

# STREITFORUM ETHIK

Ursula Zingler

## Die Frage der Ethik im psychiatrischen Alltag

Ethik ist laut Fremdwörterbuch (Duden 5) die »Lehre vom sittlichen Wollen und Handeln des Menschen in verschiedenen Lebenssituationen«. Auf das Beitragsthema übertragen, handelt es sich laut dieser Quelle um die »Normen und Maximen der Lebensführung, die sich aus der Verantwortung gegenüber anderen herleiten.« Synonyme für Ethik sind zum Beispiel Anstand, Höflichkeit, Gewissen, Kampfgeist, innere Kraft, innere Stimme, Verantwortungsbewußtsein und Verantwortungsgefühl, aber auch Disziplin, Handlungsregeln, Moral, Ordnung, Pflichtbewußtsein und Wertvorstellungen. Aus dieser Palette ist zu ersehen, daß man unter Ethik alles mögliche verstehen kann. Als ehemalige Patientin der Psychiatrie, die sich seit Überwindung einer eigenen seelisch bedingten Erkrankung für eine adäquate, den Patienten nutzende Behandlung einsetzt, bin ich vor Jahren auf Einladung eines engagierten DGSP-Mitgliedes für ein Referat (Zingler, 1994) auf die Suche gegangen, wie Ethik ihren Ausdruck findet im Verhalten des Umfelds, der Ärzte, des Pflegepersonals, der Betreuer- und Helfergruppe gegenüber den ihnen anvertrauten bzw. vertrauenden Patienten bzw. Klienten.

### Mein erster Kontakt mit der Psychiatrie

Vor 15 Jahren mußte ich mich in psychiatrische Behandlung begeben. Die Prognose war schlecht, meine Ärzte hatten bei mir, die ich bei Ausbruch der Krise 41 Jahre alt war, eine »Endogene Depression« diagnostiziert. Auslöser für jene – das war allen bald klar – war eine extreme Belastung am Arbeitsplatz. »Mobbing« nennt man heute die schikanösen Maßnahmen, denen ich damals ausgesetzt war. Sie führten dazu, daß in mir, als ich mal wieder von einem dieser unsinnigen, mich kränkenden Dienstgespräche zurück kam, etwas kaputtging. Fast ein Jahr fehlte ich am Arbeitsplatz. Erst dann fühlte ich mich stark genug, um in mein problembeladenes Arbeitsverhältnis zurückkehren zu können. Ich hatte Glück: Ich verlor den Arbeitsplatz nicht. Auch meine Ehe hielt der Belastung stand. All das ist nicht selbstverständlich. So hörte ich denn auch immer wieder, daß ich großes Glück gehabt hätte. Das ist – so meine ich – zu wenig, um ein neues seelisches Gleichgewicht zu erlangen und zu bewahren.

Die Hinweise, die ich während des Jahres meiner Arbeitsunfähigkeit von Seiten der Professionellen erhielt, waren gering, teilweise entmutigend. Mein wohlmeinender Hausarzt überwies mich zum Psychiater mit den Worten: »Wenn überhaupt einer helfen kann, dann Dr. X.« Hat das etwas mit *Verantwortungsgefühl* gegenüber einem an seine Grenzen gestoßenen Menschen zu

tun? Der nach seiner Überzeugung beste Facharzt hörte sich meine Geschichte an, schrieb mich krank, verordnete Libatril und Dalmadorm und meinte: »Ich kann noch jenes oder welches verschreiben. Wenn alles nicht hilft, wird Ihnen sicherlich Lithium helfen. Einer Studentin, der ich es gerade verschrieb, hat es sehr geholfen.« Er vermittelte mir damit, ich sei so eine Art Versuchskaninchen. Warum gab er nicht ehrlich zu, nur gegen die Symptome etwas unternehmen zu können? Warum gab er zum Beispiel keinen Hinweis auf Psychotherapie? Wo blieb hier sein *Verantwortungsbewußtsein*? Statt dessen sagte er: »Kümmern Sie sich um Ihre Familie, und suchen Sie sich einen anderen Arbeitsplatz.« All das machte mich nicht froh und hinterließ bei mir ein Gefühl der Unbehaglichkeit, denn um meine Familie hatte ich mich immer gekümmert, und meine Arbeit machte ich gerne. Wehrte ich mich gegen die Medikamente, so drohte er mit Einweisung in die Klinik. Damit sollte ich wohl *diszipliniert* werden, zur Bereitschaft, seinen Hinweisen und Verordnungen zu folgen, gezwungen werden. Compliance bedeutet aber auch – so weiß ich es heute – Bereitschaft des behandelnden Arztes, sich individuell auf den Patienten einzustellen. Ich wechselte den Arzt, seine Nachfolgerin war lieb und nett, ließ mich gewähren, helfen konnte sie mir nicht. Sie nahm jedoch ihre *innere Stimme* wahr und suchte mit mir zusammen nach einer passenden Klinik. Am Aufnahmetag – ca. neun Monate war ich damals bereits in ambulanter Behandlung – wollte mich die Bürodame trösten und sagte zu mir: »Es ist nicht schlimm hier, Sie werden sehen. Viele kommen immer wieder, um sich >einstellen zu lassen.« Hat das etwas mit *Anstand* zu tun, einen Menschen mit einer Maschine zu vergleichen? Der Aufenthalt in der Klinik erwies sich jedoch als hilfreich, der mich behandelnde Arzt war sympathisch und geduldig. Er nahm sich Zeit, hörte mir zu und gab mir einige wenige, aber treffende Hinweise auf mein Fehlverhalten. Er nahm mich ernst, stellte sich auf mich ein, ich spürte sein *Verantwortungsbewußtsein*. Seine Hinweise und die Hinweise des Pflegepersonals und der Mitpatienten fielen auf fruchtbaren Boden und wiesen mir meinen künftigen Weg. Nach fünf bis sechs Wochen wurde ich stabilisiert entlassen.

Ich hatte erkannt, so wie vor der Krise konnte ich nicht weiterleben. Mir war klar, daß ich sonst einen Rückfall erleiden würde. Nie wieder – so schwor ich mir – will ich in einen solch schrecklichen Zustand geraten. Wußte ich zwar nach der Entlassung, wo ich an mir zu arbeiten hatte, so wußte ich jedoch nicht, warum es zu meinem Konflikt begünstigenden Fehlverhalten gekommen war. Das Buch »Grundformen der Angst« (Riemann, 1981) verhalf mir zu erkennen, warum der Auslöser – die schikanöse Behandlung am Arbeitsplatz – zum Auslöser werden konnte. Ich fand die Gründe dafür in meiner Lebensgeschichte und war nun fähig, mich umzuorientieren (Zingler, 1995a). Meine Erfahrung ist: Es lohnt sich, auf die Suche nach Auslöser und Ursachen zu gehen, um daraus einen Weg für eine bessere Lebensgestaltung entwickeln zu können. Ich lebe heute besser, bewußter als früher und – so meine Überzeugung – nicht mehr wie vor der Krise an meinen Bedürfnissen vorbei. Hilfe bei der Suche und der Umorientierung – das möchte ich betonen – hatte ich nicht.

## Die Chancen, ein neues seelisches Gleichgewicht zu erlangen, in Zahlen

Wie mir gelingt es nur etwa einem Drittel der erstmals in eine seelisch bedingte Krise geratenen und psychiatrisch zu behandelnden Symptome entwickelnden Menschen, keine Rückfälle zu er-

leiden und damit eine fortführende Behandlung zu vermeiden. Aber nicht nur das! 80% der psychisch kranken Menschen im erwerbsfähigen Alter sind arbeitslos (Walter, 1987), und als Ursache für Frühberentung sollen psychiatrisch zu behandelnde Krankheitsbilder mit 13,8% bereits an dritter Stelle stehen. Und besonders erschreckend: 20–30% aller Selbstmorde begehen laut Prof. H.-J. Haase – Vizepräsident der Liga der Psychiater – Psychotiker (Haase, 1992). Eine erschreckende Bilanz, die bei dem großen Heer der professionellen Helfer und Helferinnen innerhalb und außerhalb stationärer Einrichtungen eigentlich nicht nachzuvollziehen ist.

Wir, die Psychiatrie-Erfahrenen, haben uns mit der Bilanz beschäftigt, und die meisten sind der Meinung, vor allem die Umstände der ersten Klinikeinweisung und die Behandlung in jener ersten Klinik spielen eine wesentliche Rolle dabei, ob ein in psychiatrische Behandlung geratener Mensch es schafft, sich aus dieser auch wieder zu lösen. Eine ähnliche Meinung vertritt auch Prof. Asmus Finzen. In einem Interview (Finzen, 1994) sagte er: »Die Wahrscheinlichkeit, daß es gut geht, ist dann groß, wenn der Patient freiwillig in Behandlung kommt.« Es wäre hinzuzufügen: und sich die Klinik, besser den behandelnden Arzt aussuchen kann. »Viel schwieriger ist das«, so meinte er weiter, »wenn die Ersteinweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus gegen den Willen des Patienten erfolgt.« Denn dann kämen sie, so Prof. Finzen, auf eine geschlossene, eine unruhige Station, wo Sicherheit und Ordnung im Vordergrund stünden, also Ethik im Sinne von *Disziplin*, *Handlungsregeln* und *Ordnung*, und nicht die individuelle Betreuung des Patienten. Ethik im Sinne von *Anstand* und *Höflichkeit* bleibt da meist auf der Strecke. In Baden-Württemberg gingen 90% der Patienten freiwillig, wenn auch nur bei gutem Zureden oder unter sanftem Druck in die Klinik. Eine gute Voraussetzung. Aber trotzdem können die meisten sich nicht aus psychiatrischer Behandlung lösen. Was läuft schief? Und warum berichte ich so ausführlich davon? Nun, ein Großteil derjenigen, die weiterhin Behandlung brauchen, bildet, liebe Leserinnen und Leser, Ihr Klientel. Mir liegt es am Herzen, Sie darüber zu informieren, welche Erfahrungen diese Menschen in der Klinik gemacht haben könnten, welche Kränkungen zu den bereits vorhandenen sie zusätzlich belasten, damit Sie ihnen besser helfen können.

## **Warum ist die Chance der Ersterkrankten, ein neues seelisches Gleichgewicht zu erlangen, so gering? An was mangelt es?**

Es sind meist Personen aus dem Umfeld, die sich darum bemühen, daß ein Mensch, der sich gerade nicht normgerecht verhält, eingewiesen wird. Nach außerstationären Möglichkeiten, die Krise zu bewältigen, wird nicht gesucht. *Disziplin und Ordnung* haben zu herrschen, da haben Ausraster keinen Platz. Die von psychisch bedingten Krisen und deren Symptomen betroffenen Personen werden in die Überlegungen – so meine Information – selten einbezogen. Sie werden nicht ernst genommen, sondern *bevormundet*, ihre Meinung ist nicht gefragt. Für ein Referat, das ich in der Evangelischen Akademie Bad Boll (Zingler, 1993) hielt, hatte ich mich um Fallbeispiele bemüht. Alle, die mir »ihre Geschichte« zur Veröffentlichung zur Verfügung stellten, empfanden weder die Einweisungssituation noch die Behandlung als hilfreich. Sie beklagten sich darüber, daß sie *unter Druck gesetzt* wurden, daß man ihnen *keinen Ausweg ließ* oder daß man ihnen die *Handlungsfreiheit nahm* oder die *Meinung eines anderen*

**aufzwang.** All das hat mit Ethik im Sinne von *Anstand* nichts gemein. Der Unwille der Betroffenen über die Behandlung in der Klinik, wo lediglich die Symptome niedergekämpft wurden, für die Probleme der eingewiesenen Person sich aber niemand interessierte, spiegelt sich in Begriffen wie *abgespritzt*, *vollgepumpt* und *vernebelt* wider.

**Beispiel 1.** Eine bei Berichterstattung 49jährige brachte ihre Gedanken zu ihrer ersten Zwangeinweisung, die sie zehn Jahre davor erfuhr, folgendermaßen zu Papier: »Meine Nachbarn hatten offensichtlich den Notarzt angerufen. Es kamen die Polizei und ein Krankenwagen. Noch im Rettungswagen wurde ich abgespritzt, wogegen ich mich heftig wehrte. Wie ich später wahrnahm bzw. erfuhr, landete ich in der Landesklinik, wurde dort wieder mit Medikamenten vollgepumpt und kam dann – in diesem Zustand! – vor den Richter. Ich erfaßte erst viel später, was mit mir geschah, da ich total vernebelt war und sicher nur gemurmelt habe. Ich empfand diese Anhörung als reine Farce ... Farce deshalb, weil eh so entschieden wird, wie die Klinikleitung das bestimmt. Bereits in der Aufnahmestation wurde ich mit einem Bauchgurt festgeschnallt. Vollgepumpt mit Medikamenten schrie ich nach Wasser, da aber wohl nicht genügend Personal da war, erhielt ich keins. Ich habe versucht, mich aus dieser als fürchterlich erlebten Zwangssituation zu befreien, um nur an den unmittelbar vor mir liegenden Wasserhahn zu kommen. Das gelang mir einmal, worauf ich sogleich noch fester eingebunden wurde. Die Situation war so *entwürdigend*, *demütigend*, daß ich dieses Kapitel meiner Krankengeschichte bis heute noch nicht verarbeiten kann.«

Wir lernten uns in Irsee (Tagung ...) vor fünf Jahren kennen, sie war aufgrund immer wiederkehrender Symptome und damit verbundener Psychiatrieaufenthalte längst berentet. Ich erzählte ihr, wie ich mich auf die Suche nach Auslöser und Ursachen meines Zusammenbruchs gemacht hatte und wie ich die Erkenntnisse dann im Alltag umsetzte. Sie bekam Mut, es mir gleichzutun, suchte sich einen Arzt, der sie dabei unterstützte und gewann an Boden.

Woran es im Klinikalltag im allgemeinen mangelt, hat eine zweite Psychiatrie-Erfahrene, die ich damals für mein Referat interviewte, deutlich zum Ausdruck gebracht.

**Beispiel 2.** »Plötzlich, ich war 29 Jahre alt und Studentin der Medizin, hörte ich Stimmen, die mein Verhalten kommentierten und mir sagten, was ich zu tun habe. Die Stimmen verboten mir den Kontakt zu anderen. Sie waren für mich real, und ich kommunizierte mit ihnen. Ich wurde immer unkonzentrierter, bekam Angstzustände und entwickelte ein großes Mißtrauen gegen die Bewohner meiner Wohngemeinschaft, weshalb ich in eine eigene Wohnung zog. Schlafstörungen stellten sich ein, mein Zustand wurde immer schlimmer. Ich ging in einen Park (abweichend vom Original), wo mir die Stimmen befahlen, mich auszuziehen und in den winterlich eisigen Bach zu steigen. Ich fühlte mich wie eine Ente und ließ mich einfach treiben, ich litt an totalem Realitätsverlust. Passanten holten die Polizei, die mich aus dem Wasser herauholte und wegtrug. Erst am nächsten Tag wachte ich in der Klinik auf, mir fehlt ein ganzer Tag. Der Arzt erzählte mir, daß er ein Aufnahmegeräusch mit mir geführt habe und mir *Haldol* gegeben wurde – *nach meinem Gefühl literweise*. Ich war steif und hatte Sehstörungen, weshalb ich eine Haldolbrille erhielt. Ich war schrecklich unruhig. Trotz allem war die Klinik eine Hilfe, ich war gezwungen zu erzählen, was ich erlebt hatte, und konnte den Hinweis, daß ich krank sei, annehmen. Ich empfand es allerdings nicht als hilfreich, daß ich, ob-

*ne meine Erlaubnis einzuholen, so mit Psychopharmaka vollgepumpt wurde, niemand sich dafür interessierte, was ich vorher erlebt hatte und was die Stimmen mir sagen wollten.* Die Auskunft, daß diese Krankheit unheilbar sei, machte mich nicht froh. So mit meinen Ängsten alleingelassen, wurde ich entlassen. Ich hatte das Geschehen nicht verdaut, und es rumorte in mir weiter. Mein Studium schaffte ich nicht mehr, Existenzängste stellten sich ein. Wieder traten Konzentrationsstörungen auf, und nachdem ich die Medikamente abgesetzt hatte, begann der Vorgang von vorn. Ich konnte mich dem nicht entziehen ... und kam bald über den Notarzt in die Klinik, auch diesmal wehrte ich mich nicht. In der Klinik wies ich auf die bei mir auftretenden starken Nebenwirkungen von Haldol hin, was jedoch ignoriert wurde ... Fragebögen über Persönliches und meine Befindlichkeit füllte ich weisungsgemäß aus, eine Rückmeldung erfolgte nicht. Hilfreich war das nicht ...«

Sie hatte gleich mir Glück, sie erkannte während des Klinikaufenthaltes, daß sie wie bisher nicht weitermachen konnte, das Studium über ihre Kräfte ging. Sie fing nach der Entlassung an, ihre Kräfte zum Gesunden einzusetzen, entwickelte ein neues Bewußtsein, »entledigte sich der bis dahin angesammelten Lebensschlacken« – wie sie das nannte – und ist seit nunmehr elf Jahren ohne Rückfall. Hilfe bei der Aufarbeitung hatte sie wie ich nicht. Ebenso wie ich machte sie sich allein auf die Suche, wobei ihr ihre medizinischen Kenntnisse von Nutzen waren.

### **Wo bleibt der Anstand, die Höflichkeit gegenüber den Patienten? Hat das Verhalten der Behandelnden und Betreuenden etwas mit Verantwortungsbewußtsein und Verantwortungsgefühl zu tun?**

Aus den genannten Zahlen wurde deutlich, wie wenig hilfreich die klinische Behandlung ist. Und aus den Berichten ist zu erkennen, wie wenig auf die Bedürfnisse der Hilfesuchenden eingegangen wird, wie sehr der Wille des Patienten mißachtet wird. Wer wundert sich da noch über die geringe Anzahl derer, die ein neues seelisches Gleichgewicht erlangen und so eine weitere Behandlung vermeiden können. Ein Mitspracherecht – so hat es den Anschein – haben die in psychiatrische Behandlung geratenen Menschen nicht. Sie werden zu Objekten, mit denen gemacht wird, was der Arzt bestimmt. Wie anders wäre es zu erklären, daß so viele gegen ihren erklärten Willen Psychopharmaka in hoher Dosierung erhalten. Protestieren sie, wird der Amtsrichter gerufen (s. Beispiel 1). Krankheitseinsicht – woren eigentlich? – und Therapietreue ist gefragt, *Ordnung* hat zu herrschen. Selbst freiwillig sich in Behandlung begebenden Hilfesuchenden wird ein Bett auf einer geschlossenen Station zugewiesen. Manch einer vom Klinikpersonal rechtfertigt ersteres mit therapeutisch notwendigen Maßnahmen, also *Handlungsregeln*, und letzteres mit fürsorglicher Beobachtung, die anders nicht möglich sei. Fürsorgliche Beobachtung auf einer geschlossenen, einer unruhigen Aufnahmestation, wo laut Prof. Finzen Sicherheit und Ordnung im Vordergrund stehen und nicht die individuelle Betreuung des Patienten? In einem konkreten Fall haben wir, Mitglieder der Beschwerdestelle Stuttgart (Zingler, 1995b), nachgefragt: Da wurde aus der unruhigen Aufnahmestation plötzlich eine »geschützte Station«. Welche Ironie!

Eine Aufklärung über die Behandlungsmöglichkeiten, wie sie den Patienten zusteht, erhalten die wenigsten. In einem Aufsatz von H.-J. Luderer über Aufklärung und Information in der

Psychiatrie (Luderer, 1989) las ich, daß von 30 befragten Ärzten 19 die Meinung vertraten, wenn Patienten zu viel wissen, werde die ärztliche Arbeit unnötig erschwert. Sie unterließen es deshalb lieber. Hat das etwas mit *Anstand* zu tun? Wenn man nun bedenkt, daß juristisch der Wille und nicht das Wohl des Kranken an erster Stelle steht, so sind die meisten ärztlichen Handlungen, die ohne rechtskonforme Einwilligung des Patienten erfolgen, als ein Eingriff in die Unversehrtheit des Körpers anzusehen. Wo kein Kläger, da kein Richter! Denn, wer wagt schon eine Anzeige? Es wird noch eine Weile dauern, bis die externen Qualitätskontrollen, die wir durch Einrichtung von unabhängigen Beschwerdestellen anstreben, greifen werden.

Nun, die Aufklärung über die Behandlungsmöglichkeiten, den voraussichtlichen Erfolg der Behandlung und die Nichtbeachtung des Mitspracherechts des einzelnen ist die eine Seite, eine andere ist der Umgang mit den seelisch kranken Menschen in der Klinik bei erneuter Einweisung. Da wurde ein Mitglied eines Kontaktclubs in der Klinik fixiert, weil es dem Pflegepersonal aus Scherz einen Waschlappen hinterher warf. Eine andere Patientin erfuhr dasselbe, weil sie auf dem Zimmer rauchte. Eine dritte, weil sie gefrustet und wütend mit Bonbons, Zigaretten und einer Banane um sich warf. Gründe für eine Fixierung sind das nicht. Es sind *Erziebungsmäßignahmen um jeden Preis!* Da wird mit Verlegung auf eine geschlossene Station gedroht, falls eine total abgemagerte Patientin, die Probleme mit der Nahrungsaufnahme hat, weiter abnimmt. Die von ihr gewünschte künstliche Ernährung wird nicht eingeleitet. Da wird für zehnminütiges Zusätzlichkommen im Therapie-»Vertrag« eine Ausgangssperre von mehreren Tagen vereinbart und eine Patientin von einer offenen auf eine geschlossene Station verlegt, da sie das von ihr nicht gewollte und auch nicht benötigte Leponex ausspuckte. Ich bitte Sie, ver setzen Sie sich mal gedanklich in solche Situationen. Könnten Sie die Notwendigkeit der einge leiteten Maßnahmen nachvollziehen, würden Sie Vertrauen in die »ärztliche Kunst« fassen? Oder erginge es Ihnen nicht auch so, daß Sie sich im Falle einer drohenden Neueinweisung mit Händen und Füßen dagegen sträuben würden? Bitte denken Sie an das eben Gehörte, wenn Personen aus dem von Ihnen betreuten Kreis sich so gebärden.

### Ist mit solchen Maßnahmen der Anspruch der Versicherten erfüllt?

Im § 27 SGB V heißt es: »Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.« Weiter heißt es im § 27: »Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranke Rechnung zu tragen ...«

### Und wie sieht es mit der Ethik im außerstationären Bereich aus?

Viele der seelisch kranken Menschen, die ich kenne, zählen zu der Gruppe der sogenannten chronisch Erkrankten. Sie sind Ihr Klientel. Prof. Helmut Remschmidt vertritt richtig die Meinung: »... die bei psychisch Kranke außerordentlich wichtigen Nachsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ... (...). ... erfüllen insofern präventive Aufgaben, als sie eine rasche Wiederaufnahme des Patienten in die Klinik verhindern können. Wenn genügend gute Nachsorge-

einrichtungen vorhanden wären, ließen sich rund ein Drittel der Wiederaufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser vermeiden» (Remschmidt, 1994).

- Ich meine, es könnten sicherlich noch mehr Wiederaufnahmen vermieden werden, wenn die außerstationären Hilfsangebote Hilfe zur Weiterentwicklung wären. Ist es zum Beispiel sinnvoll, einer chronisch kranken Frau, deren Problem es ist, bis über das 40. Lebensjahr hinaus unselbstständig geblieben zu sein, eine Haushaltshilfe zur Seite zu geben und sie mit Essen auf Rädern zu versorgen? Wäre es nicht besser, mit ihr einen Plan zur Haushaltsbewältigung zu erarbeiten und sie für die Inanspruchnahme eines Kochkurses zu motivieren? *Warum wird ihr die Eigenverantwortung genommen?* Wird hier *Verantwortungsbewußtsein* falsch verstanden? Müssen bei einer anderen Frau Kontrollgänge durch die Wohnung sein, um festzustellen, ob ordentlich geputzt ist? Das verletzt und führt bestimmt nicht zur Einsicht in vielleicht notwendige Arbeiten (Beispiele, s. Zingler, 1989). Spielen hier *eigene Wertvorstellungen* eine Rolle?

Ich weiß, so recht zufrieden sind auch die Mitarbeiter der Dienste mit dem, was ihnen als Aufgabe zugewiesen ist, nicht. Ich zitiere aus dem Jahresbericht 1988 der Sozialpsychiatrischen Dienste Stuttgarts: »Weiter müssen wir uns immer wieder fragen, inwiefern wir tatsächlich verändernd, auch auf die jeweilige krankmachende Lebenssituation des Klienten einwirken können und nicht die Funktion innehaben, die Klienten an ihre Umgebung anzupassen und die aufgetretenen Konflikte befrieden« (Sozialpsychiatrische Praxis, 1988). Was hindert die Mitarbeiter eigentlich daran, ihrer *inneren Stimme* zu folgen und ihre Klienten auf das Beobachtete anzusprechen und auf den von ihnen erkannten Kern hinzuweisen? Folgendes Beispiel, wo so etwas sicherlich sinnvoll gewesen wäre und der Patientin weitergeholfen hätte: »Frau S. ..., 33 Jahre alt, die noch gemeinsam im Bett mit ihrer Mutter schläft, gelingt es ausschließlich während ihrer ›Krankheitsphasen‹ sich gegen die ›übermächtige‹ Mutter zu wehren und eigene, insbesondere unerfüllte Ansprüche an das Leben anzumelden. Im Zuge der folgenden medikamentösen Behandlung treten diese fruchtbaren und dynamischen Wesenszüge ... jedoch regelmäßig rasch in den Hintergrund, wodurch die Möglichkeit einer Konfrontation und Veränderbarkeit hinsichtlich ihrer Lebenssituation erfahrungsgemäß nicht mehr gegeben ist, da sie ihre gewohnte alltägliche Rolle widerstandslos wieder einnimmt« (Jahresbericht, 1991). Für mich hat dieses Verhalten der Mitarbeiter schon fast etwas mit unterlassener Hilfeleistung zu tun. Welche *Handlungsregeln* stehen hier entgegen?

Bitte sagen Sie nicht, es hätte eh keinen Sinn, noch etwas bewegen zu wollen. Folgendes Beispiel: Als ich im Kontaktclub vor 14 Jahren eine 41jährige chronisch psychisch kranke Frau kennenlernte, war sie bereits seit 15 Jahren in psychiatrischer Behandlung, ihre Ehe war gescheitert, und ihr einziges Kind hatte sich von ihr abgewandt. Sie lebte seit Jahren von einer kleinen Rente. Noch nie hatte sich jemand für die Umstände ihrer Ersteinweisung interessiert, und noch nie hatte jemand mit ihr über die Zusammenhänge von Körper und Seele gesprochen. Sie war über andere als medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten nicht informiert, wurde so zum Spielball ihres labilen Gefühlslebens und mußte immer und immer wieder in die Klinik. Lag es an der Diagnose »Manisch-depressiv«, daß keine Alternativen zur medikamentösen Behandlung aufgezeigt wurden? Hat das etwas mit *Verantwortungsbewußtsein* zu

tun, jemand aufgrund einer Diagnose, also eines Symptomkomplexes, als nicht therapiefähig abzustempeln? Was sind das doch für unmenschliche *Handlungsregeln*. Fest steht, daß ihr eine psychotherapeutische Beratung, zu der ich ihr zurieth, ein gutes Stück weiterhalf. Sie muß seltener in die Klinik, zudem sind lange Aufenthalte nicht mehr nötig. Ich gebe zu, hier ordnend zu helfen, ist ungleich schwerer als bei einem ersterkrankten Menschen. Vieles, was anfänglich offen lag, ist nun zugedeckt, vergraben, unterdrückt.

Hilfe – das möchte ich ausdrücklich betonen – bedeuten die psychosozialen Dienste und andre Einrichtungen für die chronisch psychisch kranken Menschen allemal. Viele von ihnen freuen sich über Amtshilfe, Freizeitangebote, Hausbesuche, Arbeitsangebote, sanftere Einweisungssituationen, den Besuch der Mitarbeiter in der Klinik, die Begleitung von der Klinik nach Hause, die Nachbetreuung und Einzelgespräche mit Sozialpädagogen. All das ist sinnvoll. Aber ist das genug? Ist es korrekt, die Klienten auf Compliance im Sinne von Therapietreue und Krankheitseinsicht einzuschwören? Ist es korrekt, ihnen die Eigenverantwortung zu nehmen?

### **Woran liegt es nun, daß sich so viele immer und immer wieder in psychiatrische Behandlung begeben müssen, andere sich ihr nicht mehr entziehen können?**

Nicht nur wir, die nun aktiv gewordenen Psychiatrie-Erfahrenen, sind überzeugt, daß im gesamten System einiges im argen liegt: Der Behandlungsansatz ist zum Beispiel falsch, und die Hilfe, die benötigt wird, um gesunden zu können, ist stationär und außerstationär viel zu gering. Mir scheint, das liegt vor allem an der Einstellung zu seelisch bedingten Störungen und am Behandlungsziel mancher Helfergruppe. Es liegt an *verkehrten Wertvorstellungen*, so meine Meinung. In »Psychologie für Pflegeberufe« steht: »Sucht man nach einem Ausdruck, der das Wesen psychischer Erkrankungen knapp, aber dennoch zutreffend charakterisiert, so scheinen am ehesten die Bezeichnungen Fehlanpassung oder Anpassungsstörung solchen Anforderungen zu genügen ... In aller Regel ist der Patient ja deshalb in einem psychiatrischen Krankenhaus, weil er nicht mehr in der Lage ist, sich seiner gewohnten Umgebung anzupassen. Ziel der Behandlung ist ..., ihn möglichst rasch so weit zu bringen, daß er dies wieder kann« (Remschmidt, 1994).

Und genau das – liebe Leserinnen und Leser – geht am Anspruch der Patienten vorbei. Wir sehen in der »von der Norm und der allgemeinen Erwartung« abweichenden Verhaltensweise einen seelisch bedingten Hilferuf, der bedeutet: So wie bisher kann ich nicht weiterleben. Dieser Mensch ist an seiner erworbenen Fehlanpassung gescheitert, so daß ein Zurückführen zu jener den nächsten Rückfall vorprogrammiert. Warum nur, so frage ich Sie, sucht niemand danach, weshalb es zu dieser erworbenen Fehlanpassung gekommen ist? Und warum bemüht sich niemand darum, dem seelisch kranken Mitmenschen das Recht zu geben, sie abzulegen?

### **Wie könnte es besser gemacht werden? Wie ist es erreichbar?**

Ohne unsere Mitwirkung wird es eine patientengerechte Psychiatrie – sei es stationär, sei es außerstationär – nie geben. Und so habe ich mich dafür eingesetzt, daß es zum Zusammen-

schluß der Psychiatrie-Erfahrenen auf Orts-, Bundes- und Landesebene kam. Wir haben uns organisiert, da es nur auf diese Weise möglich ist, unsere Bedürfnisse in den planenden, ausgestaltenden und die Sozialministerien beratenden Gremien zu Gehör zu bringen und Einfluß zu nehmen.

Einige von uns träumen davon, daß es auf diese Weise möglich sein wird, Arbeitsgruppen zu den Themen Psychosebegleiter, Weiches Zimmer, Diagnosefreiheit zu initiieren. Mir liegt zudem am Herzen, daran mitzuarbeiten, daß Arbeitsverhältnisse während einer Krise nicht gekündigt werden können, ebensowenig Mietverhältnisse.

Prof. Finzen sagte jn dem eingangs erwähnten Interview: »Die Wahrscheinlichkeit, daß es gut geht, ist dann groß, wenn der Patient freiwillig in Behandlung kommt.« Das ist richtig. Es waren in den letzten Jahren die Vertreter der Verbände der ehrenamtlich Tätigen, die sich dafür einsetzten, daß eine Untergruppe des Landesarbeitskreises Psychiatrie – beratendes Gremium des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg – sich mit dem Thema »Psychiatrischer Krisen- und Notfalldienst« befaßt. Seit 1993 gehören wir dazu und haben ein eigenes Papier vorgelegt. Unsere Vorstellungen von der Ausgestaltung des Dienstes unterscheidet sich in wesentlichen Dingen vor allem von den Vorstellungen der Ärzteschaft. Wir wollen keinen »psychiatrischen« Dienst, wir wollen einen niedrigschwälligen Dienst\*, in dem die Beratung zum Beispiel durch einen Psychologen im Vordergrund steht und der Arzt nur auf Anforderung durch den Hilfesuchenden aktiv wird. Unser Ziel ist es, damit zu erreichen, daß der in eine Krise geratenen Person die *Selbstbestimmung* erhalten bleibt.

Aus der Überzeugung heraus, daß darüber hinaus bereits in der Klinik bei der Erstaufnahme Hinweise auf die Möglichkeit der Heilung gegeben werden müssen, nehmen wir jede Gelegenheit wahr, um mit den professionell Tätigen ins Gespräch zu kommen. Wir, die organisierten Psychiatrie-Erfahrenen, wollen damit erreichen, daß nicht mehr vermittelt wird, man leide an einer unheilbaren Krankheit, die nur medikamentös in den Griff zu bekommen sei. Wir wünschen uns, daß es endlich ein Ende hat, daß fast ausschließlich – wie die angeführten Beispiele zeigen – nur an den Symptomen, wie zum Beispiel Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Sinnesäuschungen und Angstattacken herumgedoktert wird. Es behagt uns nicht, daß als Ursache für die Störung vor allem bei sog. psychiatrischen Krankheitsbildern, egal ob Depression oder Schizophrenie, lediglich biologische Faktoren verantwortlich gemacht werden. Unsere persönliche Entwicklung, die Kränkungen der Seele, bleiben unberücksichtigt. Wir möchten deshalb unsere Erfahrungen mit Krisen und unsere Interpretation derselben, aber auch unsere Lösungswege als einen Teil der Ausbildung sehen: Wir wollen sozusagen als »Experten in eigener Sache« unsere Kenntnisse und Erkenntnisse vermitteln.

## **Unsere Ziele / Unsere Bitte**

Mit all unseren Aktivitäten wollen wir die Entwicklung sinnvoller Alternativen zur Pflege- und Betreuungsmentalität der herkömmlichen medizinischen Psychiatrie unter unserer Mitwirkung als gleichberechtigte Partner erreichen. »Wir fordern eine subjektorientierte Psychiatrie, die von unseren Erfahrungen und von unserem Erleben im Zusammenhang mit unserer Lebensgeschichte ausgeht, die Dialog und Hilfe zur Verarbeitung der Inhalte der Psychosen und Depres-

sionen anbietet und unsere Bedürfnisse berücksichtigt« (Faltblatt des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V.). Wir möchten mit dieser Umorientierung erlangen, daß Ersterkrankte nicht zu chronisch Kranken werden und chronisch kranke Menschen möglichst selten und möglichst kurz in stationäre Behandlung müssen. Kurze Klinikaufenthalte, lange nachgehende Hilfe ist die Alternative!

## Unsere Erkenntnis / Unsere Hoffnung

Die Auslöser für seelisch bedingte Krisen und die Ursachen, weshalb sie zu solch emotionalen Erschütterungen führen konnten, sind vielfältig. Mich brachte das, was man heute Mobbing nennt, aus dem Gleichgewicht. Das Thema ist nicht neu; neu ist nur der Name. Psychoterror am Arbeitsplatz gab es schon immer. Aber in Zeiten des immer härteren Konkurrenzkampfes nimmt die Zahl der Mobbing-Opfer zu. Die meisten Betroffenen müssen sich in psychosomatische Behandlung begeben, andere in psychiatrische. Viele begehen Selbstmord. Dorothea Buck (Zerchin, 1990) und ich – beide Gründungsmitglieder des BPE e.V. – sind zu dem Schluß gekommen, egal welche Symptome der einzelne entwickelt, immer ist eine extreme, für ihn aufgrund der erlernten Verhaltensweise nicht zu bewältigende belastende Situation der Auslöser. Ein stabiles neues seelisches Gleichgewicht ist nur erreichbar – so unsere Meinung –, wenn man sich mit der eigenen Geschichte und der daraus abzuleitenden Fehlentwicklung auseinandersetzt und nachreift.

Bitte lassen Sie uns gemeinsam daran arbeiten, daß *Ethik im Sinne von Takt, Höflichkeit, aber auch Gewissen, innere Stimme, fürsorglicher Verpflichtung* im psychiatrischen Alltag künftig einen festen Platz hat. Hören Sie auf Ihren *Kampfgeist, vertrauen Sie Ihrer inneren Kraft* und unterstützen Sie uns. Das wird nicht nur zum Wohl der Patienten sein, sondern auch zu Ihrem, denn Ihre Arbeit wird befriedigender werden.

### LITERATUR:

- Finzen, A. (1994). *SDR 1. Journal am Morgen*. 2.5.1994.
- Haase, H.-J. (1992). *Esslinger Zeitung*, 25.3.1992.
- Jahresbericht 1991 der Sozialpsychiatrischen Dienste in Stuttgart.
- Luderer, H.-J. (1989). *Aufklärung und Information in der Psychiatrie. Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*. 57. Jg., Heft 8. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Remschmidt, H. (1994). *Psychologie für Pflegeberufe*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Riemann, F. (1981). *Grundformen der Angst*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Sozialpsychiatrische Praxis. 1988. Jahresberichte der Sozialpsychiatrischen Dienste in Stuttgart.
- Tagung »Psychiatrie-Patienten brechen ihr Schweigen – Wie wollen Psychiatrie-Patienten behandelt werden?«.
- Walter, K.-H. (1987). Referat gehalten am 5.11.1987 während der Mitgliederversammlung des Hilfsvereins für Nerven- u. Gemütsleidende e.V. Zwiefalten.
- Zerchin, S. (Pseudonym) (1990). *Auf der Spur des Morgensterns – Psychose als Selbstfindung*. München: Paul List-Verlag.
- Zingler, U. (1989). *Hilfe, Kontrolle und Gewalt in der psychiatrischen Versorgung*. PSAG-Tagung. Stuttgart. 6.10.1989.

- Zingler, U. (1993). Praxisbericht. In J. Mohr & H. Steinhilber (Hrsg.), *Hilfe wider Willen. Beiträge sozialer Arbeit der Diakonie*. Bd. 8.
- Zingler, U. (1994). *Die Frage der Ethik im psychiatrischen Alltag*. Referat gehalten am 13.9.1994 im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim.
- Zingler, U. (1995a). An mir selbst erkrankt – Selbstheilung einer Depression. In T. Bock, D. Buck et al. (Hrsg.), *Abschied von Babylon*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Zingler, U. (1995b). Beschwerdestelle für seelisch kranke Menschen in Stuttgart. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 27, 548–554.4/95

Anschrift der Verfasserin:

Ursula Zingler

Vorstandsmitglied des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Sprecherin der Landesarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg

Wiflingshauser Straße 44/1

73732 Esslingen