

Herzlich willkommen!



Empowerment

(stoetter@gmx.net)



Buchempfehlung



Andreas Knuf, Ulrich
Siebert
"Selbstbefähigung
fördern - Empowerment
und psychiatrische
Arbeit", Psychiatrie-
Verlag, 2004

Aufbau

- Definition von Empowerment
- Empowerment in der Selbsthilfe
- Förderung der Selbstbefähigung in der Psychiatrie
 - Konzepte des Empowerments
 - Umsetzung in die Praxis

Diskussionrunde

Wann fühlte ich mich schwach und ausgeliefert in der Psychiatrie?

Definition von Empowerment



Empowerment

- Englisch: Selbstbefähigung oder Selbstbemächtigung
- In der amerikanischen Emanzipationsbewegung der Frauen und der Befreiungsbewegung der Schwarzen lehnte man sich auf gegen Unterdrückung und Machtlosigkeit. Basis dafür war die Rückgewinnung von Stärke und Kraft. Dann erst konnte man sich für die eigenen Rechte einsetzen und musste man sich nicht länger unterlegen fühlen.
- Im psychiatrischen Bereich bedeutet Empowerment die Rückgewinnung der Einflussmöglichkeiten der Psychiatrisch Erfahrenen durch gesteigerte Mitbestimmung bei der Behandlung und den Behandlungsstrukturen. Auch die politische Einflussnahme ist damit gemeint.

Bestimmung

Ausgeliefert

ohnmächtig

Unterdrückung

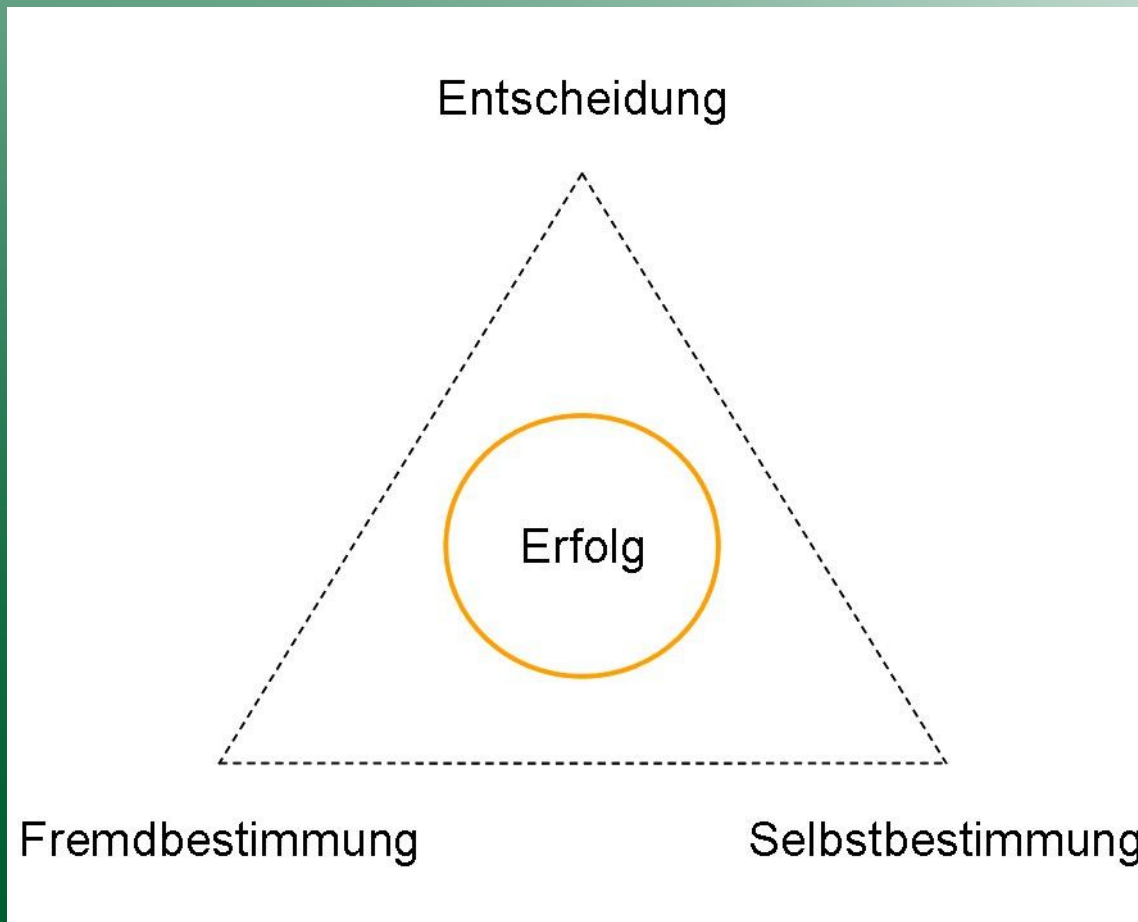
Ausbeutung

Bevormundung

Hilfe

Unterstützung

Führung



Frei

erfolgreich

Freiheit

Machtgefühl

Unabhängigkeit

Erfolg

Rücksichtslosigkeit

Verantwortungslos.

Machtmissbrauch

Arbeitsdefinition

Empowerment ist ein Handlungskonzept der Sozialen Arbeit, das an den Stärken und Kompetenzen der Menschen zur Lebensbewältigung ansetzt und zwar auch in Lebenslagen, die von persönlichen und sozialen Schwächen gekennzeichnet sind. Dabei sollen Klienten dazu ermutigt werden, ihre eigenen Stärken zu entdecken und ihre Ressourcen zur Problemlösung einzusetzen. Damit steht Empowerment im Gegensatz zum traditionellen Klientenbild der Sozialen Arbeit, das eher von den Defiziten des Klienten geprägt ist (Defizitorientierung).

Empowerment in der Selbsthilfe



Die seit 2000 existierende Selbsthilfebewegung in Deutschland wird immer größer und es gibt inzwischen Hunderte von Selbsthilfegruppen und mehrere größere Selbsthilfeorganisationen.

Sie alle fordern

- eine subjektorientierte Psychiatrie,
- einen Umgang auf Augenhöhe zwischen Betroffenen und Fachleuten
- und den Abbau von Zwang, Gewalt und Bevormundung im psychiatrischen Bereich.

Immer mehr Betroffene erlangen wieder ihre eigene Stärke und haben sich erfolgreich vom passiven Hilfsempfänger zum mündigen Behandlungspartner entwickelt.

Förderung der Selbstbefähigung

Diskussionrunde

Wie können die Profis ihre Klienten fördern, begleiten und unterstützen?

Welcher Voraussetzungen bedarf es, damit die Menschen »sich ihrer ungenutzten, vielleicht auch verschütteten Ressourcen und Kompetenzen (wieder) bewusst werden, sie erhalten, kontrollieren und erweitern, um ihr Leben selbst zu bestimmen und ohne *expertendefinierten Vorgaben* eigene Lösungen für Probleme zu finden« ?

Die Felder des Empowerments

- Das eigentliche Empowerment ist alleinige Aufgabe des psychiatrisch Erfahrenen
- Die professionelle Arbeit sollte dabei das Empowerment unterstützen.
- → Ein Wechsel der Perspektive findet statt vom ohnmächtigen Hilfsempfänger hin zu Menschen mit eigener Meinung, die nicht länger nur auf externe Hilfe bauen. Die vorher omnipotenten Helfer werden zu Beratern und Förderern eines zunehmenden Prozesses der Emanzipation und Partizipation.

Die Betroffenen nutzen immer noch nur einen ganz kleinen Teil der sich ihnen bietenden Möglichkeiten zu Selbsthilfe und Selbstbestimmung.

Dies liegt auch daran, dass die psychiatrische Versorgung ihnen dabei Steine in den Weg legt: So wird zu viel Verantwortung übernommen, zu wenig informiert und Mitbestimmung zugelassen bei der Medikation und Therapieplanung und es gibt lähmende traumatische Erfahrungen bei der Behandlung.

- Erst seit kurzem zählen die Selbsthilfemöglichkeiten der Betroffenen und deren Bewältigungsstrategien und individuelle Vorsorge. Forschung, Diagnostik und Therapieplanung sahen nur die Defizite der Patienten, doch vollzieht sich langsam ein Wandel weg von der defizitären Sichtweise hin zu deren Fähigkeiten und Ressourcen. Daraus ergeben sich für die Psychiatrie ganz neue Ansätze, um die Benutzer zu unterstützen und zu fördern.
- Es zeigt sich gerade in den nicht als nutzerorientiert erlebten Bereichen, ob sich die Behandlung nun wirklich an den Bedürfnissen der psychiatrisch Erfahrenen orientiert. Darunter fallen die Medikation und der Einsatz von Zwang und Gewalt. Vermehrte Selbstbestimmung kann dabei zu einer bedürfnisorientierten Behandlung führen.

Die 15 Säulen des Empowerments

- Empowerment ist der Versuch des Betroffenen, seine verloren gegangenen Fähigkeiten und seine Macht bzw. seinen Einfluss wieder zurückzugewinnen. Profis können diese Prozesse nur fordern und unterstützen, sie jedoch nicht bewirken. Die Betroffenen sind gefragt, den Begriff zu bestimmen und mit Leben zu füllen.
- Unter http://www.power2u.org/articles/empower/working_def.html findet sich eine Arbeitsdefinition, die auf 15 Säulen ruht. → Siehe Handreiche

Nutzerorientierung

- Stellt das Postulat der Nutzerorientierung innerhalb der Psychiatrie einen Paradigmenwechsel (Paradigma = das, was beobachtet werden kann und angewendet wird) hin zum Empowerment dar?

Die Empowerment-Bewegung der Betroffenen resultierte aus den am eigenen Leibe verspürten Erfahrungen. Die Zwangsbehandlung gehörte zum alltäglichen Bild innerhalb der Psychiatrie und noch heute droht möglicher Zwang den Patienten. Das Image der Psychiatrie ist oft geprägt von dem Motto "Und bist Du nicht willig, dann brauch ich Gewalt". Die Angst vor Zwang ist fest verwurzelt in den Erfahrungen und Befürchtungen ehemaliger Patienten. Die Empowerment-Bewegung hat eine grundlegende Änderung der Psychiatrie im Sinne. Aufgabe der Psychiatrie soll es sein, dem Patienten helfend zur Seite zu stehen, um seine Probleme zu bewältigen. Hilfe zur Selbsthilfe ist angesagt und das Mittel der Wahl kann nur die Eigenverantwortung des Betroffenen selbst sein, wie dies bei anderen medizinischen Behandlungen und psychosozialen Beratungen auch der Fall ist.

Zwangsbehandlungen und Zwangsunterbringungen konterkarieren jede Eigenverantwortung. Solange Zwang der Psychiatrie als alltägliches Mittel zur Verfügung steht und nicht auf extreme Fälle von Suizidalität und Fremdgefährdung beschränkt und unter umfassender Kontrolle gehalten wird, ist der Zwang nichts anderes als ein Paradigma der Psychiatrie. Gegenstück dieses Paradigmas ist die strikte Nutzerorientierung. Die Anwendung der Nutzerorientierung verliert auch nicht an Anspruch, wenn es vereinzelte Fälle gerichtlich angeordneten Zwangs gibt. Der Unterschied zeigt sich an der Frage, ob eine bestimmte Behandlung oder Betreuung nun im Einvernehmen mit dem Patienten Anwendung findet oder ob sie gegen seinen Willen vollzogen wird.

Was ist Nutzerorientierung?

- entstammt der Debatte um die Dienstleistungsgesellschaft, die auch die Behörden und das Gesundheitswesen betrifft
- Individualisierung und Differenzierung
- Selbstbestimmung ersetzt Fremdbestimmung, amtliche Zwangshilfe wechselt mit Kooperation
- Das soziale Umfeld des Betroffenen bedarf der Hilfe
- Enquete → Gemeindepsychiatrie und Bettenabbau
→ Qualitätsentwicklung von Leistungsangeboten steht noch aus; Sprachrohr Selbsthilfeorganisationen

Begriffsvielfalt

- Klient
- Kunde
- Nutzer
- User, Ex-User
- Patient
- Survivor (Psychiatrie-Überlebender, Antipsychiatrie)
- Psychiatrie-Erfahrener
- Auftraggeber

Nutzerorientierung am Beispiel

- Beispiel Zwangsunterbringung
 - Auftraggeber
 - Betreuer
 - Kunde
 - Keine Patientenorientierung
 - Keine Nutzerorientierung
- Beispiel Straftat mit Bewährung und Auflage
- Komm- und Gehstruktur
- Befürsorgung, fürsorgliche Belagerung

Behandlungsbedürftigkeit

- Unbehandelte Fälle & Recht auf Nichtbehandlung
- magersüchtige und medikamentenabhängige, intelligente vierzigjährige Frau ohne Krankheitseinsicht, die unter Betreuung steht mit dem Auftrag der "Gesundheitsvorsorge und Zuführung zur ärztlichen Behandlung"
 - Ablehnung der Aufhebungsanträge
 - Psychiatrisierung und Zwangsbehandlung
 - Kein Vertrauen in die Psychiatrie
 - Klientenorientiert sähe der Fall anders aus

Nutzer als Auftraggeber

- Kenntnis der und Vertrauen in die Dienstleistung
- Öffentlichkeitsarbeit und Tabuthemen
 - Sexualkrankheiten
 - Sonderstellung der Depression
 - Schizophrenie
- Abstinenz gegenüber qualifizierte Behandlung als Folge des Mangels an benutzerfreundlichen Angeboten auf dem psychiatrischen Feld

Zusammenfassung

- Eigenverantwortung wird gefordert und gefördert
- Bei Überforderung bedarf es der Hilfe im Angebot
- Überforderung der Fachleute:
 - Grenzen durch
 - Zeitbudget
 - Fachliche Kompetenz
 - Überzogene Ansprüche seitens der Klienten
 - Dennoch darf der Profi den Klienten nicht im Regen stehen lassen, wenn er den Ansprüchen nicht entsprechen kann oder will

Anforderung an den Profi

- Grenzen aufdecken und Verweigerung verständlich überbringen
- Clearing integrieren (Alternativen aufdecken und gemeinsam suchen)
- Versorgungslücken publik machen

Konzepte des Empowerments



Diskussionrunde

- Welche Elemente wünschen Sie sich im Verhältnis zwischen Behandelndem und Klient / Patient? Inwiefern würden diese Elemente den Klienten / Patienten stärken?
- Welche Elemente blockieren den Klienten / Patienten und machen ihn passiv und machtlos?

Konzepte des Empowerments

- Gesundheitsförderung
- Aufklärung
- Krankheitsverständnis
- Selbstbefähigende Psychotherapie
- Mediation im sozialen Umfeld
- Stabilisierung der Identität



Empowerment betreiben

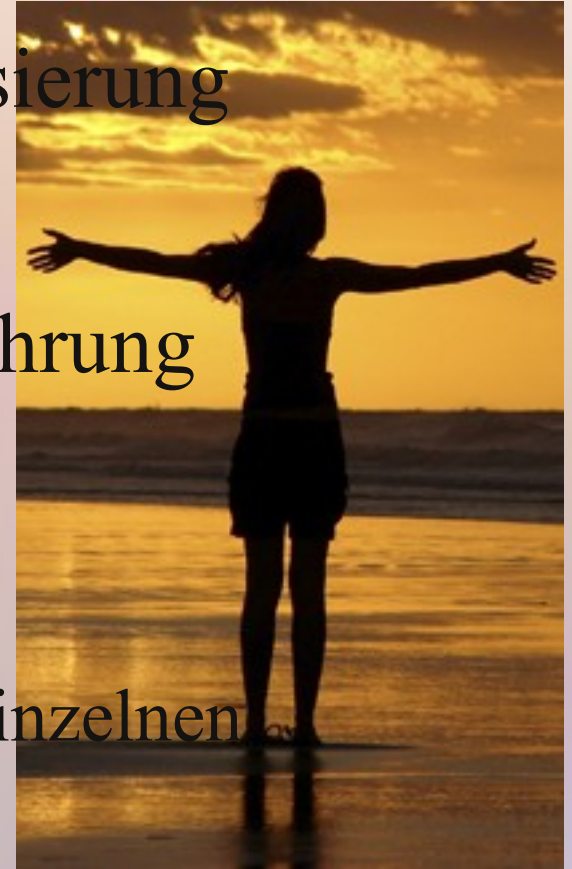
Empowerment beginnt nicht mit der Schaffung neuer Angebote, sondern überprüft zunächst die aktuell betriebene psychiatrische Arbeit daraufhin, welchen Einfluss diese auf das Empowerment der Betroffenen haben kann. Vor jeder Aktivität sind Stolpersteine aus dem Weg zu räumen, die die Klienten bei ihrer Selbsthilfe und Selbstbestimmung behindern.

Solche Hindernisse

- blockieren nur die Eigenaktivität der Klienten
- nähren Chronifizierungsprozesse
- stehen der Gesundung im Wege.

Gesundheitsförderung

- Erlernte Hilflosigkeit und Demoralisierung
- Traumatisierung
- Verstehen, Bewältigen und Sinnerfahrung
- Empowerment-Haltung
 - Fürsorge nach Maß
 - Vertrauen in die Fähigkeit jedes Einzelnen
 - Keine beurteilende Grundhaltung
 - Passive Aktivität



Erlernete Hilflosigkeit

- Besonders Psychoseerfahrene haben oft das Gefühl, keinen Einfluss darauf nehmen zu können, was im Leben mit ihnen passiert. → Flucht in die Psychose
→ Motivation und Antrieb verkümmern. Der Kontrollverlust lähmt. → Passivität und Resignation
→ kognitive Beeinträchtigung → depressiver Zustand (postpsychotische Depression, Antriebsstörungen, Interesseverlust, Denkstörungen als endogene Dynamik der Krankheit)

Äußerungen der erlernten Hilflosigkeit

- Resignierte Akzeptanz des Erlebens, die Wirklichkeit sei unverrückbar und nicht durch eigenes Handeln beeinflussbar
- Geringschätzung der eigenen Meinung
- Generelles Misstrauen in eine unwirklich, abweisend und feindlich erlebte Umwelt
- Gefühl, ausgeliefert zu sein und Erfahrung der eigenen Verletzlichkeit auf sozialer Ebene
- Gefühl, die Zukunft sei einem verschlossen

Demoralisierung

- Vor der drohenden Passivität können Patienten, um sich nicht weiter hilflos zu fühlen, aggressiv werden. Ärger über Helfer und Hilfen und Verweigerung der Behandlung als Zeichen von Demoralisierung und Traumatisierung. → Auseinandersetzung erforderlich
- Empowerment verhindert das Abrutschen in die Demoralisierung. Demoralisierte müssen wieder aufgebaut werden.
- Nur der, der das Gefühl hat die wichtigen Entscheidungen selbst treffen zu können, der besinnt sich auf seine eigenen Kräfte und handelt auch

Traumatisierung

- Gewalterfahrung und sexueller Missbrauch leisten der Psychose Vorschub. Erlebnisse in der Krise und während der Behandlung traumatisieren. → Blockade des Empowerments Traumatisierte werden retraumatisiert. Neue Traumatisierungen fallen stärker aus als die erlittenen Traumatisierungen.
- Beispiel: Hinrichtung einer Psychoseerfahrenen
Der Betroffene erlebt dies als Wirklichkeit und nicht als psychotisches Erleben

Traumatisierungen 1 von 2

- Traumatisierungen vor der Psychose bzw. Psychiatrieerfahrung durch sexuellen Missbrauch, broken homes, Alkoholismus in der Familie und Gewalterfahrungen
- Durchlittene Traumatisierungen lassen spätere Traumatisierungen als noch bedrohlicher erleben
- Erfahrungen während der Krise äußern sich durch Vertrauensverlust der Welt oder sich selbst gegenüber, massive Angst und Verfolgungswahn, Katatonie, Halluzinationen, Derealisation und Depersonalisation.
- Die Art der Klinikeinweisung mit Gewalterfahrungen, Polizeieinsatz und Suizidversuch.

Traumatisierungen 2 von 2

- Gewalterfahrungen während der Behandlung durch das Erleben des Freiheitsentzugs, der Zwangsmedikation und der Fixierung bei sich und auch bei anderen.
- Wirkungsweise von Medikamenten, wenn diese Nebenwirkungen freisetzen, von denen der Betroffene nichts gewusst hat.
- Durch Selbst- und Fremdstigmatisierung mit der Abwertung, verrückt zu sein. Man fühlt sich von der Gesellschaft ausgeschlossen und sieht keine Perspektive mehr
- Die Folgen der seelischen Erkrankung wie Verlust der Arbeit, von Freunden oder gar des Lebenspartners.

Folgen von Traumatisierung

- Die Folgen der Traumatisierung ähneln denen der Demoralisierung und der Angststörung und sind nur schwer von der eigentlichen Symptomatik der Krankheit zu unterscheiden.
 - Ständige Beschäftigung mit den Ereignissen
 - Schlafstörungen
 - Vermeidung von Aktivitäten
 - Gestörte Konzentration
 - Interesseverlust
- Schwer unterscheidbar, ob Verhalten nun psychotisch ist oder eine reaktive Traumatisierung

Empowerment-Praxis

- Während der Psychose zeigt sich die „Ursituation des traumatischen Affektes“. Zerreißen, Schreck und Wirklichkeitsverlust bewirken Passivität, Rückzug oder Aggressivität → Empowerment-Blockade → Dem Vergessen und Verdrängen der Erfahrung von Gewalt und Ohnmacht ist rückversichernd und verständnisvoll entgegenzuwirken. Im Gespräch ist auch zu thematisieren, wie solche Erlebnisse (Zwangsmedikation, Zwangsunterbringung, Gewaltausübung) in Zukunft vermieden werden können. → Wiederherstellung des Gefühls der Beeinflussbarkeit

Verstehen, Bewältigen & Sinnerfahrung

- Ansatz der Salutogenese nach Antonovsky
 - Vom defizitären Ansatz zur Resourceorientierung
 - Erfahrungen von Hilflosigkeit und Traumatisierung werden vermieden, da positiv formuliert wird
 - Warum sind gesunde Menschen gesund geblieben, obwohl sie derselben Umwelt ausgesetzt waren?

Kohärenzgefühl bei der Salutogenese

- Gefühl der Verstehbarkeit: Die Reize, denen man ausgesetzt ist, sind nicht chaotisch, willkürlich oder zufällig sondern wohlgeordnete Informationen
- Gefühl der Bewältigbarkeit: Die Probleme sind lösbar aus den eigenen Ressourcen heraus
- (Wichtigstes) Gefühl von Sinnhaftigkeit: Das Leben erscheint einem sinnvoll und die Anforderungen im Leben sind es auch wert, angepackt zu werden
- → die drei Ebenen gehören zusammen und können nicht isoliert betrachtet werden

Antonovsky und psychische Krankheit

- Je nach Ausprägung der drei Gefühle entwickelt der Mensch verschiedene Ressourcen gegen Krankheiten
- Die drei Gefühle entscheiden darüber, ob jemand seinen Handlungsspielraum voll ausschöpft bei der Bewältigung komplexer und schwieriger Situationen. Umso mehr, je stärker alle drei Gefühle ausgeprägt sind
- Bei psychisch Kranken sind die drei Gefühle (verstehbar, bewältigbar, sinnhaft) nur schwach ausgeprägt (kognitive Störung und Reizüberflutung | Sinn von Psychosen und Fehlen der üblichen Sinnmuster)

Gesundheitsfördernde Empowerment- Haltung

- Fürsorge nach Maß
- Vertrauen in die Fähigkeit jedes Einzelnen
- Keine beurteilende Grundhaltung
- Passive Aktivität

Fürsorge nach Maß

- Theorie der Menschenstärken nach Weik
- Jeder Mensch hat eine innere Kraft (Lebenskraft, Lebensenergie, Spiritualität..), die durch Empowerment gestärkt wird. Werden die positiven Kapazitäten (Talente, Erfahrungen, Ansprüche) eines Menschen unterstützt, dann greift er auf seine Stärken zu. Der Glaube an die inneren Fähigkeiten für Wachstum und Wohlbefinden ist zentral.
- Fürsorge und Verantwortungsübernahme ist sinnvoll in der akuten Krise und bei mehrjährig Erkrankten, doch ungeeignet als allgemeine Haltung → Autonom

Vertrauen in die Fähigkeit Betroffener

- Fähigkeiten wahrnehmen, würdigen und fördern anstatt Defizite zu verorten und zu behandeln
- Bewältigungsforschung bei Psychosen blieb lange Zeit unberücksichtigt
- Die Betroffenen fragen, was sie brauchen und was ihnen gut tut, anstatt ihnen dieses Wissen in Abrede zu stellen. Trennung ernst gemeinter Anliegen und solcher, die der situativen, kurzfristigen Dynamik geschuldet sind
- Behandlungsvereinbarung, Patientenverfügung, individuelle Absprachen

Keine beurteilende Grundhaltung

- Akzeptanz des Eigensinns der Klienten
- Keine Lebensentwürfe überstülpen, die dem Profi besser ins Konzept passen (Reha-Maßnahmen!), sondern deren Entwürfe akzeptieren und dabei helfen, diese umzusetzen
Akzeptanz bedeutet nicht das allumfassende Zustimmung, sondern das wohlwollende Überprüfen aller Wünsche
- Nicht nur Therapeuten, sondern auch Betroffene haben ein Anrecht auf den Irrtum. Versuch und Irrtum sind Grundlage autonomen Verhaltens

Die passive Aktivität

- Nichthandeln fällt ungleich schwerer als Handeln
- Professionelle Zurückhaltung, wenn der Klient die eigenen Fähigkeiten entdeckt und einstudiert
- Man liefert sich dem Patienten und der Krankheit aus, anstatt in fürsorglichen Aktivismus zu verfallen (Fremdhilfe, Lösungswege aufzwingen, Aufgaben übernehmen und Entscheidungen stellvertretend treffen)
- Gruppenabläufe weniger steuern
- Der Entzug der Hilfe kann zu Wut und Rückzug führen.

Gefahren neuer Arbeitsweisen

- Qualitätsmanagement und personenzentrierte Hilfen im ambulanten Bereich laufen Gefahr, die Eigenzeitlichkeit der kranken Klienten und ihre Kapazitäten zur individuellen Problemlösung den überstrukturierten und mit zeitlichen Vorgaben versehenen Hilfeplänen zu opfern.
- Profis stehen unter Erfolgsdruck. Wenn ihre Arbeit keine positiven Veränderungen aufweist, dann wird diese als erfolglos betrachtet. Dieser Leistungsdruck und die daran gekoppelte Ungeduld sind Gift für die Empowerment-Prozesse.

Konzepte des Empowerments

- Gesundheitsförderung
- **Aufklärung**
- Krankheitsverständnis
- Selbstbefähigende Psychotherapie
- Mediation im sozialen Umfeld
- Stabilisierung der Identität



Aufklärung und Informationsaustausch

- Zu viel und zu wenig Informationen
- Studie von Albus
- Informationsrecht und Aufklärungspflicht
- Emotionale Ebene der Informationsvermittlung
- Mut machen
- Akzeptanz von Nichtwissen
- Psychoedukative Gruppen, Psychosese minare und individuelle Gespräche

Informationsstand Betroffener

- 50 % der Schizophrenen kennen ihre Diagnose. Davon die Hälfte wurde vom Arzt darüber informiert.
- Viele Profis halten Aufklärung für unnütz, weil die Diagnose dem Betroffenen Schaden zufügen könne
- Ebenso wenig wird über die Behandlung informiert
 - Besonders bezüglich der Nebenwirkungen von Medikamenten. Jeder sechste kennt die Nebenwirkungen der Medikamente.
- Nach Albus denken zwei von drei Mediziner, die ärztliche Arbeit sei unnötig erschwert, wenn der Patient zu viel wisse

Informationsrecht und Aufklärungspflicht

Alle Kranken haben ein Anrecht darauf, über die Diagnose und die Behandlungsmaßnahmen informiert zu werden. Diese Aufklärung darf nur dann verweigert werden, wenn daraus bleibende Gesundheitsschäden oder eine übermäßige psychische Belastung resultieren. Hinsichtlich der Behandlung hat der Kranke ein Selbstbestimmungsrecht - er kann also frei darüber entscheiden, ob er an der angebotenen Behandlung teilnehmen möchte oder nicht. Brill konstatiert dazu 1998: »Aus dem Selbstbestimmungsrecht und dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 GG) ergibt sich, dass jede Heilbehandlung der Einwilligung durch den Betroffenen bedarf.«.

Spontanaufklärung

Der Betroffene erfährt vom Arzt das, was ein »verständiger Durchschnittspatient in der gleichen konkreten Situation zu erfahren wünscht« (KLEIN / WEISSAUER 1994). Es ist dann Sache des Betroffenen, die ihn interessierenden weiterführenden Fragen zu stellen. Dies dient lediglich der rechtlichen Absicherung des Behandlers. Die Kranken sind oft erst einmal überfordert und nur ein verschwindend kleiner Teil von ihnen kann in der kurzen Zeit beim Erstgespräch alle entscheidungsrelevanten Fakten verarbeiten.

Emotionale Ebene der Informationsvermittlung

- Keine Kognition ohne Emotion
- Selbst auf eine Sachfrage erwartet der Patient nach Blanke oft nicht nur eine Antwort, sondern verweist er auf ein ihn betreffendes Problem → emotionale Ebene einer höchst sachlich wirkenden Information
- Menschen können nur soviel Informationen aufnehmen, wie sie verarbeiten können
→ Middle Knowledge

Mut machen

- Informationen sind kein Selbstzweck. Kraepelins Diagnose hat Hunderttausenden geschadet.
- Hoffnung und positive Zukunftserwartung führen zur Bereitschaft, Hilfe zu suchen (nach A. Schaub)
- Ein stationärer Aufenthalt erzeugt oft keine positiven Zukunftserwartungen – gezielte Arbeit mit Angst und Resignation, um Compliance zu fördern
- Geeignete Wortwahl (pauschal, diskriminierend, vernichtend)
- Ehrlich gemeinte (!) stellvertretende Hoffnung

Die Akzeptanz von Nichtwissen

- Die Auslöser sind nach wie vor unbekannt
→ Konstruktion einfacher Erklärungen, Hypothesen
- 94 Prozent der Mediziner reduzieren Schizophrenie auf biologische Ursachen
- „Zulassen gemeinsamer Hilflosigkeit“ und „beidseitige Demut gegenüber der Erkrankung“

Psychoedukative Gruppen, Psychoseseminare und individuelle Gespräche

- Das Verhältnis zwischen Lehrer und Schüler wäre gänzlich unangemessen und reduziert den Betroffenen zum unwissenden und passiven Objekt
- Ein umfassendes Verständnis psychotischer Krisen bedarf beider Sichtweisen - der wissenschaftlichen Erkenntnis und der subjektiven Erfahrungen des Betroffenen
- Psychoedukative Gruppen werden im Sinne des Empowerments recht kontrovers diskutiert (es mangelt an der gemeinsamen Augenhöhe)

Die bessere psychoedukative Gruppe

- Informationsaustausch statt Informationsvermittlung
- Keine einseitige Informationsvermittlung
- Selbsthilfe geht vor Fremdhilfe.
- Die Gruppenarbeit ist nicht für jeden Klienten sinnvoll. Besonders die ersterkrankten Menschen bedürfen des intensiven Einzelgesprächs, um die Informationen auch emotional zu verarbeiten. Ansonsten drohen Rückzug und fehlende Krankheitseinsicht und werden die Möglichkeiten der Selbstbefähigung blockiert.

Professionelle Handlungsansätze

- Die Klinik als Ort der Zuversicht
- Die Mär, dem fehlenden Krankheitsbewusstsein ausgeliefert zu sein
- Förderung einer vertrauensvollen Beziehung
- Zur Behandlung motivieren
- Stärkung des Autonomiegefühls
- Inseln der Klarheit (spontane und natürliche Unterbrechungen der psychotischen Vorgänge) nutzen

Konzepte des Empowerments

- Gesundheitsförderung
- Aufklärung
- **Krankheitsverständnis**
- Selbstbefähigende Psychotherapie
- Mediation im sozialen Umfeld
- Stabilisierung der Identität



Krankheitsverständnis

- Krankheitsuneinsichtigkeit & Krankheitsbewußtsein
- Wie endogen ist die Einsicht?
- Professionelle Handlungsspielräume
- Wieviel Einsicht verträgt ein Mensch?

Konzepte des Empowerments

- Gesundheitsförderung
- Aufklärung
- Krankheitsverständnis
- **Selbstbefähigende Psychotherapie**
- Mediation im sozialen Umfeld
- Stabilisierung der Identität



Diskussionrunde

Halten Sie die Psychotherapie für psychotoseerfahrene für sinnvoll? Wenn ja, wie sollte diese Therapie aussehen?

Psychotherapie und Psychosen

- Früher lernten Psychiater heimlich Psychotherapie und Psychologen wurden für unnütz erachtet
- Die angebliche Gefahr der psychotischen Dekompensation und wegen der geringen Ich-Stärke
- Betroffenenverbände & Selbsthilfegruppen fordern ein verstärktes Angebot. Es existiert jedoch noch keine spezielle Psychosenpsychotherapie. (bis auf einen analytischen Ansatz)
- Alle Schulen haben jedoch ihr Wissen zusammengetragen, welches auf gemeinsamen Grundpfeilern ruht

Psychosespezifische Therapieelemente

- Partnerschaftliche Beziehung zum Patienten
(Therapieziele gemeinsam erarbeiten!)
- Falls erwünscht, dann möglichst wenig Institutionen, Medikamente und Bezugspersonen
- Alle Arten der Selbsthilfe fördern und fordern
(Einfluss auf Ausbruch, Verlauf und Folgen)
- Gemeinschaftlich erarbeitetes Psychoseverständnis
- Selbständigkeit und das Gefühl von Selbstwirksamkeit statt Demoralisierung und Hilflosigkeit

Stufenweises Vorgehen

- 1) Psychoseerleben erarbeiten & Informationen vermitteln
 - 2) Selbsthilfeorientierte Krisenvorsorge
 - 3) Bewältigungsstrategien fördern
 - 4) Psychoseerleben verstehen
- → gilt außerhalb akut-psychotischer Krisen

Deutungsmöglichkeiten der Erkrankung

- Als Feind
- Als irreparabler Schaden
- Als Bestrafung
- Als Schwäche
- Als Herausforderung
- Als Erleichterung
- Als Wert

nach Z. J. Lipowski 1993

Selbstbefähigendes Psychoseverständnis

- Würdigt das Verständnis- und Entstehensmodell des Betroffenen egal wie seltsam es wirken mag
- Enthält Gestaltungsmöglichkeiten, um sich vor weiteren Krisen zu schützen und um mit Beeinträchtigungen zurechtzukommen.
- Nicht das Modell entscheidet, sondern seine Wirkung
- Integriert die Erfahrungen des Betroffenen
- Ist der jeweiligen Phase angemessen
- Einseitiges Psychoseverständnis ist kontraproduktiv!

Entwicklung von Psychoseverständnis

Die Entwicklung eines Psychoseverständnisses ist ein Prozess, der viel Sensibilität und Zeit benötigt. Mit einem einmaligen Diagnosegespräch ist es nie getan. Wie bei anderen Erkrankungen auch, gibt es bei den Psychosen verschiedene Phasen der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und mit der Diagnose. In all diesen Phasen ist eine Unterstützung der Betroffenen hilfreich. Dies gilt vor allem dann, wenn das soziale Umfeld nicht in der Lage ist ihn bei dieser »Bewältigungsarbeit« zu unterstützen, sondern versucht das Geschehene durch Totschweigen zu bewältigen

Nach Ersterkrankung nach W. Böker

- Das psychotische Erleben ist vollkommen unerklärlich und lässt keinen Vergleich zu. Es macht also keinen Sinn, Krankheitseinsicht zu verlangen
- „Nervöse Überanstrengung“ und „Nervenzusammenbruch“ statt Psychose und Schizophrenie
- Erst nach sorgfältiger Vorbereitung und im Schutz einer vertrauensvollen Beziehung ist die Diagnose mitzuteilen
- Annahme der Diagnose hängt von Erfahrungen mit dem Behandler, der Klinik & Medikamenten (mehr Benzos gegen Nebenwirkungen!) ab

Selbsthilfeorientierte Krisenvorsorge

Man kann sehr wohl mehr machen, als nur auf die Medikamente zu vertrauen:

Vorsorgemöglichkeiten auf drei Ebenen:

- Einfluss auf das Entstehen einer Krise (Überforderung & Frühwarnzeichen erkennen)
- Einfluss auf den Verlauf einer Krise (Medikamentendosierung und Art der Behandlung)
- Einfluss auf die Folgen einer Krise (Überwindung von Schuldgefühlen und Scham)

Die Vorsorge ist nicht gescheitert, wenn es dennoch zum Ausbruch einer Krise kommt!

Angemessener Umgang mit Belastungen

- Stress: daily hassles nach Thurm-Mussgay 1991
 - Das Alleinsein (25 %)
 - Auseinandersetzungen und Konflikte (14,2 %)
 - Bevormundung durch andere (13,8 %)

High Expressed Emotions (kritisierender Umgang der Familie mit dem erkrankten Menschen)

Aufdeckung von Stressmomenten

- Herausarbeiten der akuten und dauerhaften Belastungen besonders der konkreten Auslöser bisheriger Krisen
- Herausarbeiten von Strategien zur Vermeidung
- Ausarbeitung eines Krisenplans für krisenauslösende Situationen
- Sensibilisierung für frühe Anzeichen von Belastungen wie Erschöpfung, Gereiztheit oder Konzentrationsschwierigkeiten

Krisen rechtzeitig erkennen

- Frühwarnzeichen kündigen Monate bis Jahre die Krise im Voraus an. Angehörige sehen diese eher als Betroffene selbst
- Das Erkennen von Frühwarnzeichen ist das wichtigste Element der selbsthilfeorientierten Vorsorge (können fast alle Betroffenen nutzen und beeinflusst den Verlauf der Krise positiv)
- Beachtung beeinflusst auch die Psychotherapie, da sich daran entscheidet, ob diese stützend oder aufdeckend arbeitet.

Kennt der Behandler die Frühwarnzeichen oder die Verlaufsform (langsam, plötzlich) nicht, dann kann sein Handeln unverantwortlich werden

Erstellung eines Krisenplans

- Aufdecken der individuellen Frühwarnzeichen mit Listen und Gruppengesprächen. Dabei sollten nicht nur die typischen und leicht erinnerbaren Anzeichen (Schlafstörung, Nervosität) herausgearbeitet werden.
- Rekonstruktion und schriftliche Fixierung der zeitlichen Abfolge als Grundlage des Krisenplans
- Erstellung eines Krisenplans (mit Vertrauenspersonen mit gelassener Wachsamkeit sprechen, Dosierung ändern und Bedarfsmedikation, Arzt aufsuchen, Krankschreibung einholen usw.)

Absprachen für die Krisenzeit

In der Krise können die wenigsten Betroffenen ihre Wünsche und Bedürfnisse ausdrücken, also sollte Vorsorge getroffen werden

- Sicherstellung einer Behandlung, die den Bedürfnissen und Erwartungen des Betroffenen entspricht (gegen Behandlungstraumata und bessere Zusammenarbeit)
- Frühzeitige Absprachen machen die Krisenbehandlung planbar. Der Betroffene verliert nicht gänzlich die Kontrolle → weniger Angst vor dem Aufenthalt in der Klinik → Klinik wird früher aufgesucht und Krise wird besser abgefedert. → Die Psychose erscheint weniger bedrohlich → Behandlungsvereinbarung und Krisenpass

Förderung von Bewältigungsstrategien

Probleme außerhalb der Krise:

- Die akut psychotischen Symptome klingen nicht immer vollkommen ab
- Die Basisstörungen machen sich auch nach der Krise bemerkbar und schränken Belastungsfähigkeit und Lebensgestaltung stark ein
- Die Folgen der Erkrankung sind oft schlimmer als die Symptome selbst. (Nebenwirkungen der Medikamente, Reaktionen der Umgebung, Selbststigmatisierung)
 - + Es gibt kein optimales, pauschal einsetzbares Coping!
 - + Die Art der Bewältigung bestimmt den weiteren Verlauf

Förderung der Bewältigung von Baisstörungen

Basisstörungen

Auch außerhalb psychotischer Episoden leiden viele Schizophrene an spezifischen Störungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der Informationsverarbeitung und des psychischen Wohlbefindens. Die Basisstörungen finden sich abgeschwächt auch bei Menschen mit affektiven Psychosen, bei neurotischen und sogar bei gesunden Personen.

Bereiche der Basisstörungen

- Störung automatischer Abläufe
z.B: beim Lesen oder beim Ausführen von Tätigkeiten
- Wahrnehmungsstörungen
z.B: hoch ablenkbar und kaum konzentrationsfähig
- Depressivität und Anhedonie(kein positives Denken)
z.B: Rückzug und Verlust gewohnter Interessen
- Reizüberflutung
z.B: verschiedene Stimmen auseinanderhalten

Mit Basisstörungen leben

Ein Umgang mit Basisstörungen und auch das Erkennen solcher Basisstörungen als Frühwarnzeichen werden erleichtert, wenn sie als Teil der Krankheit verständlich werden. Dann ist es möglich, die Einschränkungen zu akzeptieren und sich darauf einzustellen, was wiederum den Krankheitsverlauf positiv beeinflusst

- Gesunde Menschen zeigen oft Vermeidungsverhalten, während psychisch Kranke Bewältigungsstrategien einsetzen

Psychoseinhalte besprechen & verstehen

Für Betroffene gehören Psychoseerlebnisse zu den tiefgreifendsten Erfahrungen in ihrem Leben. Allein dies ist ein Grund, in der Psychotherapie darüber zu sprechen. Sie sind zudem lebensgeschichtlich verankert und können auf ihre Bedeutung und Sinnhaftigkeit hin untersucht werden. Betroffene fordern seit Jahrzehnten vermehrte Gesprächsmöglichkeiten über ihre Psychoseerfahrungen, nur so könne eine Abspaltung des eigenen Erlebens und eine innere Verunsicherung über die Psychoseerlebnisse vermieden werden

Die Wichtigkeit der Sinnfindung

Jeder, der an einer Erkrankung leidet, möchte verstehen, warum er krank geworden ist und ob die Erkrankung irgendeine Bedeutung, einen Sinn für sein Leben hat. Sinnfindung gibt Orientierung und nimmt der Erkrankung damit einen Teil ihrer beängstigenden Dynamik. Sie ist dann mehr als nur ein bedauernswertes Schicksal, sondern hat eine individuelle Bedeutung in der Lebensgeschichte.

- Nach A. ANTONOVSKY (1997) entscheidet das Gefühl der Sinnhaftigkeit (»sense of meaningfulness«) maßgeblich darüber, ob es jemandem gelingt, seine Handlungsmöglichkeiten auszuschöpfen und Widerstandsressourcen gegen Erkrankungen bzw. Ressourcen zur Gesundung zu entfalten.

Interpretationsmöglichkeiten

- Ähnlichkeit von Traum und Psychoseerleben. Letzteres ist intensiver und weniger ichhaft. Die Traumdeutung ist nicht hilfreich!
- Konzept des ungelebten Lebens als Auslöser und Verständniszugang (Psychose als Wunscherfüllung). Auch ungelebtes Leben geht mit Stress einher

Elemente einer Psychotherapie

auch die Psychotherapie kann Krisen auslösen

- (1) Emotionsarme Inhalte zu Beginn. Emotionsreiche Inhalte erst dann, wenn Vertrauen besteht
- (2) Der Therapeut muss die Rückfallrisiken kennen und frühzeitig abklären (Kenntnis von Krisenauslösern, Frühwarnzeichen und Psychoseverlauf)
- (3) Offene Haltung des Behandlers gegenüber den vom Klienten eingebrachten Themen. Der Klient soll den Behandlungsverlauf bestimmen & kontrollieren dürfen

Gefahrenmomente einer Psychotherapie

- akuter Beginn bei früheren psychotischen Krisen,
- keine oder kaum Frühwarnzeichen im Vorfeld, so dass sich anbahnende Krisen nicht rechtzeitig erkannt werden können,
- rasch eintretende Krankheitsuneinsichtigkeit,
- wenig medikamentöser Schutz,
- auch außerhalb der Psychotherapie belastende Umstände,
- Bearbeitung traumatischer Erlebnisse,
- letzte Krise in der jüngsten Vergangenheit
→ erhöhte Gefahr einer durch die Therapie ausgelösten Krise, welche schwer oder gar nicht abgefangen werden kann

Konzepte des Empowerments

- Gesundheitsförderung
- Aufklärung
- Krankheitsverständnis
- Selbstbefähigende Psychotherapie
- **Mediation im sozialen Umfeld**
- Stabilisierung der Identität



Konflikte ernst nehmen

- Probleme im sozialen Umfeld als Anlass psychiatr. Beratung
- Methoden der Mediation
 - Aufgaben und Rolle des Mediators
 - Motivieren
 - Ziele und Verfahren
 - Abgrenzungen und Grenzen

Empowerment durch Mediation

- Psychische Probleme, die ein Anlass für psychiatrische Beratung und Behandlung sein können, treten meistens als Konflikte im sozialen Umfeld in Erscheinung. Das gilt für beide Blickrichtungen: Psychiatrie-Erfahrene beziehungsweise psychisch Kranke beklagen sich über Menschen ihrer Umgebung und diese Personen beklagen sich wiederum über die psychisch mehr oder weniger Auffälligen.
- Beide Seiten interpretieren den Zusammenhang zunächst als Täter-Opfer-Beziehung, das heißt, jeder empfindet den anderen als Täter und sich als Opfer.
- Für beide Seiten entsteht entweder ein endloser Machtkampf oder eine Pattsituation, in der sich nichts mehr bewegt. Damit geht die Möglichkeit verloren, das eigene Leben und die eigenen Probleme in konstruktiver Weise zu planen.

Psychiatrie als Kollaborateur

- Wenn bei einem der Konfliktpartner eine psychiatrische Diagnose gestellt wird, dann wird in traditioneller psychiatrischer Denkweise dieser in der Täterrolle gesehen und die Angehörigen als Opfer betrachtet. Die stationäre Unterbringung und die medikamentöse Behandlung beenden (nach außen hin und momentan) die Konflikte.
- Die Umgebung ist erleichtert und dankbar für den psychiatrischen Eingriff. Die Profis stellen sich auf die Seite der Angehörigen, Nachbarn usw., werden zu einer festen Größe im psychodynamischen Beziehungsgefüge.
- Nach der Entlassung stellt sich der alte Konfliktzustand meist erneut ein; die Angehörigen sind nun von der Psychiatrie enttäuscht, weil sie keine Hilfe mehr erhalten. Wenn sie Angst vor dem neuerlichen Auftreten der Probleme haben, dann werden sie versuchen die Klinikmitarbeiter von einer frühzeitigen Entlassung abzubringen.

Netzwerktheorie gegen Ursachendiskussion

- Die Netzwerktheorie nach Angermeyer löst sich von der reinen Ursachendiskussion.
- Die belastenden und die unterstützenden Faktoren in einem sozialen Beziehungsgefüge, also dem »Netzwerk«, werden analysiert und für Lösungsmöglichkeiten nutzbar gemacht. Das Netzwerk ist das System, in dem sich die Konflikte abspielen und die Lösungen zu suchen sind. Die bestehenden Netzwerke können auch erweitert werden, zum Beispiel durch Einbeziehen einer sozialpsychiatrischen Tagesstätte.

Grundprinzipien der Mediation

- Der Mediator ist ein neutraler Berater für alle Konfliktbeteiligten.
- Vorbereitung der Gespräche mit den Konfliktpartnern, auch einzeln, Motivierung für diese Form der Beratung.
- Die Konfliktpartner stellen zunächst die Probleme aus ihrer jeweiligen Sicht dar.
- Die möglichen Ziele der Mediation werden von den Konfliktpartnern und dem Berater gemeinsam überlegt.
- Die Bearbeitung der zurückliegenden Problemgeschichte gehört **nicht** zur Mediation; aber die Analyse einzelner, konkreter Problemsituationen kann für die Zukunftsplanung wichtig sein.
- Es geht um eine Zukunftsperspektive: Wie können wir miteinander auskommen, ohne dass die Probleme eskalieren?
- Überprüfung und gegebenenfalls Korrektur der Übereinkunft

Konzepte des Empowerments

- Gesundheitsförderung
- Aufklärung
- Krankheitsverständnis
- Selbstbefähigende Psychotherapie
- Mediation im sozialen Umfeld
- **Stabilisierung der Identität**



Diskussionrunde

- 1) Verlesen von Michaels Geschichte
- 2) Wo wird die Identität des Betroffenen in Frage gestellt?

Stabilisierung der Identität

- Grundprinzip beim Vorgehen
- Selbstdefinition, Fremddefinition & Compliance
- Psychische Erkrankung und Identität
- Alternativen zur Krankenrolle
- Identitätswechsel
- Die Probleme des Seitenwechsels
- Identitätsstabilisierung & Regression: Machtausübung

Vorgehen: Stabilisierung der Identität

- Beschäftigung mit der Frage „Wer sind unsere Patienten / Klienten?“
- → „Den Klienten da abholen, wo er gerade steht“

Selbstdefinition, Fremddefinition, Compliance

- Etikettierung auf Grund von Merkmalen: Fremddef.
 - zugeschriebene Identität
- „Wer und was bin ich?“, Selbstdefinition
 - subjektive Einschätzung, die umso mehr von Fremdbildern abhängt je mehr ich in einem sozialen Zusammenhang lebe und die Meinung der Umwelt achte
 - je besser die Beziehung zwischen Arzt und Patient, desto bedeutsamer werden die Diagnose und die dazu gemachten Aussagen
 - umso mehr Compliance (Bereitschaft zur Zustimmung)

Compliance und Stigma

- Compliance muss auf alle stigmatisierenden Äußerungen und Meinungen verzichten.
 - Dazu gehören auch negative Prognosen im Stil von „Sie werden damit leben müssen, dass die Krankheit immer wieder auftritt, und deshalb müssen Sie dauerhaft Medikamente nehmen“
- Vertrauensvolle Patienten übernehmen negative Prognosen (chronischer Verlauf!) und bilden eine negative Identität aus. (selbsterfüllende Prophezeiung), weil im Gegensatz zur somatischen Diagnose schon die Diagnose unweigerlich die eigene Identität in Frage stellt.

Weitere Reaktionen auf Diagnosen

- Non-Compliance, um die eigene Identität vor der negativen Zuschreibung zu schützen

Während andere psychosoziale Zweige die Identitätsstabilisierung positiv bewertet, tendiert die moderne Psychiatrie eher zur Destabilisierung der persönlichen Identität des Patienten (Wunsch, den Patienten von der Richtigkeit und Wichtigkeit etwa der Diagnose zu überzeugen; Risiko: Zerstörung der Identität)

- Schein-Compliance, um besser behandelt und früher entlassen zu werden

Identitätsstärkende Behandlung

- Der Profi muss die Probleme und Erfahrungen aus der Sicht des Klienten betrachten
- Erst danach ist die fachliche Meinung zur Disposition zu stellen, ohne diese dem Klienten überzustülpen
- Danach integriert der Klient in einem längeren Prozess die ihm brauchbar erscheinenden Elemente der Fachmeinung oder er lehnt diese ab, wenn sie seine Identität gefährden.

Psychische Krankheit und Identität

Die (auch für Gesunde umkehrbare) Krankenrolle:

- Ich muss nicht die normale Leistung erbringen, darf mich zurückziehen und muss nicht zur Arbeit
- Ich kann ohne schlechtem Gewissen Hilfe annehmen
- Krankheit ist die Grundlage der Kostenübernahme für medizinische Behandlung und Medikamente
- Ich erwarte Hilfe und gehe dafür Abhängigkeiten ein
- Ich erfülle die Erwartungen Kranken gegenüber: bin dankbar, leide und bin unausstehlich
- Krankheitsdefinition und Behandlungsart der Ärzte finde ich gut
- Ich verzichte auf meine anderslautende Selbstinterpretation

Entlastende Funktion der Diagnosen

- Depressive werden vom Umfeld oft abwertend beurteilt: Sie jammern grundlos, sind bequem, kämen ihren Pflichten nicht nach usw. Die Diagnose der »Depression« gibt eine für alle Beteiligten akzeptable Erklärung; Gefühle und Verhalten können nun als unverschuldetes Leiden angesehen werden und entsprechende Hilfe kann in Anspruch genommen werden.
- Wenn in der Krise »viel Porzellan zerschlagen wurde« und vielleicht nachhaltige Probleme im eigenen Leben entstanden sind, dann ist es bequemer, darin das Symptom einer Krankheit zu sehen, als die volle Verantwortung zu übernehmen.
- Wird der Krankheitsbegriff aber mit »Chronizität« verbunden, dann droht trotz der genannten Entlastungen eine Zerstörung der Identität.

Weitere Folgen der Diagnose

- Möglichkeit der regressiven Geborgenheit (Patient kooperativ und gibt Verantwortung aus der Hand)
- Der Arzt lebt vom Kranketikettieren, da die Krankenkassen nur dann die Kosten übernehmen
- Die Bejahung der eigenen Verrücktheit als Teil der eigenen Identität stärkt den Wunsch, diese auszuleben und die Narrenfreiheit einzufordern
- Strafrechtliche Schuldunfähigkeit wegen einer psychischen Erkrankung verstärkt das öffentliche Stigma des gewaltbereiten Geisteskranken

Alternativen zur Krankenrolle

- Krisen (seelische, Lebens-, spirituelle) sind begrenzt
- Stimmenhören als Fähigkeit und nicht als Symptom
- Wahn oder Übersinnlichkeit (Gibt es Engel?). Es gilt nicht mehr die Frage nach dem Realitätsbezug, sondern nach der Hilfsbedürftigkeit
- „Meine Manien möchte ich nicht missen“ (positive Bewertung von manischen Zuständen)
- Psychiatrie-Erfahrene als Experten in eigener Sache
- Persönliche Erfahrung „ohne Namen“ (Selbstheilung)
- Identität als Behinderter (Frührentner usw.)

Identitätswechsel

- Psychosen können einen Identitätswechsel einläuten, um die neu aufgetretenen besonderen Erlebnisse, Fähigkeiten und Schwierigkeiten als Teil der Persönlichkeit in eine neue Identität zu integrieren
- Auch die Reintegration in die normale Welt zieht einen Identitätswechsel nach sich. (Normalbürger oder Psychiatrieerfahrener)
- Die spirituelle Krise mündet oft in eine Glaubensgemeinschaft
 - .. ist stets ein längerer Prozess mit einer Identitätskrise

Probleme des Seitenwechsels

- Profis versuchen, die Klientenrolle von Geouteten aufrechtzuerhalten
- Profis erschrecken über Betroffene in Gremien
- Gutwillig-herablassender Umgangston für Patientenvertreter, die dann psychiatrische Symptome produzieren, um (b/g)eachtet zu werden

Medikamente und Selbstentfremdung

- Die Psychiatrie-Erfahrenen brauchen Unterstützung, um die aufgetretenen Schwierigkeiten verstehen und verarbeiten zu können, ohne dass sie in Passivität, Angst und Resignation verfallen (müssen).
- Bei aller Hilfe, die heute mit Medikamenten (auch) möglich ist, darf nicht übersehen werden, dass Medikamente oft mit erheblichen Einschränkungen der persönlichen Fähigkeiten der Betroffenen verbunden sind und sie damit ein Stück Selbstentfremdung bewirken können.

Empowerment und die Identität als Kranker

- Wie wir gesehen haben, gibt es auch eine Identität als psychisch Kranker. Scheinbar widerspricht das einer Empowerment-Haltung, weil der Kranke sich ja als schwach und hilfebedürftig definiert. Dieser scheinbare Widerspruch löst sich aber auf, wenn das Hilfe-such-Verhalten die eigene Entscheidung des Betroffenen ist, die Hilfe also nicht fremd-, sondern selbstbestimmt wird.

Identitätsstabilisierung & Regression

- Besondere Brisanz hat das Verhältnis zwischen Identitätsstabilisierung und Regression in Therapieverfahren, die sich der Regression bedienen. Neben der Psychoanalyse ist das besonders die Regressionstherapie. Hier basiert die weit gehende Regression auf einer vertraglichen Vereinbarung. Dadurch wird Macht des Therapeuten zugelassen - aber das ist etwas grundlegend anderes als die Machtausübung in der Psychiatrie ohne ausdrücklichen Auftrag des Klienten.

Umsetzung in die Praxis



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!