

Sozialpsychiatrische Dienste

Ambulante Beratung und Begleitung chronisch psychisch Kranker

von Johannes Herwig-Lemp

Die Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg sind relativ junge Einrichtungen. Sie beinhalten damit neue Chancen für die Arbeit mit psychisch Kranken. Notwendige Voraussetzung für ihre bestmögliche Nutzung ist das Wissen um ihre Möglichkeiten sowohl bei kooperierenden Institutionen wie den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern, niedergelassenen ÄrztInnen, Ämtern und Beratungsstellen als auch in der Öffentlichkeit und bei den potentiellen KlientInnen.

Notwendig für eine gute Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste ist eine »Standortbestimmung« und ein realistisches Selbstbewußtsein, d.h. Klarheit und Reflektion der Mitarbeiter über ihr Tun. Die Neuheit der Dienste bringt eine Vielzahl und große Unterschiedlichkeit an mehr oder weniger expliziten Arbeitskonzepten in den verschiedenen Einrichtungen mit sich. Reflektion und Austausch werden damit umso wichtiger. In diesem Sinne sind die folgen-

den Gedanken weniger als Definition und Zustandsfestschreibung zu verstehen denn als Diskussionsvorlage und -anstoß. Vorangetrieben werden sollen damit die Auseinandersetzung um die Voraussetzungen und Grundbedingungen ambulanter sozialpsychiatrischer Arbeit sowie die Suche nach den besonderen Möglichkeiten und Perspektiven, die sich durch die Einführung Sozialpsychiatrischer Dienste eröffnen.

Alternative zur Langzeitpsychiatrie

Die Einrichtung Sozialpsychiatrischer Dienste ist als Folge der grundsätzlichen Veränderungen in der Psychiatrie zu verstehen. Die Auflösung der Langzeitstationen in den Psychiatrischen Kliniken, die Reintegration in die Gemeinden, die Entstehung von Reha-Einrichtungen, Wohnheimen, Wohngemeinschaften für psychisch Kranke gehen einher mit dem Ausbau der ambulanten Beratungs- und

Betreuungsdienste. Vor allem für Langzeitkranke soll durch diese Einrichtungen ein Beratungs- und Betreuungsangebot geschaffen werden. Sie kommen aufgrund ihrer Scheu, Resignation und Angst einerseits und dem – im Hinblick auf das oft als sehr gering eingeschätzte Veränderungspotential – relativ großen Aufwand für die Professionellen andererseits oft nicht oder kaum zum Zuge.

Später als in anderen Bundesländern wurde in Baden-Württemberg im Anschluß an ein fünfjähriges Modellprogramm ab 1987 für alle Landkreise die Einrichtung Sozialpsychiatrischer Dienste vorgesehen. Gesetzlich geregelt wurde dies in den »Richtlinien des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung für die Förderung von sozialpsychiatrischen Diensten« vom Juni 1986. Je 50000 Einwohner wird eine Fachkraft (in der Regel SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen) bezuschußt. Träger sind in der Hauptsache freie Vereine und kirchliche

Einrichtungen. Die Kosten werden zu je ca. einem Drittel vom Land und dem Landkreis, zu zwanzig Prozent von den Krankenkassen als Pauschalbeitrag getragen, den Rest von ca. acht Prozent hat der Träger selbst aufzubringen. Es handelt sich um eine Festbetrags-Finanzierung, wobei der Berechnung der Kosten einer Fachkraft der sog. »Eckmann« zugrundegelegt wurde (Sozialarbeiter, 31 Jahre, verh., 1 Kind). Für die Mehrkosten, die entstehen, wenn ein älterer und erfahrenerer Mitarbeiter eingestellt wird, der evtl. über sinnvolle Zusatzqualifikationen verfügt, hätte der Träger aufzukommen – was zwangsläufig dazu beiträgt, daß jüngere, weil kostengünstigere Fachkräfte eingestellt werden.

Die Aufgabe der Dienste ist die ambulante Beratung und Begleitung »chronisch psychisch Kranker« und ihrer Angehörigen in Ergänzung zur ärztlich-psychiatrischen Behandlung. Es handelt sich dabei nicht um eine Therapie. Sinn und Ziel der Beratung und Begleitung ist es (gemäß den Richtlinien), »chronisch psychisch Kranken, die nicht mehr oder noch nicht zu einer selbständigen Lebensführung in der Lage sind, durch spezifische Hilfen ein erträgliches Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen«, und für Klinikpatienten die Entlassung aus dem psychiatrischen Krankenhaus »zu ermöglichen und Krankheitsrückfälle und Krankenhausaufenthalte zu verhüten«. Beratung und Begleitung sind für die Klienten kostenlos und nicht mit bürokratischem Aufwand wie Krankenschein o.ä. verbunden. Neben der direkten Klientenbetreuung, die die Beratung von Angehörigen mit einschließt, fallen unter die Aufgaben darüberhinaus Prävention sowie Koordination und fachliche Be-

Sozialpsychiatrie

gleitung vorhandener Einrichtungen (Patientenclubs, Tagesstätten, Angehörigengruppen, Laienhelfergruppen).

Im Unterschied zur Praxis in anderen Bundesländern sind in Baden-Württemberg den Sozialpsychiatrischen Diensten keine Arztstellen zugeordnet. Somit gehören weder Therapie noch die Übernahme von Pflichten oder die Beteiligung an Zwangseinweisungen zu den Aufgaben. Durch diese strukturell vorgegebene Trennung von medizinisch-psychiatrischem und sozialpädagogischem Bereich besteht hier in besonderem Maße die Chance, ein eigenes, sozialpädagogisches Konzept verwirklichen zu können. Die Arbeit kann damit weitestmöglich auf Freiwilligkeit aufbauen: Art, Häufigkeit, Intensität und Dauer der Betreuung werden von den Klienten selbst mitbestimmt.

»Chronisch psychisch krank«

Das Klientel des Sozialpsychiatrischen Dienstes soll sich auf »chronisch psychisch Kranke« beschränken, wobei »psychisch krank« ebenso wenig oder viel ausdrückt wie »körperlich krank«. Eine Vielzahl von Erkrankungen und Leiden werden unter diesem Begriff zusammengefaßt.

In erster Linie ist das Beratungsangebot für sog. »psychotische« Menschen vorgesehen. Darunter werden nicht nur Patienten gezählt, die bspw. Stimmen hören oder sich verfolgt fühlen, sondern auch Patienten mit depressiver, manischer oder zyklischer Symptomatik. Nicht zum Klientel gehören Menschen mit einmaligen Lebens-

krisen, mit Ehe- oder Erziehungsproblemen sowie Suizidgefährdete, Kinder und Jugendliche, gerontopsychiatrische Patienten und Pflegefälle.

Für die tägliche Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist die genaue Diagnose allerdings oft weniger wichtig. Entscheidender ist die Tatsache, daß die psychische Krankheit oder Behinderung meist bereits über einen langen Zeitraum hinweg besteht – dies bringt einige Implikationen mit sich:

Die Klienten sind dem »normalen« Leben nicht allein aufgrund ihrer Erkrankung entrückt. Hinzu kommt, daß dies auch noch über einen längeren Zeitraum hinweg der Fall ist. Für diese Menschen ist ihre Erkrankung und ihre Auseinandersetzung mit der Psychiatrie ein Teil ihrer Lebensgeschichte geworden. Sie verfügen über reichhaltige Erfahrungen in der Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit und vor allem der Behandlung durch Fachleute.

Oft wurden bereits viele Therapieversuche mit wenig oder keinem Erfolg unternommen. Immer wieder haben andere ihnen und sie sich selbst auch Hoffnungen gemacht auf Veränderung, auf Besserung, auf Heilung, die dann zerschlagen wurden.

Ärzte, Sozialarbeiter, Pfleger, Psychologen, aber auch Angehörige, Freunde und Verwandte haben Zeit, Kraft und Engagement investiert und sich doch nur »die Zähne ausgebissen«. Behandlungen, Aufwand und Zuwendungen blieben oft ohne nachhaltigen Erfolg, es veränderte sich nichts, nur sehr wenig oder wenn zum Besseren, dann nur kurz. So wurden die Patienten zu »chronisch« psychisch Kranken – zu potentiellen Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste.

Das Etikett »chronisch« ist im Grunde nicht mehr als die Einschätzung derer, die schon alles probiert haben und trotz intensiven Bemühens zu wenig dauerhafte Veränderung im Krankheitsbild bewirken konnten, bis sie dann resignierend feststellen, daß wohl auch in Zukunft keine entscheidende Änderung mehr zu erreichen ist.

Diese Einschätzung wird mit der Zeit zum Bestandteil des Selbstbildes der Patienten, auch wenn es ihnen selbst oft (noch) nicht bewußt ist. Sie leiden seit vielen Jahren, sie haben viele Therapieversuche »mitgemacht«, mitmachen müssen. Bei ihnen hat sich eine innere Haltung herausgebildet, die von Resignation und Perspektivlosigkeit bestimmt ist: »Bei mir ist doch nichts mehr zu verändern. Ich bin einfach krank«. Zuweilen schlägt diese Hoffnungslosigkeit für eine Weile um in Euphorie und Aufbruchsstimmung, in ein verzweifeltes Aufbäumen gegen die Aussichtslosigkeit und Abgestumpftheit. Pläne werden geschmiedet und die Vergangenheit scheint vergessen — um kurz darauf zu scheitern und nur umso verzweifelter das eigene Elend erleben zu müssen. Schließlich resignieren sie immer mehr, geben die Hoffnung auf eine dauerhafte Verbesserung völlig auf. Eine Leidensverminderung und vor allem eine Annäherung an die Normalität mit sozialen Kontakten, Beruf, Status, Anerkennung durch die Gemeinschaft erscheint ihnen, ebenso wie ihren Therapeuten, so gut wie aussichtslos und unerreichbar. Mit dem Verlust dieser Hoffnung sehen sie keinen Sinn mehr darin, Veränderungen in ihrem Leben auch nur anzustreben. Sie haben damit zunehmend weniger Motivation für Therapieversuche. Und gleichzeitig beschleunigt und ver-

Sozialpsychiatrie

festigt sich dadurch wiederum die »Chronizität« . . .

Erwartungen

Es ist für die MitarbeiterInnen Sozialpsychiatrischer Dienste von Bedeutung, sich vor Augen zu halten, daß sie KlientInnen beraten oder betreuen, für die nicht nur Ärzte und Therapeuten zumindest momentan keine Chance auf schnelle Heilung sehen, und daß diese Auffassung von vielen der Klienten geteilt wird: »Es kann und wird sich kaum etwas ändern, und wenn, dann nur geringfügig«. Diese Einschätzung widerspricht im Grunde dem Auftrag und den Erwartungen, die von den Ärzten oder den Angehörigen an die Sozialpsychiatrischen Dienste gerichtet werden. Dadurch besteht die Gefahr, daß die MitarbeiterInnen sich selbst unter einen nicht einlösbaren Erfolgszwang stellen.

Da sind zunächst die Angehörigen, die sich Veränderungen erhoffen, zumindest aber Hilfe und Unterstützung für sich selbst, und sei es nur bei Fragen des alltäglichen Lebens: »Sie ist so unselbständig, was soll ich nur machen?«, »Wie bringe ich meinen Sohn dazu, daß er nicht bis 12 Uhr mittags im Bett bleibt?« oder »Wie finden wir eine Arbeit für ihn?«

Ebenso haben die behandelnden ÄrztInnen, ob niedergelassene oder in psychiatrischen Landeskrankenhäusern angestellte, klare Vorstellungen, was im jeweiligen Einzelfall passieren sollte, könnte und müßte: die Mitarbeiter des SpD sollen den Klienten zur Arbeit motivieren, mit ihm eine Wohnung finden, ihn mit seinen Proble-

men und seiner Krankheit konfrontieren, auf eine regelmäßige Medikamenteneinnahme achten und sie soweit als möglich gewährleisten. Generell stellt man sich von ärztlicher Seite oft vor, daß Kontrolle, Druck und straffe Führung des Klienten die wesentliche Aufgabe und Intention des Sozialpsychiatrischen Dienstes sein sollte.

In der Regel kommt der Kontakt zwischen Klient und Sozialpsychiatrischem Dienst auf Initiative Dritter zustande: weil es der Arzt oder Angehörige vorschlagen, wünschen, erbiten oder auch erzwingen. Das erste Treffen findet dementsprechend häufig in Begleitung des »Zuweisenden« statt, der neben dem Klienten sitzt und zuweilen auch für ihn spricht, zumindest aber uns gegenüber formuliert, was er sich von unserer Behandlung erwartet.

Anzumerken ist hier, daß für die meisten Klienten der Erstkontakt mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst durch Vermittlung der Ärzte und Sozialarbeiter in der Klinik vor der Entlassung stattfindet. Weitere Erstkontakte entstehen über Hausärzte, niedergelassene Nervenärzte sowie Angehörige. Seltener wenden sich auch Mitarbeiter von Arbeitsamt, Sozialamt, den Krankenkassen oder Sozialstationen, auch Pfarrer und Nachbarn an die Dienste. In einigen wenigen Fällen melden sich die Betroffenen selbst und bitten um Kontakt und Beratung. Die KlientInnen selbst erwarten von uns oft nicht nur nichts, sondern sogar meist nichts Gutes. Wenn es nach ihnen ginge, hätten sie nichts mit uns zu tun. Sie sitzen uns gegenüber mit dem Gefühl »Da will schon wieder jemand was von mir. Da probiert wieder jemand an mir rum und will mich heilen. Oder schlimmer noch: er soll mich kontrollieren. Aber ich will mei-

ne Ruhe. Ich komme allein zu recht.« Daß viele Patienten so denken, können wir dann allerdings meist nur aus ihrem Verhalten während der ersten Gespräche schließen. Nicht immer läßt sich der Kontakt aufrecht erhalten. Seltener sprechen sie ihre Ablehnung offen so aus, wie sie Ulrike Thurner-Dinkelacker treffend charakterisiert: »Vielen Dank für Ihren Besuch. Es geht mir gut. Sie brauchen nicht wiederzukommen.« (Meist wird man akzeptieren, wenn jemand so deutlich ausdrückt, daß er alleine zurecht kommt.)

Mißtrauen und Abwehr der Patienten sind oft nicht ganz unberechtigt, zieht man ihre bisherigen Erfahrungen und ihr Erleben der Psychiatrie in Betracht. Sie haben viele Therapieversuche hinter sich, mußten sich dabei auf immer wieder neue Menschen und Behandlungsmethoden einstellen, wobei ihnen dies allein schon aufgrund ihrer Erkrankungen oft schwerer fällt als einem Gesunden.

Hinzu kommt, daß sie, insbesondere in akuten Krankheitsphasen, die Objekte der Behandlung sind und waren: andere haben mit ihnen etwas gemacht. Sie waren abhängig davon, was andere für richtig und geeignet, für sinnvoll, notwendig oder auch einfach unvermeidlich hielten. Sie wurden von anderen behandelt, sie handelten nicht mehr selbst. Mit ihnen geschah etwas, ohne daß sie viel Einfluß darauf hatten, ohne daß sie selbst Entscheidungen treffen konnten oder mußten.

Sie wurden getestet, beobachtet, diagnostiziert, beurteilt, überwiesen, (vielleicht sogar mit Zwang) eingewiesen ins Psychiatrische Landeskrankenhaus, auf Medikamente ein- und ruhiggestellt, sie mußten die damit verbundenen Nebenwirkungen in Kauf nehmen, sie wurden bei unruhigen Phasen (möglicher-

Sozialpsychiatrie

weise über Tage hinweg) »fixiert«, d.h. im Bett festgeschnallt — und sie wurden bei Widerstand verhaltenstherapeutisch »behandelt«, d.h. selbstbestimmtes, eigen-sinniges Verhalten wurde bspw. mit Ausgangssperre oder Entzug des Wochenendurlaubs bestraft. Schließlich waren sie, ob in der Klinik oder daheim, oft einer allen therapeutischen Interventionen entgegenwirkenden Langeweile ausgesetzt. Sie haben eindringlich erlebt, daß sie nicht mehr sie selbst sein durften, daß sie über lange Zeit hinweg wie Unmündige behandelt wurden und ihr Recht auf Anerkennung ihrer Menschenwürde immer wieder eingeschränkt oder sogar verletzt wurde.

Unabhängig von der Behandlungsrichtung wurden Ziele, Vorstellungen und Handlungsperspektiven für die Zukunft fast immer von den behandelnden Profis (oder aber von den Angehörigen, bspw. Eltern) formuliert. Mehr noch als die körperlich Kranken werden psychisch Kranke von ihren professionellen Helfern (sicherlich in bester Absicht!) bevormundet und damit entmündigt: jeder glaubt zu wissen, was für den Kranken gut ist, was ihm fehlt, was er braucht. Dieses »Wissen, was am besten für den Anderen ist« ist ein fester Bestandteil des Selbstverständnisses von Fachleuten. Die Klienten selbst werden nur selten oder gar nicht gefragt, ihnen bleibt oft kaum Raum zum selbständigen Handeln und Entscheiden.

Anzumerken ist allerdings, daß die Patienten ganz sicher nicht nur Opfer und Objekte sind, auch wenn sie sich, nicht unbe-

rechtigt, sehr oft als solche fühlen und erleben.

Vor diesem Hintergrund ist der Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes für die Klienten nur einer mehr in der Kette der Profis. Das Mißtrauen erscheint fast selbstverständlich, ebenso wie die Ablehnung einer Betreuung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst — insbesondere dann, wenn der Klient kurz vor der Entlassung aus dem Krankenhaus steht und sich auf die »Freiheit« freut, ihm aber nun — aus seiner Sicht — offenbar bereits wieder eine (diesmal ambulante) Kontrollinstitution droht bzw. »empfohlen« wird.

Grundhaltung: mit, nicht gegen die Klienten

Wie aber läßt sich unter diesen Voraussetzungen überhaupt sinnvoll arbeiten? Der Rahmen des noch Möglichen scheint eng, »erfolgreiches Arbeiten« nahezu unmöglich, solange Veränderungen aufgrund der Chronizität nicht erwartet und erhofft werden dürfen und gleichzeitig vielfältigste Erwartungen an die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste gerichtet werden. Um sich nicht in diesem Dilemma verfangen und schließlich aufreiben zu lassen, muß man sich als MitarbeiterIn über den eigenen Handlungsspielraum klar werden. Sonst droht — wie in vielen anderen Bereichen der Sozialarbeit auch — ein zermürbender Dauerfrust. Denn tatsächlich sind Veränderungen, sind »Erfolge« in der Arbeit möglich, wenn auch oft nicht dort, wo sie Angehörige, Klienten, behandelnde Ärzte oder auch die Sozialarbeiter selbst erwartet haben.

Wichtige »Arbeitsmittel« des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind Zeit, Akzeptanz und schließlich die Fähigkeit, von den Kli-

enten (zumindest zunächst) keine Veränderungen zu erwarten oder gar zu verlangen. Es ist die schwierige Arbeit, eine Beziehung anzubieten und gemeinsam mit dem Klienten zu gestalten, die ihm Raum gibt, sich selbst wieder als einen selbstbestimmten, eigen-sinnigen Menschen zu erleben. Gleichzeitig sollen beide Seiten nicht vergessen, daß es sich um eine professionell begründete Beziehung handelt, also nicht um eine »normale« Bekanntheit oder gar Freundschaft.

Zeit

»Chronisch« heißt »dauerhaft, über einen langen Zeitraum hinweg, möglicherweise für immer«. Entsprechend sollte auch der Umgang mit den Klienten von Anfang an angelegt sein: auf einen in zweierlei Hinsicht zeitaufwendigen Prozeß. D.h., der Berater und Begleiter braucht Geduld und muß in der Lage sein, sich auf eine längerfristige Begleitung einzulassen. Und er muß für den Klienten Zeit haben. Dies in mehrerlei Hinsicht: Zunächst bedeutet es, ausreichend Zeit zur Verfügung zu haben für ein ausführliches Gespräch, das auch die Möglichkeit zum zeitweisen Schweigen etc. beinhaltet und der Berater nicht »auf dem Sprung sitzt«, er auch in der Lage ist, sich ein paar Minuten länger als geplant Zeit zu nehmen. Wichtig ist das Angebot von Hausbesuchen, d.h. dem Klienten entgegenkommen zu können (sofern er dies wünscht und einverstanden ist). Es muß die Möglichkeit bestehen, bei »Hilfearufen« von Klienten relativ kurzfristig reagieren zu können, ohne gleichzeitig unter Streß zu geraten, weil eine Reihe von anderen Terminen deswegen gestrichen werden muß.

Sozialpsychiatrie

Denn Zuverlässigkeit in Bezug auf Terminabsprachen ist für die MitarbeiterInnen Sozialpsychiatrischer Dienste unerlässlich. Zwar halten sich die Klienten nicht immer an Absprachen – sie kommen zu spät zu vereinbarten Terminen oder lassen sie zuweilen ganz ausfallen – aber umso entscheidender ist, daß der Sozialarbeiter von sich aus zuverlässig ist. All dies bedeutet, daß in der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes sowohl Verbindlichkeit als auch Flexibilität vonnöten ist. Die Qualität der Arbeit bestimmt sich nicht nach der größtmöglichen Anzahl von Klienten oder Terminen pro Tag, sondern wird entscheidend mitgeprägt von der Fähigkeit der Mitarbeiter, eine Beziehung entstehen zu lassen.

Akzeptanz

Den Klienten für voll zu nehmen, ihn zu akzeptieren: das sagt sich zunächst leichter als es durchzuführen ist. Tatsächlich tendiert man gerade im Bereich der Psychiatrie dazu, die Patienten zu bevormunden, an ihrer Stelle – und »in ihrem eigenen Interesse« – Entscheidungen zu treffen und ihnen so ihre Eigenständigkeit zu nehmen. Kein anderer Kranker wird von den behandelnden Profis so auf seine Krankheit reduziert wie die psychisch Kranken. Angesichts der psychiatrischen Tradition ist es nicht immer einfach, auch die – theoretisch zumindest unbestritten vorhandenen – »gesunden Anteile« (Dörner/Plog) im Patienten wahrzunehmen. Mit diesen »gesunden Anteilen« (als ob sich Menschen so wie ein Kuchen in einzelne Stücke auf-

teilen ließen) haben die Mitarbeiter sozialpsychiatrischer Dienste in erster Linie zu arbeiten: sie wahrzunehmen und auch für den Klienten erlebbar zu machen ist eine der grundlegenden Aufgaben. Tendenziell wird man »die Krankheit« und die Defizite eher vernachlässigen, sie nicht zum Mittelpunkt machen. Es kann offen bleiben, inwieweit der Gegenüber »wirklich« krank ist.

So umfaßt eine akzeptierende Haltung nicht nur den Blick auf die gesunden Bereiche, sie schließt auch eine höfliche, respektvolle Haltung gegenüber dem Klienten mit ein – was selbstverständlich sein sollte, es allerdings nicht immer ist. Ebenso wie gegenüber sog. »Suchtpatienten« meint man oft auch bei psychotischen Patienten davon ausgehen zu können, daß sie ihr Recht auf Menschenwürde angesichts ihres vielleicht würdelos erscheinenden Verhaltens verloren haben. Akzeptanz der Klienten und die Respektierung ihrer Person beginnt bereits bei der Freiwilligkeit der Beratung oder Begleitung, die sie erhalten. Ärzte, Kliniken und Angehörige legen oft Wert darauf, daß auf die Klienten »Druck gemacht« wird – sowohl im Hinblick darauf, zum Sozialpsychiatrischen Dienst Kontakt zu halten, als auch, bestimmte Forderungen zu erfüllen. Es zeigt sich aber immer wieder, daß sich vertrauensvolle und dauerhafte Beziehungen nur dann entwickeln, wenn sie von den Klienten als freiwillig erlebt werden können. Dies gelingt nur dann, wenn die MitarbeiterInnen von Anfang an die Freiwilligkeit des Kontakts betonen und die Entscheidung des anderen respektieren! (Gerade in der Anfangsphase, wenn die Klienten noch nicht wissen, woran sie mit dem »heimsuchenden« Sozialarbeiter sind,

betone ich am Ende eines Hausbesuches häufig: »Frau M., wäre es Ihnen lieber, ich komme nicht mehr, oder sollen wir nocheinmal einen Termin vereinbaren? Es bleibt Ihre Entscheidung, ich komme nicht gegen Ihren Willen.« Dies zieht viel seltener, als man vielleicht erwartet, eine Ablehnung nach sich. Im Gegenteil unterstreicht es die Eigenverantwortlichkeit und Selbständigkeit der Klientin und gibt ihr die (berechtigte) Sicherheit, daß sie, wenn sie will, auch noch nach dem nächsten Gespräch von sich aus den Kontakt zu mir beenden kann.)

Weder kann noch darf der Mitarbeiter sich für die Entscheidung und das Verhalten des Klienten übermäßig verantwortlich fühlen. Wesentliche Grundlage ist immer das Vertrauen in und die Einbeziehung der Eigenverantwortlichkeit des Klienten, die auch dann respektiert werden muß, wenn sie anders als gewünscht ausfällt.

Die im Bereich der Psychiatrie scheinbar so grundlegende Frage »Sind die KlientInnen verantwortlich für das, was sie tun? Sind sie ‚bad‘ oder ‚mad‘, sind sie böswillig oder verrückt?« verführt zu einer Haltung ihnen gegenüber, die mehr oder weniger stark zwischen Bevormunden und Bestrafen pendelt. Unhinterfragt wird dabei unterstellt, daß es sich um falsches, unsinniges und zu behandelndes Verhalten handelt, eine krankhafte Symptomatik also. Solange man es sich nicht zur Aufgabe macht, ein bestimmtes Symptom oder Verhalten (weg)zutherapieren, läßt es sich als Teil der Persönlichkeit akzeptieren. Dies ist eine wesentliche Vorbedingung dafür, in ein Gespräch zu treten, eine Beziehung zu entwickeln: nicht über den anderen zu reden, sein Verhalten zu erklären und ihn von außen zu verstehen (mit dem Ziel, ihn wieder »herzuzurück-

Sozialpsychiatrie

ten«), sondern mit ihm zu sprechen und seine Eigen- und Besonderheiten dabei zu achten.

Es hat wenig Sinn, einen Menschen, der beispielsweise unter Verfolgungängsten leidet, darauf hinzuweisen, daß dies nicht der Realität entspricht. Eine Brücke läßt sich zum Gegenüber eher schlagen, indem man auf seine Empfindungen eingeht, ohne sie gleichzeitig zu disqualifizieren: »Ich kann mir vorstellen, daß es sehr schrecklich für sie sein muß, wenn sie sich von ihrer Umgebung verfolgt fühlen!«

»Verstehen heißt antworten« – so beschreibt der Schweizer Psychoanalytiker und Arzt Bodenheimer seine Grundhaltung im Gespräch mit Patienten. Er beurteilt sie nicht nach »bad oder mad«, sondern akzeptiert sie, wie sie zu ihm kommen, als selbständige Persönlichkeiten. Statt sich von ihnen zu distanzieren und Erklärungen über sie zu erstellen, tritt er in ein Gespräch mit ihnen und erarbeitet gemeinsam Deutungen, stellt mit ihnen Sinn über ihre Situation und ihr Verhalten her. Dies ist ein treffendes und wirkungsvolles Modell auch für die Arbeit Sozialpsychiatrischer Dienste.

Veränderungen

So paradox es zunächst klingt: sinnvoll und hilfreich kann es sein, daß die MitarbeiterInnen vom Klienten zunächst keine Veränderung erwarten. Dies ist vielleicht einer der schwierigsten Teile der Arbeit, denn nicht nur die Angehörigen oder behandelnden Ärzte erwarten, ja verlangen Veränderungen bzw. Unterstützung bei dem Bemü-

hen, vom Klienten Veränderungen zu erreichen: auch man selbst setzt sich leicht unter »Erfolgsdruck«, wenn man sich von der eigenen Arbeit rasche Veränderungen zum Positiven erhofft. Vergessen wird in diesem Moment aber, daß man es mit »Chronikern« zu tun hat, wo man sich die Erfolgsliste zu hoch setzt, wenn man kurzfristige Veränderungen erwartet.

Schließlich sind da noch die Klienten: sie vermuten hinter dem Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu Beginn meist jemanden, der wiederum einmal an ihnen herumdoktern will, d.h. jemanden, der schnell Veränderungen bewirken will wie so viele andere vor ihm. Sie entwickeln dabei, möglicherweise nicht einmal bewußt, Mißtrauen und Widerstand.

Der Verzicht auf eine Erwartungshaltung zum Besseren trägt demgegenüber zu einer entspannteren Situation bei. Ziel wird es sein, eine Beziehung zueinander zu entwickeln. Dies ist am ehesten möglich, wenn der Klient von Anfang an spürt, daß ihm seine Autonomie zugestanden wird. Denn der Versuch, etwas zu ändern, setzt voraus, daß ich sehe, wo und in welche Richtung sich etwas verändern läßt. Dabei besteht einmal mehr die Gefahr, für und anstelle des Klienten zu denken, ihn zu bevormunden. Daß dies der Entwicklung einer Beziehung abträglich ist, läßt sich immer wieder feststellen. Gerade Patienten der Psychiatrie sind besonders sensibel gegen »Fremdbestimmung« und Bevormundung. So empfinden sie oft schon den wiederholten, gut gemeinten Vorschlag, etwa »sich zu überlegen, ob nicht doch eine Teilnahme an der ‚Werkstatt für Behinderte‘ in Frage kommt«, als Eingriff – und wehren ihn ab. Ein Beharren und Festhalten des Mitar-

beiters an bestimmten Ideen, die er selbst für sinnvoll hält und dem Klienten immer wieder vorhält, läßt das Gefühl entstehen, keine Freiheit über die eigene Entscheidung gelassen zu bekommen.

Dies ist tatsächlich Voraussetzung für »Erfolge« in der Arbeit Sozialpsychiatrischer Dienste, so schwer sie sich auch feststellen lassen: daß der Klient selbständig entscheiden kann und sich vor allem als selbständig entscheidend *erlebt*. Der Mitarbeiter wird sich beschränken, auf der Grundlage einer gefestigten Beziehung allmählich verschiedene Vorschläge, Anregungen und Ideen zu denkbaren Veränderungen zu entwickeln. Seine Aufgabe ist es in diesem Moment, die Perspektiven und Sichtweisen zu erweitern, das Entscheidungspotential des Klienten zu vergrößern. Die Entscheidung selbst ist dem Klienten zu überlassen. Versteht der Mitarbeiter sich selbst in dieser Rolle des Zuarbeiters und verzichtet darauf, anstelle des Klienten dessen Entscheidungen zu treffen, so wird er auch nicht gekränkt sein, wenn der Klient nicht so entscheidet, wie er es getan hätte. Manchmal ist dies sicherlich nicht leicht, denn auch im nichtprofessionellen Alltag beraten wir gern andere. Der Gewinn liegt dann vor allem darin, daß der Klient selbst entscheidet, seine Entscheidung selbst verantwortet und auch sich selbst als »Entscheidungsträger« erlebt.

Vom Klienten zunächst keine Veränderungen zu erwarten bedeutet nicht, daß keine Veränderungen eintreten. Das Paradoxon – »je weniger Veränderungen der Mitarbeiter erwartet, desto mehr Veränderungen sind dem Klienten möglich« – besteht nur scheinbar: Der Verzicht auf Erwartungen läßt dem Klienten genügend Feiraum.

Sozialpsychiatrie

Diese freiwillig getroffenen Entscheidungen für etwas wirken langfristig wesentlich positiver als die nur auf Betreiben des Betreuers und unter Druck in Form eines »Einlenkens« des Klienten zustande gekommenen.

Zusätzlich bringt ein Erwartungsverzicht mit sich, daß Veränderungen subjektiv umso stärker erlebt werden, je weniger sie erwartet wurden – und daß demnach nicht eingetretene Veränderungen nicht als Mißerfolge empfunden werden. Dieses Vorgehen ist dann nicht paradox, wenn man nicht so sehr Verhaltensänderungen bewirken will, als vielmehr eine Stärkung der Selbstwahrnehmung, des Selbstwertgefühls und der Eigenverantwortlichkeit des Klienten.

Arbeitsformen

Die äußeren Formen der Arbeit Sozialpsychiatrischer Dienste lassen sich verhältnismäßig kurz darstellen. Den größten Teil machen Einzelgespräche mit Klienten aus, teils in der Beratungsstelle, mehr noch aber – nicht nur im ländlichen Bereich, allerdings dort in ganz besonderem Maße – bei Hausbesuchen. Die »aufsuchende« Arbeit bildet einen Schwerpunkt, da die Eigenmotivation und, damit zusammenhängend, die Mobilität der Klienten vor allem zu Beginn stark eingeschränkt ist. Respektiert man dies und zeigt ausreichende Flexibilität und Bereitschaft, auch ins Haus zu kommen, so können mit wachsendem Eigeninteresse der Klienten am Kontakt auch die Hausbesuche durch Gespräche in der Beratungsstelle ergänzt

oder ersetzt werden. Voraussetzung hierfür ist dann allerdings, daß die Verkehrsbedingungen der Region ausreichend sind. Im übrigen sind Hausbesuche auch dann vorzuziehen, wenn die Klienten ansonsten von Angehörigen in die Beratungsstelle gebracht werden müßten, und damit das Gefühl der Abhängigkeit noch verstärkt würde.

Wie schon dargelegt, haben Klienten zu Beginn häufig eine starke Abneigung und Abwehr gegen »therapeutische« Situationen. Die Einzelgespräche werden von daher in der Regel eher in einem »nicht-therapeutischen« Setting stattfinden, sie reichen von beratenden Gesprächen über von den Klienten angesprochene Probleme bis hin zu allgemeinem Geplauder über das Wetter. Insbesondere zum Aufbau eines vertrauensvollen Kontakts ist oft nicht das »Was«, sondern das »Wie« entscheidend. Nicht selten unternehmen wir einen Spaziergang anstelle eines Gesprächs am Tisch.

Zunehmend erkennen wir auch die Bedeutung und Wirksamkeit von Gruppenaktivitäten, wobei wiederum keine therapeutischen Gruppenveranstaltungen gemeint sind, sondern Angebote zur Freizeitgestaltung. Die meisten der Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes haben ein sehr eingeschränktes Freizeitleben, ihre Kontakte nach außen sind meist gering, sie haben oft wenig Freunde und Bekannte. Die Teilnahme an einer regelmäßigen Freizeitgruppe wie auch an mehrtägigen Freizeiten mit anderen Klienten läßt ihnen die Chance, allmählich und ohne Druck von außen wieder Kontakte zu anderen Menschen zu erproben. Auch hier ist »Niedrigschwelligkeit«, d.h. geringe Kosten und Aufwand (vorher abholen und auch hinterher wieder nach Hause

bringen), zumindest am Anfang, wichtig.

Im Vordergrund stehen die Möglichkeiten, Spaß zu haben und gemeinsam mit anderen Klienten in einer Gruppe verschiedene Aktivitäten zu unternehmen. Wer die entspannte Atmosphäre innerhalb einer solchen Gruppe beim Kegeln, Wandern, gemeinsamen Kochen und Essen oder Singen und Spielen erlebt hat und dann die Veränderungen der Klienten nach einigen Monaten beobachtet, wird überrascht sein. Nach unserer Auffassung kommt zumindest ein großer Teil der Veränderungen durch den Verzicht auf Druck, Zwang oder überhaupt Fremdstrukturierung zustande. Gleichzeitig sind die Mitarbeiter in einer solchen Gruppe ständig gefordert, Gespräche einzuleiten und aufrechtzuerhalten, Gruppenprozesse zu fördern, Fixierungen auf die Mitarbeiter abzubauen etc.

Ergänzt werden kann die Arbeit mit den Klienten noch durch Angebote von Familiengesprächen, in die die Angehörigen auch einbezogen werden, und die Beratung für Partner, Eltern, Kinder oder Freunde von Klienten. Sie sind auf vielfältigste

Sozialpsychiatrie

Weise in die Lebens- und Krankheitsgeschichte des »identifizierten Patienten« beteiligt. Bei ihrer Beratung geht es allerdings weder um eine mögliche Mitschuld noch um eine indirekte Therapie der Klienten. Im Vordergrund steht meist die Frage, wie die Angehörigen unabhängig von gewünschten, aber momentan unerreichbaren Veränderungen des Klienten für sich selbst eine Verbesserung der Situation erreichen können. Ein sinnvolles Mittel kann dabei neben den Beratungsgesprächen auch eine Angehörigengruppe sein, die Möglichkeit zur Information, aber auch zum Erfahrungsaustausch beinhaltet. Es wird deutlich, daß als MitarbeiterInnen für die Sozialpsychiatrischen Dienst ausgebildete Fachkräfte notwendig sind – Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, die einerseits über ausreichend Vorerfahrung verfügen und andererseits vielseitig sind was Gesprächstechniken, Einfühlungsvermögen und Beratungsformen bis hin zu Freizeitgestaltung betrifft. Gerade weil es sich oft um »Bezie-

hungsarbeit« handelt, müssen sie auch in der Lage sein, mit dem Problem von Nähe und Distanz souverän umgehen zu können. Dabei ist ausreichend Supervision unerlässlich; Ständige Reflektion und Überprüfung sind notwendig um sich nicht zu verfangen und um über den – für sich und die Klienten – notwendigen »Spielraum« zu verfügen.

Sozialpädagogische und medizinische Herangehensweise

Für die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes müssen die medizinischen Vorstellungs- und Handlungsmuster im Hintergrund stehen, auch wenn sich die Rahmenbedingungen der Arbeit am Krankheitsbegriff orientieren – etwa bereits bei der Definition des Klientels. Entscheidend ist nicht, die Klienten als Kranke zu sehen. Soweit als möglich wird man versuchen, sie als Gesunde und Ebenbürtige zu betrachten. Hier liegen die Grenzen der medizinischen Sichtweise: sie kann offenbar nicht anders, als den Patienten als Kranken zu sehen. Dessen Zustand wird demzufolge als Ergebnis psychischer und/

oder physischer Disfunktionen und Defizite, die zu beheben sind, verstanden.

Demgegenüber bietet sich dem Sozialarbeiter eine sozialpädagogische Sichtweise an: den Gegenüber mit aller Vorsicht vor allem bei seinen gesunden Anteilen zu nehmen, ihn auch als normalen Menschen zu betrachten und zu erleben.

Diese beiden Modelle, die des Mediziners und die des Sozialpädagogen, können und brauchen nicht vermischt zu werden. Es kommt nicht darauf an, daß eine der beiden Perspektiven objektiv wahrer oder richtiger ist. Der Sozialpsychiatrische Dienst ist weder Alternative noch Ersatz für eine medizinische Therapie. Modelle und Sichtweisen sind danach zu beurteilen, wer wie mit welchem Modell am besten und sinnvollsten arbeiten kann. Unterschiedliche Perspektiven bedingen unterschiedliche Handlungsalternativen. Die Eigenständigkeit jeder Perspektive, ihre Berechtigung auch auf Selbstständigkeit, ist zu achten. Medizinische und sozialpädagogische Vorgehensweisen brauchen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Vielmehr ist ein Nebeneinander sowie Kooperation von Ärzten und Sozialpsychiatrischen Diensten notwendig — allerdings nicht hinter dem Rücken der Klienten, sondern nur mit deren Wissen. Ziele können dabei auch nicht sogenannte »Therapie- oder Betreuungsketten« verschiedener Institutionen sein, in denen die Klienten verstrickt werden können und womöglich gefesselt bleiben. Aufgabe aller beteiligten Profis ist es, auf genügend Freiraum und Möglichkeit zur Entwicklungsfähigkeit der Klienten in verschiedenster Hinsicht zu achten. Die Trennung von Beratung und Begleitung durch den Sozial-

Sozialpsychiatrie

psychiatrischen Dienst einerseits und Therapie und Behandlung durch Ärzte, Kliniken etc. andererseits birgt dann die Chance in sich, längerfristig positive Veränderungen zu bewirken, die von dem Klienten vor dem Hintergrund einer tragfähigen, vertrauensvollen Beziehung zu den Mitarbeitern des Sozialpsychiatrischen Dienstes selbst vorangetrieben werden. Voraussetzung hierfür sind neben Zeit, Akzeptanz und dem Hintanstellen von Wünschen nach schnellen Symptombesserungen die Freiwilligkeit der Beziehung zwischen Mitarbeiter und Klient.

Grundsätzlich kann man sagen, daß anders als in therapeutischen Institutionen und Beziehungen die Mitarbeiter Sozialpsychiatrischer Dienste immer mit, keinesfalls gegen die Klienten zu arbeiten haben, d.h. daß sie in der Lage und innerlich bereit sein sollten, mit den Klienten »mitdriften« und sich mit eigenen Anregungen zurückhalten zu können ohne die notwendige Distanz zu verlieren. Dies gilt selbstverständlich nicht immer und in jedem Fall, ist jedoch eine hilfreiche Richtschnur.

Zusammenfassend kann man, etwas salopp, feststellen, daß die Klienten nicht so sehr »dort abgeholt werden sollen, wo sie stehen«, sondern man sich mit ihnen dort trifft, wo sie sich befinden, und man dann gemeinsam sieht, ob und was man zusammen unternimmt. Dabei ist die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste oftmals eine Gratwanderung: Beziehungen herstellen zu Menschen, bei denen die Unfähigkeit zu Beziehungen diagnostiziert wurde; mit »Beziehungen« zu arbeiten, ohne für

sich selbst und die Klienten den professionellen Hintergrund zu vergessen; zu verzichten, um auch nur kleine Veränderungen zu ermöglichen; überhaupt Veränderungen zum Besseren zu bewirken bei chronisch Kranken; psychisch Kranke »normal« zu behandeln; »Verrückte« als gleichwertige Menschen zu akzeptieren . . .¹

Johannes Herwig-Lempp

Anmerkungen

¹ Für die kritisch-konstruktive Durchsicht und Diskussion des Manuskripts danke ich Ute Große-Fresse, Annette Sailer (meine Kolleginnen im Sozialpsychiatrischen Dienst Calw) und Reinhart Lempp.

Literatur:

Aron R. Bodenheimer: *Verstehen heißt antworten*. Frauenfeld 1987

Luc Ciompi (Hrsg.): *Sozialpsychiatrische Lernfälle*, Bonn 1985

Klaus Dörner/Ursula Plog: *Irren ist menschlich*, Bonn 1978

Wilhelm Rotthaus: *Menschenbild in der systemischen Therapie*, Vortrag gehalten am 16.12.87 in Tübingen

John J. Weakland/ John J. Herr: *Beratung älterer Menschen und ihrer Familien*, Bern, Stuttgart, Wien 1987 (2. Aufl.)

Fritz B. Simon/ Gunthard Weber: *Das Invalidenmodell der Sozialpsychiatrie*, in: Thomas Keller (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie und Systemisches Denken*, Bonn 1988, S. 58-64

Ulrike Thurner-Dinkelacker: *Unsere schwierige Praxis*, Einleitungsvortrag zum 4. Arbeitstreffen der LAG der Mitarbeiter Sozialpsychiatrischer Dienste in Baden-Württemberg am 7.10.1988 (Ms)

Anschrift:

Johannes Herwig-Lempp
Schmieher Str. 26
7264 Bad Teinach — Emberg

sozialmedizin

Die Zeitschrift für soziale Arbeit

STERBEBEGLEITUNG

WENN DIE ELTERN STERBEN

JUGENDPSYCHIATRIE/-HILFE

IM CLINCH OHNE ENDE

JUVENTA