankheitserfahrungen.

Identifikation – mit wem?

Dabei wäre nichts wichtiger als das: Identifikationsfiguren für junge Schizophreniekranke, die verkünden: „Ich bin schizophren - oder ich war es. Ich lebe mit der Krankheit. Ich habe sie bewältigt. Gewiss, zeitweise war es die Hölle. Aber ich kann und will damit leben. Seht her, das ist mein Leben. Das habe ich vorzuweisen. Ich bin genausoviel wert wie jeder andere auch." Darauf werden wir vermutlich noch lange warten müssen. Bis dahin sind autobiographische Berichte von Menschen, die schizophrene und andere psychische Krankheiten durchlebt und durchlitten haben, von umso größerer Bedeutung.

Mittlerweile liegen zahlreiche solche Zeugnisse von Kranken mit den unterschiedlichsten Störungen vor. Eindrucksvolle Beispiele sind Silvia Plaths

Asmus Finzen
Prof. Dr. med., Psychiater, Nervenarzt. Wissenschaftspublizist. Ehemals Ltd. Krankenhausarzt in Deutschland und in der Schweiz.
Allmendweg 16, CH-3653 Oberhofen Thuner See, Email: Asmus.finzen @vtxmail.ch
www.asmus.finzen.ch.

„Glasglocke“, Stuart Sutherlands „Die seelische Krise“, Hanna Greens „Ich habe Dir nie einen Rosengarten versprochen“, Mary Barnes’ „Bericht eine Reise durch den Wahn“, Sophie Zerchins „Auf der Spur des Morgensterns“, Maria Erlenbergers „Hunger nach Wahnsinn“, Piet Kuipers „Seelenfinsternis“ oder Janet Frames „Engel an meiner Tafel“.

Bei den Büchern handelt es sich teils um Berichte über das Leben und die Auseinandersetzung mit psychischen Krankheiten, teils um Romane mit ausgeprägten autobiographischen Zügen. Das vielleicht wichtigste Dokument einer erfolgreichen Auseinandersetzung mit einer schizophrenen Psychose stammt von der bereits zitierten Amerikanerin Lori Schiller, die mit siebzehn an einer schweren Schizophrenie erkrankte und bis über ihr 30. Lebensjahr hinaus andauernde und zum Teil außerordentlich belastende Krankheitsphasen durchlitt. Ihr Buch kann für Kranke und Angehörige in gleicher Weise zur Quelle der Ermutigung werden.

„Ich bin schizophren; ich suche Arbeit“

Was geschieht, wenn jemand einräumt, dass er schizophren ist oder war, dass er gar noch Medikamente einnimmt? Vermutlich folgendes: Die Mitmenschen gehen auf Distanz. Ein innerer Alarm setzt ein. Alle Vorurteile und Vorbehalte, die mit dem Wort Schizophrenie verbunden sind, werden wach: Unberechenbarkeit, Gefährlichkeit, Unzuverlässigkeit, Realitätsferne, Fremdheit, verwirrtes Denken, unheimlicher Blick, irres Lachen.... Man merkt dem Gegenüber förmlich an, wie seine Alarmglocken klingeln. Wenn man Glück hat, versteht er die Mitteilung als unpassenden Scherz wie Lori Schillers Freund im oben angeführten Beispiel.

Das Eingeständnis einer schizophrenen Erkrankung wird heute allzu oft immer noch zu einer sozialen Katastrophe. Allein die Vorstellung erscheint widersinnig, dass sich jemand mit diesen Worten um eine Stellung bewirbt: „Ich war schizophren. Jetzt bin ich wieder gesund. Ich möchte bei Ihnen arbeiten.“ Wer schizophren ist, ist gut beraten, mit der Information Dritter über die Krankheit sparsam umzugehen. Er läuft Gefahr, seine Freunde zu verlieren und seine Arbeit. Er tut gut daran, zu lügen, dass die Balken sich biegen, wenn es um seine Krankheit geht. Wenn er sich um einen Arbeitsplatz bewirbt, kann das zwar auch zu Schwierigkeiten führen. Wenn er die Diagnose verschweigt, ist das Anstellungsbetrug. Wenn sie im Nachhinein bekannt wird, kann ihn das den Job kosten. Aber wenn er sie vorher mitteilt, wird er ihn mit größter Wahrscheinlichkeit gar nicht erst bekommen. Also lügen.

Wer öffentlich zugibt, dass er an einer schizophrenen Psychose leidet oder gelitten hat, läuft in manchen Bundesländern auch heute noch Gefahr, seinen Führerschein zu verlieren, wenn das Polizei oder Behörde bekannt wird. Wer schizophren ist, wird im öffentlichen Dienst nicht eingestellt und schon gar nicht beamtet. Wer schizophren ist, erhält keine Approbation als Arzt. Alles dies nicht etwa, weil er Symptome hat, die seine Eignung in Frage stellen, ein Auto zu fahren oder eine bestimmte Stellung im öffentlichen Dienst auszuüben, sondern ausschließlich und allein wegen des Wortes, wegen der Diagnose, des Etiketts Schizophrenie.

Lügen, lügen, lügen?

Leider ist das nicht so einfach. Diese Empfehlung ist richtig. Sie ist zugleich falsch. Sie ist nur dann ganz richtig, wenn die Krankheit zuverlässig überwunden ist, wenn der Gesundheitszustand stabil ist, wenn Restsymptome entweder nicht mehr vorhanden oder doch zuverlässig unter Kontrolle sind. Sie ist falsch, wenn die Krankheit fortbesteht, wenn die Kranken vermindert belastbar sind, wenn sie eine soziale oder berufliche Nische suchen oder eine beschützte Arbeit. Sie ist möglicherweise auch dann falsch, wenn die Kranken einen Arbeitsplatz haben, wenn sie aus ihrer beruflichen Tätigkeit heraus erkranken, in die Klinik müssen und den Weg zurück suchen.

Unter solchen Bedingungen ist es häufig sinnvoll, dem Arbeitgeber und den Kollegen reinen Wein einzuschenken. Zwei Argumente sprechen dafür. Zum einen ist man bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach Überwindung einer Psychose mit Wahrscheinlichkeit weniger belastbar und in mancher Hinsicht anders als in den Zeiten vor der Erkrankung. Aufklärung und Miteinbeziehung der Arbeitskollegen und der Vorgesetzten können auf diese Weise zu einem wichtigen Beitrag zur Rehabilitation und zum Zurückfinden in die Gesundheit werden. Andererseits kennen Vorgesetzte und Arbeitskollegen einen aus gesunden Tagen. In der Regel schätzen sie einen oder sie fühlen sich zumindest doch zu Loyalität verpflichtet. Sie sind unter Berücksichtigung früherer Leistungen bereit, einen Vertrauensvorschuss einzuräumen und in einem halbwegs funktionierenden Betrieb auch die Hilfestellung zu leisten. Denn jeder kann einmal krank werden. Jeder kann einmal in ähnlicher oder in anderer Weise hilfebedürftig werden.

Schließlich bleibt kein anderer Weg als Offenheit, wenn die Krankheit nicht überwunden ist, wenn Restsymptome bestehen bleiben, wenn sie zu Behinderungen oder zu Teilinvalidität geführt hat. Auf der Suche nach einem beschützten Arbeitsplatz, einer beruflichen Nische oder nach einem Ort zur beruflichen Rehabilitation ist die Aufklärung von Arbeitgeber und Arbeitskollegen eine Grundvoraussetzung für das Gelingen des Unternehmens. Psychische Behinderungen sind nicht zu sehen wie Gehbehinderungen oder Hörgeräte. Behinderungen gleich welcher Art verlangen in der sozialen und in der beruflichen Umwelt in spezifischer Weise Rücksichtnahme. Wie solche Rücksichtnahme im Hinblick auf psychische Behinderungen auszusehen hat, darüber ist Aufklärung notwendig. Sonst endet das Unterfangen unweigerlich mit Unterforderung oder Überforderung der Behinderten, mit Missverständnissen und vermeidbaren Leiden.

Das Eingeständnis einer schizophrenen Erkrankung wird heute allzu oft immer noch zu einer sozialen Katastrophe.

Dennoch bleibt bei der Suche nach einem Arbeitsplatz häufig kein anderer Weg als Offenheit, gerade wenn die Krankheit nicht überwunden ist, wenn Restsymptome bestehen bleiben, wenn sie zu Behinderungen oder zu Teilinvalidität geführt hat.

Zum erfolgreichen Umgang mit der Krankheit kann es gehören, sich auf ungenaue Aussagen wie psychische Probleme oder auf die Mitteilung von Symptomen zu beschränken.

Stigma ist mehr als Vorurteil. Es ist Zuweisung und Empfindung von Scham, Schuld, Schimpf und Schande zugleich.

Auf jeden Fall Vorsicht

Im Zusammenhang mit schizophrenen Erkrankungen empfiehlt sich unter diesem Aspekt der zurückhaltende Umgang mit der medizinischen Diagnose. Zum erfolgreichen Umgang mit der Krankheit kann es gehören, sich, wenn man sich offenbart, zunächst auf ungenaue Aussagen zu beschränken wie psychische Probleme - oder auf die Mitteilung von Symptomen wie Ängsten, Schlafstörungen, Erschöpfung, Konzentrationsstörungen. Ähnliches gilt für die Mitteilung, man müsse Psychopharmaka einnehmen. Auch hier empfiehlt sich eine vorsichtige und schrittweise Einbeziehung Dritter. Dazu sei allerdings angemerkt, dass die regelmäßige Einnahme von Medikamenten am Arbeitsplatz eine jener Gelegenheiten ist, bei der das unsichtbare Stigma zu einem sichtbaren werden kann, so dass Erklärungsbedarf entsteht. Im vertrauten Umgang kann es hilfreich sein, über die Qualität der eigenen Erkrankung zu sprechen. Einem anderen Menschen mitzuteilen, dass man unter einer Psychose leidet, ist ein großer Vertrauensbeweis. Dass es sich dabei um eine schizophrene Psychose handelt, ist eine Mitteilung, für die in der Tat recht intime Beziehungen die Voraussetzung sind. Die metaphorische Bedeutung des Wortes Schizophrenie enthält ein so hohes Missbrauchspotential, dass der Anspruch auf Wissen darüber im Zweifel den Kranken, ihren Lebenspartnern und ihrem engsten Familienkreis vorbehalten ist - auch wenn der Bedeutungsgehalt des Wortes Schizophrenie medizinisch nicht gravierender ist als jener des Wortes Psychose. Befriedigend ist das alles nicht.

Stigmabewältigung und Entstigmatisierung

Die sozialen Folgen der Stigmatisierung müssen als zweite Krankheit verstanden werden, die Folgen der Schuldzuweisung und die mittelbaren Stigmatisierungsfolgen für die Angehörigen gleichsam als dritte. Stigma ist mehr als Vorurteil. Es ist Zuweisung - und Empfindung - von Scham, Schuld, Schimpf und Schande zugleich. Es ist deshalb auch nicht durch simple Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit aufzulösen, wie das immer wieder gehofft und propagiert wird. Stigma, erinnern wir uns, ist ein Zeichen, das dazu dient, „etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers zu offenbaren“ (Goffman 1963). Das Stigma Schizophrenie entwickelt eine eigene Dynamik, der sich niemand entziehen kann. In ihm begegnen sich Phantasien und Ängste, historische und religiöse Mythen, subjektive Theorien von psychischer Gesundheit und Krankheit, Alltagswissen und soziale Repräsentationen, Bilder und Erinnerungen an den nationalsozialistischen Massenmord an psychisch Kranken und geistig Behinderten, persönliche Begegnungen und Erfahrungen und nicht zuletzt Assoziationen, die sich mit dem metaphorischen Gebrauch des Wortes Schizophrenie verbinden. Das Stigma ist, das hat dieses Buch gezeigt, zur zweiten Krankheit geworden. Seine Bewältigung – sein Management (Goffman) – wird somit zur selbstverständlichen Aufgabe der Therapie Psychosekranker.

Es ist der Symbolgehalt von allen stigmatisierenden Leiden - der hier wirksam wird; und dieser ist tief im Irrationalen, tief in unserer Gefühlswelt verankert. Mit anderen Worten: Wir müssen die Stigmatisierung und ihre Folgen im Umgang mit der Krankheit und den davon Betroffenen als reale Faktoren in Rechnung stellen und beachten. Das heißt unter anderem auch, dass wir uns selber immer wieder fragen müssen, welche sozialen Repräsentationen von Schizophrenie in uns lebendig sind und ob es uns selber als Therapeutinnen und Therapeuten gelingt, den irrationalen Anteil davon zu begreifen und im Rahmen der Behandlung zu kontrollieren. Wir können die Stigmatisierung der Schizophreniekranken in unserer Gesellschaft nicht aufheben. Wir können sie als Therapeuten im gesamtgesellschaftlichen Rahmen vermutlich nicht einmal beeinflussen. Aber indem wir uns ihrer bewusst werden und indem wir sie den Betroffenen verständlich machen, können wir den Kranken und ihren Angehörigen helfen, damit umzugehen.

Die Psychiatrie

An die Psychiatrie geht die Mahnung, die Schizophrenie als die psychische Störung, die ihr Selbstbild bestimmt, selber als Krankheit wie andere zu betrachten und zu behandeln. Erst vor kurzem sagte mir eine Oberärztin angesichts eines ersterkrankten jungen Mannes nach vierzehntägigem Therapieverlauf: „Die Prognose ist ja ohnehin nicht gut,“ und meinte damit zu rechtfertigen, dass man gegenüber dem zweifelnden Patienten und den zögernden Angehörigen nicht mit allem Nachdruck darauf bestand, die zu Gebote stehenden Behandlungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Kann man sich eine solche Haltung gegenüber einem Depressiven, einem Persönlichkeitsgestörten oder einem Abhängigkeitskranken vorstellen? Schizophrenie ist auch innerhalb der Psychiatrie lange mit dem Mythos der Unheilbarkeit behaftet gewesen - allen gegenteiligen Feststellungen Eugen Bleulers zur Prognose zum Trotz.

Unheilbarkeit ist zu alledem zumindest emotional immer mit Unbeeinflussbarkeit gleichgesetzt worden. Wer käme etwa bei Diabetes oder bei der Herzinsuffizienz auf diesen Gedanken? Die Schizophrenie ist eine schwere Erkrankung. Sie kann einen ungünstigen Verlauf nehmen. Sie tut das auch häufiger, als wir uns das wünschen. Aber das geht uns mit vielen Krankheiten in der ganzen Medizin so. Die rationale Gegenposition dazu ist Hoffnung, ist Engagement, ist konstruktive Auseinandersetzung, ist Beharrlichkeit ganz im Sinne Eugen Bleulers: „Die Therapie der Schizophrenie ist wohl die dankbarste für den Arzt.“

Die Kranken

Die Kranken erleben die Stigmatisierung und ihre Folgen ständig. Sie müssen sich sorgfältig

überlegen, wem sie von ihrer Krankheit erzählen und wem gegenüber sie darüber schweigen. Sie müssen sich überlegen, wie sie sie benennen - ob sie etwa von psychischen Problemen, von Psychose oder gar von Schizophrenie sprechen. Sie stehen immer wieder vor dem Dilemma, einerseits ihre Einschränkungen durch Krankheitsfolgen oder durch Medikamenteneinnahme erklären zu müssen, andererseits nichts preiszugeben, was nachteilig für sie ist. Wenn sie sich entschließen zu schweigen, sind sie diskreditierbar durch Bloßstellung und Verrat. Wenn sie sich offenbaren, setzen sie sich all jenen Vorurteilen und Fehleinschätzungen aus, die mit dem Bild der Krankheit in der Öffentlichkeit verbunden sind. Im Bekannten- und Freundeskreis sowie unter Kollegen haben sie dann allerdings auch die Chance, Hilfe zu erfahren.

Eine Schwierigkeit besteht darin, dass sie ja selber Teil der Öffentlichkeit sind und dass sie deren Bild von der Krankheit trotz gegenteiliger Erfahrungen bis zu einem gewissen Grad teilen. Seit einigen Jahren wird in diesem Zusammenhang m.E. fälschlich von „Selbststigmatisierung" gesprochen. Die Auseinandersetzung mit dieser Tatsache ist ein wichtiger Bestandteil des Stigma-Managements. Erst wenn man sich bewusst ist, dass man sich unberechtigten Gefühlen von Scham, Sc
huld und Schande wegen seiner Krankheit nicht so leicht entziehen kann, wird die Auseinandersetzung mit der Stigmatisierung und deren Folgen möglich. Auch deshalb ist es notwendig, dass die Kranken ihre Diagnose kennen, dass sie fachlich begründetes Wissen über sie erwerben und dass sie sich auf die Auseinandersetzung mit ihr einlassen.

Die Angehörigen

Auch die Angehörigen Schizophrenierkranker unterliegen dem Stigma: Direkt durch Schuldzuweisung, indirekt durch ihre enge Verbindung mit den Kranken. Sie erleben es immer wieder, dass sie von Nachbarn, Freunden und Bekannten behandelt werden, als sei die Schizophrenie ansteckend. Wie schmerzlich sich das im täglichen Leben auswirkt, beschreibt Rose-Maria Seelhorst (l984):

„Ich habe... die Erfahrung gemacht, dass allein der Name der Krankheit vor allem bei älteren Menschen Verlegenheit und Abblocken auslöst. Selbst nahe Verwandte bedeuteten uns, besser zu schweigen. Ganz allgemein muss ich sagen, dass ein offenes Wort über diese Krankheit nicht gerade kontaktförderlich ist. Aber gerade das hatten wir alle nach einer Zeit der Vereinsamung nötig. Schon lange lebten wir nur noch unter uns. Die Geschwister trauten sich nicht, Schulkameraden mit nach Hause zu bringen und auch mein Mann und ich lebten eingekapselt mit unserer Sorge. Man muss erst lernen, seine eigenen Sorgen für sich zu behalten und mit anderen stattdessen über Unkraut im Garten oder eine Fünf in Mathematik zu sprechen. Eine Freundin sagte mir in aller Offenheit: 'Lass mal was von Dir hören, wenn es bei Euch wieder besser geht.' Es ging aber nicht besser".

Zurückweisung, Diskriminierung, Schuldzuweisung - damit haben Angehörige und Schizophreniekranke zu rechnen. Damit müssen sie sich auseinandersetzen. Dagegen müssen sie sich wehren. Dazu benötigen sie Verbündete; und diese finden sie am ehesten und am zuverlässigsten bei anderen Angehörigen. Auch andere Angehörige müssen so etwas wie ein Stigma-Management entwickeln, um einen konstruktiven Weg zur Bewältigung der Familienkatastrophe Schizophrenie zu finden. Auch Angehörige sollten sich umfassend über die Krankheit Schizophrenie informieren, aber auch über die sozialen Prozesse der Stigmatisierung, denen sie und ihre kranken Familienmitglieder ausgesetzt sind. Verstehen, was geschieht, ist ein erster Schritt zur Bewältigung. Auch Angehörige sind aufgerufen, jenseits des Stigmas ein nüchternes Verhältnis zur Krankheit Schizophrenie zu entwickeln. Nur so können sie lernen, Krankheitssymptome von stigmabedingen sozialen Reaktionen zu unterscheiden und entsprechend angemessene Hilfe zu leisten.

Der Stigmatisierung entgegenwirken

Gewiss ist es eine gesellschaftliche Aufgabe, der Stigmatisierung von Schizophreniekranken und anderen Gruppen von Ausgegrenzten durch Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit entgegenzuwirken. Das ist vorrangig eine politische Aufgabe für Verbände und Interessenvertretungen von Psychiatrie, Angehörigen und Kranken; insbesondere letztere entwickeln in den letzten Jahren glücklicherweise immer mehr Dynamik und Kraft in der Auseinandersetzung mit Ungerechtigkeit und Diffamierung. Die Veränderung von Einstellungen und Haltungen ist jedoch ein Prozess der über Jahrzehnte geht und dessen Ausgang keineswegs gewiss ist. Die Kranken und ihre Angehörigen brauchen jedoch heute Hilfe und Rat. Das bedeutet, dass wir sie befähigen müssen, die durch die Stigmatisierung bedingten Ungerechtigkeiten ihnen gegenüber auch als Ungerechtigkeit zu begreifen, sich dagegen zu wehren und, wo immer möglich, sie zu bewältigen, auch wenn das alles andere als leicht ist. ●

An Schizophrenie Erkrankte stehen immer wieder vor dem Dilemma, einerseits ihre Einschränkungen durch Krankheitsfolgen oder durch Medikamenteneinnahme erklären zu müssen, andererseits nichts preiszugeben, was nachteilig für sie ist.

Literatur
Asmus Finzen (2000), Psychose und Stigma, Bonn.

Ein ausführliches Literaturverzeichnis stellt der Autor zur Verfügung:
Asmus.finzen@vtxmail.ch;
www.Asmus.finzen.ch

Das gedoppelte Stigma: Psychisch krank und Migrant

Ethnopsychiatrische Perspektiven

Von Wielant Machleidt

Einleitung

Wer hat versagt in der Integrationspolitik? Wer hat die Wirklichkeit ignoriert? Wer gehört zum „Bündnis der Weggucker“ (Spiegel 37/2010)? Sind das Fragen an die Politiker, „die Gesellschaft“, jeden Einzelnen? Sind das etwa Fragen an uns Professionelle? Ja, es sind die Fragen, die auf den Kern der Probleme zielen, die bei der Integration von „Ausländern“, „Migranten“, „den Türken“, „den Aussiedlern“, „Kontingentjuden“, „Ex-Jugoslawen“, „den fremden Anderen“ in unseren psychiatrischen Versorgungssystemen auftreten und uns angehen. Stehen wir besser da als „die Politiker“ und die „Restgesellschaft“ mit ihren Versäumnissen und Halbheiten? Sind wir als vorurteilskritische, Empathie-geschulte Psychiater/Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialpädagogen, Krankenpflegekräfte, Ergotherapeuten u.a. und zudem nach 15 Jahren weltweiter Antistigmakampagnen zugunsten „unserer“ psychisch Kranken bereiter als Andere die irrationalen aversiven Haltungen, die der Integration von Migranten in unsere Versorgungseinrichtungen entgegenstehen, auf den Punkt zu bringen und in positive Handlungsimpulse umzusetzen? Ist die Integrationsaufgabe an den Vorurteilen der Behandler gescheitert? Differenziertere Antworten erfordern einen Rückblick auf ethnopsychiatrisch verinnerlichte Ideologiebildungen und kritische Praxisanalysen.

Eurozentristische Theorieentwürfe zum Verständnis der Fremden

Viele Jahrzehnte lang bestimmte Freuds Schrift „Totem und Tabu“ (1913), dieser „Mythos des 20. Jahrhunderts“ (Basu 2010), die Rezeption entlegener Kulturen nicht nur von Psychoanalytikern, sondern auch von Psychiatern, Psychologen und Ethnologen. Darin ging es um theoretische Kernfragen, u.a. ob psychoanalytische Paradigmen wie das Konzept von der Ontogenese (Individualentwicklung) als Analogie zur Phylogenese (Stammesgeschichte), universell kulturübergreifend nachzuweisen war. Angehörigen entlegener Kulturen, den „Wilden“, wurde darin ein Platz in der frühen Individualentwicklung europäischer Menschen zugewiesen, wegen ihrer vorwiegenden animistisch-magischen prälogischen Denkweisen und in Abgrenzung zur logischen rationalen der „europäischen Hochkultur“. Mit dieser Forschungstradition brach Devereux mit seinem epochalen methodologischen Werk „Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften“ (Suhrkamp 1984), in dem er erkenntniskritisch beschrieb, wie der Forscher seine kulturimmanenten Problematiken und Sichtweisen auf die untersuchte Kultur überträgt – eine als ethnozentristisch entlarvte und abzulehnende Vorgehensweise.

Ganz ähnliches tat es ein erklärter Gegner der Psychoanalyse, nämlich Emil Kraepelin, der unter Anwendung der „vergleichenden (komparativen) Psychiatrie“ als Forschungsmethode 1904 eine systematische Untersuchung zum Kulturvergleich psychischer Krankheiten in einer psychiatrischen Klinik auf Java anstellte. Sein Konzept der „Dementia praecox“ – später von Eugen Bleuler zum Konzept der Schizophremie weiterentwickelt - hatte er an deutschen bzw. mitteleuropäischen Patienten entworfen. Er fand es an den psychisch Kranken Javas bestätigt, allerdings ohne dass er sich, wie Pfeiffer (1994) kritisch anmerkte, mit der Kultur Javas und seiner Bewohner vertraut machte und auch keine eingehenderen Gespräche mit den Pat. selbst führte. Das von Kraepelin entwickelte diagnostische Konzept wurde auf diese Pat. übertragen – was bei genauerer Analyse ex post zu vielen Fehleinschätzungen Anlass gab (Bendick 1989). Kraepelins Motiv für diese Forschungsreise war die Sorge über die starke Zunahme psychischer Erkrankungen in Deutschland und Europa. Es herrschte damals die Auffassung vor, dass bei den so genannten Naturvölkern „die Häufigkeit der psychischen Erkrankungen...eine weit geringere ist“ (Zit. Bendick s.o.). Es kursierte die Phantasie von den „glücklichen Wilden“. Was Kraepelin fand, waren europäische Phänomene im Spiegel einer anderen entlegenen Kultur als Ergebnis eines ethnozentristischen Denk- und Forschungsansatzes (Machleidt 2010). In dieser Forschungstradition standen die späteren weltweiten Nachfolgestudien der WPA und WHO in den 70er bis 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts, denen der Vorwurf der Nivellierung von Kulturdifferenz gemacht wurde (s.a. Machleidt und Heinz 2010).

Sowohl die Psychoanalyse als auch die transkulturelle psychiatrische Forschung projizierte in Europa entwickelte Konzepte auf fremde Kulturen zur Bestätigung der Universalität ihrer Konzepte. Verknüpft damit war die Überzeugung eigener Überlegenheit und hoher zivilisatorischer Entwicklung, die zu der Verantwortung und Pflicht führte, die „unterentwickelten Völker“ christlich zu missionieren und ihnen Rationalität und technischen Fortschritt zu bringen. In diesem Verständnis leben die anderen fremden Kulturen „in unserer Vergangenheit“ und damit in einer Vorstufe gesellschaftlicher Entwicklung, die damit letztlich

Wielant Machleidt
Prof. em., Dr. med.,
Zentrum für Seelische Gesundheit, Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Email:
machleidt.wielant@mh-hannover.de

„als zu überwindende Struktur auf dem Weg zu einer modernen Gesellschaft“ anzusehen ist (Basu et al 2010).

Transkulturelle Vorurteile als identitätsstiftendes Regulativ

Es geht um eben dieses Überlegenheitsgefühl, das entsteht, wenn andere Völker und Ethnien im Vorfeld der eigenen individual- und stammesgesellschaftlichen Entwicklung verortet werden. Dies kann als Ausdruck einer ideologisierten Notwendigkeit der Selbstregulation in der Begegnung mit dem oder den fremden Anderen verstanden werden. Die anthropologisch/ethnologische Forschung hat gezeigt, dass sich benachbarte Ethnien/Gesellschaften ubiquitär selbst aufwerten und die Anderen – zur Profilierung der eigenen Identität – anhand von Vorurteilen, aber auch von Stereotypien und Diskriminierungen vorrangig bezogen auf Denkgewohnheiten („primitiv“, „Animisten“, “Natur-/Kulturvolk“) und Handlungsmuster wie z.B. Essgewohnheiten („Krauts“, „Kannibalen“) abwerten. Diese Spaltungsbereitschaft zur eigenen Selbsterhöhung ist interkulturell in allen Kulturen anzutreffen und so etwas wie eine „anthropologische Konstante“ (Freud, Volkan, Levy Strauss u.a.).

Die Kernaufgabe zivilisatorischer Prozesse liegt interethnisch und interkulturell in der Überwindung dieser malignen Aufwertungs-/Abwertungsdynamik und ihren unheilvollen Folgen. An dieser Stelle greift auch die Kritik an der Moderne und ihrer erwiesenen Unfähigkeit dagegen etwas auszurichten. Die Frage an uns als Mitbürger und Professionelle ist, wie viel Vielfalt, Fremdheit, „Magie“, „Animismus“ etc. können wir ertragen, ohne dass die vernachlässigten und verpönten Anteile der „Anderen“ in uns selbst virulent werden und wir sie dann in den „fremden Anderen“ bekämpfen müssen. Wird mit der Globalisierung ein Kosmopolitismus kultiviert werden können, der diese Spannungen nicht nur aushaltbar macht, sondern seine kreativen sozialen und künstlerischen Impulse entdeckt und nutzbar zu machen versteht? Wird insbesondere die (Ethno-)Psychiatrie, die im Gegensatz zur Sozialanthropologie, Ethnologie und Ethnopsychoanalyse, diese kritischen Diskurse über Anfänge hinaus nicht geführt hat, zur Erneuerung ihrer theoretischen Paradigmen fähig sein?

Die alltägliche interkulturelle Praxis: Stereotyp, Vorurteil und Diskriminierung

Die in Haltungen und administrativen Strukturen verfestigten Auswirkungen solcher latent oder ganz offen vertretenen Theorien bestimmen bewusst oder unbewusst auch den klinischen Behandlungsalltag von Menschen aus anderen Kulturen in unseren psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystemen. Wie dort Menschen aus dem Vorderen Orient, Afrika oder Asien begegnet wird, hängt ganz entschieden von ihrer kulturellen Bewertung durch die Behandler ab. Dabei kommen Interaktionsmuster zur Anwendung, die sich mit den Begriffen Stereotyp, Vorurteil und Diskriminierung als Charakteristika des übergreifenden Begriffes Stigma kennzeichnen lassen. Vielleicht ist es sinnvoll diese Begriffe an dieser Stelle voneinander abzugrenzen, weil sie in keiner simplen „gut/böse – richtig/falsch“ Kategorisierung unterzubringen sind. Ihre Differenzierung macht unterschiedliche rationale, affektive und behaviorale Umgangsstile deutlich, die interkulturell eigen zu bewerten sind und denen unterschiedlich begegnet werden kann (Übersichten Straub et al 2007, Sieben und Straub 2010). Allen drei Begriffen ist gemeinsam, dass sie sich auf soziale – nicht auf individuelle - Interaktionen beziehen, bei denen die Zugehörigkeiten von Mitgliedern zu sozialen und ethnischen Gruppen (ab-)qualifiziert werden.

Stigmatisierung in der interkulturellen Psychiatrie erkennen und vermeiden

Es hat sich gezeigt, dass auch die „objektivierende“ empirische Forschung einen wichtigen Beitrag zur Offenlegung von Vorurteilen leisten kann. Um ein Beispiel zu nennen für vorurteilsbehaftete Behandlungsstile, die auch in deutschen Kliniken auf verschiedene Migrantengruppen Anwendung finden könnten: In einem US-amerikanischen Krankenhaus wurde analysiert, welche therapeutischen Methoden von einem weissen Behandlerteam gegenüber gewalttätigem Verhalten bei Pat. unterschiedlicher kultureller Herkunft zur Anwendung kamen. Das Ergebnis deckte auf, dass bei schwarzen Patienten vier Mal häufiger härtere Methoden zur Anwendung kamen als bei weißen Patienten, obwohl „sich die Häufigkeit gewalttätigen Verhaltens von schwarzen und weißen Patienten nicht unterschied und schwarze Patienten bei der Aufnahme sogar als weniger gewalttätig diagnostiziert worden waren“ (Bond et al. 1988 zit. n. Sieben und Straub 2010).

Erfahrungen aus deutschen Rehabilitationskliniken, in denen vorwiegend auch türkische Migranten psychisch behandelt werden (Münch und Rohner 2010): “Der Prozess einer angemessenen Verständigung misslingt jedoch nur zu leicht, wenn die Patienten für ihre Interpretationen und Bewertungen einen Kontext hinzuziehen, der dem Arzt und dem Pflegepersonal völlig fremd ist. Hier ergeben sich mit einer gewissen Zwangsläufigkeit eine Fülle von Missverständnissen - und in der Konsequenz häufig ablehnende Vorbehalte und Ausgrenzungstendenzen. Erkrankte Migranten werden so leicht zu den ‚Problempatienten‘. Zur Illustration: In nicht wenigen Kliniken bildete sich ein spezieller Jargon im Gespräch über diese Patienten heraus, so etwa die Diagnose ‚Morbus Bosporus‘ u. ä., dies durchaus nicht nur humorvoll, sondern auch mit deutlich entwertender Konnotation. Probleme in der Verständigung sind hier wechselseitig gemeint: Natürlich ist es zunächst das Problem der Ärzte und des Pflegepersonals, zu verstehen, was ein Patient wirklich meint, wenn er seine Symptome schildert. Aber genau so, vielleicht noch schwieriger, ist es zu erreichen, dass ein Patient auch wirklich versteht, was Ärzte und Pflegepersonal mit ihren Anweisungen, Verschreibungen,

Die Frage an uns ist, wie viel Vielfalt, Fremdheit, „Magie“, „Animismus“ etc. können wir ertragen, ohne dass die vernachlässigten und verpönten Anteile der „Anderen“ in uns selbst virulent werden.

„Der Prozess einer angemessenen Verständigung misslingt jedoch nur zu leicht, wenn die Patienten für ihre Interpretationen und Bewertungen einen Kontext hinzuziehen, der dem Arzt und dem Pflegepersonal völlig fremd ist.“

In mehrkulturellen Behandlerteams, wo die Reflexion eigener unbewusster Haltungen und die Auseinandersetzung mit Rassismus, Diskriminierung und Ausgrenzung zur Alltagsaufgabe wird, gelingt die Bewältigung von kulturellen Vorurteilen leichter.

Medikationen etc. beabsichtigen. Das wäre aber die Basis für die Compliance im Verhalten auf Seiten der Patienten. Es liegt auf der Hand, dass die hier skizzierten Probleme sich noch einmal drastisch verschärfen, wenn es in der Schilderung der Patienten nicht um körperliche Beeinträchtigungen, sondern um Verhaltensprobleme bzw. psychische Konflikte und Störungen geht."

Es darf angenommen werden – und viele weitere Beispiele aus der interkulturellen Praxis könnten das belegen – dass der Behandlungsalltag in deutschen psychiatrischen Kliniken von einem idiosynkratischen (überempfindlichen) Umgang mit dem/den Fremden mit vielen Missverständnissen und „mikroaggressiven" Konfrontationen geprägt ist, zu denen die unterschiedlichsten Stereotype (Klischees), Vorurteile und Diskriminierungen gegenüber Migranten Anlass geben. Was ist zu tun? Die Behandler können durch kulturrelativierende Selbstreflektion, möglichst unterstützt durch Teamsupervision, herausfinden, wo Vorurteile und Diskriminierungen ihren interkulturellen Behandlungsalltag prägen – ein Vorgehen, das sich als gleichermassen wirksam und beliebt erwiesen hat (Englisch 2010, Haans et al. 2010). In mehrkulturellen Behandlerteams, wo die Reflexion und Bewusstmachung eigener unbewusster Haltungen und die ständige Auseinandersetzung mit Rassismus, Diskriminierung und Ausgrenzung zur Alltagsaufgabe wird, gelingt die Bewältigung von kulturellen Vorurteilen leichter. In der 2. Sonnenberger Leitlinie wird die folgende Empfehlung gegeben: Bildung multikultureller Behandlerteams aus allen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz („Muttersprachler").

Psychisch kranke Migranten begegnen einer mehrfachen Stigmatisierung aufgrund der doppelten Fremdheitserfahrung durch ihr psychisches und kulturelles Anderssein.

Klärender und vermittelnder Handlungsbedarf von therapeutischer Seite ist auch in Situationen erforderlich und hilfreich, wo Diskriminierungserfahrungen krankheitsauslösend waren oder in Therapien einfliessen (interkulturelle Supervision!), der Blick auf die unverwechselbare Individualität des Betroffenen durch Klischees und Vorurteile verstellt wird, das Therapieangebot oder Therapeuten selber aufgrund von Klischees und Vorurteilen gemieden werden, durch Selbststigmatisierungen Inanspruchnahmen ausbleiben oder sich Pat. unterschiedlicher ethnischer Herkunft (Kurden und Türken) gegenseitig ablehnen z.B. bei der Gruppenarbeit.

Stigmatisierung im Kulturvergleich

In der allgemeinen Bevölkerung vieler Aufnahmeländer begegnen psychisch kranke Migranten einer mehrfachen Stigmatisierung aufgrund der doppelten Fremdheitserfahrung durch ihr psychisches und kulturelles Anderssein. Die Stressbelastung in der Phase der „kritischen Integration" im Migrationsprozess wird dadurch erhöht und zugleich das Risiko für psychisches Kranksein und eine ungünstige Verlaufsprognose weiter gesteigert (Machleidt und Calliess 2011, Machleidt und Heinz 2008). Im Rahmen des weltweiten Antistigmaprogrammes der World Psychiatric Organisation (WPA 1996-2006) wurde offenkundig – obgleich eine systematische kulturvergleichende Studie aussteht - dass psychisch Kranke weltweit Diskriminierungen ausgesetzt sind (Baumann 2007). Aus den verfügbaren Studien geht u.a. hervor, dass z.B. „Schizophrenie" in Russland und der Mongolei mit der Wahrnehmung verstärkter Hilfebedürftigkeit, in Deutschland aber mit der Zuschreibung von Gefährlichkeit assoziiert wurde (Angermeyer et al. 2004). In der Türkei wurde eine stärkere Stigmatisierung Depressiver als in Deutschland durch ihre Kennzeichnung als gefährlich gefunden (Ozmen et al. 2004). Die Stigmatisierungen von psychisch Kranken in asiatischen, orientalischen und arabischen Ländern (Indien, Türkei, Vereinigte Arabische Emirate) waren in etwa denen in westlichen Ländern vergleichbar, allerdings mit dem kulturspezifischen Unterschied, dass die Stigmatisierung die gesamte Familie betraf, verknüpft mit der Sorge, dass die Familienangehörigen keinen Ehepartner finden könnten (Lauber und Rössler 2007, Übersicht Sieben und Straub 2010). Die sozialen Barrieren und die Schamschwelle für psychisches Kranksein stellt in den meisten Kulturen vielleicht die größte Hürde dar, Behandlungsangebote auch im Aufnahmeland anzunehmen, einmal ganz abgesehen davon, welche individuellen Stigma-spezifischen Erfahrungen gemacht wurden.

Strukturelle Diskriminierungen

Empirisch-wissenschaftliche Untersuchungen zum Stand der Integration von psychisch kranken Migranten in das Versorgungssystem kamen zu alarmierenden Ergebnissen bezüglich der Unterversorgung und wiesen zugleich auf strukturelle Diskriminierungen ethnischer Patienten hin (Machleidt et al. 2007). Demnach waren Migranten in Notfallaufnahmen und bei Zwangseinweisungen überrepräsentiert, hatten kürzere Verweildauern und beendeten die Behandlung selten regulär. Sie erhielten weniger rehabilitative und psychotherapeutische Behandlungen und wurden von Allgemeinmedizinern häufig einseitig medikamentös behandelt bei unzureichender Reflektion migrationsspezifischer Zusammenhänge und einer undifferenzierten Diagnostik ihrer psychischer Befindlichkeiten (z.B. „türkischer Ganzkörperschmerz"). Bei dieser Auflistung ist augenfällig, dass interkulturelle (In-)Kompetenz und strukturelle Benachteiligung sich „ergänzen". Einem mit dem Migrantenstatus inhärent verknüpften erhöhten Informationsbedürfnis hinsichtlich der Funktionen und Leistungen des Gesundheitssystems und seiner individuellen Optionen wird strukturell nicht genügend entsprochen mit unübersehbaren Folgen für die Integration von Migranten in das psychiatrische Versorgungssystem.

Selbst in gemeindepsychiatrisch gut entwickelten Regionen in Deutschland gibt es noch erhebliche Mängel in der Versorgung psychisch kranker Zuwanderer. Genaue Bilanzierungen über den Stand der Integration dieser Kli-

entel in die Versorgungssysteme lassen sich nur dort anstellen, wo die Bereitschaft besteht, sich darüber mit Hilfe einer fundierten Gesundheitsberichterstattung Rechenschaft abzulegen. Dies ist z.B. im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover der Fall (ca. 1 Mill. Einwohner, 23% mit Migrationshintergrund). Die Ergebnisse einer Vollerhebung lassen sich für den ambulanten Bereich wie folgt zusammenfassen (Region Hannover 2009):

- Ambulante Einrichtungen wie Sozialpsychiatrische Dienste (SPDi), Anbieter betreuten Wohnens, psychiatrische Pflegedienste sowie Tagesstätten, Kontaktstellen und Rehabilitationseinrichtungen wurden weit unterdurchschnittlich von Migranten genutzt (Ziegenbein et al 2008).
- In fast allen Einrichtungen war der Migrantenanteil bei Patienten doppelt bis dreimal so hoch wie der der Mitarbeiter und besonders bei den Diensten, bei denen ein hoher Patientenanteil mit Migrationshintergrund zu finden bzw. zu erwarten war wie in den SPDi, den Institutsambulanzen, den Notfallambulanzen und den Tageskliniken.
- In den Migrationsfachdiensten wurden „Migranten von Migranten“ behandelt.
- In allen Diensten waren Patienten aus der ehemaligen SU und der Türkei gefolgt von Ex-Jugoslawien, Polen und den mediterranen Ländern die stärksten Gruppen. Dementsprechende Sprachkompetenzen im Team wurden gewünscht.
- Zur Verbesserung der Qualität der Arbeit wurden in allen Einrichtungen Mitarbeiter mit Migrationshintergrund gefordert und therapeutische Kompetenzen in interkultureller Beratung, Psycho- und Familientherapie, Konzepte für die Migrantenbehandlung, interkulturelle Fortbildungen etc.

Der Einsicht in die Notwendigkeit folgen als Ausdruck struktureller Diskriminierung erst mit erheblicher Latenz die Umsetzungen und vor allem auch die längst überfällige generelle Anerkennung der Behandlung von ethnischen Minoritäten als Qualitätsmerkmal gemeindepsychiatrischer Dienste. In den Sonnenberger Leitlinien, die als eine Stigmaprophylaxe für strukturelle Diskriminierungen verstanden werden können, wird dies in der 4. Leitlinie implizit zur Forderung erhoben: Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund und der Allgemeinmediziner mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -verbände. Zum Gelingen besserer Kooperation kann eine mehrsprachige Informationsverbreitung einiges beitragen wie in der 6. Leitlinie formuliert: Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren über das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten sowie Allgemeinärzte.

Natürlich spielen auch kulturspezifische Einstellungen bzw. Vorurteile bei den Patienten bei der Inanspruchnahme eine Rolle, wie z.B. gegenüber psychiatrischen Einrichtungen (in der ehemaligen SU ein Teil des Repressionssystems), Scham gegenüber psychischem Kranksein, Sinn und Bedeutung von Therapiezielen, Bevorzugung traditioneller Behandlungsformen, „Migranten-freundliche“ Einrichtungen mit mehrkulturellen Mitarbeiterteams und „Muttersprachlern“ etc. Die Einsicht in eine unverzichtbare Wechselseitigkeit des Aufeinanderzugehens und eines Erfahrungs- und Kulturgrenzen überschreitenden Zugewinns an Empathie hat bei den Behandlern vieles in Bewegung gebracht und auch zu sinnvollen strukturellen Innovationen beigetragen. Hierzu zählen die Migrationsbeauftragten vieler Einrichtungen, Ethno-Medizinische Zentren (s. Hannover) und die Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM) in NRW, die alle den Auftrag haben, zielgruppenspezifische und kultursensible Ansätze zu entwickeln, um Benachteiligungen von psychisch kranken Migranten im Versorgungssystem zu überwinden. Sie sollen vor allem als Multiplikatoren interkultureller Kompetenz in das psychiatrische Versorgungssystem hinein tätig werden. Ob ihnen das mit einiger Nachhaltigkeit gelingen wird?

Schluss

Ganz oben auf die Antistigma-Agenda gehört die Debatte um die noch völlig unzureichende Integration von Menschen aus anderen Kulturen mit psychischen Störungen in das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem. Das professionelle Wissen darüber, wo die Mängel liegen und was im Einzelnen zu tun ist, wurde in dem zurückliegenden Jahrzehnt in Deutschland und international in europäischen (England, Skandinavien, Niederlande u.a.) und außereuropäischen Einwanderungsländern (Australien, Canada, USA, Israel u.a.) wissenschaftlich erarbeitet (Machleidt und Heinz 2010). Es gibt – wie dargelegt - viele wirksame Programme und Methoden. Aber gibt es auch die notwendige Bewegung bei den Professionellen, diese in der Praxis anzuwenden unter Hintanstellung und Reflexion bewusster und unbewusster Stigmatisierungen der ethnisch Anderen? Noch ist es zu früh von einem Scheitern zu sprechen. Es geht schließlich um nicht weniger als um einen zivilisatorischen Paradigmenwechsel, der die eingangs dargelegten theoretischen Festschreibungen entaktualisiert und eine neue Offenheit in den interkulturellen Begegnungen und eine neue Dimension der Toleranz für Diversität eröffnet. Bringen wir nicht eigentlich als Professionelle auf dem Gebiet der Psychiatrie gute Voraussetzungen mit, diese Herausforderungen erfolgreich zu meistern? ●

Die Einsicht in eine unverzichtbare Wechselseitigkeit des Aufeinanderzugehens hat zu sinnvollen strukturellen Innovationen beigetragen, die die Entwicklung zielgruppenspezifischer und kultursensibler Ansätze vorantreiben.

Literatur

Machleidt W., Heinz, A. (Hrsg.), (2010) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit, Urban & Fischer Elsevier 2010, 630 S.
Nähere Informationen zu diesem Buch finden Sie in diesem Heft auf S. 47.

Ein ausführliches Literaturverzeichnis stellt der Verfasser zur Verfügung: machleidt.wielant@mh-hannover.de

„Ach wie gut, dass niemand weiß ...?!"

Das Dilemma der Stigmatisierung

Von Wolfgang Bayer

Durch den Aufbau der Gemeindepsychiatrie und das Ende der (un-)heimlichen Anstaltspsychiatrie hinter verschlossenen Mauern sind die vielfältigen Angebote verschiedener Träger öffentlich präsent. Einrichtungen wie Gemeindepsychiatrische Zentren, Tagesstätten, Treffpunkte und Büros sind leicht zu finden und von außen dank Beschilderung zu erkennen. Da viele Klienten in ihrer eigenen Wohnung leben, bzw. auch stationäre Wohnmöglichkeiten oft dezentralisiert in der Stadt liegen, sind Wohnorte von Klienten in der Regel anonym (und ohne Schild). Dies entspricht dem Grundsatz der Normalität und dem Wunsch der Klienten, nicht wegen eines Einrichtungsschildes als psychisch erkrankt etikettiert zu werden. Die Gemeindepsychiatrie scheint gesellschaftsfähig geworden zu sein und wir Profis haben den Eindruck, dass die sozialpsychiatrischen Hilfen mitten in der Stadt auch für die Bürger „normal" geworden sind. Wir zeigen uns und unsere Hilfen aus einem positiven Selbstverständnis heraus, vielleicht auch aus einem politischen, nämlich Anwalt für die Psychiatrie sein zu wollen.

Aber wir sind in der öffentlichen Darstellung unserer Angebote nicht immer klar und eindeutig, sondern von Widersprüchen geprägt. Wir sind z.B. unschlüssig, ob wir die Nachbarn einer neuen psychiatrischen Wohngruppe vorab informieren sollen oder ob wir den Einzug einer Gruppe von Psychiatrie-Erfahrenen in ein Mietshaus als normalen Einzug verstehen und nicht informieren. Ist die Vorinformation stigmatisierend oder ist sie hilfreich für die Integration, weil die Nachbarn sich auf Ungewöhnliches besser einstellen können? In dieser Frage spiegelt sich auch unser eigenes zwiespältiges Verhältnis zur Psychiatrie wider.

Mit anderen Hilfsangeboten der Gemeindepsychiatrie sind wir hingegen öffentlich sehr zurückhaltend, wir betreiben sie eher im Stillen. Wenn wir Menschen aus der Forensik Hilfen anbieten oder mit Menschen arbeiten, die bedrohlich oder gefährlich sein können, sind unsere Hilfsangebote und Dienste für diese Zielgruppen öffentlich kaum wahrnehmbar und unser öffentliches Auftreten ist von Vorsicht und Bemühen um Unauffälligkeit geprägt. Dies ist im Hinblick auf die einzelnen Klienten durchaus nachvollziehbar, weil wir Ihnen damit eine Chance auf „Normalität" geben. Aber wir tun dies auch, so meine ich, weil uns die Ängste aber auch die Vorurteile der Bevölkerung durchaus bewusst sind. Vielleicht auch um selber nicht in „Verruf" zu kommen, weil wir die Schwierigkeiten im Zusammenleben mit manchen dieser Menschen kennen? Öffentlich hoch erhitzte Debatten, z.B. über den Ausbau der Forensik in NRW („Im Prinzip ja, aber nicht hier..."), bestätigen uns in dieser Haltung. Zusammengefasst heißt dies, wir reden öffentlich über unsere Angebote und die unkompliziert scheinende Psychiatrie, vermeiden aber die öffentliche Präsentation der schwierigen Seite. Lässt sich so Stigmatisierung überhaupt verhindern?

Gemeindepsychiatrie ohne Stigmatisierung?!

Zunächst ist festzustellen, dass eine gewisse Normalisierung tatsächlich stattgefunden hat. PKWs der ambulanten Dienste gehören heute zum alltäglichen Straßenbild. Niemand ist erstaunt, wenn ein neues Begegnungszentrum oder ein neuer Treffpunkt entsteht. Auch Öffentlichkeitsaktionen wie gemeindepsychiatrische Feste oder Psychoseseminare, lösen keine Proteste aus. Sie werden von der psychiatriefernen Öffentlichkeit aber eher desinteressiert, ohne ausdrücklich positive Rückmeldung zur Kenntnis genommen. Das Fehlen negativer Äußerungen scheint als Nachweis der Richtigkeit unseres Tuns ausreichend und wird von der Gemeindepsychiatrie ohne wirkliche Prüfung gerne als die Überwindung von Vorurteilen und Zeichen einer gelingenden Entstigmatisierung gedeutet.

Diese positive Einschätzung lässt sich bei genauerer Betrachtung mit Recht bezweifeln. So sucht die psychisch erkrankte Frau N. unseren psycho-sozialen Treffpunkt nicht auf. Sie begründet dies mit der Sorge, von ihren Nachbarn dort gesehen und erkannt zu werden, will aber auch nicht allein in ein „normales Cafe" gehen. An einem neuen Standort unseres Büros werden die Mitarbeitenden von den Nachbarn abgelehnt „weil wir gefährliche Verrückte mitbringen". Dies geschieht, wie verschämt von Mitarbeitenden kommentiert wird, „obwohl hier doch kaum Klienten sind".

Solche Resonanzen und eigene Aussagen zeigen die Aktualität des Themas für die Gemeindepsychiatrie. Wie Asmus Finzen schon 2000 schrieb, sind Stigmatisierungen nicht einfach zu beseitigen, sondern wir müssen sie als einen Teil öffentlicher Meinung wahrnehmen. Doch damit stehen wir vor der heiklen Frage, wie wir selber zu Stigmatisierung und Bildung von Vorurteilen beitragen, und was uns möglicherweise daran hindert, beidem aktiv entgegen zu treten.

Drei Ebenen der Analyse

Aus meiner Sicht sind hier drei Problembereiche berührt. Erstens scheint der Ausbau gemeindepsychiatrischer Hilfen die Integration (oder gar die Inklusion) von Psychiatrieerfahrenen nicht automatisch zu verbessern. Bernd Eikelmann hat schon 2006 den Blick darauf gelenkt, dass die Gemeindepsychiatrie sich „stillschweigend in eine Psychiatriegemeinde

Wolfgang Bayer
Diplom-Pädagoge; seit 20 Jahren Leiter verschiedener ambulanter und stationärer Dienste und Einrichtungen; jetzt Zentrumsleiter im Stiftungsbereich Integrationshilfen Bethel; Moderator Fachausschuss Menschen in Heimen der DGSP.
Email: wolfgang.bayer@bethel.de.

mit Wohn-, Arbeits- und Freizeitstätten verändert [hat], die für die Betroffenen ein Surrogat des „normalen“ Lebens darstellt.“ Soziale Kontakte bestehen dort vornehmlich zu den Professionellen in den sozialpsychiatrischen Einrichtungen und zu anderen Klienten. Dieser Umstand verstärkt die Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Erkrankungen möglicherweise mehr als wir wünschen, wie das oben zitierte Beispiel von Frau N. zeigt. Sie fürchtet die mit dem Besuch der Kontaktstelle verbundene Etikettierung und greift zu einer Verhaltensstrategie, die Angermeyer (2003) als „antizipierte Stigmatisierung“ beschreibt[1].

Zweitens scheinen wir Ängste und Befürchtungen nicht immer ernsthaft aufzugreifen. Unser „harmloses Angebot“ ein Büro zu eröffnen stieß auf grundsätzliche Vorurteile der Nachbarn gegenüber der Psychiatrie. Für sie sind die Büros und die „gefährlichen Verrückten“ nicht zu trennen und unsere Haltung, dass ein Büro tolerierbar ist, wurde von ihnen nicht geteilt. Ich ziehe daraus den Schluss, dass unsere Einschätzungen für Außenstehende nicht immer nachvollziehbar und stimmig sind. Wenn dies so ist, so sind wir gefordert eine ehrlichere Kommunikation mit der Öffentlichkeit zu suchen, die sowohl die Chancen als auch die Risiken psychiatrischer Hilfen thematisiert.

Drittens schließlich scheinen mir auch unsere eigene Haltung und unsere heimlichen Vorbehalte diskussionswürdig. Angesichts der Gesprächsverweigerung der Nachbarn am neuen Bürostandort („Danke, wir brauchen keine Aufklärung, wir wissen Bescheid!“) herrschte bei uns Unverständnis und Ärger. Beides ist auch berechtigt, doch müssen wir unsere eigene Haltung – ausgedrückt in dem Satz „dabei sind hier doch keine Klienten“ – auch bewusst selbstkritisch wahrnehmen. Wir haben nämlich durchaus, so meine ich, selbst manche Vorbehalte, genau wie die Nachbarn, die „mit denen“ nichts zu tun haben wollen. Ein ernsthafter Diskurs über unsere eigene Abwehr und Vorbehalte muss Platz in unserer Arbeit finden. Was ist also zu tun?

Wissen über psychische Erkrankung vermitteln – Begegnungen ermöglichen

Stigmatisierung ist eng verknüpft mit Unwissenheit, aber Information alleine mindert diese nicht[2], sondern sie bedarf anderer Erfahrungen. Wir müssen unser Wissen über psychische Erkrankung in der Nachbarschaft, in der Kirchengemeinde, im Jugendzentrum oder Gästen vermitteln und gleichzeitig Begegnungen von Menschen mit und ohne Psychiatrieerfahrung fördern/unterstützen. Durch die direkte Begegnung mit einem Menschen, der Stimmen hört, lässt sich die Angst vor diesem Phänomen besser mindern und mitmenschliche Nähe herstellen. In Kooperationsprojekten mit Schulen verknüpfen wir Unterricht mit realen Begegnungen der Schüler mit Psychiatrieerfahrenen in Einrichtungen und Diensten. Dies verringert, wie wir aus Rückmeldungen von Schülern und Lehrern wissen, Ängste vor psychisch Erkrankten und reduziert Vorurteile. Die Schüler erwarben auch realistischere Einschätzungen über Gesundungschancen und Risiken psychischer Erkrankungen. Eine der Gesprächsrunden mit Schülern und einer Klientin über das Thema Suizidalität war von beeindruckender Tiefe und Verständnis geprägt. Mit den Nachbarn planen wir einen Begegnungsnachmittag, bei dem wir Begegnung mit Psychiatrie-Erfahrenen ermöglichen und über unsere Arbeit informieren.

Individuelle Begleitung im öffentlichen Raum

Wenn Eikelmanns Aussage über die Psychiatriegemeinde stimmt, so muss neben der psychiatrischen Kontaktstelle, die für Frau N. stigmatisierend wirkt, der Weg in ein normales Café eröffnet werden. Da Frau N. dort nicht alleine hingeht, besteht der professionelle Auftrag darin, sie dabei zu begleiten. Das holländische Projekt der buddies (s. den Beitrag von Doortje Kal, in diesem Heft S. 31) ist hier sicherlich vorbildhaft. Professionelle und Ehrenamtliche können so Psychiatrie-Erfahrene unterstützen, solche Begegnungsräume wieder für sich zu erschließen. Diese individuelle Begleitung von Menschen wirkt auf mehreren Ebenen: wir öffnen Türen in die normale Welt und wir unterstützen die vielleicht ersten vorsichtigen Schritte im öffentlichen Raum. Voraussetzung dafür ist, dass wir unsere Kontakte mit Psychiatrieerfahrenen auch außerhalb der professionellen Psychiatriegemeinde stattfinden lassen. Für uns heißt dies, unsere fachlichen Hilfen dorthin zu bringen, wo Bedarfe aktuell vorhanden sind: in einen Jugendtreff, an den Ort der „Tafel“ oder in eine Kirchengemeinde, ohne daraus psychiatrische Orte zu machen.

Es ist notwendig, Begegnungen von Menschen mit und ohne Psychiatrieerfahrung zu fördern. Denn durch die direkte Begegnung etwa mit einem Menschen, der Stimmen hört, lässt sich die Angst vor diesem Phänomen besser mindern und mitmenschliche Nähe herstellen.

Daneben werden auch gemeindepsychiatrische Hilfen weiterhin ihre Berechtigung haben, denn sie bieten für manche Menschen den zeitweilig notwendigen Schutzraum. Diesen müssen wir erhalten, doch ihn gleichzeitig nutzen, um Wege in die normale Welt zu eröffnen und Hospitalisierungen in der Gemeinde zu verhindern.

Zur eigenen Ambivalenz stehen

Dies ist vielleicht der schwierigste Ansatz, denn wir stehen dabei als auch Ausgrenzende im Blickpunkt. Die selbstkritische Diskussion über eigene Vorbehalte, Ängste und Vorurteile müssen wir möglich machen, sie ist die Basis für eine geänderte Praxis. Qualitätszirkel, Supervisionen oder die Mitwirkung bei trialogischen Veranstaltungen sind dafür Wege, die nichts von ihrer Bedeutung verloren haben. Im Eingeständnis der eigenen Ambivalenz liegt die Chance, Psychiatrie anders zu gestalten.

Das Ziel ist die Öffnung psychiatrischer Sonderwelten durch aktive Einbindung von Psychiatrieerfahrenen und die Zurücknahme unserer professionellen Dominanz. Treffpunkte, die Psychiatrieerfahrene und Professionelle gleichberechtigt gestalten, Fallberatungen an denen Vertreter lokaler Selbsthilfegruppen mitwirken oder die Bereitstellung von Beratungsräumen in unseren Treffpunkten und Büros für unabhängige Beratung durch Psychiatrieerfahrene, sind aktuelle Beispiele für unsere alltäglichen Wege, uns aktiv gegen die stigmatisierende Wirkung unserer Hilfen zu wenden. ●

Die selbstkritische Diskussion über eigene Vorbehalte, Ängste und Vorurteile müssen wir möglich machen, sie ist die Basis für eine geänderte Praxis.

Anmerkungen
1 Angermeyer meint damit defensive Strategien, die Betroffene anwenden, um sich gegen befürchtete Stigmatisierung zu wehren (vgl. Angermeyer 2003)
2 Vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, Gaebel u.a. 2010

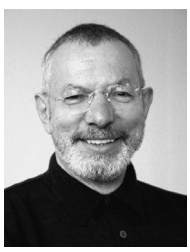
Literatur
Angermeyer, M-C.: Das Stigma psychischer Krankheit aus Sicht der Patienten – Ein Überblick; in Psychiatrische Praxis 2003; 30: 358 - 366
Eikelmann, Bernd: Integration psychisch Kranker: Ziel ist Teilnahme am „wirklichen" Leben; in: Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 16 vom 22.4.2005
Finzen, Asmus: Die Psychiatrie, die psychisch Kranken und die öffentliche Meinung; in Soziale Psychiatrie Heft 4 /2000, S. 4 - 6
Gaebel, Prof. Dr. Wolfgang: Psychisch Kranke: Stigma erschweren Behandlung und Integration, in: Dtsch Ärztebl 2004; 101: A 3253 –3255 [Heft 48]
Gaebel, Prof. Dr. Wolfgang, Ahrens, Wiebke, Schlamann, Pia (Aktionsbündnis Seelische Gesundheit): Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis, Bonn 2010(Download über das BMG)
Hoffmann-Richter, Ulrike: Psychiatrie in der Zeitung, Bonn 2000
Obert, Klaus: Gemeindepsychiatrie und Öffentlichkeitsarbeit; in Soziale Psychiatrie Heft 4/2000, S. 33 - 36
Rüsch N., Berger, M., Finzen, A., Angermeyer M.C.: Das Stigma psychischer Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen; in: Berger, M. (Hrsg.): Psychischer Erkrankungen – Klinik und Therapie, elektronisches Zusatzkapitel Stigma; http://www.berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/ergaenzung_ruesch.pdf download 2010-08-27
Winkler, I., Richter-Werling, M., Angermeyer, M.C.: Strategien gegen die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen und ihre praktische Umsetzung am Beispiel des Irrsinnig Menschlich e.V.; in: Gesundheitswesen 2006; 68: 708 –7131

Psychiatrie und Sprache

Von Thomas H. Keller

Abstract

Ausgehend von einer ethischen Perspektive auf sorgfältigen psychiatrischen Sprachgebrauch wird die grundlegende Bedeutung von Sprache für menschliches In-der-Welt-Sein skizziert. Daraus ergibt sich ein Plädoyer zur Abschaffung des Begriffs ‚Schizophrenie'. Wittgensteins Konzept der Sprachspiele wird auf die psychiatrischen Kontexte reflektiert und eine psychotherapeutisch geprägte Fachsprache gefordert.



Thomas H. Keller
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, Lehrtherapeut, Lehrender Supervisor und Lehrender Coach SG, Dozent an der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, Volksgartenstraße 12, 50677 Köln, Mobil +49 (0)173 9841697, Eamil: thokeller @t-online.de

„Dieser Patient leidet unter der Diagnose Schizophrenie."
Stationsarzt bei der Chefvisite

Der israelische Autor Amos Oz sprach 1992 von der besonderen Qualifikation des Schriftstellers, die in einem „innigen Verhältnis zur Sprache" bestehe und eine besondere Verantwortung begründe: „Meiner Ansicht nach ist die Wahl und Ordnung von Worten in einem gewissen Maße eine moralische Entscheidung. Indem man einem bestimmten Verb den Vorzug gibt, Klischees und eingefahrene Bilder vermeidet..., trifft man eine Entscheidung mit zumindest mikroskopisch kleinen ethischen Folgen. Worte können töten, das wissen wir nur zu genau. Aber Worte können auch, obwohl nur begrenzt, manchmal heilen." Er gab ein Beispiel für sein Verständnis von „verdorbener Sprache" in der Politik: Als im Sechs-Tage-Krieg 1967 israelische Truppen u.a. die Westbank, den Gazastreifen und Ost-Jerusalem besetzten, habe ein Teil der israelischen Öffentlichkeit von „befreiten Gebieten" gesprochen. Oz gab zu bedenken, dass Territorien weder frei noch unfrei sein könnten, jedoch die dort lebende Bevölkerung sich keineswegs befreit gefühlt habe. Daher glaube er, dass der Begriff „besetzte Gebiete" die Chancen für Frieden eher fördern könne. Da Sprache unser zentrales Handwerkszeug in der Psychiatrie darstellt, bin ich zutiefst überzeugt, dass diese Sorgfalt und Sensibilität, dieses „innige Verhältnis" zur Sprache für uns unverzichtbar ist, und dass wir der weit verbreiteten „verdorbenen Sprache" in unserem Fachgebiet – in aller Wertschätzung gegenüber gleichermaßen unseren Kollegen wie Patienten – entgegentreten sollten, sei es in Alltagsjargon, Fachdiskurs, Aktenführung oder Lehrbuch.

Der informative und formative Charakter von Sprache

Wieso ist Sprache so bedeutsam?
- Weil sie informiert, in uns hineinformt (der ‚Ausdruck' eines Anderen führt zu einem ‚Eindruck' bei uns), was alleine schon von größter Bedeutung sein kann. Etwa kann die aus einem Satz bestehende Information: „Der Mann, den du bisher für deinen Vater gehalten hast, ist nicht dein Erzeuger" eine Person in eine Identitäts-Krise stürzen. Ähnliches gilt für die Mitteilung: „Sie leiden an Schizophrenie."
- Weil sie unverzichtbarer Bestandteil jeder Beziehung ist und durch Metakommunikation erlaubt ‚*darüber* zu sprechen'.
- Weil linguistische Prozesse weit darüber hinaus unser in-der-Welt-Sein insgesamt grundlegend prägen, „...von den Grundlagen der Kognition und Wahrnehmung bis zu unseren abgehobensten abstrakten Vorstellungen und wichtigen Lebensentscheidungen." (Boroditsky, 2010). Hier sei daran erinnert, welche riesigen nur für Sprache zuständigen Hirnrindenareale wir in unserer Evolution zum Menschen ausgebildet haben. Sie reicht also bis tief in unsere biologische Dimension.

Die Bedeutung sprachlicher Prozesse für Entstehung und Verlauf psychischer Störungen

Seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges wurden (vor allem in den USA und England) eine Reihe von Modellen über Kommunikation bei psychiatrischen Störungen entworfen und erforscht. Einige der wichtigsten sollen hier - notgedrungen verkürzt - dargestellt werden. Mir ist wichtig, dass es sich nicht um Eigenschaften und Merkmale von Personen und

‚Systemen' ‚an und für sich' handelt, sondern um Instrumente der Beobachtung, Beschreibung und Erklärung, also um Konstrukte von Beobachtern. Ferner erscheint es mir bedeutsam, nicht das ‚psychisch gestörte' Familienmitglied als Opfer eines anderen ‚problematisch kommunizierenden' Familienmitglieds zu sehen, sondern den gesamten mikrosozialen Kontext als Ausdruck komplexer und nicht von Einzelnen steuerbarer Entwicklungen zu verstehen.

1. Double bind

In den frühen 50er Jahren formulierten Bateson und Kollegen (Bateson u. a., 1956) die Double-bind-Hypothese und damit grundlegende Gedanken für das, was ein Vierteljahrhundert später „systemisch" genannt werden sollte. Sie schlossen daraus, dass charakteristische Grundmuster der Beziehungserfahrung zu bestimmten Störungen des Denkens und Kommunizierens ‚schizophrener' Menschen führen. Zu einer solchen ‚DB-Situation' gehören ein relevanter Beziehungspartner, der ein negatives und mit Strafandrohung (Liebesentzug, Disqualifikation usw.) versehenes Gebot aufstellt, und dazu ein zweites Gebot auf einer eher nonverbalen Beziehungsebene, das zu dem ersten in Widerspruch steht. Dabei ist es weder möglich, das Feld zu verlassen, noch darüber zu sprechen. Solche permanenten Erlebnisse des ‚nichts richtig machen-Könnens' führen zu dem Gefühl, hilflos und permanent in die Enge getrieben zu sein. Auch in Psychotherapie und Klinikmilieu können vergleichbare Situationen entstehen.

Später gewann der Gedanke an Boden, dass es sich um ein ubiquitär passendes Konzept im Zusammenhang mit existenziellen zwischenmenschlichen Notlagen handelt.

2. Communication deviance

Waren die Forschungen mit der Double-bind-Theorie noch rein qualitativ geblieben, untersuchten Wynne und Singer ein Jahrzehnt später mit quantitativer Methodik Zusammenhänge zwischen familiärer, insbesondere elterlicher Interaktion und Kognitions- und Denkstörungen von ‚Schizophrenen' (Singer u. Wynne, 1966). Sie entwickelten eine Theorie über Störungen in der Fokussierung der Aufmerksamkeit im familiären Gespräch, welche für die kommunikativen Prozesse verheerende Auswirkungen im Sinne von Verwirrung oder Scheitern haben. Wynne und Singer versuchten, die Auswirkungen solcher Kommunikation auf den Zuhörer zu messen, und fanden, dass sie zu Verwirrung, Beunruhigung und Verlorenheitsgefühl führten. Eine prospektive Studie (Goldstein, 1987) erbrachte hohe Evidenz, dass sie einen validen Prädiktor für spätere ‚Schizophrenie' entwickelt hatten, der sich danach in der methodisch ausgesprochen aufwändigen finnischen Adoptivfamilienstudie (Tienari, 1991) als äußerst erfolgreich erwies. Wynne (2000) schloss in der Folge, dass etwa 15 bis 20% der Bevölkerung als „genetisch vulnerabel" angesehen werden könnten und günstige Sozialisationsbedingungen bei diesen Personen nicht nur guten Schutz böten, sondern sogar zu besonderen Begabungen führen könnten.

3. Expressed emotions

Ab ca. 1960 suchte eine Gruppe um den Londoner Sozialpsychiater George Brown und später Julian Leff und Christine Vaughn nach Prädiktoren für das Risiko ‚schizophrener' Patienten, innerhalb von weniger als einem Jahr nach Entlassung aus stationärer Behandlung wieder aufgenommen zu werden („Rückfall-Risiko"). Sie fanden drei regelmäßig reproduzierbare Kommunikationsbedingungen: Kritik, Feindseligkeit und „emotionale Überinvolviertheit" von wichtigen Angehörigen gegenüber dem Patienten (Leff, 1984). Diese wurden umso bedeutsamer bzw. destruktiver, je enger der entsprechende Kontakt und je geringer das Ausmaß der sonstigen sozialen Bezüge waren. Diese Ergebnisse wurden von zahlreichen Gruppen bei ganz unterschiedlichen Diagnosen und in verschiedenen Kulturen gefunden, ebenso im Kommunikationsverhalten psychiatrischer Fachleute bzw. Teams gegenüber ihren Klienten/Patienten (z.B. Tattan u. Tarrier, 2000; Sheflerz u. Heresco-Levy, 2006). Das Konzept erwies sich auch als therapeutisch fruchtbar, vor allem in daraus abgeleiteten verhaltenstherapeutisch orientierten Familientherapien (Hahlweg u.a., 1995). Wirksam ist also nicht nur der Gebrauch einzelner Worte und Begriffe, sondern auch ihre Bedeutung im Kontext, die Syntax und schließlich die Dialogform, also die Gestaltung sprachlicher Prozesse, die ein zentrales Element der Beziehungsgestaltung darstellt.

Wirksam ist nicht nur der Gebrauch einzelner Worte und Begriffe, sondern auch ihre Bedeutung im Kontext, die Syntax und schließlich die Dialogform,

Über Diagnosen

Diagnosen sind in der medizinischen Tradition fachsprachliche Unterscheidungen im Sinne des Feststellens – besser der Annahme –, was und was nicht in einer konkreten Situation ‚der Fall' sei, bezogen auf ein übergreifendes aus wissenschaftlichen Sprachspielen (s.u.) stammendes Krankheitskonzept, das aus Beschreibungen und Erklärungen besteht. In Psychiatrie und Psychotherapie wohnt ihnen ein grundlegendes Risiko inne: Sie können mit ihrem objektivierenden und distanzierenden Gestus die zwischenmenschliche Beziehung, das mitmenschliche Verstehen, den gleichrangigen Dialog zwischen Patienten und Therapeuten verstellen, indem sie eine mit fachlicher Autorität verbundene höherrangige Definitionsmacht ins Spiel bringen: „Ich weiß besser als du, was dir fehlt und für dich gut ist."

Sechs Argumente für die Abschaffung „der" „Schizophrenie"

„Schizophrenie" ist nichts als ein sprachliches Konstrukt unserer fachlichen Diskursgemeinschaft. Wie jede menschliche Erfindung gehört es regelmäßig auf den Prüfstand von Nutzen und Schaden. Wir (bzw. unsere ‚Vorfahren') haben es erfunden und können es durch bessere, nämlich heilsamere, Begriffe ersetzen.

Diagnosen können mit ihrem objektivierenden Gestus den gleichrangigen Dialog zwischen Patienten und Therapeuten verstellen, indem sie eine mit fachlicher Autorität verbundene höherrangige Definitionsmacht ins Spiel bringen.

1. Argument

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts setzte sich unter dem Einfluss von Emil Kraepelin in der deutschsprachigen Psychiatrie der Oberbegriff „Dementia praecox" für ganz unterschiedliches als abnorm betrachtetes Verhalten und Erleben von Personen durch. Er beinhaltete die Idee von kontext-unabhängigem unaufhalt-

Im psychiatrischen Alltag geraten diese Sprachspiele ständig durcheinander, es herrscht die alle Beteiligten verwirrende Idee vor, es mit einer geschlossenen Fachsprache zu tun zu haben.

samem geistigem Verfall durch den schicksalhaften Verlauf einer primären Hirnkrankheit. Die in dieser und den nachfolgenden sprachlichen Traditionen steckenden prognostischen Implikationen haben ein hohes Risiko zu selbsterfüllenden Prophezeiungen zu werden, indem sie bei allen Beteiligten entsprechend pessimistische Erwartungshorizonte aufrichten. Dass Eugen Bleuler 15 Jahre später mit „Schizophrenie" einen prognostisch und pathogenetisch neutraleren Begriff vorschlug, konnte das Schlimmste nicht verhindern. Die auch mit ihm assoziierte Verdinglichung und mystifizierende Stigmatisierung („unheilbar erbkrank"; „unberechenbar", „kann nicht mehr für voll genommen werden") wirkt bei Laien und Fachleuten bis heute mehr oder weniger unterschwellig nach.

2. Argument
Die psychoseerfahrene Autorin Dorothea Buck (2008) weist darauf hin, dass „... Kraepelin die Gespräche, die seine Vorgänger... noch mit ihren Patienten geführt hatten, durch die gesprächslose Beobachtung von Symptomen ersetzt (hatte und damit) durch die ‚Krankheitsbilder- oder nosologische Psychiatrie'. Darum konnte er seine Patientinnen und Patienten auch nicht mehr als Mitmenschen erkennen, wie es nur durch Gespräche möglich ist. Die beobachteten Symptome traten an die Stelle des Menschen mit seinen Erfahrungen." Wenn es nichts zu reden gibt, dann gibt es auch nichts zu verstehen, logischerweise ist das „Unverständlichkeitstheorem" mit den Positionen im Gefolge Kraepelins verknüpft.

3. Argument
Die Betroffenen – soweit sie sich öffentlich zu Wort melden – ziehen den weit weniger diskriminierenden und historisch unbelasteten Begriff „Psychose" vor. Er ist auch ätiologisch und prognostisch neutral. Sie meinen damit unterschiedliche seelische Ausnahmezustände mit veränderter persönlicher Wirklichkeit, in die man aus unterschiedlichen Gründen hinein geraten und aus denen man wieder heraus kommen kann. Ich habe mich schon vor vielen Jahren dieser Sprachregelung angeschlossen. (Zur fachsprachlichen Abgrenzung gegenüber ‚affektiven Psychosen' können wir von ‚kognitiven Störungen' sprechen.)

4. Argument
Das Stimmenhören wurde immer als ein zentrales Symptom von „Schizophrenie" angesehen. Die Stimmenhörerforschung (Romme u. Escher, 1997) zeigt aber, dass viele Menschen Stimmen hören, ohne davon beeinträchtigt zu sein oder je für krank gehalten zu werden.

5. Argument
Die jüngere Genetik zeigt, dass zahlreiche Gene an den Dispositionen für die Möglichkeit psychotischer Seelenzustände beteiligt sind und vermutlich bei uns allen in unterschiedlicher Kombination und Häufung vorkommen; damit ist die Idee einer Krankheitseinheit endgültig dahin (Nöthen u.a., 2004).

6. Argument
Ein beträchtlicher Teil der bisher „schizophren" genannten Menschen würde größeren Nutzen aus der Diagnose „posttraumatische Störung" ziehen (Gast u. a., 2006), die sogar Beschwerden umfasst, die z.B. als „Symptome ersten Ranges" für „Schizophrenie" beweisend sein sollten. Damit können wir sie und sie sich als Menschen verstehen, die ernsthafte seelische Verletzungen erlitten haben, was die Idee von Heilung durch Mobilisierung und Unterstützung ihrer Selbstheilungskräfte sowie der Förderung ihrer Resilienz ins Spiel bringt, und damit zahlreiche psychotherapeutische Optionen.

Vielerlei psychiatrische Sprachspiele

Der Begriff „Sprachspiel", von Ludwig Wittgenstein gebildet, hebt hervor, dass Sprache mit einer Tätigkeit oder Lebensform verwoben ist.

Ludwig Wittgenstein (1984) hat in seinen 1937-49 entstandenen „Philosophischen Untersuchungen" den von ihm eingeführten Begriff des „Sprachspiels" wie folgt definiert: „Ich werde ... das Ganze: der Sprache und der Tätigkeiten, mit denen sie verwoben ist, das Sprachspiel nennen." (Nr. 7). „Das Wort ‚Sprachspiel' soll hier hervorheben, dass das Sprechen der Sprache ein Teil ist einer Tätigkeit, oder einer Lebensform." (Nr. 23). In der Psychiatrie bedienen wir uns ganz unterschiedlicher Sprachspiele, die mit ebenso unterschiedlichen Zwecken und Tätigkeiten (inhaltlichen Kontexten) verwoben sind:

- Die Wissenschaft macht Menschen zu Objekten der Beobachtung und Behandlung mit dem Ziel allgemeingültiger Beschreibungen und Erklärungen (Modelle und Theorien).
- Die Medizin denkt in Kategorien von Organ-Schäden bzw. -Funktionsstörungen und ihrer Beeinflussung durch v.a. metabolische Interventionen.
- Die Forensik dient der Rechtspflege mit Kategorien von Schuld/Strafe und Sicherheit durch Freiheitseinschränkung.
- Die Finanzierung bedarf der Sprache des Sozialrechtes, die ganz auf Krankheit und Behinderung sowie entsprechende Hilfen abstellt.

Im psychiatrischen Alltag geraten diese Sprachspiele ständig durcheinander, es herrscht die alle Beteiligten verwirrende Idee vor, es mit einer geschlossenen Fachsprache zu tun zu haben. Dabei kommt nach meiner Überzeugung die Therapie unter die Räder.

Heilsame Sprachspiele: Therapeutische Haltung, Gesprächsformen und Inhalte

- Eine therapeutische Haltung beinhaltet Wertschätzung auf Augenhöhe, Bestätigung, Anerkennung, Ermutigung, emotionale Wärme sowie aufrichtiges Interesse gegenüber allen wichtigen Beteiligten – Patienten, Angehörigen und Fachleuten – in ihrer individuellen Besonderheit, ferner Respekt vor ihrer Autonomie und Vertrauen in ihr Entwicklungspotenzial (Keller, 2000; Anderson, 1999).
- Unsere Gesprächsformen heben die mit der Problematik verbundenen redundanten lähmenden Gesprächsmuster zugunsten von offenen Dialogen (Seikkula u. Arnkil, 2007) auf und fördern das wechselseitige Verstehen und die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten (Anderson, 2002).
- Inhaltlich erzeugt Therapie Sinn im zunächst sinnlos Erscheinenden (Keller, 2001): Ausgehend von den Beschwerden und biographischen Erinnerungen unserer Patienten konstruieren wir mit ihnen Narrative, die für

sie und uns (vor dem Hintergrund ihrer und unserer Erfahrungswelten) plausibel sind und zu ihren Zielen passen. Wie wäre es, wenn wir unsere Fachsprache vor allem an diesen Sprachspielen ausrichten würden?

Literatur (Auswahl)

Anderson, H. (1999): Das therapeutische Gespräch: Der gleichberechtigte Dialog als Perspektive der Veränderung. Stuttgart (Klett-Cotta)

Bateson G. u. a(1969): Schizophrenie und Familie. Beiträge zu einer neuen Theorie. Frankfurt.

Boroditsky, L. (2010): Wie prägt die Sprache unser Denken? Ein Forschungsbericht. In: Brockmann, M. (Hg.): Die Zukunftsmacher – die Nobelpreisträger von morgen verraten, worüber sie forschen. Frankfurt (S. Fischer)

Buck, D. (2008): 70 Jahre Zwang in deutschen Psychiatrien – erlebt und miterlebt. http://www.bpe-online.de/1/buck-wpa-2007.pdf

Gast, U., Rodewald, F., Hofmann, A., Matthess, H., Nijenhuis, E., Reddemann, L., Emrich, H. (2006): Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. Deutsches Ärzteblatt 103 (47), A3193-A3200

Greve N, Keller T. (Hrsg.)(2002): Systemische Praxis in der Psychiatrie. Heidelberg (Carl Auer, hier neue Ausgabe als E-Book in Vorbereitung).

Hahlweg K., Dürr H., Müller U. (1995): Familienbetreuung schizophrener Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe - Konzepte, Behandlungsanleitung und Materialien. Weinheim

Keller, T. (2000): Gesprächsethische Erörterungen zur psychosozialen Praxis. Was hat unser Sprachgebrauch mit Oz, Hegel und Habermas zu tun? In: **Deissler, K. G., McNamee, S.** (Hrsg): Phil und Sophie auf der Couch. Die soziale Poesie therapeutischer Gespräche. Heidelberg (Carl Auer)

Keller, T. (2001): Verstehende Psychiatrie. Hermeneutische Ansätze zur therapeutischen Arbeit in psychiatrischen Kontexten. Z System Ther 19(2), 73-81

Leff, J. P. (1984): Die Angehörigen und die Verhütung des Rückfalls. In: Katschnig, H. (Hrsg): Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zuhause. München

Oz, Amos (1992): Frieden und Liebe und Kompromiß. In: Börsenverein des Deutschen Buchhandels (Hrsg.): Friedenspreis des Deutschen Buchhandels 1992. Frankfurt a. M.

Romme, M., S. Escher (1997): Stimmenhören akzeptieren. Bonn

Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2007): Dialoge im Netzwerk. Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis. Neumünster.

Wittgenstein, Ludwig (1984): Philosophische Untersuchungen. In: Werkausgabe, Band I. Frankfurt a. M. (Suhrkamp)

Wynne, L. (2000): Desintegration und Lebenspraxis. Erkenntnisse aus einer neuen Konzeption von schizophrener Psychose. In: Fischer, H., Weber, G. (Hrsg.): Individuum und System. Für Helm Stierlin. Frankfurt a. M.

Ein ausführliches Literaturverzeichnis zu diesem und anderen Beiträgen finden Sie auf der Homepage unter: http://www.kerbe.info/content/artikel_48.html.

Emotionale Barrieren im Arbeitsumfeld

Von Niklas Baer

Abstract

Die Stigmatisierung ist ein Haupthindernis beim Arbeitsplatzerhalt und bei der Rückkehr in die Arbeitswelt von psychisch erkrankten Mitarbeitenden. Arbeitgeber würden kaum je psychisch erkrankte Menschen anstellen, auch wenn diese seit längerer Zeit gesundheitlich stabil und sehr zuverlässig sind, zudem haben sie starke Befürchtungen was die Belastbarkeit, Kritikfähigkeit und Berechenbarkeit betrifft. Diese Ängste gründen teilweise auf überfordernden Erfahrungen, die Arbeitgeber mit eigenen, psychisch erkrankten Mitarbeitenden gemacht habe. Auf der anderen Seite äußern auch psychisch Kranke selbst enorme und meist real anmutende arbeitsbezogene Ängste vor Überforderung und sozialer Distanz, wobei auch diese teilweise auf diskriminierenden Erfahrungen an früheren Arbeitsstellen gründen. Die komplexe Dynamik aus realer Überforderung, stigmatisierenden Vorstellungen und Ängsten aller Beteiligten im Arbeitsumfeld zeigt, dass Einzellösungen zu kurz greifen. Vielmehr sollten die emotionalen und erfahrungsbedingten Komponenten der Stigmatisierung künftig ernster genommen werden als dies heute der Fall ist.

Man kann die im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung wie auch im Vergleich mit körperlich behinderten Menschen sehr geringe Erwerbsquote psychisch kranker und behinderter Menschen letztlich wohl nur verstehen, wenn man das Phänomen der Stigmatisierung einbezieht. Die arbeitsbezogenen Funktionseinbussen bei psychischen Behinderungen sind zwar häufig markant – aber das sind sie bei gewissen körperlichen Behinderungen an sich nicht weniger. Und trotzdem scheinen die Arbeitsprobleme bei körperlich beeinträchtigten Menschen wesentlich geringer zu sein.

Diskriminierende Erfahrungen am Arbeitsplatz

Das Stigma psychischer Störungen beeinflusst die Arbeitssituation psychisch kranker Menschen vielfältig und fundamental: es wirkt sich aus bei Erkrankten, die den Wiedereinstieg in die Arbeitswelt suchen wie auch bei erkrankten Arbeitnehmenden, die noch einen Arbeitsplatz haben. Dabei beeinflusst das Stigma nicht nur die Vorstellungen, Erwartungen und Handlungen von Vorgesetzten, Personalverantwortlichen und ‚gesunden' Mitarbeitenden, sondern ebenso das Erleben und Verhalten der erkrankten Personen selbst. Am Arbeitsplatz führt das Zusammenkommen von realen Einschränkungen, Befürchtungen und (selbst)stigmatisierenden Gedanken aller Beteiligten zu einer oft komplexen und belastenden Dynamik.

Eine Befragung von 166 Tagesklinik- und KlinikpatientInnen mithilfe von semistrukturierten Interviews (Baer u. Fasel, 2009) erhob unter anderem, welche potentiell diskriminierenden Erfahrungen psychisch Kranke an früheren Arbeitsstellen gemacht haben. Die folgende Abbildung verdeutlicht, wie präsent solche Erlebnisse bei den Betroffenen sind.

Abbildung 1 (S. 22) zeigt, dass die meisten Betroffenen in ihrer Arbeitsbiografie schon mehrere solche diskriminierenden Reaktionen erlebt haben. Insgesamt lassen sich die Diskriminierungen - also die Erfahrung, wegen der psychischen Erkrankung anders als üblich behandelt zu werden - in drei

Niklas Baer
Dr., Psychologe
Leiter der Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation
Kantonale Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft
Bienentalstrasse 7
CH-4410 Liestal,
Email:
niklas.baer@kpd.ch

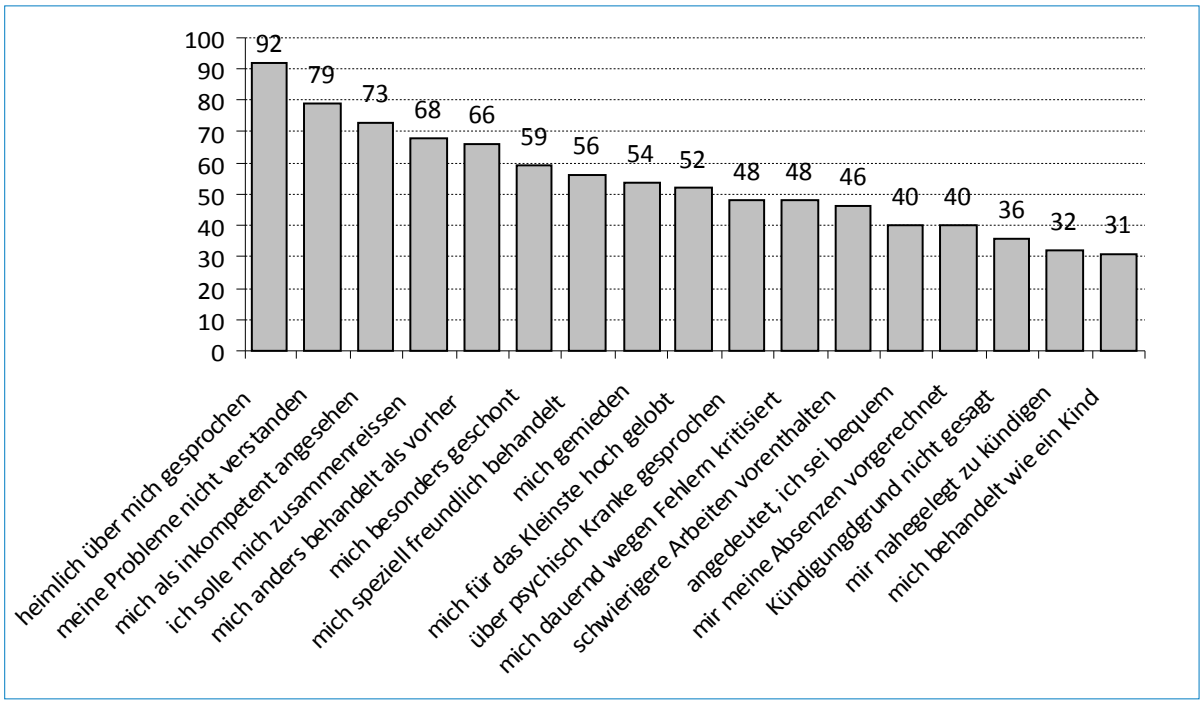


Abb. 1: Erlebte Reaktionen in früheren Arbeitsumgebungen

typische Gruppen einteilen:
1. Unverständnis, Distanz (Probleme nicht verstanden, anders behandelt als vorher, mich gemieden etc.)
2. Drohung, Kritik (mich dauernd kritisiert, mir meine Absenzen vorgerechnet, gesagt ich solle mich zusammenreissen, Kündigung nahegelegt etc.)
3. Besondere Schonung (mich speziell freundlich behandelt, mich besonders geschont etc.).

Diese als diskriminierend erlebten Reaktionen haben einen gewissen Zusammenhang mit der Art der Erkrankung. Schizophrene PatientInnen berichten besonders häufig, man habe hinter ihrem Rücken über sie gesprochen, PatientInnen mit einer Persönlichkeitsstörungen haben besonders häufig erlebt, dass man sie speziell freundlich behandelt hat und Depressive haben besonders häufig unter drohenden und kritisierenden Reaktionen gelitten. Damit deutet sich an, dass die Art der Erkrankung zum einen das Erleben der Umgebungsreaktionen mitfärbt, und zum anderen, dass gewisse Reaktionen der Umgebung eine typische Antwort auf die Art der Erkrankung sind: Anscheinend führen depressive Symptome häufig zu aggressiven Reaktionen (aus Ärger), Persönlichkeitsstörungen häufig zu einem schonenden Verhalten (aus Angst) und Schizophrenie zu sozialer Distanz (aus Unverständnis).

Generell über ein besonders hohes Ausmass erlebter Diskriminierungen berichten PatientInnen mit Schizophrenie und Persönlichkeitsstörung. Substanzabhängige und Depressive berichten demgegenüber deutlich weniger derartige Erfahrungen.

Die diskriminierenden Reaktionen der Arbeitsumgebung auf das krankheitsbedingt veränderte Leistungs-, Arbeits- und Sozialverhalten der Betroffenen müssen auf dem Hintergrund verstanden werden, dass Vorgesetzte und Mitarbeitende die psychischen Probleme oft gar nicht als solche erkennen (bei Persönlichkeitsstörungen, oft auch bei Depression), sondern als charakterliches Problem einstufen, respektive dass sie diese Probleme nicht verstehen und im Umgang mit den Betroffenen überfordert sind. Dies führt in der Folge zu teils hilflosen Reaktionen (Leistungsappelle, inadäquate Schonung, Kündigungsdrohungen etc.). Für die Betroffenen sind solche Erfahrungen im weiteren Verlauf verbunden mit verstärkten Ängsten, wenn sie sich für eine neue Arbeitsstelle bewerben sollten.

Arbeitsbezogene Ängste psychisch kranker Menschen

Wenn PsychiatriepatientInnen nach ihren Bedürfnissen gefragt werden, äußern sie besonders häufig den Wunsch, „normal“ arbeiten zu können. Dieser häufige Arbeitswunsch schlägt sich allerdings bei psychisch Kranken häufig nicht in einer aktiven Stellensuche nieder. Die erwähnte Befragung von 166 Tagesklinik- und KlinikpatientInnen zeigte diesbezüglich, dass die meisten Befragten viele und ausgeprägte Befürchtungen äußern gegenüber einer Arbeitsaufnahme (Abbildung 2, S. 23). Die hauptsächlichen Befürchtungen lassen sich grob in drei Gruppen zusammenfassen:

1. Angst vor Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Rückfall)
2. Angst vor Leistungsproblemen (nicht belastbar sein, Fehler machen, zu hohe Erwartungen, ich unzuverlässig bin)
3. Angst vor sozialer Distanz und Aggression (kritisiert zu werden, kein Verständnis für die Krankheit, nicht wertgeschätzt zu werden).

Das Ausmass der zukunftsbezogenen Arbeitsängste hängt statistisch eng mit dem Ausmass der früher erlebten negativen Reaktionen der Arbeitsumgebung zusammen – wie auch immer der Wirkungszusammenhang verläuft. Das Ausmass der arbeitsbezogenen Ängste zeigt zudem einen engen und praktisch sehr relevanten Zusammenhang mit dem Arbeitswunsch: PatientInnen, die nicht mehr arbeiten wollen respektive erst auf lange Sicht („möchte langfristig wieder ar-

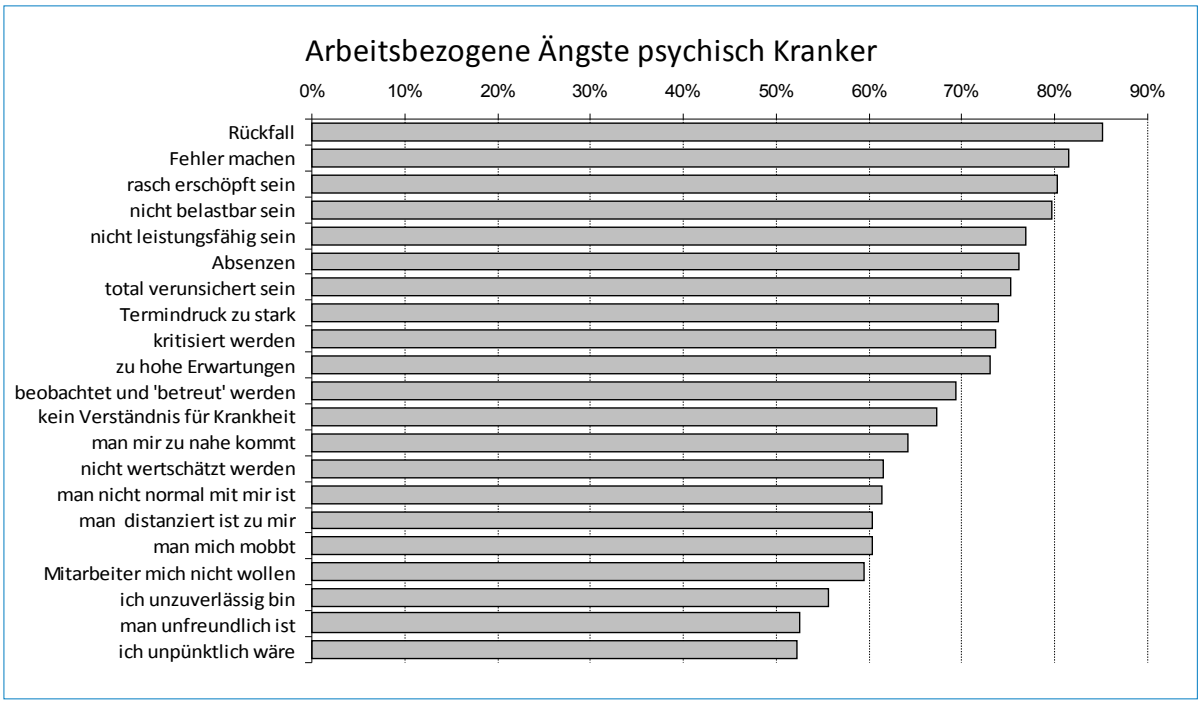


Abb. 2: Ängste von PsychiatriepatientInnen im Hinblick auf eine neue Arbeitsstelle

beiten“), äußern sehr viel mehr arbeitsbezogene Ängste als diejenigen Patienten, die „so schnell wie möglich“ wieder arbeiten möchten. Man muss sich also im Klaren darüber sein, dass bei psychisch Kranken eine zögerliche Stellensuche meist nicht mit einer fehlenden Arbeitsmotivation zu erklären ist, sondern vielmehr mit sehr großen, teils erfahrungsbedingten Ängsten vor gesundheitlicher Verschlechterung, Leistungsversagen und sozialer Distanz. Vielmehr scheint auch der in der Praxis überhaus häufige Verweis auf die anscheinend «fehlende Motivation» psychisch Kranker eine typische Stigmatisierung zu sein.

Stigmatisierende Vorstellungen von Arbeitgebern

Nicht nur die PatientInnen haben Ängste: eine E-Mail-Befragung bei rund 8›000 Betrieben mit zwei und mehr Mitarbeitenden im Kanton Basel-Landschaft (Schweiz) beleuchtet die Vorstellungen und Befürchtungen der Arbeitgeber (Baer, 2007). Der Rücklauf betrug rund 10%. Die Personalverantwortlichen wurden gebeten, aus einer Liste von 8 beruflich gut qualifizierten, sehr zuverlässigen und sehr leistungsbereiten fiktiven Bewerbern eine Rangliste zu erstellen, welchen dieser Bewerber sie als ersten, zweiten, dritten usw. anstellen würden. Alle diese 8 Bewerber hätten eine chronische Erkrankung, seien aber dank ärztlicher Behandlung allesamt voll arbeitsfähig und seit 3 Jahren gesundheitlich stabilisiert. Hinzu kam ein fiktiver 9. Bewerber, der als einziger gesund sei, aber weder sehr zuverlässig noch sehr leistungsbereit. Die Arbeitgeber erstellten folgende Rangliste (Abbildung 3):

Obwohl als einziger nicht sehr zuverlässig (die Personalverantwortlichen hatten „Zuverlässigkeit“ zuvor als wichtigstes Soft-Kriterium für die Anstellung angegeben) ist der „Gesunde“ auf dem vordersten Platz, gefolgt von den Bewerbern mit körperlichen Erkrankungen. Besonders schlecht schneiden Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit ab. Alle psychisch Kranken zusammen wären bei 100 zu besetzenden Stellen insgesamt dreimal auf dem ersten Platz. Analysiert man die Einflussfaktoren auf die Rangvergabe, so zeigt sich, dass weder soziodemografische Merkmale der Personalverantwortlichen noch Merkmale des Betriebes noch Merkmale der zu besetzenden Stelle einen nennenswerten Einfluss haben. Die Einflussfaktoren auf die Rangvergabe sind allein die Diagnosen – das heißt, das Bild, welches Personalverantwortliche von diesen Diagnosen

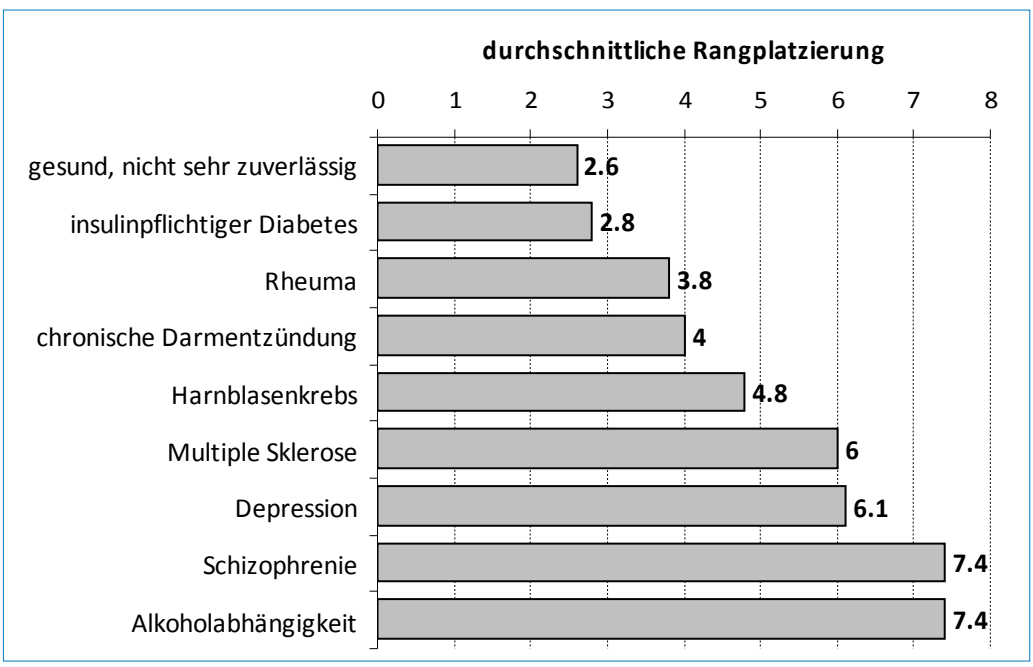


Abb. 3: Wen würden Arbeitgeber anstellen?

haben. Ob ein kranker Bewerber zudem „zuverlässig“ ist oder nicht (dies wurde systematisch variiert), spielt nur bei somatischen Diagnosen eine kleine Rolle, bei den psychisch kranken Bewerbern hat dies keinen Effekt – das heißt, die psychiatrische Diagnose ist derart prägend, dass weitere Eigenschaften für die Personalverantwortlichen überhaupt keine Rolle spielen.

Diese Resultate verdeutlichen das nach wie vor enorm große Stigma psychischer Erkrankungen. Dabei kann man davon ausgehen, dass nicht nur die Arbeitgeber in der Schweiz so entscheiden würden. In der erwähnten Befragung von Klinik- und TagesklinikpatientInnen wurden die Befragten gebeten sich vorzustellen, sie hätten eine eigene Firma und müssten aus denselben fiktiven Bewerbern eine analoge Rangliste erstellen. Die Rangliste der PsychiatriepatientInnen war nahezu identisch mit derjenigen der Arbeitgeber – Schizophrenie und Alkohol ganz am Schluss, auf den vordersten drei Rängen wurden wiederum dieselben körperlichen Erkrankungen platziert. Es ist anzunehmen, dass diese Anstellungs-‚Hitliste'quasi universeller Natur ist.

Arbeitsbezogene Befürchtungen der Arbeitgeber

In einer weiteren Frage der Arbeitgeber-Untersuchung wurde den Personalverantwortlichen eine Vignette eines „Herr B.“ vorgelegt:

„Herr B. ist 35 Jahre alt und verheiratet. Nach der obligatorischen Schulzeit hat er in der Öffentlichen Verwaltung eine 3-jährige Lehre mit gutem Zeugnis abgeschlossen und anschliessend die Rekrutenschule absolviert. Danach arbeitete er zunächst beim selben Arbeitgeber in einer anderen Abteilung weiter, bis er vier Jahre später eine neue Stelle in einer Versicherung antrat. Dort arbeitete er 5 Jahre und wechselte dann nach der Heirat zu einer anderen Versicherung. Mit 32 Jahren brach bei ihm eine langwierige psychische/körperliche Erkrankung aus und er musste sich psychiatrisch/medizinisch behandeln lassen. Nach einer Stabilisierungs- und Rehabilitationszeit werden Sie nun von der Rehabilitationseinrichtung angefragt, ob Sie bereit wären, Herrn B. anzustellen. Er sei heute wieder voll arbeitsfähig.“

Die Hälfte der Befragten erhielten diese Vignette mit dem Verweis auf eine psychische Erkrankung sowie eine psychiatrische Behandlung, bei der anderen Hälfte war von einer körperlichen Erkrankung und einer medizinischen Behandlung die Rede. Bis auf diese Variation waren beide Geschichten identisch. Anschliessend wurden die Personalverantwortlichen gefragt, wie stark ihre Befürchtungen bei einer Anstellung von Herrn B. seien (Abbildung 4): Trotz an sich identischer Beschreibung des Herrn B. haben die Arbeitgeber deutlich stärkere Befürchtungen, wenn sie davon ausgehen, dass es sich um ein psychisches Problem handelt. Die Unterschiede sind – mit drei Ausnahmen – alle hochsignifikant. Interessanterweise befürchten die Arbeitgeber genau gleich stark, dass es bei Herrn B. zu Krankheitsausfällen, Absenzen und mangelnder Arbeitsfähigkeit kommen könnte – die Ängste beziehen sich also gar nicht auf die Präsenz. Hingegen sind die Unterschiede besonders groß bei Befürchtungen wie „mangelnder Belastbarkeit“, „mangelnde Kritikfähigkeit“, „Unberechenbarkeit“. Auch wenn diese im Vergleich zu einem körperlich belasteten Mitarbeiter klar stärkeren Befürchtungen im Einzelfall gar nicht abwegig sind, so zeigt sich hier doch, wie eng nach wie vor psychische Probleme mit dem Stigma der Unberechenbarkeit im weitesten Sinne verknüpft sind.

Überforderung der Arbeitgeber

Dabei ist ein weiteres Resultat dieser Arbeitgeberbefragung zu beachten, welches darauf hinweist, dass die Barrieren einer Anstellung psychisch Kranker nicht allein auf die Stigmatisierung zurückzuführen sind.

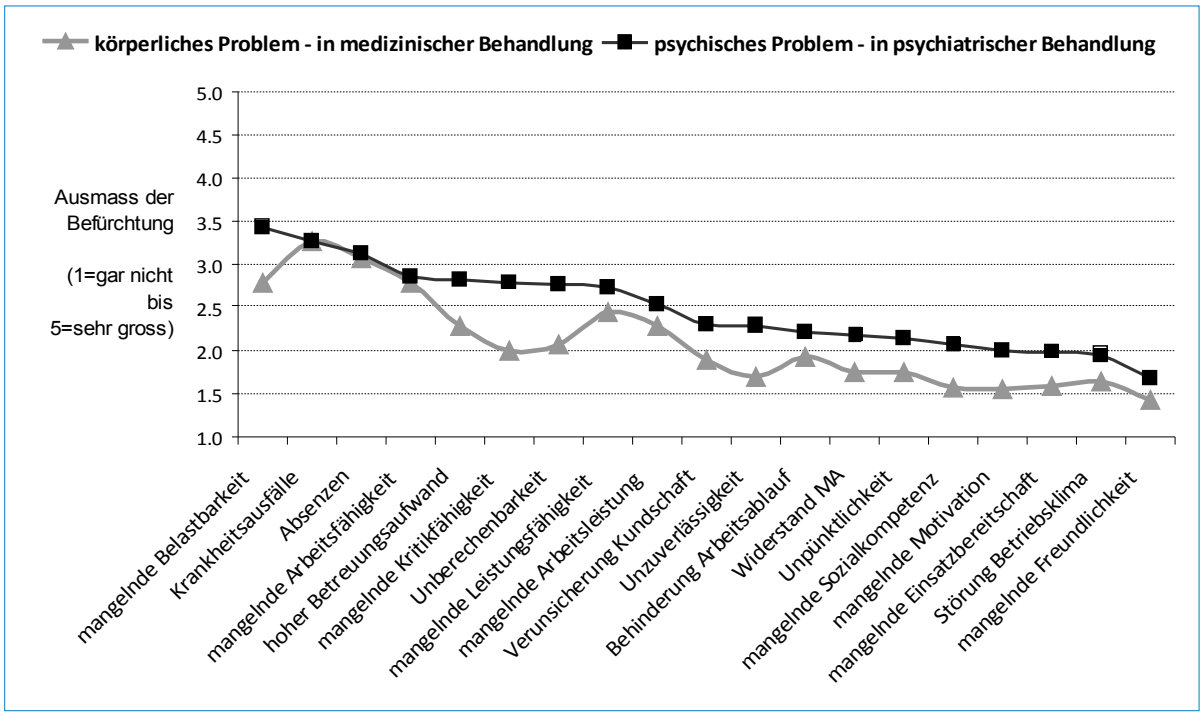


Abb. 4: Befürchtungen von Arbeitsgebern bei der Anstellung eines Mitarbeiters mit einem körperlichen, respektive psychischen Problem

Viele Arbeitgeber haben in ihrem Betrieb schon Erfahrungen mit erkrankten Mitarbeitenden gesammelt. Bei körperlich erkrankten Mitarbeitern beurteilen Arbeitgeber diese Erfahrungen in eindrücklichen 85% der Fälle als „gut“ oder „sehr gut“. Bei psychisch erkrankten Mitarbeitenden hingegen waren diese Erfahrungen in 70% der Fälle „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Das verdeutlicht, dass Vorgesetzte angesichts psychisch bedingter Arbeitsprobleme normalerweise überfordert sind, wenn sie keine kompetente und frühe professionelle Unterstützung und Entlastung erhalten.

Anstellungsbereitschaft und Verleugnung

Schließlich wurden die Arbeitgeber auch gefragt, ob sie aus ihrem persönlichen Umfeld (Familie, Freunde, Bekannte) eine oder mehrere psychisch „behinderte“ Personen kennen, und ob sie sich künftig (real) vorstellen könnten, eine Person mit psychischen Handicaps einzustellen. Wenn man die Antworten der Arbeitgeber auf diese beiden Fragen zueinander in Beziehung setzt, zeigt sich folgendes Resultat: Zunächst kann man sagen, dass die Anstellungsbereitschaft steigt mit zunehmender Vertrautheit mit psychischen Problemen. Aber ist es wirklich die reale „Vertrautheit“, die den Unterschied macht?

Interessant sind diejenigen Arbeitgeber, die angeben, persönlich „niemanden“ zu kennen. Denkt man an die ziemlich gesicherten Resultate der psychiatrisch-epidemiologischen Forschung - rund 50% der Bevölkerung leiden im Verlaufe ihres Lebens mindestens einmal an einer psychischen Erkrankung (Kessler et al., 2003), so ist es nahezu unmöglich, „niemanden“ zu kennen. Das heißt, wir haben es hier womöglich nicht mit „Vertrautheit“ zu tun, sondern mit einer Verleugnung psychischer Probleme im eigenen Umfeld, also mit Abwehr.

So müsste man das obige Resultat anders interpretieren: wer mit psychischen Problemen nichts zu tun haben will und diese auch nicht wahrnehmen will, der will auch eher keine Mitarbeiter mit psychischen Problemen einstellen. Möglicherweise deutet sich in diesem Resultat auch der Kern des Stigma-Problems an: Stigmatisierung und Diskriminierung psychischer Probleme sind das Resultat einer abgewehrten persönlichen Auseinandersetzung mit psychischen Problemen - aus Angst. Wenn Angst letztlich der Hintergrund von stigmatisierenden Vorstellungen ist, dann stellt dies auch die Nachhaltigkeit von rein aufklärungsbezogenen Antistigmakampagnen in Frage. Das Stigma-Problem ist kein kognitives Problem, sondern ein emotionales. Und diese Ängste werden nicht kleiner, wenn man rational darüber belehrt wird, dass man keine Ängste haben sollte.

Schlussfolgerungen

Es scheint nicht ganz einfach zu akzeptieren, dass es sich bei der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen in der Bevölkerung und insbesondere auch bei Arbeitgebern bei weitem nicht nur um ein Informationsproblem handelt, sondern um eine tief liegende sowie anscheinend nach wie vor äußerst aktive und angstbesetzte Abwehr von etwas Gefährlichem oder zumindest sehr Unangenehmem. Wenn wir hier etwas verbessern wollen, sollten wir zunächst lernen, diese weit verbreitete Angst (wir Professionellen haben diese Ängste ja nicht weniger) ernst zu nehmen und zu respektieren.

Literatur

Baer, N. (2007). Würden Sie einen Behinderten anstellen? Zeitschrift für Sozialhilfe, 1, 32-33.

Baer, N, Fasel, T. (2009). „Sie wäre so begabt“; Die Arbeitssituation von Menschen nach Psychosen. Familiendynamik, 4, 346-359.

Kessler, R, Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., Walters, E. (2003). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62, 593-602.

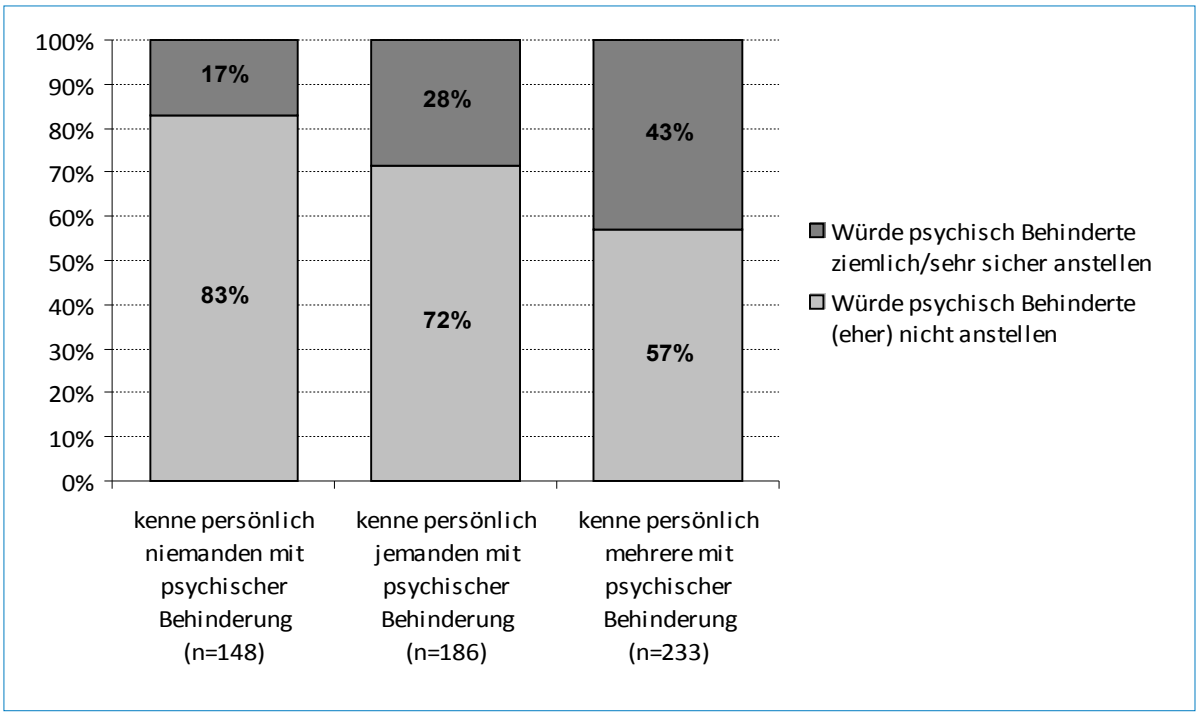


Abb. 5: Psychische Probleme im persönlichen Umfeld und Anstellungsbereitschaft

Die Semantik des Begriffs „Schizophrenie“ und das damit verbundene Stigma

Was lässt sich von der japanischen Umbenennung lernen?

Von Harald Zäske, Helen-Rose Cleveland, Wolfgang Gaebel

Zusammenfassung

Der Begriff „Schizophrenie“ ist in vielen Ländern mit negativen Assoziationen verknüpft. Medienanalysen zeigen die gebräuchliche abwertende Verwendung von Wörtern wie „schizophren“ oder „Schizophrenie“. Auf Betreiben des japanischen Angehörigenverbandes hat die Japanische Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie 2005 eine neue Bezeichnung für „Schizophrenie“ (seishin-bunretsu-byo) eingeführt: „Integrationsstörung“ (togoshitcho-sho). Untersuchungen weisen auf eine hohe Akzeptanz der neuen Terminologie hin. Auch im Rahmen der Revision der Klassifikationssysteme ICD und DSM werden Alternativen für den Begriff „Schizophrenie“ diskutiert, es ist jedoch noch keine konkrete Lösung in Sicht.

Wolfgang Gaebel
Prof. Dr., Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinikum Düsseldorf
Heinrich-Heine Universität, Medizinische Fakultät, Düsseldorf
Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf

Weltweit leiden Menschen mit psychischen Erkrankungen unter dem öffentlichen Stigma und damit verbundenen Diskriminierungen (World Psychiatric Association 2002, Okasha et al. 2005). Die Art und Weise, wie psychische Erkrankungen gesellschaftlich wahrgenommen werden, und welche Konzeptionen über psychische Erkrankungen vorherrschen, variiert erheblich zwischen verschiedenen Gesellschaften und Kulturen. So spielen neben religiös-weltanschaulichen Erklärungsmustern von Krankheit und Schicksal Bedeutungen von Individuum, Familie, Solidarität, Arbeit und Leistung wichtige Rollen in der Ausformung des Stigmas psychischer Erkrankungen. Neben solch kulturellen, schwer oder gar nicht beeinflussbaren Faktoren lassen sich aber auch Interventionen eher zugängliche Ansatzpunkte zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen finden. Eine zentrale Bedeutung kommt hierbei der Sprache zu, wie das folgende Beispiel verdeutlicht: So können sich ablehnende und distanzierende Tendenzen gegenüber Personen mit einer psychiatrischen Problematik verstärken, wenn diese explizit mit ihrer Diagnose benannt wird (Angermeyer et al. 2003). Dies hat unmittelbare Konsequenzen auf das sogenannte „Outing“, also die Entscheidung Betroffener, ob und in welcher Form sie ihre Erkrankung Dritten offenbaren.

Die Bedeutung der Sprache zeigt sich auch in den negativen Assoziationen, die mit Begriffen wie „schizophren“ oder „Schizophrenie“ oft verbunden sind. Gerade der Begriff „schizophren“ ist im deutschen Sprachraum negativ besetzt im Sinne einer negativ konnotierten Widersprüchlichkeit oder Nicht-Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen und Handlungen (Hoffmann-Richter et al. 2003). Mit „Schizophrenie“ wiederum wird (gerade in Deutschland, aber auch in anderen Ländern) häufig eine gespaltene Persönlichkeit oder allgemein Gespaltensein assoziiert (Gaebel et al. 2002, Stuart et al. 2001). Auch in anderen Ländern finden sich viele Beispiele für abwertende Verwendungen von Begriffen aus dem Bereich psychischer Erkrankungen (Rose et al. 2007).

Im angelsächsischen Raum gibt es daher eine anhaltende und auch von Betroffenen aktiv geführte Diskussion darüber, wie Menschen mit psychischen Erkrankungen zu bezeichnen sind, ohne sie einer Stigmatisierung auszusetzen (so haben sich die Begriffe service user und consumer in der englischsprachigen Literatur durchgesetzt) (Mueser et al. 1997). Im deutschen Sprachraum gibt es die Empfehlung, nicht von dem „Psychisch Kranken“ zu sprechen, sondern von Menschen mit einer psychischen Erkrankung, Schizophrenie, Depression, etc. (englisch Person with mental (ill-)health problems). Bezeichnungen wie „der Schizophrene“, „der Depressive“ oder „der psychisch Kranke“ reduzieren die Person sprachlich auf seine Erkrankung, was stigmatisierend wirkt, ähnlich wie die Begriffe „der Krebskranke“ oder „der Behinderte“. Semiotisch betrachtet zeigt sich also, dass auch Diagnosen keineswegs nur eine bezeichnende Funktion haben (denotative Funktion, vgl. Morris 1977), sondern auch subjektive Interpretationsräume vorgeben (konnotative Funktion), die sich in diesem Falle stigmatisierend auswirken können.

Diese stigmatisierende Wirkung insbesondere des Begriffs „Schizophrenie“ äußert sich auch im ärztlichen Verhalten, wie eine Befragung britischer Psychiater (Clafferty et al 2001) zeigt. So teilten nur 59% ihren Patienten die Diagnose Schizophrenie mit und 15% gaben an, den Begriff Schizophrenie überhaupt nicht zu verwenden. Zudem gaben 43% der befragten Psychiater an, dass sie sich bei der Diagnosestellung und der Verwendung des Begriffs Schizophrenie unwohl fühlten. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die medizinische Profession, die ja für die Bezeichnung von Erkrankungen zuständig ist, für besonders belastete Begriffe wie den der Schizophrenie Alternativen suchen sollte, um die Gefahr der Stigmatisierung von Patienten zu verringern, wie es in der Vergangenheit beispielsweise bereits bei dem Begriff

der Hysterie der Fall gewesen ist (Chaplin 2007).

Eine Vorreiterfunktion in der Debatte um die Umbenennung der Schizophrenie nimmt Japan ein. 2002 entschied die Japanische Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie (JSPN) auf Betreiben des Verbandes der Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen Zenkaren auf ihrem jährlichen Kongress, den Namen „Schizophrenie“ von seishin-bunretsu-byo (split-mind disorder; dt. etwa Gespaltener-Geist-Störung) in togoshitcho-sho (integration disorder, dt. etwa Integrationsstörung) umzuändern. Sowohl die ursprüngliche japanische als auch die deutsche Bezeichnung beruhen auf der Bleulerschen Definition der Schizophrenie als „Spaltungsirresein“, die die Spaltung seelischer Funktionen impliziert (worauf vermutlich auch die verbreitete Assoziation mit Gespaltensein zurückzuführen ist). Der ursprüngliche japanische Begriff wirkt stigmatisierend, da im Gegensatz zur westlichen Denktradition des Körper-Geist-Dualismus nach Descartes in Japan Körper und Geist als Einheit wahrgenommen werden und die erkrankte Person in ihrem gesamten Wesen (seishin) als gestört wahrgenommen wird. Dies führt zu dem ausgeprägten Vorurteil, dass Schizophrenie zu einem „Zerfall der Persönlichkeit“ führe (Sato 2006). Demgegenüber vermittelt der neue japanische Begriff togoshitcho-sho ein biopsychosoziales Konzept, das auf dem Vulnerabilitäts-Stress Modell beruht und Behandelbarkeit und Genesungsmöglichkeiten impliziert.

Ziel der japanischen Umbenennung war daher in erster Linie eine Verringerung des stigmatisierenden Einflusses der Diagnose. Aus Angst vor den möglichen negativen Konsequenzen auf die Behandlungsmotivation vermieden es früher viele japanische Psychiater, ihren Patienten die Diagnose Schizophrenie mitzuteilen (Ono et al 1999). Der neue Begriff sollte vor allem auch vermitteln, dass Schizophrenie behandelbar ist, da in Japan das Vorurteil bestand, dass an Schizophrenie erkrankte Personen auch nach einer erfolgreichen Behandlung in ihrem Wesen „gestört“ seien, somit die Erkrankung nicht behandelbar sei (Sato 2006).

Seit 2005 ist der neue Name für Schizophrenie offiziell von dem japanischen Ministerium für Gesundheit und Sozialwesen anerkannt. Die Bilanz dieser Umbenennung wird in Japan durchweg positiv gesehen. Sieben Monate nach Einführung des neuen Schizophrenie-Begriffs in Japan wurde er bereits in 78% der Fälle verwendet, und die Zahl der Fälle, in denen Patienten über ihre Diagnose informiert wurden, stieg innerhalb von 3 Jahren von 36.7% auf 69.7% (Sato 2006). Der neue Begriff ist im Vergleich zum alten auch signifikant geringer mit Kriminalität assoziiert (Takahashi et al 2009). Schließlich scheint sich die Umbenennung positiv auf die Einstellungen gegenüber Personen mit Schizophrenie und der Einschätzung der Behandelbarkeit der Erkrankung auszuwirken (Kingdon, Vincent et al 2008).

Vor diesem Hintergrund gibt es eine internationale fachliche Debatte, ob eine Umbenennung des Schizophrenie-Begriffs in klinischer, sozialer und wissenschaftlicher Hinsicht sinnvoll ist. Dabei werden aktuell drei Standpunkte vertreten. Ein kontroverser Standpunkt steht der Umbenennung der Schizophrenie ablehnend gegenüber, da Fragen der Semantik weniger wichtig als Verbesserungen von Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten von Schizophrenie seien (Lieberman & First 2007).

Demgegenüber betonen z. B. Kingdon et al (2007) die Wichtigkeit einer neuen Bezeichnung für Schizophrenie. Hierbei wird auf den Erfolg bisheriger Namensänderungen verwiesen, zu denen im englischen Sprachraum beispielsweise die Änderung von manic depressive zu bipolar disorder zählt. Zu bedenken ist jedoch, wie Thornicroft et al (2007) betonen, dass viele der Namensänderungen nicht empirisch auf ihre Auswirkungen hinsichtlich des Stigmas untersucht worden seien. So deuten manche Studien darauf hin, dass eine Umbenennung nicht uneingeschränkt von Vorteil für die Betroffenen sein muss. So ist die Verwendung politisch korrekter Bezeichnungen für Betroffene (consumer of mental health services) zwar mit weniger negativen Einstellungen und der Wahrnehmung besserer Behandelbarkeit assoziiert als die Bezeichnung schizophrenic, dies scheint sich jedoch nicht auf der Verhaltensebene niederzuschlagen (Penn & Nowlin-Drummond 2001). Eine dritte Position vertritt schließlich die Auffassung, dass eine Umbenennung erst bei Vorliegen einer ausreichenden wissenschaftlichen Datenbasis für eine adäquate Alternative vollzogen werden sollte (Chaplin 2007).

Die Diskussion ist also in vollem Gange, auch vor dem Hintergrund der aktuellen Revisionen von ICD-10 und DSM-IV. Beispielsweise wurden im Rahmen der International Conference on Schizophrenia Research (2008 in Colorado Springs) zwei Vorschläge für eine mögliche neue Bezeichnung des Krankheitsbilds diskutiert: dopamine dysregulation disorder und neuro emotional integration disorder (Gaebel & Zielasek 2008). Während der erste Begriff auf den neurowissenschaftlichen Grundlagen zur Schizophrenie basiert, betont der letztere das biopsychosoziale Erklärungsmodell der Schizophrenie.

Solange der Begriff „Schizophrenie“ beibehalten wird, ist es von höchster Bedeutung, die Allgemeinbevölkerung, Patienten und ihre Angehörigen über das aktuelle Verständnis der Erkrankung aufzuklären, aktiv zu werden in der Bekämpfung der Stigmatisierung nicht nur der Schizophrenie, sondern aller psychischer Erkrankungen. Hierfür ist in Deutschland das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit eine wichtige Plattform, bei dem die verschiedenen beteiligten Gruppen (Betroffene, Angehörige, Berufsverbände und weitere) im Sinne des Trialogs zusammenarbeiten (Gaebel et al. 2004). Für die Diskussion um die Bezeichnung der Schizophrenie darf die Rolle der Betroffenen selbst und ihrer Angehörigen nicht außer Acht gelassen werden. Diese waren es in Japan, die den Anstoß zur Umbenennung der Schizophrenie gaben. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass Betroffene selbst den Begriff Schi-

Helen-Rose Cleveland
Dipl.-Psych., Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine Universität, Medizinische Fakultät.

Harald Zäske
Dipl.-Psych., Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine Universität, Medizinische Fakultät.

zophrenie als inakzeptabel, demoralisierend empfinden und seine Verwendung ablehnen (Kingdon, Gibson et al 2008). Die Einbeziehung von Personen, die an Schizophrenie leiden und ihrer Angehörigen ist daher von zentraler Bedeutung für die Entwicklung der Debatte um eine Namensänderung der Schizophrenie und es wäre zu wünschen, dass sie in der aktuellen Diskussion neben fachlichen psychiatrisch-nosologischen Überlegungen stärker Beachtung finden. ●

Literatur

Gaebel W, Baumann A, Witte AM, Zaeske H (2002). Public attitudes towards people with mental illness in six German cities: results of a public survey under special consideration of schizophrenia. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 252(6): 278-87.

Gaebel W, Zäske H, Baumann A (2004). Stigma erschwert Behandlung und Integration. Dtsch Ärztebl 101: A 3253–3255.

Gaebel W, Zielasek J (2008). The DSM-V initiative "deconstructing psychosis" in the context of Kraepeiln's concept on nosology. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 258 (Suppl 2): 41-47.

Ein ausführliches Literaturverzeichnis zu diesem und weiteren Beiträgen finden Sie auf der Homepage unter http://www.kerbe.info/content/artikel_48.html.

Durch Begegnung Vorurteile überwinden

„Irre menschlich Hamburg" – Gemeinsam für mehr Toleranz und Sensibilität

Von Gyöngyvér Sielaff

„Alles wirkliche Leben ist Begegnung" sagt uns Martin Buber und ich kann ihm nur von ganzem Herzen zustimmen. Nur im wirklichen Leben kann ich meine Mitmenschen kennen und verstehen lernen und damit auch etwas von mir selbst entdecken.

Die Begegnung kann Zuschreibungen und Vorurteilen entgegen wirken, ganz besonders dort, wo Menschen uns mit der Bewältigung ihrer oft auch leidvollen Lebensgeschichte berühren. Ihre Berichte erinnern uns an die Brüchigkeit und Zerbrechlichkeit jedes Lebens und wecken Hoffnung und Mut sich gerade diesen Seiten unseres Lebens zu stellen. Um dies zu erkennen, brauchen wir die Begegnung mit unserem Gegenüber. „Der Mensch wird am Du zum Ich" sagt Buber. Nur in der Beziehung zueinander und in der Begegnung miteinander können wir Achtsamkeit üben und gleichzeitig andere Lebensentwürfe mitfühlend annehmen.

»Für ihren besonderen Einsatz um die Integration und Teilhabe behinderter Menschen wurden der Verein ›Irre menschlich Hamburg e. V.‹ und das ›Zentrum für Disability Studies‹ der Universität Hamburg heute mit dem Senator-Neumann-Preis 2008 ausgezeichnet. (1. Hauptpreis) Im Verein ›Irre menschlich Hamburg e. V.‹ setzen sich Menschen mit eigener Psychiatrieerfahrung, Angehörige und Therapeuten gemeinsam dafür ein, Vorurteilen gegenüber psychisch erkrankten Menschen entgegenzuwirken und mehr Sensibilität auch für die eigene seelische Gesundheit zu erreichen. Zu diesem Zweck organisiert der Verein, der eng mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie dem Zentrum für Psychosoziale Medizin des UKE zusammenarbeitet, Informations und Aufklärungsprojekte, die sich an Schulen, Personalabteilungen, aber auch die allgemeine Öffentlichkeit richten.«
(Pressemitteilung des Hamburger Senats vom 24. April 2009)

Trialogisch von Anfang an

„Irre menschlich Hamburg" gehört wie „Irrsinnig menschlich Leipzig" zu den Antistigmaprojekten der ersten Stunde. Wir sind ein gemeinnütziger Verein von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Profis aus dem psychosozialen Bereich. Hervorgegangen ist unsere Initiative aus dem Hamburger Psychoseseminar. Im Vordergrund stehen alle Aspekte von »Anderssein«, seelischer Gesundheit und psychischer Erkrankung. Hier möchten wir Vorurteile abbauen, durch Begegnung zwischen Schülern und krisenerfahrenen Menschen und ihren Angehörigen und dadurch Zuwachs an Toleranz im Umgang mit anderen und Sensibilität im Umgang mit sich selbst fördern.

Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen sind so verbreitet, dass die Zahl derer, die darunter leiden, beträchtlich ist. Angst und sozialer Rückzug sind die Folgen. Vorurteile gefährden individuelle therapeutische Fortschritte, verringern die Ressourcen der betroffenen Familien und behindern die strukturelle Weiterentwicklung der Psychiatrie. Besonders betroffen sind Patienten mit den Diagnosen schizophrene und affektive Psychose, unter ihnen besonders manisch-depressiv Erkrankte. Bezieht man die Angehörigen mit ein, sind fast 5 Millionen Menschen in Deutschland direkt oder indirekt von der Stigmatisierung dieser Krankheitsbilder betroffen. Einseitige Medienberichte, aber auch frühere Fehleinschätzungen der Psychiatrie halten Vorurteile aufrecht, die wissenschaftlich längst widerlegt sind: Die Patienten seien »gefährlich, unheilbar, unberechenbar«; ihre Persönlichkeit sei »gespalten«, die »Eltern schuld an der Erkrankung« - um nur einige der gängigen Klischees zu nennen. Um diesen Vorurteilen glaubwürdig und überzeugend entgegenzuwirken, braucht die Wissenschaft das Bündnis mit Patienten und Angehörigen, denn Vorurteile lassen sich am besten

Gyöngyvér Sielaff
Diplompsychologin und Psychologische Psychotherapeutin. Gründungs- und Vorstandsmitglied vom Verein „Irre menschlich", Projektleitung EX-IN-Hamburg, Mitkoordination EX-IN Deutschland, Fortbildungs-, Vortragstätigkeit und Supervision.

durch individuelle Geschichten und persönliche Begegnung beseitigen. Antistigmaarbeit hilft so, Vorurteile zu reduzieren, soziale Räume zu erhalten, zu entwickeln oder wiederzugewinnen und damit therapeutische Erfolge abzusichern. Davon profitieren seelisch Beeinträchtigte, Angehörige und Profis gemeinsam. Die konkrete Arbeit dient der persönlichen Stärkung und Genesung: dem »Empowerment«. Hiermit ist die Erfahrung der „Selbstwirksamkeit" gemeint, das Gefühl, die eigene Wirklichkeit aktiv gestalten zu können und kein hilfloses Opfer einer beängstigenden, statischen Umgebung zu sein. Schon jetzt zeigt sich, dass die beteiligten Erfahrenen/Patienten durch die Antistigmaarbeit Entwicklungssprünge machen, die vorher niemand für möglich gehalten hätte.

Durch Begegnung – Zuwachs an Kompetenzen auf allen Seiten

Unter Jugendlichen sind Vorurteile gegenüber psychischem Erkranken immer noch so verbreitet, dass potenziell gefährdete junge Menschen schon vor einer konkreten Erkrankung stigmatisiert und ausgegrenzt werden oder sich aus Angst selbst ausgrenzen. Unserer Erfahrung nach sind die Vorurteile aber noch nicht sehr verfestigt und Lernprozesse noch möglich. „Irre menschlich Hamburg" will durch seine Arbeit Toleranz fördern im Umgang mit anderen sowie Sensibilität im Umgang mit der eigenen Psyche. Beides sind wichtige Voraussetzungen für die eigene seelische Gesundheit. Damit hat die Antistigmaarbeit auch einen unmittelbaren präventiven Nutzen. Dies gilt umso mehr, als dass Jugendliche, die direkt oder indirekt von psychotischen Erfahrungen betroffen sind, auf schonende Weise entlastet werden. Sie erleben, dass über diese Themen angemessen gesprochen werden kann, ohne dass sie sich selbst zum Thema machen müssen. Der Vortrag von Erfahrenen als Referenten verringert die eigene Angst und eröffnet damit neue Möglichkeiten der Hilfe.
So gelingt es uns immer besser, Jugendliche wach zu machen für ihre eigene seelische Gesundheit. Wir ermutigen die Schüler, sich mit ihrem eigenen Leben auseinander zu setzen, zu überlegen, was sie für ihre eigene seelische Gesundheit tun können. Das wirkt Ängsten und Vorurteilen entgegen und schärft den Blick für das eigene Leben. Wir begegnen immer wieder Schülern, die sich bei uns bedanken, weil sie erstmals in der Klasse über ihre eigenen schweren seelischen Krisen oder die ihrer Angehörigen gesprochen und damit die Last und den Druck des Verbergens abgeworfen haben. Mitschüler und Lehrer sind oft sprachlos - hätten das gerade bei jenem Schüler nicht vermutet. Wir machen allen beteiligten Mut, diese Erfahrungen als Schatz – eben Erfahrungsschatz – für die Schule zu betrachten.

Das Projekt hat einen direkten und einen indirekten Nutzen für die Psychiatrie. Für psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen im Allgemeinen ebenso wie für die unmittelbar beteiligten Referenten und auch für nachfragende Institutionen wie Schulen, die Polizei und Gesundheitseinrichtungen.

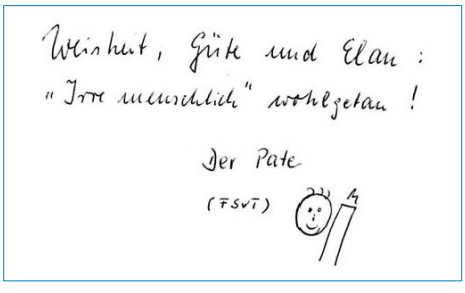
Die Kultur einer Gesellschaft misst sich am Umgang mit Schwachen. Psychisch erkrankte Menschen sind auch schwach, aber von ihnen zu lernen, ist eine kulturelle Chance. Seelische Gesundheit zu bewahren, zu stärken oder wiederzugewinnen, ist zu einer großen Herausforderung geworden. Toleranz im Umgang mit anderen und Sensibilität im Umgang mit sich selbst sind wesentliche Voraussetzungen. Beides zu fördern, ist das Ziel von „Irre menschlich Hamburg". Durch authentische Informationen, aber vor allem durch Begegnung. Mit psychiatrie- und krisenerfahrenen Menschen als wichtigste Referenten, als Lebens-Lehrer und Peer-Berater. In einem Kontext, der gängigen Vorurteilen entgegenwirkt. In Schulen, Betrieben, im kulturellen und kirchlichen Kontext. Bei gemeinsamer Fortbildung für Gesundheitsberufe, Lehrer, Polizisten, Pastoren, rechtliche Betreuer, Jugendhilfe ... eine große Aufgabe, die uns fordert, aber auch Spaß macht. Mit einzelnen Schulen unserer Stadt gibt es inzwischen feste Kooperationsverträge, die über den Unterricht hinaus Fortbildung für Lehrer und Eltern, sowie Peerberatung für die Schülerinnen und Schüler einschließen. In den letzten 10 Jahren wurden allein in Schulen über 1000 Unterrichtsprojekte zu verschiedenen Themen für alle Altersstufen (3. – 13. Klasse) mit großer Resonanz durchgeführt. „Ich fand es ganz interessant und wertvoll, dass man das (die psychischen Erkrankungen) nicht von der medizinischen Seite beigebracht bekommt, sondern direkt von einer Betroffenen – das finde ich ganz gut" (Schülerin einer 12. Klasse) und ein anderer Schüler ergänzt: „Es wird ein positives Bild dieser Erkrankungen vermittelt, die in unserer Gesellschaft nicht so angesehen sind, ich bin froh, dass ich diese Erkrankungen von einer anderen Seite kennen lernen durfte."

Toleranz im Umgang mit anderen und Sensibilität im Umgang mit sich selbst sind wesentliche Voraussetzungen. Beides zu fördern, ist das Ziel von „Irre menschlich Hamburg".

Auch die Rückmeldungen von Eltern z.B. aus einem gemeinsamen Schüler-Eltern-Projekt (3. Klasse) sprechen für sich: „Ich finde es gut, wenn Kinder so früh wie möglich für Menschen mit Behinderungen sensibel gemacht werden" und weiter „ich führe mit meiner Tochter seitdem interessante Gespräche. Ein Projekt, das viele Fragen aufwarf und vieles in ein anderes Licht rückte. Vielen Dank für die neuen Einblicke und Eindrücke."

Wir sind froh, Patinnen und Paten für unsere Öffentlichkeitsarbeit gewonnen zu haben. Sie stehen für die verschiedenen Aspekte unserer Aufgabe. Sie stehen für Kultur, Medien, Wissenschaft und Politik, die alle zusammenwirken müssen, um gesellschaftlichen Ausgrenzungsprozessen entgegenzuwirken und seelische Gesundheit zu fördern – auch bei denen, die mit Erkrankung zu tun haben. Wir freuen uns, exponierte Hamburgerinnen und Hamburger gewonnen zu haben, die sich mit ihrer Kunst, ihrem Handwerk, ihrem Wissen auch und gerade an Jugendliche wenden, sich für junge Menschen einsetzen und/oder selbst jung geblieben sind. ●

Die Kultur einer Gesellschaft misst sich am Umgang mit Schwachen.



Prof. Dr. F. Schulz von Thun über „Irre menschlich".

BASTA - Bündnis für psychisch erkrankte Menschen

Antistigma Netzwerk

Von Romain Beitinger, Werner Kissling

Geschichte

Im Zuge der internationalen Antistigma-Kampagne „openthedoors“ der World Psychiatric Association (WPA) wurde im Jahr 2001 in München die Antistigma-Arbeitsgruppe „BASTA“ gegründet. Die Bezeichnung steht als Abkürzung für die ursprüngliche Bezeichnung „Bayerische Anti-Stigma-Aktion“. Bereits das Gründungsteam war damals trialogisch besetzt. Das heißt, dass die Initiative zur Gründung von BASTA gemeinsam von Betroffenen, Angehörigen und professionellen Helfern ausging. Dieser Ansatz ist bis heute grundlegender Bestandteil der Arbeit von BASTA. Im Laufe der Jahre zeigte sich, dass die Projektarbeit von BASTA sich nicht mehr auf Bayern beschränkte, sondern zunehmend bundesweit erfolgt, weshalb die Gruppe sich umbenannte in „BASTA – das Bündnis für psychisch erkrankte Menschen.

Ziele

Die rote Hand im Logo soll – zusammen mit der Bedeutung „Genug!“ des Ausdruckes „Basta!“– für das Ziel der Arbeitsgruppe stehen. Dieses ist, der Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen Einhalt zu gebieten. Grundsätzlich richtet sich die Arbeit gegen die Diskriminierung von Menschen mit allen psychischen Erkrankungen. Ein Schwerpunkt wird gesetzt auf das Krankheitsbild Schizophrenie, da die Allgemeinbevölkerung über diese Erkrankung am wenigsten weiß, aber zugleich die größten Vorurteile gegenüber Menschen hat, die an Schizophrenie erkrankt sind.

Schirmherren

Die Schauspieler Franziska Walser und Edgar Selge sind seit mehreren Jahren die offiziellen Schirmherren von BASTA. Sie haben bereits persönlich an diversen Aufklärungsprojekten teilgenommen. Der Extremkletterer Alexander Huber (www.huberbuam.de) unterstützt ebenfalls die Arbeit von BASTA.

Organisation

Konzeption und praktische Umsetzung der Projekte von BASTA finden grundsätzlich in trialogischer Besetzung statt. Die Geschäftsstelle ist lokalisiert in einem eigenen Büro am Centrum for Disease Management an der Psychiatrische Klinik der TU München. Im Zweimonatsrhythmus treffen sich dort alle aktiven Mitglieder und Interessenten zu sogenannten „BASTA-Treffen“. Dort werden aktuelle Stigmatisierungsfälle diskutiert, das jeweilige Vorgehen beschlossen und die laufende Projektarbeit geplant. Die Geschäftsstelle ist telefonisch erreichbar über die Telefonnummer 089-4140-6744.

Homepage

Auf der Internetpräsenz mit der Adresse www.openthedoors.de sind grundsätzliche aktuelle Informationen zu BASTA abrufbar. Die Seite wird regelmäßig aktualisiert und enthält aktuelle Hinweise zu Veranstaltungen zum Themenfeld „Psychische Erkrankungen/ Stigmatisierung“.

Stigma-Alarm-Netzwerk SANE

Auf der Homepage besteht die Möglichkeit zur Registrierung für das online-basierte Stigma-Alarm-Netzwerk (abgekürzt SANE). Nach internationalem Vorbild können, falls die Verursacher einer Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen auf erste Aufforderungen nicht reagieren, alle registrierten Onlinemitglieder (z. Zt. über 1700) gleichzeitig dazu aufgerufen werden, sich per Mail, Brief oder Telefon bei dem Stigmatisierer zu beschweren. Durch dieses sehr effektive Mittel konnten in der Vergangenheit zahlreiche stigmatisierende Aktivitäten (z.B. Werbekampagnen mit stigmatisierenden Inhalten etc.) beendet oder Entschuldigungen bzw. Richtigstellungen der Autoren eines diskriminierenden Medienbeitrags erreicht werden.

Schulprojekt

Seit 2001 sind Teams von BASTA deutschlandweit in Schulklassen mit einem Aufklärungsprojekt über psychische Erkrankungen aktiv. Teilnehmende Schüler bereiten sich mit einem von BASTA in Zusammenarbeit mit dem Schul- und Kultusreferat München entwickelten Lernpaket auf eine sog. Begegnungsstunde vor. In dieser besuchen ein Betroffener und ein professioneller Mitarbeiter einer psychiatrischen Einrichtung die Klassen, berichten über ihre Erfahrungen und geben Gelegenheit zum direkten Austausch zwischen Schülern und Betroffenen. Bis heute wurden über 13.000 Schüler auf diese Weise informiert. Das Schulprojekt von BASTA wird bundesweit laufend in über 17 Städten eingesetzt. Es ist geeignet für Schüler im Alter von 14 bis 20 Jahren und kann in den Lernplan der Schulfächer Deutsch, Sozialkunde, Religion, Ethik oder Psychologie integriert werden. Das Wissen der teilnehmenden Schüler und deren Haltung gegenüber psychisch erkrankten Menschen können – wie eigene empirische Studien gezeigt haben[1] - durch das Schulprojekt positiv beeinflusst werden.

Polizeiprojekt

Mitarbeiter von BASTA haben ein Sensibilisierungsseminar für Polizeibeamte entwickelt. In enger Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst Fürth wird dieses Aufklärungsprojekt an den beiden einzigen bayerischen

Dr. Werner Kissling

Romain Beitinger

Bündnis für psychisch erkrankte Menschen
BASTA, Centrum für Disease Management, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Technische Universität München.
www.openthedoors.de

Polizei-Fachhochschulen (Sulzbach-Rosenberg und Fürstenfeldbruck) seit 2001 jedes Semester als Pflichtveranstaltung durchgeführt. Bemerkenswert ist dabei, dass neben professionellen Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen auch ca. 20 Angehörige und Betroffene als dozierende BASTA-Mitarbeiter offizielle Lehraufträge der Hochschule innehaben. In den fünfstündigen Seminaren wird den Polizeibeamten in einem strukturiertem Ablauf Hintergrundwissen über psychische Erkrankungen und praktische Hilfe im Umgang mit psychisch Erkrankten vermittelt. Insgesamt haben bereits über 1600 Beamte an den Seminaren teilgenommen. Die Wirksamkeit dieser Lehrveranstaltung wurde wissenschaftlich evaluiert und für positiv befunden[2,3].

Kulturprojekte

BASTA organisiert regelmäßig Kulturprojekte, die einen Bezug zum Thema „Psychiatrie" haben, um dieses der Allgemeinbevölkerung näher zu bringen. Jährlich werden in München und Rosenheim Kinofilme mit anschließender Podiumsdiskussion gezeigt. Dabei können Betroffene, Angehörige und Profis zu ihrer Meinung zum Film und ihren persönlichen Erfahrungen befragt werden.

Weitere Projekte

Auf Anregung unter anderem von BASTA-Mitgliedern wurde die Dokumentation der NS-Verbrechen an psychisch erkrankten Menschen in die Konzeption des NS-Dokumentationszentrums in München (geplante Eröffnung 2013) aufgenommen. BASTA-Mitglieder sind in der Ausgestaltung dieses Ausstellungsbereichs involviert. ●

Anmerkungen

1 **Wundsam K, Pitschel-Walz G, Kissling W**, An anti-stigma project for students: Increasing the knowledge about schizophrenia and reducing psychiatric stigma, 13th AEP Congress of European Psychiatry 2005.

2 **Wundsam K, Pitschel-Walz G, Leucht S, Kissling W.**; Psychiatric patients and relatives instruct German police officers - an anti-stigma project of "BASTA - the alliance for mentally ill people"; Psychiatr Prax. 2007 May;34(4):181-7.

3 **Kissling W, Wundsam K.**; The police - there to serve and protect; Psychiatr Prax. 2006 Jul;33(5): 205-6. German.

Kontaktadresse

BASTA, Möhlstr.26, 81675 München, www.openthedoors.de, Tel. 089-4140-6744

Gastfreundschaft

Kwartiermaken – das niederländische Konzept gegen Ausgrenzung

Von Doortje Kal

Ein geschundenes Wir-Bild

Wir wissen, dass das Selbstverständnis eines Menschen nicht in der Isolation entsteht. Identitätsbildung ist von dialogischer Natur. Menschen sind mit ihrem Selbstbewusstsein abhängig von der Anerkennung anderer. Diese Abhängigkeit macht den Menschen verletzbar. Verkannt zu werden kann tief in die Identität eines Menschen eingreifen. Erst durch den Standpunkt anderer und der Welt um uns herum können wir eine Beziehung zu uns selbst entwickeln, und darum können wir uns nicht vor der Verachtung und Erniedrigung anderer verschließen. Außerdem verursacht das Gefühl, verkannt zu sein, nicht allein Schmerz und Kummer, es kann das Individuum auch in seiner Entwicklung von eigenen Talenten und Möglichkeiten behindern. Kapazitäten, die latent vorhanden sind, können blockiert werden, wenn ein Mangel an Selbstvertrauen oder das Unvermögen, sich selbst als jemanden zu sehen, der eine bestimmte Aufgabe zu einem guten Ende bringen kann, vorliegt. Verachtung und negative Stereotypisierung haben sogar selbst unterdrückende Wirkung.

Das bedeutet, dass es wichtig ist zu erkennen, dass Vorurteile ihre eigene Realität erzeugen. In der Gesellschaft können dominante Gruppierungen dazu beitragen, dass Minderheiten sich minderwertig fühlen. Beginnen die gefragten Minderheiten an ihre eigene Wertlosigkeit zu glauben, so kann ein geschundenes Wir-Bild entstehen. Auf Grund dieses geschundenen Wir-Bildes betrachtet man einander mit gemischten Gefühlen. Nochmals: Die menschliche Abhängigkeit von Anerkennung, um durch sie zur Interpretation des eigenen Selbst zu kommen, macht Minderheiten oder Randgruppen sehr verletzbar. Dem Schmerz und den inneren Kämpfen wird fast immer mangelhaft begegnet (Van Leeuwen, 2003).

Hören Sie sich zum Beispiel die Geschichte von Bert Boers an, einem Menschen, der chronisch schizophren genannt wurde:

„In den Passierfahrlinien des Lebens, wenn dich jemand passiert oder jemand an dir vorbeigeht, da passiert es. Im Bruchteil einer Sekunde. Da geht er an dir vorbei, sieht dich ausweichend an mit einer gewissen Beliebigkeit, ich will mal sagen: einem gewissen Nonchalismus – und dann geht er weiter. Dabei schaut er abwertend auf dich herab mit dem Gedanken: ‚Hmhm, der steht im Abseits. Ja, dieser Junge steht ganz im Abseits im Leben; er ist jemand von (der Anstalt) Vijverdal.' Ist so etwas nun nicht gewendelbürdend?!

Gewendelbürdend – was soll das heißen? Ich möchte nicht gelehrt klingen! Ich meine mit gewendelbürdend, dass die ganze Welt aus der Bahn schießt – wenn die Menschen abwertend auf dich herunterschauen und es ihnen in Sekundenbruchteilen in den Augen steht, wenn du vorbeigehst oder jemand sich nähert: ‚Schau das ist ein Schwächling, ein Schwächefaktor im Denken und im psychischen Vermögen. Schau, der ist ganz und gar sonderbar, dem kannst du nichts sagen und nichts anvertrauen. Schau, dieser Mensch steht mir ganz und gar sonderbar gegenüber, den Menschen mach ich einfach platt ....' Dann die ganze Welt aus der Bahn. Dann schießt die Welt weg von Liebe. Dann schießt die ganze Welt in ihrem Magnetismus und ihren Wendungen aus der Bahn! Das meine ich mit ‚gewendelbürdend'." (Bert Boers, zitiert in: Detlev Petry/Hartwig Hansen, Die Wanderung Eine trialogische Biografie - Detlev Petry, 2003).

Doortje Kal
Dr., Leiterin des Nationalen Stützpunktes Kwartiermaken, Utrecht, Autorin und Sozialwissenschaftlerin

Gastfreundschaft bedeutet, dass ich auch denjenigen willkommen heiße, den ich nicht kenne, der sich vielleicht auch nicht zu erkennen gibt und auch denjenigen, der zum Teil fremd bleibt.

Psychiatrisch Tätige mögen in den fremd klingenden Begriffen des Zitats pathologische Neologismen erkennen, doch lässt sich die erlebte Stigmatisierung psychisch kranker Menschen besser beschreiben?

Das niederländische Kwartiermaken dreht sich um nichts anderes als darum, in den ‚Passierfahrlinien' etwas Anderes geschehen zu lassen als das, was Bert Boers hier auf so unvergleichliche und herzzerreißende Art und Weise skizziert. Dazu ist es allerdings notwendig, dass es überhaupt `Passierfahrlinien` gibt – in der Nachbarschaft, in der Schule oder an Akademien, bei bezahlter oder ehrenamtlicher Arbeit, im Sportverein oder Orchester, in der Kirche oder der Moschee, im Gemeindezentrum oder beim Freundschaftsdienst. Wenn allerdings alle Menschen, die für einen „Schwächefaktor" gehalten werden, in Einrichtungen sitzen, sind Begegnungen von vornherein ausgeschlossen. Ohne Passierfahrlinien gibt es mit Sicherheit keine Begegnungen. Begegnungen aber, die mit Nonchalismus gepaart sind, wie in dem Zitat beschrieben, sind gewendelbürdend. Kwartiermaker probieren engagierte Begegnungen mit Menschen, „gegen die nichts zu sagen und denen nichts anzuvertrauen ist" zu organisieren.

Manche denken, dass die Versuche, um Menschen, die im Abseits stehen, in das immer schneller und sachlicher werdenden Gesellschaftsspiel einzubeziehen, vergeblich sein werden. Sie finden, dass wir sofort mit Inklusionsversuchender Vergesellschaftung aufhören müssen, also mit dem Streben, um Menschen aus einer Position außerhalb des gesellschaftlichen Lebens und des alltäglichen Umgangs heraus wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen. Hiergegen will ich einbringen, dass wir Kwartiermaker der Arbeit an Gastfreundschaft (Kwartiermaken) für diese „ganz und gar Sonderbaren" verpflichtet sind – um dann vielleicht zu entdecken, dass sie keine „Schwächefaktoren" sind, sondern dass sie so erscheinen, gerade weil die Gesellschaft sie so eindimensional beurteilt. Ist es nicht genau diese Eindimensionalität auf die Bert Boers die Aufmerksamkeit lenkt!? Nonchalismus ist nicht nur für ihn gewendelbürdend: Die ganze Welt fliegt aus der Kurve!

Kwartiermaken bedeutet, Nischen zu schaffen. Eine Nische bietet Menschen, die verletzlich sind, einen Ort, an dem sie die Chance erhalten, zu überleben und ihr eigenes Leben in Gang zu setzen.

Kwartiermaker arbeiten an geeigneten Passierfahrlinien

Kwartiermaken ist die gesellschaftliche Anstrengung, die Abseitsposition von Menschen wie Bert Boers aufzuheben. Kwartiermaken steht synonym für die Arbeit am gastfreundlichen Empfang einer Gruppe von Neulingen. Menschen mit einem psychiatrischen Hintergrund sind, nachdem sie jahrelang in psychiatrischen Einrichtungen abgeschoben waren, in gewisser Weise zum Teil Neulinge in der Gesellschaft. Die Gesellschaft findet sie „fremd" oder „anders" und sie selbst wiederum erfahren die Gesellschaft als fremd und oft feindlich. Kwartiermaken bedeutet das Arbeiten an Gastfreundschaft für diese „Fremden". Zu diesem Zweck untersuchen Kwartiermaker die ausgrenzende Wirkung der „normalen" Gesellschaft. Kwartiermaken bedeutet, an einem Klima zu arbeiten, in dem Menschen mit einem psychiatrischen Hintergrund – ebenso wie andere „Nicht-Standard-Bürger" – nach eigenen Wünschen und Möglichkeiten mitmachen können. Kwartiermaker fördern eine gastfreundschaftliche Kultur zu fördern in der ‚Nicht-Standard-Bürger' gedeihen können. Wie aber arbeitet man an Gastfreundschaftlichkeit? Dazu ein kleiner theoretischer Exkurs.

Arbeiten an Gastfreundschaft

In seinem Essay über die Gastfreundschaft wirft der Philosoph Derrida (1998) die Frage auf, ob man von einem Fremden verlangen kann, dass er dieselbe Sprache spricht und sich so verhält wie die Anderen, bevor er willkommen geheißen wird. Ist er dann überhaupt noch ein Fremder? Und kann man dann überhaupt von Gastfreundschaft sprechen? Gastfreundschaft bedeutet, dass ich auch denjenigen willkommen heiße, den ich nicht kenne und der sich vielleicht auch nicht zu erkennen gibt, auch denjenigen, der vielleicht zum Teil fremd bleibt. An anderer Stelle sagt Derrida: Eine gastfreundliche Haltung gegenüber einem Anderen setzt voraus, dass etwas anderes als ich selbst Vorrang haben kann. Gastfreundschaft zu gewähren und zu leben, so findet Derrida, macht uns zu Verbannten, und Verbannung ist notwendig um sich selbst als „Anderer" erfahren zu können.

In seiner Rede vor dem internationalen Parlament von Schriftstellern (1995) unterstreicht Derrida „dass Gastfreundschaft und Ethik dasselbe bedeuten". Ethik kommt von, Ethos und das, bedeutet wörtlich: Aufenthaltsort oder „Zuhause". Und „zuhause" ist der Fremde dort, wo Gastfreundschaft herrscht. Derrida versucht heraus zu finden, wie Fremden (in Derridas Ausführungen geht es um Asyl suchende Schriftsteller) eine stabile, dauerhafte Struktur geboten werden kann. Er ruft dazu auf, an dem zu arbeiten, was bei der Gastfreundschaft auf dem Spiel steht.

Kwartiermaken steht synonym für die Arbeit an einer gastfreundlichen Gesellschaft und das bedeutet, dass an stabilen, dauerhaften Strukturen gearbeitet wird, in denen Menschen, die sich oft genug aus der Gesellschaft verbannt fühlen, aufgenommen werden und die ihnen ein Zuhause bieten. Es geht um das Schaffen von (symbolischem) Raum um den Gegensatz zwischen Fremdheit und Eigenheit, zwischen Verrücktsein und Normalität überbrücken zu können, ohne dass Spannung verleugnet wird. Kwartiermaken könnte man auch als das Schaffen von Nischen übersetzen. Eine Nische bietet (in unserer harten Gesellschaft) Menschen, die verletzlich sind, einen Ort (auch symbolisch gemeint), an dem sie die Chance erhalten, zu überleben und ihr eigenes Leben in Gang zu setzen.

Nischenvielfalt

Eine Nische ist also in der Terminologie des Kwartiermakens ein Ort (oder ein Begegnung), an dem der Eigenwert genährt wird, der aber wiederum vielleicht auch die Welt mit anderen Sicht- und Seinsweisen nährt. Der flämische Philosoph Andreas De Block

nennt die Psychiatrie selbst auch eine Nische. Wenn man richtig in der Patsche sitzt, ist das vielleicht die beste Möglichkeit. Er stellt jedoch die These auf, dass es viel humanere Nischen geben könne, und fordert die Gesellschaft dazu auf, diese zu schaffen. Wir leben in einer monokulturellen Welt, in der wir alle – auch wenn das Gegenteil der Fall zu sein scheint – gezwungen werden, auf ein und dieselbe (standardisierte) Art und Weise etwas zu leisten und zu funktionieren.

Eine größere Nischenvielfalt würde viele Menschen davor behüten, ihre Zuflucht (wieder) in der Psychiatrie oder an anderen Orten am Rande der Gesellschaft suchen zu müssen oder dorthin gedrängt zu werden. Die Gefahr, dass wir die Institutionen der psychosozialen Versorgung auf eine bestimmte Art und Weise zu einladend machen und es dabei vernachlässigen, die Gesellschaft selbst zu einem gastfreundlichen Ort zu machen, ist sehr real. Damit ist den Klienten nicht geholfen. Klienten klagen über die mangelnde gesellschaftliche Ausrichtung ihrer Helfer, über den Mangel an Vertrauen in ihre Genesung und über den Mangel an Vertrauen in die heilsame Kraft der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (Plooy, 2007).

Ich denke, dass die niederländischen Kwartiermaker-Projekte wie die Freundschaftsdienste, der „Mentor vor Ort“, die Nachbarschaftsrestaurants und die Kwartiermaker-Festivals, in denen Kunst im Mittelpunkt steht, die Funktion der humanen, empowernden Nische auf eine humane und ermutigende Weise ausgezeichnet erfüllen. Sie zeigen, dass es viele verschiedene Arten gibt, um „normal“ zu sein. Wenn sich die Umgebung anpasst, sich auf dich einstellt, dann verschwindet deine Abweichung oder sie spielt keine so große Rolle mehr. Die bestehende Ordnung unternimmt etwas außerhalb der Ordnung, das Anders-Sein muss nicht mehr ausgelöscht werden.

Zu guter Letzt

Es muss deutlich sein, dass Kwartiermaken den Institutionen der psychosozialen Versorgung, die immer mehr psychische Probleme als Krankheiten betrachtet, kritisch gegenüber steht. Nicht nur die Anzahl der Diagnosen selbst nimmt überhand, sondern auch die Anzahl der Fälle pro Diagnose, während Kampagnen gleichzeitig darauf ausgerichtet sind, um eine vermeintliche Unterbehandlung aufzuspüren. Manch einer sieht dies als Anzeichen dafür, dass die Psychiatrie endlich aus der Tabusphäre heraus kommt..., aber dann müsste das Leben und Überleben von „Anders-Seienden“ immer einfacher werden und nichts weist darauf hin.

In den Niederlanden bemerkt Trudy Dehue (2008) eine ganz andere Tendenz, nämlich „die Pflicht, das Schicksal in die eigenen Hände zu nehmen“. Die Ursache von psychischen Problemen wird in erster Instanz beim leidenden Individuum gesucht. Nicht die Zusammenhänge mit Arbeitsstress, Armut oder Ausgrenzung werden untersucht, vielmehr richtet sich die Forschung stets mehr auf Gene und im Gehirn fehlende Stoffe und dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit der pharmazeutischen Industrie. Letztendlich wird das Individuum dafür verantwortlich gehalten an seiner Gesundheit zu arbeiten. Die Verhältnisse und Prozesse innerhalb der Gesellschaft gehen ungeschoren aus. Kwartiermaker dahingegen richten die Aufmerksamkeit auf die Praktiken der Ausgrenzung und probieren – zusammen mit den Betroffenen- der Inklusion in dieser Gesellschaft tatsächlich näher zu kommen.

Nur ein Beispiel: Freundschaftdienste

Freundschaftsdienst ist eine Art ‚Buddyprojekt' für Psychiatrie-Erfahrene. Klienten und ehrenamtliche Mitarbeiter (Buddys) bilden feste Paare. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter besuchen die Klienten regelmäßig, um dann zusammen die Hürden der Außenwelt abzubauen. Die wichtigste Voraussetzung für die ehrenamtlichen Mitarbeiter ist eine Affinität zu der Zielgruppe. Freundschaftsdienst ermöglicht Begegnung und Unterstützung und ist daher integrierend. Der Freundschaftsdienst verstärkt die Verbundenheit mit der Zielgruppe, nicht nur von den ehrenamtlichen Mitarbeitern aus, sondern auch von den Institutionen und Instanzen aus, die man besucht, oder in der Öffentlichkeit. Henk lief nur noch von einer Therapie zur anderen. Und jetzt auch wieder in den Amstelpark. Ben sah nur noch den Film im eigenen Kopf. Und jetzt auch wieder den im Kino. Francien machte nur noch Verabredungen mit ihrem Arzt. Und jetzt auch wieder mit mir. Jacky tigerte nur noch rum (auf holländisch eisbärt man dann..., Anm. Übers.) Und jetzt sieht sie sie wieder im Zoo. Elsa dachte nur noch schwarzweiß. Zusammen mit Aisha sieht sie jetzt wieder alle Farben des Regenbogens. Freundschaftsdienste bringen Menschen wieder unter Menschen. Buddy sein für jemanden, der mit der Psychiatrie in Berührung gekommen ist? Spannende ehrenamtliche Tätigkeit unter 020-4650370 oder www.vriendendiensten.nl

Menschen entwickeln dadurch ein Selbstwertgefühl, dass es andere Menschen gibt, die sie anerkennen und sie in ihrem Individualitätsgefühl bestätigen, die auf ihre Anwesenheit in der Welt Wert legen und sich konkret bemühen, ihre Kapazitäten zur Geltung kommen zu lassen (Sevenhuijsen, 2000). Und genau das ist es, wofür Kwartiermaker sich einsetzen! ●

Eine größere Nischenvielfalt würde viele Menschen davor behüten, ihre Zuflucht in der Psychiatrie oder an anderen Orten am Rande der Gesellschaft suchen zu müssen oder dorthin gedrängt zu werden.

Literatur
Andreas De Block (2006) Waanzin en natuur. Darwin en de psychiatrie. Boom, Reeks Psychiatrie en Filosofie
Jacques Derrida (1998) Over gastvrijheid, Boom (essay)
Doortje Kal (2006) Gastfreundschaft. Das niederländische Konzept Kwartiermaken als Antwort auf die Ausgrenzung Psychiatrieerfahrener Menschen, Paranus Verlag
Doortje Kal (2010) Wo das Haus keine Sorge erfährt, findet keine Begegnung statt, Soziale Psychiatrie, DGSP, april
Detlev Petry (2003) Die Wanderung. Eine trialogische Biografie, unter Mitarbeit von Hartwig Hansen, Paranus Verlag
Trudy Dehue (2008) De depressie epidemie. Over de plicht het lot in eigen hand te nemen, Uitgeverij Augustus
Annette Plooy (2007) Stigma en stigmabestrijding. Lezing uitgesproken op het kwartiermakerscongres – 22 mei, Tijdschrift voor rehabilitatie, nummer 3

Ubersetzung: Sabine Schleimer

Warum kann ich nicht einfach „darüber“ reden?

Stigmatisierung aus der Sicht einer Angehörigen

Von Irmela Boden

Einfach? Das wäre schön und erleichternd! Reden? Die Worte drängen sich auf die Zunge, aber sie kommen nicht über die Lippen.

Bis heute unterziehe ich alles was ich zur psychischen Erkrankung meines Vaters sagen könnte, so lange einem Pro und Contra, bis die Argumente sich blockieren und ich nichts mehr sagen mag. Mein ganzer Leib arbeitet mit daran, das Darüber-Reden zurückzuhalten. Eine doppelte Sicherung! Lange habe ich darunter gelitten, permanent meine Zunge zu hüten. Aber dabei habe ich viel über Gesellschaftskonventionen und Ausgrenzung gelernt. Warum als Angehörige meine Zunge hüten? Aus Angst vor Ausgrenzung! Die Integration der Familie in Nachbarschaft, religiöse Gemeinde, Arbeitswelt, Vereine, Brauchtum, Schule und Kultur spielt eine essentielle Rolle für das Zustandekommen und den Erhalt von Wohlbefinden und Gesundheit. Doch diese Zugehörigkeit ist beileibe keine Selbstverständlichkeit. Aus allen möglichen Gründen werden Menschen aus Gemeinschaften ausgeschlossen.

Schon als Kind erlebte ich eine relativ harmlose Form der Stigmatisierung in der Schule. Ich bin nach dem Krieg im Westen Deutschlands geboren. Meine Eltern sind Flüchtlinge aus Schlesien. Ich bin 6 Jahre alt und gehe ins erste Schuljahr, bin ein ängstliches und scheues Kind. Niemand spielt mit mir auf dem Schulhof. Ich stehe am Rand und sehe, wie die anderen Kinder Kreise, Ketten, Mannschaften bilden. Ich bin nie dabei, Jahre nicht. Ich denke, es muss sehr schwer sein, Kontakt zu bekommen. Ich weiß nicht wie das geht, empfinde nur hilflose Trauer über diesen Zustand.

Jahrzehnte später

Ich bin inzwischen Gestalttherapeutin und bin auf einem Fachtreffen, zufällig im Nachbarort meiner Heimat. Jemand aus meinem Dorf ist unter den Therapeuten. Wir beide setzen uns ab und stöbern in Heimaterinnerungen. Hier erfahre ich zum ersten Mal: „Mit Flüchtlingskindern haben wir nicht gespielt, das war beschlossene Sache!“ Mein Kontaktproblem war also nicht von mir verursacht! Das Problem mit meinem Flüchtlingsstigma schrumpft dadurch augenblicklich fast zu einer Winzigkeit.

Ich war im jugendlichen Alter, als mein Vater an Paranoia erkrankte. Ab da galt als Gebot in der Familie: von der Erkrankung des Vaters darf niemand etwas erfahren. Ich verstand und trat den Rückzug freiwillig an. Na klar: unter den Kindern und Heranwachsenden kursierten Witze über Irre und Geisteskranke und mich betraf das hautnah. Ich konnte nicht mehr über solche Witze lachen. Ich begann Witze allgemein abzulehnen, weil ich darin oft als Grundprinzip kränkende Verletzungen erkannte. So wurde ich wie in der Kindheit wieder eine Einzelgängerin. Ich machte, wo ich konnte oberflächlich mit, aber ich verlernte das „Mich-Mitteilen“. In der Schule konnte ich sozial nicht mithalten. Die Themen über die andere sich unterhielten gingen an mir vorbei. Die Lehrer wussten zwar über unsere Familiensituation durch Gespräche mit meiner Mutter Bescheid, aber sie redeten nicht mit mir darüber. Selbst meiner einzigen Freundin erzählte ich nie etwas über meine Familie.

Ich war voller widerstreitender Gefühle, voller Fragen, und blieb damit immer alleine. Zur Gesellschaft verlor ich an Zugehörigkeitsgefühl. Ich vertröstete mich in die Zukunft: später wenn ich das Elternhaus verlasse, wenn ich frei von familiärem Zwang bin, wenn ..., aber über die Wirkungsweise der Selbststigmatisierung war ich mir damals nicht bewusst. Es genügte eine kleine Anspielung von Etikettierung und schon fiel ich in mich zusammen, unverständlich für den Verursacher. Ich badete im Gefühlschaos und mein Gegenüber hielt mich einfach für hypersensibel.

Warum war das Verstummen so schlimm? Weil man immer gegen sich selber und sein Bedürfnis zu sprechen ankämpfen musste. Und weil ich es mir zur Aufgabe machte, immer zu lächeln – nie das Gesicht zu verlieren, stets eine schützende Maske zu tragen. Dahinter konnte ich unbemerkt kommen und gehen und statt weg zu laufen, in Träumereien verschwinden. Ich habe in dieser Zeit die Auseinandersetzung weitgehend vermieden, aus Mitleid oder vermuteter Aussichtslosigkeit. Die Eltern hatten ja schon Probleme genug. Ein „Niemand-versteht-mich-Gefühl“ machte sich breit.

Was ist das Spezielle beim Stigma auf Grund der psychischen Erkrankung eines Familienmitglieds?

Bei einer psychischen Erkrankung ist immer das ganze Familiensystem betroffen. Alle leiden unter einem eigentümlichen Beigeschmack von Scham und Schuld. Die öffentliche Bloßstellung, der Finger der auf einen zeigt, ist sehr gefürchtet!
„Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm“ und andere Redensarten des „Volksmunds“ kommen einem gleich in den Sinn, wenn man nur daran denkt, das Familiengeheimnis zu lüften.

In der betroffenen Familie wird zum Dauerthema: „Wer hat wann

Irmela Boden
EX-IN-Dozentin NRW
Tanz- und Gestalttherapeutin, Heilpraktikerin, Sprecherin des Trialog Remscheid,
Email: irmela.boden@gmx.de

für was Verantwortung?“ „Trägt der Kranke Mitverantwortung für sein Verhalten?“ „Wie verhält sich die Familie als Ganzes gegenüber der Öffentlichkeit?“ „Welches Bild gibt man ab?“ Schaut mal die lächelnde Tochter! Das ist doch eine glückliche Familie! Zumindest habe ich geglaubt, dass das so rüberkommt. Besonders schrecklich für die Familie gestalteten sich die Zwangseinweisungen. Da weckte man plötzlich die schonungslose Neugier der Öffentlichkeit. Polizei? Ist da was passiert? Krankenwagen? Ist da jemand verletzt? Ach so, der Vater muss in die Irrenanstalt ...!

Meine Mutter hat ungeheuer hart daran gearbeitet, dass die Familie in der Gesellschaft wenigstens weiter funktionierte, auch wenn die Kontaktzone sehr ausgedünnt war. Sie musste die Geschicke einer ganzen Familie alleine und ohne den Partner verantworten. Sie war die offiziell Handelnde hinter den Kulissen und dabei sehr einsam. Als Kind in der Familie konnte ich ihre Leistung nicht würdigen - ich war dankbar, aber abhängig und noch nicht gereift genug, um sie spürbar zu stützen.

Heute kann ich aufgrund meiner langen Lebenserfahrung ermessen, was meine Mutter Großes geleistet hat: sie hat es trotz Stigmatisierung geschafft, dass ihr Mann in Würde altern konnte, und dass ihre vier Kinder einen erfolgreichen Weg in die Gesellschaft finden konnten. Meine Ausbildung zur Lehrerin und zur Heilpraktikerin mit psychotherapeutischem Schwerpunkt, sowie das Zusammenleben mit meiner eigenen Familie mit 2 jetzt erwachsenen Kindern hat mich Frieden finden lassen mit meiner Herkunftsgeschichte. Und doch lassen mich die Reste von Zweifel und Stigma nie ganz los. Denn das Stigma betrifft z.B. auch meinen ererbten gesundheitlichen Zustand und meine Resilienz, diese steht ständig auf dem Prüfstand. Dabei genügt es nicht, dass ich mich selber für gesund erachte, es muss auch von außen akzeptiert werden. Das Vertrauen in meine Gesundheit ist im Zusammenleben mit einem psychisch kranken Familienmitglied durch fundamental gestörte Kommunikationsformen erschüttert worden. Das hat mich geprägt und es fördert auch heute noch sporadisch das Misstrauen von außen stehenden Beobachtern.

Manchmal werden die Angehörigen von Außenstehenden sogar als die Verursacher oder zumindest die Verschlimmerer von psychischen Erkrankungen angesehen. Das sind dann besonders kratzige gesellschaftliche Kleider, die man als Angehörige zu tragen bekommt. Und groß ist die Gefahr, dass man sich dazu die passende Unterwäsche der Selbststigmatisierung selber schneidert. Vielleicht liegen darin die Brutstätten von schizophrenogenen Kommunikationsformen, wenn das System Familie zu eng in sich geschlossen bleibt.

Gesünder und entlastend sind auf alle Fälle Kontakte nach außen, bei denen man nicht alles totschweigen muss. Man kann Einzelmitglieder einer Familie „retten“, doch wichtiger erscheint mir, so weit wie möglich das ganze Familiensystem zu begleiten: die Zugehörigkeit zu pflegen, wo immer dies ermöglicht werden kann – durch Profis, die emotionale Resonanz zulassen, Nachbarn, die wohl gesonnen und offen sind, Freunde, die treu bleiben, Arbeitskollegen, die nachfragen ...

Während ich in jungen Jahren eher ein stiller Beobachter war, der nicht handelnd und regulierend eingreifen konnte, engagiere ich mich heute aktiv in Projekten, die sich um Ent-stigmatisierung von innen heraus bemühen: Trialog und EX-IN sind äußerst Mut machende Entwicklungen in der psychiatrischen Landschaft, wo die Mitsprache von Angehörigen mehr als erwünscht ist. Denn es ist förderlich, dass auch Angehörige sich und ihr Erfahrungswissen einbringen. Dabei sind alle Angehörigen angesprochen, denn es ist ein Unterschied, ob man Partner, Mutter, Vater oder Kind als Angehöriger eines psychisch erkrankten Familienmitglieds ist.

Mein Vater ist vor einigen Jahren gestorben, meine Betroffenheit als Angehörige und meine Stigmatisierung sind dadurch praktisch beendet worden. Aber ich bin und bleibe immer eine Stigma-Erfahrene. Anfangs konnte ich das nicht voneinander trennen.

Inzwischen ist es mir offensichtlich geworden: Das Stigma betraf nie die Beziehung zu meinem Vater - das war eine andere Geschichte. Das Stigma betraf mich nur in meinem Verhältnis zur Gesellschaft. Als Angehörige stand ich ewig auf der Grenze zwischen der Zugehörigkeit zur Familie und der Zugehörigkeit zur Gesellschaft. Das passte durch die psychische Erkrankung nicht mehr nahtlos ineinander. Was mich ein wenig mit der Stigmatisierung versöhnt, ist die Erkenntnis, dass Stigma zum Teil ein gesellschaftlicher Schutzmechanismus ist. Vieles daran ist die Angst vor dem Anderssein und somit zumindest menschlich verständlich. Wir sollten versuchen diese Ängste abzubauen. Das hat mir geholfen, meine Sprachlosigkeit zu überwinden, in meiner eigenen Familie ein offenes, gesundes Klima zu schaffen und zusätzlich die Liebe zu meinem Vater zu erhalten. ●

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Die Fachzeitschrift für Experten, Betroffene und Angehörige

Herausgeber: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) in Berlin. www.kerbe.info

Bestellanschrift: Verlag der Evang. Gesellschaft Stuttgart; Tel: 0711 / 60 100 – 40; vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Internet: www.kerbe.info

Nur nicht aus der Rolle fallen!?

Psychiatrisch tätig trotz eigener Psychiatrieerfahrung

Von Jürgen Dunker

„Vertrauen Sir mir doch, Sie brauchen Psychopharmaka, wie der Diabetiker sein Insulin“. Eindringlich redete meine Hausärztin auf mich ein, ich müsse doch akzeptieren, dass ich regelmäßig Medikamente nehmen müsste. Sie sprach von Lithium, das auch mein Arzt und Psychotherapeut aus meiner ersten stationären Rehabilitation in einer psychosomatischen Klinik im Abschlussbericht empfohlen hatte.

Drei Monate zuvor – wir schreiben das Jahr 1988 – hatte man mir bei meiner Entlassung aus der Psychiatrie die Diagnose „Zyklothymie“ gegeben. Seitdem bin ich auf eine ganze Reihe Diagnosen gekommen, von anderen gegeben oder auch von mir selbst gesucht und gefunden: Neurotische Depression, Neurotische Depression mit rezidivierender Dekompensation bei zyklothymer Persönlichkeit, Psychotische Episoden, Manie, Borderlinestörung, Posttraumatische Belastungsstörung. Besonders hilfreich für mich war der Begriff „spirituelle Krise,“ da er mir doch Möglichkeiten eröffnete, meinen bedrohlichen Erfahrungen auch neue positive Deutungsmöglichkeiten zu geben.. In diese Richtung geht auch die Einordnung meiner niedergeschriebenen Erfahrungen als „schamanische Krise“ durch eine Psychologin. Das waren natürlich Antworten jenseits des mir bis dahin begegnenden psychiatrischen Systems. Die ärztliche Diagnose nach Entlassung aus meiner letzten psychosomatischen Reha lautete: „emotional instabile Persönlichkeitsstörung retardiert“.

„Wer bin ich wirklich – Bin ich meine Diagnose?“ Für Fachleute aus Psychiatrie/Psychotherapie ist heute die Diagnosestellung sehr hilfreich. Habe ich eine Diagnose, bekomme ich ein Bild, wie ich Persönlichkeit, Verhalten, Störung, Behandlungsbedarf einschätzen kann. Es eröffnen sich Wege um therapeutische Maßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten zu planen und – was mir heute als Profi wichtig ist – ich kann die Beziehung zum Patienten aktiv gestalten.

Bei all den Diagnosen Zyklothymie, Borderlinestörung, Manie, Psychose war es für mich als Betroffener im Kontakt mit anderen nicht unproblematisch: Für den schulmedizinischen, psychiatrisch denkenden Behandler stand die Manifestation der Krankheit im Raum, meine alternativen Behandlungswege – Homöopathie, Körpertherapie (Bonding), Familienstellen, EA-Selbsthilfegruppen – wurden zwar im besten Fall interessant gefunden und befürwortet, ich war jedoch immer wieder damit konfrontiert, ich müsse doch einsehen, dass ... Auch dass es für mich gut sei, wieder in meinem Beruf als Sozialpädagoge zu arbeiten, wurde von Schulmedizinern aber auch von mir selbst immer wieder bezweifelt. Im privaten Kontakt wirkte mein offener Umgang mit meiner Psychoseerfahrung für andere manches Mal beängstigend. Natürlich war auch mein Verhalten in meinen beiden „Psychose-Phasen“ unheimlich, ebenso meine manchmal mangelnde Sensibilität für die Grenzen anderer. Zugegebener Maßen kokettierte ich auch gerne mal mit dem „Drama Psychose und Manie“, gab es doch dem aktuellen Stand meiner Genesung Gewicht. Und ich hatte ein Ziel: Das zu beweisen, was ich 1989 einer ganzen mir zweifelnd entgegentretenden Therapiegruppe entgegenschrie: „Gesundwerden ist möglich!“

Zur Genesung gehörte jedoch, bereit zu sein, mich von den „kranken“ Etikettierungen selbst zu lösen und das „Drama“ zu meiden. Ich musste lernen, mich immer dem aktuellen Genesungsstand („Nur für heute“) entsprechend zu verhalten, die gegenwärtige Realität immer wieder radikal zu akzeptieren und mich zunehmend zu verstehen, zu erfassen. Nur so waren Räume zu finden, in denen ich „Heilung“ mit entsprechenden Krisen durchleben konnte. Das war nicht immer leicht und auch später, als ich als schließlich als Suchttherapeut arbeitete, immer wieder eine Herauforderung.

Gute Anstöße, mich jenseits von kranken Etikettierungen selbst zu begreifen, gab mir viel später die OPD Diagnostik (Operationalisierte psychodynamische Diagnostik): Selbstwert- und Identitätskonflikt stehen bei mir im Vordergrund. Und schon bin ich bei zentralen Themen, die letztlich auch den Anstoß gaben, mich hier mit meiner Identität zu beschäftigen: als Psychiatrie- und Psychoseerfahrener, als Profi – und als Angehöriger und Freund psychisch kranker Menschen.

Diese Rollenvielfalt ist natürlich immer wieder verwirrend – für mich und andere: Bleibe ich zur rechten Zeit am rechten Ort in meiner Rolle? Wie sieht es mit meiner Loyalität zu anderen Betroffenen, zu Kollegen und Arbeitgeber aus? Welche Wirkung hat es auf meine Profi-Kollegen, wenn sie von meiner Betroffenen-Identität erfahren? Welche Wirkung bei den Patienten? Und wie bewältige ich meine Vulnerabilität, die nach wie vor zu mir gehört? Kann, darf ich mit dieser Vulnerabilität therapeutisch arbeiten, oder ist sie beängstigend für Kollegen, für Patienten? Positiv lässt sie sich auch als Empathie beschreiben, die heute eine meiner stärksten Ressourcen als Therapeut ist.

Letztlich boten Diagnosen für mich unterschiedliche Zugänge zum Verstehen meiner Persönlichkeit, meiner Identität. Sie gaben „Halt“ und Orientierung bis zu einem gewissen Grad – und sie waren natürlich Grundlage für die von mir gesuchte Behandlung im Rahmen des klinischen Rehabilitationssystems. Nur der „Kranke“ hat einen Anspruch auf Behandlung. Diagnosen konnten jedoch

Jürgen Dunker (Pseudonym) Diplom-Sozialpädagoge, Suchttherapeut (VdR) mit gestalttherapeutischer und familientherapeutischer Qualifikation. Seit 1987 (erste „manische-psychotische“ Episode) langjährige Genesungserfahrung. Seit 2000 in der stationären Rehabilitation von Abhängigkeitskranken tätig. www.lebenundsinn37.jimdo.com

auch Heilung entgegenstehen, da Heilung etwas prozesshaftes, lebendiges ist – im Gegensatz zum statischen Bild einer Diagnose. Zu Heilung gehören Krisen, Erstverschlimmerungen, Symptome und Erschöpfung von der Durcharbeitung seelischer Prozesse.

Heute blicke ich auf über 20 Jahre Suchen und Finden und Erfahren von Heilung zurück. Im Rahmen der Psychiatrie fand ich wenig Heilung, wohl Zeit zum Nachsinnen. Ich ging einen Weg, auf dem sich Baustein für Baustein mein Leben neu zusammensetzte. Ein Weg, auf dem ich Räume von Heilung, wirksamer Hilfe, praktischer Lebensbewältigung, und Räume von Sinn und Spiritualität entdeckte und neu ausfüllte. Und ich bekam auch immer mehr und neue Antworten auf meine Ursachen, bzw. auch allgemein Ursachen von Depression und Wahnsinn, wie auch zum Verständnis von Krankheiten allgemein.

Neuen Antworten bin ich teilweise euphorisch begegnet. Anderen war dies immer wieder suspekt. Andererseits durfte ich interessanten und wunderbaren Menschen begegnen, die mir in meinem Genesungsprozess auf unterschiedliche Weise hilfreich zur Seite standen und mich inspirierten – und durch die ich erleben konnte, dass ich mit meiner Wirklichkeit, mit meinem Verständnis von Genesung nicht allein in der Welt stand.

Seit 10 Jahren arbeite ich als Sozialpädagoge und Suchttherapeut in der stationären Entwöhnungsbehandlung. Vielleicht musste ich Suchttherapeut werden, um wirklich zu begreifen, was „Nüchternheit“ heißt. Täglich muss ich beim Einstieg in die therapeutische Identität die Balance halten zwischen meiner Rolle als Therapeut, der Einfühlung und Identifikation mit Ohnmachtsgefühlen von Patienten, sowie eigenen Ohnmachtsgefühlen: Ich kenne so vieles, was im klinischen Bereich nur begrenzt umsetzbar ist: aufgrund des Konzeptes der klinischen Rehabilitation, der Konzeption des jeweiligen Trägers, dem therapeutischen Verständnis der Kolleg(inn)en und der Motivationslage, des Störungsbildes und der Abwehrstrukturen der Patienten – der Betroffenen, denen ich mich eigentlich so verbunden fühle. Nicht zu vergessen, die stets begrenzte eigenen Kompetenz und der Kompetenz der Kolleg(inn)en. Heute kann ich sagen, „ich bin gut genug“. Ich bringe meine mittlerweile nicht wenigen „Qualitäten“ und „Qualifikationen“ ein und ich stelle immer wieder nüchtern fest, es liegt nicht in meiner Hand jemand „zu retten“.

Manches habe ich in über 20 Jahren bewältigt, manches erreicht und manches habe ich hinter mir lassen müssen, auch verloren. Gewonnen habe ich vor allem Antworten. Antworten auf Fragen, die ich mir als Jugendlicher gestellt habe. Erreicht ist insbesondere eine Genesung, für die ich dankbar und stolz sein kann. Auf eines konnte ich gut verzichten: Auf Lithium und andere regelmäßig einzunehmende Psychopharmaka. Gut, dass ich meiner schulmedizinischen Hausärztin damals nicht vertraute.

Was gilt es heute mit dieser Erfahrung zu tun? Diese Frage bewegt mich immer wieder. Meine Wut auf das so allmächtige psychiatrische System, auf die herkömmlichen, „herrschenden“ Antworten auf Krankheit hat mich zunächst dazu gebracht. Vorträge zu organisieren und gelegentlich auch von mir zu berichten. Zunächst zaghaft in einem Kleinkunstprogramm, später auch im größeren Rahmen für eine andere Wirklichkeit im Umgang mit seelischem Leid, mit Krankheit und Krisen einzustehen. Letztlich war mein Anliegen, für den Satz zu werben, den ich 1989 in einer Gruppentherapie hinausschrie: „Gesund werden ist möglich!“ Das ist mir ganz gut gelungen.

Mittlerweile habe ich aus verschiedenen Perspektiven auf meine Gesundungs- und Krankengeschichte geblickt, sie in Therapien, im Kontext meiner Arbeit als Suchttherapeut und in Weiterbildungen immer wieder aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Am kraftvollsten war sicher für mich systemisches Denken, aus dem Familienstellen heraus, aber auch meiner ersten Weiterbildung als Sozialtherapeut-Sucht. Ich lernte in körpertherapeutischen Workshops (vor allem Bondingworkshops) etwas über Grundeinstellungen, kognitive Strukturierungen, mein „Inneres Kind“ und Aussöhnung mit den Eltern. Vor allem bekam ich Raum für den Ausdruck und die Durcharbeitung von Emotionen, Trost und körperliche Nachnährung. Wertvoll erlebte ich aus meiner Weiterbildung zum Suchttherapeuten die Krankheitslehre der Integrativen Therapie, obwohl ich eine wieder neue Fachsprache lernen musste. Und natürlich könnte ich ein bisschen aus meiner Erfahrung der homöopathischen Diagnostik erzählen – aber hier verlassen wir ja schon wieder das psychiatrische System – leider.

Ich glaube, ich habe aus meiner Perspektive als Betroffener, Profi und Angehöriger einiges zu sagen. Ich habe eine ungewöhnliche Genesungsgeschichte zu berichten und ich habe einige Antworten zum „warum und wieso“ von psychischer Erkrankung, sowie Ideen, was zu tun sei. Wie bringe ich diese meine Erfahrung in die Welt - ohne wieder wie so oft mit dem Etikett „Betroffener“ stigmatisiert zu werden? Ich habe mich entschieden, diesen Artikel unter einem Pseudonym zu veröffentlichen – letztlich um mich, den Therapeuten, den Profi und den möglichen Bewerber um einen Arbeitsplatz zu schützen. Zumindest in der breiten Öffentlichkeit.

Mein früherer Klinikleiter beantwortete meine Frage, ob er mich eingestellt hätte, wenn er bei meiner Bewerbung von meiner Psychoseerfahrung gewusst hätte, prompt und ehrlich: „Nein, ich hätte Dich nicht zum Vorstellungsgespräch eingeladen.“ Mein offenes Benennen meiner Psychoseerfahrung in Verbindung mit meinem Auftreten beim Vorstellungsgespräch seien jedoch überzeugend gewesen. Ich habe bei fast keinem persönlichen Vorstellungsgespräch meine Psychiatrieerfahrung verschwiegen. Ist das vielleicht arrogant? Gemäß dem Motto: „Ich will geliebt werden, wie ich bin?“ Die Rückmeldung bekam ich kürzlich. Dann müsste ich jedoch weiter Kraft aufwenden, um etwas zu verheimlichen. Ich werde in Zukunft von Fall zu Fall entscheiden. ●

Experienced Involvement

Von Carolin Dittmar

Abstract

Mir wurde mit 20 Jahren mein „normales" Leben genommen. Ich hatte vier Psychosen innerhalb von vier Jahren. Die Psychosen kamen aus dem „Nichts" und verschwanden dort hin – durch meine Stärke und meine Kraft, wieder gesund zu werden.
Die Stigmatisierungen verschwanden mit der Zeit auch – aber nicht alle Menschen konnten meine Psychosen vergessen.

Erste Symptome

Ich wurde mit neunzehn, fast zwanzig Jahren aus einem völlig „normalen" Leben- hinein in eine andere Welt katapultiert. Im Nachhinein war es dann doch ein schleichender Prozess, der sich über sechs Jahre hinzog. Der mir den Boden unter den Füßen weg riss. Ein Abgrund tat sich auf, den ich anfangs nicht zu überwinden wusste.

Ernüchternde Psychiatrie

Ich wachte mit gerade zwanzig Jahren in der Psychiatrie auf, nachdem ich drei Wochen nichts gegessen hatte, mich total isolierte und „Stimmen" hörte. Dort verbrachte ich zwei Monate, ohne zu wissen, was mit mir ist. Ich dachte, der Zustand sei für immer. Niemand redete mit mir richtig oder erklärte es mir. Noch nicht mal bei der Entlassung wurde ich aufgeklärt- weder über die Medikamente noch über meine Krankheit. Ich las dann in einem Buch, ich sei geisteskrank! Psychose = Geisteskrankheit?!

Einsamkeit

Zurück zu Hause, war ich allein. Ich hatte zugenommen, konnte mich nicht mehr gut bewegen. In meinem Kopf war es leer und still geworden. Wo vorher noch Fantasie und Hoffnung war, weilte jetzt ein schwerer dunkler Vorhang, der sich über mich gelegt/ gehängt hatte.

Geoutet sein

Jeder in meinem Umfeld wusste, dass ich „durchgeknallt" war. In mir sprach zwar wieder meine eigene klare Stimme. Noch sehr leise, aber sie war wieder da. Doch die wollte fast niemand hören. Fast alle sahen in mir das „Mädchen," das wohl mehr als eine „Zigarette" geraucht hatte und davon KRANK geworden war. Dass da sechs Jahre leiden hinter mir lag - mit vielen Verlusten von geliebten Menschen- sah niemand.

Krank

Ich war einfach nur krank in deren Köpfen. Manche dachten sich Geschichten dazu aus- eigene Theorien- die schonungslos verbreitet wurden. Sie logen, ohne mit mir zu reden. Sie machten noch mehr kaputt, als es schon war. Zu meinem ungehörten Schmerz der Vergangenheit kam jetzt noch die Stigmatisierung.

„Verletzte" Seele

Aber es war doch meine Seele, die so verletzt war. Meine Seele wusste keinen anderen Ausweg, als sich in die Psychose zu retten. An einen „sicheren Ort", um dann, wenn sie den größten Schmerz überwunden hat, wieder zu kommen. Mich wieder „vollständig" zu machen. Es war nur eine kleine Verrückung der Realität, die mich überleben ließ. Ein Zustand, der laut der Ärzte und des Pflegepersonals nur mit einer hohen Dosis von Medikamenten „weg zu machen ist". Ein Zustand der mit „annehmen und zuhören" hätte geheilt werden können. Statt dessen wurde er „betäubt"! Meine Psychose- eine Strategie, die so viel Leid und Einsamkeit mit sich zog.

Diagnose-Urteil

Nicht die Diagnose hat mich schockiert. Nein, es war die Stigmatisierung! Es war das „weg schauen". Die Falschheit. Das Verleumden. Die Ausgrenzung gegenüber jemandem, der hypersensibel und feinfühlig ist. Eine Gabe, die ich mittlerweile als Kompetenz ansehe, die aber gleichzeitig auch eine große Bürde ist.

Die Wende

Nach meiner letzten Psychose fand ich im eigentlich „langweiligen Bla- Bla- Entlassungsgespräch" mit der Psychologin die Lösung, warum ich mich immer in Psychosen flüchtete. Ich stabilisierte mich vollständig. Ich fing an, wieder ein „normales" Leben zu führen. Mit Freunden. Ich fing an, ein paar Stunden in der Woche zu arbeiten. Zwei Jahre nach meiner letzten Psychose wurde ich schwanger. Vor über fünf Jahren bekam ich meine wunderbare Tochter. Meine Tochter bewirkte schon in den neun Monaten der Schwangerschaft wahre Wunder. Sie „verband" meinen Körper, meinen Geist und meine Seele so wunderbar miteinander - kein Medikament oder irgend etwas anderes hätte das tun können. Meine Tochter ist sehr hübsch und zuckersüß, so dass sie sogar Neid bei „Gesunden" auslöst. Ich bin sehr stolz auf sie.

Neue Wege

Im Jahr 2007 nahm ich an der großen EX-IN (experienced involvement) Tagung teil. Das Faszinierende war, nicht die Studierten waren in der Hauptrolle. Nein! Es waren die Betroffenen (Menschen mit seelischen Krisen und deren Diagnosen). Ich war so begeistert, dass ich alles daran setzte, diese Ausbildung machen zu können. Eine Ausbildung um selbst in dem Bereich der psychisch Erkrankten zu arbeiten. Während der Ausbildung fing ich an, ein Jahr beim IRRTU(R)M - einer Zeitungsinitiative die ein Portal für

Carolin Dittmar
Jahrgang 1978
EX-IN Genesungsbegleiterin in einem Wohnheim der Inneren Mission, Bremen
Dozentin
Psychiatrieerfahrene

Betroffene ist – zu arbeiten. Dort kam ich zu dem Spielfilmprojekt „Tanz mit dem Einhorn“ und übernahm eine Rolle als Schauspielerin sowie Regieassistenz und Produktionsleitung. Ein integratives Projekt von Jürgen J. Köster/ cinè-ci in der Regie. Dort wurde nicht über Betroffene gesprochen, sondern sie haben das Drehbuch geschrieben und den Film auch umgesetzt. Nach der EX-IN Ausbildung bewarb ich mich bei der Inneren Mission und bekam einen Job im Wohnheim. Wo ich jetzt arbeite und sehr glücklich bin. So kann ich ein bestehendes Team multifunktional ergänzen. Das ist für mich zu einer Lebensaufgabe geworden. Ich kann mich dort und auch in meiner Tätigkeit als Dozentin für Menschen in Krisen einsetzen. Für Menschen, die sonst nicht gehört oder verstanden werden. Mehr Aufklärung in der Gesellschaft ist sehr wichtig, da Stigmatisierung meist durch Unwissenheit entsteht.

Fazit

Ich habe unter meiner Erkrankung lange gelitten. Aber ich bin dankbar dafür, was ich lernen konnte. Wie ich mich dadurch und durch meine Reflexion der Krankheit weiter entwickeln konnte und kann, und dass ich mit mir im „Reinen“ bin. Ich habe aus etwas sehr Negativem, etwas sehr Positives geschaffen. ●

„....und alles soll so bleiben, wie es ist...!“

Zum Spannungsverhältnis von seelischer Behinderung und Pflegebedürftigkeit

Von Sibylle Gronmaier, Michael Konrad

Einleitung

Alt, behindert und pflegebedürftig - in Deutschland ein relativ neues und ungelöstes Problem. Die massenhafte Ermordung und Sterilisierung behinderter Menschen durch das nationalsozialistische Regime hat diese Konstellation bis zum Ende des zweiten Jahrtausend zu einem statisch eher seltenen Fall gemacht. Dementsprechend gibt es leistungsrechtlich bis hin zum Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) keine befriedigende Regelung für diese Lebenslage.

Bei der Einführung des SGB XI gab es intensive Debatten über die Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Behinderung durch die Leistungen der Pflegekasse. In der Gesetzgebung wurde das Problem vermeintlich elegant gelöst, nämlich durch die Einführung des § 43a, der die Gewährung einer Leistungspauschale von 256 Euro für eingestufte Bewohner in Behinderteneinrichtungen vorsieht. Diese Pauschale wird jedoch nicht zusätzlich gewährt, sondern mit dem stationären Pflegesatz der Eingliederungshilfe verrechnet. Zufrieden waren mit der Regelung weder die Betroffenen und ihre Angehörigen, noch die Einrichtungen und Kommunen. Im vergangene Jahr verabschiedete die Landesarbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Träger der Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg ein Positionspapier zur Weiterentwicklung der stationären Hilfe für alt gewordene Menschen mit Behinderungen und zunehmendem Pflegebedarf verabschiedet (Rundschreiben KVJS Dez.2-19/2009). In diesem Positionspapier werden drei alternative Lösungen des Problems vorgeschlagen:

- Inanspruchnahme der vollen Leistungen der häuslichen Pflege nach SGB XI durch Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe,
- Binnendifferenzierung, d.h., die Einrichtung einer Pflegeabteilung innerhalb von vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und die gleichzeitige Nutzung von Leistungen nach SGB XI und XII,
- Teilhabeleistungen ergänzend zur Hilfe zur Pflege, das heißt, dass in der Pflegeeinrichtung die notwendigen Pflege- und Teilhabeleistungen gemäß individueller Hilfeplanung erbracht und finanziert werden.

Mögen die Vorschläge für pflegebedürftige behinderte Menschen in Einrichtungen eine Lösung sein. Für behinderte Menschen, die in der Gemeinde integriert sind und ambulante Hilfe erhalten, kommt der Wechsel in ein Heim meist nicht in Frage. Wie Menschen ohne Behinderung wollen sie auch im Alter und bei Pflegebedürftigkeit dort wohnen bleiben, wo sie sind. Wie eine vor kurzem durchgeführte Untersuchung in Frankfurt festgestellt hat, herrscht „eine große Abwehr gegenüber Wohnformen..., die den Einzelnen...nicht bekannt sind“[1]. Für die konkrete Umsetzung bedeutet das, den Personenzentrierten Ansatz auch bei alt gewordenen pflegebedürftigen seelisch behinderten Menschen konsequent umzusetzen. Personenbezogene Hilfen sollten nicht davon ausgehen, welche verfügbaren Angebote für den speziellen Kunden am Besten geeignet sind, oder wo gerade ein Platz frei ist. Die Hilfen sollten in dem jeweiligen Lebensfeld (räumlich, sozial, zeitlich) organisiert werden können. Überaus wichtig sind: Möglichst

Sibylle Gronmaier
Heilerziehungspflegerin mit der Zusatzqualifikation „Systemisches Arbeiten in der Sozialpsychiatrie“. arbeitet im Ambulant Betreuten Wohnen des ZfP Südwürttemberg in Ravensburg.
Email: sibylle.gronmaier @zfp-zentrum.de

wenig Betreuerwechsel und eine permanente, flexible Anpassung an den Bedarf, sowohl auf qualitativer wie auch quantitativer Ebene.

Die zentrale Rolle in der Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes kommt der Koordinierenden Bezugsperson zu. Die koordinierende Bezugsperson ist entgegen des Fürsorgemodells der Bezugspersonenbetreuung nicht für die gesamte direkte Betreuung des Klienten zuständig, sondern übernimmt die Rolle des Navigators durch das zunehmend unübersichtliche System der Sozialleistungen. Sie erarbeitet mit dem Klienten Ziele für den weiteren Lebensweg und erstellt mit ihm einen konkreten Hilfeplan.

Die permanente Entscheidung zwischen vermeintlichem Wohl und vermeintlichem Willen des Klienten – also zwischen der Fürsorgepflicht des Versorgungssystems und der Selbstbestimmung des Klienten - ist in der Umsetzung personenzentrierter Hilfen bei pflegebedürftigen Menschen mit seelischer Behinderung das zentrale Problem der koordinierenden Bezugsperson. Pfade der Lösung dieses Problems wollen wir mit der Schilderung eines Einzelfalls beleuchten.

Herr Putz und sein Kampf um Selbstbestimmung

Herr Putz, Ende 50, verlebt seine Kindheit bei Pflegeeltern und in Heimen. Er beschreibt diese ersten Lebensjahre als unruhig und von Gewalt und Druck geprägt. Er sei viel geschlagen worden, Freunde hätte er keine gehabt. Mehr Erinnerungen hat er aus dieser Zeit nicht. Nach der Schule arbeitet er an verschiedenen Stellen , bleibt jedoch nie lange. Herr P. stellt sich als kräftigen Kerl dar, der sich nichts gefallen lies und häufig in Saufereien und Raufereien verwickelt war.

Im Alter von 20 Jahren wird Hr. P. erstmals stationär eingewiesen. Diagnose paranoid-halluzinatorische Psychose. Die nächsten 20 Jahre sind bestimmt von mehreren Unterbringungen in der Forensik des ZfP Weissenau – Brandstiftung, schwere Körperverletzung und ähnliche Delikte sind die zu Grunde liegenden Straftaten. Als „Drehtürpatient“ erlebt Herr P. immer wieder stationäre Aufenthalte auf Grund von akuten Psychosen und Alkoholmissbrauchs. Dazwischen liegen Obdachlosigkeit und Versuche, im Heim zu leben.

Mitte der 80er Jahre lernt er in der Klinik Frau Auer. kennen. Es entwickelt sich über die Jahre – trotz stationärer Aufenthalte und Krisen auf beiden Seiten – eine sehr enge Beziehung. Vor zehn Jahren werden beide im Zuge der Ambulantisierung aus der Klinik entlassen. Wenig später beziehen sie eine gemeinsame Wohnung. Beide sind zusammen relativ stabil und stolz auf die erreichte Selbständigkeit, die sie – oft lautstark – nach außen vertreten. Herr P. spricht von diesen Jahren als den schönsten seines Lebens. Zuhause und bei der Arbeit – er geht mittlerweile regelmäßig halbtags in die WfbM – sei es gut gewesen.

Vieles hat sich verändert...

Im Januar 2007 erkrankt Frau A. und muss in ein Pflegeheim verlegt werden. Weit weg vom bisherigen Wohnort gelegen, ist es für Herrn P. unmöglich, selbständig seine Partnerin zu besuchen. Die gemeinsame Wohnung muss er aufgeben und ein erhöhter Hilfebedarf wird deutlich. Herr P erhält nach Vorstellung in der Hilfeplankonferenz Leistungen im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens (ABW)[2] .

Herr P. ist schon jahrelang insulinpflichtiger Diabetiker. Dies und daraus resultierende Folgeerkrankungen erfordern regelmäßige und konsequente Einnahme/ Verabreichung von Medikamenten. Psychopharmakologisch ist Herr P. hoch dosiert auf Clozapin eingestellt. Die Behandlungspflege stellt der Psychiatrische Pflegedienst (PPA) sicher.

Im September 2008 wird bei Herrn P. eine lebensbedrohliche Niereninsuffizienz Grad V festgestellt. Die permanente Gefahr einer Vergiftung könnte nur mit einer Dialysebehandlung gebannt werden. Herr P. lehnt jegliche Behandlung vehement ab. Die Prognose der Fachärzte beläuft sich in diesem Fall auf eine Restlebensdauer von Monaten, jedoch könnte es auch jederzeit zum Notfall kommen.

Früher in fast allen Bereichen selbständig und Unterstützung ablehnend, ist Herr P. meist nur müde. Plötzlich besteht in der Pflege, Alltagsversorgung und im psychosozialen Bereich ein großer Hilfebedarf.

Große Einschnitte, wie die Trennung von Frau Auer oder die Aufgabe der gemeinsamen Wohnung bewältigte Herr P. ohne erkennbare große Krise. Jedoch verliert er nach und nach seinen „Kampfgeist“. Früher mit heftigen – auch aggressiven – Ausbrüchen um alles ihm Wichtige kämpfend, scheint er mehr und mehr zu resignieren. Herr P. erzählt öfter von Horrorträumen und wahnhaften Bildern. In zugänglichen Momenten zeigt er sich auch ängstlich. Immer wieder äußert er dies auch in Telefonanrufen mit der Bitte um den Besuch der koordinierenden Bezugsperson. Dabei hat er meist keinen Gesprächsbedarf, sondern äußert: „Du sollst eine Weile da sein“.

Die Wichtigkeit der professionellen Beziehungskonstanz wird immer deutlicher: Herr P. stützt sich nach und nach mit all seinen persönlichen Belangen auf die professionelle Betreuerin, verlagert seine Beziehungen auf die Bezugsperson, die die Vermittlerrolle nach außen übernimmt. Resultierend aus der lebensbedrohlichen Situation entsteht zudem die Notwendigkeit, mit Herrn Putz zusammen eine neue Hilfeplanung zu machen und dabei die erhebliche Pflegebedürftigkeit mit einzubeziehen. Dabei ist die koordinierende Bezugsperson mit vielen rechtlichen, medizinischen und ethischen Fragen konfrontiert. Die zentrale Frage ist, ob ein Hilfesystem implementiert werden kann, mit dem Herr P. seinem Wunsch entsprechend seine Lebensform beibehalten kann.

...aber alles soll so bleiben, wie es war

Herr Putz verteidigt sein Hauptanliegen bei allen Verhandlungen

Michael Konrad
Dr., Dipl. Psych., Leiter des Wohn- und Pflegeheims Ravensburg-Bodensee im ZfP Südwürttemberg und Sprecher der Trägergemeinschaft GPV des Landkreises Ravensburg.
Email: michael.konrad @zfp-zentrum.de.

vehement: „Alles soll so bleiben, wie es war.....“, und das solange wie möglich. In der eigenen Wohnung bleiben, weiterhin halbtags zur Arbeit in die WfbM gehen (auch wenn Herr P. dort keine verwertbare Arbeit mehr erbringt), seinen Tagesablauf weiterführen. Alle Mitarbeiter, die Hilfen erbringen, sollen verstehen und akzeptieren, dass er – in Bezug auf eine Behandlung- nicht bedrängt werden will. Konfrontiert mit dem brisanten – häufig tabuisierten - Thema Sterben/Tod ist das eine große Herausforderung für alle Beteiligten.

Herr P. öffnet sich nach und nach in vielen Begegnungen seiner Bezugsperson gegenüber ein Stück weit. Er erhält Informationen zur Behandlung, schaut Informationsmaterial an . Herr Putz kann erzählen, was er gesehen hat und dass er das für sich nicht möchte. Manchmal erzählt er von seiner Angst. Regelmäßig werden Ärzte und Dialysestation besucht. Das Thema ist nicht ausgeklammert – aber es ist auch nicht mehr das einzige Thema.

Die Bezugsperson entscheidet für sich und verspricht Herrn Putz, ihn nicht mehr zu bedrängen. In einer Patientenverfügung wird festgeschrieben, dass er keine Behandlung möchte. Für den Fall des Notfalls - lebenserhaltende Maßnahmen in Anspruch zu nehmen – macht er keine Aussage. Dies bedeutet, dass sie eingeleitet werden. Herr Putz weiß auch, dass, sollte der Notfall eintreten, die Aussichten zu sterben sehr hoch sind.

Herr P. bleibt stark – auch wenn die Kraft weniger wird. Die möglichen Konsequenzen – auch die, sterben zu können, sind stets offenes Thema. Dennoch beharrt er auf Selbstbestimmung und Freiheit. Eine wichtige Rolle nimmt dabei durchweg seine Bezugsperson ein. Als seine Vertrauensperson dient sie als seine Interessensvertreterin. Stützend ist im Gesamtprozess für Klient und Betreuerin die Haltung des behandelnden Arztes der Dialysestation, die sich in folgendem Zitat zusammen fassen lässt: „Wir haben Ihnen alles gezeigt und erklärt. Kommen Sie vorbei, wann immer Sie wollen. Ich werde mir Zeit nehmen. Mehr kann ich nicht tun. Alles andere wäre würdelos.“

Herr P. kann seine Vorstellungen klar äußern. Auf der Basis vieler gemeinsamer Auseinandersetzungen und Verhandlungen wird es nach und nach möglich, ein klientenzentriertes, alltagstaugliches Netz an Hilfen zu erstellen. Es gilt dabei das Recht auf Selbstbestimmung und die Aufgaben der Fürsorgepflicht zu verbinden:

„Eine Zwangsbehandlung, und sei sie auch nur im Ansatz, wird es nicht geben. Mag sein, dass Herr Putz sich anders entscheidet, als es uns angenehm ist – wir werden ihn seinem Wunsch entsprechend begleiten.“ (Dienstleitung)

Welche Hilfen waren nötig?

Die neu erstellte Hilfeplanung erbrachte einen komplexen und umfassenden Hilfebedarf:

- mehrmals täglich Krankenbeobachtung bezüglich möglicher Vergiftungsanzeichen
- 3 x tgl. Medikamentengabe, Blutzuckermessung, Insulinverabreichung
- Motivierung und Anleitung zur Körperpflege (kleine und große Toilette), mit Fortschreiten der Krankheit mehr und mehr Übernahme
- Übernahme der Wohnungs- und Wäschepflege
- Sorge für regelmäßige Mahlzeiten (einkaufen, herrichten, warm machen; dabei musste sich die Zusammensetzung an der Nieren- und an der Diabeteserkrankung orientieren)
- thematisieren einer angemessenen Ernährungsweise – Ernährungsberatung
- Übernahme von Einkauf und Besorgungen
- Krisenintervention bei psychischen und somatischen Auffälligkeiten
- Sicherung einer Notfallversorgung durch 24 h Rufbereitschaft
- Terminierung von regelmäßigen Arztbesuchen (Psychiater, Hausarzt, Dialysearzt) Motivierung, Begleitung, Fahrdienst
- zwei wöchentliche Hausbesuche, Unterstützung im Alltag (Gespräche und Beratung bei anfallenden Fragen, Konflikten und Problemen)
- Hilfebedarferhebung, ständige Anpassung,
- Koordination der verschiedenen Dienste
- Hilfe und Übernahme von bürokratischen Dingen
- Gespräche und Information von/mit Betreuer, Pflegedienst, Ärzten, Arbeitserzieher
- Krisenintervention, d.h. Besuche auch außerhalb der Regel, wenn es Herrn P. psychisch oder somatisch schlecht geht
- Thematisierung - falls gewünscht – des Zustandes
- Weiterführung der Kontaktes zur Partnerin ermöglichen (Übernahme von Terminabsprachen, Begleitung und Fahrdienst ins weit entfernte Pflegeheim, Unterstützung beim Schriftverkehr)
- Finanzen
- Aufenthalt
- Gesundheit

Der erste Block kann im Rahmen der häuslichen Krankenpflege erbracht werden. Der letzte Block wird vom gesetzlichen Betreuer erbracht. Der mittlere Block war im Rahmen des ABW nicht zu leisten.

Komplexes Hilfeangebot im Lebensfeld

Um Herrn Putz` Wünsche und die Anforderungen der Fürsorge unter einen Hut zu bringen, war es notwendig, die Vision eines Komplexleistungsangebotes in der eigenen Wohnung zu realisieren. Diese Vision kann freilich nur umgesetzt werden, wenn eine Vielfalt an Versorgungsangeboten in einer Region vorhanden ist. Darüber hinaus bedarf es Kooperationsstrukturen, die über Einrichtungs- und Trägergrenzen hinweg die Erbringung eines Komplexleistungsangebotes ermöglichen. Im Landkreis Ravensburg sind diese Voraussetzungen durch einen GPV mit verbindlichem Kooperationsvertrag und gemeinsamer Versorgungsverpflichtung gegeben. Durch die Kombination von Leistungen der Sozialgesetzbücher V, XI und XII (Eingliederungshilfe, Krankenversicherung und Pflegeversicherung) kann ein Hilfeangebot entstehen, das in der Intensität der direkten Hilfen an das Angebot vollstationärer Hilfen heran reicht.

Die zentrale Aufgabe war, ein Hilfesystem zu implementieren, mit dem Herr P., seinem Wunsch entsprechend, seine Lebensform beibehalten konnte.

Um Herrn Putz` Wünsche und die Anforderungen der Fürsorge unter einen Hut zu bringen, war es notwendig, die Vision eines Komplexleistungsangebotes in der eigenen Wohnung zu realisieren.

Herr Putz kann im Rahmen dieses individuellen Betreuungsarrangements insgesamt zwei weitere Jahre in seiner Wohnung und nach seinen Vorstellungen leben.

Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden bei Herrn Putz von dem ambulanten psychiatrischen Pflegedienst erbracht. Die Bewilligung einer Pflegstufe war allerdings auch in diesem Fall nicht komplikationslos möglich. Obwohl die Begutachtungsrichtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen regeln, dass die Einschränkung beim Planen und Organisieren oder z.B. die fehlende Krankheitseinsicht bei der Einstufung berücksichtigt werden müssen, können die Leistungen oft erst nach Widerspruch oder Klage erstritten werden.

In evtl. auftretenden psychischen oder somatischen Krisensituationen kann sich Herr Putz per Telefon rund um die Uhr an die Rufbereitschaft des psychiatrischen Pflegedienstes wenden. Innerhalb von 20 min kann der Mitarbeiter bei ihm in der Wohnung sein und Unterstützung anbieten. Sollte Herr Putz die Situation als sehr bedrohlich empfinden, trägt er zudem zu Hause einen Notfallpiepser für den Ruf des Notarztes und Rettungswagens.

Der gesetzliche Betreuer übernimmt die Beantragung der unterschiedlichen Leistungen bis hin zu einer Klage gegen die Pflegeeinstufung. Dabei kommt der koordinierenden Bezugsperson eine wichtige vermittelnde Rolle zu. Sie erhebt fortlaufend mit Klient und den beteiligten Diensten die Hilfebedarfe, transportiert die Informationen über die notwendigen Hilfen, vermittelt zwischen Klient und gesetzlichem Betreuer und unterstützt diesen bei Verhandlungen mit den Leistungsträgern.

Am schwierigsten sind die notwendigen Hilfen zum Wohnen zu gestalten. Da die ambulante Wohnbetreuung in Baden-Württemberg nicht flexibel gemäß dem Hilfebedarf finanziert wird, muss ein anderer Weg der Finanzierung gefunden werden. Als Verlegenheitslösung kommen nur Leistungen im Rahmen des persönlichen Budgets in Betracht. Der Vorteil dabei ist, dass die Leistungen passgenau eingekauft werden können. Obwohl der zur Verfügung stehende Betrag nur etwas mehr als 200 Euro höher ist, stehen Herrn Putz damit mehr Leistungen zur Verfügung. Außerdem stützt das Einkaufsmodell sein Streben nach Autonomie und Selbstbestimmung – für ihn in dieser Phase von ungeheurer Wichtigkeit.

Das Komplexleistungsangebot verfestigt sich im Laufe der Zeit zu einem flexiblen Betreuungsmodell. D.h., alle notwendigen Hilfen sind letztendlich gesichert, können aber jederzeit an den Bedarf von Herrn P. angepasst werden. Die Grenze, an der letztendlich auch die größte Flexibilität scheitern würde, konnten wir nicht definieren. Es bleibt ein Handeln Schritt für Schritt, je nachdem, was sich verändert, aber immer mit „Zweifel, Einfühlungsvermögen, Offenheit und Orientierung am Klienten“.

Herr Putz kann im Rahmen dieses individuellen Betreuungsarrangements insgesamt zwei weitere Jahre in seiner Wohnung und nach seinen Vorstellungen leben. Auf der engen Vertrauensbasis zu seiner Bezugsperson kann er seine Selbstbestimmung und Freiheit leben – und in diesem Gefühl auch die Erbringung der krankheitsbedingt ständig zunehmenden Pflege und Fürsorge zulassen. „So ist es gut!“.

Herr Putz ist von der Spannungssituation unbeeindruckt. Er erlebt die Betreuungsangebote nicht als Sterbebegleitung, sondern lebt sein Leben, solange der Körper mitmacht. Kurz nach seinem 59. Geburtstag ist er in seinem Bett friedlich für immer eingeschlafen. Alles war geblieben, wie es ist. ●

Anmerkungen

1 E. Altwein & K. Hormuth: Alt werden mit psychischer Erkrankung. Psychosoziale Umschau, 24, 2009, S. 14-16.

2 Als Leistung der Eingliederungshilfe wird ABW mit einer einheitlichen Pauschale vergütet, ausgerichtet an einem Personalschlüssel von 1:12.

Ein ausführliches Literaturverzeichnis erhalten Sie bei den Verfassern des Beitrages.

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Postfach 330220, 14172 Berlin, Email: kerbe@beb-ev.de, Internet: www.kerbe.info

Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Karsten Groth, Hamburg; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Margret Osterfeld, Dortmund; Johannes P. Petersen, Rendsburg, Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart; Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Dr. Michael Swiridoff, Altenburg; Cornelie Class-Hähnel (Redaktionsassistenz), Stuttgart

Verlag und Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstr. 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0, Adressenänderungen bitte an: vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte 22,80 Euro (einschließlich Versandkosten), ISSN 0724-5165

Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Tel. (0711) 60100-41, Fax -76. Email: kerbe@anzeigengemeinschaft.de. Internet: www.anzeigengemeinschaft.de. Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 24 vom 1. Januar 2007

Druck:
Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

Erscheinungstermine:
1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Diakonie

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe

Rahmenbedingungen von Seelsorge in der psychiatrischen Klinik

Von Dirk Klute

Abstract

Die Seelsorgerin in einer psychiatrischen Klinik hat eine Sonderrolle. Welche, das ist unklar, sie bewegt sich oft in Grauzonen. Ob und wie Seelsorge gelingt, hängt auch von geklärten Rahmenbedingungen ab. Aber mehr noch von dem „Geist" des Mit- oder Gegeneinanders, von wechselseitigen Erwartungen und Befürchtungen.

Ein neuer Arzt in einer psychiatrischen Klinik hat einen klaren Rahmen: Arbeitsvertrag, Dienstanweisung, Aufgabenprofil, Team, Kollegen derselben Berufsgruppe. Es ist deutlich, was die Klinik von ihrem Mitarbeiter erwartet - und was der Mitarbeiter von der Klinik.

Nicht so bei der neuen Seelsorgerin: Anstellungsträgerin ist ihre Kirche. Das Aufgabenprofil – eher vage. Außerdem: *Wessen* Aufgabenprofil gilt für die Seelsorgerin? Das der Kirche? Der Seelsorgerin selbst? Der Klinik? Der einzelnen Mitarbeitenden? Der Patienten? Was kann zu so einem Aufgabenprofil gehören? Was ist Pflicht, was Kür? Hier eine Auswahl: Andachten, Gottesdienste, Gesprächsgruppen, Einzelgespräche, Musikgruppe, Chor, Schreib-/ Zeitungswerkstatt, Malgruppe, Angehörigenarbeit, Ehrenamtlichenarbeit, Feste, Trauerfeiern, Beirat, Ethik-Komitee, Literaturbeschaffung, Vermittlung von Kontakten, Begleitung ehemaliger Patienten, Ansprechpartner für Mitarbeitende, Öffentlichkeitsarbeit.

In diesem Mischmasch hilft es, ein Konzept zu schreiben und es fortzuschreiben. Damit die Seelsorge nicht nur das Produkt der Erwartungen anderer, von Dienstanweisungen oder von Zufälligkeiten wird.

Rahmenbedingungen: Eine Haltungs-Frage

Die Seelsorgerin könnte eine Rahmenbedingungen-„Wunschliste" einreichen. Aber ob diese akzeptiert und mit Leben gefüllt wird, hat noch mit etwas anderem zu tun: mit dem „Geist", in dem Mitarbeitende und Leitung ihr begegnen. Hier zwei grundlegende Kategorien:

- die Erwartungshaltung: Zuversicht oder Angst
- die Interessenlage: Interesse oder Desinteresse

Daraus ergibt sich ein Vier-Felder-Schema:

1. zuversichtliches Interesse
2. zuversichtliches Desinteresse
3. ängstliches Interesse
4. ängstliches Desinteresse

1. Zuversichtliches Interesse

„Wie schön! Die Seelsorgerin wird eine Bereicherung unseres Angebots darstellen, die Patienten bekommen Hilfreiches, Kurzweiliges, Heilsames, Tröstendes. Als jemand „von außen" wird sie für Patienten und Mitarbeitende eine gute Gesprächspartnerin sein – mit weniger Betriebsblindheit, mit einer Position außerhalb von Hierarchien, mit Verschwiegenheit, ohne Dokumentationspflicht. Eine Chance! Sie wird als Neuling viel von uns lernen, und wir gestehen ihr Fehler zu. Wir werden von ihren neuen Ideen und ihrem anderen Blick profitieren. Wir freuen uns auf kontinuierlichen Kontakt, suchen und geben Hinweise, loten Kooperationsmöglichkeiten aus. ‚Augenhöhe' ist selbstverständlich."

2. Zuversichtliches Desinteresse

„Wie schön! Wir wissen zwar nicht, was eine Seelsorgerin so macht, wollen es auch nicht so genau wissen, finden es aber gut, wenn den Patienten weitere Gesprächs- und Betätigungsmöglichkeiten geboten werden!"

3. Ängstliches Interesse

„Es darf uns nichts aus dem Ruder laufen. Wir müssen informiert sein und Kontrolle haben. Wir sind skeptisch, wenn jemand von außen ohne unsere Fachlichkeit und mit Schweigepflicht ihr eigenes Süppchen kocht. Die Seelsorgerin muss ihr Tun vorher mit uns abstimmen und nachher berichten. Zu wem hat sie Einzelkontakte? Sie muss uns nicht alles sagen, aber Therapierelevantes schon. (Und was ist hier nicht therapierelevant?) Sie muss unsere Vorgaben für Kontaktgestaltung und Inhalte beachten und sich gegen die Spaltungstendenzen der Patienten verwahren."

4. Ängstliches Desinteresse

„Wir wissen nicht, was die Seelsorgerin hier will, wollen es auch gar nicht wissen. Wir ahnen aber: Sie geht allen Tricks der Patienten auf den Leim; sie macht sich lieb Kind, und wir Therapeuten sind die Bösen; sie macht unsere Psychotiker noch verrückter; sie setzt den Patienten Flausen in den Kopf. Wir dürfen ihr keinen Spielraum lassen. Sie ist Besucherin und wird so behandelt."

Dieses Vier-Felder-Schema lässt sich auch auf die Haltung der Seelsorgerin gegenüber der Klinik anwenden. Ich beschränke mich hier auf die Dimension „Zuversicht – Angst".

1. Die zuversichtliche Seelsorgerin

„Ich werde auf gutwillige Mitarbeitende treffen, die fachlich kompetent und menschlich in Ordnung sind. Ich werde mit ihnen klar kommen und von ihnen lernen. An eventuellen Konflikten werden wir alle wachsen. Mir werden manche Handlungen unverständlich sein, aber ich

Dirk Klute
Dr., Pfarrer, Dipl.-Psych., arbeitet als Pfarrer in der LWL-Klinik Lengerich und in der Maßregelvollzugsklinik Rheine.

Die Klinik hat gewöhnlich nur vage Wünsche an die Seelsorgerin. Die Kirche wiederum hat zwar Vorstellungen von Seelsorge, aber kaum Ahnung von Psychiatrie. Darum müssen sich Kirche und Klinik über ihre Ziele verständigen.

gehe erstmal davon aus, dass sie ihren Sinn haben. Ich möchte mir gegenüber den Mitarbeitenden und Patienten eine offene, interessierte, lernbereite Haltung bewahren."

2. Die ängstliche Seelsorgerin

„Die Klinik ist herzlose und repressiv. Sie legt mitfühlenden, emanzipatorischen Menschen wie mir Steine in den Weg. Mir bleibt nur Flucht oder Angriff. Flucht: Ich mache mich klein, passe mich an, komme selten. Kampf: Ich setze mich schnell zur Wehr, argumentiere scharf und formalistisch, fordere die Rechte von Seelsorge und Patienten durch alle Instanzen hindurch ein."

Der Witz ist: Die Haltung der Klinik wie die Haltung der Seelsorgerin „bewahrheiten" sich als selbst-erfüllende Prophezeiungen. Zuversicht wie Angst führen zu einem Auftreten, das bei dem anderen genau die Reaktionen begünstigt, die man erhofft oder befürchtet. Die ängstliche Klinik und die ängstliche Seelsorgerin ergänzen sich prächtig. Ebenso die zuversichtliche Klinik und die zuversichtliche Seelsorgerin. Mein Appell an die Seelsorgerin: Wo Dir die Klinik mit Misstrauen, Kontrollwünsche, Geringschätzung begegnet, probiere folgenden Gedanken: „Die sind nicht böse, auch wenn sie so tun! Sie meinen es gut, aber haben Angst!"In Richtung Klinik: Überschätzen Sie Ihre Seelsorgerin nicht darin, was für ein Unheil sie anrichten kann! Vielleicht verhält sie sich deswegen so merkwürdig, weil Ihre Institution, Ihre Patienten, Ihre Mitarbeitenden sie verunsichern. Gehen Sie freundlich auf sie zu und fördern Sie Vertrauen!

Welche Voraussetzungen sollten Kirche und Klinik bieten?

Menschen ohne definiertes Aufgabenfeld und außerhalb der Hierarchien stellen eine Chance für die Klinik dar: einen Blick von außen und Handlungsmöglichkeiten, die mit den Berufsrollen der Mitarbeitenden nicht vereinbar sind.

Bei beidseitiger Zuversicht haben folgende Rahmenbedingungen Chancen auf Verwirklichung: Die Auswahl der Seelsorgerin: Wie kommen Seelsorgende an eine psychiatrische Klinik? Oft sind es Zufälle, im Verein mit kirchlichen Personal-Überlegungen, die wenig mit den konkreten Aufgaben zu tun haben. Günstigenfalls erfolgt die Besetzung nach dem Schlüssel-Schloss-Prinzip: Die Klinik als das Schloss verlangt nach bestimmten geistlichen, menschlichen, fachlichen Schlüssel-Fertigkeiten, damit Türen aufgehen. Allerdings: Die Klinik hat gewöhnlich nur vage Wünsche. Die Kirche hat zwar Vorstellungen von Seelsorge, aber kaum Ahnung von Psychiatrie. Darum: Kirche und Klinik, setzt Euch zusammen! Sprecht über Inhalte! Lasst Euch von Klinik-Seelsorgenden über ihre Arbeit erzählen, damit Ihr wisst, worum es geht!

Die „Entwicklung" der Seelsorgerin

Die Seelsorgerin ist Anfängerin. „Learning by doing" ist das Mittel der Wahl, aber nicht alles: Ich plädiere für feste Ansprechpartner in der Klinik. Das fördert nicht nur den Austausch, sondern auch die Beheimatung. Weiter: kollegialer Austausch – vor Ort mit dem ökumenischen Kollegen; im Seelsorge-Konvent; beim Psychiatrie-Konvent; bei Fortbildungen. Klinik und Kirche sollen das schätzen und fördern.

„Haus der offenen Tür"

Wenn in einer Klinik „Sicherheit und Ordnung" groß geschrieben werden, neigt sie leicht zu einer angstgeleiteten Grundhaltung. Der Seelsorgerin werden dann Zugänge erschwert – zu einzelnen Patienten, zu Stationen, zu den Mitarbeitenden, relevanten Zusammenkünften, geeigneten Räumlichkeiten, technischer Ausstattung. Zugleich ist das Kontrollbedürfnis erhöht. Wenn dann in gegenseitigem Misstrauen der Austausch mit den Mitarbeitenden nicht stattfindet, wird die Seelsorgerin dazu neigen, ihr Klinik-Bild einseitig von den Sichtweisen der Patienten prägen zu lassen. Und die fallen gelegentlich negativ aus. Mein Wunsch an die Klinik: Begegnen Sie Ihrer Seelsorgerin mit offenen Türen, offenem Herzen, offenen Armen, Vertrauensvorschuss, Fehlerfreundlichkeit, Gesprächsangeboten! Erwecken Sie dabei nicht den Eindruck, sie vereinnahmen zu wollen, machen Sie aus der Umarmung keine Umklammerung! Ja, in einer Institution mit Regulierungsbedürfnis machen Menschen ohne definiertes Aufgabenfeld und außerhalb der Hierarchien Angst. Sie stellen aber auch eine Chance dar: kreatives Potential; einen Blick von außen, der Dinge freilegt, die der eigenen Betriebsblindheit entgehen; Handlungsmöglichkeiten, die zwar sinnvoll sind, sich aber nicht mit den Berufsrollen der Mitarbeitenden vertragen oder aus formalen Gründen nicht möglich sind.

Zeit

Oft ist der Dienst der Seelsorgerin zerstückelt. Sie „macht" evtl. die Klinik „nebenbei" – und kann sich dann nicht gut hinein finden und kein gute Begleiterin auf dem Lebensweg zumal von Langzeit-Patienten sein, wenn sie stundenweise für Aktivitäten „einfliegt", nur zu „Sprechzeiten" da ist, die Patienten aber nie auf dem Flur oder im Aufenthaltsraum antrifft. Darum sollte die Klinik Interesse haben, durch Refinanzierung mehr Stellendeputat zu bekommen.

Geld

Eine Beteiligung der Klinik an den Personalkosten hat zur Folge, dass sie sich interessiert – dafür, dass die Seelsorgerin da ist, was sie tut, wie ihre Arbeit vom Haus unterstützt wird. Eine Refinanzierung sichert dieses Arbeitsfeld: Angesichts enger kirchlicher Haushalte und rückläufiger Theologenzahlen ist Geld ein Argument, das die Kirche dabei unterstützt, ihre Leute weiter in Bereichen außerhalb der Ortsgemeinden einzusetzen. Ich bin jedoch gegen eine volle Refinanzierung: Für Patienten wie für Mitarbeitende soll die Seelsorgerin eine Ansprechpartnerin „von außen" bleiben, die Weisungsbefugnis muss bei kirchlichen Vorgesetzten liegen. Geld wirkt zudem motivierend, es zeigt Wertschätzung. Auch wenn das Monatsgehalt auf dem Konto dasselbe bleibt: „Gefühlt" bedeutet es einen Unterschied, wenn die Seelsorgerin der Klinik etwas wert ist.

Bewegungsfreiheit

Die Seelsorgerin braucht alle relevanten Schlüssel und volle Bewegungsfreiheit - wie die Klinikmitarbeitenden. Alles andere

hieße: „Wir trauen dir im Unterschied zu unseren eigenen Leuten nicht über den Weg!“ Es entstünden zudem Ausfallzeiten durch Warten auf Begleitung und an verschlossenen Türen. Keinesfalls darf der Seelsorgerin der Zutritt zu bestimmten Stationen generell verwehrt werden. Es gäbe keine Möglichkeit, die Patienten in ihrem Umfeld kennen zu lernen. Auch soll die Seelsorgerin wie andere Mitarbeitende mit einzelnen Patienten oder in Gruppen die Station verlassen zu dürfen, z.B. zu Spaziergängen, Gruppen oder zu einem Besuch in der Cafeteria.

Räume und Ausstattung

Raum für die Seelsorge bedeutet auch: Räumlichkeiten. Günstigenfalls Andachtsraum, Gesprächsraum, Büro. Unterlagen müssen einschließbar sein. Die technische Ausstattung: Telefon, Anrufbeantworter, Computer, Intra- und Internet, Nutzung von Kopierer, Dienstwagen usw. Sonstiges: Büromaterialien, Bibeln, andere Bücher, liturgische Gegenstände, Liederhefte, Instrumente, evtl. Gegenstände für künstlerische Gestaltung. Es ist zu klären, ob es eine Handkasse geben soll und wer die Kosten für all das übernimmt. Ein fester Etat macht die Sache unkompliziert.

Terminplanung

Das Termin-Netz in einer Klinik ist komplex: Stationsübergreifende Zeiten von Ergotherapie und therapeutischen Gruppen, Stationsrunden (zu unterschiedlichen Zeiten), Einzelgespräche, personell schlecht besetzte Zeiten, so dass eventuell nötige Begleitungen von Patienten kaum möglich sind. Überschneidungen mit kirchlichen Angeboten sind unvermeidlich. Schön wäre es, wenn die Klinik und ihre Stationen auf die Kirchen-Zeiten Rücksicht nehmen und im Einzelfall den Patienten die Wahl lassen. Die Seelsorgerin sollte immer wieder auf eigene Angebote hinweisen, terminlich flexibel sein, evtl. Angebote doppelt machen. Alle Beteiligten sollten Termin-Änderungen allen Mit-Betroffenen mitteilen bzw. mit ihnen absprechen. Das kirchliche Angebot muss leicht erkennbar sein: Aushänge, Einladungen durch die Seelsorgerin persönlich oder durch Mitarbeitende, Hinweisen in Stationsrunden und in den Wochenplänen. Einem Klima des Respekts ist es dienlich, wenn der Satz „Therapie hat Vorrang“ Grenzen hat. Konkret: Ein Therapeut sollte nicht durch ein kurzfristig angesetztes Therapiegespräch einen langfristig geplanten Seelsorgetermin platzen lassen, ohne dies zu erklären – oder wenigstens mitzuteilen. Gesprächswünsche müssen verlässlich übermittelt werden.

Praktische Hilfestellungen

Besonders in geschlossenen Bereichen ist Hilfestellung unverzichtbar: Bei stationsübergreifenden Gruppen, Andachten, Gottesdiensten müssen Patienten gebracht und wieder abgeholt werden. Bei Veranstaltungen, die den Umbau von Mehrzweckräumen erfordern, geht es nicht ohne die Hilfe von Klinik-Personal.

Akteneinsicht?

Ich meine: Nein. Mir reicht es meist, über einen Patienten so viel wissen, wie er möchte – und sagen mag. Das betrifft besonders Diagnosen und Biographisches. Dagegen sind Hinweise über aktuelle Befindlichkeiten manchmal hilfreich. Sie sind nötig, wo ein Patient an einem kirchlichen Angebot nicht teilnehmen soll:

bezirkskliniken schwaben

Die Bezirkskliniken Schwaben sind ein Verbund von modernen Fachkrankenhäusern in Bayerisch-Schwaben (1,8 Millionen Einwohner). Wir sind führend in den Bereichen Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Neurologie sowie Neurochirurgie und sichern an neun Standorten mitca. 1500 Behandlungsplätzen und rund 3300 Beschäftigten eine kompetente Patientenversorgung. Für chronisch kranke Menschen bieten wir in unseren Wohn- und Fördereinrichtungen individuelle Hilfe an.

Die **Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren** sucht für die Nachsorgeambulanz **zum nächstmöglichen Zeitpunkt** eine/n

Diplom-Sozialpädagogin/-en
(Vollzeit)

(zzt. 38,5 Std./Woche) zunächst befristet für ein Jahr nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz.

Wenn Sie Interesse an einem Arbeitsplatz haben, an dem Sie mit einem sehr hohen Maß an Eigenverantwortlichkeit arbeiten können, erwarten wir:
- die Bereitschaft zu einer ambulanten bedarfsorientierten aufsuchenden Tätigkeit (Führerschein Klasse B Voraussetzung)
- selbstständiges Arbeiten im multiprofessionellen Team
- Beratung, Einleitung und Durchführung einer personenzentrierten Entlassungsvorbereitung
- die Fähigkeit einer personenzentrierten kooperativen Vernetzung für eine bedarfsorientierte Hilfeplanung

Wenn Sie die Fähigkeit haben, mit psychisch kranken Menschen Beziehungen aufzubauen und zu gestalten sowie bereit sind, Ihr professionelles Handeln zu reflektieren, bieten wir Ihnen:
- Vergütung nach TVöD
- Unterstützung durch Verwaltungsangestellte im sozialadministrativen Bereich
- interne und externe Fortbildung, Teamsupervision sowie die Anbindung an ein Fachteam im Haus

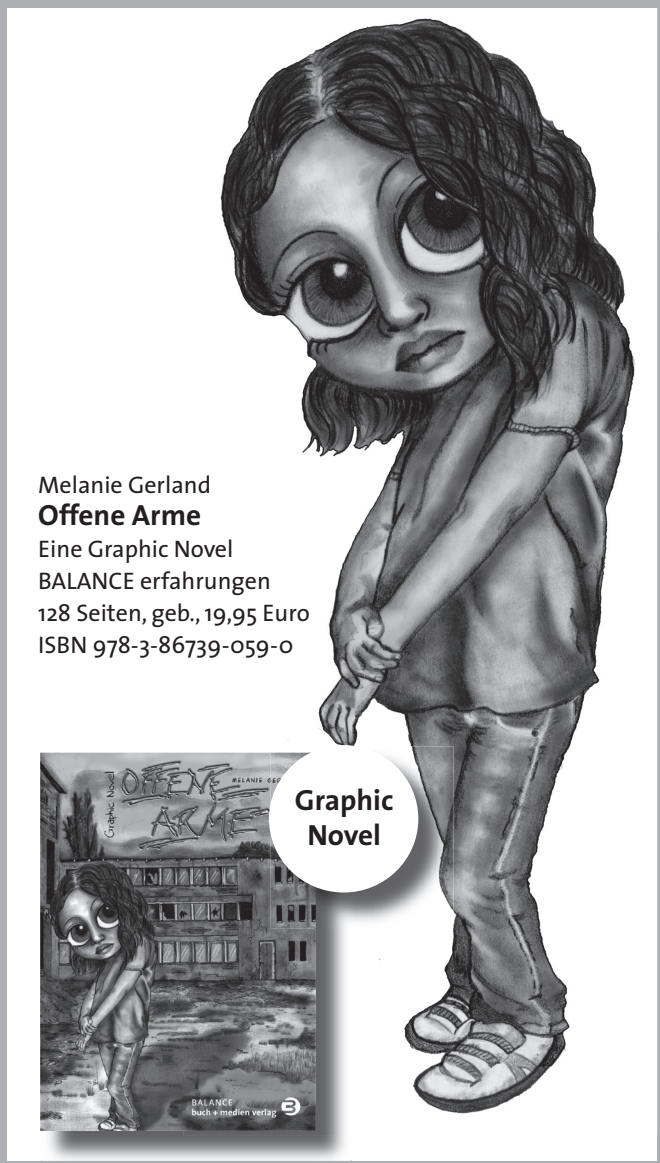
Wir haben uns verpflichtet, unsere Aufgaben nach dem SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) bei Stellenbesetzungen in besonderem Maße zu erfüllen.

Schriftliche Bewerbungen bitten wir bis **spätestens 15.11.2010** zu richten an die Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, Herrn N. Ormanns, Ärztlicher Direktor, Kemnater Straße 16, 87600 Kaufbeuren.

Für Auskünfte steht Ihnen der Ärztliche Direktor, Herr Ormanns, unter Tel. 08341 72-3010 zur Verfügung.

Offene Arme

"Das Buch wird sehr gut helfen können, Erwachsene und Jugendliche miteinander ins Gespräch zu bringen, betroffene junge Menschen aus der Isolation herauszuholen und die Schattierungen zwischen Schwarz und WeiB wieder mehr in den Vordergrund zu rücken."
Detlef Rüsch, amazon. de



Melanie heißt ist die Hauptfigur in dem Comic »Offene Arme«, und was im Buch geschieht, war für die Autorin Melanie Gerland einmal Realität: Mobbing in der Schule, Stress mit den Eltern, Liebeskummer – irgendwann dann der Griff zur Rasierklinge, um Druck abzulassen. Die eindringlichen Bilder sind schwarz-weiß, wie ihr Denken in der damaligen Zeit.
Doch die Botschaft ist klar: Es geht darum, gehört und verstanden zu werden.

BALANCE
buch + medien verlag
www.balance-verlag.de
Fax: 0228/72534-20

Solch ein Eingriff in Grundrechte ist gegenüber der Seelsorgerin erklärungsbedürftig. Nur wenn einzelne Mitarbeitende grundsätzlich die Patienten von mir fernhalten, lasse ich mich auf eine Auseinandersetzung ein, beziehe ggf. höhere Ebenen ein und würde notfalls kirchliche / kirchenjuristische Hilfe mobilisieren.

Ökumenisches Miteinander

Ich wünsche mir regelmäßige Absprachen und gelegentlich gemeinsames Auftreten in Stations-Aushängen, Klinik-Gremien, Gottesdiensten und anderen Veranstaltungen.

Meine Kirche

Meine Erwartungen an mich bzw. an meine Kirche:

- In „meiner“ westfälischen Kirche sind wir Seelsorgenden in Psychiatrien meist „im Entsendungsdienst“ oder „mit Beschäftigungsauftrag“. Wenn die Klinik-Seelsorge aber nur ein Intermezzo in der Berufsbiographie der Seelsorgerin ist, wird sie nicht viel nutzen können. Gut Ding will gerade hier Weile haben.
- Es muss klar sein, wer auf kirchlicher Seite Ansprechpartner ist – für mich; für die Klinikleitung; für den überregionalen Klinikträger.
- Die Seelsorgerin soll eingeladen werden zu Pfarr-, Klinikseelsorge-, Psychiatrie-Konventen.
- Ich möchte meine Arbeit und das Anliegen von psychisch Kranken in den Kirchengemeinden präsent machen und bin bereit, Gemeindegruppen zu besuchen oder in die Klinik einzuladen.
- Mir ist ehrenamtliche Mitarbeit willkommen, ich möchte sie fördern.

Schlusswort

So gut wie hier gewünscht läuft es natürlich fast nie. Dennoch: Ich möchte zuversicht-geleitet meiner Klinik begegnen; ich möchte all das Gute, was sie mir an Rahmenbedingungen bietet, anerkennen; ich möchte hinter dem, was böse erscheint, die eventuelle Angst sehen. Wenn mir Zuversicht gelingt, stehen die Chancen gut, dass meine Arbeit ebenfalls gelingt. ●

Literaturhinweis

Machleidt W., Heinz, A. (Hrsg.)Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische GesundheitUrban & Fischer Elsevier 2010

Dies ist ein praxisrelevantes Buch - unverzichtbar für den Behandlungsalltag in einer multikulturellen Gesellschaft. Eine optimale Therapie psychischer Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund setzt voraus, dass sich der Therapeut über die kulturelle Herkunft seines Patienten informiert. Wenn er den ethnischen Hintergrund begreift, kann er den Blick auf die individuellen Besonderheiten des Menschen richten und die Behandlung an seine spezifischen Bedürfnisse anpassen.

Dafür bietet dieses Buch - einzigartig in seiner Art als Nachschlagewerk und Ratgeber – fachlich höchst kompetente Antworten in allen wichtigen Fragen, wie der Bedeutung psychischer Symptome in den Herkunftsländern und psychischer Probleme durch die Migration, der sprachlichen Verständigung, der optimalen Therapieformen, der besten ambulant/stationären Behandlungsstrategien, der Netzwerke und Anlaufstellen, der Vorbilder für „Good Practice“ usw.

Aus einem multiprofessionellen Ansatz werden verständlich und praxisnah kulturelle und religiöse Hintergründe beleuchtet, eine moderne interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie erläutert, die Diagnostik und die wichtigsten Krankheitsbilder dargestellt sowie die Behandlung und Betreuung von Menschen aus anderen Kulturen mit psychischen Störungen beschrieben. Im Mittelpunkt stehen ganz konkret und praxisbezogen die interkulturellen Behandlungs- und Versorgungsstrategien, abgestimmt auf die zentraleuropäische Situation mit Berücksichtigung der typischen Herkunftsstaaten (Mittelmeerstaaten, Türkei, Ost- und Südosteuropa, GUS-Staaten).

Wielant Machleidt

Nachrichten aus dem BeB
Bundesverband der evangelischen Behindertenhilfe

Zum Umgang mit Gewalt

BeB-Fachtagung
30. Januar bis 1. Februar 2011
Ev. Akademie Hofgeismar

Immer neue Aufdeckungen von Gewalthandlungen in sozialen Organisationen und Bildungseinrichtungen sorgen derzeit für Aufsehen. Doch sind körperliche Gewalt und Missbrauch gegenüber dem Klientel von Einrichtungen längst nicht die einzigen Formen des Ausdrucks von Unterdrückung: Welche Auswirkungen haben beispielsweise Macht und Gewalt, die durch die (fremdbestimmenden) Strukturen einer Organisation ausgeübt werden? Oder durch Ressourcenverknappung seitens der Kostenträger? Durch Klienten gegenüber Mitarbeitern? Durch Mitarbeiter untereinander, Vorgesetzte gegenüber Mitarbeitern und umgekehrt? Mit der Tagung „Zum Umgang mit Gewalt“ vom 30. Januar bis 1. Februar 2011 will der BeB die Tagungsteilnehmer in eine persönliche Auseinandersetzung mit der Thematik führen. Die Frage, wo Mitarbeitende in der alltäglichen Arbeit Gewalt begegnen und was jeder zu einem friedvolleren Miteinander auf allen Ebenen sozialer Organisationen beitragen kann, steht dabei im Mittelpunkt.
Informationen: www.beb-ev.de.

Zertifizierung mit ProPsychiatrieQualität (PPQ)

PPQ[1] oder im Tandem mit DIN EN ISO 9001:2008[2]

Der PPQ-Anforderungskatalog
Anfang 2010 wurde die Entwicklung eines Anforderungskatalogs für die Zertifizierung von Diensten und Einrichtungen im Bereich Psychiatrie und Behindertenhilfe auf der Basis von PPQ abgeschlossen. Der Anforderungskatalog wurde durch die „Arbeitsgruppe Zertifizierungskonzept“ (AGZ) im Auftrag des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) und des Bundesfachverbandes Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP), in Kooperation mit der Zertifizierungsgesellschaft „proCumCert GmbH (pCC)“ und der Bundesfachakademie Bufa/GFO, Region Nord, erarbeitet. Mitglieder der Arbeitsgruppe sind: Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Federführung BeB), Heidrun Helldörfer (CBP), Mathias Bojahr (proCumCert), Jürgen Bombosch (BeB), Ulrich Nicklaus (Bufa/GFO).

Zertifizierung von PPQ pur oder im Tandem mit DIN EN ISO 9001:2008.
Somit ist die Zertifizierung nach PPQ oder im Tandem mit DIN EN ISO für alle interessierten Einrichtungen und Dienste des Sozial- und Gesundheitswesens möglich.

Ablauf des Zertifizierungsverfahrens
Wir bitten Sie, den differenzierten Ablauf des Zertifizierungsverfahrens direkt bei proCum Cert (pCC) in Frankfurt zu erfragen. Ansprechpartner ist Mathias Bojahr, Geschäftsführer der pCC. Das pCC-Produktdatenblatt und die pCC-Preisliste für Begutachtungen von Qualitätsmanagementsystemen erhalten Sie ebenfalls auf Anfrage über proCum Cert in Frankfurt. Diese Informationen finden Sie auch direkt auf der pCC-Internetseite unter: http://www.procumcert.de/PPQ.333.0.html

Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner
Wenn Sie an einer PPQ-Zertifizierung interessiert sind, wenden Sie sich an den Geschäftsführer der proCum Cert GmbH Mathias Bojahr[3], den Leiter der Bufa/GFO Nord[4] Ulrich Nicklaus[5] oder an Jürgen Bombosch[6], AG Zertifizierungskonzept.

1 Den PPQ-Anforderungskatalog finden Sie unter: www.ppq.info.
2 Die Cross-Referenzliste zu DIN EN ISO 9001: 2008 erhältlich unter: info@procum-cert.de.
3 Tel. 069/95427-800, Fax: 069/95427-802, Email: info@procum-cert.de, www.procum-cert.de
4 Die Bufa/GFO Region Nord bietet auch Inhouse-Seminare, Projektberatung, Supervision etc. zu PPQ an.
5 Tel. 0251/2709-397, Email: nicklaus@bufa-gfo.de; oder ein anderes Mitglied der AG-Zertifizierungskonzept (Daten unter: www.ppq.info „Kontakte“)
6 j.bombosch@diakonie-rwl.de