

Psychiatern zu schaffen: einen Ort, zu dem nur zwei Sorten von Leuten keinen Zutritt hätten – Psychiater und ihre psychologischen Handlanger.“ (Trotha 1995a) Für von Trotha gibt es nur zwei Möglichkeiten, für Psychiatrie-Betroffene ihre Erfahrungen einem fairen Dialog mit Nicht-Betroffenen zugrunde zu legen:

„... entweder in einer Fachdiskussion unter gleichberechtigten psychiatrischen und antipsychiatrischen 'Experten' oder aber in rein privaten und vertrauensvollen Gesprächen, in denen man sich über Persönliches austauscht. ... Aber zwischen den Funktionären und den (ehemaligen) Insassen einer Institution ist ein freier und innovativer Dialog prinzipiell unmöglich.“ (Trotha 1995b, S. 184)

#### **4.5 Fragen an PatientInnen die in einer psychiatrischen Einrichtung und/oder in psychiatrischer Behandlung sind**

Der im Teil 2.3 beschriebene Fragebogen wurde im Februar 1996 auf den Weg gebracht. Ich nahm Kontakt mit dem ärztlichen Leiter der PKH auf, um sein Einverständnis für eine Befragung einzuholen. In einem ersten persönlichen Gespräch äußerte er seine Kritik an der ersten Fassung des Fragebogens. Er hielt die Fragen für zu kurz und suggestiv. Ich würde so gleich „mit der Tür ins Haus fallen“. Einige Kritikpunkte/Anregungen von ihm wurden, nach Rücksprache mit den beiden Psychiatrie-Erfahrenen, in den Fragebogen eingearbeitet.

Im Laufe weiterer Telefonate/Briefe empfahl mir der ärztliche Leiter dringend, die Befragung auf Patientinnen aus dem „schizophrenen Kreis“ einzugrenzen, die Neuroleptika in Dosen, die über 5 mg Haldol oder Äquivalentes hinausgehen, erhalten. Er erläuterte, daß diese Patientinnen am ehesten aufgrund der „problematischen Wirkungsnebenwirkungsrelation“ unzufrieden sein könnten und insofern auch einen besonders hohen Anspruch auf gute und ausführliche Aufklärung hätten. Antidepressiva-Patientinnen seien durch die Bank zufrieden mit der Medikation und dann eben auch mit der Aufklärung.

Dringend nahegelegt wurde mir, nur Patientinnen zu befragen, die sich, soweit absehbar, im Endteil der Behandlung befänden, weil die Aufklärung erst zu diesem Zeitpunkt abgeschlossen sei und die Patientinnen sich dann in einer Phase der

Therapie befänden, in der die Dosis gerade der Neuroleptika auf längerfristige Behandlungsnotwendigkeiten angepaßt und reduziert würde. Eine frühere Befragung bei Patientinnen, die wegen Akutbeschwerden sehr hoch dosierte Medikationen mit „Nebenwirkungsreichtum“ erhalten, dies aber vorübergehend, mache nicht so großen Sinn.

Ganz einsichtig war den beiden Psychiatrie-Erfahrenen und mir diese Verdichtung auf ein „Krankheitsbild“ nicht. Für uns machte es keinen Unterschied, ob eine Patientin nun zu diesem oder jenen Kreis gehörte. Es ging einzig und allein um Bedürfnisse von Betroffenen – gleich welche „Diagnose“ ihr zugeteilt wurde. Um unser Vorhaben nicht noch länger aufzuhalten, ließen wir uns aber darauf ein.

Der ursprüngliche Fragebogen wurde noch fünf Mal geändert, bis endlich alle Seiten zufrieden waren.

Inzwischen war es August geworden.

Die Hoffnung die Befragung im Sommer abgeschlossen zu haben, war somit hinfällig. Für alles weitere wurde die soziotherapeutische Leitung als Ansprechpartnerin erklärt. Diese vermittelte mich an einen Sozialarbeiter, welcher im weiteren Verlauf Termine für Gespräche mit Patientinnen und mir vereinbarte.

Folgendes, vom ärztlichen Leiter unterzeichnetes Schreiben, ging verschiedene Berufsgruppen:

An alle Ärzte  
An alle Psychologen  
An alle Sozialarbeiter  
An die Koordinatoren

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
in den nächsten Wochen will eine Studentin der Fachhochschule Lüneburg als Examensarbeit eine Studie in unserer Klinik durchführen. Diese Studie ist mit dem Leitenden Arzt und dem Sozialarbeiter Nitschke mit Frau Spieker abgesprochen worden. Die Studie soll folgende Frage untersuchen:  
Wie zufrieden bzw. unzufrieden sind die PatientInnen der Psychiatrischen Klinik Häcklingen im Hinblick auf die Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen der ihnen gegebenen Medikamente? Befragt werden sollen mit einem halbstandardisierten Interview ca. 16 PatientInnen in der 2. Hälfte bzw. im letzten Drittel ihrer Behandlungen. Die Befragung soll zu einem Zeitpunkt beginnen, zu dem die Medikation in einem Gleichgewicht ist. Befragt werden sollen in erster Linie Patienten, die in höherem

Umfang (mehr als 5 mg Haloperidol oder ein vergleichbares Präparat) Neuroleptika erhalten.

Ich würde mich sehr freuen, wenn diese Studie von selten der Mitarbeiter unterstützt würde. Insbesondere können Mitarbeiter PatientInnen motivieren, sich an dieser Studie zu beteiligen. Die Motivation kam auf zum Beispiel folgende Weise geschehen:

- durch den Hinweis, daß eine Universität sich für die Meinungen der PatientInnen interessiert,
- durch den Hinweis, daß alle Daten strikt anonym ausgewertet werden und die Klinikleitung nicht erfährt, wer was gesagt hat,
- durch den Hinweis, daß eine Psychatriebetroffene, nämlich Frau Krug (die hier im Hause einigen bekannt ist), Frau Spieker bei der Durchführung der Studie unterstützt,
- durch den Hinweis, daß die Klinik großes Interesse daran hat, Schwachstellen der Behandlung und Unzufriedenheiten der Patienten zu bemerken und aufzudecken, um teils sofort, teils später für Verbesserung zu sorgen,
- durch den Hinweis, daß die befragenden Personen, Frau Spieker und Frau Krug und der die Examensarbeit betreuende Prof. Bader schriftlich zugesichert haben, über alle personenbezogenen Daten absolute Verschwiegenheit zu bewahren.

Mitarbeiter aus Pflege und Soziotherapie können die Studie am besten dadurch unterstützen, daß sie in Stationsversammlungen bzw. Meetings auf diese Studie aufmerksam machen, für Fragen zur Verfügung stehen und das Interesse der Klinik an einer großen Offenheit der Patienten verdeutlichen. Ärzte können gleiches vielleicht am besten in ihren Visiten oder in den Einzelgesprächen mit den Patienten tun.

Außerdem erging ein Schreiben des ärztlichen Leiters und des Sozialarbeiters an die Patientinnen, welches in die Aushänge kam und in den Stationsversammlungen verlesen, erläutert und diskutiert werden sollte. Die Patientinnen sollten über Sinn, Zweck und Träger der Befragung informiert und um Teilnahme gebeten werden. Es wurde ihnen mitgeteilt, daß die Durchführerinnen der Befragung die erhobenen Daten strikt anonym auswerten und selbstverständlich negative Patientinnenäußerungen den Klinik-Mitarbeiterinnen nicht bekannt geben würden. Den Patientinnen wurde erläutert, daß die Klinik durch die Befragung die Patientinnenzufriedenheit ermitteln und feststellen wolle, ob sie in dem ein oder anderen Punkt ihre Arbeitsweise verändern sollte.

Ende August kam es dann zum ersten Gespräch. Geplant war, daß jeweils eine Psychiatrie-Erfahrene und ich die Patientin aufsuchen. Wir hatten uns vorgenommen, zunächst unser Anliegen zu erläutern und dann die Patientin zu bitten den Fragebogen auszufüllen, wobei wir Frage für Frage durchgehen wollten. Eine Mit-

schrift oder einen Mitschnitt der Gespräche schien uns nicht nötig, da wir hofften, daß die Patientinnen die Fragen schriftlich und ausführlich beantworten würden. Eine der Psychiatrie-Erfahrenen mußte ihre Zusage zur Mitarbeit zurückziehen, da sie sich wegen einer „Krise“ in eine Klinik begeben hatte. Die andere konnte aus Zeitmangel nur am ersten Gespräch mit einer Patientin teilnehmen, so daß ich alle weiteren Gespräche mit den Patientinnen alleine führte. Der Sozialarbeiter sorgte jedes Mal dafür, daß die Patientin und ich einen ruhigen Raum zur Verfügung hatten, in dem sich auch keine dritte Person aufhielt.

Obwohl sich der Sozialarbeiter sehr bemühte, waren es „nur“ sechs Gespräche, die ich führen konnte. Zwar schränkte die diagnostische Eingrenzung die Zahl der zu befragenden Personen ein (es waren kaum Patientinnen auf den Stationen, die den gesetzten Kriterien entsprachen), aber dies konnte nicht der einzige Grund für die geringe Teilnahme sein. Ich fragte eine der psychiatrie-betroffenen Frauen, welche sich an der Befragung beteiligen wollte, nach Gründen. Sie sagte mir, daß Patientinnen in der Klinik häufig nicht offen sind für die Außenwelt. Sie haben wenig Interesse, weil sie zu sehr mit ihren eigenen Dingen beschäftigt sind. Die hohe Medikation läßt sie gleichgültig werden. „Laß die doch machen.“ Außerdem würden sie nicht glauben, daß sich durch eine Befragung etwas an ihrer Situation ändert. Auch wären sie einer Befragung gegenüber eher skeptisch: „Wer weiß, in welche Kanäle es geht.“ Der Sozialarbeiter wußte von drei Patientinnen, welche starke Vorbehalte gegenüber einer Befragung durch eine „von draußen kommende“ Person hatten und deshalb nicht an der Befragung teilnahmen. Eine der Personen habe ich erlebt. Sie war sehr ängstlich und sagte: „Nein, das kann ich nicht.“ Die Gespräche waren, wie auch die Menschen, sehr unterschiedlich. Der eine war sehr aufgeschlossen und wir unterhielten uns über Stunden, trafen uns sogar mehrfach. Die andere sagte und schrieb kaum etwas. Teilweise bereute ich es, kein Aufnahmegerät verwendet zu haben. Ich erfuhr in manchen Gesprächen – die weit über die Fragen hinausgingen – sehr viel. Einige Patientinnen schilderten ihre Traurigkeit und auch Wut über das Verhalten ihrer Mitmenschen (egal ob Klinikpersonal, Verwandte oder Freunde) ihnen gegenüber. Sobald es aber daran ging, die Aussagen zu verschriftlichen, wurden sie vorher abgewägt und in eine sehr komprimierte und längst nicht mehr so aussagekräftige Form gepreßt.

Beim Übertragen der Antworten in den Fragebogen, habe ich keinerlei orthographische, grammatikalische oder sonstige Korrekturen vorgenommen, um die Wiedergabe nicht zu verfälschen.

Alle sechs befragten Patientinnen waren auf einer offenen Station. Im Schnitt war es ihr 5. Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik (wobei eine Person zum 1. und eine zum 14. Mal in der Psychiatrie war). Drei Personen waren bis 35 und drei zwischen 36 und 55 Jahre alt. Es beteiligten sich zwei Frauen und vier Männer an der Befragung.

Drei Befragte waren freiwillig von sich aus in die psychiatrische Einrichtung gegangen. Zwei zwar auch freiwillig, aber auf Anraten eines Arztes, bzw. des Betreuers. Eine Person auf Anraten des Arztes vom SpD.

Alle sechs Personen hatten eine Wohnung bzw. ein Haus. Zwei waren arbeitslos, zwei angestellt, zwei anderweitig beschäftigt. Bei allen bestanden Kontakte zu Freunden und Verwandten. Als Probleme/Beschwerden, welche zur Aufnahme geführt hatten, wurden genannt: „Persönlichkeitsspaltung“, „Angstzustände was die/meine Zukunft betrifft“, „weil mein Umfeld es so sah, daß ich mich falsch benommen habe“, „akute Angstzustände“, „manisch depressiv“, „weil ich verfolgt bin“, „Angst, Traurigkeit“.

- In den meisten der Fälle wurde auf die Probleme, welche zur Aufnahme geführt hatten, eingegangen. Hierbei war insbesondere die Möglichkeit von Gesprächen wichtig. Es werden mehr Einzelgespräche in der Situation, in welcher frau sie braucht, gefordert – nicht erst am nächsten Tag und nicht unter Zeitdruck. Außerdem sollten Probleme angenommen und nicht als Irrsinn dargestellt werden.
- Fast alle fühlten sich eher bis sehr verständlich über die Krankheit und die erstellte Diagnose aufgeklärt. Einer Person wurde das Krankheitsbild allerdings nicht erklärt. Eine andere Person erhielt von unterschiedlichen Ärzten unterschiedliche Diagnosen, welche ihm aber sehr verständlich erklärt wurden. Aber: „Man beurteilt die Patienten zu schnell. Die Tagesform des Patienten wird aufgrund der Krankheit zu oft und zu schnell beurteilt. Fühlt sich der Patient gut

bzw. unwohl, wird er wie bei einer Skala eingeschätzt (über dem Strich oder unter dem Strich).“

- Die Aufklärung über Sinn und Zweck der Medikamente geschah bei vier Personen nur auf Nachfrage, eher unverständlich, gar nicht oder erst nach vielen Wochen. Die Therapien wurden eher verständlich erklärt. Eine Person empfand das Therapiegespräch allerdings als zu kurz. Für sie gab es keine Erklärung von Ablauf und Ziel der Therapie.
- Drei Personen fühlten sich über Risiken und Nebenwirkungen von Behandlungsmaßnahmen sehr verständlich aufgeklärt. Zwei eher unverständlich. „Man fühlt sich wie ein Versuchskaninchen. Wenn Nebenwirkungen bei einem selber auftreten wie es in der Medikamentenpackungsbeilage steht, wird nicht darauf eingegangen, weil es andere Patienten eben nicht haben.“ „Ich muß sehr viel selber fragen, um aufgeklärt zu sein.“
- Medikamente wurden allen Personen verschrieben (angeordnet). Sie wurden regelmäßig eingenommen. Zum Teil zwangsweise, da die Einnahme über das Blutbild kontrolliert wird. Bei drei Personen wurden medikamentöse Erfahrungen und Wünsche berücksichtigt, bei zwei Personen nicht. Einnahmeverweigerung kann dazu führen, daß die Klinik verlassen werden muß. Die Einstellung zu Medikamenten ist eher negativ. „Keine freie Entscheidung über die Medikamenteneinnahme, vielleicht braucht der Patient einfach nur Ruhe und Gespräche“ „Meine Einstellung zu den Medikamenten ist sehr negativ. Die Medikamente machen mich düselig. Es wird keine Rücksicht drauf genommen, ich muß sie nehmen, sonst bekomme ich sie gespritzt.“
- Zeit, um über eine angebotene Behandlungsform nachzudenken, bzw. mit einer Vertrauensperson darüber zu reden, wird gegeben – allerdings nur bei freiwilligem Aufenthalt. „Bei Beschluß hat man nicht die Möglichkeit manchmal sogar zu telefonieren bzw., die eigene Familie zu verständigen“ Eine Person fühlt sich als Patientin übergangen. Nur Therapien werden nach Absprache mit ihr vereinbart, Medikamente nicht.
- Die Möglichkeit, frei und ohne jegliche Ängste vor den Folgen einer Ablehnung selbst zu entscheiden, bzw. mitzuentcheiden wie die Person behandelt