

EMPOWERMENT IN DER PSYCHIATRISCHEN PFLEGE

GEFÖRDERTE SELBSTBEFÄHIGUNG
ALS KONSENS ZWISCHEN
ZWANGSBEHANDLUNG
UND
ANTIPSYCHIATRIE

Fachbereichsarbeit

zur Erlangung des Diploms für die
Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege
am
Ausbildungszentrum West
Hall in Tirol

vorgelegt von:
Mümmeler Harald
S06 6P EWZ

betreut von:
Dir. Mag. Rita Mair

Hall in Tirol, November 2008

VORWORT UND DANK

Im Verlauf der Literaturrecherche zur Themenfindung und -eingrenzung, wurde mir klar, dass es ein unerschöpfliches Thema ist, sich mit der Selbstbestimmung von Patienten zu beschäftigen. Begrifflichkeiten zu diesem Themenkreis tauchen seit Jahrzehnten auf und finden hinreichende Erörterung.

Um diesbezüglich ein klares Bild von der *regional aktuellen* Situation zu erhalten - inwieweit die angestrebte und propagierte Selbstbestimmtheit und Autonomie für psychiatrische Patienten schon greift, habe ich mich entschieden, auch Expertengespräche mit den LeiterInnen verschiedener psychiatrischer Betreuungseinrichtungen, VertreterInnen von Selbsthilfebewegungen, sowie mit psychiatriebetroffenen Menschen zu führen. So erhielt ich einen Einblick in aktuelle Versorgungsstrukturen und konnte andererseits auch wahrnehmen, wie die gegebenen Strukturen von Betroffenen erfahren werden.

Auch wenn ich jetzt von diesen Gesprächen nur sehr wenige Inhalte in den begrenzten Rahmen meiner Arbeit einbringen kann, haben trotzdem alle diese Dialoge zu meiner Meinungsfindung beigetragen, und beeinflussen damit die gesamte Arbeit.

Ich möchte mich deshalb bei allen, die mir und meinen Fragen ihre Zeit und ihr Interesse gewidmet haben, herzlich bedanken.

Ebenso bedanken möchte ich mich bei Frau Direktor Mag. Rita Mair. Sie hat mir als Betreuerin bei meiner Fachbereichsarbeit mit ihren prägnanten Ratschlägen sehr geholfen, Schwerpunkte zu erkennen und herauszustellen.

INHALTSVERZEICHNIS

Druckdatum: 31.08.2008 20:28

VORWORT UND DANK.....	II
INHALTSVERZEICHNIS.....	III
1. EINLEITUNG	1
2. BEGRIFFLICHKEITEN	3
2.1. BETROFFENHEIT	3
2.2. NORMALITÄT	4
2.3. KRANKHEITSEINSICHT	5
2.4. COMPLIANCE.....	5
2.5. EMPOWERMENT	6
2.6. RECOVERY	7
3. DER WEG ZUM KONSENS.....	9
3.1. DER SKEPSIS GEGENÜBER DER „PSYCHIATRIE“ BEGEGNEN.....	9
3.1.1. Ursachen für die Skepsis.....	10
3.1.2. Reaktionen auf die Skepsis	14
3.1.3. Wie entsteht Compliance?.....	16
3.2. STRUKTUREN SCHAFFEN, DIE DIE SELBSTBEFÄHIGUNG FÖRDERN.....	18
3.2.1. Politische Weichenstellung und Aufklärung	18
3.2.2. Patienten- und Bedürfnisorientierte Finanzierung	19
3.2.3. Autonomiefördernde Betreuungsstrukturen	22
3.2.4. Personelle Weiterentwicklung.....	24
3.2.5. Wem „dient“ die psychiatrische Pflege?	26
3.3. WERKZEUGE UND TECHNIKEN ZUM AUTONOMIEGEWINN.....	27
3.3.1. Persönliche Haltung und Kompetenzen	27
3.3.2. Handlungsautonomie vs. Wunschautonomie.....	28
3.3.3. Beziehungsarbeit	29
3.3.4. Respektvolle Kommunikation	31
3.3.5. Informationen vermitteln	32
3.3.6. Selbstbefähigte Medikamententherapie unterstützen.....	33
3.3.7. Entstigmatisierung fördern.....	35
3.3.8. Zwang zum Schutz, nicht als Methode einsetzen	36
3.3.9. Deeskalation und Reizabschirmung als Alternative	38
3.3.10. Ressourcenorientiertes Arbeiten	40

3.3.11. Selbstbestimmung fördern und ermöglichen.....	43
3.3.12. Supervision und Reflexion	45
3.3.13. Lernerfahrungen.....	47
4. ZUSAMMENFASSUNG	48
4.1. RESÜMEE UND AUSBLICK	48
4.2. SCHLUSS.....	51
4.3. SCHLÜSSELWÖRTER	51
VERZEICHNISSE	52
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	52
ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS.....	53
LITERATURVERZEICHNIS	54
INTERNETQUELLEN VERZEICHNIS.....	57
GESPRÄCHS- UND KORRESPONDENZVERZEICHNIS	59
ANHANG	60
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	65

1. Einleitung

In meinen Praktika erlebte ich immer wieder, dass es für Diskussionsstoff sorgt, welche therapeutischen Interventionen - von Psychopharmaka-, über Physio-, bis Ergotherapie - „das Beste“ für die Patienten sind. Und dann fällt das geflügelte Wort »Noncompliance« (manchmal auch nicht so professionell ausgedrückt), wenn „einer aus der Reihe tanzt“, und verschriebene Therapieformen nicht annimmt oder sogar ablehnt.

Dem entgegen spricht man etwa seit den 1980er Jahren im sozialpsychiatrischen Sinne von Begriffen wie »Empowerment«, »Selbstbefähigung« und auch »Patientenorientierung«.

Auch in der heute immer noch bestehenden und aktiven Bewegung der »Antipsychiatrie« sind das grundlegende Denkansätze. Den unermüdlichen Bestrebungen dieser Gesinnungsgruppe ist unschwer abzulesen, wie unzufrieden viele Betroffene, und oft auch psychiatrisch Tätige damit sind, wie subjektive

Wahrnehmung und individuelle Bedürfnisse der Betroffenen von der »klassischen, empirisch-klinischen Psychiatrie« beurteilt werden.

Irgendetwas scheint im System der öffentlichen psychiatrischen Versorgung noch immer (oder erneut) hinderlich zu sein, die Individualität des Patienten wirklich in den Vordergrund zu rücken.

Ziel

Mit dieser Arbeit soll ergründet werden, wie sich die psychiatrische Pflege im Gesamten, und die in der psychiatrischen Pflege Tätigen im Einzelnen,

Abb. 1: „Zwei Höllenhunde“



(Bock, 2006, S. 7)

positionieren können und müssen, um tatsächlich den Bedürfnissen der einzelnen Betroffenen gerecht zu werden, damit Begrifflichkeiten wie z. Bsp. »Empowerment« und »Recovery« nicht nur klingende Worthülsen bleiben, sondern zu wirksamen Prozessen für die Klienten werden.

Und ob es dabei auch hilfreich ist, psychiatriekritische / antipsychiatrische Denkansätze zu beachten, damit diese „gegenüber stehenden Konzepte“ vom „opponenten“ zum „ergänzenden Gegenstück“ werden.

Dazu sollen im Rahmen der Abhandlung, folgende Fragen beantwortet werden:

- Wie können Skepsis und Misstrauen Betroffener, bzgl. Bevormundung und Zwang in der psychiatrischen Arbeit reduziert werden, um eine fruchtbare Zusammenarbeit zu ermöglichen?
- Welche Herausforderungen gilt es für psychiatrische Betreuungseinrichtungen zu bewältigen, um den Betroffenen ein größtmögliches Maß an Individualität in der Krisenbegleitung zu ermöglichen?
- Welche Werkzeuge und Techniken stehen der psychiatrischen Pflegeperson zur Verfügung, um für Betroffene den Anreiz zu schaffen, selbstbefähigt ein größtmögliches Maß an Autonomie zu erlangen.

Methode

Die vorliegende Abhandlung stellt zum überwiegenden Teil eine Literatuarbeit dar. Zudem fließen auch die Aussagen aus acht geführten Expertengesprächen ein (siehe Gesprächs- und Korrespondenzverzeichnis), die im Zeitraum von Dezember 2007 bis Juli 2008 geführt wurden. Damit soll die persönlich erlebte Individualität des Themas, sowie auch die regional aktuelle Situation für den Raum Tirol / Vorarlberg verdeutlicht werden. Alle diese Gesprächspartner haben sich einverstanden erklärt, dass ich mich in meiner Arbeit auf ihre Aussagen beziehen und diese auch zitieren darf.

Anmerkung: Mit Rücksicht auf den Textfluss werden Funktions- und Berufsbezeichnungen meist nur in ihrer maskulinen Form genannt. Selbstverständlich sind ausdrücklich beiderlei Geschlechter gemeint.

2. Begrifflichkeiten

Psychiatrische Pfleger sind mit ihrer definierten Rolle diejenigen, die den meisten, direkten Kontakt zu den Patienten pflegen. „[Sie] sind die Spezialisten für die Wahrnehmung aller menschlichen Bedürfnisse und Notwendigkeiten“ (Dörner et al., 2007, S. 54).

Es ist also Basis der pflegerischen Intervention, die Definitionen von Handlungs- und Beziehungsmustern für sich selbst als Pflegeperson *in Begrifflichkeiten begreifbar* zu machen, um sich am ständig wechselnden Arbeitsfeld - bei jedem Patienten - immer wieder aufs Neue orientieren zu können.

2.1. Betroffenheit

Einerseits kann Betroffenheit ein emotionales Gefühl der Anteilnahme sein, ausgelöst durch eine Situation, oder eine Aussage.

Andererseits kann sie auch eine Verbindung zu einer Sache oder einem Ereignis beschreiben - mit oder ohne emotionalem Anteil. Die Verbindung zu ein und derselben Sache kann für jeden Betroffenen etwas völlig anderes bedeuten und auslösen (Stephan, 1994).

Im Falle Psychischer Kränkungen stehen im Wesentlichen drei solche Gruppen in einer sehr engen Verbindung zu einander, deren Betroffenheit von der „Sache“ jedoch eine völlig unterschiedliche ist:

Der Gekränkte selbst, dessen Beziehung zur psychischen Kränkung eine ungewollte Betroffenheit darstellt. Er ist jeden Moment seines Lebens betroffen.

Die Angehörigen von psychisch gekränkten Menschen, welche ebenfalls ungewollt in diese Betroffenheit geraten. Grundsätzlich könnte ein Angehöriger aber auch Abstand finden, um nicht unmittelbar betroffen zu sein. Seine emotionale Gebundenheit erlaubt ihm das aber meistens nicht.

Die professionell Helfenden, die sich freiwillig auf psychisch bedingte Lebenskrisen anderer Menschen einlassen. Sie erlernen und entwickeln Strategien, um ausgeliefert Betroffene bestmöglich begleiten zu können.

Die Bindung des Helfers in der Situation ist aber eine völlig andere. Bei einer Überforderung hat er den Ausweg offen, die Betreuung abzulegen oder zu delegieren, um selbst unbeschadet zu bleiben.

Die Motivation zu helfen, kann darin liegen, Betroffenheit aus einer der beiden anderen Sichtweisen erfahren zu haben - als Angehöriger oder als psychisch Gekränkter. Diese Art der mehrfachen Betroffenheit wird in alternativen Projekten vermehrt als wertvoller Impuls zur Weiterentwicklung Sozialer Arbeit betrachtet, da solche Helfer über ein wesentlich größeres Maß an Empathie verfügen, und die Krise aus mehreren Perspektiven vor Augen haben (siehe Pkt. 3.2.4 Personelle Weiterentwicklung).

Im Rahmen dieser Arbeit bedeutet »Betroffenheit«, eine psychiatrische Diagnose erhalten zu haben. Mit Professionellen oder professionell Helfenden, sind Personen mit einer spezifischen Berufsausbildung im helfenden Bereich der Psychiatrie gemeint.

2.2. Normalität

Gemäß der »Anpassungstheorie« von Erich Fromm, betrachten Menschen das als „Normal bzw. Abnormal“, was sie durch Familie, Milieu, Glauben oder entsprechend der Rasse oder Nationalität als „Richtig“ oder „Falsch“ zu definieren gelernt haben. Es ist aber nicht objektiv messbar, sondern ist reine Ansichtssache einer bestimmten Kultur (Fromm, 1996, S. 18).

Toleranz kann dabei helfen, trotz dadurch entstehender Differenzen zusammenzuleben. Aber Goethe ging noch weiter, und schrieb in seinen ethischen Maximen und Reflektionen, dass *„...Toleranz nur eine vorübergehende Gesinnung [sein sollte, und letztlich] zur Anerkennung führen [muss, denn] dulden heißt beleidigen.“* (wissen-im-netz, 2003). Erst mit der Bereitschaft, den Weg des anderen für *seinen* richtigen *anzuerkennen*, verliert sich der Vorbehalt, der andere wäre doch auf dem falschen Weg oder auch „zurückgeblieben“.

Bei Menschen in psychischen Krisen ist es oft in noch viel größerem Maß notwendig, tolerant zu sein, deren scheinbare Schwächen und Defizite wahrzunehmen, und sie als Ausdruck *ihrer* „Normalität“ anzuerkennen. Das bedeutet für den professionellen Helfer, dass es von Vorteil ist, die Begrifflichkeiten „NORMAL“ und „ABNORM“ sehr viel abstrakter und losgelöster betrachten zu können, als es die Gesellschaft um ihn im allgemeinen tut (Dörner et al., 2007, S. 40 - 41).

2.3. Krankheitseinsicht

Besonders Menschen die eine Psychose erleben, können ab einem bestimmten Punkt in der akuten Krise die beginnende Erkrankung nicht als solche abschätzen, sondern halten das Erlebte für die Realität und sich selbst für gesund. Das ist aber nicht nur ein „Psychose-Symptom“, sondern tritt auch bei anderen psychischen Erkrankungen, sowie bei einigen Persönlichkeitsstörungen auf. Fehlt allerdings diese „Einsicht, krank zu sein“, dann hat der Betroffene auch keine eigene Einflussmöglichkeit mehr; er kann in diesem Moment nicht selbstbestimmt handeln. Deshalb nimmt dieses Phänomen einen besonderen Platz im Empowerment-Ansatz ein (siehe Pkt. 2.5 Empowerment).

Der klassische Begriff der „Krankheitsuneinsichtigkeit“ suggeriert dem Betroffenen zudem noch: Er soll doch endlich zur Vernunft / zur Einsicht kommen. Es entsteht ein Machtverhältnis zwischen Diagnostiker und Diagnostiziertem.

Diplom-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut Andreas Knuf spricht dagegen vom »Krankheitsbewusstsein«, um dem Betroffenen nicht einen bewussten Einfluss auf das Erleben zu suggerieren.

Er sieht diesbezüglich auch den konkreten Handlungsbedarf nicht primär auf die akute Krise beschränkt, sondern vielmehr auf die Phasen dazwischen, wo es darum geht, das Krankheitsbewusstsein beim Betroffenen durch Aufklärung zu fördern und Behandlungsvereinbarungen für kommende Krisen festzulegen, um Traumatisierungen aufgrund „fehlender Krankheitseinsicht“ zu vermeiden (Knuf et al., 2007, S. 102-107). Siehe dazu auch „Vorabsprache und Notfallplan“, Seite 44.

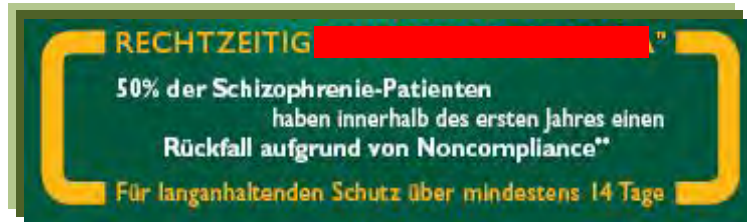
2.4. Compliance

Wie schon die »Krankheitseinsicht«, so erhält auch die »Compliance« im Rahmen des Empowerment-Ansatzes eine besondere Bedeutung (siehe Pkt. 2.5 Empowerment). Denn „...*Compliance bedeutet [eigentlich] »Behandlungstreue« und [ist sehr stark] von seiner Bedeutung im Sinne des Einhaltens einer Verpflichtung geprägt*“ (Amering et al., 2007, S. 40).

Der erste Gedanke, der einem mit diesem Begriff einfällt, ist die Bereitschaft des Patienten, die vom Arzt verordneten Medikamente regelmäßig einzunehmen; In weiterer Folge dann auch, die Therapievorschlage des Arztes anzunehmen und

umzusetzen. Ist das nicht der Fall, dann gilt dieser Patient als *noncompliant* (Amering et al., 2007, S. 40; Bock, 2006, S. 41).

Abb. 2: Werbung für ein Depot-Neuroleptikum



(in einer Psychiatrie-Zeitschrift)

Thomas Bock beschreibt die Gefahr, die damit in Verbindung steht: „Wir dürfen und müssen unsere klinische Erfahrung einbringen; aber wenn wir Compliance handhaben wie ein Unterwerfungsritual, dann lassen wir systematisch die Patienten im Stich, die am meisten unsere Hilfe brauchen“ (Bock, 2006, S. 134).

Wenn also ein Patient in einer gegebenen Situation Hilfe ablehnt, dann ist zu hinterfragen, *warum* er »noncompliant« ist. Die Erklärung ist dabei nicht pauschal in seiner Erkrankung zu suchen, sondern seine Ablehnung kann auch mit den personellen oder strukturellen Rahmenbedingungen zu tun haben (ebd, S. 42).

Compliance ist auch keine einseitige Vorleistung seitens des Patienten, sondern entsteht vielmehr aus der Kooperation zwischen dem Patienten und dem professionell Helfenden / der Behandlungseinrichtung. Und diese Kooperation ist abhängig von der *Bereitschaft beider Seiten*, sich zu bewegen und aufeinander zuzugehen. Compliance ist das „...*Ergebnis gemeinsamer Anstrengungen*“ (Bock, 2006, S. 134).

2.5. Empowerment

»Empowerment« lässt sich übersetzen mit: *Selbstbefähigung* oder *Selbstermächtigung*. Es ist ursprünglich ein Begriff aus der amerikanischen Black-Power-Bewegung und der Frauenbewegung. Zwei unterlegene Gruppen wollten nicht länger ihre gesellschaftliche Diskriminierung akzeptieren, schlossen sich zusammen, kämpften für ein neues Selbstbewusstsein und lehnten sich gegen die erlebte Unterdrückung auf.

Auch die heutige Bedeutung des Wortes im Rahmen der psychiatrischen Arbeit liegt nicht nur darin, dass es eine Methode zur Förderung der Eigenaktivität oder

der Schulung von Betroffenen ist. Empowerment bedeutet immer noch Emanzipation und Partizipation.

Es geht um die Zurückgewinnung von Einflussmöglichkeiten der Betroffenen auf ihr eigenes Leben: In erster Linie durch die Bewältigung der Krankheit, und die vermehrte Mitbestimmung bei der persönlichen Behandlung. In weiterer Folge aber auch um die Mitsprache bei der Gestaltung von Behandlungsstrukturen bis hin zur Einflussnahme auf politischer Ebene (Knuf et al., 2007, S. 28; Sauter et al., 2006, S. 508).

„Empowerment muss von den Betroffenen selbst gewollt und geleistet werden, es kann nicht aufgestülpt werden. Professionelle Helfer können den Prozess jedoch unterstützen“ (Sauter et al., 2006, S. 507). Selbsthilfebewegungen und -gruppen Betroffener spielen hier deshalb eine sehr wesentliche Rolle.

Den professionell Helfenden sowie auch den Entscheidungsträgern in Behandlungseinrichtungen kommt die Aufgabe zu, solche Prozesse zu fördern und durch das Beseitigen von Hindernissen zu ermöglichen. Es sind Bedingungen zu schaffen, die es den Betroffenen ermöglichen, eigene - vielleicht noch verborgene - Ressourcen und Kompetenzen (wieder) zu entdecken (Knuf et al., 2007, S. 29).

2.6. Recovery

Recovery wird mit »Genesung« oder »Wiedererlangung von Gesundheit« übersetzt. Obwohl in der Medizin seit jeher gebraucht, hat der »Recovery-Gedanke« in der Psychiatrie erst in den letzten Jahren besondere Dynamik bei der Genesung Betroffener erhalten (Amering et al., 2007, S. 93):

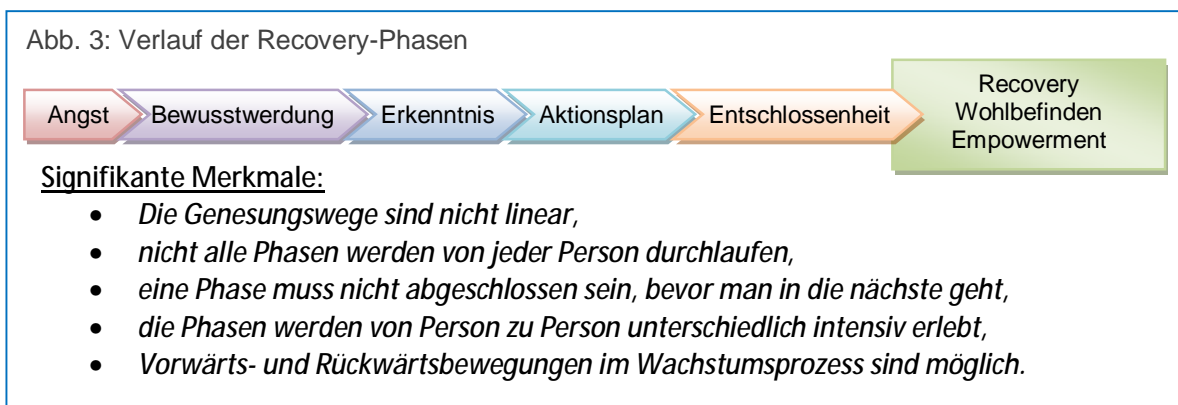
Das »Recovery-Konzept« in der psychiatrischen Arbeit sieht Gesundheit nicht als das Gegenteil von Krankheit, sondern beschreibt die Perspektive, *„...ein erfülltes, zufriedenes und hoffnungsvolles Leben aufrechtzuerhalten bzw. wiederzuerlangen. Recovery mag für den einen eine vollkommene Freiheit von früheren Symptomen bedeuten, für den anderen hingegen eine gute Bewältigung seiner psychischen Einschränkungen“ (Knuf, 2006, S. 125).*

Knuf sieht in den Recovery-Konzepten eine Möglichkeit, pessimistische Sichtweisen der klassischen Psychiatrie aufzugeben, und stattdessen die

Möglichkeit der Gesundheit vor Augen zu haben. Er verdeutlicht das mit einer tabellarischen Gegenüberstellung. Siehe dazu Anhang, Abb. 18.

Zwei Aspekte dieser Gegenüberstellung - *Selbsthilfe* und *Selbstverantwortung* - lassen die enge Verbindung von »Empowerment« und »Recovery« erkennen. Studien und Erfahrungsberichte über psychiatrieerfahrene Menschen, die trotz negativer Prognose wieder gesunden, zeigen, dass eine Genesung eher gegeben ist, wenn jemand selbst Einfluss auf sein Leben nimmt, und selbst Entscheidungen trifft, anstatt sich ausgeliefert zu fühlen (Knuf, 2006, S. 126).

Prof. Dr. Michaela Amering beschreibt die Arbeit von Ruth Ralph an der Universität Maine mit der »Recovery Advisory Group«. Diese Beratungsgruppe stellt den Verlauf der Genesungswege in mehreren Recovery-Phasen dar, deren Merkmal besonders der **untypische Verlauf** ist:



Der Recovery-Prozess ist dabei von **inneren** (kognitiven, emotionalen, spirituellen, körperlichen) und **äußeren** (erlebte Interaktion mit anderen Menschen) **Faktoren** beeinflusst (Amering et al., 2007, S. 198 - 200). Weiterführend dazu, siehe Tabellen im Anhang, Abb. 19 und Abb. 20.

Auch gibt es **unterschiedliche Stufen in dieser Interaktion** - vom Zustand der Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit, in dem der Betroffene seiner Lage selbst nicht einschätzen kann, bis zur Situation, sein Leben wieder eigenverantwortlich zu steuern, und vielleicht sogar, für andere Betroffene Unterstützung zu bieten (Amering et al., 2007, S. 253 - 254). Weiterführend dazu, siehe Tabelle im Anhang, Abb. 21.

3. Der Weg zum Konsens

Der Untertitel dieser Arbeit, stellt die Behauptung auf, dass der Empowerment-Ansatz das Mittel sein kann, entgegengesetzte, konkurrierende Ideologien auf einen gemeinsamen Weg zu bringen, zum Nutzen der Betroffenen.

Worin ist der Konsens zu finden?

- *Zwischen dem Bestreben, Menschen gegen ihren Willen zu helfen - wenn es sein muss, mit dem »Aufgebot« einer Überzahl von gewaltbereiten Pflegern und Polizisten, einem einzelnen wehrlosen Betroffenen gegenüber,*
- *und der Verweigerung von Hilfsangeboten - aufgrund von Angst und Traumatisierung durch solche Gedanken- und Behandlungsweisen, sowie dem Empfinden, ausgeliefert und unverstanden zu sein, in einem radikalen Machtgefälle (Rufer, zit. aus Lehmann et al., 2007, S. 404).*

Aufgrund dieser auseinanderklaffenden Ansprüche, herrscht oftmals große Skepsis seitens der Betroffenen.

3.1. Der Skepsis gegenüber der „Psychiatrie“ begegnen

Kate Millett bringt ihre Skepsis deutlich zum Ausdruck: *„Wir haben es hier mit Stigmatisierung und Zwang zu tun, mit Staatsgewalt und Kontrolle und mit multinationalen Pharmakonzernen, die bereitstehen, ihre Profite aus der Zwangsverabreichung psychiatrischer Psychopharmaka [...] zu ziehen. [...] Freiheit, Leben, Nahrung, Obdach und Beschäftigung hängen allesamt davon ab, ob sich ein Mensch unterwirft und durch die Psychopharmaka stigmatisieren [...] lässt“ (Millett, zit. aus Lehmann et al., 2007, S. 32).*

Was sollten derartige kritische Formulierungen beim *Empfänger* dieser Kritik bewirken?

Die Intensität der Ablehnung weist darauf hin, wie sehr sich Betroffene von der Psychiatrie missverstanden, übergangen oder auch missbraucht fühlen. Und so gilt es, die psychiatrische Arbeit reflektierend zu hinterfragen.

3.1.1. Ursachen für die Skepsis

Im Wesentlichen sind es drei Themenfelder, die bei psychiatriekritischen Menschen ursächlich zur Voreingenommenheit gegenüber der „*Mainstream-Psychiatrie*“ (Whitaker, zit. aus Lehmann et al., 2007, S. 9) beitragen:

Die folgenschweren geschichtlichen Hintergründe der Psychiatrie, die fragliche Wirksamkeit aktueller Behandlungswege, und die umstrittene Anwendung von Diagnosesystemen.

Geschichtliche Hintergründe

Die Geschichte der Psychiatrie hinterlässt immer noch einen Beigeschmack von Unmenschlichkeit, und lässt auch die breite Öffentlichkeit an Zwangsmittel, Foltermethoden und sogar Mord denken. Als Konsequenz daraus ergibt sich verständlicherweise Skepsis und Misstrauen. Ein kurzer Abriss der Situation im deutschsprachigen Raum:

Ende 19. Anfang 20. Jahrhundert beschäftigte man sich intensiv mit Vererbungstheorien. Geisteskrankheiten würden zu einer Degeneration der Gesellschaft führen. Das führte dazu, dass 1905 in **Deutschland** die »Gesellschaft für Rassenhygiene« gegründet wurde (Sauter et al., 2006, S. 149). *„Die Euthanasiemethoden der Psychiater des <Dritten Reiches> standen keineswegs im Gegensatz zum Psychiatrischen Denken. [...] Eugen Bleuler forderte lange vor Hitler den Ausschluss der <Schwachen> und <Degenerierten> von der Zeugung“* (Rufer, 1997, S. 127).

In der **Schweiz** war es August Forel, der *„...1882 als erster Psychiater die Sterilisation einer <Geisteskranken> aus eugenischen Gründen angeordnet [hat. Diese Gedanken] wurden von den Nationalsozialisten aufgenommen: Der <Vernichtung unwerten Lebens> waren ab 1934 Massensterilisationen vorausgegangen...“* (Rufer, 1997, S. 129).

In Wien erinnert die »Gedenkstätte Steinhof« im Otto Wagner Spital an die Zeit des Nationalsozialismus in **Österreich** (auch virtuell im Internet zu besuchen: www.gedenkstaettesteinhof.at). Die Dauerausstellung »Der Krieg gegen die „Minderwertigen“«, vom Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes, zeigt mit „Station 17“ - betitelt »Der lange Schatten der NS-

Psychiatrie« - eindrucksvoll auf, wie nachhaltig die menschenverachtenden Geschehnisse der damaligen Zeit sind: *„Kaum ein anderer Fall hat in den letzten Jahren ein vergleichbares Schlaglicht auf den Umgang Österreichs mit den Verbrechen des Nationalsozialismus geworfen wie der des Tötungsarztes und späteren Psychiaters und Gerichtsgutachters Dr. Heinrich Gross. [...] Das Urteil [wurde] 1950 [...] wegen eines Formfehlers aufgehoben [...]. Gross startete eine zweite Karriere [...] bis zum Primarius [, und war] einer der gefragtesten Gerichtsgutachter Österreichs. 1976 [galt] seine Beteiligung an den Kindermorden als erwiesen. Dennoch dauerte es noch einmal beinahe zwanzig Jahre, bis die Wiener Staatsanwaltschaft Anklage gegen Gross wegen seiner Verstrickung in die NS-Kindereuthanasie erhob. Zu einem Urteil kam es jedoch nicht“ (Czech, 2002).*

Behandlungsmethoden

Setzt sich die Geschichte um die Eugenik heute fort? Michael Hubenstorf (2002) hat im Rahmen der oben genannten Dauerausstellung - auf Station 18 - das Thema »Bio-Psychiatrie, Genetik und "Euthanasie" heute« erarbeitet:

Nachdem vor knapp drei Jahrzehnten die antipsychiatrische Kritik auf ihrem Höhepunkt war, und die Psychiatrie der westlichen Welt dadurch einen Umbruch erfuhr, waren es die neuen technischen Errungenschaften dieser Jahrzehnte, die der »**biologischen Psychiatrie**« **wieder einen mächtigen Aufwind** gaben. *„Diese Neuerungen versprechen eine biologische Erklärung für Erscheinungen unserer Psyche zu liefern, die vor zwanzig Jahren undenkbar schienen. Damals galt ‚biologische Psychiatrie‘ als veraltet. Heute scheint sie utopische Hoffnungen auf Heilung und eventuell sogar Vorbeugung zu verkörpern. Auf einer ganz anderen Ebene ist aus der ‚Rassenhygiene‘ (oder der ‚Eugenik‘) die Human-Genetik unserer Tage entstanden. [...] Die Utopie vom ‚erbgesunden‘ Menschen scheint neuerlich in greifbare Nähe gerückt“ (Hubenstorf, 2002).* Hubenstorf führt weiter aus, dass das eine grob vereinfachte Schilderung der sehr komplexen wissenschaftlichen Ergebnisse ist (ebd.). Aber solche Entwicklungen bewirken verständlicherweise ebenfalls Skepsis; besonders bei betroffenen Personengruppen.

Auch Marc Rufer sieht diese „...aufgebauchten Riesenerfolge...“ der Hirnforschung sehr kritisch. Soziale Aspekte in der Psychiatrie werden zugunsten

biologischer Aspekte weit in den Hintergrund gerückt, was zu einer einseitigen Sichtweise im **Zusammenhang** mit **Psychopharmaka-Therapien** führt: *„Dem Zeitgeist entspricht die Auffassung, dass nur die Neurobiologie Grundfragen [...] psychischer Störungen endgültig beantworten kann [...], dass die Balance der Neurotransmitter bestimmt, wie es uns geht, ob wir gesund sind oder »psychisch krank«. Dass es sich dabei um eine unbewiesene Hypothese handelt, wird nicht wahrgenommen“* (Rufer, 2006, zit. aus Lehmann et al., 2007, S. 400 - 401). Psychopharmaka können bestenfalls Symptome unterdrücken oder wegämpfen, aber keinesfalls Ursachen einer Störung ausschalten (ebd., S. 411).

Peter Lehmann betrachtet das herrschende medikamentenbasierte Paradigma als gescheitert. Eingeleitet 1954 durch das erste antipsychotische Medikament Chlorpromazin, war es kein Fortschritt, sondern führt zur Chronifizierung. Der Anteil »psychisch Behinderter« in den USA hat sich von 0,34% der Einwohner im Jahr 1955 auf 1,97% im Jahr 2003 versechsfacht (Lehmann et al., 2007, S. 9-10).

Zunehmend verabreicht man **Jugendlichen und auch Kindern** - deren „auffälliges Verhalten“ (Rückzug, Konzentrations- und Leistungsprobleme, Liebeskummer, Streit mit den Eltern) in der Entwicklungsphase nur einer entsprechenden empathischen Begleitung bedarf - wegen Verdachtsmomenten auf eine drohende Psychose vorbeugend Neuroleptika (Rufer, zit. aus Lehmann et al., 2007, S. 411).

Die **Elektrokonvulsionstherapie** (EKT) löst einen epileptischen Krampfanfall aus, und wirkt gemäß Klaus Dörner nach demselben Prinzip wie die Pharmakotherapie: *“Wir verwandeln den seelisch leidenden vorübergehend in einen hirnorganisch kranken Menschen...”* (Dörner et al., 2007, S. 589). *„Elektroschocks führen zur Schädigung von Nervenzellen und Blutgefäßen [und damit zu] einer erhöhten Permeabilität der Blut-Hirn-Schranke. [...] die Betroffenen [leiden] danach ein einem mehr oder weniger ausgeprägten akuten hirnorganischen Psychosyndrom. [...] fühlen sich hilflos und ängstlich...”* (Rufer, zit. aus Lehmann et al., 2007, S. 414). Trotz Modifikationen ist die EKT wegen dieser „Nachwirkungen“ immer noch sehr umstritten, da diese sehr schwerwiegend und unter Umständen sehr lange andauern können. Außerdem ist sie bedenklich, *„...zumal eine Entlastung, wenn überhaupt, meist nur vorübergehend eintritt und*

die erstmalige Anwendung die passivierende [...] Wiederholung wahrscheinlich macht“ (Dörner et al., 2007, S. 590 - 591).

Die Anwendung von **Fixierungen, Unterbringung und Zwangsbehandlung** in der Psychiatrie, findet ebenfalls negative Resonanz bei vielen Betroffenen. Auch wenn die Notwendigkeit von Zwang in der Psychiatrie mit der fehlenden Urteilsfähigkeit seitens des Patienten begründet wird, und dazu dienen soll, Gefahrenmomente auszuschalten und die eingeschränkte Entscheidungsfreiheit wiederherzustellen, sieht die antipsychiatrische Bewegung darin ein Mittel zur Stabilisierung der bestehenden gesellschaftlichen Machtverhältnisse (Rufer, 1997, S. 22).

Auch in Verbindung mit der Verabreichung von Psychopharmaka kommt es zur Ausübung von Zwang. Die Entwicklung von **Depotpräparaten** und die Einführung **ambulanter Zwangsbehandlung** in vielen Ländern, wird von Betroffenen oft als Übergriff auf ihre Freiheit gewertet (Rufer, zit. aus Lehmann et al., 2007, S. 412).

Diagnosesysteme

Antipsychiatrisch orientierte Personengruppen sprechen sich gegen Diagnosesysteme aus, denn sie vertreten die Ansicht, dass es keine Geisteskrankheiten gibt (dabei sind Hirnkrankheiten ausgenommen), die mit einem Diagnosesystem kategorisierbar wären. Stattdessen spricht man von Menschen in psychischen Notlagen, die menschliche Hilfeleistung benötigen - die aber nicht krank sind (Lehmann, 2001).

Es lässt sich nicht leugnen, dass die Diagnostizierung einer psychischen Erkrankung mit **Stigmatisierung** verbunden ist, und beim Betroffenen Verunsicherung, Angst bis hin zur Hoffnungslosigkeit auslösen kann. Die Diagnose prägt das Leben eines Betroffenen und lässt das Umfeld reagieren (Rufer, 1997, S. 25).

Dagmar Moll, vom autonomen Selbsthilfeverein <omnibus>, berichtet von der aktuellen Versorgungssituation in Vorarlberg: *„...ressourcenorientiertes Handeln als Ideal existiert, aber leider zeigt die Praxis oftmals das Gegenteil. Es beginnt damit, dass es ohne Defizit (Diagnose) keine Finanzierung gibt. [...] So bleibt der Blick auf den Defiziten eines Menschen haften und seine Fähigkeiten werden leider immer noch häufig ‚übersehen‘...“ (Moll, 2008).*

3.1.2. Reaktionen auf die Skepsis

Aufgrund dieser vorherrschenden Bedenken, gegenüber der Entwicklung in der psychiatrischen Praxis aus Vergangenheit und Gegenwart, ist es eine logische Folge, dass sich Menschen, die sich mit ihren Anliegen unverstanden und ignoriert fühlen, abwenden und auflehnen - Betroffene wie Professionelle, ob zuerst als Einzelne, oder dann organisiert.

Einzelprotest

Der Abschiedsbrief einer jungen Frau verdeutlicht dieses Unverstanden-sein und die Auflehnung Einzelner im psychiatrischen System sehr gut: *„Ich frage mich, woher nahmen jene Leute - diese Psychiater, das Recht, mich hinter vergitterten Fenstern und verschlossenen Türen festzuhalten? Woher nahmen sie das Recht - mir das Weinen- das Traurig- und das Fröhlich-Glücklichsein zu verbieten? [...] die meisten Psychiater waren [von sich] so überzeugt, dass es ihnen total gleichgültig war, ob ich mit ihrer Methodik [...] einverstanden war. Aber das Problem, das ich den Ärzten aufgab, schien ihnen ziemlich ungewohnt, denn [...] ich wehrte mich mit unendlich viel Kraft gegen diese Ungerechtigkeiten“* (Rufer, 1997, S. 217).

Diese Frau, Silvia, hat sich 1980 am <Bellevue> in Zürich verbrannt - unter anderem als Protest gegen die Psychiatrie. Sie machte sich als 15 jähriges Mädchen nach einem Selbstmordversuch mit Schlaftabletten beim Aufnahmearzt wegen ihres Schweigens verdächtig; eine Schizophrenie wurde diagnostiziert (ebd. S. 208).

Gegenströmungen

Die „Weltvereinigung für psychische Hygiene“, eine Initiative des Psychiatriebetroffenen Clifford Beers (1876 - 1943), wurde - auch in Österreich - zum Motor für die Entwicklung der **Sozialpsychiatrie**. Schon 1922 kam Beers aus Amerika nach Europa, und versuchte Psychiater dafür zu gewinnen, sich für die „seelische Hygiene“ einzusetzen. In Tirol wurde 1946 unter Prof. Dr. H. Urban eine „Abteilung für Sozialpsychiatrie“ an der Universitätsklinik in Innsbruck gegründet, die mit der Vor- und Nachsorge von Patienten betraut war (Meise et al., 2007).

Die **Antipsychiatrie** hat ihren Ursprung ebenfalls in Amerika, wo der Psychiater David Cooper (1931 - 1986) 1967 erstmals diesen Begriff verwendete. Zusammen

mit Ronald D. Laing (1927 - 1989) zählt er zu den wichtigsten Vertretern dieser Bewegung. Primäres Anliegen war es, zu deklarieren, dass im Besonderen die Schizophrenie keine psychische Erkrankung ist, und dass es für psychiatrische Diagnosen generell keine objektiven, klinischen Kriterien gäbe. Es wurden außerdem nicht nur Missstände in psychiatrischen Institutionen angeprangert, sondern die Psychiatrie generell in Frage gestellt.

In Italien setzte sich Franco Basaglia (1924 - 1980) führend für die Reform der Italienischen Psychiatrie ein. Neben den Ansätzen von Laing und Cooper, orientierte sich Basaglia auch an einigen anderen Konzepten - besonders an Maxwell Jones aus Großbritannien. Wegen inhaltlicher Differenzen, z. Bsp. bzgl. des Krankheitsverständnisses, wurde die **Deinstitutionalisierung der Psychiatrie in Italien** bewusst nicht als Antipsychiatrie bezeichnet.

In Deutschland standen am Anfang sehr **radikale antipsychiatrische Bewegungen** - auch in Verbindung mit der 68er Studentenbewegung, die Aktionen gegen psychiatrische Menschenrechtsverletzungen initiierten. Es entwickelten sich verschiedene kritische Richtungen daraus; Manche, die zum Teil radikal an ihrer Kritik bzgl. psychiatrischer Menschenrechtsverletzungen festhalten.

Parallel dazu entwickelte sich die **Sozialpsychiatrie** als Reformbewegung der Psychiatrie weiter, mit dem Ziel, psychisch erkrankte Menschen in ihrem sozialen Umfeld zu behandeln, um die Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren in die Prävention und Behandlung mit einzubeziehen.

Seit den frühen achtziger Jahren existiert in Deutschland - jetzt primär getragen von Psychiatriebetroffenen - eine sozusagen „**neue Antipsychiatrie**“. Diese übt immer noch heftig Kritik an der psychiatrischen Landschaft, aber es ist nicht mehr Ziel, die Psychiatrie zu reformieren, sondern ein System mitmenschlicher Hilfeleistung zu entwickeln. Sie sucht den Zusammenschluss mit anderen Menschenrechts- oder Selbsthilfegruppen und ermöglichen alternative Formen des Lebens mit Verrücktheit - in **Verrückten- und Weglaufhäusern**. In den Niederlanden gibt es schon seit den 1970er Jahren solche „Wegloophuizen“ als

Initiative von Psychiatriebetroffenen (Sauter et al., 2006, S. 154 - 155; Monsorno, 1997; Bopp, 1980; Lehmann, 2001; Lehmann, 2007, S. 11; Bräunling et al., 2006).

Aufbauend auf der antipsychiatrische Bewegung in Amerika, entwickelte auch der Psychiater Loren Mosher (1933 - 2004) die Idee, ersterkrankte schizophrene Menschen in milieuthérapeutischem Umfeld, mit gering dosierter neuroleptischer Medikation durch ihre Psychose zu begleiten. Mit dem Kerngedanken des „Dabei-Seins“ wurde dieses Konzept 1971 in San Francisco, im Rahmen einer wohngemeinschaftlichen Einrichtung, genannt „**Soteria**“ (sinngemäß mit „Geborgenheit“, „Rettung“ aus dem Griechischen übersetzt), umgesetzt. Seit 1984 hat dieses Modell auch in Europa Fuß gefasst. Der Schweizer Psychiater Luc Ciompi gründete damals in Bern ein Soteria-Projekt (Soteria Haar, 2007).

3.1.3. Wie entsteht Compliance?

Die „biologische Orientierung“ der »klassischen Psychiatrie« ist klar erkennbar, und abzulesen an dem großen Stellenwert, den z. Bsp. die Fortschritte bzgl. bildgebender Verfahren, und die intensiven Anstrengungen hinsichtlich der Entwicklung von neuen Psychopharmaka haben (Kasper et al., 2005), sowie aber auch an den zahlreichen Indikationen, bei denen Psychopharmaka das Mittel der ersten Wahl sind (Lehmann, 2008).

Parallel dazu, die beschriebene Entwicklung verschiedener psychiatriekritischer Ansichten. Wobei - wie angedeutet - zwischen deren Vertretern oft die einzige Übereinstimmung, die Kritik an der bestehenden Psychiatrieversorgung war, und ist (Lehmann, 2001).

Kann eine von allen diesen Ideologien den Anspruch erheben, das einzig Richtige zu vertreten? Oder haben nicht alle in gewissem Maß zu dem Fortschritt beigetragen, der uns dahin brachte, wo wir jetzt bzgl. der Erkenntnisse über physische, psychische und soziale Zusammenhänge stehen - auch wenn es vielleicht aus der jeweils opponierten Sicht, nur ein provokantes Aufzeigen von Missständen war?

Compliance im Zusammenhang mit dem Empowerment-Gedanken, bedeutet **Konsensfindung und schließlich Kooperationsbereitschaft** (siehe Pkt. 2.4 Compliance). Dieser Konsens ist aber nicht nur zwischen professionellem Helfer

und Betroffenen herzustellen, sondern muss schon vorher zwischen den verschiedenen, nebeneinander bestehenden Behandlungssystemen existieren. Auch in diesem Fall geht es um *beiderseitige* Annäherung und darum, sich gegenseitig zu akzeptieren, bzw. zuzulassen.

In psychiatriekritischen Kreisen vereinigen sich fast ausschließlich Menschen mit Psychosen oder „schizoaffektiven“ Störungen (Lehmann, 2007). Darüber hinaus gibt es aber viele andere psychiatrische Problemstellungen. Beispielsweise verursachen ererbte oder erworbene hirnorganische Defizite, oder auch atrophische Prozesse - altersbedingt oder durch Substanzmissbrauch ausgelöst, oftmals parallel zur psychischen Notlage einen zu hohen somatischen Pflegeaufwand, als dass davon betroffene Menschen ohne intensive pflegerische Begleitung (und auch zum Teil nicht ohne ärztliche Begleitung) in alternativen Einrichtungen versorgt werden könnten. Kriminalitätsdelikte, ein übermäßiges, die Bündnisfähigkeit behinderndes Aggressions- und Gewaltpotential (z. Bsp. bei schweren Persönlichkeitsstörungen), sowie auch eine bestehende Suchterkrankung bzgl. Drogen oder Alkohol, sind ebenfalls Ausschlussgründe, eine Unterstützung in Alternativprojekten zu finden (Soteria Haar, 2007; Soteria Bern, 2007; Weglaufhaus, 2008).

Das stellt sehr klar heraus, dass auch nicht *nur* alternative und völlig losgelöste Einrichtungen, das Erstrebenswerte sind.

Psychiatrie und Krisenbegleitung existieren nicht zum Selbstzweck, sondern um psychisch gekränkten Menschen in ihrer Not zu helfen. Das **Hauptaugenmerk** liegt also auf der bestmöglichen Befriedigung der Bedürfnisse und Anliegen »des **Menschen** in der Krise« *selbst*. Wenn dieses Ziel von *allen* behandelnden und begleitenden „Systemen“, sowie den einzelnen darin Tätigen, in kooperativer und nicht konkurrierender Absicht verfolgt wird, **dann wird sich auch die allgemeine Skepsis gegenüber der „Psychiatrie“ verlieren**, und die Konzepte »Empowerment« und »Recovery« können tatsächlich durchgängig wirksam werden (Katschnig, 2005; Sartorius, 2005).

3.2. Strukturen schaffen, die die Selbstbefähigung fördern

*„Gesundheitsförderung [dient dazu,] allen Menschen ein höheres Maß an **Selbstbestimmung** über ihre Gesundheit zu ermöglichen [...]. Die Verantwortung [liegt] nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen [...], ein Versorgungssystem zu entwickeln, das [...] die **Wünsche von Individuen und sozialen Gruppen** [...] aufgreifen und unterstützen [soll]...“ (WHO, 1986).*

Mit diesen Inhalten hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits 1986 in Ottawa zu aktivem Handeln für die Gesundheit bis zum Jahr 2000 aufgerufen.

Auf der WHO-Konferenz in Helsinki, im Jahr 2005 - *speziell zum Thema psychische Gesundheit*, wurde in der verfassten Präambel, erweiternd dazu, ein Aktionsplan mit 12 Grundsatzempfehlungen zur Erreichung dieser Ziele in Verbindung mit psychischer Gesundheit beschlossen (siehe Anhang, Abb. 22).

In welchen Punkten müssen sich die öffentlichen, psychiatrischen Versorgungsstrukturen nun „bewegen“, um diese eingeforderten Ziele der WHO zu erreichen, und damit gleichzeitig auch auf psychiatriekritische Menschen und Gesinnungsgruppen zuzugehen, und im Sinne von Konsens und Kooperation, deren Selbstbefähigung zu ermöglichen?

3.2.1. Politische Weichenstellung und Aufklärung

Prof. Dr. Ullrich Meise und Prof. Dr. Johannes Wancata kommentierten die WHO-Konferenz - Helsinki in Bezug auf die Situation in Österreich: *„...dass psychische Gesundheit ein wesentlicher Teil für verschiedene Politikbereiche ist, wurde trotz vieler Lippenbekenntnisse [...] von den Verantwortlichen aus Politik bislang zuwenig berücksichtigt. Zwar beinhalten [...] Reformpläne Aspekte [dazu]; trotzdem fehlen [...] die Vision für eine zukunftsorientierte Politik und Strategie, sowie die dafür erforderliche **ökonomische Basis**. All dies kann nur **von der Politik bereitgestellt** werden“ (Meise et al., 2006).*

Dr. Heinz Katschnig (2005) stellte auf der Psychiatrieenquete in Linz, die Gefahr von mangelhaftem und falschem Wissen - von (politischen) Entscheidungsträgern bis hin zu Schülern, und die damit verbundenen Gefahr der Diskriminierung heraus. Er plädierte für **Informationskampagnen** auf breiter Basis, um dem

entgegenzusteuern und damit nicht zuletzt eine **Entstigmatisierung** von Psychischen Erkrankungen zu bewirken.

3.2.2. Patienten- und Bedürfnisorientierte Finanzierung

Trotz des Umdenkens gibt es laut Klaus Dörner auch heute beunruhigende Bewegungen, die von einer *Nützlichkeitsphilosophie* (ähnlich der im dritten Reich) geprägt sind. Er beschreibt im Vorwort seines Lehrbuches die „...**ökonomische Globalisierung** [, in der Schwache und Kranke] überflüssig seien; und [...] es kommt zu einer tiefgreifenden *Ökonomisierung des sozialen Bereiches*“ (Dörner et al., 2007, S. 15).

Manuela Sambale findet in der Rationalisierung des Gesundheitswesens das Muster überholter Betriebsführungsprinzipien wieder, die auf **hohe Arbeitsteilung nach direktiven Anleitungen** ausgerichtet waren. Moderne Wirtschaftsstrukturen lösen hingegen solche Räderwerke durch Netzwerke ab, und sehen Unternehmen als soziale Organismen (Sambale, 2005, S. 11).

Prof. Norman Sartorius (2005), aus Genf, warnte auf der Psychiatrieenquete in Linz vor der **ökonomischen Falle**: Maßnahmenpläne haben sich zu oft nach den vorhandenen Mitteln zu richten, anstatt nach den objektiven Notwendigkeiten.

Solche Tendenzen der Ökonomisierung sind logischerweise sehr hinderlich für die Entwicklung und Integration patientenorientierter, alternativer Behandlungskonzepte in die stationären Strukturen einer Psychiatrie. Das bestätigte mir auch Irmi Breinbauer bei meinem Besuch der „Soteria-Station“, im Klinikum München Ost. Sie erklärte mir, dass seit der Stationseröffnung im Jahr 2003, jedes Jahr erneut, im Rahmen einer Rentabilitätsprüfung mit den Kassen, über das Sonderbudget für das Projekt „Haus im Park“, und damit auch über das Weiterbestehen dieser alternativen Psychosebegleitung, verhandelt werden muss. Und das, obwohl eigentlich mit den Studien von „Bern“ und „San Francisco“ die Wirksamkeit der Soteria nachgewiesen ist. Der subjektive Vorteil für diese Klientengruppe steht dabei nicht zur Diskussion (Breinbauer, 2008).

Unklare Finanzierungsstrukturen

Hinderlich für eine durchgehende Betreuung Betroffener sind nicht nur *knapp* finanzielle Ressourcen, sondern auch die Kostenteilung für die verschiedenen

Versorgungseinrichtungen zwischen Bund, Ländern, AMS, etc. *„Ökonomische Anreize bestimmen damit, was geschieht“ (Katschnig, 2008). „...Die Kostenträger weisen Kostenübernahmen für Klienten oft gerne mit dem Argument von sich, dass er in eine andere Zuständigkeit fällt.[...] Die Klienten müssen es dann tragen - und aushalten, wenn Unstimmigkeiten bezüglich Finanzierungszuständigkeiten bestehen“ (Walser, 2008).*

Im B-VG (2008, Artikel 9, S. 10) hat Österreich zwar beschlossen, bis zum Jahr 2011 sektorenübergreifende Abrechnungsmodelle für den ambulanten Bereich in Form von Landesgesundheitsfonds zu konzipieren und einzurichten (sinngemäß, wie jetzt schon für den stationären Bereich), aber Wolfgang Wörndle befürchtet, dass es dann *zwei verschiedene (gedeckelte) Fonds* für den stationären und den ambulanten Bereich geben wird, und es damit immer noch zu einem Hin- und Herschieben der Patienten zwischen diesen beiden Bereichen kommen könnte (Wörndle, 2008). Dr. Albert Lingg, Chefarzt des LKH Rankweil dazu: *„Die strikte Trennung der Kostenträger für stationäre, ambulante, rehabilitative oder soziale Hilfe ist ein schon lange identifiziertes Hindernis für effizientes Arbeiten und gerechte Ressourcenverteilung...“ (Lingg, 2007).*

Vermarktungsinteressen der Pharmaindustrie

Volkmar Aderhold beschreibt in seiner Abhandlung über subjektorientierte kooperative Pharmakotherapie verschiedene Mängel in der Methodik bisheriger Medikamentenstudien. Diese seien nicht zuletzt in den ökonomischen Interessen der Pharmaindustrie begründet, *„...der es in den zurückliegenden Jahrzehnten gelungen ist, die Psychiatrie [...] weitgehend von sich abhängig zu machen“ (Aderhold, zit. aus Knuf et al., 2007, S. 209).* Nicht nur im Falle der Medikamentenforschung, sondern auch bei betreuenden Diensten und Organisationen besteht eine solche „Abhängigkeit“ zur Pharmaindustrie (abzulesen an den oft zahlreichen Werbeeinschaltungen in manchen derer Veröffentlichungen, sowie auch auf Internetportalen).

Eine Möglichkeit, Unabhängigkeit von der Pharmaindustrie für Forschung und Versorgung zu erreichen, sieht Aderhold im Vorgehen amerikanischer Eliteuniversitäten, durch eine sogenannte „Poolbildung“, die *„...finanzielle Verbindungen zwischen Industrie und Ärzteschaft bzw. akademischen Zentren*

[unterbindet.] Finanzielle Zuwendungen der Pharmaindustrie [machen so] eine unbeeinflusste Förderung der Fortbildung und Forschung möglich...“ (Aderhold, 2008, S. 16).

Letztlich sollten damit in Verbindung „...auch die Betroffenen in Forschung und Versorgung eine kritische Kontrollfunktion erhalten...“ (Aderhold, zit. aus Knuf et al., 2007, S. 191).

Alternativen ermöglichen und finanzieren

„...Psychiatriekritische Gruppen werden in aller Regel von staatlicher Förderung ausgeschlossen. Propsychiatrische Einrichtungen werden dagegen vom Staat und der Pharmaindustrie mit Milliardenbeträgen bedacht...“ (Lehmann, 2001).

Das ist nicht nur mit psychiatriekritischen Gruppen so. Nur als ein Beispiel, kämpfen an einer zweiten Front die »klassischen Homöopathen« um Anerkennung ihrer Arbeit, die sich neben chronischen Leiden, auch sehr intensiv mit psychischen und psychosomatischen Leiden auseinandersetzt. Für „...die Abseitsstellung der Homöopathie in Bezug auf Versicherung und Krankenkasse...“ sind oft Hemmnisse wie „...‘homöopathische‘ Quacksalber, orthodox-wissenschaftliche Vorurteile und wirtschaftliche Interessen...“ (Vithoulkas, 1999, S. 159) verantwortlich.

Dolores Kahler (2008) berichtet mir von einer Betroffenen in Ihrer Selbsthilfegruppe »SPRACHROHR«, die in Verbindung mit ihrer diagnostizierten „Bipolaren affektiven Störung“ sehr gute Erfahrungen mit der Homöopathie mache. Allerdings habe diese junge Frau den Bonus der finanziellen Unterstützung von ihrem Vater. Klaudia Wolf-Erharter vom Psychosozialen Pflegedienst der GPG führt dazu aus, dass Alternativen zu Neuroleptika-Therapien sicher von vielen Klienten angenommen würden, wenn sie einem genannt würden, und finanzierbar wären. Denn auch bei neuen Psychopharmaka sind viele bereit, diese zu testen, weil sie sich dadurch weniger Nebenwirkungen, und damit eine bessere Verträglichkeit erhoffen“ (Wolf-Erharter, 2008).

Henric beherrscht seine Psychosen mit homöopathischen Präparaten seit ca. 12 Jahren - ohne Nebenwirkungen. Er führt ein stabiles Leben mit mehrfacher Berufstätigkeit und sozialen Kontakten, nachdem er im Berufsschulalter

Befehlsstimmen von Gott und dem Teufel hörte, die ihn einerseits in den Perfektionismus trieben und ihn andererseits zu Mordhandlungen an Verwandten aufforderten. Zudem litt er unter ständigen Selbstmordgedanken. Ein »klassischer Homöopath« half ihm, seine Stabilität wieder zu finden (Henric, 2008). Henric ist ein stellvertretendes Beispiel dafür, dass viele Menschen gegenüber komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden absolute Compliance zeigen, weil sie damit eine wirksame Unterstützung in ihrem psychischen Leiden finden (Lehmann, 2008).

Das Gesundheitssystem darf - auch gemäß den Forderungen der WHO (2005) - nicht nur einen, sondern muss alternative Wege zur Begleitung von psychisch gekränkten Menschen anbieten und finanzieren!

3.2.3. Autonomiefördernde Betreuungsstrukturen

Die WHO fordert für Menschen mit psychischer Erkrankung: „...eine wirksame und umfassende Behandlung und Versorgung in einer Palette verschiedener Settings [anzubieten], in denen ihre persönlichen Wünsche berücksichtigt werden können...“ (WHO, 2005). Siehe Anhang, Abb. 22, Punkt 7.

Durch emanzipiertes und beharrliches Einfordern von empowermentfördernden Anpassungen - in der Erfüllung des Aktionsplans der WHO - kann die Pflege Einfluss auf Rationalisierungsmaßnahmen und Finanzierungsmodelle nehmen.

Das „Setting“

hat wesentlichen Einfluss darauf, ob Individualität ermöglicht wird. Leo Zehender spricht davon, dass sich ein direkter Führungsstil in der Beziehung zwischen Pflegeperson und dem gepflegten Menschen widerspiegelt. Wo Pflegekräfte über keine Autonomie für die Gestaltung ihrer Arbeit verfügen, kann auch keine autonomiefördernde, patientenorientierte Betreuung erwartet werden. Um diesem Ziel gerecht zu werden, ist ein kooperativer Führungsstil für stationäre Einrichtungen unabdingbar (Zehender, 2007).

Das würde bedeuten: Verzicht auf Methode und Routine, zugunsten der Ressourcen der Klienten. Und weg vom arbeitsteiligen Professionsseparatismus, hin zu kooperierenden Netzwerken, zur Versorgung des Klienten als zentralem Motiv (Sambale, 2005, S. 58, 106).

Als Beispiel dafür, sind solche Grundsätze auf der Soteria-Station in München umgesetzt: Das Personal besteht, wie auch auf anderen Stationen, aus Psychiatern, Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialpädagogen, psychiatrischem und allgemeinem Pflegepersonal. Allerdings haben alle Mitglieder des Teams die gleichen Dienstzeiten; mit Nachtdienst, Wochenenddienst, etc. Der Grund liegt in einer konsequenten Umsetzung der Bezugspflege, im Rahmen eines individuell abgestimmten milieutherapeutischen Behandlungsprogrammes. Egal welche Profession diese Mitarbeiter haben, sie sind in *allen* Belangen (als Bezugspersonen-Tandem) die Ansprechpartner für „ihren“ Patienten. Ob es um seine Krisen oder Fortschritte, eine Änderung der Medikation oder auch „nur“ um einen Ausgang geht. Nach eventueller fachlicher Rücksprache bei anderen Teammitgliedern (z. Bsp. Arzt, Sozialarbeiter), begleiten sie den Patienten bei seiner Entscheidungsfindung (Änderungen der Medikation werden dann vom Arzt abgezeichnet). Das setzt ein erweitertes Berufsrollen-Verständnis seitens aller Mitarbeiter voraus, aber die individuellen Kompetenzen der Mitarbeiter werden dadurch sehr bedeutend, denn abhängig von den jeweiligen Qualifikationen und persönlichen Kompetenzen der beiden Diensthabenden, gestaltet sich der Alltag immer wieder neu, und jeder Patient kann sich das mitnehmen, was für ihn passend ist - wie eben in einem „natürlichen Milieu“, das uns im Leben umgibt - und hier eben z. Bsp. mit physiotherapeutischen, ergotherapeutischen, musiktherapeutischen Elementen, und nicht zuletzt mit den alltäglichen Aktivitäten in Verbindung mit der Haushaltsführung und Gartenarbeit, denn gekocht und geputzt wird hier großteils autark (Breinbauer, 2008).

Eine derart weitreichende Gleichstellung hinsichtlich Behandlung und Pflege kann selbstverständlich nicht in allen Bereichen der stationären, psychiatrischen Pflege erreicht werden. Aber für Daniela Gamper, Psychologin und Leiterin einer Akuttagesklinik in Winterthur, ist diese Orientierung absolut erstrebenswert, denn der Anspruch auf Empowerment kann nur dann glaubwürdig in die Arbeit mit den Patienten einfließen, wenn das Betreuungssystem einer Station weg von traditionellen, dirigierenden, hin zu einem partnerschaftlich, delegierenden Führungsmodell ausgerichtet wird. Seit 2005 sind auf dieser Station Ärzte, Psychologen und Pflegefachpersonen gleichberechtigt für die Behandlung der

Patienten zuständig, womit Doppelspurigkeit und konkurrierendes Arbeiten vermieden wird. Seit diesem Paradigmenwechsel hat sich die Qualität der Arbeitsbedingungen zum Positiven verändert, was von den profitierenden Kollegen und Patienten anerkennend wahrgenommen wird (Gamper, 2007). Die Stationsatmosphäre überträgt sich auf die Klienten:

Abb. 4: Wirkung der Empowerment-Atmosphäre auf Station

Möglichst hoher Grad an Mitbestimmung:	<i>Wenn die Mitarbeiter nichts zu sagen haben, haben die Klienten noch weniger zu sagen</i>
Ausreichende Information:	<i>Wenn die Mitarbeiter nicht informiert werden, erfährt der Klient erst recht nichts.</i>
Wahrnehmung und Förderung von Ressourcen:	<i>Nur wenn die Mitarbeiter mit ihrem Können und ihren Fähigkeiten gesehen werden, werden auch die Ressourcen der Klienten wahrgenommen.</i>
Möglichst partnerschaftliche Beziehung:	<i>Je mehr Hierarchie, je weiter unten steht der Klient</i>

(Knuf, 2006, S. 121)

3.2.4. Personelle Weiterentwicklung

Die Umsetzung solcher empowerment- und recoveryfördernden Stationsstrukturen erfordert aber seitens der Mitarbeiter, sich mit der eigenen Haltung gegenüber Verantwortung und Wertschätzung auseinanderzusetzen, und macht eine fachliche Weiterbildung notwendig, um zunehmend eigenverantwortlich arbeiten zu können (Gamper, 2007).

Aus- und Weiterbildung

Nach Amering und Schmolke ist der Paradigmenwechsel Richtung Empowerment und Recovery in die Aus- und Weiterbildung vermehrt zu integrieren. Nicht nur Rückfälle, Gefährlichkeit und Noncompliance, sondern speziell *Erfolge* und *Potentiale* der Patienten sind richtig einzuordnen. Pflegepersonen müssen in der Lage sein, Zuspitzungen und Krisen in die Gesamtentwicklungslinie des Betroffenen einzuordnen, und nicht nur als isoliertes Symptom zu erkennen.

Um damit in Verbindung zu lernen, wie Menschen mit psychischer Krankheit und Behinderung leben können, und diese stückweise zu überwinden lernten, braucht es Kommunikation und Interaktion mit Betroffenen (Amering et al., 2007, S. 252).

Psychose-Seminare

bieten dazu eine Möglichkeit. 1989 gründete der Privatdozent Dr. Thomas Bock an der Hamburger Uni-Psychiatrie die erste solche Gesprächsplattform. In diesem Rahmen wird der Dialog zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Helfenden gesucht. Es wird zum moderierten gleichberechtigten Perspektivenwechsel eingeladen - nicht um zu therapieren, sondern zum intensiven Erfahrungsaustausch, um den jeweils anderen verstehen zu lernen. Dieser Seminargedanke verbreitet sich allmählich im deutschsprachigen Raum. Einziger Wehrmutstropfen: Es nehmen leider viel zu wenige Professionelle an diesen Veranstaltungen teil (Buck-Zerchin, zit. aus Lehmann et al., 2007, S. 23). Es sollte Teil der Aus- und Weiterbildung werden, solche Konzepte zu unterstützen.

Betroffenenarbeit

Einbindung von Betroffenen in diesem Zusammenhang sollte aber wesentlich weiter reichen, als dass sie im Rahmen von Fortbildungen von ihren Erfahrungen berichten. Wie in jedem anderen Lebensbereich auch, können Menschen, die psychische Krisen erfolgreich durchlebt und bewältigt haben, andere Menschen in ähnlichen Situationen glaubhaft beraten, sie ermutigen und ihnen Hoffnung machen (Utschakowski, zit. aus Knuf et al., 2007, S. 277 - 297; Knuf, 2006, S. 116 - 119).

Im „Haus im Park“ wird die Mitarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen sehr geschätzt, und sie erweist sich im interdisziplinären Team als sehr fruchtbar. Mit ihrer erworbenen Empathie, interpretieren sie Handlungsmotive von Patienten oft sehr viel klarer, und so lassen sich sehr gut Interventionen ableiten, die den Betroffenen fordern, aber nicht überfordern. Leider ist im Rahmen der Personalregelung des Klinikums derzeit nur eine „ehrenamtliche“ Mitarbeit für Psychiatrie-Erfahrene, und damit in sehr eingeschränktem Umfang möglich (Breinbauer, 2008).

Psychiatrische Institutionen sind im Allgemeinen sehr skeptisch, psychiatrienerfahrene Menschen einzustellen. Als zu groß betrachtet man das Risiko der zu geringen Belastbarkeit im beruflichen Alltag (Utschakowski, zit. aus Knuf et al., 2007).

Betrachtet man aber beispielhaft das »Weglaufhaus«, ein alternatives Projekt zur herkömmlichen Psychiatrie in Berlin, mit „antipsychiatrischer Grundhaltung“, dann verliert sich diese Skepsis. Das Team besteht zu über 50 Prozent aus Psychiatrie-Erfahrenen, und begleitet in dieser Einrichtung 13 Bewohner in ihren akuten psychischen und sozialen Krisen (ebd., S. 283; Weglaufhaus, 2008).

Im Rahmen des Pilotprojektes »Experienced Involvement« (EX-IN - gefördert vom europäischen Programm Leonardo da Vinci), werden an der Hamburger Uni-Psychiatrie mittlerweile Psychose-Erfahrene, die ihre Psychosen verarbeitet haben, ausgebildet, als reguläre Mitarbeiter andere Betroffene in ihrem Erleben zu begleiten (Buck-Zerchin, zit. aus Lehmann et al., 2007, S. 25).

In den Niederlanden und dem englischsprachigen Raum, geht man bereits den Weg, dass Psychiatrie-Erfahrene in der Forschung aktiv mitarbeiten. Sie sind in diesem Rahmen hinsichtlich Bezahlung und Beteiligung in allen Phasen der Forschung gleichrangig integriert (Utschakowski, zit. aus Knuf et al., 2007, S. 285).

3.2.5. Wem „dient“ die psychiatrische Pflege?

Die psychiatrische Pflege „...*arbeitet zugleich für die Gesellschaft [...] und für das Individuum*“. Sie übernimmt die Rolle eines Mediators, um beiden Seiten, deren gegenseitige Sicht zu vermitteln (Dörner et al, 2007, S. 40).

Die Betroffenen sind dem System in ihrer Notlage aber unterlegen. Und so muss die psychiatrische Pflege, gemäß den jetzt (speziell zu stationären Strukturen) erarbeiteten Punkten prüfen, wo das Handlungsmotiv für Strukturveränderungen liegt: In der Kostensenkung? Oder im Erreichen angestrebter Ziele zugunsten der Betroffenen (gemäß WHO, 2005; siehe Anhang, Abb. 22.)?

Die Aufgabe der psychiatrischen Pflege ist es nicht, dem System bequeme Patienten aufzubereiten; sondern den Betroffenen zu eigener **Autonomie** zu verhelfen, und damit deren **Selbstbefähigung zu fördern** (Zehender, 2007).

In diesem Sinne **patientenorientiert zu intervenieren**, kann für Betroffene das **größtmögliche Maß an Individualität in der Krisenbegleitung** bewirken (Sambale, 2005, S. 107).

3.3. Werkzeuge und Techniken zum Autonomiegewinn

Mit den gesellschaftlichen Veränderungen geht es einher, „...dass in Zukunft [...] immer mehr psychiatrieerfahrene Menschen einen partnerschaftlichen Beziehungsstil von professionell Tätigen einfordern [werden]. Viele Patienten der Zukunft werden selbstbewusster und informierter sein als heutige Patienten...“ und „...wollen selber entscheiden, statt sich den Anordnungen der Fachpersonen zu fügen.“ (Knuf, 2007).

Die Pflegepersonen haben auf psychiatrischen Stationen in der Regel den meisten Kontakt zu den Betroffenen. Und so tragen sie mit ihrer Grundeinstellung sehr dazu bei, wie Betroffene die „Psychiatrie“ erleben.

3.3.1. Persönliche Haltung und Kompetenzen

Über die geschichtliche Entwicklung, kontroverse Ansichten in der psychiatrischen Landschaft, sowie die Verantwortungen von Politik und Entscheidungsträgern Bescheid zu wissen, ist für den psychiatrischen Pfleger nicht unwesentlich, denn all das nimmt Einfluss auf seine Grundeinstellung, und damit seine persönliche Haltung in der Pflege.

Einheitliche Richtung auf allen Ebenen

Die „empowerte“ Haltung der psychiatrischen Pflege als Gesamtes, ist maßgeblich abhängig davon, welche Einstellung die einzelnen Pflegepersonen zum Ausdruck bringen. Es können keine autonomiefördernden Behandlungsstrukturen entstehen, wenn nicht der einzelne Pflegenden dazu beiträgt, sie entstehen zu lassen, in der jeweiligen Position seiner Tätigkeit.

Zehn Kernkompetenzen

sind es, die Michaela Amering für die recoveryorientierte Weiterentwicklung von Mitarbeitern in ihrem Buch benennt:

Abb. 5: Zehn Kernkompetenzen für Recovery

<i>partnerschaftlicher Arbeitsstil</i>	<i>Stärken und Bedürfnisse erkennen</i>
<i>Respekt für Vielfalt und Verschiedenheit</i>	<i>personenzentrierter Ansatz</i>
<i>ethische Praxis</i>	<i>Dinge bewegen</i>
<i>Diskriminierung und Ausgrenzung bekämpfen</i>	<i>sinnvolles Risiko</i>
<i>Recovery fördern</i>	<i>persönliche Weiterentwicklung</i>

(Amering et al., 2007, S. 255)

Gemäß den Erfahrungen der Stationsleitung vom „Haus im Park“ in den fünf Jahren des Bestehens *„...[kostet] diese Orientierung vom Personal [...] nicht MEHR, aber es erfordert viel mehr Kraft WÄHREND der Zeit des Begleitens. [...] Deshalb ist es wichtig, welche Einstellung das Personal grundlegend zu den Patienten hat. [...] Nicht jeder ist geeignet, auf einer milieuthérapeutischen Station zu arbeiten. [...] Die grundlegende Zuwendung darf keinen Kraftaufwand bedeuten: Betrachtet man Patienten als ‚faul‘ oder ‚unbelehrbar‘? Stellt man deren kognitive Fähigkeiten in Frage? Oder anerkennt man den Patienten als Menschen in einer Krise? Möchte man ihm helfen, seine Kompetenzen zu finden um sein Leben zu meistern; Egal wie erfolgreich das letztendlich sein wird? ...“ (Breinbauer, 2008).*

Die im Folgenden dargelegten Punkte stellen bei weitem nicht das gesamte diesbezügliche Handlungsspektrum eines empowermentorientierten Pflegers dar. Weiterführend dazu, zeigt die verwendete und angeführte Literatur ergiebige Möglichkeiten zur Intervention auf.

3.3.2. Handlungsautonomie vs. Wunschautonomie

Ein Kritikpunkt am Empowerment-Konzept ist der, dass es Patientengruppen gibt, mit denen kein Behandlungskonsens geschlossen werden kann. Selbstbefähigung kann weder erlaubt noch gefördert werden, weil die entsprechend notwendigen Ressourcen derart eingeschränkt sind; zum Beispiel bei Menschen mit dementiellen Syndromen, hirnrorganischen Erkrankungen oder geistiger Behinderung. Trifft das aber tatsächlich zu?

Es stellt eine besondere Herausforderung für die Pflegenden dar, auch psychiatrisch Erkrankte mit *fehlenden individuellen Ressourcen* dabei zu unterstützen, ihr jeweils größtes Maß an Selbstbefähigung zu finden - im Einklang mit deren subjektivem Empfinden von Normalität und Wohlbefinden.

Leo Zehender macht damit im Zusammenhang den Unterschied zwischen Handlungs- und Wunschautonomie, in Verbindung mit der Betreuung von dementiellen Menschen deutlich: *„...so wie niemand [jemals] absolut autonom ist, darf die Autonomie auch keiner Person prinzipiell abgesprochen werden...“ (Zehender, 2007).* Jemand der räumlich und zeitlich desorientiert sein mag, weiß

andererseits immer noch genau, was er essen oder anziehen möchte, ob er schlafen oder fernsehen möchte. Jemand, der nicht mehr handlungsautonom hinsichtlich eines Spazierganges ist, hat immer noch den Wunsch nach Bewegung und Ortsveränderung. Das nicht zu berücksichtigen wäre autonomieverletzend. Es ist demnach sinnvoll, unterschiedliche Autonomiegrade individuell festzustellen und bei den pflegerischen Interventionen zu berücksichtigen (ebd.).

Interaktionsstufen

Das Recovery-Konzept geht auf diese unterschiedliche Fähigkeit zur Interaktion und Anteilnahme am eigenen Genesungsprozess von Menschen in psychischen Krisen ein (siehe Pkt. 2.6 Recovery). Amering beschreibt dazu ein Vier-Phasen-Modell der Gesundheitsbehörde in Ohio, USA, zur Umstellung auf Recovery-Orientierung:

Abb. 6: Vier-Phasen-Modell der Gesundheitsbehörde in Ohio, USA

dependent / unaware:	<i>Der Patient ist abhängig, und sich seiner Lage nicht bewusst</i>
dependent / aware:	<i>Der Patient lebt im Bewusstsein der Abhängigkeit</i>
independent / aware:	<i>Der Patient beginnt (wieder) Verantwortung für sein Vorgehen zu tragen</i>
interdependent / aware:	<i>Die Person lebt (wieder) ihr eigenes Leben, und findet adäquate Netzwerke</i>

Es gibt keine schematische Einteilung für Dauer, Reihenfolge oder Wiederholung dieser Stufen. Der individuelle Genesungsprozess, und auch bis zu welcher Interaktionsstufe jemand gelangen wird, ist abhängig von der Art und Ausprägung des psychiatrischen Leidens.

Der Pflegende hat deshalb immer wieder zu überlegen, welche Stufe aktuell Bedeutung hat, um damit die Art der *Interaktion*, der *Kommunikation* und auch die *Informationsvermittlung* entsprechend zu gestalten (Amering et al., 2007, S. 253 - 254).

Eine tabellarische Zusammenfassung für diese *pflegerischen Interventionen* in den einzelnen Stufen, siehe Anhang, Abb. 21.

3.3.3. Beziehungsarbeit

Kernelement für eine erfolgreiche Zusammenarbeit auf dem Weg der Genesung, ist das Vertrauensverhältnis zwischen dem Betroffenen und der Pflegeperson.

Denn nur auf der Basis des Vertrauens kann auch der Behandlungskonsens gefunden werden (Breinbauer, 2008) Siehe dazu auch Pkt. 2.4 Compliance.

Thomas Bock beschreibt, dass Kooperation gelingt, wenn beide Seiten ausreichend weit aufeinander zugehen. Da der Betroffene im akuten Anlass in einem Ausnahmezustand ist, liegt es in dieser Situation überwiegend beim professionellen Helfer, auf den Patienten zuzugehen, und ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Im Verlauf der Begleitung soll sich dieses aufeinander Zugehen mehr und mehr in die Mitte verlagern (Bock, 2006, S. 42). In diesem Zusammenhang benennt Bock einige notwendige Eigenschaften zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, die Vorrang vor allen anderen Interventionen hat:

Abb. 7: Eigenschaften zum vertrauensvollen Beziehungsaufbau

<i>Zeit</i>	<i>Respekt</i>	<i>Verfügbarkeit / Nähe</i>
<i>Offenheit</i>	<i>Interesse</i>	<i>Verhandlungsbereitschaft</i>
<i>Kritikfähigkeit</i>	<i>Flexibilität</i>	<i>Verlässlichkeit / Vertrauenswürdigkeit</i>

(Bock, 2006, S. 43)

Zum Thema Beziehungsarbeit im „Haus im Park“ erklärt Irmis Breinbauer: *„Beziehungsarbeit hat nichts damit zu tun, sich dauernd zu umarmen und eine ‚heile Welt zu simulieren‘. [...] Andererseits geben klar vermittelte Grenzen Sicherheit und Struktur. [...] Grenzen werden mit jedem einzelnen Patienten in individuellen Situationen ausgehandelt...“* (Breinbauer, 2008).

Die Macht des „Experten“

spielt damit in Verbindung eine kritische Rolle in der pflegerisch-therapeutischen Beziehung; Marc Rufer dazu: *„...nur derjenige kann wirklich helfen, der diese Macht nicht annimmt...“* (Rufer, zit. aus Lehmann, 2008, S. 340).

„...Druck erzeugt Gegendruck, und kann nur Misstrauen, Rückzug oder negative Eskalation bedeuten. [...] Der Patient soll nicht das Gefühl haben einer ‚Macht‘ gegenüberzustehen, die sich ihm überlegen fühlt, sondern Menschen, die ihn begleiten wollen. [...] Um eine gute Beziehung aufbauen zu können, muss der Patient auch wahrnehmen können, dass die Betreuer nicht von sich glauben, besser über seine individuelle Situation Bescheid zu wissen, als er selbst. [...] Das alles kann nur über Gespräche und Austausch erreicht werden...“ (Breinbauer, 2008).

3.3.4. Respektvolle Kommunikation

Kommunikation ist das maßgebliche Werkzeug eines „empowerten“ Pflegers; verbal und nonverbal. Auf stigmatisierende Begriffe ist zu verzichten (Bock, 2006, S. 42).

Gedankenlosigkeit

Auf die Frage, welche Erfahrungen die Mitglieder der Selbsthilfegruppe mit stationären Einrichtungen denn so machen, erwähnt Dolores Kahler unter anderem die Gedankenlosigkeit des Pflegepersonals, die den Betroffenen manchmal zu schaffen macht, *„...wenn negativ behaftete Wörter und Aussagen fallen [wie zum Beispiel]: ‚...häng di nit auf wegen dem...‘ - zu einem Betroffenen der Suizidgedanken hat. [oder]: ‚...werd nit glei paranoid...‘ - zu einer Patientin in einer Psychose, die glaubt, dass man ihr etwas gestohlen hat...“* (Kahler, 2008).

Der Mensch zuerst

Michaela Amering erwähnt, dass es für die Selbstachtung der Patienten wichtig ist, nicht als »Schizophrene«, »Depressive«, oder »Borderliner« bezeichnet zu werden. *„Die psychische Krankheit ist niemals die Haupteigenschaft, die einen Menschen ausmacht“* (Amering, zit. aus Bock, 2006, S. 152). Und so sollte vom Pflegepersonal die Formulierung entsprechend gewählt sein, im Sinne von: ein *Mensch mit dieser oder jener psychischen Erkrankung* (ebd.).

Interesse und Nähe zeigen

Visiten stellen für die Patienten großteils Stresssituationen dar; nicht wenige haben sogar Angst. Angst behindert aber Informationsaufnahme. Dieser Rahmen ist also für Aufklärung und Information selten geeignet. Wird dem Patienten die Möglichkeit zum spontanen Einzelgespräch vermittelt, wenn die Mitarbeiter nach getaner Routinearbeit hinter ihren „Türen mit Knauf“ verschwinden?

Das erste, was mir bei meinem Tagesbesuch im „Haus im Park“ auffiel, war, dass sämtliche Türen der Station - ausgenommen der Patientenzimmer - offen standen. Irmis Breinbauer erläuterte mir warum: *„...damit haben die Patienten jederzeit die Möglichkeit, kurz etwas zu „erfragen“, oder auch unsere Nähe zu suchen. Es kann schon mal sein, dass sich eine Patientin zu mir ins Büro setzt, und hier ihr Buch liest. Wenn sie ein Anliegen oder Fragen hat, dann kann sie das äußern. Habe ich*

wirklich mal eine Arbeit wo ich Ruhe oder Diskretion brauche, dann kann ich das mit der geschlossenen Tür signalisieren, oder oft genügt - zum Beispiel bei einem Telefonat - nur ein kurzer, freundlicher Blickwechsel, und die Patientin [...] schließt hinter sich die Tür, wenn sie aus meinem Büro geht. [...] Es ist eine Frage des gegenseitigen Respektes, dass das funktioniert...“ (Breinbauer, 2008).

3.3.5. Informationen vermitteln

Nicht nur der Respekt und der Rahmen, sondern auch die Methode und die Inhalte der Kommunikation, sind ein wesentliches Kriterium dafür, ob die Pflegeperson das Vertrauen des Patienten gewinnen kann. *„Nur wer [...] hinreichend informiert ist, kann Empowerment entfalten“ (Knuf, 2006, S. 99).*

Es genügt nicht, über den Stationsablauf und angebotene Therapie-Settings zu informieren. Am meisten beklagt wird gemäß Nutzerbefragungen, die fehlende Aufklärung hinsichtlich Nebenwirkungen von Medikamenten oder auch Behandlungsalternativen (siehe „Alternativen ermöglichen und finanzieren“, Seite 21). Zu wenig Information, kann wie auch andererseits Information im Übermaß oder nicht verstandene Informationen zu einer unnötigen Verunsicherung, zu Hilflosigkeit und dem Gefühl ausgeliefert zu sein, führen (ebd.).

„Wer aufklärt, ist verantwortlich, dass er verstanden wird.“ (ebd., S. 101).

Dabei ist auf die passende Intensität und Art, sowie auch auf den richtigen Zeitpunkt zu achten. Es ist hilfreich, als Pfleger seine persönliche Methode der Informationsvermittlung immer wieder zu hinterfragen:

Abb. 8: Grundprinzipien zur Informationsvermittlung

<i>Pflege ich Blickkontakt?</i>
<i>Bringt meine Körpersprache Interesse und Offenheit zum Ausdruck?</i>
<i>Ermuntere ich zum Nachfragen, und erkläre ich Unverstandenes bildhaft?</i>
<i>Spreche ich in kurzen Sätzen und wenig Relativsätzen?</i>
<i>Stelle ich Fragen; frage ich nach wie ich verstanden wurde?</i>
<i>Wiederhole ich wichtiges? Vermeide ich Fremdwörter und Abkürzungen?</i>
<i>Fasse ich abschließend zusammen? Gebe ich dabei Zeit zum Notieren?</i>

Bidirektionale Information

Der Informationsfluss darf nie einseitig sein. Wer informiert, muss auch daran interessiert sein, wie es der Betroffene versteht, und wie er es mit seinen eigenen Erfahrungen verbindet (Knuf, 2006, S. 102 - 103).

Nur wenn eine gute Beziehung und ein Vertrauensverhältnis hergestellt sind, wird auch der Betroffene bereit sein, sich bei heiklen Themen - wie zum Beispiel einer beginnenden Psychose - dem Betreuer zu öffnen, anstatt Frühsymptome aus Verunsicherung und Angst vor der Reaktion des Betreuers zu verschweigen.

3.3.6. Selbstbefähigte Medikamententherapie unterstützen

Dem sehr hohen therapeutischen Stellenwert von Psychopharmaka bei Ärzten, steht sehr oft die Skepsis bei den Betroffenen gegenüber: *„...nicht nur bei Neuroleptika, sondern generell bei Psychopharmaka macht mindestens die Hälfte der Klienten eigenwillige Absetzversuche, besonders wegen der Gewichtszunahme...“* (Wolf-Erharter, 2008); *„...die Patienten glauben „wieder gesund zu sein“, wenn sie eine gute Phase haben, und schätzen das Risiko eines Rückfalles falsch ein...“* (Gassler, 2008); *„...besonders junge und ersterkrankte Menschen sind kritischer eingestellt und wollen mit Psychopharmaka nichts zu tun haben...“* (Walser, 2008). So die zusammengefassten Aussagen meiner Gesprächspartnerinnen auf die „Compliance-Frage“.

Für den psychiatrischen Pfleger ist es in einer traditionellen Stationsstruktur - in der das erweiterte Berufsrollen-Verständnis eines empowermentorientierten Führungsmodelles (siehe „Das „Setting““, Seite 22) nicht gegeben ist - sehr schwierig, hinsichtlich der Psychopharmakotherapie patientenorientiert zu intervenieren.

Wissensdefizite hinsichtlich der Vor- und Nachteile einer medikamentösen Therapie, sowie die Problematik beim Absetzen hinsichtlich Rebound-Effekt, etc. aufzuzeigen, ist aber eine sehr wesentliche Pflegeintervention, die den Patienten im Umgang mit Tabletten selbstbefähigter macht (Knuf, 2006, S. 59).

Patienten beugen sich nämlich oft dem Druck von professioneller Seite, verordnete Medikamente einzunehmen, solange sie in der Klinik sind. Werden ungeklärte Zweifel zu Hause aber zu stark, wird häufig unkontrolliert, abrupt und

unter schlechten Randbedingungen abgesetzt. Damit kann ein Teufelskreis entstehen, denn durch eine erneute Krise wird erhöhter Druck ausgeübt, die Medikamente künftig weiter zu nehmen (Knuf, 2006, S. 59).

Absetzen als Erfahrung

Wenn ein ersterkrankter Patient seine Medikamente absetzt, dann ist das lt. Knuf eine normale, sinnhafte Verhaltensweise: Nur so kann er die Erfahrung sammeln, wie es ihm ohne diese Therapie geht. Es wäre hilfreich für ihn, diese Erfahrung im Rahmen eines gestützten Absetzversuches zu machen, und diese Möglichkeit im Voraus auch schon zu kennen. Leider gibt es genügend Ärzte, die „...für solche »Experimente« nicht zur Verfügung [stehen]“ (Knuf, 2006, S. 62). Andreas Knuf findet es besser, Patienten bei dieser getroffenen Entscheidung zu begleiten (ebd.).

Als psychiatrischer Pfleger sollte man solche »eigen-sinnigen Ideen« des Patienten nicht vom Tisch wischen, sondern würdigen. Es ist besser »dabei zu sein«, wenn er nach Möglichkeiten sucht, seine Krise zu bewältigen, und ihn nicht alleine zu lassen, sobald seine Meinung vom Therapiestandard abweicht (Bock, 2006, S. 134).

Gespräche statt Tabletten

Dolores Kahler spricht auch aus eigener Erfahrung wenn sie erwähnt, dass „...man sogar geneigt [ist], seinen Betreuer vom aufsuchenden Dienst auf die Station ‚zu locken‘, um jemanden zum Reden zu haben [...], oft wäre es besser, ein Gespräch führen zu können, anstatt auf Medikation angewiesen zu sein [...], sie betäubt im besten Fall nur“ (Kahler, 2008).

Den Patienten ist aber bewusst, dass es nicht nur am Personal selbst, sondern oft auch an den knappen Ressourcen und an den Stationsstrukturen liegt, wenn den Klienten zu wenig direkte Zeit gewidmet wird, zu wenig therapeutische Arbeit passiert, sehr schnell Medikamente zur Symptombehandlung verabreicht werden, und sie einen guten Teil der Zeit im Zimmer oder Raucherraum „herumsitzen“ und darauf warten, dass etwas passiert (Wolf-Erharter, 2008).

Wenn Pflegepersonen den Patienten trotz straffer Strukturen, Gelegenheit zu entlastenden und informativen Gesprächen bieten, dann erübrigt es sich, dass

Patienten das Einfordern von Bedarfsmedikation als Grund und Möglichkeit zur Kontaktaufnahme benützen (siehe „Interesse und Nähe zeigen“, Seite 31).

3.3.7. Entstigmatisierung fördern

Diagnosebegriffe sind für den Betroffenen in der Regel unverständlich und bewirken als erstes Selbststigmatisierung und Rückzug.

Auch wenn eine Klassifikation zur sprachunabhängigen Verständigung zwischen den Professionellen, sowie für die Kommunikation mit Verwaltungs- und Entscheidungsebenen, nicht zuletzt bzgl. Finanzierung nötig sein mag, ist es für die Pflegeperson im Gespräch mit dem Betroffenen viel angebrachter, die *krisenauslösende Problematik* und die *aktuell erlebte Krise* zu thematisieren, als mit Diagnosebegriffen zur Stigmatisierung beizutragen (Knuf, 2006, S. 100).

Selbststigmatisierung überwinden helfen

Eine Meinung der Gesellschaft über psychische Krankheit ist zum Beispiel: „Psychisch Kranke haben einen schwachen Charakter, aus ihnen kann nie etwas werden“. Mit diesem Werturteilen aufgewachsen, wendet der Betroffene, diese Negativbewertung auch auf sich selbst an: „Ich habe einen schwachen Charakter, aus mir kann nie etwas werden“. Selbststigmatisierung könnte man demnach als das Gegenteil von Empowerment auffassen (Knuf, 2006, S. 65).

Um diese Selbststigmatisierung - dass der Betroffene gesellschaftliche Vorurteile für berechtigt hält und auf sich selbst projiziert - abzubauen, kann es lt. Knuf eine hilfreiche pflegerische Intervention darstellen, beim Betroffenen die Selbstreflexion über seine eigene Einstellung zu psychisch kranken Menschen zu fördern. Er könnte sich Fragen stellen wie z. Bsp.:

Abb. 9: Selbststigmatisierung reflektierend hinterfragen

<i>Mit welchen Vorurteilen / Stereotypen gegenüber psychiatrischen Krankheiten bin ICH aufgewachsen?</i>
<i>Was dachte ich VOR meiner Erkrankung über psychiatrieerfahrene Menschen? Wie denke ich HEUTE?</i>
<i>Welche dieser Einschätzungen wende ich tatsächlich auf mich selbst an?</i>
<i>Was glaube ich, dass mein Umfeld über mich denkt?</i>

Ein »Stigmamanagement« zu erarbeiten - wie verhalte ich mich im konkreten Fall von Fremdstigmatisierung und Diskriminierung - kann für den Betroffenen eine

weitere Hilfe sein, die Selbststigmatisierung zu verringern, denn Fremdstigmatisierung fördert Selbststigmatisierung und erhält sie aufrecht (ebd., S. 68 - 72).

Fremdstigmatisierung vermeiden

Zur Stigmatisierung von Betroffenen kommt es auch in psychiatrischen Einrichtungen, denn auch professionell Tätige sind mit gesellschaftlichen Vorurteilen aufgewachsen, die sie nicht einfach ablegen können.

Häufig werden auch *ganze Klientengruppen* aufgrund allgemein vertretener Ansichten stigmatisiert: »Nicht schon wieder ein Borderliner; die spalten das Team«. Oder das Verhalten eines Betroffenen wird *vorschnell* als Ausdruck seiner Erkrankung gewertet. Diesbezüglich hilfreiche Fragen zur Selbstreflexion des Pflegers sind z. Bsp.:

Abb. 10: Fremdstigmatisierung reflektierend hinterfragen

Welche Vorurteile / Stereotype habe ich in meinem sozialen Umfeld gegenüber psychiatriee erfahrenen Menschen erlernt?

Welche Einschätzung mir selbst gegenüber hätte ich, wenn ich hier Patient wäre?

Ertappe ich mich dabei, dass ich psychiatriee erfahrene Menschen

- *weniger wertschätze als gesunde Menschen bzw. als mich selbst?*
- *weniger Glaube als gesunden Menschen?*
- *selbst für ihre Lage verantwortlich mache?*

Knuf weist in diesem Zusammenhang drauf hin, dass sich die Stigmatisierung von Betroffenen durch Fachpersonen, nicht deutlich von der der Gesamtbevölkerung unterscheidet (ebd., S. 72 - 73).

3.3.8. Zwang zum Schutz, nicht als Methode einsetzen

„Auch Gewalt und Zwang wirken stigmatisierend. Die Psychiatrie ist ausführendes Organ einer Gesellschaft, die psychisch kranke Menschen diskriminiert.“ (Knuf, 2006, S. 73). Der Grad der Entmündigung ergibt sich aus dem sozialen und gesellschaftlichen Kontext um einen Betroffenen, und dem dort vorherrschenden »Normalitäts-Spektrum« (Seibert, zit. aus Knuf et al., 2007, S. 153). Das unterstreicht auch die Wichtigkeit der Aufklärung zur Entstigmatisierung in der Gesellschaft (siehe Pkt. 3.2.1 Politische Weichenstellung und Aufklärung).

Zweifelsfrei GIBT es aber Situationen, in denen es notwendig erscheint, Menschen gegen ihren eigenen Willen mit einer Zwangsmaßnahme zu

konfrontieren, besonders wenn Schaden für andere Menschen droht und die Bündnisfähigkeit zur Bewältigung der Krise nicht hergestellt werden kann. Ein derartiges Verhalten wird z. Bsp. auch in alternativen Betreuungseinrichtungen nicht akzeptiert, und führt zur vorzeitigen, unfreiwilligen Beendigung des Aufenthaltes (Weglaufhaus, 2008).

Handlungsmotiv hinterfragen

Der psychiatrische Pfleger kann im Rahmen traditioneller Stationsstrukturen, mit seiner persönlichen Haltung wesentlich dazu beitragen, dass eine notwendige Bevormundung und Zwangsmaßnahmen letztendlich zur Deeskalation der Situation, und nicht zur Traumatisierung des Betroffenen beitragen.

Für ihn als Krisenbegleiter ist es jedesmal auf neue notwendig, das Dilemma zu bewältigen, ob die getroffene Entscheidung tatsächlich auch im Interesse des Klienten ist, oder ob es der Rechtfertigungszwang gegenüber Dritten ist, der zum Ausüben von Zwang oder Einschränkung motiviert (Seibert, zit. aus Knuf et al., 2007, S. 153-155; Rufer, zit. aus Lehmann et al., 2007, S. 404; Rufer, 1997, S. 203; Breinbauer, 2008). Beispielhaft in Fragen formuliert:

Abb. 11: Handlungsmotive für Zwang reflektierend hinterfragen

<i>Versuche ich die Bedürfnisse des Patienten zu ergründen, und gehe ich auf ihn ein?</i>
<i>Oder möchte ich, dass die „Machtverhältnisse auf der Station geklärt“ sind?</i>
<i>Tendiere ich dazu, Bedürfnisse und Schilderungen des Patienten zu negieren?</i> - damit die Station „einen ruhigen Eindruck“ macht, oder - damit MEIN Rechtfertigungszwang gegenüber Dritten nicht notwendig ist.
<i>Drohe ich mit Zwangsmaßnahmen oder Einschränkungen als Konsequenz?</i> - z. Bsp. für die Nichteinhaltung von Stationsregeln.

Vertrauen erhalten und wieder aufbauen

Eine Rechtfertigung gegenüber dem Klienten ist erst NACH der überwundenen Krise möglich. Aber das Vorgehen im Krisenfall hat wesentlichen Einfluss auf deren Glaubwürdigkeit und das künftige Vertrauensverhältnis in neuen Krisen.

Breinbauer schildert die Wichtigkeit dessen, eine derartige Situation mit dem Patienten nachher authentisch aufzuarbeiten: „...kommt es z. Bsp. zu einer Fixierung, dann ist es wichtig dem Patienten nachher zu vermitteln, dass man in dieser Situation genauso hilflos war, wie er, und leider keine andere Möglichkeit mehr gesehen hat, noch größeren Schaden abzuwenden. [...] Man sollte auf

jeden Fall auch sagen, dass es einem leid tut, grobe Gewalt angewandt zu haben...“ (Breinbauer, 2008).

Gespräche statt Zwangsmaßnahmen

Ulrich Seibert kommt letztlich zu dem Schluss, dass krisenhafte Zuspitzungen und Suizidgedanken, die eine Anwendung von Zwang mit sich bringen, auf den Verlust von Orientierung zurückzuführen sind, und ein Bedürfnis nach Unterstützung und Hilfe beinhalten (Seibert, zit. aus Knuf et al., 2007, S. 166-182). Die Anwendung von Zwang als erstes Mittel, „...geht an jeglichem Hilfebedarf vorbei. [...] Gespräche, emotionale Zuwendung, Interesse an dem Inhalt von »Symptomen« führen in der Regel ohne nennenswerten Zwang zur Hilfe für den Betroffenen (ebd., S. 182).

Nähe und Interesse sind also für den psychiatrischen Pfleger - wie auch schon bei den „Tabletten“ - eine alternative Methode zur Entlastung in kritischen Situation, um die Anwendung von Zwang und Bevormundung zu minimieren (siehe „Interesse und Nähe zeigen“, Seite 31).

3.3.9. Deeskalation und Reizabschirmung als Alternative

Das Ausüben von *Zwang* führt nicht selten dazu, dass eine kritische Situation eskaliert, und damit genau das *Gegenteil von Deeskalation* erreicht wird. Deshalb stellt sich in Verbindung mit Deeskalation auch die Frage:

Wo beginnt Zwang?

Ein Arbeitskreis aus Rheinland-Pfalz hat dazu in seinen »Leitlinien für den Umgang mit Zwangsmaßnahmen« folgende Auflistung erarbeitet:

Abb. 12: Wo beginnt Zwang im pflegerischen Alltag?

<i>Die Wegnahme oder das Vorenthalten von Gegenständen</i>
<i>Die Beschränkung des Aufenthaltes im Freien</i>
<i>Die Absonderung in einen besonderen Raum (Isolation)</i>
<i>Die Einschränkung der Bewegungsfreiheit - z. Bsp. Bettgitter oder Seniorenstuhl bei gerontopsychiatrischen Patienten</i>
<i>Die Fixierung</i>
<i>Die Ruhigstellung durch Medikamente</i>
<i>Die zwangsweise Verabreichung von Medikamenten zur Behandlung der Grunderkrankung</i>

Diese Aufzählung stellt deutlich dar, wie schnell es im pflegerischen Alltag zur Einschränkung der Persönlichkeitsrechte von Klienten, und damit zu deren gerechtfertigtem Protest kommen kann (Anderl-Doliwa et al., 2005).

Die Patientenadvokatur

in Österreich, setzt sich in diesen Belangen - mit deren von Klinik und Gericht unabhängigen Juristen, Psychologen, etc. - für die Interessen von Psychatriepatienten ein. Ihre Aufgaben sind im Unterbringungsgesetz geregelt. Der gute Dialog zwischen dem Pfleger und dem Patientenanwalt, können die *gemeinsame Arbeit für* den Patienten erleichtern, und dazu beitragen, dass der Betroffene in seiner Krise Stabilität und Sicherheit finden kann (Schlaffer, 2008).

Krisen bewältigen, indem man deren Entstehen hemmt

Bevor aber aus oben genannten Gründen ein Konflikt eskaliert und damit noch *mehr* Zwang zur „Beruhigung“ der Situation eingesetzt wird, ist es wesentlich angebrachter, deeskalierende Maßnahmen zu überlegen, wie z. Bsp.:

Abb. 13: Deeskalierende Maßnahmen zur Krisenvermeidung

<i>Verbale Deeskalation, „talking-down“ (Zuhören, Interesse und Verständnis für die Situation signalisieren)</i>
<i>Anbieten von Gesprächen mit anderen (Ärzte, Patientensprecher, Vertrauensperson)</i>
<i>Anbieten eines „time-out“ im eigenen Zimmer, im Garten, etc.</i>
<i>Anbieten eines Entspannungsbades</i>
<i>Anbieten von Medikamenten</i>
<i>Anbieten von Bewegung (alleine / gemeinsam, Bsp. Tischtennis, Laufen, etc.)</i>
<i>Einbinden des Patienten in eine Tätigkeit auf der Station, im Garten</i>

Zuwendung und das Widmen von Zeit, sind also - wie schon im Abschnitt vorher erwähnt - wesentliche Kriterien für die Entspannung einer Situation (Anderl-Doliwa et al., 2005).

Soteria als „Haltung“ in der akuten Krise

Einweisungen und Aufnahmen auf psychiatrische Aufnahmestationen wirken oft alles andere als beruhigend bzw. deeskalierend auf den Betroffenen. Zwangsmaßnahmen verstärken Angst und aggressive Impulse; die starke Medikation führt nur zur äußeren Ruhigstellung, baut aber keine inneren Spannungen ab und lähmt deshalb die eigene Verarbeitungsmöglichkeit (Seibert, zit. aus Knuf et al., 2007, S. 169).

Die wenigen existierenden Soteria-Projekte dagegen arbeiten nach dem Grundprinzip der persönlichen Begleitung in einer Krise, und der Vermeidung von belastenden Situationen, ohne die Notwendigkeit einer unbedingten Intervention in dieser „ersten Phase“. Zeit und Raum wird dafür in einem „weichen“ Zimmer geschaffen, ausgestattet mit vielen Kissen und kaum Möblierung, als reizarmes und stabiles Milieu zur Angstlösung und Beruhigung (Aderhold, zit. aus Lehmann et al., 2007, S. 150-158; Breinbauer, 2008).

Aufgrund der schwierigen Finanzierung durch die öffentliche Hand, Soteria-Häuser bzw. derartige Stationen an Krankenhäusern einzurichten (siehe Pkt. 3.2.2 Patienten- und Bedürfnisorientierte Finanzierung), versucht man in Deutschland vermehrt, Soteria-Elemente auf allgemeinen psychiatrischen Akutstationen der Regelversorgung zu integrieren.

Ohne Veränderung der Personalstruktur und -anzahl war es z. Bsp. in Gütersloh möglich, durch Grundelemente wie z. Bsp. „weiches“ Zimmer, Wohnküche, Bezugspersonen-System, Übernachtungsmöglichkeit für Verwandte, und vor allem **Soteria als gelebte Haltung aller Mitarbeiter**, Zwangsmedikationen, Medikation generell und Fixierungen wesentlich zu reduzieren und die Zufriedenheit bei Betroffenen, Angehörigen und auch Mitarbeitern zu steigern (Aderhold, zit. aus Lehmann et al., 2007, S. 158; Breinbauer, 2006).

3.3.10. Ressourcenorientiertes Arbeiten

Sehr oft ist eine defizitorientierte Sichtweise in der psychiatrischen Arbeit anzutreffen: Im Aufnahme- und Anamnesegespräch, bei der Pflegeplanung, in Teambesprechungen werden primär Krankheitssymptome, Probleme und Krisen definiert und besprochen. Finanzierungsstellen verlangen eine Krankheitsdiagnose, und die Schilderung der Defizite, als Basis für die Kostenübernahme (erkennbare Fähigkeiten können diese gefährden).

Ressourcenorientiert zu arbeiten bedeutet jedoch nicht, Defizite zu verleugnen. Um aber Probleme zu bewältigen, ist es nach der Problemdefinition wesentlich wichtiger, sich mit den Fähigkeiten des Betroffenen zu beschäftigen, die zu einer Lösung führen (Knuf, 2006, S. 17 - 19).

Defizit oder Ressource?

Grundlegend stellt sich auch die Frage, ob ein Verhalten Defizit oder Ressource ist. *„Es geht [...] darum, aktuelles Verhalten und Erleben nicht nur »wegzumachen« [...], sondern zunächst auch zu würdigen und als [...] Selbsthilfestrategien wahrzunehmen...“* (Knuf, 2006, S. 19). Psychiatrische Symptome sind Ressourcen in der Krise. Sozialer Rückzug schützt vor Reizüberflutung; Selbstverletzung baut innere Spannungszustände ab und schützt vor Suizid (ebd.).

Äußere und Innere Ressourcen

Knuf spricht von äußeren und inneren Ressourcen. *Äußere Ressourcen* sind relativ leicht erfassbar: Soziale Kontakte, Nachbarn, finanzielle Rücklagen, und z. Bsp. Wohnung. Um *Innere Ressourcen* zu erkennen, ist es notwendig, eine Vertrautheit aufzubauen, in der der Betroffene bereit ist über sich zu sprechen. So erkennt man Hobbys, Dinge und Tätigkeiten die ihm Freude machen, Musikgeschmack, Sprachkenntnisse, intellektuelle Fähigkeiten, Erinnerungen und Lebenserfahrung. Auf einer psychiatrischen Station ist das für die Pflegeperson wesentlich schwieriger, da diese in der Regel ein steriles, neutrales Terrain darstellt, in dem der Patient nichts von sich einbringen kann. Beim Betroffenen zu Hause dagegen, findet man Bilder, Pflanzen, Möbel; All das vermittelt Fähigkeiten und Vorlieben, und liefert damit „Gesprächsstoff“ (Knuf, 2006, S. 22 - 23).

Ressourcenorientierung als „Haltung“ im Recovery-Prozess

Vor allem bei langzeiterkrankten Menschen ist es sehr schwer, sich als Pflegeperson eine ressourcenorientierte Haltung zu bewahren, und nicht wegen häufiger Rückfälle und erneuter Stationsaufenthalte („Drehtürpatienten“) in ein passives, resignatives Betreuungsschema zu verfallen. Ulrich Seibert berichtet von Kliniken, die für derartig Betroffene spezielle Krisenbetten, zum kurzzeitigen Aufenthalt im geschützten Rahmen außerhalb der eigenen Wohnung, anbieten, da nicht jede Krise eine mehrwöchige Behandlung notwendig macht. Immer wieder kehrende Kurzaufenthalte werden dort nicht negativ gewertet, sondern als eine Ressource des Patienten - zu wissen, wie er eine drohende Eskalation abwenden kann - erkannt.

Das entspricht auch dem Prinzip der Genesung im Recovery Modell: Der Betroffene ist sich seiner Ängste bewusst, kommt zur Erkenntnis, Hilfe zu benötigen, und findet Wege, diese zu suchen. (siehe Tabellen im Anhang, Abb. 19 und Abb. 20). Bei der betreuenden Pflegeperson liegt die Herausforderung, diesen Recovery-Prozess durch eine „wachstumsorientierte Atmosphäre“ zu ermöglichen:

Abb. 14: Wachstumsorientierte Atmosphäre

<i>Menschen fühlen sich wohl und können ihr Potential einbringen</i>
<i>Menschen werden nicht bewertet und die Würde wird geachtet</i>

Ein derartiges Umfeld für Klienten und Mitarbeiter, sowie die auf Hoffnung ausgerichtete, innere Haltung der Mitarbeiter, haben wesentliche Auswirkungen auf die betreuenden Beziehungen und den Gesundungsverlauf des Klienten (Knuf, 2006, S. 29 - 30; Seibert, zit. aus Knuf et al., 2007, S. 177 -178).

Ressourcenorientiertes Klima

Sympathie spielt eine wesentliche Rolle für ein ressourcenorientiertes Klima. Um negative Gegenübertragungen möglichst zu reduzieren, muss sorgfältig überlegt werden, welcher Mitarbeiter mit welchem Klienten arbeitet (Knuf, 2006, S. 22).

Ob es dem Pfleger gelingt, in der täglichen Arbeit ressourcenorientiert zu sein, ist am besten daran abzulesen wie sich der Kontakt mit seinem Klienten gestaltet:

Abb. 15: Ressourcenorientiertes Klima

<i>Sie lachen gemeinsam mit ihrem Patienten</i>
<i>Sie wissen viel über seine Interessen, Stärken, soziale Netzwerke und positive Erfahrungen</i>
<i>Sie wissen worauf ihr Patient stolz ist</i>
<i>Sie wissen, was sie an ihrem Patienten bewundern bzw. wovor sie Respekt haben</i>
<i>Sie sprechen im Team häufiger von günstigen Prognosen als von schwierigen Patienten</i>
<i>Es gibt Gespräche, in denen kaum über Probleme gesprochen wird.</i>
<i>Sie geben dem Patienten in der Begegnung mit Ihnen die Chance, von etwas mehr Ahnung zu haben als sie selbst.</i>
<i>Sie fühlen sich am Ende der Stunde eher gestärkt als »geschlaucht«</i>

Umgekehrt lässt sich ein defizitorientierter Stil daran ablesen, wenn der Pfleger kaum über den Klienten Bescheid weiß, keine Hoffnung auf positive Veränderung beim Klienten hat oder wenig Freude am Kontakt mit dem Klienten empfindet (Knuf, 2006, S. 24 - 25).

Noncompliance als Ressource erkennen

„Es gibt keine unmotivierten Klienten, sondern die Frage ist immer: Wozu ist jemand motiviert?“ (Knuf, 2006, S. 84). Selbstgesteckte Ziele und damit Freiwilligkeit sind eine Grundbedingung, dass ein Klient zum Handeln motiviert ist. Das bedeutet, wenn ein Klient noncompliant ist, entsprechen die angebotenen Handlungsmöglichkeiten nicht seinen Wünschen und Zielen (ebd.). Thomas Bock plädiert deshalb für eine Umwertung der Compliance: *„Wir Profis sind es, die [...] kooperativer werden müssen“* (Bock, 2006, S. 143). Wenn ein Patient uns nicht in jedem Fall folgt, wenn er seine Medikamente nicht kritiklos annimmt, wenn er Vorbehalte äußert, *„...dann dürfen wir auf eine gute Prognose schließen...“*, denn dieser *Eigensinn* verweist auf eine innere Kraft. Bock empfiehlt, diese Noncompliance als Herausforderung und ein Beziehungsangebot zu betrachten (ebd.).

Vor allem langjährige Patienten sind oft in paternalistischen Beziehungsmodellen gefangen, in denen sie gelernt haben, dass ihre Meinung, Wünsche und Ziele nicht viel zählen. Ihr Selbstvertrauen und ihre Selbstwirksamkeit sind dadurch sehr gering (Knuf, 2006, S. 87).

Recovery wird möglich, wenn das *„eigensinnige“* Versuchen zugelassen, Fehler und Korrekturen erlaubt, und Kompromisse gefunden werden (Bock, 2006, S. 134). Siehe dazu Tabellen im Anhang, Abb. 19 und Abb. 20

3.3.11. Selbstbestimmung fördern und ermöglichen

„Wer lange nicht mehr selbst entscheiden durfte, hat diese Fähigkeit inzwischen verloren, [und] wird sich womöglich überfordert fühlen...“ (Knuf, 2006, S. 35).

Wenn ein Pfleger den Betroffenen lediglich auf seine Selbstbestimmung verweist, hat das noch nichts mit Empowerment-Orientierung zu tun (ebd.). *„Es wäre verantwortungslos, jemandem Selbstbestimmtheit zuzugestehen, ohne ihn anzuleiten, damit umzugehen. Es wäre so, als würde man ihn alleine auf einem freien Feld aussetzen, [...] ohne ihm ein Ziel zu nennen* (Breinbauer, 2008).

Andererseits muss der Betreuer sensibel dafür bleiben, dass die gewählten Interventionen auch tatsächlich den Zielen und Erwartungen des Betroffenen entsprechen. Das trifft auf die *„übernehmende“* Begleitung in der akuten Krise

genauso zu, wie auf die Phase der Stabilisierung und später die Phase der Entlassungsvorbereitung (Breinbauer, 2008).

Knuf beschreibt offen ersichtliche, bzw. subtile Arten der Beeinflussung:

Abb. 16: Offensichtliche und subtile Arten der Beeinflussung

Bestimmte Informationen zurückhalten:	<i>Nebenwirkungen von Medikamenten oder Behandlungsalternativen werden verschwiegen</i>
Suggestion:	<i>Einem Patienten der freiwillig auf Station kam, wird suggeriert, dass er die Klinik nicht verlassen darf.</i>
Überredung:	<i>Eine Entscheidung des Klienten wird nicht akzeptiert, und es wird beharrlich versucht, ihn umzustimmen</i>
Beeinflussung auf Beziehungsebene:	<i>Bei unerwünschter Entscheidung - Drohung mit Beziehungsabbruch, oder - weniger Aufmerksamkeit widmen</i>
Einseitige Argumentation:	<i>Bei Ambivalenz-Entscheidungen nur Argumente für den persönlich für sinnvoller gehaltenen Weg suchen</i>

Knuf räumt dabei aber ein, dass nicht gleich jeder Versuch der Beeinflussung empowermenthinderlich sein muss. Manchmal sind Betroffene auch froh, dass man versucht hat, sie zu einer bestimmten Entscheidung zu bewegen. Ob es nachträglich bei einer Aussprache dafür eine Rechtfertigung gibt, und ob dadurch die betreuerische Beziehung belastet wird, hängt primär davon ab, ob das Wohl des Patienten oder andere Interessen Grund für die Verletzung der Selbstbestimmungsrechts waren (Knuf, 2006, S. 41 - 43).

Vorabspache und Notfallplan

Um in schwierigen Situationen oder akuten Krisen, sowohl dem Klienten als auch dem Betreuer die Sicherheit zu geben, dass die richtigen Entscheidungen getroffen werden können, ist es sinnvoll, in krisenfreien Zeiten festzulegen, wie künftig in einer Krise verfahren werden soll.

Mit einer **Behandlungsvereinbarung** kann ein Betroffener schriftlich festgehalten, was er als Behandlung ablehnt, sowie auch alle möglichen Interventionen, die er akzeptiert, und die für ihn hilfreich und entlastend sind (Osterfeld, zit. aus Knuf et al., 2007, S. 142; Knuf, 2006, S. 43; Schlaffer, 2008).

Auch Dolores Kahler und Ihre Selbsthilfegruppe in Innsbruck ist gerade dabei, ein derartiges Formular zu entwerfen, in dem dann jeder Einzelne noch seine

persönlichen Angaben bzgl. seiner Erkrankung und den Behandlungswünschen machen kann (Kahler, 2008).

Eine Behandlungsvereinbarung erfüllt aber nur dann ihren Zweck, wenn sich bei einer neuerlichen Krise und stationären Aufnahme, *alle Mitarbeiter* an diese getroffenen Vereinbarungen halten. *„Wo das nicht gelingt, sind Behandlungsvereinbarungen ein Empowerment-Feigenblatt“* (Osterfeld, zit. aus Knuf et al., 2007, S. 142). Es kann hinsichtlich der Selbstbefähigung sogar kontraproduktiv sein, wenn ein Patient die Erfahrung macht, dass trotz Vereinbarung letztlich doch über seinen Kopf hinweg entschieden wird, und er nichts beeinflussen kann (ebd.).

Eine weitere, verbindlichere Möglichkeit ist es deshalb, eine **Patientenverfügung** (PV) nach dem Patientenverfügungsgesetz (PatVG) vom Juli 2006 zu verfassen. Diese wird wirksam, wenn der Betroffene zum Behandlungszeitpunkt nicht mehr einsichts-, urteils- oder äußerungsfähig ist (Schlaffer, 2008).

Zwar sind das grundlegend Vereinbarungen zwischen Patient und behandelnden Ärzten, aber als Pflegeperson kann man Patienten über die Möglichkeit, einer Behandlungsvereinbarung oder einer Patientenverfügung, informieren, und ihn eventuell dabei unterstützen, wenn es um die Formulierung seiner eigenen Behandlungswünsche geht. Außerdem ist es auch für den Pfleger im Krisenfall relevant, sich an derartige Vereinbarungen zu halten, und sich zum Beispiel auch beim Betroffenen oder den Angehörigen zu vergewissern, ob eine derartige Vereinbarung existiert.

3.3.12. Supervision und Reflexion

Empowermentorientiertes Arbeiten erfordert ein Höchstmaß an Respekt und Unterstützung für die Betroffenen - speziell in einer Krise. Als Voraussetzung für empowermentorientiertes Arbeiten, nennt Seibert neben der entsprechenden Ausbildung der Mitarbeiter, auch die unbedingte Möglichkeit der Supervision, um dieser Herausforderung gewachsen zu sein (Seibert, zit. aus Knuf et al., 2007, S. 172 - 173).

Die Fallarbeit betreffend

Im Sinne des Klienten muss die Pflegeperson, ständig überprüfen, ob ihre Arbeitsweise tatsächlich „selbstbefähigend“ ist, oder den Klienten in die Abhängigkeit eines Betreuungssystems führt.

Andreas Knuf empfiehlt dazu eine Reihe von Fragestellungen bei Team-Supervisionen, sowie auch bei der Behandlungsplanung einzubauen. Folgendes soll damit z. Bsp. erreicht werden:

Abb. 17: Selbstbefähigende Arbeitsweise reflektierend hinterfragen

Brach liegende Ressourcen des Klienten entdecken:	<i>Welche Fähigkeiten muss der Betroffene haben, ohne die ihm bisherige Lebenserfolge nicht gelungen wären? Über welche Fähigkeiten des Betroffenen war der Betreuer schon einmal verblüfft / -was war ihm nicht zugetraut worden?</i>
Fremdhilfe durch Selbsthilfe ersetzen:	<i>Hat der Betroffene das Problem früher schon einmal selbst gelöst? Schränkt das Psychiatrische System diese Selbstbefähigung ein? Aus wessen Sicht ist Fremdhilfe erforderlich? (Helfer/Betroffener)</i>
Zielen des Betroffenen Vorrang geben:	<i>Welche Ziele hat der Betroffene/Professionelle/Angehörige? Welchen Auftrag gibt der Betroffene dem Helfer? Kann der Helfer diesen Auftrag akzeptieren? Wenn nein: Im Interesse des Betroffenen, oder im eigenen?</i>
Innere Barrieren erkennen:	<i>Welches Krankheits- /Behandlungsverständnis hat der Betroffene? Wie stark ist das Selbstwirksamkeitsgefühl des Betroffenen? Gibt es Traumatisierungen und erlernte Hilflosigkeit?</i>
Übertragung und Gegenübertragung bewusst machen:	<i>Kann ich Entscheidungen des Klienten mittragen, die ich selbst nicht für sinnvoll halte? Kann ich es aushalten, wenn keine Fortschritte zu sehen sind? Wann werde ich leicht ungeduldig? Kann ich unangepasste Lebensweisen des Klienten aushalten? Kann ich bestimmte Klientengruppen nicht leiden? Bin ich privat eher defizit- oder eher ressourcenorientiert?</i>

Fallbezogene Supervisionen sollen den Mitarbeitern vermeiden helfen, in eine defizitäre Betreuungsroutine zu verfallen, die sich aus ständig wiederkehrenden Problemstellungen ergibt. Nur so können sie im Sinne des Klienten wachstumsorientiert bleiben (Knuf, 2006, S. 131 – 135). Siehe dazu auch „Ressourcenorientierung als „Haltung“ im Recovery-Prozess“, Seite 41.

Die eigene Psychohygiene betreffend

Nicht weniger wichtig, als für den Klienten „selbstbefähigend“ zu arbeiten, ist es für einen psychiatrischen Pfleger auch, auftretende An- und Überforderungen bezüglich der eigenen Person regelmäßig zu reflektieren. Neben der Erhaltung des eigenen psychischen Gleichgewichtes, wird damit auch vermieden, für das

Stationsklima und damit den Genesungsprozess der Klienten negative Impulse zu liefern (Knuf, 2006, S. 123).

Auch wenn ein empowermentförderndes Setting das allgemeine Stationsklima verbessert (siehe „Das „Setting““, Seite 22), können trotzdem einzelne Klienten, die Arbeit mit einer bestimmten Klientengruppe, oder auch mangelnde Zeitressourcen ein Faktor für länger anhaltende Überforderung sein.

In diesem Fall gehört es ebenfalls zu einer empowernten Einstellung des Mitarbeiters, angebotene Supervisionsmöglichkeiten zu *nutzen*, um zu erkennen, wie man sich selbst in Überforderungssituationen bringt, oder welche persönlichen Grenzen es zu verteidigen gilt. Wenn eine psychiatrische Einrichtung ein Ort sein soll, an dem sich die Patienten wohl fühlen und »gesund« sollen, dann dürfen dort keine Bedingungen herrschen, die die Mitarbeiter längerfristig krank machen (Knuf, 2006, S. 122 – 124).

Durch Ausgeglichenheit, auch in privaten Lebensbereichen, ergeben sich freie Ressourcen für belastende Berufssituationen. Für Irmi Breinbauer ist es ein wichtiges Anliegen, dass sich ihre Mitarbeiter genug Zeit zur Regeneration und Psychohygiene nehmen. Sie wünscht sich, dass Arbeitszeitmodelle dies künftig für psychiatrisch Tätige berücksichtigen. Allerdings liegt es in der Verantwortung des Einzelnen, diese Zeit auch entsprechend zu nutzen (Breinbauer, 2008).

„Nur wer selbst stark ist, kann auch andere stark werden lassen“ (Knuf, 2006, S. 123).

3.3.13. Lernerfahrungen

Alle diese beschriebenen Werkzeuge und Techniken sowie auch die Pflegepersonen selbst (als positives Lernmodell), dienen den Patienten als Möglichkeit, Lernerfahrungen in ihrem Recovery-Prozess zu machen.

Durch Beobachtung und Interaktion, mit Versuchen, Erfolgen und Misserfolgen, finden sie Anreize, ihre Selbstwirksamkeit (wieder) zu erkennen und weiterzuentwickeln, und können so Strategien **für eine autonome, selbstbestimmte Lebensführung** finden (Knuf, 2006, S. 77 – 78).

4. Zusammenfassung

Diese Arbeit erhebt keineswegs den Anspruch, den Themenkreis um »Empowerment« und »Recovery« erschöpfend zu behandeln. Jedoch liefert sie einen Überblick über die historische und gegenwärtige - teils sehr kontroverse - Entwicklung in der psychiatrischen Landschaft, und hilft, die einleitend aufgeworfenen Fragen hinsichtlich der notwendigen Orientierung zur Umsetzung empowermentorientierter Formen der Krisenbegleitung, zu beantworten:

- Skepsis und Misstrauen gegenüber der psychiatrischen Arbeit können reduziert werden, wenn für die Betroffenen spürbar ist, dass sie in ihrer Krise nicht einem - von der „Normalität der Gesellschaft“ geprägten - „selbstgerechten“ System unterworfen werden. Angebotene Formen der Behandlung werden als Hilfe (anstatt als Zwang) interpretiert, wenn Patienten erkennen, dass die gesetzten Interventionen in kooperativer Absicht ihre persönlichen Anliegen und Bedürfnisse berücksichtigen.
- Die Herausforderung für psychiatrische Betreuungseinrichtungen liegt darin, direktive Strukturen als überholte Betriebsführungsmodelle zugunsten delegierender, interdisziplinärer Führungsstile aufzugeben. Autonomes Handeln der Mitarbeiter muss ermöglicht und damit die Selbstwirksamkeit der Betroffenen erlaubt werden. Um dem gerecht zu werden, darf z. Bsp. eine Pflegeleitung nicht versucht sein, Einsparungen zu Lasten der Bedürfnisse von Betreuten und Mitarbeitern bereitwillig umzusetzen, sondern muss sich gegen eine fehlgeleitete Ökonomisierung behaupten.
- Als empowermentorienteerte Werkzeuge und Techniken sind für die psychiatrische Pflegeperson primär Beziehungsaufbau und Kommunikation zu nennen. Die Grundeinstellung des psychiatrischen Pflegers - mit dem Verzicht auf Machtausübung, ist maßgebend dafür, welche Werkzeuge und Techniken er bereit ist einzusetzen, um die Selbstbefähigung bei Klienten zu fördern.

4.1. Resümee und Ausblick

Aus den erarbeiteten Gedanken ist deutlich zu erkennen, dass in der psychiatrischen Versorgung Faktoren wie Hoffnung und Selbstverantwortung zur Förderung der Selbstbefähigung, noch mehr zu betonen sind.

Gelingen kann dieser **Paradigmenwechsel Richtung Recovery** nur, wenn auf allen Handlungsebenen anstatt der Anliegen wirtschaftlich und ökonomisch gut zu führender Systeme, die Bedürfnisse der Betroffenen ins Zentrum der Entscheidungsfindung rücken.

Handlungsebene - Entscheidungsträger

Es liegt bei den Verantwortlichen von Politik, Betreuungs- und auch Ausbildungseinrichtungen, empowermentorientierte Wege zu definieren und die rechtlichen Grundlagen dafür zu schaffen.

- Eine **einheitliche Finanzierungsform** für alle Betreuungsformen - unabhängig ob stationär, ambulant oder extramural – ist ein grundsätzliches Anliegen für eine durchgängige, kontinuierliche, auf Genesung ausgerichtete Begleitung psychiatriebetroffener Menschen.
- Eine **bessere Vernetzung**, und weniger Doppelspurigkeit zwischen den **extramural** betreuenden Diensten, den **ambulant** und **stationären** Einrichtungen, sind wünschenswert, und könnten auf einer derartigen, einheitlichen Finanzierung gegründet sein.
- Der Ausbau von **Rehabilitationseinrichtungen**, die sich nicht nur an bestehenden Krankheitsdiagnosen, sondern an der Förderung von vorhandenen Ressourcen zur langfristigen Gesundheit psychisch vulnerabler Menschen orientiert, ist ein Muss, um von den defizitorientierten Versorgungs- und Finanzierungsformen loszukommen.
- Ein **psychiatrischer Krisendienst**, der **vor Ort** „erste Hilfe“ leistet, um Problemstellungen abzuschätzen und passende Maßnahmen einzuleiten, könnte das Eskalieren von Krisen minimieren. Diesbezügliche Interventionen gibt es seitens des PSP auf politischer Ebene; es werden Entscheidungen „abgewartet“ (Walser, 2008).
- **Betroffenenarbeit** - wie sie bei der GPG auch immer mehr zum Thema wird, braucht rechtliche Grundlagen, damit diese „Experten“ als bezahlte Mitarbeiter in die Betreuung eingebunden werden können (Wolf-Erharter, 2008).
- **Aus- und Weiterbildungsinhalte** für die psychiatrische Pflege, dürfen nicht nur auf die klassische Psychiatrie ausgerichtet sein, sondern müssen dem (angehenden) Pflegepersonal die Möglichkeit zur selbstkritischen

Meinungsfindung in der komplexen, kontroversen psychiatrischen Landschaft geben. Die Vermittlung von deeskalierenden Gesprächs- und Kommunikationstechniken zur Krisenbegleitung, sowie die Diskussion und der Erfahrungsaustausch mit Betroffenen und psychiatriekritischen Menschen, können maßgeblich zur patientenorientierten Grundhaltung künftiger Mitarbeiter beitragen.

- Empowermentorientierte Bezugspflege erfordert, den psychiatrischen Pflegeberuf durch **mehr therapeutische Kompetenz für die Pflegepersonen** aufzuwerten, um in dieser Rolle wirklich Handlungspartner des Klienten sein zu können. Andererseits ergibt sich dadurch für den Arzt vermehrte betreuerische Interaktion was ihm den Beziehungsaufbau erleichtert.
- Personalschlüssel dürfen nicht noch straffer werden, denn **Zeit spielt** im Empowerment-Konzept eine **doppelt wichtige Rolle**: Einerseits im vertrauensvollen Beziehungsaufbau, sowie zur Entlastung und Stabilisierung in der (1:1) **Krisenbegleitung**. Andererseits für Regeneration und Psychohygiene seitens der Mitarbeiter als **Überlastungsprophylaxe**.

Ein funktionierendes Modell, das alle diese empowermentorientierten Ansätze erfüllt, gibt es in „Stockholm Södra“. Im südlichen der vier psychiatrischen Versorgungssektoren Stockholms, existiert bereits seit 1997 ein vernetztes, einheitlich finanziertes Behandlungssystem mit extramuralem Betreuungsschwerpunkt, in dem Betroffene in der Ausbildung und Betreuung vollwertig involviert sind. Weiterführende Informationen in Englisch: www.psykiatrinsodra.se.

Handlungsebene - Mitarbeiter

Je mehr die Selbstbefähigung des Patienten gefördert werden soll, desto individueller wird die Arbeit der Pflegeperson; desto weniger kann sie eine Routine entwickeln; desto mehr ist sie täglich aufs Neue gefordert. Führt der Pfleger selbst ein sehr belastetes Leben und entwickelt die (eigenorientierte) Einstellung, dass der Stationsalltag zur Entlastung von seinem privaten Alltag dient, desto weniger patientenorientiert wird er arbeiten können, weil ihm die Ressourcen dazu fehlen.

Selbstreflexion, Psychohygiene und das **Hinterfragen von Handlungsmotiven** sind deshalb unumgängliche Instrumente, um empowermentorientiert arbeiten zu können.

Die **Einstellung der Mitarbeiter**, und so auch die der Pflegepersonen im direkten Kontakt mit den Betroffenen, ist **ausschlaggebend für die generelle Entwicklung** in der psychiatrischen Versorgung.

Denn letztendlich werden *Mitarbeiter* zu Entscheidungsträgern, oder „informieren“ - bewusst oder unbewusst - mit ihrem *Agieren* die jeweils höhere hierarchische Ebene über die „Bedürfnisse“ von Personal und Betroffenen. Und damit „lenken“ sie im Grunde die künftigen Entwicklungen.

4.2. Schluss

Warum braucht es einen Konsens zwischen den so unterschiedlichen Wegen zur psychischen Gesundheit?

Aufbauend auf Freuds Gedanken, definierte Fromm seelische Gesundheit als *„...Überwindung des Narzissmus¹ [und] dem draus resultierenden Erreichen von [...] Objektivität, [...] der Überwindung der Feindseligkeit und der daraus folgenden Fähigkeit zu einem friedvollen Leben...“* (Fromm, 1996, S. 113).

Die Gesellschaft kann demnach nur gesund sein, wenn die Einzelnen darin in *gegenseitiger Anerkennung* harmonieren.

Und so kann auch die psychiatrische Landschaft nur zur psychischen Gesundheit des Einzelnen führen, wenn die Vertreter der verschiedenen Ideologien versuchen, einen Konsens zu finden.

4.3. Schlüsselwörter

Empowerment, Recovery, Selbstbefähigung, Soteria, Antipsychiatrie

¹ Narzissmus war für Freud eine Einstellung, bei der die eigenen Gefühle und Bedürfnisse eine sehr viel größere Realität darstellen als das, was objektiv ist. *„Der echte Narzisst kümmert sich einen Dreck darum, was man über ihn denkt, denn er hat keinerlei Zweifel daran, dass das, was er über sich denkt, real ist ...“* Fromm spricht in dieser malignen Form nicht nur vom individuellen Narzissmus, sondern auch von Gruppennarzissmus (Fromm, 1996, S. 114, 116, 118).

Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AMS	Arbeitsmarktservice Österreich
AZW	Ausbildungszentrum West
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
ebd.	ebenda
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
EWZ	Eduard-Wallnöfer-Zentrum
GPG	Gesellschaft für psychische Gesundheit
LKH	Landeskrankenhaus
MOHI	MOHI-Sozialintegrative Alltagsbegleitung
PatVG	Patientenverfügungsgesetz
PV	Patientenverfügung
PSP	Psychosozialer Pflegedienst
VAGET	Verbund außerstationärer geronto- psychiatrischer Einrichtungen Tirols
vs.	versus (gegenübergestellt)
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z. Bsp.	zum Beispiel
zit.	zitiert

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: „Zwei Höllenhunde“	1
Abb. 2: Werbung für ein Depot-Neuroleptikum	6
Abb. 3: Verlauf der Recovery-Phasen	8
Abb. 4: Wirkung der Empowerment-Atmosphäre auf Station.....	24
Abb. 5: Zehn Kernkompetenzen für Recovery	27
Abb. 6: Vier-Phasen-Modell der Gesundheitsbehörde in Ohio, USA.....	29
Abb. 7: Eigenschaften zum vertrauensvollen Beziehungsaufbau	30
Abb. 8: Grundprinzipien zur Informationsvermittlung	32
Abb. 9: Selbststigmatisierung reflektierend hinterfragen.....	35
Abb. 10: Fremdstigmatisierung reflektierend hinterfragen	36
Abb. 11: Handlungsmotive für Zwang reflektierend hinterfragen	37
Abb. 12: Wo beginnt Zwang im pflegerischen Alltag?.....	38
Abb. 13: Deeskalierende Maßnahmen zur Krisenvermeidung.....	39
Abb. 14: Wachstumsorientierte Atmosphäre.....	42
Abb. 15: Ressourcenorientiertes Klima.....	42
Abb. 16: Offensichtliche und subtile Arten der Beeinflussung.....	44
Abb. 17: Selbstbefähigende Arbeitsweise reflektierend hinterfragen.....	46
Abb. 18: Vergleich: Recovery <> Klassische Psychiatrie (Knuf, 2006, S. 127).....	60
Abb. 19: Recovery-Modell: Innere Faktoren (Amering et al., 2007, S. 202).....	61
Abb. 20: Recovery-Modell: Äußere Faktoren (Amering et al., 2007, S. 203)	62
Abb. 21: Vier-Phasen-Modell für Recovery-Interaktionsstufen - Ohio, USA (Amering et al., 2007, S. 253)	63
Abb. 22: Aktionsplan - WHO-Konferenz - Helsinki, 2005 (WHO, 2005)	64

Literaturverzeichnis

- Amering M.; Schmolke M. (2007).** Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn. Psychiatrie Verlag GmbH
- Anderl-Doliwa B.; Breitmaier J.; Elsner S.; Kunz-Sommer B.; Winkler I. (2005).** Leitlinien für den Umgang mit Zwangsmaßnahmen. In: Psych. Pflege Heute. Heft 11/2005, S. 100 - 102.
- Bock T. (2006).** Eigensinn und Psychose – Noncompliance als Chance. Neumünster. Paranus Verlag
- Bopp J. (1980).** Antipsychiatrie. Theorien, Therapien, Politik. Frankfurt/Main. Athenaeum-Verlag
- Breimbauer I. (2006).** Soteria am psychiatrischen Krankenhaus. In: Psych. Pflege Heute. Heft 12/2006, S. 153 - 157.
- B-VG. (2008).** 105. Vereinbarung gemäß Artikel 15a. B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. ausgegeben am 14. Juli 2008.
- Dörner K.; Plog U.; Teller C; Wendt F. (2007).** Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn. Psychiatrie Verlag GmbH
- Fromm E. (1996).** Die Pathologie der Normalität. Zur Wissenschaft vom Menschen. München. Heyne Verlag
- Gamper D. (2007).** Auch Mitarbeiter und Führungskräfte im Empowerment fördern. In: Synapse – Forum für die Psychiatrieregion Winterthur. Heft 3/2007, S. 3 - 4.
- Kasper S.; Möller H. (2005).** Pressemitteilung zum 8. Weltkongress der Biologischen Psychiatrie, im Austria Center Wien. In: Wiener Zeitung. 29.06.2005, S. 12.
- Knuf A. (2006).** Basiswissen: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Bonn. Psychiatrie Verlag GmbH
- Knuf A. (2007).** Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. In: Synapse – Forum für die Psychiatrieregion Winterthur. Heft 3/2007, S. 2.
- Knuf A.; Osterfeld M.; Seibert U. (2007).** Selbstbefähigung Fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn. Psychiatrie Verlag GmbH

- Lehmann P. (Hg). (2008).** Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern. Berlin. Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag
- Lehmann P.; Stastny P. (Hg). (2007).** Statt Psychiatrie 2. Berlin. Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag
- Meise U.; Wancata J. (2006).** Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit. Die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz für Psychische Gesundheit, Helsinki 2005. In: Neuropsychiatrie, Band 20. Heft 3/2006, S. 151–154.
- Monsorno A. (1997).** Gesellschaft und Geisteskrankheit. Vom Versuch der „Deinstitutionalisierung“ der Psychiatrie in Italien. Pfaffenweiler. Centaurus Verlagsgesellschaft
- Mosher L. (2005).** Mitmenschliche Begleitung statt Neuroleptika. In: Neue Zürcher Zeitung. 30.03.2005. Artikel auf NZZ Online unter: <http://www.nzz.ch/2005/03/30/ft/articleCNAB8.html>. abgerufen am 21.7.2008
- Pschyrembel W. (2004)** Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch - 260 Auflage. Berlin. de Gruyter
- Rufer M. (1997).** Irrsinn Psychiatrie. Psychisches Leiden ist keine Krankheit; Die Medizinialisierung abweichenden Verhaltens – ein Irrweg. Bern. Verlag Zytglogge
- Sambale M. (2005).** Empowerment statt Krankenversorgung. Stärkung der Prävention und des Case Management im Strukturwandel des Gesundheitswesens. Hannover. Schlütersche Verlagsges.mmbH & Co.KG
- Sauter D.; Abderhalden C.; Needham I.; Wolff S. (2006).** Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern. Verlag Hans Huber
- Schlaffer P. (2008).** Patientenrechte in der Psychiatrie. Broschüre. Herausgeber: Dr. Peter Schlaffer. VertretungsNetz – Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung. www.vertretungsnetz.at. Forsthausgasse 16, 1020 Wien
- Soteria Bern. (2007).** Konzept »Soteria Bern«. www.soteria.ch. Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie. Bern.
- Soteria Haar. (2007).** Konzept der Soteria am Klinikum München Ost. Das Haus im Park. Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH, Haar bei München

- Stephan C. (1994).** Der Betroffenheitskult. Eine politische Sittengeschichte. Berlin.
Rowohlt Verlag
- Vithoukas G. (1999).** Medizin der Zukunft – Homöopathie. Kassel. Georg
Wenderoth Verlag
- WHO (1986).** Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa, 21.11.1986.
Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa.
- WHO (2005).** Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit.
Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Helsinki, 12-15.1.2005.
Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa.
- Zehender L. (2007).** Das Bedürfnis nach Autonomie und Anerkennung – eine
Herausforderung für die institutionelle Altenbetreuung. In: Österreichische
Pflegezeitschrift. Heft 10/2007, S. 12 - 17.

Internetquellen Verzeichnis

- Aderhold V. (2008).** Manuskript: " Zur Notwendigkeit und Möglichkeit minimaler Anwendung von Neuroleptika". Rubrik: Neuroleptika-Debatte. Internetprotal: Psychiatrienetz. 50677 Köln. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP). <http://www.psychiatrie.de/dgsp/>. Dokument verfügbar unter: [http://psychiatrie.de/data/pdf/28/06/00/Aderhold Neuroleptika minimieren 3.0_.pdf](http://psychiatrie.de/data/pdf/28/06/00/Aderhold_Neuroleptika_minimieren_3.0_.pdf). (2008-03). abgerufen am 31.7.2008
- Bräunling S., Hölling I. (2006).** Festschrift - 10 Jahre Weglaufhaus Villa Stöckle. digital abrufbar unter: <http://www.weglaufhaus.de/weglaufhaus/Festschrift.pdf>. Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.. Berlin. www.weglaufhaus.de. (2008-06-15). abgerufen am 21.7.2008
- Czech H. (2002).** Virtuelle Dauerausstellung „Der Krieg gegen die Minderwertigen“. Station 17 - Der lange Schatten der NS-Psychiatrie. Wien. Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes. <http://www.gedenkstaettesteinhof.at/index.shtml?lang=de> (2002-04-28). abgerufen am 17.7.2008
- Hubenstorf M. (2002).** Virtuelle Dauerausstellung „Der Krieg gegen die Minderwertigen“. Station 18 - Bio-Psychiatrie, Genetik und "Euthanasie" heute. Wien. Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes. <http://www.gedenkstaettesteinhof.at/index.shtml?lang=de> (2002-04-28). abgerufen am 17.7.2008
- Katschnig P. (2005).** Vortragsmanuskript "Hindernisse auf dem Weg zu einer personengerechte Psychiatrie". Anlässlich: Psychiatrienquete Linz, am 11.11.2005. von „pro mente austria“ und „Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie“. Verfügbar unter: <http://promenteaustria.at/news/index.php/action.view/entity.detail/key.78/> (2005-11-11). abgerufen am 24.7.2008
- Lehmann P. (2001).** Manuskript: Alte, veraltete und neue Antipsychiatrie. ursprünglich abgedruckt in: Zeitschrift für systemische Therapie, 19.Jg., Nr.4. Dortmund. Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag. Verfügbar unter: www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/antipsychiatrie.htm (2008-03-05). abgerufen am 17.7.2008

- Lingg A. (2007).** Vortragsmanuskript "Psychiatrie Heute – ein gemeinsamer Weg!" Anlässlich: Festrede - 10 Jahre HPE Vorarlberg, am 10.05.2007. von „HPE-Vorarlberg“. Verfügbar unter: <http://www.hpe.at/sitex/index.php/page.142/action.view/entity.detail/key.143/> (2007-05-10). abgerufen am 22.8.2008
- Meise U.; Ibelshäuser A. (2007).** Internetportal der Gesellschaft für Psychische Gesundheit – pro mente tirol. www.gpg-tirol.at. Direktion und Verwaltung in 6020 Innsbruck, Karl-Schönherr-Strasse 3. <http://www.gpg-tirol.at/Unsere-Geschichte.9.0.html> . (2007-03-17). abgerufen am 20.7.2008
- Sartorius N. (2005).** Vortragsmanuskript "Die Zukunft der Psychiatrie". Anlässlich: Psychiatrieeinquete Linz, am 11.11.2005. von „pro mente austria“ und „Österr. Gesellschaft f. Psychiatrie u. Psychotherapie“. Verfügbar unter: <http://promenteaustria.at/news/index.php/action.view/entity.detail/key.78/> (2005-11-11). abgerufen am 24.7.2008
- Weglaufhaus (2008).** Internetportal www.weglaufhaus.de, Konzeption - Weglaufhaus Villa Stöckle. Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.. Berlin. (<http://www.weglaufhaus.de/weglaufhaus/konzeption.html>) (2008-05-01). abgerufen am 22.7.2008
- wissen-im-netz (2003).** Internetportal www.wissen-im-netz.info. Rubrik: Literatur / Goethe / Werke / Maximen und Reflektionen. Leonberg. Jürgen Kühnle. <http://www.wissen-im-netz.info/literatur/goethe/werke/maximen/1-09.htm> (2003-11-05, 18:40). abgerufen am 7.7.2008

Gesprächs- und Korrespondenzverzeichnis

- Breinbauer I. (2008).** Gespräch mit: Irmi Breinbauer. Fachkrankenschwester für Psychiatrie. Stationsleiterin der Soteria am Klinikum München-Ost, Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH. am: 16.6.08, in der Soteria - Haus im Park, Haus 14, 85529 Haar bei München
- Gassler B. (2008).** Gespräch mit: Beatrix Gassler. Pflegehelferin im Verein VAGET. Ehrenamtliche Vereinsobfrau im Verein »Selbsthilfe Angst und Depression, Hall«. Erlenstraße 2, 6060 Hall in Tirol. am: 23.6.08, im Vereinsbüro, 6060 Hall in Tirol
- Henric (2008).** Gespräch mit einem psychosebetroffenen Mann. Name geändert. 31 J. berufstätig. am: 2.1.08, in Hall in Tirol
- Kahler D. (2008).** Gespräch mit: Dolores Kahler. Leiterin der Selbsthilfegruppe »SPRACHROHR«, für Menschen mit Psychoseerfahrung und Depressionen. Innrain 43, 6020 Innsbruck. am: 4.7.08, in Innsbruck
- Moll D. (2008).** E-Mail-Korrespondenz mit: DSA Dagmar Moll, Beratungsstelle <omnibus> Interessensvertretung Psychiatrie-Erfahrener, Stellungnahme auf Anfrage bezüglich Vereinstätigkeit vom 14.2.2008, Anton-Schneider-Straße 21, 6900 Bregenz, omnibus.beratung@vol.at, www.psychiatrie-erfahrene.at
- Walser B. (2008).** Gespräch mit: Beate Walser. Diplomierte Sozialarbeiterin, Master für Sozialmanagement. Bereichskoordinatorin für den Aufsuchenden Dienst beim Verein PSP. am: 24.6.2008, Büro Innsbruck, Anichstraße 4, 6020 Innsbruck
- Wolf-Erharter K. (2008).** Gespräch mit: Mag. Klaudia Wolf-Erharter. Psychotherapeutin. Leiterin Psychosozialer Dienst - GPG. am: 7.7.2008, Büro Innsbruck, Karl-Schönherrstrasse 3, 6020 Innsbruck
- Wörndle W. (2008).** Gespräch mit: Wolfgang Wörndle. Leiter der Abteilung Controlling/Rechnungswesen am Bezirkskrankenhaus Hall, Milserstraße 10-12, 6060 Hall in Tirol. am: 24.7.2008, AZW - EWZ, Hall in Tirol

Anhang

Vergleich des Recovery-Ansatzes mit der klassischen Psychiatrie

	RECOVERY-ANSATZ	KLASSISCHE PSYCHIATRIE
ZIELE	Ein zufriedenes und erfülltes Leben; vollständige gesellschaftliche Integration; Gesundheit	Symptomreduktion, Rückfallprophylaxe, berufliche Wiedereingliederung
PERSPEKTIVE	Zufriedenes Leben ist für alle Betroffenen möglich, manchmal gelingt auch eine völlige Gesundheit von der Erkrankung und deren Folgen	Keine „falschen Hoffnungen“ machen; „vita minima“ ² muss hingenommen werden; wer keine Symptome hat, kann froh sein
HILFEN	Alle Hilfen, die das Wohlbefinden, die individuelle Bewältigung der Erkrankung und die Auseinandersetzung damit fördern; Peer-Support erhält hohe Bedeutung	Klassisches psychiatrisches Angebot; Fokus auf Medikation
HOFFNUNG	Wird als Voraussetzung und wichtiger Entwicklungsschritt für Recovery verstanden; ihre Förderung ist Auftrag für professionelle Arbeit	Bezieht sich lediglich auf die Wirkung der Medikamente und der übrigen Behandlung, ansonsten keine besondere Bedeutung
SELBSTHILFE	Selbsthilfe ist zentral für den Recovery-Prozess, ohne Selbsthilfe ist Recovery nicht möglich; Selbsthilfeförderung ist selbstverständliches Element jedes Behandlungsangebots	Selbsthilfe trägt zur Symptomreduktion wenig bei und wird von professioneller Seite kaum gefördert
SELBSTVERANTWORTUNG	Übernahme von Selbstverantwortung ist wichtiger Entwicklungsschritt für Betroffene; ihre Förderung ist Auftrag für die professionelle Arbeit; Selbstverantwortung bedeutet auch, den eigenen Anteil an der Aufrechterhaltung der Erkrankung anzuerkennen	Hilfe erfolgt durch Medikation und Behandlung; Selbstverantwortung kann die Compliance reduzieren und die Behandlung erschweren und wird daher nicht gefördert, sondern durch einseitige biologische Erklärungsmodelle eher behindert

Abb. 18: Vergleich: Recovery <> Klassische Psychiatrie (Knuf, 2006, S. 127)

² (lat. *vita* Leben; *minimus* der Kleinste, Geringste, Wenigste) f: 1. Aufrechterhaltung der Körperfunktionen auf niedrigster Stufe bei schwerer Dystrophie; 2. Scheintod. (Pschyrembel, 2004, S. 1934)

Recovery-Modell: Innere Faktoren (Ralph 1999)

Recovery-Modell: Innere Faktoren (Ralph 1999)						
Angst	Bewusstwerden	Erkenntnis	Aktionsplan	Entschlossenheit	Recovery / Wohlbefinden / Empowerment	
Verzweiflung , Sorge, als psychisch krank etikettiert zu werden	Bewusstsein darüber, dass sich die Dinge ändern können	Verstehen, wie Veränderung möglich ist	Ich muss etwas tun, um etwas zu verbessern	Entschiedenes Engagement, dass es mir bessergeht; ich werde genesen.	Ich kann ein Gefühl des Wohlbefindens haben; ich bin befähigt, mir selbst und anderen zu helfen	
Kognitiv Negative Gedanken	Wissen um die Verzweiflung und deren Ursachen	Erkennen, dass es etwas Besseres gibt	Suche danach, was etwas bewirkt / intellektuelles Erforschen	Erkenntnis, eigene Entscheidungen treffen zu können / Selbstwirksamkeit, Selbstwert	Positiver Selbstbezug, wirksamer Einsatz der intellektuellen Kraft	
Emotional Hoffnungslosigkeit	Bewusstwerden, dass Veränderung stattfinden kann	Positive Unterhaltung mit sich selbst: »Ich kann es«, »Ich werde es versuchen.«	Lernen, mit schwierigen Gefühlen umzugehen	Ich bin hoffnungsvoll, die Zukunft sieht positiv aus	Akzeptieren von emotionalen Höhen und Tiefen und sich nicht von ihnen behindern lassen	
Spirituell Sinnlosigkeit, Bedeutungslosigkeit	Realisieren, dass Schmerz des Stillstands größer ist als Schmerz der Veränderung	Suche nach Hilfe von einer »höheren Macht«	Spirituelle Befriedigung finden	Mein Leben hat einen Sinn und Wert	Mitgefühl für sich selbst und andere, Gefühl der Verbundenheit mit anderen	
Körperlich Schmerz, Dysfunktion	Bewusstwerden, dass Veränderung körperlichen und emotionalen Einsatz erfordert	Erkennen, dass man mit körperlicher Aktivität beginnen kann	Lerngrundlage für körperliche Schmerzen	Ich setze mich dafür ein, meinen Körper zu respektieren und auf ihn zu achten.	Sich für das eigene körperliche Wohlbefinden einsetzen	

Abb. 19: Recovery-Modell: Innere Faktoren (Amering et al., 2007, S. 202)

Recovery-Modell: Äußere Faktoren (Ralph 1999)

Recovery-Modell: Äußere Faktoren (Ralph 1999)					
Angst	Bewusstwerden	Erkenntnis	Aktionsplan	Entschlossenheit	Recovery / Wohlbefinden / Empowerment
Aktivität eingeschränkt, übermäßig oder unterbrochen; Verlust von Kompetenz	Zuhören, beobachten und lernen	Sinnvolle Bewegung, experimentieren, kleine Schritte	Suche nach sinnvollen Aktivitäten, sozialen Aktionen etc.	Erhöhen der eigenen Kompetenz, Bewegung in Richtung Tätigkeit, positiver Verhaltensänderung	Bezahlte sinnvolle Tätigkeiten, ehrenamtliche Hobbys
Selbstfürsorge Mangelnde körperliche, emotionale und spirituelle Selbstfürsorge	Bedürfnis nach Selbstfürsorge wird ausgedrückt, Unterstützung danach wird erfragt	Beginn, sich um sich selbst zu kümmern in einem oder zwei Bereichen	Möglichkeiten lernen, besser für sich selbst zu sorgen	Auf Ernährung sowie medizinische und psychische Gesundheitsvorsorge achten	Einbettung im Alltag; Sicherstellen, dass körperliche, emotionale und spirituelle Bedürfnisse abgedeckt sind
Soziale Beziehungen Soziale Isolation, Entfremdung	Ermütigung von anderen annehmen	Soziale Interaktionen mit anderen wollen	Suche nach bedeutungsvollen Begegnungen mit Menschen, die Verständnis haben	Bedeutungsvolle Kontakte aufbauen mit Freunden, Familie, Mitarbeitern	Austausch mit anderen aufgrund eigener Entscheidung; sich für Dinge einsetzen, die einem wichtig sind.
Soziale Unterstützung Obdachlosigkeit, Armut, Entbehrung, Not	Lernen, dass es Wege aus der Obdachlosigkeit, Armut, not gibt	Erkennen, wie mir soziale Unterstützung helfen kann	Um die Hilfe bitten die ich möchte	Sichere Lebensverhältnisse - Wohnen und finanzielle Unterstützung	Stabilität im Bereich Wohnen und Finanzen. Fähigkeit, den Lebensstandard aufrechtzuerhalten

Abb. 20: Recovery-Modell: Äußere Faktoren (Amering et al., 2007, S. 203)

Vier-Phasen-Modell für Recovery-Interaktionsstufen - Ohio, USA

<u>BETROFFENENSICHT</u>	<u>PFLERISCHE INTERVENTION</u>
<i>DEPENDENT / UNAWARE:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> i eigene Probleme, Bedürfnisse unklar i es besteht keine Idee, was zu erreichen ist, i keine Motivation, etwas zu ändern 	<ul style="list-style-type: none"> i Geduldig Zeit einräumen i nicht resignativ / entwertend sein i Informationsvermittlung in vielen, kurzen Interaktionen, i um damit Bewusstheit zu fördern
<i>DEPENDENT / AWARE:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> i lebt im Bewusstsein der Abhängigkeit i das kann Folge der Institutionalisierung sein i Stigma und soziale Exklusion i Selbstwert und Selbstwirksamkeit gering i unerfüllte Träume und Sehnsüchte 	<ul style="list-style-type: none"> i anstatt Dinge zu für Patienten zu erledigen, i gemeinsam arbeiten i Erfolge aufzeigen
<i>INDEPENDENT / AWARE:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> i kann Verantwortung übernehmen i erkennt eigenen Einfluss auf Wohlbefinden, findet Unterstützung i bestimmtes Verhalten wird als riskant / gesundheitsschädlich erkannt, i reflektiert eigene Geschichte i psychiatrisches System verliert an Attraktivität, i findet andere gesellschaftliche Integrationsmöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> i eigenverantwortlich aktiv werden lassen i Ermutigung zu Aktivitäten außerhalb der Institution i Unabhängigkeit unterstützen
<i>INTERDEPENDENT / AWARE:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> i lebt und steuert eigenes Leben i findet außerhalb „Karriere“ i kann mit dem psychiatrischen System aktiv verbunden bleiben (bezahlte Mitarbeit, Selbsthilfe, Peer-Group) i weiß, dass Hilfe oder Krisenintervention jederzeit verfügbar ist 	<ul style="list-style-type: none"> i Gesundheitsfördernde Interventionen laufen weiter, ohne den Menschen an das psychiatrische System zu binden. i Unterstützung beim Abschied von der Patientenrolle geben

Abb. 21: Vier-Phasen-Modell für Recovery-Interaktionsstufen - Ohio, USA
(Amering et al., 2007, S. 253)

Aktionsplan, WHO (2005) ³

WHO-Konferenz – Psychische Gesundheit – Helsinki – 2005

Aktionsplan

1. Das psychische Wohlbefinden der Bevölkerung insgesamt durch Maßnahmen fördern mit dem Ziel, Bewusstsein zu schaffen und positive Änderungen im Hinblick auf Einzelpersonen und Familien, gesellschaftliche Gruppen, Ausbildungs- und Arbeitsplätze, Regierungen und Behörden zu bewirken,
2. die möglichen Auswirkungen jeglicher Politik auf den Bereich der psychischen Gesundheit berücksichtigen und dabei besonderes Augenmerk auf gefährdete Gruppen legen sowie Bewusstsein für die zentrale Stellung der psychischen Gesundheit beim Aufbau einer gesunden, integrativen und produktiven Gesellschaft zeigen,
3. gegen Stigma und Diskriminierung vorgehen, den Schutz der Menschenrechte und der Würde des Menschen sichern und die erforderliche Gesetzgebung implementieren, die gefährdete oder an psychischen Gesundheitsproblemen leidende Menschen dazu befähigen soll, voll und gleichberechtigt an der Gesellschaft teilzuhaben,
4. gezielte Unterstützung und Maßnahmen anbieten, die auf die besonderen Bedürfnisse vulnerabler Personen in bestimmten Lebensabschnitten zugeschnitten sind, insbesondere bei der Erziehung und Ausbildung von Kindern und Jugendlichen sowie bei der Betreuung älterer Menschen,
5. Maßnahmen entwickeln und umsetzen, um die vermeidbaren Ursachen von psychischen Gesundheitsproblemen, Komorbidität und Suizid zu reduzieren,
6. die Kapazitäten und die Kompetenz von Hausärzten und Primärversorgung ausbauen und dabei mit spezialisierten medizinischen und nichtmedizinischen Diensten im Verbund arbeiten, die Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen wirksamen Zugang sowie die Erkennung und Behandlung ihrer Probleme bieten,
7. Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen eine wirksame und umfassende Behandlung und Versorgung in einer Palette verschiedener Settings anbieten, in denen ihre persönlichen Wünsche berücksichtigt werden können und wo sie vor Vernachlässigung und Missbrauch geschützt sind,
8. Partnerschaft, Koordinierung und Führung zwischen Regionen, Ländern, Sektoren und Organisationen herstellen, die auf psychische Gesundheit und die gesellschaftliche Integration von Einzelpersonen und Familien, Gruppen und Gemeinschaften einen Einfluss haben,
9. Programme zur Anwerbung, Ausbildung und Schulung von Mitarbeitenden entwerfen, um ein ausreichendes und kompetentes multidisziplinäres Arbeitskräfteangebot zu schaffen,
10. den psychischen Gesundheitszustand und die Bedürfnisse der Bevölkerung, bestimmter Gruppen und Einzelpersonen in einer Weise abschätzen, die Vergleiche auf nationaler und internationaler Ebene zulässt,
11. angemessene und ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung stellen, damit diese Ziele erreicht werden können,
12. Forschung veranlassen und die Auswertung und Weiterverbreitung der oben genannten Maßnahmen unterstützen.

Abb. 22: Aktionsplan - WHO-Konferenz - Helsinki, 2005 (WHO, 2005)

³ Anmerkung: Gemäß diesem Aktionsplan sieht die WHO hinsichtlich psychischer Gesundheit keine Notwendigkeit, in der „biologischen Psychiatrie“ zu Forschung und Behandlungsfortschritten aufzurufen. Defizitär scheinen aus WHO-Sicht hingegen Aufklärung, Entstigmatisierung, erlaubte Individualität, Kooperation, und eine, diese Ziele betreffende, ausreichende Finanzierung auf.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Harald Mümmler, die vorliegende Fachbereichsarbeit selbstständig verfasst zu haben. Es wurden nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet. Diese Arbeit wurde noch nicht anderweitig als Arbeit eingereicht.

Harald Mümmler

Hall in Tirol, im November 2008