



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences
Fakultät Wirtschaft und Soziales
- Department Soziale Arbeit -

Gewalt hat Alternativen

Eine kritische Betrachtung der psychiatrischen Praxis
der Zwangsmaßnahmen mit der Absicht ihrer
Minimierung

Diplomarbeit

Tag der Abgabe:	18 Mai 2011
Vorgelegt von:	
Name, Vorname:	TADDEY, Constance
Matrikel-Nr.:	1706437
Adresse:	Melau 38A 21723 Hollern-Twielenfleth
Betreuender Prüfer:	Herr Prof. Dr. Ansen
Zweiter Prüfer:	Herr Prof. Hille



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences
Fakultät Wirtschaft und Soziales
- Department Soziale Arbeit -

Gewalt hat Alternativen

Eine kritische Betrachtung der psychiatrischen Praxis
der Zwangsmaßnahmen mit der Absicht ihrer
Minimierung

Diplomarbeit

Tag der Abgabe:	18 Mai 2011
Vorgelegt von:	
Name, Vorname:	TADDEY, Constance
Matrikel-Nr.:	1706437
Adresse:	Melau 38A 21723 Hollern-Twielenfleth
Betreuender Prüfer:	Herr Prof. Dr. Ansen
Zweiter Prüfer:	Herr Prof. Hille

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	6
2. Der Gegenstandsbereich der Diplomarbeit und die sich daraus ergebenden Fragen, denen ich nachgehen werde. Eine Einleitung.	6
2.1 Ein fiktives Fallbeispiel	7
2.2 Der Umfang umfassender relevanter Aspekte.....	11
2.3 Zielsetzung	13
2.4 Forschungszusammenhang.....	16
2.5 Methodische Vorgehensweise	21
3. Definition „psychisch krank“ in Gegenüberstellung zu dem Begriff „Gesundheit“	22
3.1 Krankheitsbegriff „psychisch krank“	22
3.2 Der Gesundheitsbegriff	22
4. Definition: Allgemeine Definition von Zwang und Gewalt.....	23
4.1 Gewaltdefinition: manifeste Gewalt.....	23
4.2 Manifeste bzw. strukturelle Gewalt.....	23
4.2.1 Provokative Gewalt, eine Differenzierung der strukturellen Gewalt	24
5. Definition Gewalt aus der Sicht Professioneller	25
5.1 LUC CIOMPI.....	25
5.1.1 PAUL WATZLAWICK	26
5.1.2 KLAUS DÖRNER.....	26
5.1.3 DOROTHEA BUCK	27
5.2 RONALD. D. LAING: Phänomenologie der Erfahrung	27
5.2.1 KATE MILLETT	29
6. Gewalt und Zwang definiert aus der Sicht der Betroffenen.....	29
6.1 Weitere Zitate und Berichte von Betroffenen.....	30
6.1.1 BRÜCKENSCHLAG.....	30
6.1.2 LPEN	30
6.1.3 Umfrage.....	31
6.1.4 Erfahrungsbericht eines Betroffenen.....	31
6.2 Zusammenfassende Beurteilung.....	32

7. Die legitimierten Zwangsmaßnahmen und Gewaltanwendungen in ihren konkreten unterschiedlichen Erscheinungsformen.....	32
7.1 Die Rechtsgrundlagen	32
7.1.1 Die Behandlung nach den Unterbringungsgesetzen.....	32
7.1.2 Die öffentlich-rechtliche Unterbringung	33
7.1.3 Die zivilrechtliche Unterbringung	34
7.2 Die zwangsweise Behandlung mit Psychopharmaka	35
7.2.1 Exemplarische Darstellung einzelner Funktionsweisen des menschlichen Gehirns	36
8. Der Hilfebegriff.....	37
8.1 Die Vorleistung	38
8.2 Der Aspekt der Freiwilligkeit.....	38
8.3 Verhandeln statt Behandeln.....	39
8.4 Vorleistungen nach dem Verständnis von KLAUS DÖRNER	39
9. „Ende der Veranstaltung“ von KLAUS DÖRNER	40
Exkurs: Die Psychiatrie Enquete in Deutschland.....	40
9.1 „Kein Mensch mit einer psychischen Erkrankung muss dauerhaft in einer Institution leben“	42
9.2 Gewonnene Erkenntnisse aus den Katamnese-Interviews	43
9.3 Einige charakteristische Daten von Gütersloher Psychiatriepatienten	45
9.4 Systemsprenger.....	46
10. Die Angehörigen	47
10.1 Umgang mit dem Thema Schuld.....	48
10.2 Ambulant vor stationär aus Klaus Dörners Sicht	50
11. Sichtweisen über ein alternatives Miteinander.....	51
11.1 Gemeinsames Handeln	51
11.2 Sinnhaftes Arbeiten	52
11.3 Nachreifen im Nachlernen.....	52
11.4 Die Thematik des Stader Psychose-Seminars am Abend des 08.02.2011.....	52
11.5 Arbeiten an Wahnhaltungen	53
11.5.1 INTERVOICE	54

12. Eine notwendige Eingrenzung des Spektrums der Hilfeempfänger unterschiedlicher Diagnosestellungen	56
12.1 ICD-10 und DSM-System	56
12.2 Schizophrene Spektrumsstörungen	57
12.2.1 Die Ich-Störung	57
12.2.2 Der Wahn.....	58
12.2.3 Die Affektstörungen	59
12.2.4 Die Denkstörungen	59
12.3 Die Psychosen	60
12.3.1 Die Filterfähigkeit.....	60
12.3.2 Die Dopaminhypothese	61
12.3.3 Die Spiegelneuronen	62
13. Die Alternativen.....	63
13.1 Der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen	63
13.2 Das Psychoseseminar	64
13.3 Soteria als alternatives Konzept zur Psychiatrie.....	64
13.3.1 TO BE WITH.....	65
13.3.2 Das Soteria-Element des weichen Zimmers.....	65
13.3.3 Die Beziehungsfähigkeit nach L. MOSCHER.....	66
13.3.4 Allgemeine Leitlinien des Standards der Begleitungsmethode.....	66
13.3.5 Phasen der Begleitung	68
Exkurs: Soteria und Gewalt	70
13.4 Das bedürfnisangepasste Behandlungsmodell.....	71
13.5 Die UN-Behindertenrechtskonvention	72
13.5.1 Der „Diversity“ Ansatz.....	74
13.5.2 Empowerment.....	74
13.5.3 Inklusionsgedanke	75
13.5.4 Der Staatenbericht	76
13.5.5 Die Aktionspläne	76
13.5.6 Das Monitoring.....	77
13.5.7 Der Parallelbericht.....	77
14. Schlussbetrachtung.....	80

15. Fazit	86
Abkürzungsverzeichnis:.....	87
Literaturverzeichnis:.....	88
Internet-Quellen:	90
Weitere-Quellen:.....	90
Dienstliche Erklärung und Einwilligung zur Einsichtnahme	92

1. Vorwort

*„Jede Idee lässt sich
durch eine andere ersetzen,
nur die der Freiheit nicht.“*

LUDWIG BÖRNE, 1786-1837

2. Der Gegenstandsbereich der Diplomarbeit und die sich daraus ergebenden Fragen, denen ich nachgehen werde. Eine Einleitung.

Es sind die Verrückten, Irren, Durchgeknallten, Spinner, Menschen, die redensartlich “nicht mehr alle Tassen im Schrank haben“ oder auch Schizos, Idioten und Hirnis, die Bekloppten, Psychos und diejenigen, bei denen sprichwörtlich „eine Schraube locker ist“, die in den Mittelpunkt dieser Arbeit gestellt werden. Spiegelt sich in diesem, scheinbar nur in dem alltäglichen verwendeten und auf Unwissenheit und Vorurteilen basierenden umgangssprachlichen Jargon, ein gesellschaftlich relevantes Problem wider? Voreilig als „bekloppt“ bezeichnet worden zu sein, kennt wohl jeder Mensch. Doch steckt nicht gleich eine von Professionellen vorgenommene psychiatrische Indikation oder Diagnose bei ernsthaft psychisch erkrankten Menschen dahinter, die daraufhin in psychiatrischen Einrichtungen landen mit teilweise zweifelhaften und hier im Fokus stehenden Behandlungsmethoden.

Gesamtgesellschaftlich betrachtet sind es allerdings tatsächlich die psychischen Erkrankungen, die am stärksten verbreitet sind (vgl. MÖLLER/LAUX/DEISTER, 2005: 5). Im Verhältnis dazu ist eine ausreichende Versorgung nicht gewährleistet. So wird in dem nach eigenen Angaben meist verkauften deutschsprachigen Psychiatrielehrbuch „Psychiatrie und Psychotherapie“ von MÖLLER, LAUX und DEISTER von unzureichendem Wissen der Allgemeinbevölkerung über psychische Erkrankungen und damit zusammenhängende Stigmatisierungen, von unzureichenden personellen Besetzungen in psychiatrischen Konsiliardiensten sowie von Optimierungsspielräumen

bei der Ausbildung der Ärzte_innen¹ der Primärversorgung berichtet (vgl. MÖLLER/ LAUX/ DEISTER, 2005). Insbesondere die in der bestehenden psychiatrischen Versorgungspraxis angewandten Zwangsbehandlungen sind Gegenstand meiner Diplomarbeit.

Es sind die Menschen, die aufgrund einer medizinischen Indikation unter dem problembelasteten Begriff der „psychisch Kranken“² subsumiert werden und die häufig im rechtlich legitimierten Handlungsspielraum des psychiatrischen Alltags Gewalt und Zwang ausgesetzt sind. Sie geben hier Anlass für eine kritische Betrachtung um zu erkennen, ob eine Minimierung der psychiatrischen Praxis der Zwangsmaßnahmen sich als eine logische Konsequenz nach Abwägung des Für und Wider herausstellen kann.

2.1 Ein fiktives Fallbeispiel

Warum sollen gewalttätige psychiatrische Handlungsmethoden überwunden werden?

Warum ist es eine unausweichliche Notwendigkeit?

Zunächst erscheint es wünschenswert und im Interesse der Betroffenen zu liegen, dass Gewaltanwendungen im Kontext psychiatrischer Unterstützungsleistungen minimiert

¹ Die Schreibweise beinhaltet sowohl die männliche als auch die weibliche Form. Zusätzlich steht der Unterstrich für alle Menschen, die sich nicht in die dichotome Einteilung der Geschlechter wiederfinden. Als Gender Gap (= „Geschlechter-Zwischenraum“, manchmal auch als Gender_Gap geschrieben resp. Gendergap bzw. nur Gap genannt) wird die meist durch einen Unterstrich gefüllte Lücke zwischen maskuliner und femininer Endung bezeichnet. Der Gender Gap soll ein Mittel der sprachlichen Darstellung aller sozialen Geschlechter und Geschlechtsidentitäten, auch jener abseits der gesellschaftlich hegemonialen Zweigeschlechtlichkeit sein. Die Intention ist durch den Zwischenraum einen Hinweis auf diejenigen Menschen zu geben, welche nicht in das ausschließliche Frau/Mann-Schema hineinpassen oder nicht hineinpassen wollen, wie Intersexuelle, Transgender oder Transsexuelle (vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Gender_Gap).

Alle Formen, die nicht in dieser Schreibweise verfasst sind, beziehen sich sowohl auf das Weibliche als auch auf das Männliche. Ausnahmen bilden die Geschlechterbezeichnungen, in denen es sich um konkrete Personen handelt. Dies wird durch den Kontext ersichtlich.

² Im Folgenden werde ich die Menschen, die als sogenannte psychisch Kranke bezeichnet werden, mit verschiedenen Begriffen beschreiben. Klientel, Psychatrieeinsass_innen, Betroffene, Psychiatrie-Erfahrene, psychisch Beeinträchtigte, Patient_innen, Menschen in Krisen, Nutzer_innen, Klient_innen, Nutzer_innen, Stimmenhörer_innen (differenzierte Benennung eines Menschen, der während einer Psychose Stimmen als akustische Halluzination wahrnimmt). Ich bin mir durchaus der Problematik der Wortwahl bewusst und wähle Begriffe, die möglichst wenig stigmatisierend sind.

werden. Einem Menschen, der sich in einer Lebenssituation befindet, in der er in den Augen der anderen Verhaltensweisen zeigt, die nicht nachvollziehbar erscheinen, fehlt oft zwischenmenschlicher Kontakt. Die psychische und soziale Situation eines Betroffenen beispielhaft aufzeigend, könnte sie folgendermaßen zu beschreiben sein: Der Betroffene verbringt viel Zeit alleine, teilt sich nicht mehr mit und das, was er äußert oder über sein Verhalten von sich preisgibt, erscheint dem Normalen unverständlich. Dies löst bei den Angehörigen Sorge aus, verunsichert sie in ihrem eigenen Verhalten dem Betroffenen gegenüber. So haben die Angehörigen vielleicht mehrere Monate Veränderungen beobachten können, die in ihnen das dringende Bedürfnis nach Unterstützung von außen weckt. Der Betroffene sieht das mit anderen Augen. Auf eine Aufforderung hin, ärztlichen Rat in Anspruch zu nehmen, reagiert er mit ablehnender Haltung, er fühlt sich bedrängt und missverstanden. Er selbst scheint nicht bereit, zu einem Arzt zu gehen. Die Angehörigen sind verunsichert. Sie merken, dass der Betroffene sich nicht mehr wie sonst verhält; der Tag-Nacht-Rhythmus ist verschoben, das Essensverhalten unregelmäßig und Gespräche verlaufen unbefriedigend. Beide Seiten fühlen sich missverstanden, verbale Anfeindungen und gegenseitige Vorwürfe sind die Folgen. Angehörige berichten ihre Sorgen dem Hausarzt und werden mit dem Rat entlassen, den Allgemeinen Sozialpsychiatrischen Dienst (ASD) zu kontaktieren. Es kommt zu einem Termin für ein erstes Kontakttreffen zwischen ASD-Mitarbeiter_in, Angehörigen und Betroffenenem. Die Voraussetzungen für ein Treffen, in dem es positiv für den Betroffenen ausgehen könnte, sind ungünstig, da das Setting dieser Gespräche konzeptionell nicht so angelegt ist, dass der Betroffene als ein Gleicher unter Gleichen angesehen wird, sondern durch die Brille der Diagnose. Das Gespräch ist beeinflusst von den Sichtweisen der Professionellen mit ihren Überzeugungen von Krankheit und Gesundheit vor dem Hintergrund der existierenden psychiatrischen Versorgungslandschaft mit ihren standardisierten Abläufen. Das Gespräch, das von dem Betroffenen so gar nicht erwünscht wurde, basiert somit von vornherein auf ungleichen Interessenslagen. In der aufgezwungenen Gesprächssituation liegt eine Form von Nötigung dem Betroffenen gegenüber vor. Die Ausgangslage ist zudem oft geprägt von einer finanziellen Abhängigkeit des psychisch Erkrankten gegenüber den Angehörigen. Er steht noch nicht auf eigenen Beinen, lebt oft noch bei den Eltern und kann sich nur schwer deren Kontrolle entziehen. Das

Haupterkrankungsalter einer Schizophrenie liegt zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr (vgl. MÖLLER/ LAUX/ DEISTER, 2005: 140). Das Gespräch selber ist nicht als ein offenes Angebot, um noch miteinander ins Gespräch zu kommen gedacht, sondern zielt auf die Abklärung weiterer Interventionen ab. In einem für Angehörige und Professionelle günstigen Verlauf eines solchen Gespräches, in dem der Betroffene nach einem bestehenden Muster abgefragt wird (über den Tagesablauf, Zielvorstellungen für die nahe Zukunft, Anlass des Gesprächs), lässt sich der Betroffene freiwillig auf eine Versorgung in einem psychiatrischen Krankenhaus ein. Spätestens aber, wenn er nicht gewillt ist, sich den dort vorherrschenden Bedingungen anzupassen, kommt es zu ernsthaften Problemen. Das sich möglicherweise ereignende „Drama“ könnte folgendermaßen ablaufen:

Die Unterbringung in einem Mehrbettzimmer, das minimalistische Zugeständnis einer Privatsphäre in Form eines Nachttisches und eines Spindes, eine körperliche Gesundheitsuntersuchung, an der der Betroffene nicht vorbeikommt, summieren sich zu einer Erfahrung, die eine langsam aufsteigende und menschlich nachvollziehbare ablehnende Haltung begünstigt. Kommt es dann noch zu einem vorläufigen Ausgangsverbot, einer Zuteilung der Zigaretten, vorgeschriebenen Essenszeiten und der Verabreichung von Psychopharmaka, droht die Lage zu eskalieren. Beruhigende Gespräche sind nicht möglich. Weder der Arzt, das Pflegepersonal noch die Mitpatienten sind dem Patienten vertraut. Eine Beziehung zwischen Krankenhausmitarbeiter_innen und Betroffenenem wurde nicht aufgebaut.

Beispiele aus Turku (einer psychiatrischen Universitätsklinik unter der Leitung von Yrjö Alanen, 1968), aus West-Lapland (einem Projekt unter der Leitung von Jaakko Seikkula) und Schweden (dem „Parachute“-Projekt unter der Leitung von Johan Cullberg) belegen, dass Alternativen praktiziert werden, die die Sinnhaftigkeit von Hilfe in einem Aufbau von Beziehung sehen und dazu den Weg eines behutsamen Kontaktaktaufbaus wählen. Ihre Arbeit basiert auf dem Konzept des bedürfnisorientierten Behandlungsmodells

(siehe Kapitel: 13.4 DAS BEDÜRFNISANGEPASSTE BEHANDLUNGSMODELL).

Wenn darüber hinaus noch ein Medikament eingenommen werden soll, so gibt es zwar ein Gespräch dazu, es beinhaltet aber nicht die Option, sich als Betroffener gegen die Einnahme zu entscheiden.

Frau Dr. MAGARETE OSTERFELD³ DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) fordert psychisch Kranke auf, eine Aufklärung über die Sinnhaftigkeit bezüglich der Risiken und Nebenwirkungen aktiv einzufordern. Dabei ist durch den Arzt detailliert darzulegen, was die angedachte Behandlung umfasst, welche Alternativen möglich sind und welche Nebenwirkungen und Langzeitschäden bei eventuell zu verabreichenden Psychopharmaka bekannt und zu erwarten sind. Auf der Basis hinreichender Informationen soll dem Betroffenen ermöglicht werden, nach eigener Abwägung der Kosten und Nutzen einer ihm gemäßen Behandlung zustimmen zu können. „Behandlungen ohne informierte Zustimmung sollten grundsätzlich unter Strafe gestellt werden und mit Approbationsverlust verbunden sein.“ Diese Forderung wurde 1997 von dem Europäischen Netzwerk Psychiatriebetroffener, in denen auch der BPE (Bundesverband der Psychiatrie Erfahrenen) Mitglied ist, an die WHO (Weltgesundheitsorganisation) gerichtet, mit dem Wunsch, sie in einen Menschenrechtskatalog für die psychiatrische Praxis zu übernehmen (vgl. BRÜCKENSCHLAG, 1997: 176 f.).

Nach dem Urteil des Arztes, dass ein bestimmtes Medikament indiziert ist, kann sich der Patient nicht gegen die Einnahme entscheiden. Zeigt er sich unter Umständen aber nicht dazu bereit, das Medikament einzunehmen, wird er nun nur vor die Wahl gestellt, freiwillig dies Medikament zu nehmen oder es zwangsweise verabreicht zu bekommen. Nimmt er es nicht freiwillig, wird es unter körperlicher Gewaltanwendung zwangseingeführt. Ein vorliegender Unterbringungsbeschluss (siehe Kapitel: 7. DIE LEGITIMIERTEN ZWANGSMAßNAHMEN UND GEWALTANWENDUNGEN IN IHREN KONKRETEN UNTERSCHIEDLICHEN ERSCHEINUNGSFORMEN) legitimiert diese und die weitere Vorgehensweise.

Wehrt sich der Betroffene gegen die Zwangsverabreichung der Medikamente werden die Hände durch die psychiatrischen Pflegekräfte fixiert und auf der Station wird ein akustisches Alarmsignal ausgelöst. Daraufhin stürmen zahlreiche Pfleger und Krankenschwestern auf den uneinsichtigen Psychiatrieeinsassen ein und halten ihn an Armen, Beinen und Kopf an den Boden gedrückt. Der Betroffene versucht vergeblich

³ Psychiatrieerfahrenen Psychiaterin

sich mit all seinen ihm zur Verfügung stehenden Kräften zu befreien. Der diensthabende Arzt injiziert dem Patienten ein schnell wirksames hochpotentes Psychopharmakon. Eine anschließende Fixierung an Händen, Füßen und Bauch an ein Bett entspricht gängiger Praxis.

2.2 Der Umfang umfassender relevanter Aspekte

Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Diagnosen psychischer Erkrankungen. In den Klassifikationssystemen „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV) und der „International Classification of Diseases“ (ICD-10) finden sich weltweit verbindliche Kriterien zur psychiatrischen Diagnostik.⁴ Aufgrund der Vielzahl der psychischen Krankheitsbilder ist eine Begrenzung auf einen Teilbereich notwendig. Exemplarisch befaße ich mich mit den Psychosen. Sie lassen sich als eine besonders schwere (vgl. MÖLLER/ LAUX/ DEISTER, 2005: 4), multifaktoriell bedingte Erkrankung bezeichnen, die in ihren Verläufen unterschiedlich ist. Sie zeichnet sich durch das Zusammenspiel von erblich bedingten Faktoren wie z.B. einer vermuteten, erblich bedingten Vulnerabilität, die eine besondere Verletzlichkeit hervorruft, mit den Komponenten psychosozialer Erfahrungen wie beispielweise nicht bewältigter Entwicklungsaufgaben aus. Das Erlernen eines konstruktiven Umgangs mit Vulnerabilität, das Ermöglichen neuer sozialer Erfahrungen und das Nachreifen im Nachlernen von versäumten Entwicklungsaufgaben als Angebot durch die soziale Arbeit sind eine reale Option auf dem Weg durch die Krankheit hin zur Gesundheit, die

⁴s. BOSSHARD, EBERT, LAZARUS 2007:22 Nach der Unterteilung des triadischen Systems wird unterschieden zwischen den exogenen, körperlich begründbaren, Psychosen, den endogenen Psychosen und den Variationen seelischen Wesens. Dem zugeordnet sind in der ersten Triade die ICD-10 Hauptgruppen: die organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen mit Diagnosen wie z. B. der Demenz bei Alzheimer-Erkrankungen, in der zweiten Triade die Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen sowie den affektiven Störungen mit Diagnosen wie z.B. Schizophrenie oder akute vorübergehende psychotische Störungen und in der dritten Triade die Varianten seelischen Wesens. Hier sind u.a. neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen oder Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen als ICD-10 Hauptgruppen aufgeführt mit den Diagnosen Zwangsstörung oder Persönlichkeitsstörung. Einen differenzierten Einblick dazu wird im Kapitel: „Eine notwendige Eingrenzung des Spektrums der Hilfeempfänger“ gegeben.

aufgezeigt werden sollen. Daraus gewonnene Erkenntnisse lassen sich darüber hinaus präventiv anwenden.

Der von mir vertretene Anspruch, Krankheit als aktive Bewältigungsstrategie von unüberwindbar erscheinenden Problemlagen zu verstehen, betont verstärkt die darin enthaltenen Möglichkeiten der Wandelbarkeit der Genese. Meines Erachtens erschweren die im Rahmen von Hilfeinterventionen erlebten Zwangsmaßnahmen den Prozess der Integration des Krankheitserlebens. Außergewöhnliche Erlebnisse wie bspw. das Stimmenhören werden durch Psychopharmaka unterdrückt und der Betroffene wird zudem durch die Medikamente in seinem Wahrnehmungsvermögen sich selber gegenüber geschwächt. Die Auseinandersetzung mit den Inhalten der gehörten Stimmen könnte aber hilfreich sein, um zu verstehen, welche Schwierigkeiten im Leben der Betroffenen ursächlich zur Krankheit beigetragen haben. Durch die Psychopharmaka werden eine so verstandene Sinnfindung und Einordnung des außergewöhnlichen Erlebens erschwert und darüber hinaus die darin enthaltene Möglichkeit der Gesundung genommen.

Die Arbeit mit psychisch Kranken im Hilfesystem findet in verschiedenen Institutionen und Organisationen des vollstationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsbereichs statt. Ihre Einrichtungen sind psychiatrische Landeskrankenhäuser, Universitätskliniken mit psychiatrischen Abteilungen, Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen zur Pflichtversorgung der psychisch Erkrankten und Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen Verbunde wie die Allgemeinen Sozialen Dienste (ASD), Tageskliniken, Tagesstätten, niedrigschwellige Begegnungsstätten, verschiedenste Beratungsangebote, betreute Wohneinrichtungen, oder auch Kriseneinrichtungen. Unterschiedlichste Professionelle agieren in diesen Arbeitsbereichen, teilweise interdisziplinär: Psychiater_innen, Neurologen_innen, Neurobiochemiker_innen, Psychologen_innen, Genetiker_innen, Anthropolog_innen, Therapeuten_innen, Sozialarbeiter_innen, Berufsbetreuer_innen, Allgemeinmediziner_innen, Erzieher_innen, Krankenschwestern sowie Krankenpfleger als auch Betroffene selber oder Doppelerfahrene⁵. In vielen dieser genannten

⁵ Bezeichnung für Menschen, die eine professionelle Ausbildung in einem dieser Berufe haben und selber eigene Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen gemacht haben.

Arbeitsfelder finden Hilfeangebote unter Zwang statt. Psychiatrische Gewalt lässt sich nicht ausschließlich in der Psychiatrie verorten.

Zwangmaßnahmen wie Zwangseinweisungen nach den Unterbringungsgesetzen der Länder (Psych.-KG), Unterbringung nach dem Betreuungsgesetz und vorläufige Unterbringung durch das Gericht, also auch die unfreiwillige Unterbringung eines Menschen in einer geschlossenen Abteilung einer Psychiatrie, Zwangshandlungen wie Fixierungen der Hände, Füße und Arme an ein Bett oder die zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka (siehe Kapitel: 7. DIE LEGITIMIERTEN ZWANGSMAßNAHMEN UND GEWALTANWENDUNGEN IN IHREN KONKRETEN UNTERSCHIEDLICHEN ERSCHEINUNGSFORMEN) sind für Menschen mit Verdacht auf eine psychische Erkrankung oder mit bereits gestellter Diagnose einer psychischen Erkrankung in den bestehenden Strukturen unserer Versorgungslandschaft eine häufig gemachte Erfahrung. Transparent wird dies durch die in den Geschäftsberichten der Amtsgerichte erhobenen bevölkerungsbezogenen absoluten Zahlen von Zwangsmaßnahmen in der Allgemeinpsychiatrie in Deutschland. In Niedersachsen z.B. lag die Zahl derer, die aufgrund von vorläufigen Unterbringungen (§1864) sowie in Folge einer Unterbringung nach dem Betreuungsgesetz und der Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz der Länder zwangsuntergebracht wurden, bei 13.787 Menschen. Das ist eine Rate (d.h. die Zahl der Unterbringungen pro 100.000 Einwohner) von 172,5 Menschen und eine sich auf die Rate beziehende Quote (d.h. der Anteil der unfreiwilligen Unterbringung und Maßnahmen in der Allgemeinpsychiatrie der Länder) von 22,3 Menschen. Vergleichbar liegen die Zahlen in Hamburg bei 2964 Menschen. Die Rate beläuft sich hier auf 170,9. Die Quote beziffert sich auf 21,32⁶.

2.3 Zielsetzung

Durch die Bearbeitung der unterschiedlichen Facetten in Bezug auf die Praxis der psychiatrischen Zwangsmaßnahmen, soll der Möglichkeit der Minimierung nachgegangen werden.

⁶S. GAEBEL, SPIESSL, BECKER; 2009 Niedersachsen und Hamburg habe ich beliebig und exemplarisch gewählt Die Wahl orientiert sich ausschließlich an den Kriterien: Wohnort der Verfasserin dieser Hausarbeit und Sitz der Fakultät der Hochschule Wirtschaft und Soziales.

Es wird sich im Ergebnis zeigen, ob eine Behandlung unter Zwang hilfreich und damit zu favorisieren ist. Über die Darstellung der Auswirkungen und damit verbundenen Folgen der Zwangsmaßnahmen für die Betroffenen, für die in diesem Bereich professionell Tätigen sowie für Dritte bezüglich der als positiv respektive negativ empfundenen Einschätzungen sollen Abwägungsgesichtspunkte ermittelt werden. Einen Orientierungspunkt kann dabei die Auseinandersetzung mit dem Begriff der Hilfe bieten. Sind Gewalt und Hilfe legitime Verbündete oder untergräbt Gewalt Hilfe und fügt allen Beteiligten zusätzliche Dimensionen von Leid hinzu?

Nicht ungeachtet bleiben dabei die Themen der Selbst- und Fremdgefährdung und der damit scheinbar untrennbar verbundenen und unumgänglichen Anwendung von Gewalt und Zwang. Nachdem in den 70er Jahren die Psychiatrie in der BRD grundlegend reformiert wurde, findet ein erneuter Paradigmenwechsel statt. Die Bundesrepublik hat 2009 die UN-Behindertenrechtskonventionen (UN-BRK) anerkannt und verpflichtet sich damit, sie umzusetzen.

(siehe Kapitel: 13.5 DIE UN-BEHINDERTENRECHTSKONVENTION)

Sie zeichnet sich im Besonderen dadurch aus, dass sie betont, dass Freiheit ein Recht für alle Menschen darstellt. Ein Mensch ist dann frei, wenn seine Würde geachtet wird. Das bedeutet konkret, dass sein Wille respektiert wird und seine Subjektivität als Individuum geachtet wird. Im Hinblick darauf sind Methoden psychiatrischer Interventionen zu evaluieren. So besteht u.a. das Ziel der UN-BRK in der Überwindung der Stellvertreterhilfe hin zur Assistenz. Bei der Stellvertreterhilfe kann der Helfende bei betroffenen psychisch Kranken Maßnahmen, die seiner Überzeugung nach geeignet für den Empfänger erscheinen, durchführen und einleiten. Bei der Assistenz geht es für den Helfergeber primär darum, zu ermitteln, was der Betroffene will, um ihm dann in seinen Zielen bei der Umsetzung zu assistieren. Bleibt der in Not Geratene unverständlich in seinen Willenskundgebungen, ist das kein Grund, dieses Prinzip aufzuheben. Dann sind der Staat, die professionellen Helfer_innen, die Richter_innen, die Wissenschaftler_innen aufgefordert, ihre Kommunikationsmethoden dahingehend zu verändern, dass sie die Betroffenen verstehen lernen. Dieses Verständnis kann nur gewonnen werden, wenn die Betroffenen sehr viel mehr als jetzt zu Wort kommen. Denn eine subjektive Sicht kann nicht durch eine objektive Vermutung adäquat ersetzt werden.

So geben bereits erprobte Alternativen in der Hilfelandschaft für Menschen mit anderen Erlebniswelten Einblick in gewaltfreie Assistenz. Worin bestehen zwischen den konventionellen Behandlungsmethoden und den hier aufgezeigten Alternativen wesentliche Unterschiede?

Die Prävalenz der an Schizophrenie Erkrankten liegt bei 1 % der Gesamtbevölkerung. Erscheint es möglich, all diesen Menschen zwangsfreie Hilfe zu gewähren oder steht sie ausschließlich einem kleinen ausgesuchten Kreis von Betroffenen zur Verfügung?

Ein Berufsfeld der sozialen Arbeit ist die Arbeit mit psychisch kranken Menschen in der bestehenden psychiatrischen Versorgungslandschaft.

Sozialarbeiter_innen führen selten direkt Zwangsmaßnahmen bei psychisch diagnostizierten Menschen durch. Sie fixieren beispielweise nicht selber, tragen aber dazu bei, wenn sie eine Schlüsselstellung beim Einleiten einer Zwangseinweisung innehaben, in dessen Folge es zu körperlichen Fixierungen kommen kann. Vor dem Hintergrund der persönlichen Bewertungsskala vertretbarer Handlungen, die sich vor sich selber verantworten lassen, wird das eigene Tun in die eigene Identität integrierbar. Wofür und wogegen wir uns entscheiden, hängt prinzipiell davon ab, wie differenziert wir eine Sache beurteilen können. Darüber hinaus werden die Entscheidungen im Rahmen eines gesellschaftlichen Kontexts getroffen. Er wird geprägt durch geltende Werte und Normen, durch Politik, Religion sowie ökonomische und ökologische Strukturen. Sind alternative Methoden zu Zwang erwünscht und umfassend bekannt und haben sie sich zudem bewährt? Sind Bedingungen gegeben, die eine Entscheidung für diese Arbeitsweise begünstigen? Zusammen bilden die persönlichen Fähigkeiten und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen den Entscheidungsspielraum, in dem wir uns bewegen.

Das Aufzeigen von Zusammenhängen, die in ihrem Erkenntnisgehalt einen Gewinn für Argumente in der Diskussion um gewaltfreie psychiatrische Unterstützungsleistung darstellen, ist meiner Meinung nach im Rahmen einer Diplomarbeit eine geeignete Auseinandersetzung.

Soziale Arbeit unterliegt immer einem Doppelmandat. Einerseits ist sie dem Anspruch institutionell-organisatorischer Handlungsrahmen verpflichtet, andererseits unterliegt sie dem fachlichen Selbstverständnis (vgl. STIMMER, 2000: 151). Rund um das berufsspezifische Selbstbild der sozialen Arbeit, abgebildet unter anderem in den

„berufsethischen Prinzipien des DBSH“, findet eine beginnende kontroverse Auseinandersetzung statt, wann und wie weitgehend in psychiatrischen Handlungszusammenhängen interveniert werden darf (vgl. BOSSHARD/ EBERT/ LAZARUS, 2007: 170). Die Förderung der individuellen Ziele der Klientel sowie auch die Achtung der Autonomie und Selbstbestimmung, die jedem Menschen als Träger der Menschenwürde entgegengebracht werden muss, schließt den Handlungsbereich der Sozialarbeit mit ein. Inwieweit angewandte oder mit zu verantwortende Zwangs- und Gewalthandlungen nachvollziehbar und akzeptabel sind, unterliegt den Begründungs- und Plausibilitätsmaximen (vgl. BOSSHARD/ EBERT/ LAZARUS, 2007: 169). Eine daraus abgeleitete Debatte über eine mögliche Beteiligungspflicht am Veränderungsprozess in der Minimierung der hier kritisierten Behandlungsmethoden an psychiatrisch diagnostizierten Menschen durch die Sozialarbeiter_innen greife ich auf.

2.4 Forschungszusammenhang

Eine gezielte Forschung zu der Frage der Minimierung gewaltanwendender Praktiken gegenüber psychisch kranken Menschen wurde bisher nicht durchgeführt. Dennoch gibt es in verschiedensten Werken zu zentral anders gewichteten psychiatrischen Themen Auseinandersetzungen, die sich sekundär damit beschäftigt haben.

Zum einen werden in medizinischen Lehrbüchern der Psychiatrie, wie dem von MÖLLER, LAUX und DEISTER „Psychiatrie und Psychotherapie“, Grundkenntnisse über Fragen zur Psychiatrie, die ihnen zuzuordnenden Krankheitsbilder, Therapieverfahren sowie juristische Aspekte vermittelt. Betroffene werden in vielerlei Weise auf der Basis dieses Fachwissens beurteilt und behandelt. Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Ziel der Minimierung psychiatrischer Gewaltmaßnahmen kann meiner Ansicht nach nur gelingen, wenn die Grundzüge der psychiatrischen Lehrmeinung bekannt sind. Hier werden im Speziellen auch Antworten darauf gegeben, wie sich Gewalt und Zwang aus der Perspektive der professionellen Helfer darstellen und sie einzuordnen sind. In dem Kapitel: 12. EINE NOTWENDIGE EINGRENZUNG DES SPEKTRUMS DER HILFEEMPFÄNGER UNTERSCHIEDLICHER DIAGNOSESTELLUNGEN befasse ich mich dementsprechend aus der biologistisch medizinischen Sichtweise einer psychischen Beeinträchtigung.

Das Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie „Irren ist menschlich“ von DÖRNER, PLOG, TELLER und WENDT aus dem Jahr 2009 wendet sich in seinem dargestellten Wissen ausdrücklich an ein im Vergleich zu dem oben beschriebenen Lehrbuch breites

Publikum. Es ist neben Medizinerinnen auch an Krankenpfleger_innen, Psychologinnen, und u. a. auch an Sozialarbeiter_innen gerichtet. Bezeichnend ist, dass auch Betroffene und deren Angehörige und Interessierte angesprochen werden und die Hinzufügung ihrer Perspektiven als erweiternde Informationsdimensionen dienen.

In der Einleitung des Lehrbuches wird die Wichtigkeit der Begegnung zwischen den Menschen in ihren unterschiedlichen Facetten betont um zu beschreiben, was Psychiatrie am ehesten charakterisieren sollte. Dabei bedient es sich nach eigenen Angaben einer allgemeinverständlichen Sprache. Interessant finde ich den Anspruch, durch die Verständlichkeit der Sprache die Psychiatrie in ihren Möglichkeiten aber auch in ihren Gefahren durchsichtig und öffentlich kritisierbar zu machen. Es wird eine offene Haltung mit der Bereitschaft zur Veränderung signalisiert.

Inhaltlich basieren die Ausführungen des Lehrbuches auf der Theorie, dass der Beziehungsaufbau zwischen dem Klienten und dem professionellen Helfer in einem direkten Zusammenhang mit einem zeitgleichen Arbeiten an der Beziehung zu den Angehörigen steht. In den Anfängen geschieht dies allerdings nicht in zeitgleichen dialogischen Konstellationen. Die vierte, mir vorliegende Auflage von „Irren ist menschlich“ von 2009 ist von verschiedenen Zeitetappen und deren Einflüssen geprägt worden: von einer anthropologischen Haltung, die den Menschen in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt, über eine sozialanthropologische Sichtweise auf den Menschen in Beziehung zu seinen Mitmenschen, die darüber hinaus heute von der Betroffenenbewegung und dem dialogischen Ansatz beeinflusst ist. Ein aktuelles Thema wird ebenfalls aufgegriffen: die Ökonomisierung des sozialen Bereichs mit der Gefahr der Re-Institutionalisierung. Bezüglich der Schaffung und Ausweitung alternativer Behandlungsangebote für psychisch Kranke ist diese Entwicklung zu diskutieren.

Des Weiteren ist die Achtung der Würde des Menschen ein zentrales Anliegen in „Irren ist menschlich“. „Offensichtlich ist unser Ansatz immer noch nicht frei von der egoistischen Selbstverwirklichung des Ich gegenüber dem anderen“

(vgl. DÖRNER/ PLOG/ TELLER/ WENDT, 2009: 15).

Speziell auf die soziale Arbeit bezieht sich das Lehrbuch „Soziale Arbeit in der Psychiatrie“ von BOSSHARD, EBERT und LAZARUS. Es greift ergänzend die Ethik –

Debatte auf, stellt Lernfälle vor und ordnet die soziale Arbeit in die psychiatrische Landschaft ein.

RONALD. D. LAING,⁷ ein Psychiater aus London, entwickelte auf Grund seiner Kritik an der traditionellen Psychiatrie eine Theorie, mit der er die scheinbar unverständlichen Handlungen an Schizophrenie Erkrankten verstehbar machen will. Die Existenz eines Menschen ist nach seiner Auffassung geprägt von einer entweder ontologisch sicheren oder ontologisch unsicheren Position. Von hier aus erfährt er sich selbst, die anderen Menschen und die Welt. Eine ontologisch sichere Position entwickelt sich in den ersten Lebensmonaten. Unter begünstigenden Bedingungen im Lebensumfeld des Neugeborenen entwickelt es sich zu einem Individuum, das sich seiner Identität und Autonomie sicher ist, und sich selbst als ein Individuum erlebt, das sich von anderen unterscheidet. Es kann getrennt von anderen existieren und sich gleichzeitig in Beziehung mit ihnen erleben. Daraus erwächst ein Vertrauensgefühl dem Leben, anderen und sich selber gegenüber.

Existenziell unsicher fühlt sich hingegen ein Mensch, der auf unzureichende Bedingungen im Säuglingsalter trifft. Das hat zur Folge, dass sich diese Person fortwährend in seiner Existenz bedroht fühlt und alles in Frage stellt. Basierend auf dieser ontologisch unsicheren Position werden Funktionen dieser Existenzwahrnehmung benannt die sich in drei unterschiedlichen Formen der Angst ausdrückt. D. LAING arbeitete von 1965 bis 1970 in einer Londoner therapeutischen Gemeinschaft. In Kingsley Hall wurden in dieser Zeit 15 Betroffene auf der Basis seiner Theorien begleitet.

Wesentlich basiert seine inhaltliche Arbeit auf der Vorstellung, dass Hilfe dann fruchtbar ist, wenn es dem Helfenden gelingt, den Empfänger der Hilfe und seine Handlungen zu verstehen. Er geht darüber hinaus davon aus, dass eine Identität die Existenz eines anderen benötigt, um sich selbst in Abgrenzung oder im Gegenüber zu erfahren.

Dieses In-Beziehung-Sein mit anderen, das jeder Mensch mehr oder weniger erfährt bzw. für seine Selbstfindung benötigt, nutzte Laing in therapeutischen Settings, auch

⁷ Meine Ausarbeitung ist geprägt von den Ausführungen von KAMPMANN und WENZEL, die in ihren „Psychiatrische(n) und antipsychiatrische(n) Vorstellungen von Hilfe im Wandel der Zeit“ 2000 das Werk RONALD D. LAINGS vorstellen. Darüber hinaus nutze ich als Informationsquellen die Publikationen von LAING: Das geteilte Selbst, 1976; Phänomenologie der Erfahrung, 1969; Die Politik der Familie, 1979.

wenn den Betroffenen dieser Zugang oder Zustand des mit anderen In-Beziehung-Seins nicht bewusst war. Beispiele aus seiner Praxis beschreiben, dass er stundenlang mit einem schweigenden „katatonen“ Menschen zusammensaß und diese Vorgehensweise für sinnvoll erachtet hat. „Die Aufgabe von Therapie wäre es, in Kontakt mit dem ursprünglichen Selbst des Individuums zu kommen, da dieses noch immer eine Möglichkeit wäre und das noch immer geheilt werden könne, heraus aus einem Leben in der Phantasie hin zu einem möglichen Leben in der Realität“

(KAMPMANN/ WENZEL, 2000: 225; hier zitiert nach LAING 1960: 196).

Das Psychiatriegesetz der Länder wird in dem 2003 erschienenen Buch „Zwischen Zwang und Fürsorge“ von CORDING und WEIG thematisiert. Neben der Darstellung der Rechtsgrundlagen in ihren Gesetzestexten und den dazugehörigen Erläuterungen der Unterbringungsgesetze der Länder wird die Sicht eines Psychiaters auf die gesetzliche Unterbringung psychisch Kranker vorgestellt. Es greift die Thematik des grundsätzlichen und schwer lösbaren Konflikts „Fürsorgegedanke steht gegen Freiheitsgedanke“ auf. Einerseits leitet es eine Legitimationsargumentation her, in der dargestellt wird, wann Zwangsmaßnahmen legitim erscheinen, andererseits weist es auch darauf hin, dass das Ziel, nämlich die Hilfe, das Anliegen einer Maßnahme zum Gegenstand hat, und dass Zwang dann ausgetauscht werden kann gegen zwanglose Methoden, wenn sie im Ergebnis vergleichbar bleiben. „Das kann zum Beispiel durch eine dichte persönliche Betreuung oder andere organisatorische Maßnahmen wie die Beobachtung des Stationsausganges durch geeignete Mitarbeiter erfolgen“

(CORDING/ WEIG, 2003: 82).

Es wird in einem weiteren Artikel auf Mängel in der Versorgungslandschaft hingewiesen, z.B. qualifizierte psychiatrische Notdienste, die, wenn sie auch in der Nacht und an Wochenenden zur Verfügung stünden, Zwangsmaßnahmen verhindern könnten. Erwähnt werden auch empirisch erhobene wissenschaftliche Untersuchungen, in denen die Einstellung Betroffener nach einer Zwangseinweisung ermittelt wurde. Eine bemerkenswerte Gemeinsamkeit der Äußerungen war, dass am Ende der Behandlung sich alle kränker und gefährdeter fühlten als vorher.

„Nachträgliche Akzeptanz muss nicht die adäquate Durchführung belegen“

(CORDING/ WEIG, 2003: 91; hier zitiert nach SCHMID/ ERNST, 1983).

Die Forderung nach einer Hilfe bei der Verarbeitung sekundärer Traumata, die sich durch erfahrene Zwangsmaßnahmen entwickeln, wird erhoben.

„Das soziale Gehirn“ (SCHMITT, 2008) ist „Eine Einführung in die Neurobiologie für psychosoziale Berufe“. Eine Diskussion über die Legitimation von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen schließt immer auch das Argument der biochemischen Vorgänge im Gehirn mit ein. So wird, als ein ursächlicher Faktor, eine erhöhte Dopaminproduktion im Gehirn von Menschen mit schizophrenen Psychosen genannt und in der Begründung für die Verabreichung von Psychopharmaka angeführt. Wie diese biochemischen Abläufe funktionieren, wird in dem Buch von THOMAS SCHMITT vermittelt. Darüber hinaus wird die Beziehung zwischen der Genetik und der sozialen Umwelt erklärt. Dass das seelische Empfinden in direkter Verbindung mit den Leistungen des Gehirns steht, ist am beginnenden 21. Jahrhundert in der Naturwissenschaft ein unbestrittener Fakt. Gehirnfunktionen arbeiten miteinander vernetzt, stehen miteinander in wechselseitiger Beziehung in einer entweder unterstützenden oder hemmenden Weise. Impulse werden also gefördert oder unterdrückt. Die Gehirnprozesse werden außerdem von den in der sozialen Umwelt gemachten Erfahrungen beeinflusst und stehen mit sozialen Erfahrungen in reziproker Beziehung.

Auch direkte Funktionsweisen im Gehirn wie die Aufgaben der Spiegelneuronen werden in Bezug auf den Nutzen für die zwanglose Hilfe verdeutlicht.

Die Erfahrungen und Forderungen Betroffener sind aus zahlreichen Quellen hinreichend bekannt. So gibt PETER LEHMANN in seinem Buch „Statt Psychiatrie 2“ einen umfassenden Überblick über aktuelle alternative Möglichkeiten der Hilfe, die die Menschenrechte respektieren. Das Wissen und die Erfahrungen aus der 6-jährigen Moderation des Psychose-Seminars in Stade fließen in die Ausarbeitungen mit ein.

2.5 Methodische Vorgehensweise

Zur Erarbeitung meines Forschungsgegenstandes wähle ich die theoretische Studie. Mittels der Literaturbearbeitung beschäftige ich mich abstrakt mit dem Problem und mit dem Ziel der gedanklichen Annäherung an mein Forschungsinteresse. Dabei bediene ich mich der unterschiedlichen Perspektiven, die mir zu dem aufgegriffenen Problem relevant erscheinen. Das sind im Einzelnen die Sichtweisen der

Professionellen, der Betroffenen sowie der Angehörigen. Darüber hinaus sind es die soziale Umwelt mit ihren Nachbarn und Freunden sowie die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen wir uns bewegen und die eine bedeutende Rolle in der Persönlichkeitsentwicklung und möglichen Entstehung psychischer Erkrankung einnehmen. So entsteht ein die Betroffenen selbst einbeziehender Blick auf die Landschaft der wissenschaftlichen Theorien, Konzepte, Denkansätze und Diskussionen. In dem Versuch, gedanklich unübliche Verknüpfungen herzustellen, sehe ich eine Möglichkeit, meine Vermutungen zu untermauern und zu bekräftigen. Dazu nutze ich methodisch die Analyse der Literatur, die Gegenüberstellung und Abwägung konträrer Argumente und die logische Schlussfolgerung. Außerdem werde ich eigene Standpunkte und Auswertungen in den Erkenntnisprozess mit einfließen lassen. In dem Wissen darum, dass das Ergebnis dieser Arbeit z.Zt. noch offen ist, ist meine Arbeitshaltung eine offene und suchende. Sie ist auf theoretische Erkenntnisgewinnung ausgerichtet vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen, jedoch ohne ihre systematische und methodische Auswertung im Rahmen qualitativer Feldforschung.

3. Definition „psychisch krank“ in Gegenüberstellung zu dem Begriff „Gesundheit“

3.1 Krankheitsbegriff „psychisch krank“

Der Krankheitsbegriff „psychisch krank“ wird nach DÖRNER, PLOG, TELLER und WENDT in „Irren ist menschlich“ in einem umfassenden Sinn verwendet. Er orientiert sich an der sozialen Wirklichkeit und nutzt alternative Begriffe, die sich als vielseitig benutzbare Bezeichnungen bewähren, z.B. Kränkung - jemand wird gekränkt; Störung - jemand wird gestört oder stört andere.

3.2 Der Gesundheitsbegriff

Um sich dem Begriff der Krankheit zu nähern, ist es hilfreich, vom Gesundheitsbegriff auszugehen.

Laut Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird Gesundheit mit einem Zustand des vollkommenen, körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens

bezeichnet. Dementsprechend bedeutet, krank zu sein, wer sich nicht hinlänglich körperlich, geistig und sozial wohl fühlt. Freud benennt drei Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um als Mensch gesund zu sein: die Liebes-, Arbeits- und Genussfähigkeit (vgl. OTTO/ THIERSCH, 2005: 1447).

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“ (DÖRNER 2001: 195; hier zitiert nach Ottawa Charta 1986 der WHO).

4. Definition: Allgemeine Definition von Zwang und Gewalt

4.1 Gewaltdefinition: manifeste Gewalt

„Von Gewalt wird dann gesprochen, wenn einem Menschen gegen dessen Willen ein Verhalten oder ein Tun aufgezwungen wird, bis hin zur physischen Überwältigung oder Vernichtung“ (KREFT/ MILENZ, 2005: 389). Zum differenzierten Verständnisgewinn werden MAX WEBERS soziologische Grundbegriffe herangezogen. Danach bewegt sich Gewalt im Rahmen interaktionistischer Handlungsdimensionen. Dem Gewaltakt liegt eine innere auf Abwertung basierende Haltung eines Menschen gegenüber anderen zugrunde. Durch die Abwertung wird eine Herabsetzung der persönlichen Integrität bewirkt und/oder der menschliche Wert verneint (vgl. KREFT/ MILENZ; 2005: 390).

4.2 Manifeste bzw. strukturelle Gewalt

Unterschieden wird in sozialwissenschaftlichen Fachdiskussionen zwischen der soeben beschriebenen als manifest bezeichneten Gewalt und struktureller Gewalt. Bei letzterer handelt es sich um eine über Regeln und Institutionen ausgedrückte Form der Gewalt. Sie ist nicht direkt sichtbar, sondern spiegelt sich in strukturellen Gegebenheiten wider. In dieser Konstellation von Machthierarchie wird Gewalt von den „Oberstehenden“ gegenüber den „Untenstehenden“ ausgeübt, z.B. die der Psychiater gegenüber den als psychisch krank Diagnostizierten. In dem Sammelband der Zeitschrift für

Sozialpsychiatrie „Brückenschlag, Hilflose Gewalt, Gewalttätige Hilfe“ wird strukturelle Gewalt konkretisiert.

4.2.1 Provokative Gewalt, eine Differenzierung der strukturellen Gewalt

Gewalt, die durch die Institution auf die psychiatrisierten Menschen wirkt, wird provokative Gewalt genannt. Sie wird als aggressivitätsbegünstigendes Frustrationsmoment bezeichnet. Gewaltfragmente, die von vorhandenen Strukturen ausgehen, können im Einzelnen geschlossene Türen sein oder der Zwang, einen formalisierten, sinnentleerten Tagesablauf einhalten zu müssen.

Gesellschaftliche Ausgrenzungs- und Abwertungsprozesse sind als ein weiterer Teil der strukturellen Gewalt vorhanden. Sie wirken sich in stigmatisierender Weise unter anderem gegenüber sozialen Randgruppen wie Psychiatrieerfahrenen aus.

Einen Psychiater im Sinne WILLEMS (vgl. KREFT/ MILENZ, 2005: 391; hier zitiert nach WILLEMS, 1993) als Gewalttäter zu bezeichnen, ist mit den Ausführungen über die Hintergründe möglichen Gewalthandelns (ebd.) vermutlich nicht angestrebt. Danach sind „niedriger Bildungsabschluss und sozial instabiles Herkunftsmilieu [...] die sozialen Charakteristiken der meisten Gewalttäter“ (KREFT/ MILENZ, 2005: 391).

„Gewalttätig werden aber nach empirischen Untersuchungen (WILLEMS, 1993) nur oder vor allem jene, die über wenig psychische und soziale Ressourcen verfügen, um desintegrative Situationen gewaltfrei zu bewältigen“ (KREFT/ MILENZ, 2005: 391).

Basiert der Umgang mit einem gewalttätigen Menschen in Form von Gegengewalt auf dieser oder auch vergleichbaren Theorien? Psychiatrische Zwangsmaßnahmen wie bspw. Fixierungen sind häufig Reaktionen auf Weigerungen psychisch Kranker, sich freiwillig mit Psychopharmaka behandeln zu lassen. Der Psychiater befindet sich in einer Situation, die er durch Gewaltanwendung löst. Warum könnte er dann nicht auch als Gewalttäter bezeichnet werden i.S. der Definition oben?

5. Definition Gewalt aus der Sicht Professioneller

5.1 LUC CIOMPI

LUC CIOMPI⁸ ist der Auffassung, dass sich Gewalt in einem verwendeten Fachjargon der psychiatrisch Tätigen gegenüber den Betroffenen ausdrückt. Begrifflichkeiten untermauern die Sichtweisen der vorherrschenden diagnostischen Perspektiven. Sie verfestigen ihren Stand bezüglich einer alleinigen Sicht auf Ursachen und Einschätzungen über Zustände menschlichen Seins.

So ist bspw. im Allgemeinen von einer Krankheitsuneinsichtigkeit als Symptom einer schizophrenen Psychose die Rede (vgl. LEHMANN/ STASTNY, 2007: 404). Die Macht der Definition, die sich dahinter verbirgt, ist in zweifacher Hinsicht erkennbar. Der Begriff drückt zum einen aus, dass dieser Kranke nicht verstehen kann, dass er krank ist. Dem zu Diagnostizierenden die Fähigkeit der Selbsteinschätzung abzusprechen, dient als Basis für die dadurch indizierte Notwendigkeit der ersatzweisen Einschätzung eines anderen, hier der Fachwissenschaft, über ihn. Der Professionelle mit seinen Fähigkeiten wird so unersetzbar. Zum anderen schafft der Begriff der Krankheitsuneinsichtigkeit die nötige Legitimationsgrundlage bei der Begründung der Aufrechterhaltung einer Distanzhaltung zwischen dem Professionellen und dem psychisch Kranken. Da der Betroffenen ja nicht begreifen kann, dass er krank ist, besteht keine von Sinnhaftigkeit getragene Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit dem Diagnostizierten.

Meinungsverschiedenheiten müssen nicht erwogen werden. In der Umsetzung dieses Ausdruckes „Krankheitsuneinsichtigkeit“ werden die Menschen in ihren psychischen Krisen mit Situationen konfrontiert, die sich mit einer Zwickmühle vergleichen lassen.⁹

⁸ Prof. em. Dr. med., ehemaliger Direktor der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern, Begründer der Berner Soteria-Gruppe und dessen erster Projektleiter (1984-1998). In dem Kapitel Alternativen wird die Sichtweise CIOMPI auf die Wirkweise der Soteria nach dem Berner Ansatzes, den er mit dem Begriff der Affektlogik belegt, vorgestellt.

⁹ Sinnbildlich kann die Situation mit dem allgemein bekannten gesellschaftlichen Brettspiel „Mühle“ verglichen werden: der Spieler, der keinen Spielzug mehr machen kann, da ihn in jeder Richtung eine Falle erwartet, verliert.

5.1.1 PAUL WATZLAWICK

PAUL WATZLAWICK geht auf die Thematik der Krankheitsuneinsichtigkeit in seiner Anleitung zum Unglücklichsein ein.

Ein Klient in einer psychiatrischen Abteilung hat entweder die Chance, freiwillig an den angebotenen Gruppensitzungen, Gesprächsangeboten der Psychiater, Ergotherapien u. a. teilzunehmen. Damit würde er eingestehen, dass er sich auch für behandlungsbedürftig einschätzt. Geht er damit nicht konform, ist es Ausdruck seines Zustandes der Krankheitsuneinsichtigkeit und er wird dem Zwang zur Teilnahme unterworfen.

Die Verwendung der Sprache ist das Mittel zum Zweck, indem sie der Legitimation diagnostisch getroffene Zuschreibungen dient.

Aus LUC CIOMPIS Sicht stellt die Herstellung einer Beziehung das nötige Gegengewicht zur Vermeidung von gewaltaufrechterhaltender Sprache dar. Notwendigerweise muss der eigene Bezug der Betroffenen, die Selbsteinschätzung über die Befindlichkeiten in den diagnostischen Prozess der Psychiater einfließen. Dabei ist die Entwicklung einer neuen Sprachbegrifflichkeit nützlich, die in ihrer Absicht einer Maxime der Verstehbarkeit folgt.

5.1.2 KLAUS DÖRNER

Nach KLAUS DÖRNER ist die Einschränkung der Eigenwirksamkeit die schwerste Strafe für einen Menschen. Freiheitseinschränkungen, Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht, monotonisierte oder auch sinnentleerte Tagesabläufe in psychiatrischen Kliniken sind dafür beispielhaft (vgl. DÖRNER 2001: 180; hier zitiert nach WILLI, 1996).

5.1.3 DOROTHEA BUCK

Die Bildhauerin DOROTHEA BUCK¹⁰ erkrankte während des Nationalsozialismus an Schizophrenie. Als eines der Opfer der NS-Diktatur wurde sie zwangssterilisiert. In Berichten über die Verhältnisse in der Psychiatrischen Klinik in Bethel, in der sie untergebracht war, beschreibt sie die unmenschlichen Zustände im Alltagsablauf. Insulinschockbehandlungen und stundenlange kalte Bäder waren die Therapie. Als besonders quälend empfand sie das wochen- und monatelange durch Nichtstun geprägte Verbringen der Zeit. „Tiefer kann ein Mensch nicht entwertet werden, als ihn keines Gesprächs für Wert oder fähig zu halten“ (vgl. LEHMANN/ STASTNY, 2007: 17).

5.2 RONALD. D. LAING: Phänomenologie der Erfahrung

D. LAING geht von einer Situation aus, in der der Mensch sich selber und seinen Mitmenschen gegenüber entfremdet ist. In diese gesellschaftlichen Gegebenheiten wird er hineingeboren. Um eine ernsthafte Auseinandersetzung hiermit kommen wir nicht herum, wenn zwischenmenschliche Lebens- und Verhaltensweisen wie im sozialen Miteinander auf dem Prüfstand stehen. Im Ergebnis der Entfremdung sieht D. LAING den Menschen in einem Leben verhaftet, das von Gewaltanwendung und Gewalterfahrung geprägt ist. Die Grundzüge menschlichen Erlebens und Verhaltens veranschaulicht er auf der Basis folgender Theorieansätze:

Der Mensch kann zwar das Verhalten eines anderen sehen, nicht aber seine Erfahrung. In diesem Sinne ist das Verhalten ein Ausdruck der Erfahrung, wobei die Erfahrung eines Menschen der Bereich ist, der durch andere nicht wahrgenommen werden kann. Was zwischen Menschen vermittelt wird, ist das gezeigte Verhalten, welches allerdings eine Quelle von Erfahrungen darstellt. Das eigene Verhalten wird zur Erfahrung des anderen, und umgekehrt. Wie sich Menschen erfahren, ist nicht vermittelbar. Bei zwischenmenschlichen Begegnungen werden die Erfahrungen der Personen miteinander

¹⁰ Jahrgang 1917, Bildhauerin, 1969-1982 Lehrerin für Kunst und Werken an der FH für Sozialpädagogik I in Hamburg; Ehrenvorsitzende des 1992 von ihr mitbegründeten Bundesverbandes der Psychiatrieerfahrenen, seit 1997 Trägerin des Bundesverdienstkreuzes erster Klasse; seit 2008 Trägerin des großen Verdienstkreuzes des Verdienstordens erster Klasse. Trialogisch wird Sie als Professionelle anerkannt.

in Beziehung gesetzt. Dies wird als Intererfahrung bezeichnet. Wahrgenommene Verhaltensweisen werden zu Erfahrungen, die in der Folge weitere Verhaltensweisen beeinflussen, sodass sie ständig reziprok auf uns und unser Gegenüber wirken. Ein gezeigtes Verhalten kann niemals losgelöst vom individuellen Erfahrungsspektrum der Person verstanden werden. Erfahrung bildet sich unter dem Einfluss der Menschen, mit denen Zeit verbracht wird, und gültige gesellschaftliche Werte und Normen werden über die Begegnungen transformiert. So entwickelt sich auch unsere Selbstwahrnehmung im Kontext sozialer Bezüge. Was wir wahrnehmen und zu unserer Erfahrung werden lassen, entscheidet der Mensch nicht unbeeinflusst durch andere. Gesellschaftlich erwünschte Verhaltensweisen zeigen eine bestärkende und gesellschaftlich unerwünschte eine unterdrückende Wirkung. D. LAING beklagt, dass die gegenwärtige Generation in ihrem Bezug zur inneren Welt entfremdet ist. Er versucht damit einen Bruch in der Wahrnehmungsbereitschaft bzw. -realität der Menschen zu veranschaulichen. Dies geschieht, indem zusammengehörige Bereiche der Erfahrungen in Einzelwahrnehmungen zergliedert werden. So wird Erfahrung als entweder äußerlich oder innerlich zugehörig eingeordnet. Beispiele dafür wären die Phantasie, die wir unserem Inneren zuordnen, und die Wahrnehmung anderer Menschen, die wir der äußeren Wahrnehmung zuschreiben. Der inneren Welt, also der Phantasie, haben wir uns abgewandt.

Wie wir menschliches Verhalten wahrnehmen können, hängt maßstäblich mit unserem Vorstellungsvermögen und unserer Bereitschaft zu einer offenen Haltung gegenüber bislang noch nicht Vorstellbarem zusammen.

Wahrnehmung und Phantasie sind zwei Modalitäten von Erfahrung. Entfremde ich mich von meiner Phantasie, schwäche ich meine Wahrnehmung. „Doch wie wir die Welt erfahren, so handeln wir“ (D. LAING, 1969: 24). Der Akt der Gewalt z.B. kann einmal eine nach innen oder eine nach außen geleitete Erfahrung sein. Ersteres z.B. durch eine Selbstverletzung, zugefügt durch die oben dargestellten Entfremdungsmechanismen, zum anderen in der Art und Weise des Handelns, die daraus folgen kann. Ein Beispiel für nach außen gerichtete Gewalt ist das Verfassen von psychiatrischen Diagnosen. Der Gewaltakt liegt hier in den Folgen, die der als psychisch krank Diagnostizierte zu tragen hat. Durch diesen auferlegten Status wird, in übereinkommender Koalition der psychiatrisch Tätigen, dem mit dem Etikett der psychischen Krankheit Versehenen die

Fähigkeit zur Verantwortung sich selbst gegenüber abgesprochen, und sein Handlungsspielraum wird eingeschränkt. Rechtlich legitimiert sind dadurch bspw. Zwangseinweisungen in eine psychiatrische Einrichtung.

D. LAING interpretiert schizophrenes Verhalten als Strategie, um unerträgliche Situationen zu bewältigen. Diese Strategie lässt sich seines Erachtens als kleinerer Teil eines Netzes im viel größeren Netz von gestörtem Verhalten der Gesellschaft einordnen.

5.2.1 KATE MILLETT

In dem Bericht von KATE MILLETT: „Weshalb uns die Psychiatrie nicht glücklich macht. Psychische Krankheit – ein Phantom“ (LEHMANN/ STASTNY, 2007: 31) wird das wahrnehmbare, menschliche Verhalten in kritischer Weise in einen Bezug zu dem Verfahren der Diagnostik psychischer Krankheiten gesetzt. „Verhalten als Indiz für eine Krankheit ist kein objektiver Tatbestand“ (LEHMANN/ STASTNY, 2007: 31). Im Kontext von individuellen Bewertungsmaßstäben und subjektiver Interpretationen wird ein beobachtbares Verhalten unterschiedlich bewertet. Gezeigte Handlungsweisen werden dementsprechend als von der Norm abweichend oder als normal eingestuft. Nicht das gezeigte Auftreten sondern die Sicht des Beurteilenden ist ausschlaggebend für das Barometer des Irrsinns.

6. Gewalt und Zwang definiert aus der Sicht der Betroffenen

Gewalt ist Ausdruck von Hilflosigkeit seitens der Helfer. Die Methoden der Gewalt sind menschenrechtsverletzend und vergleichbar mit Folter. Legitimiert sind Gewalthandlungen wie Zwangseinweisungen in geschlossene Abteilungen in Psychiatrien, Fixierungen an Händen, Beinen und Bauch, Zwangsinjektionen von Psychopharmaka, Ausgangsverbot, rigide Strukturvorgaben des Tagesablaufs, Zwangsverordnungen von Therapiegesprächen in Einzel- oder in Gruppensitzungen, die Teilnahmeverpflichtungen an Arbeits-, Beschäftigungs-, Kunst-, Musik- sowie Bewegungstherapien, die schon erwähnte Unterbringung in Mehrbettzimmern, das minimalistische Zugeständnis an Privatsphäre in Form eines Spindes, Nachttisches und eines eigenen Bettes, festgelegte Schlafens-, Essens- und Besuchszeiten, körperliche Zwangsuntersuchungen sowie die Erstellung einer Diagnose. Die Diagnostik basiert auf

der eigenmächtig ergriffenen Definitionsmacht Professioneller über die Antworten auf die Fragen, was gesund und was krank ist.

So hat es auch DOROTHEA BUCK erlebt:

„Für viele Gefesselte bleibt diese Erfahrung womöglich ein lebenslanges Trauma.“
(LEHMANN/ STASTNY, 2007: 22)

„In meiner letzten Psychose 1959 erlebte ich zum ersten Mal, dass wir sofort alle im großen Saal unter hohe Neuroleptikadosierung gesetzt wurden. Diese totale Diktatur, die uns nicht mehr denken und fühlen ließ und auch körperlich sehr schwächte, fand ich zutiefst abstoßend“ (Ebd.)

6.1 Weitere Zitate und Berichte von Betroffenen

Weitere Zitate und Berichte von Betroffenen geben einen direkten Einblick in die subjektive Seite der Erfahrungen mit Gewalt und Zwang in der Psychiatrie.

6.1.1 BRÜCKENSCHLAG

„Ich bin festgebunden wie ein Stück Schlachtvieh. - Die Decke kommt herunter und erschlägt mich.“ beschreibt es ein Unbekannter (vgl. BRÜCKENSCHLAG, 1997: 134).

6.1.2 LPEN

„Der LPEN(Landesarbeitsgemeinschaft der Psychiatrieerfahrenen Niedersachsen) ist aber auch bewusst, dass die Gabe bzw. Einnahme von Psychopharmaka, die so manchen, weil sie (die Psychosen, Anmerkung der Verfasserin) nicht mehr auszuhalten waren, in den Selbstmord getrieben haben, (die Psychosen, Anmerkung der Verfasserin) lösen können. Daher stellt sich die Frage, warum Psychiatrieerfahrene, die nicht unter den Inhalten ihrer Psychose leiden, Psychopharmaka gegeben werden“

(vgl. Positionspapier der LPEN, 1998: 11; www.lpen-online.de/index.php?option=com_content&view=article&id=3:positionspapier&catid=3:positionspapier&Itemid=191).

6.1.3 Umfrage

665 Verbandsmitglieder des deutschen Bundesverbandes der Psychiatrieerfahrenen nahmen 1995 an einer Umfrage zur Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Behandlung, initiiert von der Redaktion der Zeitschrift *Sozialpsychiatrische Informationen*, teil. Im Fragenkatalog befanden sich unter anderem Fragen nach einer vollständigen und in verständlicher Weise durchgeführten Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen von Behandlungsmethoden, nach dem uneingeschränkten Beachten der Menschenwürde oder ob durch die Psychiatrie auf die Probleme, die zur Anstaltsaufnahme geführt haben, eingegangen wurde.

Von 100 eingegangenen Beantwortungen beklagten 90% eine Verletzung ihrer Menschenwürde. Eine Aufklärung bezüglich der Behandlungsmethoden wurde nicht ein einziges Mal bejaht

(vgl. LEHMANN/ STASTNY, 2007: 15, hier zitiert nach PEECK ET AL. 1995).

6.1.4 Erfahrungsbericht eines Betroffenen

Psychiatrische Zwangsmaßnahmen werden als Bestrafung erlebt. Ein Erfahrungsbericht eines betroffenen Besuchers des Stader Psychoseseminars vermittelt dazu einen Einblick.

„Ich war eine Woche in einem von den Mitpatienten als „Bunker“ bezeichneten Isolierzimmer eingesperrt. Anfänglich wurde ich nackt an das darin befindliche Krankenhausbett fixiert. Gedanken wie, „Was ist, wenn es mich juckt, und ich mich nicht kratzen kann?“, quälten mich. Der Raum war ansonsten nur mit einer Videokamera bestückt. Ich wurde permanent überwacht. Ich war überzeugt davon, dass meine Gedanken über diese Kamera wahrgenommen werden können. In der Gegenwart der Pflegekräfte und Ärzte konnte ich, unter dem Druck der Beobachtung, meinem Bedürfnis, zu urinieren, nicht nachkommen. Als ich dann allein war, gelang es mir, mich auf der Matratze zu entleeren. Gegen Ende der Isolierzeit wurde das Bettgestell entfernt. Man ließ mir nur noch die Matratze, sodass in mir der Eindruck entstand, dass nach und nach systematisch alles entfernt werden sollte, was sich noch in dem Raum befand, nämlich die Wolldecke, die Matratze und letztendlich Teile meines eigenen

Leibes. Die Gewalt besteht in der Tatsache, dass man in der Situation den Pflegekräften ausgeliefert ist ohne die Chance zu bekommen, über die Situation zu sprechen.

Das Besondere an diesem Zustand ist der Umstand, dass ich aufgrund eines Geborgenheitsgefühls, welches mir vermittelt, das alles, was passiert, in Ordnung ist, im Zusammenhang mit einem überweltlichen Auftrag die Gewissheit in mir verspürte, nicht über diesen Auftrag und mein Eingebettetsein, über Vorgänge, die den Pflegekräften unbekannt waren, sprechen zu dürfen. Entscheidend dabei war die Überzeugung, dass ich alles, was mit mir gemacht wurde, im Sinne dieses Auftrages zu erdulden hätte. Eine Nachfrage durch das Pflegepersonal nach meinen Befindlichkeiten und nach den Gründen meines von mir zuvor gezeigten Fehlverhaltens, welches zu „Isolationshaft“ geführt hat, wäre eine Chance gewesen, meine innere Isolation zu durchbrechen. Verständnisvolles Eingehen auf die Umstände, die zur zwangsweisen Einlieferung in die Psychiatrie geführt haben, hätten darüber hinaus eine Isolationshaftzeit verhindern und zudem zu einer schnelleren Genesung verhelfen können.“ (Aus dem Erfahrungsbericht eines Betroffenen, männlich, 50 Jahre, über ein Ereignis, das sich vor 24 Jahren zutrug. Psychoseseminar, Stade, 2010)

6.2 Zusammenfassende Beurteilung

Gewalt ist lebensbedrohlich, entmündigend, ausliefernd, ungerecht, unerklärlich, entmächtigend, schmerzhaft, demütigend, willensbrechend, unerträglich, erzwingend, unterwerfend, beschämend, verletzend, seelenvergewaltigend, grenzüberschreitend, traumatisierend, intimitätsmissachtend und vereinnahmend. Deshalb ist Gewalt nicht zu akzeptieren, nicht länger hinzunehmen. Es entsteht daraus ein Notwendigkeit zur Aufklärung und es erwächst daraus die Pflicht zur Gegenwehr in angemessener Weise.

7. Die legitimierten Zwangsmaßnahmen und Gewaltanwendungen in ihren konkreten unterschiedlichen Erscheinungsformen

7.1 Die Rechtsgrundlagen

7.1.1 Die Behandlung nach den Unterbringungsgesetzen

„Nach den Unterbringungsgesetzen (Psych. KG) kann gegen seinen Willen in einer geschlossenen psychiatrischen Klinik untergebracht werden, wer an einer psychischen

Krankheit oder an einer krankheitswertigen psychischen Störung leidet und darüber hinaus eine Gefahr für sich und die öffentliche Sicherheit und Ordnung darstellt.

Zwischen den Unterbringungsgesetzen der verschiedenen Bundesländer bestehen erhebliche Unterschiede“ (MÖLLER/ LAUX/ DEISTER, 2005: 574).

Im Rahmen des Unterbringungsverfahrens werden zur Durchführung der Maßnahmen drei Stufen eingehalten.

- Eine Einleitung zur Unterbringung durch die Polizei, die Kreisverwaltungsbehörde oder durch das Amt für öffentliche Ordnung wird angeregt
- Der Arzt des zuständigen Krankenhauses gibt eine Stellungnahme zu den Voraussetzungen ab
- Eine Entscheidung zur Unterbringung wird vom zuständigen Richter des Vormundschaftsgerichtes gefällt

Der Richter muss mit Ablauf des Tages, an dem die betreffende Person zwangseingewiesen wurde, ein Urteil fällen, gegen das eine sofortige Beschwerde eingelegt werden kann. Eine Anordnung zu einer zwangsweisen Unterbringung schließt nicht automatisch ein Recht auf eine Behandlung mit ein. Die einzelnen Rechtsvorschriften dazu werden in den Ländergesetzen formuliert und variieren von Bundesland zu Bundesland. (vgl. MÖLLER/ LAUX/ DEISTER, ebd.)

In den Unterbringungsverfahren wird unterschieden zwischen öffentlich-rechtlichen Unterbringungs- und den zivilrechtlichen Unterbringungsverfahren.

7.1.2 Die öffentlich-rechtliche Unterbringung

Die Regelungen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung obliegen den Ländern. Die erforderlichen Rechtsgrundlagen werden im Psych. KG erfasst, aus denen die Unterbringungsvoraussetzungen, -ziele und die Umsetzung konkreter Maßnahmen ersichtlich sind. Konkretisierungen des Merkmals der Selbst-und Fremdgefährdung sind u.a. aktuelle Suizidpläne, die Suizidversuche und Angriffe gegenüber den Mitmenschen. Der Prozess des Verfahrens wird durch den sozialpsychiatrischen Dienst eingeleitet, der den Betroffenen nach Eingang eines Verdachtsmomentes kontaktiert. Beginnend mit der Aufforderung, sich einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen, ist der Dienst bei

fehlender Kooperationsbereitschaft seitens des Aufgeforderten autorisiert, einen Hausbesuch durchzuführen. Alternativ wäre eine zwangsweise Vorstellung des Betroffenen beim zuständigen Gesundheitsamt zulässig.

7.1.3 Die zivilrechtliche Unterbringung

Die Vorschriften der zivilrechtlichen Unterbringung regeln dieselbe bezüglich der freiheitsentziehenden Maßnahmen und einer Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch Leibgurte, Psychopharmaka oder sonstige Maßnahmen für erwachsene Menschen, bei denen aufgrund einer Krankheit oder Behinderung bei zeitgleichem Vorliegen eines Fürsorgebedürfnisses eine gesetzliche Betreuung eingerichtet werden soll. Ein Betreuer wird bestellt, wenn persönliche Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht bewältigt werden können. Die Anordnung eines Betreuers wird durch einen Vormundschaftsrichter getroffen, der sich in seiner Entscheidung an einem Gutachten eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie und an seinem gewonnenen Eindruck aus einem persönlichen Gespräch mit dem psychisch Kranken, körperlich-geistig oder seelisch behinderten Menschen zu orientieren hat. Der Betreuer regelt je nach Beschluss die Bereiche der Finanzen, der Gesundheitsfürsorge und des Aufenthalts. Darüber hinaus können Einschränkungen der Geschäftsfähigkeit und der Testierfähigkeit ausgesprochen werden, über die gesondert entschieden wird. Eine durch den Richter angeordnete Betreuung muss spätestens nach Ablauf einer Fünfjahresfrist überprüft werden. Handlung und Entscheidungen des Betreuers, die er in Bezug auf den Betroffenen vollzieht oder trifft, sind nur unter Einbeziehung und Beachtung der Wünsche, Vorstellungen und Überzeugungen des Kranken oder Behinderten durchzuführen oder zu treffen. Ein Betreuer kann bei Vorliegen einer Krankheit, in dessen Folge ein ärztlicher Eingriff oder eine Heilbehandlung angezeigt zu sein scheint, gegen seinen Willen untergebracht werden. Übergeordnetes Ziel ist die Reduktion der zwangsweisen Unterbringung. Vermeidungsfördernd sind psychiatrische Kriseninterventionsdienste, die Tag und Nacht zur Verfügung stehen (vgl. BOSSHARD/EBERT/LAZARUS, 2007: 154 f.; DÖRNER/PLOG/TELLER/WENDT, 2009: 506 ff.).

7.2 Die zwangsweise Behandlung mit Psychopharmaka

„Alle Substanzen, die den Aktivitätszustand des ZNS und damit psychische Prozesse beeinflussen, sind als Psychopharmaka im weiteren Sinne zu bezeichnen“

(LEHMANN, 1996: 17).

Unter dem gesetzten Ziel der Herbeiführung einer Veränderung der Psyche wird im Konkreten von Psychopharmaka gesprochen. Die Psychopharmaka werden unterteilt in verschiedenen Gruppen. Zu den Psychopharmaka zählen Neuroleptika, Lithium, Antidepressiva, Tranquilizer, Hypnotika, Antiparkinsonmittel, Antiepileptika, Psychostimulantien und Halluzinogene.

Benannt werden die Psychopharmaka in drei verschiedenen Begriffen: zum einen in den pharmakologischen Strukturbezug, der dazugehörigen Kurzbezeichnung und dem Handelsnamen. Als Beispiel sei hier ein Neuroleptikum erwähnt, das Haloperidol, das als HALDOL verschrieben wird. Neuroleptika, als Begriff auch übersetzt mit „Nervendämpfungsmittel“ werden bei den Diagnosen wie bspw. „Psychosen“, „Schizophrenie“, „Wahn“ indiziert.

„Gegen eine störende und unbequeme Lebens- und Sinnesweise, eine als übermäßige empfundene emotionale Beteiligung, entwickeln Neuroleptika in der Regel eine »sedativ«-(ruhigstellende -) hypnotische Wirkung“ (LEHMANN, 1996: 33).

Grundlegend lassen sich die Auswirkungen beschreiben mit den Begriffen der Apathie, die sich auch in einer emotionalen Panzerung und Verzweiflung äußert, und Verwirrheitszuständen aller Arten. An dieser Stelle sei erwähnt, dass viele Patienten gegen Psychopharmaka eingestellt sind, aber auch einige aus Angst vor den Erfahrungen mit der erlebten Symptomatik einen Willen für die Einnahme von Neuroleptika entwickelt haben. PETER LEHMANN vertritt aufgrund seiner langjährig gesammelten Erfahrungen mit Beratungstätigkeiten über Psychopharmaka, im Speziellen bezüglich einer Absetzproblematik, die Meinung, dass die Entstehung dieser Pro-Psychopharmaka-Einstellung Betroffener aufgrund ursprünglicher Nötigungen zur Einnahme und mangelnder Aufklärung zustande gekommen ist.

Eine Konkretisierung der Wirkungen wird im Folgenden dargestellt. Allen Neuroleptika gemein ist eine emotionale Verarmungstendenz. Die Betroffenen erleben eine Ruhigstellung ihrer Person über die verabreichten Medikamente, die einen schlafanstoßenden, ruhigstellend-hypnotischen Einfluss über den Eingriff der

Psychomotorik ausüben. Das seelische Erleben ist als Antwort auf den Eingriff in den Körper zu verstehen. Seelisch abgestumpft, eingemauert oder gleichgültig sein sind nur einige Beschreibungen der Folgen. Psychotisches Empfinden wie paranoid-halluzinatorisches Erleben wird um den Preis der parallelen Entziehung der damit in Verbindung stehenden Energien neutralisiert. Die Neutralitätsmechanismen sind im Sinne einer Symptomunterdrückung zu verstehen. Eine Gesundung durch eine Bewältigung der Ursachen von Problemlagen wird darüber nicht erreicht und die Unterdrückung der Energien spricht für ihre Verkennung als Ressourcenfaktor.

7.2.1 Exemplarische Darstellung einzelner Funktionsweisen des menschlichen Gehirns

Die exemplarische Darstellung einzelner Funktionsweisen des menschlichen Gehirns vermittelt einen notwendigen Einblick in die Auswirkungen, die eine Einnahme von Psychopharmaka für die Betroffenen haben können.

Das Gehirn und das Rückenmark zusammen stellen das ZNS da. Es besteht aus mehreren Teilen wie der Brücke, dem Mittelhirn, dem Hirnstamm, auch Stammhirn genannt, dem Kleinhirn, Großhirn, Stammganglien und anderen.

Das Stammhirn beispielsweise ist das Zentrum für Atmung und Kreislauf, darüber hinaus ist es beteiligt an der Steuerung der Motorik und Atmung zur Bewältigung psychischer Erregung (Angst, Schmerz, Reflexe wie Niesen, Husten, Gähnen und Schlucken). Ein Einwirken auf das Stammhirn hat einen herabgesetzten Antrieb zur Folge.

„Unter Antrieb verstehen die Psychiater die Summe von Motorik, Emotionalität, Sinnes- und Geistestätigkeit, letztlich den Willen des Menschen“ (LEHMANN, 1996: 37).

„So können psychiatrisch Tätigen pflegeleicht mit den Objekten ihrer Tätigkeit umgehen. Deren Temperament ist nun transformiert 305. Ihr Misstrauen nimmt ab 881, sie werden »kooperativer« und »zugänglicher« 498:10, »gefügig« 502; zit. 858:92, »kontrollierbar« 30, geben die ablehnende Haltung auf, werden »lenkbar« 932 (ebd.: 38). Mit der Bezeichnung der pharmakologischen Leukotomie benennen Psychiater die Wirkung, die neuroleptische Medikamente auf den Betroffenen haben. Bei der Leukotomie werden während einer neurochirurgischen Operation die Nervenbahnen zwischen Thalamus und Frontallappen durchtrennt und damit

irreversibel geschädigt. Eine mehrjährige Einnahme von Psychopharmaka kann bleibende Schäden verursachen. Grundsätzlich wirken die neuroleptikabedingten Eingriffe auf das Gehirn. Eine Veränderung der Verarbeitung von Reizen, die durch Sinnesorgane empfunden werden, setzt ein. Infolgedessen werden merkliche Bewusstseinsstörungen, Konzentrationsschwächen, Lernstörungen insbesondere bei Kindern, Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtnisstörungen, Vergesslichkeit, Hemmung der intellektuellen Leistungsfähigkeiten, Kreativitätseinbußen, Verarmung des gewohnten Einfallsreichtums, Denk- und Wahrnehmungsstörungen formaler Art wie z.B. Schwerfälligkeit des Gedankenablaufes, intellektuelle Benommenheit und Gedankenleere, Endindividualisierung und Einschränkungen der geistigen Fähigkeit bis hin zu Schwachsinn benannt (vgl. ebd.: 157).

Die Stammganglien, auch Basalganglien genannt, sind Nervenknotten, die sich aus einer Gruppe von Nervenzellen bilden und unter anderem in ihrer Funktion zur Regulation der Atmung beitragen. Auch hier wirkt die Reizveränderung, die dadurch den Sauerstoffverbrauch im Gehirn reduziert. Optische Wahrnehmungsstörungen, Störungen des Geschmacks- und Geruchssinns, Gleichgewichtsstörungen, Aufmerksamkeits-, Kritikfähigkeits- und Urteilsbildungsbeeinträchtigungen sind nur einige der Folgen. Eine begünstigende Voraussetzung zur psychotherapeutischen Bearbeitung der Probleme, die zur Entstehung einer Psychose beitragen, kann darüber nicht geschaffen werden. Den Betroffenen wird von Psychiatern im Allgemeinen mit dem Argument der Wiedererlangung einer Therapiefähigkeit zur regelmäßigen Einnahme von Neuroleptika geraten.

8. Der Hilfebegriff

Ein Leitmotiv sozialer Arbeit als eine der handlungsleitenden Maxime liegt in dem Ziel, Menschen Hilfe zur gewähren, die Hilfe brauchen. Um diesem Ziel Rechnung zu tragen, erscheint es sinnvoll, die Art und Weise, in der das Unterstützungsangebot gestaltet wird, auf dieses Ziel hin abzustimmen. Dabei angewandte Zwangshandlungen beachten wesentliche Aspekte eines Hilfeprozesses nicht ausreichend. Im Interventionsprozess stehen sich zwei Menschen gegenüber, die miteinander in eine Beziehung treten. Auf der einen Seite steht die Person, die Hilfe gewährt, auf der anderen Seite die Person, die die Hilfe empfängt.

8.1 Die Vorleistung

Im Idealfall geht der Hilfe zunächst ein Angebot an den Betroffenen voraus, durch das er sich ein differenziertes Meinungsbild über Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützungsleistung gewinnen kann. In einer ersten Begegnung wird dazu offen darzustellen sein, mit welcher generellen Haltung der Professionelle in weiterführende Kontakte eintritt.

8.2 Der Aspekt der Freiwilligkeit

Ein wesentlicher inhaltlicher Aspekt ist hier die Freiwilligkeit: Hilfe kann angenommen oder abgelehnt werden. Die für den Entscheidungsfindungsprozess benötigte Zeit wird individuell zugestanden. Darin drückt sich, wie von R. D. LAING beschrieben, die Achtung vor der Fremdheit des Gegenübers aus. Dem Sinne nach sagt R. D. LAING: „Du bist mir fremd. Ich kann nicht wissen, was Dich bewegt. In der Achtung dieser Tatsache kann es sein, dass ich Dich nicht verstehe, auch wenn Du versuchst, Dich mir zu erklären. Ich kann aber versuchen, durch eine offene Haltung, die ich Dir entgegen bringen will, in Beziehung mit Dir zu treten.“ Im Gewähren eines so verstandenen Raumes ist die Distanz das wesentliche Kriterium, das den Boden für ein Arbeitsfeld bereitet, in dem Platz zum aufeinander Zugehen, nebeneinander Hergehen und sich wieder voneinander Entfernen eingeräumt wird. Es ist wie ein Tanz und nicht wie ein Zwang: verstanden als Einladung, zu schauen, ob im Angebot der Hilfe etwas attraktiv erscheint, ob es einen Reiz zur Annahme des Gebotenen auslöst und ob in der Vorstellung des Hilfeempfängers etwas ist, was er als für sich hilfreich erahnen kann. Mit einer Entscheidung „dafür“ legt man sich nicht generell auf die Annahme von Hilfe fest, sondern kann in jeder Situation neu wählen. Der Wirkung der Interventionsleistung wird damit Rechnung getragen. Vergleichbar ist dieser Ansatz mit der illustrierenden Vorstellung, dass ein Mensch, der ein ihm unbekanntes Gericht kostet und keinen Geschmack daran findet, nicht gezwungen wird aufzuessen.

8.3 Verhandeln statt Behandeln

In dem sich selbst beschreibenden Begriffspaar Verhandeln statt Behandeln steckt ein weiterer wesentlicher Ansatz zur Überwindung gewaltbejahender Maßnahmen. Diese Maxime ist die logische Fortsetzung des Gesichtspunktes der Freiwilligkeit. Der klinische Standpunkt präferierte bislang die Behandlung im Kontext der erhobenen Diagnosen. Das Wesen der Diagnostik mit seinen darauf abgestimmten Behandlungsmethoden unterliegt dem Bewusstsein, dass eine Krankheit erforscht und wissenschaftlich validiert ist. Nachrangig wird über den Patienten im diagnostischen Verfahren eine Anamnese erstellt und eine Therapie darauf abgestimmt. Auf der Grundlage empirischen Wissens werden Leitlinien (Guidelines) herausgegeben, in denen Therapieempfehlungen formuliert sind. Sie dienen der Orientierung bei der Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung (vgl. MÖLLER/ LAUX/ DEISTER, 2005: 470). Hervorgehoben wird, dass kontrollierte Studien zu psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Verfahren nur schwer durchzuführen sind und bislang nicht hinreichend genug durchgeführt wurden. Empfohlen wird des Weiteren an dieser Stelle, dass Therapieentscheidungen evidenz-, patienten- und erfahrungsbasiert getroffen werden sollen. Aus Betroffenen-sicht wird beklagt, dass professionelle Hilfe den Einzelfall, also die patientenbasiert geleitete Therapieentscheidung, nicht genügend berücksichtigt.

8.4 Vorleistungen nach dem Verständnis von KLAUS DÖRNER

Eine weitere Art der Vorleistung, die der Professionelle gegenüber dem Klienten erbringen sollte, umschreibt Dörner mit seinem Anspruch, eine Beziehung mit einer Beantwortung und nicht mit einer Frage zu beginnen. Das heißt, dass er sich dem Betroffenen gegenüber als Mensch mit persönlichen Erfahrungen, Interessen und Fähigkeiten vorstellt. Dazu zählt für ihn auch die Information über das, was er in seinem Leben gemacht hat, ob er bspw. verheiratet ist, Kinder hat, welche Länder er bereist hat, aber auch darüber, was er für ein Mensch ist (vgl. DÖRNER, 2001: 114).

9. „Ende der Veranstaltung“ von KLAUS DÖRNER

435 psychiatrische Langzeitpatienten des Landeskrankenhauses Gütersloh wurden in einem Zeitraum von 1981-1996 entlassen. Die 2001 veröffentlichte Publikation „Ende der Veranstaltung“ legt Rechenschaft darüber ab. Des Weiteren beabsichtigt es, hilfreiche Hinweise für andere im psychiatrischen Bereich Tätige anzubieten. Im Ergebnis belegt es die gezogene Schlussfolgerung, dass kein chronisch Kranker dauerhaft in Institutionen leben muss und darf. Voraussetzung dafür ist die Beziehung zwischen Professionellem und Betroffenen, die ihre Tragkraft erst in einer Professionalität entwickelt. Was aber genau eine professionelle Beziehung ausmacht, wie sie herzustellen ist, findet sich als Antwort in den Ausführungen der Gruppe der Autoren, die zu dieser Veröffentlichung einen Beitrag geleistet haben. Einleitend wird hervorgehoben, dass immer wieder über Fehler berichtet wird, die im Verlauf der De-Institutionalisierung gemacht wurden. Ein Einstellungswechsel trägt diesen aus den gemachten Fehlern neu gewonnenen Erkenntnisständen Rechnung. Der Betroffene ist fortan derjenige, der von ihnen als ihr Lehrmeister anerkannt wird. Es zählt für sie, was nach dem eigenen Verständnis der psychisch Kranken als hilfreich erscheint. Diesbezüglich wird postuliert, dass weniger über psychisch Kranke gesprochen werden soll als mehr mit ihnen. Denn darüber kann eine wirkliche Erfahrung abgeleitet werden, die die Basis einer tragfähigen Wissenschaft darstellt.

Exkurs: Die Psychiatrie Enquete in Deutschland

Im Auftrag des deutschen Bundestages lieferte 1975 eine Sachverständigenkommission, bestehend aus 200 Mitarbeiter_innen aus dem psychiatrischen Bereich, einen Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik. Forderungen, die sich daraus ableiteten, waren eine Kehrtwende von einer verwahrenden Behandlung psychisch Beeinträchtigter hin zu einer therapeutischen, in die Gesellschaft wiedereingliedernde Arbeit. Dazu sollten die Landeskrankenhäuser aufgelöst werden. Alternativ dazu sollte eine regionale Struktur der Versorgung aufgebaut werden, die bedarfsgerechte, sich gegenseitig ergänzende Angebote der Hilfen bereitstellen. Die Gleichstellung mit somatischen Krankheiten wurde gefordert.

Die Forderung nach der Verwirklichung der Selbstbestimmung der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen machte es notwendig, das gesamte bisherige Konzept der ausgrenzenden Behandlung zu reformieren. Die Probleme, die ursächlich zur Erkrankung beigetragen haben, sind in Beziehung zu setzen mit den bisherigen Lebenserfahrungen der Menschen in ihren jeweiligen sozialen Bezügen. Diese sozialen Bezüge müssen in das Hilfeangebot mit einbezogen werden. Soziale Bezüge sind in diesem Fall die einzelnen zwischenmenschlichen Kontakte zur Familie, zum Freundeskreis und das soziale Umfeld, die Arbeit und das Wohnen.

Kennzeichnend bis zur Reform waren die jahrelangen Unterbringungen der Betroffenen in Großpsychiatrien in Form von Landeskrankenhäusern. Das „Wegsperrn“ hatte die Ausgrenzung der „Inhaftierten“ zur Folge. Die soziale Identität der einzelnen Betroffenen ging verloren. Einen Platz für persönliche Dinge und einen eigenen Raum, wie oben beschrieben, in dem der Betroffene Zeit für sich haben konnte, gab es nicht. Die Psychiatrien lassen sich entsprechend als totalitäre Einrichtungen bezeichnen, in denen den Menschen jegliche Selbstbestimmung entzogen wird. Der Selbstbezug geht dadurch verloren. Die Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen oder selbstverantwortlich zu handeln, wird zerstört. „Nach GOFFMANN erzwingen Großinstitutionen wie psychiatrische Anstalten, Klöster, Gefängnisse und KZs als „totale Institutionen“, in denen sich alle Lebensbereiche der Insassen unter einem Regime abspielen, von ihren Insassen systemkonforme Äußerungen, da keine Möglichkeit zur korrigierenden Rollenerfahrung besteht“

(DÖRNER, 2001: 118; hier zitiert nach GOFFMANN 1973)

(siehe Kapitel: 10 .DIE ANGEHÖRIGEN).

In den 70er Jahren wurden die Bettenzahlen in den psychiatrischen Großkrankenhäusern erheblich abgebaut.

Die Umsetzung der Forderung nach Dezentralisierung und Reintegration setzte die Entstehung ambulanter Dienste wie die Sozialpsychiatrischen Dienste, tagesstrukturierender Einrichtungen wie die Tageskliniken oder Tagesstätten, betreute Wohnmöglichkeiten und die Einführung der wohnortnahen, stationären psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in Gang. PSAG's, die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, wurden in vielen Gemeinden und Stadtteilen eingeführt. Die Teilnehmer_innen dieser Arbeitsgemeinschaften setzen sich aus professionellen

Mitarbeiter_innen des psychiatrischen Umfeldes, Abgeordneten der Parteien und in einigen Regionen auch aus Betroffenen zusammen. Die gemeinsame Arbeit besteht in dem Verzahnen der unterschiedlichen regionalen Institutionen sowie im Planen und Umsetzen neuer Einrichtungen. Dabei soll sich die Schaffung neuer Einrichtungen an den realen Bedürfnissen der psychisch Beeinträchtigten orientieren. Eine bedarfsgerechte Ausrichtung ist maßgebend.

Der gemeindepsychiatrische Verbund als eine weitere Erneuerung im Zuge der Psychiatriereform in Deutschland hat die Aufgabe, die psychiatrische Pflichtversorgung zu garantieren.

Zwangsbehandlungen wie Zwangseinweisungen nach Psych-KG, die eine zwangsweise Unterbringung in Psychiatrien bei Vorliegen einer Fremd- oder Selbstgefährdung genehmigen, Zwangsmedikamentierung und Fixierungen sind gängige Methoden in der Behandlung von Menschen in psychischen Krisen. Da auf gesetzlicher Ebene hierzu keine grundlegenden Änderungen angestrebt wurden, gründeten Psychiatrie-Erfahrene einen Verband, um ihre eigenen Interessen formulieren und durchsetzen zu können.

In Anbetracht der Tatsache, dass nach den „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Psychiatrie-Reform 1988“ die Bedürfnisse der Betroffenen Maßstab für die strukturelle und inhaltliche Arbeit der Gemeindepsychiatrie sein sollen, wird von den Betroffenen als Realität beklagt, dass das Recht auf ein freies Leben in weiten Teilen nach wie vor dem ökonomischen und institutionellen Eigeninteresse der Professionellen unterliegt (vgl. TADDEY, CONSTANCE, 2010(2): 6-7).

9.1 „Kein Mensch mit einer psychischen Erkrankung muss dauerhaft in einer Institution leben“

Obwohl 20 - 30 % der Entlassenen aus Gütersloh in Heimen (gemeint ist die Überführung von einer Institution für psychisch Erkrankte in eine andere) entlassen wurde, wird die Behauptung aufrechterhalten, dass kein Mensch mit einer chronischen Erkrankung dauerhaft in einer Institution leben muss. Interessant sind die Begründungen dazu. Die Entlassungen in Heime basierten auf drei Aspekten. Beispielhaft gehe ich hier auf einen Gesichtspunkt ein. Ein Denkfehler, der zur Entlassung in ein Heim führte, ist ursächlich auszuführen.

DÖRNER ET AL. gingen von einer medizinischen Sichtweise aus, die sich an dem Denkmodell des Gleichgewichts zwischen der Anforderung an den Patienten und dessen Leistungsvermögen orientiert. Nach KURT GOLDSTEIN ist aber eine leichte Überforderung von Nöten, um sich weiter entwickeln zu können. Das Beispiel der "Gummibandspannung zwischen zwei Fingern" verdeutlicht dies. Zwischen Daumen und Zeigefinger wird ein herkömmliches Haushaltsgummiband gespannt. Der Daumen stellt den Ist-Zustand des Individuums dar. Er bedient die Fragen nach dem individuellen Stand im Leben bezüglich der Autonomie, Teilhabe oder Lebensbewältigung. Der Zeigefinger symbolisiert die Zukunft, den Bereich, den ein Mensch für sich anstrebt. Inhaltlich könnte er mit unerfüllten Wünschen wie bspw. dem Wunsch nach einer Veränderung gefüllt sein. Zwischen Daumen und Zeigefinger muss nun in einem ausreichenden Maß ein Abstand hergestellt werden, damit das Gummi nicht bei zu geringem Abstand durchhängt oder bei zu großem reißt. Auf das Leben übertragen bedeutet eine genügend aufgebrachte Spannung die notwendige Antriebskraft für eine Lebendigkeit im menschlichen Leben. Bezogen auf die Situation der Entlassung der Patienten aus der Gütersloher Klinik wurde die Entscheidung, welche Wohnform im Anschluss die Geeignete sei, an ihrem vermuteten Leistungsvermögen gemessen. Fehlende Anforderungen verhinderten so mögliche Entwicklungschancen durch Lernerfolge.

9.2 Gewonnene Erkenntnisse aus den Katamnese-Interviews

Folgende Erkenntnisse wurden über die Auswertung der Krankengeschichten, Lebensgeschichten und Nachgespräche auch in Form von Katamnese-Interviews gewonnen. Darauf basiert auch die Überzeugung, dass die dokumentierte De-Institutionalisierung der Gütersloher Klinik geeignet ist, anderen exemplarisches Lernmaterial zu liefern.

- In der Arbeit mit psychisch Kranken geht es im Konkreten um die Wiederherstellung der Wahlfähigkeit im Gegensatz zu einer Entscheidung über den Betroffenen hinweg.
- Der Wunsch nach selbstständigem Leben in einer eigenen Wohnung besteht.

- Niedrigschwellige Begegnungsstätten, die tagsüber auch nachts als Anlaufstelle dienen, können auftretende Schwierigkeiten auffangen. Gemeint ist beispielsweise die Befriedigung des Bedürfnisses nach Kontakt zu anderen Menschen. Besonders am Beginn einer sich anbahnenden psychotischen Episode stellt das Alleinsein in der Nacht einen kritischen Moment dar, auf den ein Kontaktangebot gegengewichtig wirken könnte. Ein weiteres Voranschreiten der Krankheit könnte also verhindert werden. Ohne das Aufhalten oder Abfangen der gerade schwierig werdenden Situation durch entsprechende Maßnahmen oder Angebote ist der weitere Verlauf bestimmt von Zuständen des nicht mehr in Beziehung Seins mit und nicht mehr verständlich Seins für den Gesunden als wesentliches Merkmal einer psychotischen Episode.
- Zuverdient und Teilzeitfirmen decken das Bedürfnis nach Arbeit ab und berücksichtigen dadurch den Stellenwert von Arbeit für das eigene Leben. So kann es für einen psychisch Beeinträchtigten vergleichsweise genauso befriedigend sein, zwei Stunden am Tag zu arbeiten, während ein als gesund Betrachteter acht Stunden erbringen muss, um ein ähnlich erfüllendes Gefühl zu erlangen.
- Tragfähige Gespräche, die als hilfreiche Unterstützungsleistung von Betroffenen erlebt wurden, basieren auf einer komplexen Begleitung durch eine Person in allen Bereichen menschlichen Lebens. Diese Person, sei es nun der Psychiater, die Krankenschwester oder die Sozialarbeiterin, agiert in diesem Sinne nicht nur fachspezifisch, sondern in umfassender Weise.
- Ein Vorgehen der Professionellen orientiert sich im Sinne eines gemeinsamen, prozesshaften Voranschreitens im Gegensatz zum verordneten, hierarchischen Vorgehen von „oben“ nach „unten“.
- Krisen werden als Chance betrachtet. Der Patient wird nicht mit der Haltung konfrontiert, mit ihm sei etwas „nicht in Ordnung“ und er sei derjenige, der sich daraufhin zu ändern hätte.
- Ein Zugewinn an Freiheit und Selbstbestimmtheit im Leben des Betroffenen kann darüber gewonnen werden, dass sich der Begleiter oder der Kontext der Betroffenen ändern.

- Es wird anerkannt, dass ein Recht auf einen unbestimmten, je nach persönlichem Bedarf notwendigen Zeitraum zur Wiedereingliederung eingeräumt werden muss.

9.3 Einige charakteristische Daten von Gütersloher Psychiatriepatienten

Im Folgenden werden diese charakteristischen Daten von Gütersloher Psychiatriepatienten vorgestellt und dabei eine Eingrenzung auf das Krankheitsbild der nicht-organisch bedingten schizophrenen Psychosen vorgenommen.

Die schizophrenen Psychosen stellten mit 222 (53%) der 435 entlassenen Patienten die größte Gruppe dar. Davon waren 49,2% männlich und 50,8% weiblich.

Vor Aufnahme in Gütersloh lebten 80,02% in Privatwohnungen.

68,1% verließen die Schule mit einem Hauptschulabschluss, 9,5% mit der Mittleren Reife und 5,6% bestanden das Abitur. 60,1% blieben davon ohne weitere berufliche Ausbildung, 35,6% absolvierten eine Lehre, 1,3% besuchten eine Fachschule und 3% erwarben einen Hochschulabschluss.

Durch Berufstätigkeit verdienten sich 43,65% der Menschen den eigenen Lebensunterhalt.

Das Alter zur Zeit der Erstaufnahme lag zwischen 20 und 29 Jahren.

Durchschnittlich wurde sie zehnmals in eine psychiatrische Einrichtung eingewiesen.

Entlassungsumstände wurden ebenfalls erhoben. Bei 59,2% wurden vor der Entlassung biographische Aufarbeitungen vorgenommenen worden. Hervorzuheben ist, dass ein Entlassungsimpuls, der auf einer Initiative von Angehörigen basierte, bei lediglich 0,8% lag. Die Frage an die Betroffenen selbst, ob der Zeitpunkt der Entlassung für sie richtig war, bejahten mehr als die Hälfte. 38,8% empfanden ihn als zu spät. Angewiesene Psychopharmaka-Einnahmen nach Entlassung zeichnete diese Gruppe besonders aus. Bezüglich des Wohnens in Privatwohnungen ist die Gruppe der Menschen mit schizophrenen Psychosen stark vertreten.

Während bei der Aufnahme in die Psychiatrie noch 14,5% der Betroffenen verheiratet waren, waren es bei der Entlassung nur noch 4,5%.

Zur Gewinnung eines Eindruckes über die wiedererlangte Selbstständigkeit wurde erhoben, inwieweit die Betroffenen ihren Haushalt selber führten. Ein Drittel erledigte ihren Haushalt selbstständig, zwei Drittel bekamen dabei Unterstützung. Einer Arbeit in

einer Werkstatt für Behinderte (WfB) nachzugehen dominierte, aber auch ambulante Arbeitstherapie wurde zu einem nicht unwesentlichen Anteil von 23,5% in Anspruch genommen. Knapp 80% aller ehemaligen Patienten des WKPPN (Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie) Gütersloh würden nicht mehr in die Klinik zurückgehen.

Was hilft?

Sich der eigenen Fähigkeiten bewusst zu werden hilft bei der Bewältigung des Lebens, auch mit den negativen Erfahrungen während des Aufenthaltes in einer psychiatrischen Klinik.

9.4 Systemsprenger

Mit dem Begriff der „Systemsprenger“¹¹ lässt sich die Auseinandersetzung darüber, inwieweit psychiatrisches Handeln überdacht werden muss, einleiten und veranschaulichen. Mit Systemsprengern sind die Menschen gemeint, die sich gegen bestehende Strukturen des psychiatrischen Handlungsfeldes stellen. Wenig angepasst, provokant, hoch destruktiv oder auch forensisch erfasst sind die Adjektive, die bemüht werden, um deren Verhalten zu beschreiben. „Sie sprengen bestehende Systeme, d.h. sie lassen sich nicht von uns aneignen, in diagnostische Schubladen stecken oder in therapeutische Konzepte integrieren. Dadurch zwingen sie uns, unser Schubladen-, System- und institutionelles Denken immer wieder in Frage zu stellen und kurieren uns immer wieder von unseren professionellen Allmachtphantasien“ (DÖRNER, 2001: 92). Obwohl Menschen mit schizophrenen Psychosen nicht signifikant den Systemsprengern zuzuordnen sind, sind sie doch diejenigen, die im gleichen Maße an den Veränderungen, die als Antwort auf die Handlungen der Systemsprenger zu bewerten sind, in der psychiatrischen Landschaft profitieren. Die Übertragung bereits gewonnener Erkenntnisse in die Gegenwart unserer psychiatrischen Landschaften hat begonnen, ist aber in ihrer Wirkung nicht genügend befruchtend, nährend oder durchdringend. Darum erscheint es sinnvoll, sich im Weiteren damit zu beschäftigen. Psychiatrisches Handeln genießt den Status der Anerkennung als Wissenschaft. Systemsprenger wirken darauf

¹¹ Bezeichnung für psychisch Kranke durch eine Arbeitsgruppe des „RAUHE HAUS“ in Hamburg, als provokativer Begriff mit positiver Bedeutung

invalidierend. Sie fordern heraus. Psychiater wie DÖRNER, LAING, CIOMPI, MOSCHER und andere stellen sich diesen Herausforderungen. Als Antwort darauf kämpfen sie für eine menschliche Psychiatrie, die die individuellen Eigenarten zu berücksichtigen vermag. Die Begrifflichkeiten wie bspw. „Die Psychiatrie von dem Kopf auf die Füße gestellt“ (DÖRNER, 2001: 21) oder „Gesprächsversuch - Hörversuch“ (vgl. ebd.: 11), unter denen ganze Kapitel in dem Buch „Ende der Veranstaltung“ von KLAUS DÖRNER verfasst sind, veranschaulichen den eingeschlagenen Kurs. Lernerfolge verdeutlichen sich darüber. So könnte in interpretativer Weise verstanden werden, dass es nicht ausreicht, an dem bislang wissenschaftlich anerkannten Standpunkt gegenüber psychiatrische Krankheiten festzuhalten, also in etwas zu erstarren, was im wörtlichen Sinne nicht tragfähig ist. Dann erscheint es klüger, auf die Füße zu kommen und dem Kopf Neues zu denken zu geben.

10. Die Angehörigen

Ein Angehöriger zeichnet sich nach KLAUS DÖRNER dadurch aus, dass er über einen längeren Zeitraum einen Verwandten oder nahen Anverwandten miterlebt, der psychisch krank ist. Ein Drittel aller von einer psychischen Krankheit Betroffenen erleben diesen Zustand als einmalige Episode in ihrem Leben. Zwei Drittel hingegen sind von mehreren Episoden betroffen. 60% der 435 Gütersloher Langzeitpatienten wuchsen in einem familiären Umfeld auf, das von Brüchen geprägt war. Ein oder beide Elternteile waren bereits bei der Erstaufnahme dieser Klienten verstorben: ein Umstand, der durch die Gemeinsamkeit Rückschlüsse auf die Ursächlichkeit der Krankheit zulässt. Der Patient ist niemals allein zu sehen ohne seine Angehörigen, die sich in seinem sozialen Umfeld bewegt haben oder bewegen und sein Leben entscheidend prägen. Die Aufgabe von professionellen Mitarbeitern ist es, einen Kontakt zwischen Angehörigen und Betroffenen wieder herzustellen, wenn er abgebrochen ist. Dieses kann auch über „Umwege“ vollzogen werden. Eine Kontaktaufnahme zum Angehörigen kann zunächst parallel zum Klienten erfolgen. Um den Menschen mit ungewöhnlichen Erlebniswelten verstehen, begleiten und unterstützen zu können, ist es notwendig, auch die Angehörigen zu kennen und zu verstehen. Sich ein Bild über deren Lebensweisen zu

verschaffen hilft dabei, den Betroffenen aus seinem Kontext heraus verstehen zu können.

10.1 Umgang mit dem Thema Schuld

Gespräche über Ängste, Schuldgefühle und Befürchtungen der Angehörigen gehören genauso dazu wie das Thematisieren von eventuell empfundenen Resignations- oder Ohnmachtsgefühlen, von Wut, Abwehr und gehegter Aggressionen. Der Klärungsbedarf liegt in der Beantwortung der Fragen: Wo werden ursächliche Zuschreibungen der Gefühle vermutet und worauf beziehen sich diese? Den Angehörigen ist ebenso wie den Betroffenen ein Raum zu eröffnen, in dem ihnen die Akzeptanz auf das Recht der Einzigartigkeit, Würde und individuellen Sinnhaftigkeit ihres SO-Seins entgegen gebracht wird. Schuldzuweisungen bergen die Gefahr, dass sich Angehörige verschließen und sich von den Betroffenen abwenden. Das Tabuisieren vom Übertragen von Verantwortungen, das nur schwer zu trennen ist von einer erlebten Schuldzuweisung, führt nach Erfahrungen aus dem trialogischen Stader Psychoseseminar aus Betroffenenensicht in eine sprachlose kommunikative Sackgasse und trägt damit nicht zur Klärung von belastenden, gemeinsam erfahrenen Situationen bei. Lange Zeit waren es die Angehörigen, denen die Schuld an psychischen Erkrankungen zugewiesen wurde. Die Theorie von der dominanten, „schizophrenogenen“ Mutter konnte nicht bestätigt werden, nach wie vor wird allerdings eingeräumt, dass Verhaltensauffälligkeiten der Eltern eine Rolle bei der Entstehung schizophrener Erkrankungen spielen (vgl. MÖLLER/ LAUX/ DEISTER, 2005: 146). Im vorherrschenden allgemeingesellschaftlichen Verständnis gilt es als absolutes Tabu, Schuld zuzuweisen. Dies kann als Ergebnis einer sich zunehmenden Inanspruchnahme psychosozialer Therapien angenommen werden. In dem Ringen um ein Verständnis, welche Umstände ursächlich zum Auftreten psychotischer Problematiken beitragen, erscheint es schon deshalb sinnvoll, eine differenzierte Situationsbetrachtung ausgewählter einzelner Momente konkret und detailliert vorzunehmen. Dadurch sind für die Zukunft Strategien ableitbar, die eine Vermeidung belastender Situationen zum Ziel haben. In dem Bemühen um Verständnis muss von allen Seiten ausgesprochen werden dürfen, wie einzelne, vom anderen wahrgenommene Äußerungen, Handlungen oder Unterlassungen empfunden wurden, welche Gefühle

dabei als vorherrschend wahrnehmbar waren und wie ein Folgeverhalten als Reaktion einzuordnen ist. Verbale Äußerungen werden oft als Schuldzuweisung missverstanden. Als eine Reaktion auf eine Schuldzuweisung sollte der oben beschriebene Rückzugsmechanismus beachtet und verstanden werden. Meiner Überzeugung nach untergräbt das Tabu dennoch wesentliche Ressourcen, die dem Bewältigungsprozess zuträglich sein können.

Auf die Frage nach einem Ausweg aus dieser „Patt-Situation“, liegt die Antwort in folgendem Vorgehen. Zunächst sollte eine bestimmte Situation als Gesprächsgegenstand ausgewählt werden. Dabei erscheint es sinnvoll, sich für eine konkrete Situation zu entscheiden, an die sich alle Beteiligten möglichst gut erinnern können. Wesentlich ist, dass ein ausreichender zeitlicher Rahmen dafür festgelegt ist. Jeder Gesprächsteilnehmer bekommt hinreichend Gelegenheit, dem anderen seine Sicht auf das Thema darzustellen. Im Vorfeld ist eine Vereinbarung getroffen worden, dass das Geäußerte den anderen weder beschuldigt, verletzt noch „an den Pranger“ stellt, sondern dass nur die eigene Empfindung dem anderen vermittelt wird. Dadurch wird der Raum geschaffen, seine eigenen Worte nutzen zu können und individuelle Wahrheiten aussprechen zu dürfen. Im Verlauf des Gespräches wird in wiederholender Weise gemeinsam rückversichert, ob das Gesagte und das Verstandene übereinstimmen. Dem psychiatrisch Tätigen kann hier die Rolle zugesprochen werden, darauf zu achten, dass die Erzählungen nicht mit einer Fülle von Berichten aus vielen Situationen „ausarten“, sondern das gewählte Thema der Gesprächsgegenstand bleibt. In der Auseinandersetzung mit konkreten einzelnen Situationen lassen sich möglicherweise nach einiger Zeit Muster erkennen, nach denen in den jeweiligen konkreten Beziehungen wiederholt gehandelt wurde und die häufig zu Missverständnissen zwischen den Beteiligten führten und ihren Beitrag zu der problematisch gewordenen Lebenslage leisteten. Dies geschieht vor allem im Versuch, den anderen zu verstehen. Warum hat er sich „so“ und nicht „anders“ verhalten? Das gewonnene Verständnis schafft ein Bewusstsein, das dem Einzelnen ermöglicht, sich für oder gegen ein bestimmtes Verhalten zu entscheiden. Dadurch können Einsichten und die Erfahrung der Selbstwirksamkeit gewonnen und mit einer Übernahme der Verantwortung für eigenes Handeln verknüpft werden.

10.2 Ambulant vor stationär aus Klaus Dörners Sicht

Bei der De-Institutionalisierung von psychiatrischen Großkrankenhäusern wie in Gütersloh ging es um die Bevorzugung der ambulanten vor der stationären Versorgung. Wenn Krankenkassen daraufhin Heime und familienentlastende Dienste einrichten, anstatt die Bedingungen und Strukturen zur Entlastung von Familie, die ihre Betroffenen selber begleiten wollen, aufzubauen, werden durch diesen Umstand die Selbsthilfekapazitäten der Familie untergraben, so DÖRNER'S Kritik. Dem entgegenzusetzen ist ein Argument, dem DÖRNER nicht genug Beachtung schenkt (vgl. DÖRNER, 2001: 107). Würden monetäre Anreize für Angehörige geschaffen, die Betroffenen zu begleiten, könnte sich das in unterschiedlicher Weise zum direkten Nachteil für die psychisch Kranken auswirken. Ein handlungsleitendes Motiv von Ehepartnern, Eltern oder Geschwistern, Menschen mit außergewöhnlichen Erlebniswelten helfen zu wollen, könnte hier das Geld sein. Bedingungen, die eine notwendige Professionalität im Hilfeprozess garantieren, wären schwer herzustellen und werden von KLAUS DÖRNER hier nicht diskutiert. In der Kritik an der Wirkweise des Soteria-Ansatzes (siehe Kapitel: 13.3 SOTERIA ALS ALTERNATIVES KONZEPT ZUR PSYCHIATRIE), der sich u.a. durch die Herstellung einer möglichst familienähnlichen Ersatzstruktur auszeichnet, werden chronifizierte Kommunikationsstrukturen beklagt (vgl. CIOMPI/ HOFFMANN/ BROCCARD, 2001: 158). Neue Verhaltensmuster, an denen der Betroffene wachsen kann, sind durch eine Begleitung in der Herkunftsfamilie nicht gewährleistet.

Empirisch zu erheben wäre, wie sich wohl ein erwachsener Betroffener fühlt, wenn zum Beispiel seine Eltern dafür bezahlt würden, ihm zu helfen. Ob die Hilfe durch die Eltern von dem Betroffenen gewünscht wird, findet dabei keine Beachtung.

11. Sichtweisen über ein alternatives Miteinander

11.1 Gemeinsames Handeln

Gemeinsames Tun, miteinander arbeiten, Kaffee trinken oder Fahrrad fahren, bieten gegenüber einem inszenierten, frontal zugewandten Vier-Augengespräch einen erweiterten Handlungsraum. Dadurch ergeben sich viele Vorzüge gegenüber dem herkömmlichen Setting im Beratungsgespräch. Dieses ist in der Kennenlernphase und der gegenseitigen Annäherung in seinen Möglichkeiten sehr begrenzt.

Im gemeinsamen Handeln begegnen sich die einzelnen Akteure auf verschiedenste Art und Weise überwiegend unverstellt, da eine physische Bewegung weniger durch eine persönliche Kontrollinstanz läuft als eine ausschließlich verbal geführte Begegnung. Außerdem kann im gemeinsamen Tun eine nötige Distanz zwischen den sich noch unvertrauten Menschen hergestellt werden, da die Konzentration auf den jeweiligen anderen durch Fokussierung auf die Aktivität „zerstreut“ wird. Signale werden nonverbal gesendet. Die Körpersprache ist eine Quelle der Informationen über Persönlichkeitsprofile, denn man kann sich nicht „nichtverhalten“. Im Unterschied zur Körpersprache kann verbale Kommunikation verweigert werden. Wird eine Frage nicht beantwortet, so bleibt nicht nur die Antwort offen, sondern auch der Hintergrund ihrer Verweigerung. Im gemeinsamen Handeln bekommen die Akteure voneinander viel mehr „unverfälschte“ Informationen als in einer ausschließlich auf Verbalsprache reduzierten Situation, in der vieles verborgen bleiben kann.

Das Wechselspiel von Nähe und Distanz im reziproken Verhalten entwirft etwas Eigenes, Neues, genährt aus den eingebrachten Leistungen der Beteiligten. Im Sinne des Ganzen, das mehr ist als die Summe ihrer einzelnen Teile, entwickeln Menschen über gemeinsame Handlungen nacherzählbare Lebensgeschichten. Darüber entstehen zwischenmenschliche Verbindungen, die den Boden für ein Gefühl des Vertrauens zueinander bereiten. Daraus kann wiederum eine Chance des gegenseitigen sich Anvertrauens erwachsen. Scheinbar beiläufig entstehen Gespräche.

Nach Dörners eigenen Erfahrungen im Begleiten von psychisch kranken Menschen können zutiefst belastende Probleme durchaus schrittweise bearbeitet werden. Es ist schon ein Etappenziel erreicht, wenn ein Thema zur Sprache kommt

(vgl. DÖRNER, 2001: 116).

11.2 Sinnhaftes Arbeiten

Die Meinungen darüber, welche Arbeiten als sinnvoll erlebt werden, und welche als unsinnig angesehen werden, ist zu weiten Teilen eine sich von Person zu Person sich unterscheidende Einschätzung.

Arbeit als sinnvoll zu erleben scheint unter anderem dann gegeben zu sein, wenn sich durch das Tun ein sinnvoller Nutzen für den Akteur erschließt. Prozess- und ergebnisorientierter Gewinn sind Antrieb für das eigene Handeln, welches als Grundbedürfnis in der Natur des Menschen liegt.¹² Der aus der Perspektive eines empirisch-öffentlichen Menschenbildes betrachtete Ansatz der psycho-aktionalen Dimension als eine Dimension menschlichen Daseins, besagt, dass der Mensch ein handelndes Wesen ist. Ist ihm das Handeln versagt oder nicht möglich, wird er psychisch krank.¹³

11.3 Nachreifen im Nachlernen

Wie können Patienten wieder wahlfähig werden?

Das Ausprobieren einer anderen Lebensform oder Rolle macht einen Menschen wahlfähig und er erschließt sich dadurch einen Freiraum bezüglich eines selbstbestimmtes Lebens, das er nach seinem freien Willen gestalten kann.

11.4 Die Thematik des Stader Psychose-Seminars am Abend des 08.02.2011

Wie gehe ich als Angehöriger damit um, wenn ich bei einem Familienmitglied Symptome einer Krankheit wahrnehme, aber nicht zu ihm durchdringe?

Die innere Haltung des in Sorge Geratenen dem Betroffenen gegenüber ist geprägt von Überzeugungen und Ideen, wie dieser sich seiner Meinung nach zu verhalten habe.

Angehörige haben häufig die klare Vorstellung, dass ein Betroffener seine Medikamente nicht eigenmächtig absetzen darf. Setzt er sie dennoch ab, scheint in ihnen als Reaktion darauf ein Gefühl der Wut zu entstehen und der Wunsch nach einem

¹²SCHILLING, 2008, S.164

¹³Vgl. Hausarbeit im Fach Konzeptentwicklung und Arbeitsformen. „Mittendrin“ Ein Konzept über ein Wohnprojekt als alternatives Hilfsangebot zur Psychiatrie. Prüfer: PROF. DR. ANSEN, 08.12.2009

Fahrplan mit Verhaltensrezepten einschließlich einer Gebrauchsanweisung zum Erreichen der für sie erstrebenswerten Ziele wird laut:

- „Wie kann ich meinen Sohn dazu bringen, seine Medikamente nicht abzusetzen?“
- „Wie bringe ich ihn dazu, einen Tagesrhythmus einzuhalten?“
- „Wie kann ich den Betroffenen dazu bewegen, zum Psychiater zu gehen?“

11.5 Arbeiten an Wahnhaltungen

Stimmenhören als akustische Halluzination, das Aufbauen von ganzen Konstruktionen phantasierter Welten, das visuelle Wahrnehmen von nicht physisch präsenten Gegenständen und Lebewesen sind als Diagnosekriterien einer Schizophrenie bekannt und zeugen von einer außergewöhnlichen Fähigkeit im Sinne einer Fähigkeit aus dem Spektrum menschlichen Wahrnehmens überhaupt. Menschen, die selber nicht in der Lage sind, Dinge wahrzunehmen, die anscheinend real nicht vorhanden sind, und die sich auch nicht aus beruflicher Perspektive mit den Phänomenen des halluzinativen Wahns beschäftigen, können sich nur schwer in diese „anderen Welten“

hineinversetzen. Hilfreich dabei ist der Hinweis auf eine Gemeinsamkeit im Erleben Betroffener und Nichtbetroffener, der bei der Annäherung an ein Verstehen dienlich sein kann. Die Phase zwischen dem Schlaf und dem Wachzustand ist zeitweise geprägt von einem Bewusstseinszustand, der sich zwischen der Traumwelt und der Wachwelt bewegt. Dies ist ein weit verbreitetes, bekanntes und von vielen geteiltes Erleben.

Einerseits ist man sich bewusst, dass die Wahrnehmung nicht mehr einem Traum zuzuordnen ist, andererseits ist klar, dass man noch nicht ganz wach ist. Dies ist ein Zustand, der Verunsicherung hervorruft. Die Grenzen zwischen dem Wach-sein und dem Schlaf verschwimmen. Menschen mit psychotischen Episoden können Tage und Wochen in diesen Grenzgebieten „unterwegs sein“.

Für Angehörige und professionelle Fachkräfte bedeuten die Parallelen im Erleben, sich einfühlen zu können in die Welt eines Betroffenen. Über dieses erweiterte Verständnis entsteht eine Verbindung, die eine gemeinsam erlebte Realitätserfahrung ermöglicht. Mehrfach wurde bereits betont, dass gerade die Kontaktstörung oder -losigkeit zwischen dem Psychotiker und dem Nicht-Psychotiker den Zustand der Dekompensation durch

Schizophrenie aufrechterhält. Eine ontologisch unsichere Person, wie R.D. LAING sie beschreibt, kann durch ein entgegengebrachtes Verständnis, das auf eigenen Erfahrungen basiert, Vertrauen gewinnen. Eine auf Authentizität basierende Einsicht, die sich aus dem eigenen Erfahrungswissen nährt, vermittelt Vertrauenswürdigkeit.

Um sich darüber hinaus in dem „Irrgarten“ der Unverständlichkeiten, der sich zwischen diesem Unbekannten für die einen und dem real Halluzinierten für die anderen auftut, zurechtfinden zu können, ist es ratsam, von den damit bereits aus Erfahrungswissen bekannten Wegen zu lernen.

11.5.1 INTERVOICE

Insgesamt hören 3-5% aller Menschen Stimmen (vgl. LEHMANN/ STASTNY, 2007: 131). 1996 wurde von MARIUS ROMME¹⁴ INTERVOICE (Internationales Netzwerk, Training, Bildung und Forschung) gegründet. Es dient als Netzwerk von Personen und Organisationen, die sich mit dem Thema des Stimmenhörens beschäftigen und ist zu verstehen als Reaktion auf eine zuvor aktive Selbsthilfebewegung, die sich mit dem Phänomen des Stimmenhörens auseinandersetzt.

PATSY HAAGE formulierte an ihren sie damals begleitenden Psychiater Professor Dr. MARIUS ROMME die Frage. „Warum können Sie mir nicht glauben, dass meine Stimmen real sind, wenn ich sie doch höre? Und gleichzeitig glauben Sie an einen Gott, den Sie noch nicht einmal hören oder sehen können“ (KERBE, 2008)¹⁵.

Prof. Dr. MARIUS ROMME konnte die Frage nicht beantworten und wandte sich in einer holländische Fernsehshow damit an die Öffentlichkeit. Er bat um Erfahrungsberichte von Menschen, die im positiven Sinne gelernt hatten, mit ihren Stimmen umzugehen. 700 Rückantworten gingen daraufhin ein (vgl. LEHMANN/ STASTNY, 2007). Die berichteten Erfahrungen führten zu einer neuen Umgangsweise im Umgang mit dem Stimmenhören. Diese spiegelt sich in der Grundhaltung von INTERVOICE wider, die über den Weg des Akzeptierens und Verstehens vom Stimmenhören als hilfreiche

¹⁴ Psychiater

¹⁵ KERBE ist eine Fachzeitschrift für Experten, Betroffenen und Angehörige, und bietet darüber ein Forum für die Sozialpsychiatrie.

Alternative zur Bewältigung des damit verbundenen Leidempfindens in eine Handlungsmethode umgesetzt wurde.

Ein von ihnen erbrachter Erkenntnisgewinn besagt, dass Stimmenhören an sich kein Indiz für eine Krankheit darstellt, sondern die Beziehung zu den Stimmen als Stimmenhörer eine Relevanz aufweist. Beziehen sich die Stimmen auf seine bislang gemachten Lebenserfahrungen, kann über eine Auseinandersetzung mit den Inhalten ein Weg der Bewältigung beschritten werden. Ein Verleugnen dieses Zusammenhangs führt zu einem Gefühl der Belastung des Stimmenhörens. Einige Menschen leiden somit unter dem Phänomen des Stimmenhörens, andere wiederum nicht.

Auslöser von Stimmenhören ist oft ein erlebtes Trauma. Die Herstellung einer Verbindung zwischen den Wahnvorstellungen und dem Traumainhalt ist eine mögliche Bewältigungsstrategie.

Eine neue Beratungsmethode leitet sich aus diesen gewonnenen Erkenntnissen ab.

In einer erfahrungsfokussierten Beratung¹⁶ geht es darum, systematisch und gemeinsam an den Stimmenhörererfahrungen zu arbeiten. Die Auseinandersetzung mit der Bedeutung und dem Sinn der Stimmen bietet die Chance zu einem Recoveryprozess. Menschen mit Diagnosen, in deren Verlauf eine lebenslange Chronifizierung der Erkrankung prognostiziert wurde, haben in diesem Beratungsansatz neue Hoffnung geschöpft. In Aarhus, einer Stadt in Dänemark, gehören Stimmenhörergruppen, die unter anderem Workshops für systematische erfahrungsfokussierte Beratung anbieten, mittlerweile zur standardisierten Pflichtversorgung. In mehr als 20 Ländern haben sich bereits Stimmenhörernetzwerke gebildet.

(Vgl. [http://www.efc-workshops.de/files/kerbeartikel - nov 08 1.pdf](http://www.efc-workshops.de/files/kerbeartikel_-_nov_08_1.pdf))

(Stand 25.04.2011)

¹⁶ www.efc-institut.de , www.stimmenhoeren.de

12. Eine notwendige Eingrenzung des Spektrums der Hilfeempfänger unterschiedlicher Diagnosestellungen

12.1 ICD-10 und DSM-System

Psychische Störungen werden aus biologisch medizinischer Sichtweise in zwei auf internationaler Ebene akzeptierten Klassifikationssystemen kategorisiert: dem ICD-10 („International Classification of Diseases“) und dem DSM-System („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“). In Deutschland gelten seit 2000 verbindlich die ICD-10 Kriterien, die die Strategien des DSM bezüglich ihrer diagnostischen Leitlinien hinzugefügt haben. Der Umfang der darin erfassten unterschiedlichen psychischen Krankheiten wird in neun diagnostischen Hauptgruppen des psychiatrischen Teils untergliedert.

- Organische , einschließlich symptomatische psychische Störungen
- psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen
- affektive Störungen
- neurotische , Belastungs- und somatoforme Störungen
- Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- Intelligenzminderung
- Entwicklungsstörungen und Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend.

In der sozialen Arbeit mit psychisch kranken Menschen sind Betroffene mit Diagnosen aus allen genannten Krankheitsbildern anzutreffen.

Das Ziel der Minimierung gewaltanwendender Interventionen richtet sich dementsprechend an alle genannten und vorzufindenden Menschen mit diesen Krankheitsbildern. Die durch die Psychiatriereform durchgeführten Strukturveränderungen kommen ihnen zu Gute. Erweiternde Erkenntnisse über mögliche Ansatzstellen neuer Veränderungsprozesse werden über eine differenzierte Auseinandersetzung mit konkreten Lebenssituationen von Menschen deutlich. Die Untersuchungen der einzelnen Dimensionen konkretisieren die Erhebungen, bedingen

aber auch eine Reduzierung der Vielfalt des Untersuchungsgegenstands. Daher ist eine Eingrenzung sinnvoll.

12.2 Schizophrene Spektrumsstörungen

Unter dem Begriff der schizophrenen Spektrumsstörungen werden die Diagnosen Schizophrenie sowie die schizo-affektiven Psychosen und schizotype Erkrankungsformen verstanden, denen ebenso die affektiven Störungen angehören.

Schizophrene Spektrumsstörungen werden als Psychosen bezeichnet. In der Diplomarbeit befasste ich mich, wie oben erwähnt, exemplarisch damit.

Psychosen wirken in tiefgehender Weise verändernd auf das Denken, Fühlen und den Willen. Der Realitätsbezug und das Erleben werden anders wahrgenommen.

Zur Diagnostik werden die Kriterien in sechs Gruppen untergliedert:

- die Ich-Störung
- der Wahn
 - akustische Halluzinationen
 - sonstige Halluzinationen
- Affektstörungen
- und Denkstörungen

Unterschieden wird zwischen „positiven“ Symptomen wie Wahn, Sinnestäuschung und Halluzination, die zu den bislang wahrgenommenen psychischen Wahrnehmungen hinzukommen, und den „negativen“ Symptomen wie Affektverflachung oder Aufmerksamkeitsreduzierung, die in ihrer Wirkung die bisherigen Leistungen minimieren.

12.2.1 Die Ich-Störung

Die Ich-Störung beschreibt den Zustand eines Menschen, der seine eigenen Grenzen nicht mehr eindeutig wahrnehmen kann. Die Distanz zu einem anderen Menschen kann nur schwer empfunden werden, der Fokus der Aufmerksamkeit im Wahrnehmen der Mitmenschen ist höchst konzentrativ und wirkt darüber erschöpfend. Ein Zustand der inneren Ruhe tritt selten ein. Alles, was wahrgenommen werden kann, wird der aktiven

Bewusstwerdung zugeführt. Dabei scheint jedes Detail wichtig. Die Filterfähigkeit arbeitet eingeschränkt, und eine Reizüberflutung ist die Folge.

Der fehlende Schutz der Ich-Grenzen umfasst auch die Gedankenwelt. Gedanken werden als von anderen mitgehört empfunden, eine Schutzhülle vor den Gedanken anderer ist zu durchlässig und Gedanken werden darüber hinaus als direkt durch Mitmenschen oder eine höhere Macht eingegeben erlebt. Das Kommunizieren mit den halluzinierten Stimmen ist über alle Zeit- und Raumgrenzen hinweg möglich. Das Gefühl extremer Verletzbarkeit kann sich darüber entwickeln.

12.2.2 Der Wahn

Der Wahn als Vorstellung ist inhaltlich vielschichtig. Beziehungswahn, Verfolgungswahn, religiöser Wahn oder Vergiftungswahn sind einige von ihnen. Von anfänglichen Wahnvorstellungen kann eine Psychose in ihrem Verlauf mit dem Aufbau ganzer Wahngelände begleitet sein, in denen sich der Betroffene auch über Monate hinweg einrichtet und die darüber hinaus seinen Lebensrhythmus und seine Lebensweisen bestimmen.

Die **akustischen Halluzinationen** und Sinnestäuschungen stützen die Wahnsysteme und drücken sich über sie aus. Die Halluzinationen können Stimmen sein, die Psychotiker hören, ohne dass sie phonetisch nachweisbar wären. In ihrer Wirkung unterscheiden sich die Stimmen von „bedrohlichen“ oder „neutral bis ermunternden“ Stimmen. Aufforderungen zum Selbstmord oder zur Gewaltanwendung gegen andere, permanente Erniedrigungen und Angriffe auf das Selbstwertgefühl sind Inhalte der wahrgenommenen Worte. Besonders belastend wirkt der Umstand, dass die Stimmen ein Eigenleben zu führen scheinen, indem sie die Herrschaft nicht nur darüber haben, was sie sagen, sondern auch, zu welcher Tages- oder Nachtzeit und wie lange und wie oft sie auftauchen.

Menschen, die auf diese Weise mit dem Stimmenhören konfrontiert sind und darunter leiden, können aus den Erfahrungen anderer im Umgang mit „ihren“ Stimmen lernen. Sie besagen, dass es gelingen kann, eine Transformation der gefühlsmäßigen Besetzung der Stimmen vom Negativen ins Positive zu vollziehen.

Darüber hinaus verhilft das Verabreden von konkreten Sprechzeiten mit den Stimmen zu Zeiten, an denen die Stimmen stumm bleiben. Über die Herstellung eines direkten

Bezuges zwischen dem Inhalten der Stimmen und den bislang gemachten Erfahrungen können Probleme offensichtlich werden, sodass die erkannten Schwierigkeiten bearbeitbar sind.¹⁷

Zu **sonstigen Halluzinationen** zählen z.B. optischen Halluzinationen. Bilder werden gesehen, die nicht visuell nachweisbar sind, bspw. wird eine Nudel gesehen, die immer wieder von der Gabel springt und vor den Augen heruntänzelt, damit sie nicht verzehrt wird.

12.2.3 Die Affektstörungen

Affektstörungen beziehen sich auf die Gefühlswelt der Betroffenen und ihrer Beziehungen zu anderen. Diese Menschen werden als Gefühls- und beziehungsarm beschrieben (vgl. DÖRNER/ PLOG/ TELLER/ WENDT, 2009: 152). Unterschieden wird zwischen Parathymie, Paramimie, läppischem Affekt, psychotische Ambivalenz und Affektarmut. Bei der Paratymie bspw. werden geäußerte Gefühle als nicht zu einer Situation passend und daher als inadäquat bewertet.

12.2.4 Die Denkstörungen

Denkstörungen untergliedern sich in inhaltliche Denkstörungen zu denen der Wahn, wie oben beschrieben, gehört, und in formale Denkstörungen. Bei Letzterem sind die Denkabläufe irritiert. Auch hier kann, wie bei der Ich-Störung, Wesentliches nicht von Unwesentlichem unterschieden werden. Eine nachvollziehbare Logik ist nicht offensichtlich und Erzähltes wirkt auf den Zuhörer sprunghaft, zusammenhangslos oder mehrdeutig. Neologismen und ungewöhnliche Verknüpfungen zeugen von erlebten Widersprüchlichkeiten bezüglich dessen, was der Erzählinhalt sein soll.

Der ersten psychotischen Episode geht eine Verlaufsphase voraus, die von der präpsychotischen Prodromalphase eingeleitet wird, dem Stadium, in dem Symptome unspezifischer Art zu beobachten sind. Sie wird von der psychotischen Vorphase

¹⁷ Weiter Unterstützungen und Anregungen geben die Mitglieder des Stimmenhörernetzwerkes im Internet unter dem Stichwort: Netzwerk Stimmenhörer e.V., sowie durch die Gruppe der INTERVOICE unter: www.intervoiceonline.org

abgelöst, an deren Ende erste psychotische Symptome wahrnehmbar werden. Während der Prodromalphase sind depressive, negative sowie unspezifische Symptome und kognitive Beeinträchtigungen zu erkennen, die den weiteren Verlauf der Krankheit begleiten.

Die Belastungen dieses Stadiums verdeutlichen sich in ihren Auswirkungen für die Betroffenen. Soziale Beziehungsabbrüche, Arbeitsplatzverluste oder Leistungseinbußen in der Schule z.B. sind Folgen der Initialzeichen Angst, Unruhe und depressive Verstimmungen.

12.3 Die Psychosen

Psychosen lassen sich als eine besonders schwere (vgl. MÖLLER/ LAUX/ DEISTER, 2005: 4) multifaktoriell bedingte Erkrankung bezeichnen, die in ihren Verläufen unterschiedlich ist. Prädispositionierende Faktoren sind die genetisch bedingten Faktoren, perinatale Schädigungen, virale Infektionen in der vorgeburtlichen oder in der Neugeborenenperiode und kulturelle und psychosozial bedingte Erfahrungen wie beispielsweise nicht bewältigte Entwicklungsaufgaben, die sich zur Vulnerabilität im Sinne einer besonderen Verletzlichkeit entwickeln.

Zu den genetisch bedingten Faktoren kommen im Verlauf von Psychosen feststellbare Hirnveränderungen hinzu, die als „Hypofrontalität“ bezeichnet werden. Zusammen bilden sie die Ursache für eine Störung der Informationsverarbeitung. Darunter fallen die Schwächen in der Filterfähigkeit und Störungen der Reaktions- und Assoziationshierarchien.

12.3.1 Die Filterfähigkeit

Die Filterfähigkeit hat die Aufgabe, wesentliche von unwesentlichen Informationen zu trennen. In einer WDR Sendung „Quarks und Co“ wurde dazu ein anschaulicher Versuch durchgeführt. Ein Interviewer befragte Passanten auf der Straße. Sie sollten Fotos mit optischer Täuschung kommentieren. Während des Interviews drängten sich zwei Personen, die anscheinend nichts mit der Situation zu tun hatten, zwischen Interviewer und Interviewtem. Die beiden trugen ein überdimensionales Plakat, sodass sich der Fragende und der Befragte für einen Moment nicht sehen konnten. Der

Interviewer wurde ausgetauscht. Weniger als die Hälfte der Probanden bemerkte den Wechsel nicht. In einigen Fällen wurde sogar das Geschlecht des Interviewers ausgetauscht, was wiederum von einigen Interviewten nicht wahrgenommen wurde. Erklärend wird beschrieben, dass die Befragten den Fokus der Aufmerksamkeit auf die Fotos gerichtet haben, Nebensächlichkeiten über die Funktion der Filterfähigkeit ausschalteten, um sich dadurch auf für relevant erachtete Details konzentrieren zu können.

Der Mensch wird darüber handlungs- und entscheidungsfähig. Eine Filterschwäche führt zur Reizüberflutung, die in Folge zu Dauerstress und rascher Ermüdung führt.

12.3.2 Die Dopaminhypothese

Die Dopaminhypothese der Schizophrenie¹⁸ ist nicht ausreichend bestätigt. Sie nimmt eine Hypersensibilität dopaminergener Rezeptoren an.

Dopamin ist ein Neurotransmitter, ein sogenannter Botenstoff, der innerhalb der Nervenzelle hergestellt wird. Während einer Psychose wird eine Überproduktion dieser Botenstoffe festgestellt. Diese relative Überaktivität biochemischer Reizübertragungen wird durch Psychopharmaka gehemmt, indem sie die Wiederaufnahme des Dopamins hemmt und somit die Erregungsleitung blockiert. Die positiven Symptome der Psychose werden im Sinne einer Unterdrückung beeinflusst. Gleichzeitig wird eine Vermehrung der Dopaminrezeptoren durch langdauernde Behandlungen hervorgerufen.

PETER LEHMANN hebt hervor, dass eine Psychose heilbar ist, indem die Lebensverhältnisse, die eine psychotische Symptomatik begünstigen, verändert werden. Unter den Wirkungen der Psychopharmaka ist eine Psychotherapie schwer denkbar. Das folgende Zitat gibt einen Einblick in die negativen Begleitumstände einer Behandlung mit Psychopharmaka:

„ Die Wirkweise der Neuroleptika im zentralen Nervensystem ist durch eine verminderte Sauerstoffzufuhr charakterisiert. Wesentliche Hirnzentren werden blockiert. Der Organismus gerät in einen narkoseähnlichen Zustand. Lebensvorgänge werden gehemmt, so dass von einem verlangsamten Leben und einem winterschlafgleichen Zustand des Organismus gesprochen werden kann. Neuroleptika erzeugen eine hirnorganische Krankheit. Auf der Ebene des Zentralnervensystems und der geistigen Fähigkeiten kommen die Folgen der

¹⁸ Entwickelt vom schwedischen Neuropharmakologen A. CARLSON 1963

Neuroleptikaverabreichung als Störungen der Nervenregungsleitung zum Vorschein. Folgen sind Schmerzgefühle und Körpermißempfindungen, Intelligenz-, Konzentrations-, Gedächtnis-, Bewusstseins-, Denk- und Wahrnehmungsstörungen, intellektuelle Benommenheit, Gedankenleere, Vergesslichkeit, Nervosität, Sinnesstumpfheit, Schlaf- und Traumstörung, Hirnrhythmusstörungen, Kopfschmerzen, Lähmungen, Hirnödeme, epileptische, eventuell mit tödlichem Atemstillstand einhergehenden Anfälle. Schließlich kann es zu irreversiblen Degenerationserscheinungen in allen Hirnbereichen kommen, zu Nervenzellverlusten und Hirnschwund“ (LEHMANN, 1996: 1839).

12.3.3 Die Spiegelneuronen

Die Funktion der Spiegelneuronen lässt sich über der Vorstellung einer Beobachtung eines Menschen, der in eine Zitrone beißt, verdeutlichen. Allein der Gedanke regt einen Speichelfluss und ein Zusammenziehen der Gesichtszüge an. Darin drückt sich die Fähigkeit aus, sich in Andere hineinversetzen zu können. Spiegelneuronen sind Nervenzellen, die aktiv werden, wenn ein Mensch ein Gegenüber beobachtet. Während der Beobachtungszeit wird diese Handlung virtuell ausgeführt. Die Handlungsbeobachtung führt zur selben neuronalen Erregung, die auch bei aktiver Eigenhandlung hervorgerufen wird. Es werden „Als-Ob-Gefühle“ hervorgerufen, die als alterozentrische Partizipation bezeichnet werden. Die Wahrnehmung der Beobachtung löst eine innere Resonanz aus, die ein emphatisches Mitschwingen ermöglicht, über das die Gefühle des Gegenübers begreifbar werden. Über die Perspektivübernahme des Anderen wird ein Gefühl der Gemeinschaft erzeugt. Durch das Mitschwingen der Gefühle wird eine Motivation zur Nachahmung angeregt. Ein in der Kindheit reizarmes Umfeld benachteiligt demnach die Entwicklung der Emotionalität und begünstigt eine Psychose.

Kommen zu einer besonderen Vulnerabilität auslösende Faktoren wie traumatische Lebensereignisse, Verhaltensauffälligkeiten der Eltern (siehe oben), Stress in Form von psychischer oder biologischer Überforderungen oder umweltbedingte Risikofaktoren wie der Missbrauch von Drogen hinzu, kann es zu psychotischer Dekompensation kommen.

Protektive Faktoren wie beispielweise ein hinreichend anregendes soziales Umfeld können eine Prädisposition zur Schizophrenie neutralisieren.

13. Die Alternativen

13.1 Der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen

Der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen, kurz BPE, wurde 1992 gegründet.

Psychiatrie-Erfahrene selbst gründeten ein Sprachrohr in eigener Sache.

Ihre Forderungen waren und sind: die Schaffung humanerer Lebensbedingungen in Form von weniger Psychopharmaka, mehr Psychotherapie, die Wahrnehmung der Psychosen im Gegensatz zur medikamentösen Unterdrückung der Probleme, das Aufarbeiten der Krisen in Gesprächen, die Abschaffung der Lehrmeinung von der körperlich verursachten Erbkrankheit und die Forderung nach der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, insbesondere am Arbeitsleben.

Die Abschaffung von Gewalt und Zwang ist ein Ziel der Arbeit des BPEs. Sie leistet unter anderem Unterstützung beim Aufbau von Selbsthilfegruppen, informiert über Rechte von Psychiatrie-Erfahrenen und führt Seminare und Tagungen zu verschiedenen Themen durch.

Sie will Einfluss auf politisches Geschehen nehmen; so sollen z.B. flächendeckend Beschwerdestellen eingerichtet werden oder Trägern von psychiatrischen Einrichtungen Beratungen aus Betroffenenensicht angeboten werden.

In jährlich stattfindenden Tagungen, die in einer Jugendherberge in Kassel abgehalten werden, wird an jeweils unterschiedlichen Themen gearbeitet. Themen vergangener Jahre waren z.B.: „Voll integriert in der Gesellschaft leben. Wege aus der psychiatrischen Subkultur“, „Angenommen werden! Sich selbst annehmen!“ oder „Markt der Möglichkeiten“.

Die Ehrenvorsitzende des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen ist Frau DOROTHEA BUCK.

Zusammen mit THOMAS BOCK¹⁹ war sie die Mitbegründerin der Psychoseseminare. In einem Vortrag vor Psychologiestudenten über Schizophrenie kam der Wunsch auf, einmal einen Betroffenen zu einer Vorlesung einzuladen, um in einem gemeinsamen Gespräch einen direkten Eindruck von der Krankheit gewinnen zu können. So entstand daraus die Idee des Psychoseseminars.

¹⁹Zur Zeit: Leiter der psychiatrischen Institutsambulanz des Universitätskrankenhauses Hamburg Eppendorf

13.2 Das Psychoseseminar

Im gleichberechtigten Austausch zwischen Psychiatriemitarbeitern, Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen werden verschiedenste Themen in Form von Gesprächen angesprochen. Ziel des Seminars ist die Gewinnung eines besseren Verständnisses der jeweiligen Situationen der Teilnehmer. Es soll so ein Zugewinn an Verständnis über Psychosen geschaffen werden. Durch die lebensnahen Erzählungen entstehen konkrete Einblicke in die Besonderheiten der individuellen Wahrnehmungen des Lebens, über innere Haltungen zum Leben, über Zielvorstellungen und die damit verbundenen Schwierigkeiten. Ängste und Sorgen können ausgedrückt werden und alternative Bewältigungsideen entwickelt werden.

Der psychiatrische Alltag kann ganz konkret aus der Sicht der drei „Parteien“ thematisiert werden, sodass konkret Veränderungen verabredet werden können.

Die Themenauswahl gestaltet sich über die jeweiligen Vorschläge der Teilnehmer. „Psychiatrie-Erfahrene werden Eltern“, „Was ist Psychose“, „Familie als Ort der Entstehung von Psychosen“, „Frühwarnzeichen“ und viele andere Themen werden jeweils an den Abenden besprochen.

Deutschlandweit gibt es bereits mehr als 100 Seminare dieser Art. Sie sind ein Beispiel dafür, wie existierende Strukturen der Unterdrückung durch Zwangsbehandlungen, die auch heute noch in den Psychiatrien legal sind, zu Gegenmaßnahmen führen.

Andere Alternativen zur Praxis des psychiatrischen Alltags sind Einrichtungen, in denen das Konzept der Soteria angewandt wird.

13.3 Soteria als alternatives Konzept zur Psychiatrie

Soteria ist aus dem Griechischen und bezeichnet dem Namen nach eine „Göttin der Sicherheit und Erlösung aus der Gefahr“. LOREN MOSHER, ein amerikanischer Psychiater, konnte im Rahmen seiner Leitungsfunktion als Direktor der Schizophrenie-Forschungsabteilung des National Institute of Mental Health seinem Wunsch nach der Entwicklung alternativer Unterstützung von Menschen in psychischen Krisenzeiten nachkommen. In einem diesbezüglichen Forschungsprojekt (1971-1983) in Kalifornien fanden seine Vorstellungen von hilfreicher Begleitung dieser Menschen einen

möglichen Weg der Umsetzung. MOSHER versteht eine Schizophrenie als Bewältigungsstrategie von langen Phasen eines traumatischen Erlebens.

13.3.1 TO BE WITH

Sein von ihm entwickeltes Konzept basiert auf der Grundhaltung „to be with“ (Dabeisein). In der Umsetzung bedeutet es, jemanden kontinuierlich und beständig in einer Krise zu begleiten, für ihn da zu sein, ihm Zeit über einen Intensivzeitraum von mehreren Tagen zu gewähren. Die Kontinuität wird unter anderem darüber möglich, dass die Mitarbeiter in Arbeitsschichten von 48 Stunden anwesend sind. Der Raum, der während dieser Akutbegleitung zur Verfügung stehen sollte, ist möglichst gemütlich, sauber, hell und reizarm zu gestalten.

Dieser Rückzugsort wird als „weiches Zimmer“ bezeichnet und sollte in seiner Ausstattung auf wenige Dinge wie beispielsweise einige Kissen für den Boden und zwei Betten reduziert sein.²⁰

13.3.2 Das Soteria-Element des weichen Zimmers

Das Soteria- Element des weichen Zimmers wird bei der Übernahme als ein Teil unter anderen aus der konzeptionellen Behandlungsmethode der Soteria in ergänzender und erweiternder Weise zu den bisherigen stationären Vorgehensweisen in Psychiatrien gewählt. In dem kalifornischen Forschungsprojekt allerdings gab man dieses Element recht schnell wieder auf, da ein Dabei-Sein in allen Bereichen des Gemeinschaftlebens flexibler erschien.

Die Bedürfnisse nach Wärme, Essen und Schutz werden grundsätzlich gestillt.

Wahnhalte könnten während der Begleitung zur Sprache kommen. (siehe Kapitel: 11.5 ARBEITEN AN WAHNINHALTEN). Daraus sich ergebende Notwendigkeiten sollten umgesetzt werden. Lässt einen Stimmenhörer etwas gedanklich nicht zur Ruhe kommen, wird dem gemeinsam auf den Grund gegangen.

So verfolgte z.B. einen Nutzer einer Soteria-Einrichtung der Gedanke, dass in der örtlichen Kirche grausame Dinge geschehen. Ihn ließ es nicht zur Ruhe kommen.

²⁰CIOMPI/ HOFFMANN/ BROCCARD, 2001, S.59

Gemeinsam gingen nun ein Mitarbeiter der Einrichtung und der Betroffene mitten in der Nacht zu dieser Kirche, um sich selbst vor Ort ein Bild machen zu können und die Befürchtungen zu überprüfen. Die Kirche war geschlossen. So verweilten beide bis zu den Morgenstunden vor der Kirche. Am Morgen schloss der Küster die Kirche auf, sodass sich der Betroffene nun persönlich vergewissern konnte, dass nichts Grausames in der Kirche vor sich ging. Die Nacht vor der Kirche wartend nutzten beide, um miteinander zu reden.²¹

13.3.3 Die Beziehungsfähigkeit nach L. MOSCHER

Eine Hypothese von L. MOSCHER ist, dass die Beziehungsfähigkeit der Bewohner_innen bisher nicht im genügenden Maße erlernt wurde und dort im gemeinsamen Leben erlernt werden kann. Das Erlernen der Beziehungsfähigkeit geschieht in den alltäglichen Begegnungen zwischen den Menschen in einer Soteria-Einrichtung. Ein Ziel dabei ist, während des Aufenthaltes aufgebaute Bindungen langfristig auch in der Zeit danach aufrecht zu erhalten.

Hierzu bedarf es an Mitarbeiter_innen mit Einfühlungsvermögen. Vorrangiges Kriterium bei einer Entscheidung, ob ein Mensch als Mitarbeiter eingestellt wird, ist nicht eine professionelle Ausbildung im psychiatrischen Bereich, sondern die unvoreingenommene Einstellung der zukünftigen Mitarbeiter zu Psychosen. Die Personen müssen warmherzig, offen und respektvoll mit anderen Menschen sein können.

13.3.4 Allgemeine Leitlinien des Standards der Begleitungsmethode

Die Übernahme einzelner ausgewählter Elemente des Soteria Konzeptes durch andere veranlasste LORENZ MOSHER zu einer Definition des Standards seiner

²¹Aus einem von mir durchgeführten Interview mit Mitarbeitern und Bewohnern von Soteria Zwiefalten (Im Rahmen einer Hausarbeit in Pädagogik, unter dem Semintitel: Pädagogische Menschenbilder europäisch-humanistischer Prägung angesichts aktueller lokaler und globaler Herausforderungen, August 2003) in: Hausarbeit im Fach Konzeptentwicklung und Arbeitsformen. „Mittendrin“ Ein Konzept über ein Wohnprojekt als alternatives Hilfsangebot zur Psychiatrie. Prüfer: Prof. Dr. ANSEN, 08.12.2009

Begleitungsmethode. Er wurde damit seiner Kritik an der Extraktion von Strukturelementen gerecht. Durch die Integration eines weichen Zimmers auf einer psychiatrischen Akutstation ist einerseits ein Zugewinn an Begleitung gegeben, andererseits kann aufgrund des geringen personellen Stellenschlüssel eine zeitliche Intensivbegleitung über 48 Stunden durch eine Person nicht gewährleistet werden. Die Wirkung des weichen Zimmers ist demnach nicht dieselbe.

Um klarzustellen welche grundlegenden Gegebenheiten erfüllt werden müssen, damit sich der Soteria-Ansatz in seiner Wirkung voll entfalten kann, hat LORENZ MOSHER allgemeine Leitlinien für das Verhalten und die Interaktion sowie Erwartungen an die Betroffenen formuliert. Im Folgenden benenne ich die elf Elemente dieser Leitlinien, die als Voraussetzung bei der Umsetzung des Behandlungsmodells der Soteria gesehen werden.

- Mit dem, was jemand tut oder nicht tut, sich selbst und anderen nicht schaden
- Umgangsformen sind geprägt von Respekt und würdevollen Miteinander
- Gewähren von Sicherheit und Schutz im umfassenden Sinne
- Psychose ist heilbar über das Lernen durch Erfahrung
- Positivistische Grundhaltung
- Inhalt des Miteinanders orientiert sich an Lebenserfahrungen, nicht an einem biologistischen Krankheitsmodell wie beispielsweise dem Vulnerabilitätsmodell (siehe Kapitel: 12. EINE NOTWENDIGE EINGRENZUNG DES SPEKTRUMS DER HILFEEMPFÄNGER UNTERSCHIEDLICHER DIAGNOSESTELLUNGEN)
- Betroffene sind Experten ihrer Situation
- Ermutigung zum „Blick über den Tellerrand“ auch bezüglich der Soteria Begleitung
- Begleiter sind nicht allmächtig
- Einen Menschen als schizophran zu bezeichnen etikettiert ihn
- Eine Psychopharmaka Einnahmeverweigerung wird nicht mit Unterstützungsentzug bestraft (vgl. LEHMANN/ STASTNY, 2007: 153)

„Soteria legt Wert auf die Ausbildung sowohl symmetrischer wie auch komplementärer Beziehungen. In symmetrischer Beziehung tauschen sich zwei Menschen auf gleicher Ebene aus. In komplementären Beziehungen ergänzt sich das ausgetauschte Verhalten

gegenseitig. Konstruktive, ausbalancierte Beziehungen ergeben sich aus dem beständigen Wechsel beider Arten“ (MOSHER/ HENDRIX, 1994: 11).

Das gemeinsame Gestalten des Alltags ist ein Baustein der Soteria Begleitung, durch die gemeinsamen Aktivitäten wie Kochen, Putzen, Essen, Freizeitaktivitäten und Gartenarbeit wird ein Raum für Identifikation und Lernen am Vorbild geschaffen. Therapien werden ersetzt durch Angebote von Yoga, Massagen, Kunst, Musik, Tanz, und Sport.

Die Türen sind jederzeit offen, sodass ein Nutzer den Aufenthalt jederzeit abbrechen kann. Medikamente werden nicht zwangsweise verabreicht. Konflikte, die in der Gruppe auftauchen, werden in gemeinsamen Gesprächen thematisiert. Die gesamte Dauer einer Begleitung in einer Soteria Einrichtung ist auf einen längeren Zeitraum von mehreren Monaten möglich. Dadurch kann sich eine Beziehung zwischen den Mitarbeitern der Einrichtung, den Betroffenen und unter den Betroffenen entwickeln. Eine einmal entstandene Bindung soll möglichst auch nach dem Aufenthalt aufrechterhalten werden.

Dementsprechend untergliedert sich eine Begleitung in drei Phasen, die in ihren Angeboten der Unterstützungsleistung und den Anforderungen, die an die Menschen mit psychischen Krisen gestellt werden, voneinander zu unterscheiden sind sowie aufeinander aufbauen.

13.3.5 Phasen der Begleitung

In der ersten Phase, der Zeit der akuten Krise, steht die direkte Begleitung im Vordergrund. Möglichst jegliches extremes Verhalten mit Ausnahme der Gewalt gegen sich oder andere wird toleriert. Der Begleiter nimmt hier eine Ersatzfunktion ein, ähnlich dem eines Elternteiles.

Die Wiederherstellungsphase bezieht den Betroffenen in alltägliche Abläufe mit ein. Der Betroffene und der Begleiter sind nunmehr in einer gleichberechtigten Art aufeinander bezogen. Die im Prozess der Begleitung und Annahme der Hilfe entstandene Bindung wird hier weiter verfestigt und dient dem Lernen und Nachreifen. Dabei bietet das gemeinsame Tun im Gestalten und Bewältigen des Alltagslebens einen Raum, in dem Ängste und krisenauslösenden Momente transparent werden können und

so bearbeitbar werden. Der Faktor Zeit ist dabei dienlich. Durch den Umstand, dass die Betroffenen mehrere Monate begleitet werden, kann sich ein Leben einspielen, das weitestgehend unverstellt ist. Schwierigkeiten, die zur Krise geführt haben, zeigen sich und Ideen zur Bewältigung können entwickelt werden.

Die Abschlussphase ist die Zeit, in der eine Orientierung nach außen angestrebt wird. Konkret wird der Betroffene in allen Belangen seines Lebens außerhalb der Einrichtung unterstützt. So wird er gegebenenfalls bei der Suche nach einer Wohnung begleitet, Renovierungsarbeiten werden gemeinsam erledigt, die Suche nach einem Arbeitsplatz wird gemeinsam betrieben und beim Aufbau eines sozialen Netzes wird eine Hilfestellung gewährt. Kommt es nach einem Auszug zu erneuten Schwierigkeiten, ist ein Rückzug in die Einrichtung als Krisenintervention möglich.

Die Evaluation des Forschungsprojektes bestätigt die Wirksamkeit der Begleitung. So konnte erhoben werden, dass nach sechs Wochen in der Experimentalgruppe im Unterschied zu denen in der Kontrollgruppe (Soteria vs. Klinik) 12 % Neuroleptika einnahmen anstelle einer 100% Verabreichung bei Letzteren. Daraus schlussfolgernd lässt sich sagen, dass Soteria bezüglich der Verringerung akuter Symptome genauso wirkungsvoll ist.

Weitere Untersuchungsergebnisse, die nach zwei Jahren ermittelt wurden, betonen einen günstigeren Verlauf bezüglich der anschließenden Führung eines unabhängigen Lebens aufgrund der Begleitung durch Soteria. 43% der Soteria-Klienten waren nach diesem Zeitraum Psychopharmaka frei, frei von weitere Krankenhausaufenthalten, führten ein unabhängigeres und ein in beruflicher sowie sozialer Hinsicht erfüllteres Leben (vgl. LEHMANN/ STASTNY, 2007: 155).

Trotz dieser Vorteile für die Betroffenen verbreitet sich der Behandlungsansatz nach LORENS MOSHER eher gering. Zum einen entspricht der Umgang mit Psychopharmaka auf Freiwilligkeit nicht den vorherrschenden Vorstellungen einer medizinisch biologischen Sichtweise, zum anderen ist eine In-Frage-Stellen dieser Sichtweisen ursächlich anzuführen.

Exkurs: Soteria und Gewalt

Gewalt im Sinne einer gewalttätigen psychiatrischen Intervention kann auch in dem Soteria Behandlungsansatz als existent benannt werden. Das Festhalten von Menschen, die sich oder andere in Gefahr bringen, wird auch in der alternativen Behandlungsmethode angewandt. Im Unterschied zum Festhalten auf psychiatrischen Stationen, wie sie in der Einleitung zu dieser Diplomarbeit beschrieben wurde, wird hier auf eine Fixierung durch Leibgurte und eine zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka verzichtet. Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal zum psychiatrischen Vorgehen liegt darin, dass eine gleiche Bewertung eines Verhaltens alle Beteiligten zuerkannt wird. LORENZ MOSHER sieht das Fixieren eines Bewohners in Form des direkten Festhaltens als Verantwortungsübernahme unter Menschen. Soweit unterscheidet sich diese Sichtweise nicht von der psychiatrischen, die unter dem Argument der Selbst- und Fremdgefährdung Zwangsmaßnahmen gesetzlich legitimiert weiß. Darüber hinaus beurteilt er diese Vorgehensweise als hilflose Reaktion, zu der er provoziert wurde und gesteht im selben Gedankengang den Betroffenen gewaltvolles Handeln als Reaktion auf von den Mitarbeitern ausgehende Provokation und Einschränkungen zu. Dieses Zugeständnis ist so nicht in der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur der Psychiatrie zu finden. Verstanden wird Gewalt im Soteria-Kontext als letztes Mittel, sich gegen äußere und innere Bedrohung zu schützen. Die Antwort auf eine Vermeidung gewaltvollen Handelns wird in dem Aufbau der Beziehung gesehen.

In einigen Kliniken wurden Angebote der Begleitung als Krisenintervention in Anlehnung an das von LORENZ MOSHER entwickelte Soteria Konzept übernommen, indem einzelne Elemente des Konzeptes in psychiatrischen Stationen übertragen worden sind. So z.B. in Bern, Zwiefalten, München und Stockholm-Nord. Die Intensität der Begleitung in der Krisenphase kann wie oben nicht vergleichbar geleistet werden. Eine weitere Verbreitung dieses Konzeptes wird von Betroffenen dennoch gewünscht. In einer möglichen Verbindung mit dem Konzept des bedürfnisangepassten Behandlungsmodells, das im Folgenden vorgestellt wird, erhoffen sich psychisch Kranke eine echte Alternative zur herkömmlichen Methoden psychiatrischer Unterstützungsleistungen (vgl. Hausarbeit im Fach Konzeptentwicklung und

Arbeitsformen. „Mittendrin“ Ein Konzept über ein Wohnprojekt als alternatives Hilfsangebot zur Psychiatrie. Prüfer: PROF. DR. ANSEN, 08.12.2009).

13.4 Das bedürfnisangepasste Behandlungsmodell

Das in Turku, West-Lappland und Schweden bereits in seiner Anwendung bewährte, bedürfnisangepasste Behandlungsmodell in Form einer Mobil-Modul Organisation zeichnet sich durch die Beachtung folgender Handlungsleitlinien aus:

1. Psychotherapeutische-systemische Arbeit
2. Offener Dialog
3. Therapieversammlungen
4. Niedrigschwellige und flexible Ambulantisierung der Hilfen
5. Integration aller Hilfearten
6. Krisenwohnungen
7. Mobiles Team
8. Weiterbildung professioneller Helfer
9. Wissenschaftliche Begleitung der Arbeit

Handlungsleitend für die Fachkräfte ist die Orientierung an einer Krisenperspektive, die die Krankheitsperspektive ersetzt. Die Psychose wird so als eine Reaktion auf ungelöste Lebens- und Beziehungsprobleme verstanden, die durch eine Begleitung Unterstützung erfahren soll.

Der Kern der bedürfnisangepassten Behandlung ist ein kleines, multiprofessionelles ambulantes Krisenteam, das möglichst während der gesamten Dauer einer Begleitung zuständig für einen Betroffenen und sein soziale Umfeld bleibt. Dieser Prozess erstreckt sich über einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren. Dabei stellt der Zeitraum des Kennenlernens und Zeiten akuter Krisen eine Intensivphase dar. Anfänglich tägliche Treffen und eine dichte zeitliche Begleitung während eines psychotischen Schubes werden verabredet. Dies ermöglicht ein langsames Kennenlernen und einen Beziehungsaufbau. Dabei bildet das gemeinsame Gespräch, indem miteinander geredet werden soll, ein Kernelement der Begleitung, die so lange wie möglich ohne Medikamente auskommen soll, so dass der Betroffene einen weitgehend unverstellten Blick auf seine Situation einnehmen kann. Dazu wird ein fortlaufender, offener Dialog

geführt, zu dem regelmäßige Therapieversammlungen mit allen Beteiligten abgehalten werden. So ist die Kommunikation in ergänzender Weise systemisch angelegt und basiert auf einer psychotherapeutischen Grundhaltung. Dementsprechend ist die Angehörigen-Arbeit Teil der Strategie des Hilfeprozesses. Der offene Dialog zielt primär auf eine Förderung des Miteinander-Sprechens und sekundär auf das Herantasten an die Beantwortung der Fragen: „Was ist passiert?“, „Was ist das Problem?“, „Was ist zu tun?“.

Der psychotherapeutische Ansatz ermittelt im Gespräch die Vorgeschichte, auslösende Bedingungen der psychotischen Dekompensation und versucht einen Einblick in die Strukturen des sozialen Miteinanders zu gewinnen. In Krisenzeiten wird eine sofortige Krisenhilfe gewährt, die Mitarbeiter kommen sehr zeitnah zu den psychisch in Not Geratenen nach Hause. Übernachtungen in einem Krisenbett werden dem Betroffenen angeboten. Er kann frei wählen, ob er es vorzieht, bei sich zu Hause zu schlafen, oder es ihm hilfreicher erscheint, an einem anderen Ort die Nacht zu verbringen

(vgl. www.scienceofcomplexity.org/veranstaltungen/mddm-psychose/Aderhold_Greve_NAT_Eval.pdf (Stand 02.03.2011), sowie: Psychosoziale Umschau, Jahrgang 22, 4/07:22-24).

13.5 Die UN-Behindertenrechtskonvention

Die UN- Behindertenrechtskonvention (BRK) als Menschenrechtskonvention über die Rechte von Personen mit Behinderung ist seit dem 26. März 2009 durch die Bundesrepublik Deutschland ratifiziert und damit für sie verbindlich.²² Ziel dieser Konvention ist es die mit dem Anspruch der Menschenrechte einhergehende Freiheitsrechte für Behinderte zu garantieren. Die damit verknüpften allgemeinen

²² Folgende Informationen zu diesem Themenkomplex basieren auf meiner Teilnahme an der Tagung zum 12. Vormundschaftsgerichtstag vom 04.-06. 2010 in der Fachhochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung in Brühl. Meine Auswertungen der Tagung „Empowerment und Mitbestimmung“ die am 11.11.2010 in Berlin stattfand, fließen ebenfalls ein. Die Tagung wurde als Live-Stream mit Chat-Möglichkeit im Internet übertragen und kann über die Seite des Deutschen Instituts für Menschenrechte <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/> angesehen werden. Es haben 150 Personen an der Tagung teilgenommen. Redner_innen waren unter anderen DR. VALENTIN AICHELE, STEFAN TROMEL, LYDIA LA RIVIERE ZIJDEL sowie LUCIE VEITH

Prinzipien sind die Achtung und Anerkennung der Würde eines jeden Menschen. Das bedeutet konkret eine gleichberechtigte Partizipation am sozialen und politischen Leben. Ein Mangel an Teilhabe- und Mitbestimmungsmöglichkeiten führt zu Diskriminierungen, Ausgrenzungen und Unsichtbarmachungen von Menschen mit Behinderungen.

Artikel 1 der Konvention besagt: „Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderung zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern. Zu den Menschen mit Behinderung zählen Menschen, die, [...] seelische, [...] Beeinträchtigungen haben [...].“

Um dies zu gewährleisten sind mehrjährige Verhandlungen über den Inhalt der BRK geführt worden.

So ist beispielweise nach vier jähriger internationaler Diskussion über den Artikel 12 übereinstimmend der Entschluss gefasst worden, allen Menschen die Anerkennung als Rechtssubjekt zuzusprechen. Damit wird allen Menschen Handlungsfähigkeit zugesprochen, da sich keine Kriterien finden lassen, die einen Missbrauch verhindern könnten.

Bei der Umsetzung der Konvention werden drei unterschiedliche Gruppen von Akteuren involviert: der Staat, eine durch ihn benannte unabhängige Monitoring-Stelle und die Zivilgesellschaft mit ihren Organisationen und NGOs (Non-governmental Organizations). Durch die Anerkennung der UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet sich die Bundesrepublik alle 4 Jahre einen Staatenbericht bei dem unabhängigen Sachverständigenausschuss der Vereinten Nationen („Committee on the Rights of Person with Disabilities“) vorzulegen. Darüber hinaus erarbeitet die Bundesregierung Aktionspläne zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und beauftragt eine unabhängige Organisation zur Einrichtung einer Monitoringstelle. In komplementärer Ergänzung zur Herstellung eines gleichwertigen Gegengewichts kommt der Zivilgesellschaft die Aufgabe zu, Parallelberichte zum Staatenbericht zu verfassen.

Basierend auf den Grundsätzen des „Diversity“ Ansatzes , dem Empowerment und dem Inklusionsgedanken, die im Folgenden erläutert werden, schließen sich eine differenzierte Darstellung über den Staatenbericht, die Aktionspläne, das Monitoring sowie den Parallelbericht an. Der Bezug zur psychiatrischen Praxis der Zwangsmaßnahmen fließt währenddessen ein.

13.5.1 Der „Diversity“ Ansatz

Der Diversity- Ansatz geht davon aus, dass eine Behinderung eines Menschen eine natürliche Gegebenheiten des Seins umfasst, die bezogen auf das gesellschaftliche Miteinander bereichernd wirkt. Die Anerkennung der Vielfältigkeit unterschiedlicher Menschen bewirkt einen wechselseitigen Zugewinn an Lebensqualität. Die Voraussetzungen zum gegenseitigen Verstehen müssen hergestellt werden. Individuelle Ausgangslagen wie Gehörlosigkeit, Blindheit oder Verwirrtheit sind der Maßstab, an denen sich z. B. zum Tragen kommende Kommunikationsstrukturen zu orientieren haben. Dementsprechend sind das Tempo, in dem kommuniziert wird, anzupassen und beispielsweise ein wissenschaftlicher Fachterminus in leicht verständlicher Sprache zu verfassen. Gesamtgesellschaftlich wird darüber ein Gewinn an Humanität erzielt.

13.5.2 Empowerment

Empowerment ist nach der Definition von OTTO und THIERSCH (vgl. OTTO/ THIERSCH, 2005: 135) ein Konzept zur Selbstbemächtigung des Menschen, das in den 80ziger Jahren von JULIAN RAPPAPORT u.a. entwickelt wurde. Mit dem Ziel des Abbaus von Unmündigkeit und der Stärkung der Autonomie werden notwendige Techniken vermittelt sowie die Selbsthilfekräfte aktiviert. Basierend auf der Haltung eines zutrauenden Menschenbildes soll so eine Teilhabe und Einflussnahme im sozialen und politischen Leben erreicht werden. Dabei zielt die Befähigung zur Teilhabe und Mitbestimmung auch auf die Übernahme des Ausübens des Rechts als gleichwertiges Rechtssubjekt ab. Die Vermittlung von Kenntnissen der eigenen Rechte bildet dabei ein wesentliches Moment. Nach Frau LYDIA LA RIVIERE ZIJDEL (siehe Fußnote 22) ist Empowerment ein Konzept, das als Ganzes wirkt. Sie konkretisiert ihr erfahrungsbasiertes Verständnis von Empowerment mit dem Weg der Aktivierung von

dem, was Menschen schon können. Dabei betont sie die Kraft, die im Zuhören liegt, das als Aktivierungsmoment nach HABERMAS²³ einzuordnen ist.

Im gemeinsamen Austausch zwischen Menschen mit oder ohne Behinderung sind die Kommunikationsebenen zu betrachten. In diesem Gespräch kann jeder Beteiligte für sich Entscheidungen treffen, dabei sollte die Wahl der Sprache rücksichtsvoll und vorwurfsfrei sein, so dass alle Gesprächsteilnehmer mit „erhobenem Haupt“ aus dem Gespräch gehen können. Empowerment bedeutet auch, dem anderen ein Vorbild zu sein und ihm zu zeigen, welche Fähigkeiten in einem selber stecken.

13.5.3 Inklusionsgedanke

Soziale Inklusion folgt einem Postulat individueller Autonomie, welches in seinen Bedingungen in reziproker Bezogenheit zur sozialen Teilhabe steht. Der Inklusionsgedanke betont die Stärkung des Dazugehörigkeitsgefühls. Selbstbestimmt zu Leben und sich nicht fremdbestimmt zu fühlen bedarf der Anerkennung durch andere. In der gegenseitigen Achtung der individuellen Eigenheiten aller Menschen werden Ausgrenzungserfahrungen und Bevormundung einer Vergangenheit angehören können. Inklusion muss darauf achten, nicht neue Inseln in Gemeinschaften zu schaffen, auf die Gruppen mit spezifischen Zuordnungsmerkmalen wie z.B. Blindheit, Taubheit oder Gehbehinderungen oder auch psychosozial auffälliges Verhalten, welches außerhalb des Bereich der geltenden Entfremdungsnorm liegt, verwiesen werden. Ziel ist die Auflösung von Konzentrationstendenzen, die auf diese Personengruppen abzielen. Dementsprechend besteht die Forderung nach der Einbeziehung der Perspektive der Menschen mit Behinderung in allen politischen Prozessen. Beklagenswert ist der Status-Quo der politischen und zivilgesellschaftlichen Unterrepräsentanz der Menschen mit Behinderung in einflussreichen Positionen.

Im Vergleich Gesamtbevölkerung/ Bundestagssitze zu Menschen mit Behinderung/Gesamtbevölkerung der BRD müssten etwa 50 Menschen mit Behinderungen einen Sitz im Bundestag bekleiden.

²³ Deutscher Soziologe und Philosoph geboren 1929

Auf zivilgesellschaftlicher Ebene sind es in Organisationen und Verbänden der Menschen mit Behinderung ebenfalls die Nicht-Betroffenen, die für die Betroffenen wichtige Positionen einnehmen.

13.5.4 Der Staatenbericht

Der Staat ist nach Artikel 35 Absatz 2 BRK verpflichtet, notwendige Strukturen zum Erreichen der in der UN-BRK angestrebten Ziele zu schaffen. Dazu erstellt er alle vier Jahre einen Staatenbericht, der diesbezüglich die Umsetzungen und Fortschreitung dokumentiert. Artikel vier der BRK fordert die Unterbindung von Diskriminierungen in jeglicher Form, die Förderung der politischen Teilhabe, die Aufhebung bestehender Ungerechtigkeiten sowie die Aufdeckung zivilgesellschaftlicher Benachteiligungen. Des Weiteren werden die Forschung und Entwicklung notwendiger Technologien benannt und die Verpflichtung zu einer Zusammenarbeit mit den Betroffenen und Kindern mit Behinderung betont.

13.5.5 Die Aktionspläne

Ein Aktionsplan nach Artikel vier BRK konkretisiert die Strategien zur Umsetzung der UN-BRK. Über die Beschreibung der Probleme, die bewältigt werden sollen, werden entsprechende Ziele und Maßnahmen formuliert. Darüber hinaus werden die Maßnahmen koordiniert, die Zielerreichung bewertet und gegebenenfalls Follow-up Maßnahmen initiiert. Auch im Aktionsplan wird auf die Einhaltung der Kooperation mit den Menschen mit Behinderung und eine Schaffung von Transparenz geachtet. Ein Aktionsplan wird in einer mehrjährigen Arbeit erstellt. Die einzelnen Arbeitsschritte untergliedern sich in Phasen der Vorbereitung, der Entwicklung, der Umsetzung, des Monitorings, der Evaluierung sowie der Fortentwicklung des Plans. Inhaltliche Bezüge sind alle durch die BRK geschützten Lebensbereiche der Menschen mit Behinderung. Der Plan umfasst die Grundsätze der bereits oben vorgestellten Artikel 12 und 14, die die gleiche Anerkennung vor dem Recht sowie Freiheit und Sicherheit gewährt, und Bezüge zu praktischen Belangen wie Arbeit, Wohnen und Schule aufzeigen.

13.5.6 Das Monitoring

Seit einem Jahr besteht eine innerstaatliche Monitoringstelle nach Artikel 33, Absatz 2. Der Deutsche Bundestag beauftragte das Institut für Menschenrechte aufgrund seiner Unabhängigkeit und Fachkompetenz bezogen auf menschenrechtliches Expertenwissen und behindertenrechtliche Problemstellungen, mit ihrem Aufbau.

Durch Begleitung und Förderung unter Einbeziehung der Betroffenen soll die Einhaltung der Konventionsinhalte beobachtet, kontrolliert und überwacht werden. Die Arbeit umfasst die Beobachtung der Situation der Menschen mit Behinderung bezüglich der gesellschaftlichen Entwicklungen, die Entwicklung von Indikatoren zur Evaluation und die Vertretung der Interessen von Menschen mit Behinderung vor dem Staat. Dazu werden Stellungnahmen verfasst und direkte Gespräche geführt, in denen Positionen ausgesprochen werden.

Das innerstaatliche Monitoring arbeitet eng mit dem UN-Fachausschuss zusammen, der auf internationaler Ebene einzelfallbezogen oder strukturell die Umsetzung der Konvention begleitet.

Dr. AICHELE hat als Leiter der Monitoringstelle die Aufgabe, internationale Entwicklungen und Erkenntnisse in die in seiner Verantwortung liegenden nationalen Arbeit zu übertragen und einfließen zu lassen. Rechtsmittel stehen der Monitoringstelle nicht zur Verfügung.

Das auch auf nationaler Ebene eingesetzte strukturelle Monitoring wirkt auf die Umsetzung und Gewährung der durch die 50 Artikel der BRK zugesprochenen Rechte hin. Dabei beteiligt sich das Monitoring an Gesetzgebungsverfahren und wirkt an politischen Gestaltungsprozessen mit.

Eine der Aufgaben besteht auch in der Entwicklung nationaler Aktionspläne, die bereits vorgestellt wurden. Einzelfallbezogenes Monitoring gewährt individuelle Unterstützung bei einer Missachtung der BRK-Rechte durch den Staat. Die Kooperation mit staatlichen Organen und nichtstaatlichen Akteuren bildet die Basis der Arbeit.

13.5.7 Der Parallelbericht

Der Parallelbericht ist ein Instrument zur Partizipation bezüglich der Umsetzung der BRK aus der Sicht der Betroffenen.

Verankert ist dieses Recht im Artikel 4 Absatz 3 BRK. Zur Komplementierung, als Gegengewicht und zur Überprüfung des Staatenberichts werden von Betroffenenverbänden und Organisationen Parallelberichte verfasst. Die Vorgehensweise sollte derart gestaltet sein, dass der Staatenbericht gelesen wird und aufgrund gemeinsam getroffener Entscheidungen Übereinstimmungen oder Nicht-Übereinstimmungen mit dem Inhalt gesehen werden. Dazu werden die konkreten Daten und Fakten formuliert, belegt und begründet. Die Stellungnahmen zu dem Bericht werden in Schriftform verfasst.

Der Parallelbericht kann entlang einzelner Themenschwerpunkte wie z. B. Bildung oder Arbeit oder anhand dimensionaler Gesichtspunkten wie z.B. einem Artikel als Leitgedanke erstellt werden. Konkret sollte ein Parallelbericht inhaltlich detailliert beschreiben, wo genau die Probleme der Menschen mit Behinderung gesehen werden, benennen, welche Gesetze dadurch missachtet wurden, welche Lösungsvorschläge erarbeitet wurden und die Organisationen bzw. Akteure benennen, die in die Verantwortung zu nehmen sind.

Eine Zusammenfassung sollte den Parallelbericht abschließen. Sie können von einzelnen Interessenvertretungen oder in Allianzen, den Zusammenschlüssen verschiedener Gruppen mit unterschiedlichen Interessenschwerpunkten verfasst werden. So hat beispielsweise der Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen in einer Allianz mit einer Vielzahl von Organisationen und Verbänden wie der GEW, der Caritas, dem Diakonischen Werk u.a. an der Erstellung des ersten Parallelberichts mitgewirkt. Der Beitrag des Bundesverbandes war u.a. die Darstellung der Ist-Situation in der Versorgungslandschaft der Psychiatrie. Danach wurden im Jahr 2010 eine Million Fixierungen an als psychisch krank Diagnostizierten durchgeführt. Darunter sind 450 000 gerichtlich angeordnete Fixierungen sowie 30 000 Fixierungen in häuslichen Bereich.

Insgesamt wurden 209.779 Zwangseinweisungen im Jahr 2005 aufgrund der §§ 1906; 1846 sowie des Psych KGs vollzogen (vgl. BPE-Rundbrief Nr. 1/März 2010: 26).

Eine Forderung des BPE lautet:

„Die Gesetzgebung, die zur Unterbringung von Menschen mit Behinderung aufgrund ihrer Behinderung ohne ihre freie und informierte Zustimmung ermächtigt, muss abgeschafft werden. Das muss sowohl die Abschaffung der Gesetzgebung umfassen, die die Unterbringung von Personen mit Behinderung ohne deren freien und informierten Zustimmung legalisiert, als auch

die Abschaffung von Gesetzen, die die Schutzhaft von Menschen mit Behinderung in Fällen wie der Wahrscheinlichkeit, eine Gefahr für sich selbst oder für andere zu sein und in Fällen, in denen die Fürsorge, die Behandlung oder die öffentliche Sicherheit mit einer vermuteten oder diagnostizierten psychischen Krankheit verbunden wird, legalisieren...“

(Vgl. BPE-Rundbrief, Nr. 1/ März 2010: 10/11).

Artikel 14 Absatz 2 erkennt die Möglichkeit der Freiheitsentziehung an.

Aufgrund des Artikels 12 müsste eine Änderung der Praxis der Zwangsbehandlungen vorgenommen werden. Darin steht ausdrücklich geschrieben, dass die Vertragsstaaten anerkennen, dass Menschen mit Behinderung in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen. Eine Forderung von Vertreter_innen des BPE bezüglich der Abschaffung des §1996 BGB besteht.

Danach sind Zwangseinweisungen sowie Zwangsmaßnahmen betreuungsrechtlich legitimiert. Nicht zuletzt besteht die Forderung auf Gewährung staatlicher finanzieller Mittel zur Bereitstellung der notwendigen Kapazitäten im Parallelberichtsverfahren.

14. Schlussbetrachtung

In meiner Schlussbetrachtung werde ich strukturell von der Thematik der Beziehung ausgehen um im Anschluss daran die in der Diplomarbeit erhobenen Kritikpunkte und Forschungsfragen zu evaluieren. Abschließend hebe ich Bezüge zu möglichen Wegen eines veränderten Umgangs im Kontext psychischer Beeinträchtigungen hervor.

Gesundheit entsteht da, wo Menschen ihre alltägliche Umwelt erschaffen. Der Mensch ist ein soziales Wesen, ein Individuum unter anderen, das nach Beziehung strebt und dazu in vielfältiger Weise Bindungen eingeht.

RONALD. D. LAING spricht diesbezüglich von ontologisch sicheren beziehungsweise unsicheren Personen, indem er auf die Entwicklungsparameter einer gelungenen oder misslungenen Sozialisation eingeht.

Nach DR. GORDON NEUFELD können Menschen ohne Bindung nicht leben. Wir alle brauchen Beziehungen. Dabei nehmen erste Beziehungen im Leben eines Neugeborenen eine wichtige Schlüsselstellung als Schutzfunktion ein.

Diese Schutzfunktion der Eltern wird über die Einnahme einer inneren Haltung dem Säugling gegenüber vermittelt, die zum Ausdruck bringt: „Du bist in Ordnung so wie du bist.“ „Du bist wertvoll.“ „Du bist vollkommen.“

In dieser annehmenden Weise wird auf ein Urteilen über die Person verzichtet, um Konflikte, die dadurch entstehen, zu vermeiden. Sie sind hier nicht hilfreich.

Wie fühlt sich ein Mensch, der an Händen und Füßen fixiert wird? In den Ausführungen zur Definition von Gewalt aus Betroffenenensicht gibt es zahlreiche Antworten darauf.

In der Eigenwahrnehmung des Fixierten muss sich die Überzeugung manifestieren, er sei nicht tragbar, so wie er ist und auch nicht haltbar.

Bindungsfähigkeit entsteht in frühkindlichen Erfahrungen von Verlässlichkeit, Sicherheit und Vertrauen. Werden diese Bedürfnisse erfüllt, kann Erfahrungslernen stattfinden, sodass die Werte und Normen der Eltern übernommen werden. Eine Bereitschaft zu kooperativem Verhalten entwickelt sich. Belastende Ereignisse werden darüber gut bewältigbar.

Bedürfnisse, die befriedigt sind, schaffen die Voraussetzung zur Handlungsfähigkeit.

Gefühle geben uns dabei einen Hinweis auf befriedigte oder unbefriedigte Bedürfnisse.

Dabei sind grundlegende Bedürfnisse, die wir mit allen Menschen teilen - das Bedürfnis nach Autonomie, Feiern, Integrität, Interdependenz, Bewahrung der physischen Existenz, Spiel und nach spiritueller Verbundenheit (vgl. ROSENBERG, 2005: 216).

Integrität umfasst beispielsweise die Sinnhaftigkeit unseres Seins und Tuns.

(siehe Kapitel: 11.2 SINNHAFTES ARBEITEN)

Interdependenz als ein weiteres grundlegendes Bedürfnis schließt die Wertschätzung der eigenen Person, vermittelt auch durch andere, mit ein, so wie es in den Ausführungen zu den UN BRK zur Sprache kommt. Die Autonomie kann hier niemals ohne die Wertschätzung durch andere empfunden werden, so wie wir die Inklusion der Betroffenen niemals über Bevormundung erreichen können.

Unter die Interdependenz fallen auch Respekt, Vertrauen, Unterstützung, Unterkunft und Nahrung, um nur einige Aspekte zu benennen.

Im Spiel entfalten sich Freude und Lachen, die als ein wichtiger Existenzbaustein der Herstellung des Gefühls von Leichtigkeit einzuordnen sind. Die Auflistung ist unvollständig und soll lediglich einen Eindruck von der Wichtigkeit von Beziehungen vermitteln.

In der Diplomarbeit beziehe ich mich an verschiedenen Stellen auf das Thema Beziehung und Bindung, so beispielsweise in den Ansichten von CIOMPI, der in der Beziehung das notwendige Gegengewicht zur Vermeidung gewaltaufrechterhaltender Sprache sieht.

Die Beachtung wesentlicher Aspekte des Hilfeprozesses postuliert ebenfalls die Wichtigkeit von Beziehungen.

KLAUS DÖRNER beschreibt im Kapitel „Ende der Veranstaltung“ Voraussetzungen für ein Leben in Freiheit, die über die Herstellung einer professionellen Beziehung geschaffen werden können.

Die Sinnhaftigkeit vom Erzählen der eigenen Lebensgeschichte zur Herstellung zwischenmenschlicher Bindungen hebt hervor, dass das gemeinsame Tun zur Beziehung führt und darüber gelingende Gespräche möglich werden, die positiv beim Bewältigen von Problemen wirken.

Darüber hinaus gehe ich im Kapitel „Arbeiten an Wahnhinhalten“ auf die Entstehung von Verbindungen ein, die über das Aufdecken von parallelen, gemeinsamen Wahrnehmungen und dem empathischen Mitschwingen eine Rolle einnehmen.

Gefühle, die auftreten, wenn Bedürfnisse erfüllt sind, können als Indikatoren Aufschluss über Befindlichkeiten geben. Zu nennen sind u.a. Optimismus, Zuversicht, Freude, Stolz oder Erleichterung.

Sorgen, Einsamkeit, Ärger, Verwirrtheit, Trauer oder Hoffnungslosigkeit weisen auf unerfüllte Bedürfnisse hin.

Wenn ich mich wertgeschätzt fühle, entwickle ich Vertrauen; wenn ich stolz bin, fühle ich mich integriert. Bin ich einsam, ist meine Interdependenz nicht befriedigt, bin ich verwirrt, fehlt es mir an Geborgenheit. Das, was wir tun oder lassen, sind Strategien zur Befriedigung unserer Bedürfnisse.

So kann eine Dekompensation als Barometer von unbefriedigten Bedürfnissen in existenzgefährdender Konzentration darstellen. Im Prozess des voranschreitenden Bearbeitens der vorliegenden Problematik ist mir die Wichtigkeit von Bindungen mit ihren vielfältigen unterschiedlichen Gesichtern bewusst geworden. In erschreckender Weise nahm ich zur Kenntnis, dass die Pharmaindustrie nun ernsthaft mit dem Gedanken spielt, ein chemisches Vertrauenshormon zu produzieren (vgl. Süddeutsche Zeitung Nr.64, Rubrik: Wissen, „Jedem seine Pille“, 18.03.2011). Soll dann dieses neue Medikament in gleicher Weise wie in dem am Beginn der Diplomarbeit beschriebenen Szenario der gewaltvollen Verabreichung von Psychopharmaka injiziert werden?

Ein Paradoxon! Hilfe wird so ad absurdum geführt.

Das Bewusstsein der Wirkungen aufgezwungener psychosozialer, struktureller und pharmakologischer Unterstützungsleistungen lässt nur die Konsequenz einer diesbezüglichen Veränderung zu.

Gewalt und Hilfe sind keine legitimierten Verbündeten, auch dann nicht, wenn ein Mensch eine Gefahr für sich oder andere darstellt, solange nicht alle bekannten und hier in Ansätzen vorgestellten alternativen Umgehensweisen ausgeschöpft werden. Darüber hinaus sind wir verpflichtet, neue Wege zu erforschen.

Sowohl psychologische Erkenntnisse - wie beispielsweise die des menschlichen Daseins bezüglich der Erfahrung und dem Verhalten nach D. LAING - als auch erprobte Theorien wie sie in der Soteria u.a. durch das Arbeiten an den Wahninhalten umgesetzt werden, verpflichten zum Lernen aus diesem für die Betroffenen positiv empfundenen Umgang mit ihnen.

Dabei sind Professionelle nicht mehr länger vor die freie Wahl gestellt, sich dieser neuen Umgehensweise zu öffnen, sondern sie sind durch die Psychiatriegesetze der Länder sowie durch die UN-Konvention dazu verpflichtet.

Eine Behandlung unter Zwang hat für die Betroffenen eine lebensweichen stellende und in zusätzlicher Dimension traumatisierende Wirkung. Beziehungsabbrüche, Ausbildungsabbrüche, die in ihrer Folge eine fehlende Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt nach sich zieht, Frühverrentungen oder ein Leben unter Betreuung sind Lebensqualität mindernd. Die Auswirkungen von Psychopharmaka habe ich in der Darstellung der konkreten Zwangsmaßnahmen vorgestellt. Auch diesbezüglich ist es nicht zu verantworten, weiterhin zwangsweise Verabreichungen zu befürworten. Eine informierte Zustimmung ist unumgänglich.

Der Prozess der Umsetzung der BRK hat begonnen. Wie intensiv und zügig die Umsetzung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene voranschreiten kann, hängt nicht zuletzt von den Sozialarbeiter_innen und ihrem konkreten Verhalten dazu ab. Gesellschaftliche Strukturen werden von Menschen erschaffen und können durch sie verändert werden. Der Weg der Veränderung muss gemeinsam beschrritten werden und die Betroffenen selber sind dabei richtungsweisend.

Stigmatisierende Zuschreibungen von Diagnosen sind bedenkenswert. Die daraus bislang abgeleiteten Behandlungsansätze arbeiten an den Bedürfnissen vorbei und erzeugen zudem neue Probleme. Stigmatisierungen durch andere, Traumata als Folge des erlebten Zwangs oder Drehtürproblematiken, auf die ich hier nicht genauer eingehe, sind nur einige der zu erwartenden Folgen.

Eine Integration des außergewöhnlichen Erlebens findet darüber nicht statt und der Mensch wird darüber sich selber gegenüber verunsichert.

Fragmentierungen von Lebensabschnitten und -erfahrungen, die sich nicht in eine nacherzählbare Lebensgeschichte integrieren lassen, schwächen den Menschen.

Psychiatrische Diagnosen implizieren oftmals eine Unheilbarkeit. Diese durch Psychiater und andere (Angehörige und die vorherrschende gesellschaftliche Meinung) eingenommene Sichtweise, wie sie transparent wird durch den Satz: „Sie müssen ein Leben lang Psychopharmaka einnehmen so wie ein Diabetiker täglich sein Insulin spritzt“, verbreitet bei den Betroffenen Hoffnungslosigkeit und Minderwertigkeitsgefühle.

Bezüglich des Arguments der Wiedererlangung einer Therapiefähigkeit unter Psychopharmaka muss zu bedenken gegeben werden, ob über fahrlässige Körperverletzung auf der Basis des Verschweigens von Informationen über Risiken und Nebenwirkungen zu reden ist.

Meines Erachtens ist es unbedingt notwendig, eine Bewusstseinsveränderung in den Köpfen derer, die Gewalt in der psychiatrischen Praxis aufrecht erhalten, anzustoßen. Eine umfassende Verbreitung über das Wissen der Alternativen mit dem Ziel der Minimierung von Gewalt kann als Aufgabe der sozialen Arbeit angenommen werden. Diesbezüglich sollten Ausbildungsinhalte an Universitäten angepasst werden, indem Betroffene als Lehrende einbezogen werden. Diese und andere Alternativen sind von Betroffenen erwünscht und stützen sich als einzuforderndes Recht auf die BRK. Gewalt untergräbt Hilfe und fügt allen Beteiligten zusätzliche Dimensionen von Leid hinzu. Die in der Hinführung zum Thema beabsichtigte Darstellung der Auswirkungen gewaltanwendender Maßnahmen auf die Täter habe ich nicht erfüllt. Im Prozess der Auseinandersetzung fand dieses nicht genug Aufmerksamkeit. Das Thema als eigenständiger Untersuchungsgegenstand einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung bietet für die Zukunft genug Substanz und sollte aufgegriffen werden.

Die wesentlichen Unterschiede zwischen Hilfen auf der Basis medizinisch-biologischer oder psychosozialer Methoden liegen in der Bereitschaft zur Gewaltanwendung oder auf den Verzicht darauf.

Viele bestehende Alternativen stehen nur wenigen ausgewählten Betroffenen zur Verfügung. So steht die Soteria in Zwiefalten überwiegend erkrankten Personen aus der Region zu Verfügung.

Das Forschungsprojekt in Kalifornien operierte mit einer geringen Anzahl an Betroffenen. Das Berliner Weglaufhaus, eine betroffenengeleitete alternative Einrichtung für psychisch Kranke, kann ausschließlich von Menschen genutzt werden, die zudem obdachlos sind.

In der Argumentation pflichtversorgender Akutstationen werden gewaltanwendende Maßnahmen als Antwort auf die stationären Bedingungen begründet. Finanzielle Einsparungen im sozialen Bereich begünstigen die Aufrechterhaltung und Verschärfung dieser Umstände.

Eine Diskussion in Form einer theoretischen Auseinandersetzung überschreitet den Rahmen dieser Arbeit.

Die Landesarbeitsgemeinschaft der Psychiatrieerfahrenen Niedersachsen (LPE-N) beschreibt in ihrem Positionspapier (vgl. http://www.lpen-online.de/index.php?option=com_content&view=article&id=3:positionspapier&catid=3:positionspapier&Itemid=191 (Stand 25.04.2011)) eine Utopie als eine Wunschvorstellung Betroffener, wie die Schaffung von Bedingungen für Betroffene mit Kindern aussehen könnte.

Mich persönlich würde eine vertiefende Forschung bezüglich der Begleitung von betroffenen Kindern interessieren.

15. Fazit

Der persönliche Erkenntnisgewinn im Auseinandersetzungsprozess mit den Theorien, Praktiken und Zukunftsvisionen ist für mich bereichernd. Ich stimme LUDWIG BÖRNE zu, dass sich jede Idee durch eine andere ersetzen lässt, nur die der Freiheit nicht. Für mich hat Gewalt Alternativen.

Abkürzungsverzeichnis:

ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
BPE	Bundesverband Psychiatrieerfahrener e.V.
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GEW	Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft
ICD-10	International Classification of Diseases
KZ	Konzentrationslager
LPEN	Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen e.V.
NGO	Non-governmental Organization
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften
Psych. KG	Psychisch Kranken-Gesetz
UN-BRK	United Nation - Behindertenrechtskonvention
WDR	Westdeutscher Rundfunk
WHO	World Health Organization
ZNS	Zentrales Nervensystem

Literaturverzeichnis:

- André, Christophe 2009: Alles über Angst - Wie Ängste entstehen und wie man sie überwinden kann. Stuttgart: Verlag Kreuz GmbH
- Bock, Thomas 2003: Umgang mit psychotischen Patienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Bossard, Marianne/ Ebert, Ursular/ Lazarus, Horst 2007: Soziale Arbeit in der Psychiatrie Lehrbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Brügge, Claudia 2004: Wohin mit dem Wahnsinn Ausgewählte Aspekte der Kontroversen um Anstaltspsychiatrie und mögliche Alternativen. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag
- Buck-Zerchin, Dorothea Sophie 2010: Auf der Spur des Morgensterns Psychose als Selbstfindung. Neumünster: Paranus Verlag
- Chirazi-Stark/ Bremer/ Esterer 2002: Wege aus dem Wahnsinn Therapie, Begleitung, Selbsthilfe bei psychotischen Erkrankungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Ciompi, Luc / Hoffmann, Holger / Broccard, Michel 2001: Wie wirkt Soteria Eine atypische Psychosebehandlung kritisch beleuchtet. Bern: Hans Huber
- Cording , Clemens/ Weig, Wolfgang 2003: Zwieschen Zwang und Fürsorge Die Psychiatriegesetze der deutschen Länder. Baden-Baden: Clemens Cording, Wolfgang Weig
- Dörner, Klaus/ Plog, Ursula/ Teller, Christine/ Wendt, Frang 2009: Irren ist menschlich Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Finzen, Asmus 2000: Schizophrenie Die Krankheit verstehen. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Foucault, Michel 2005: Die Macht der Psychiatrie. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Gaebel, Wolfgang/ Spiessl, Hermann/ Becker, Thomas 2009: Routinedaten in der Psychiatrie ektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung. Düsseldorf: Steinkopff
- Hoffmann, Erving 1973: Asyle Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und andere Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Kampmann, Heinz/ Wentzel, Jeanette 2000: Psychiatrische und Antipsychiatrie Vorstellungen von Hilfe im Wandel der Zeit. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag
- Kempker, Kerstin (Hg.) 1998: Flucht in die Wirklichkeit - Das Berliner Weglaufhaus. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag
- Kempker, Kerstin 2000: Mitgift Notizen vom Verschwinden. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag

- Klöppel, Renate 2007: Die Schattenseite des Mondes Ein Leben mit Schizophrenie. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH
- Knuf, Andreas/ Gartelmann, Anke (Hg.) 1998: Bevor die Stimmen wiederkommen - Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Kreft, Dieter/ Mielenz, Ingrid 2008: Wörterbuch Soziale Arbeit. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Laing, Ronald D. 1969: Phänomenologie der Erfahrung. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Laing, Ronald D. 1976: Das geteilte Selbst - eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH
- Laing, Ronald D. 1979: Die Politik der Familie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH
- Lehmann, Peter/ Stastny, Peter 2007: Statt Psychiatrie 2. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag
- Lerner, Harriet G. 1996: Wohin mit meiner Wut? Neue Beziehungsmuster für Frauen. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Manzi, Alberto 1993: El Loco Der Spinner. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Mertz, Ingrid 2007: Ich, das Krisenzentrum Eine Angehörige berichtet. Neumünster: Paranus Verlag der Brücke Neumünster GmbH
- Möller, Hans-Jürgen/ Laux, Gerd/ Deister, Arno 2009: Psychiatrie und Psychotherapie 4. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag GmbH
- Mosher, Loren R./ Hendrix, Voyce/ Fort, Deborah c. 1994: Dabeisein - Das Manual zur Praxis in der Soteria. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Neufeld, Gordon/ Maté, Gabor 2007: Unsere Kinder brauchen uns! Bremen: Genius Verlag
- Otto, Hans-Uwe/ Thiersch, Hans 2005: Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Prins, Sybille 2006: Seitenwechsel Psychiatrieerfahrenen Professionelle erzählen. Neumünster: Paranus Verlag der Brücke Neumünster GmbH
- Prins, Sybille 2010: Tagtraumzeit Nachdenkzeit. Neumünster: Paranus Verlag der Brücke Neumünster GmbH
- Romme, Marius/ Escher, Sandra 1997: Stimmenhören akzeptieren. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Rosenberg, Dr. Marschall B. 2005: Gewaltfreie Kommunikation Eine Sprache des Lebens. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung
- Runte, Ingo 2001: Begleitung höchst persönlich Innovative milieutherapeutische Projekte für akut psychotische Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag

- Schmitt, Thomas 2008: Das soziale Gehirn Eine Einführung in die Neurobiologie für psychosoziale Berufe. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Steinert, Thiman 2008: Basiswissen: Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Stimmer, Franz 2000: Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit. München Wien: R. Oldenbourg Verlag
- Watzlawick, Paul 2010: Wie wirklich ist die Wirklichkeit Wahn, Täuschung, Versehen. München: Piper
- Wehde, Uta 1991: Das Weglaufhaus - Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag
- Zehentbauer/ d'Onofrio/ Tullio/ Toresini/ Basaglia 1999: Die Auflösung der Irrenhäuser oder: Die neue Psychiatrie in Italien. München: Zenit

Internet-Quellen:

- http://de.wikipedia.org/wiki/Gender_Gap
- http://www.efc-workshops.de/files/kerbeartikel_-_nov_08_1.pdf
- www.efc-institut.de
- www.stimmenhoeren.de
- www.intervoiceonline.org
- www.scienceofcomplexity.org/veranstaltungen/mddm-psychose/Aderhold_Greve_NAT_Eval.pdf
- <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/>
- http://www.lpen-online.de/index.php?option=com_content&view=article&id=3:positionspapier&catid=3:positionspapier&Itemid=191
- <http://www.kerbe.info/content/index.html>

Weitere-Quellen:

- Bartens, Werner 18 März 2011: Jedem seine Pille. München, Süddeutsche Zeitung Nr. 64 Seite 18
- Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen 2002: 10 Jahre BPE Standortbestimmung Gestern-Heute -Morgen DVD. Bonn: BPE
- Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen 2010: Rundbrief März 2010 - UN-Behindertenrechtskonvention Selbstbestimmung Psychopharmaka. Berlin: BPE
- Pohlmeier, Alexandra Ein Film/ DVD 2009: Sinn einer Psychose 20 Jahre Trialog Das Hamburger Psychoseseminar und seine Folgen. Neumünster: Paranus Verlag der Brücke Neumünster GmbH
- pro Mente Sana 1989: Stationäre Alternativen. Zürich: pro Mente Sana Schweizerische Stiftung

- pro Mente Sana 1993: Stationäre Alternativen II die Tagung Von der Psychofabrik zur therapeutischen Wohngemeinschaft. Zürich: pro Mente Sana Schweizerische Stiftung
- pro Mente sana aktuell 2006: Gewalt und Zwang vermeiden. Zürich: pro Mente Sana Schweizerische Stiftung
- Psychosoziale Umschau 04/2007: Aktuelles aus Psychiatrie und Gemeinde. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Sozialpsychiatrische Informationen 2010: Suche im Zwischen Sozialpsychiatrische Praxis: Widersprüche, Hoffnungen und Fragen. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Taddey, Constance 2003: HAW Hamburg Hausarbeit Pädagogische Menschbilder europäisch-humanistischer Prägung angesichts aktueller lokaler und globaler Herausforderungen. Stade: Prüfer: Dr. Lüdemann
- Taddey, Constance 2009: HAW Hamburg Hausarbeit Mittendrin - Ein Konzept über ein Wohnprojekt als alternatives Hilfsangebot zur Psychiatrie. Stade: Prüfer: Prof. Dr. Harald Ansen
- Taddey, Constance 2010(1): HAW Hamburg Hausarbeit Soziale Beratung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Stade: Prüfer: Prof. Dr. Harald Ansen
- Taddey, Constance 2010(2): HAW Hamburg Hausarbeit Psychiatrisierung von Lebenskrisen. Stade: Prüfer: Prof. Dr. Carmen Gransse
- Watzlawick, Paul 2001 & 2002: Anleitung zum Unglücklichsein – Lesung 2 CDs. : Der Audio Verlag
- Zeitschrift für Sozialpsychiatrie, 1997: Brückenschlag, Hilfloze Gewalt, Gewalttätige Hilfe. Neumünster: Paranus Verlag der Brücke Neumünster GmbH
- Zeitungsinitiative Irrturm 2005: Krankheitsbilder? Menschenbilder?. Bremen: Zeitungsinitiative Irrturm

Dienstliche Erklärung und Einwilligung zur Einsichtnahme

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ausschließlich unter der Benutzung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Mit der Einsichtnahme in meine korrigierte Diplomarbeit auch bei berechtigtem Interesse, insbesondere zur Fortführung der Arbeit durch andere Studierende, bin ich ~~nicht~~ einverstanden.

