



Prof. Dr. Asmus Finzen

Über Behandlung verhandeln. Wege zu einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung.

Vorbemerkung

Jedes Jubiläum ist auch Anlass, zurück zu denken; hier und heute an die Anfänge der Angehörigenbewegung in der Bundesrepublik und auf den mühsamen, oft schmerzlichen Weg bis zur Gründung des Bundesverbandes. Ich erinnere mich dunkel an die Gründungsversammlung irgendwann im Juni 1985 in Bonn, bei der ich als Gast anwesend sein durfte.

Erinnerungen

Als ich meine psychiatrische Ausbildung 1968 an der Tübinger Universitäts-Nerven-Klinik begann, nahmen wir unsere Patienten dort schon als Teil einer Familie wahr und die Angehörigen als Hilfe und Stütze für die Kranken – nicht nur als Informationsquelle für die Anamnese. Wenige Jahre vorher – im Studium – war das noch anders gewesen. Damals hatte sich einer der Dozenten, ein Psychotherapeut, dazu verstiegen, die Angehörigen als „Ungehörige“ zu verunglimpfen. Er meinte dabei die Einmischung Dritter in die psychotherapeutische Beziehung. Aber er schürte damit Vorbehalte gegen die Angehörigen, die sich zum Beispiel bei der Klinikeinweisung ihres kranken Familienmitgliedes in ihrer Sorge gewiss nicht immer konventionell verhielten und uns jungen Ärzten, die wir uns selber zurechtfinden mussten, manchmal überforderten.

Das war auch die Zeit, in der das fatale Wort von der „schizophrenen Mutter“ den Weg über den großen Teich nach Deutschland fand. Vor allem der sonst verdienstvolle Suhrkamp-Band über „Schizophrenie und Familie“ (1969), der übrigens heute noch im Handel ist, trug dazu bei. Er traf auf eine brodelnde Atmosphäre in der Universität, die vor allem bei den aufstrebenden Sozialwissenschaftlern, Pädagogen und Sozialpädagogen den Boden bereitete, soziale Ursachen von menschlichen Problemen und psychischen Krankheiten anzunehmen und anzuschuldigen. Zugleich fand die englische Antipsychiatrie großen Anklang bei den Studenten und in den Feuilletons der grossen Zeitungen. So blieb es nicht aus, dass die neue Bewegung die Ursachen der Schizophrenie im frühen Umgang der Eltern, insbesondere der Mutter, mit den später kranken Kindern identifizieren.

Ich gebe zu, dass ich nach Lektüre der einschlägigen Literatur ebenfalls dafür anfällig war. Aber das Glück von zwei Studienaufenthalten in London 1968 und 1969 führte mich auf den Boden der nüchternen Tatsachen, so dass ich mich in meiner Lehre von Anfang an gegen die Verunglimpfung der Familie einsetzen konnte. Das war insofern wichtig, als ich früh einen Lehrauftrag für das neue Fach Sozialpsychiatrie in der Sozialpädagogik erhalten hatte und im Rahmen dieser Aufgabe auch die Betreuung der

beginnenden Laienhilfe in der Psychiatrie und der Studentengruppen übernommen hatte, die sich die Arbeit innerhalb der Psychiatrie – auch in benachbarten Anstalten – zu ihrer Aufgabe machten. Von ihnen kamen gewichtige Impulse, man dürfe die Kranken nicht allein lassen. Man brauche neben freiwilligen Unterstützern auch die Familie. Dabei beriet uns Elisabeth Harmsen, Sozialarbeiterin des Diakonischen Werkes in Stuttgart.

Sie hatte 1970 mit einer ersten Angehörigentagung in der evangelischen Akademie Bad Boll Anstoß gegeben für die Gründung des „Aktionskreises Stuttgart der Angehörigen von seelisch Kranken“. „Dieser Aktionskreis hat sich neben Öffentlichkeitsarbeit und Einflussnahme auf staatliche Institutionen die gegenseitige Hilfeleistung zur Aufgabe gemacht. In der Folgezeit haben sich aufgrund dieser Initiative des psychiatrischen Sozialdienstes des diakonischen Werks weitere Angehörigenkreise entwickelt“ (Finzen 1975). „Ihr Ziel ist die überregionale Organisation“, schreibt Elisabeth Harmsen 1971.

1970-1985: Anfänge

Das waren Anfänge. Es gab gewiss vereinzelt auch anderswo ähnliche Initiativen. Aber es sollte noch 15 Jahre dauern, bis daraus eine Bewegung wurde. Die Psychiatrie nahm das Selbsthilfepotenzial der Angehörigen damals kaum zur Kenntnis. In der Psychiatrie Enquete kamen sie nicht vor. Umso erstaunlicher ist die Entwicklung seit ihrer Verabschiedung Mitte der siebziger Jahre. Damals entstanden an vielen Orten zunächst so genannte expertengeleitete Angehörigengruppen, sowohl in den Kliniken wie in den wenigen sozialpsychiatrischen Diensten. Häufig waren es die Anstaltspfarrer, die diese Gruppen initiierten. Von meinen niedersächsischen Erfahrungen her weiß ich auch, dass von den Gruppenleitern, je mehr Angehörige sich einfanden, umso intensivere Impulse ausgingen, die Teilnehmer zu motivieren, sich selbst zu organisieren. Noch 1982, als Matthias Angermeyer und ich in Hannover eine Tagung zur Angehörigenarbeit ausrichteten, waren Erfolge kaum zu spüren. Es gab einige versteckte Gruppen, etwa in Bremen und in einzelnen anderen Großstädten. Aber sie scheuten die Öffentlichkeit. Sie wollten auch nicht als Vorbilder oder als Modelle für erwünschte Nachahmungen herhalten.

Aber es muss im ganzen Lande viele solche Gruppen gegeben haben. Sonst wäre es nicht möglich gewesen, dass sich bereits drei Jahre später der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker konstituierte – und in den darauf folgenden Jahren ein Landesverband nach dem anderen, zunächst im Westen, dann auch in den neuen Ländern. Inzwischen haben Bundes- und Landesverbände bedeutsames geleistet. Sie sind zu wichtigen Interessengruppen geworden, wenn es gilt, die Stimme für die psychisch Kranken zu erheben. Sie sind aber durch ihre Einflussnahme auf die psychiatrischen Institutionen auch zu einem wichtigen Faktor zur Weiterentwicklung der therapeutischen Kultur in der Psychiatrie geworden. Das gilt in anderer Weise auch für den Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen, der Anfang der neunziger Jahre entstand.

Es lohnt sich, einen Augenblick innezuhalten und zu fragen, warum sich diese Entwicklung gerade in jenen 15 Jahren zwischen 1970 und 1985 mit zunehmender Beschleunigung vollzogen hat. Die Antwort ist einfach: das waren die Jahre der beginnenden und sich dann ebenfalls beschleunigenden Psychiatriereform, die ja nicht nur die Humanisierung der Lebens- und Behandlungsbedingungen in den Anstalten zum Ziel hatte, sondern den drastischen Wandel von der verwahrenden zur weithin offenen gemeindeorientierten psychiatrischen Versorgung. Das Zauberwort hieß Frühentlassung, oft unangekündigt von einem Tag auf den anderen, ambulante Weiterbehandlung und Betreuung durch die Familie. Niemand fragte sie, ob sie das konnte. In

England war die vermehrte Belastung der Familien durch den Wandel der Psychiatrie schon seit Anfang der Sechzigerjahre nachgewiesen worden. Dort formierten sich die Angehörigen entsprechend früher. Bereits 1970 gründeten sie die „National Schizophrenia Fellowship“. In Italien kam es im Gefolge der radikalen Psychiatriereform Ende der Siebzigerjahre zu einem wahrhaften Aufstand der Angehörigen. 20.000 hatten sich innerhalb weniger Monate in zwei verschiedenen Organisationen zusammengefunden. Das Problem war überall das gleiche: Politik und Psychiatrie handeln, ohne mit den Angehörigen zu sprechen, ohne mit ihnen darüber zu verhandeln, was ging und was nicht ging und welche Hilfen sie brauchten.

Keine Beziehung ohne Verhandlung

Damit sind wir auf einem großen Umweg endlich bei meinem Thema angelangt. Ich meine, er hat gelohnt. Denn er zeigt, dass Verhandeln über Behandlung keine Angelegenheit ist, die sich allein zwischen Kranken, Angehörigen und Therapeuten abspielt. Verhandlung darüber, wie und unter welchen Bedingungen die Behandlung von Kranken sich innerhalb eines sozialen Rahmens vollziehen soll, ist eine gesamtgesellschaftliche Angelegenheit. Das jeweilige Gesundheitswesen, beziehungsweise korrekter, das jeweilige Krankenversorgungssystem mit seinen sozialpolitischen, ökonomischen und ideologischen Rahmenbedingungen wirkt auf die Behandlung jedes einzelnen Kranken zurück – auch darauf, ob er die bestmögliche Therapie erhält, die Medizin zu bieten hat. Das soll hier und heute nicht mein Thema sein. Ich konzentriere mich auf den individuellen – den mikro-soziologischen – Aspekt des Verhandeln über Behandlung.

Aber auch der ist komplex. Vordergründig und vor allem geht es natürlich um die Beziehung zwischen den Kranken und ihren Therapeuten. Dabei schwingt aber immer der psychosoziale Hintergrund mit: Beim Kranken die eigene Sozialisation, sein individuelles Krankheitsverständnis, sein Krankheitskonzept, seine Vorerfahrungen mit der Medizin und vieles andere mehr. Bei den Therapeuten ist es vor allem ihr beruflicher Hintergrund, ihre allgemeine Sozialisation und ihre Erfahrung. Aber beide leben nicht im luftleeren Raum. Bei den Kranken spielen, in welcher Form immer, Angehörige, enge Freunde und andere Peers eine wichtige Rolle. Bei den Therapeuten sind es unter anderem die Behandlungs- und Betreuungsteams und Vorgesetzte. Und immer sind Leute dabei, die alles besser wissen und entsprechend stören. Damit nicht genug: Die genannten Dritten treten in eigene direkte Beziehungen zu den Kranken und miteinander – gegebenenfalls auch über den Kopf der Kranken hinweg. Mit anderen Worten: Verhandelt wird auf jeden Fall. Es ist nur die Frage, ob mit den Kranken und ihren Angehörigen oder ohne sie.

Was ich Ihnen hier vortrage, mag ihnen übertrieben erscheinen. Aber es ist so. Und mit etwas Nachdenken ist es auch leicht nachzuvollziehen. Wenn Sie an ihre Kinder oder ihre Enkel denken: Kaum dass die den Kopf schütteln und Nein sagen konnten, hatten Sie ein Problem, dass Sie nur durch Verhandeln lösen konnten. Manchmal gelang das, manchmal auch nicht. Dann hatten Sie ein Dilemma. Was sich daran anschloss, war eine unendliche Geschichte von gelungenen und gescheiterten Verhandlungen, bis aus den Kindern Erwachsene geworden waren. Aber auch dann war das Verhandeln nicht vorbei. Es vollzog sich nur auf einer anderen Ebene.

Es ist vermutlich kein Zufall, dass mir die Formel „verhandeln statt behandeln“ in der Diskussion mit Psychiatrieerfahrenen heraus gerutscht ist – 1991 bei deren erstem bundesweiten Treffen in der Vorphase der Gründung des Bundesverbandes 1991 im Kloster Irsee, zu dem ich erst nach peinlicher Befragung durch Dorothea Buck zugelassen worden war. Damals war der Widerwille gegen die vielfach erlebte Bevormundung durch die Ärzte geradezu greifbar. Und er war berechtigt. Das wusste ich nicht

nur aus eigenen Erfahrungen und aus Gesprächen mit Betroffenen und Angehörigen. Ich wusste es auch aus der Behandlungsforschung, aus der soziologischen Forschung über Gesundheits- und Krankheitsverhalten, die seit den sechziger Jahren vorlag, und aus der klinisch-psychiatrischen Forschung über die Bedingungen der Kooperationsbereitschaft von Kranken und ihren Angehörigen – damals nannte man das noch Compliance.

Dazu nur ein Beispiel, das auch schon wieder mehr als ein Vierteljahrhundert alt ist. Eine kalifornische Studie, die den subjektiven Erfahrungen der Kranken mit der Erstbehandlung nachging, kam zu dem Ergebnis, dass das Erleben der Medikamentenbehandlung in dieser Phase von entscheidender Bedeutung für den weiteren Verlauf der Behandlung und der Krankheit war: Zwei Drittel der Patienten, die bei Behandlungsbeginn negative Medikamentenerfahrungen hatten, brachen die Therapie innerhalb von zwei Wochen ab und lehnten Psychopharmaka auch bei späteren Gelegenheiten ab. Bei den Patienten mit günstigen Erfahrungen waren es dagegen nur 20 Prozent. Die Schlussfolgerung der Untersucher war banal; nämlich größere Sorgfalt bei der Behandlung mit Medikamenten – den Kranken genauer zuhören, wenn sie über Nebenwirkungen klagen – und, jetzt kommt es, mit den Kranken darüber reden, wenn diese unvermeidbar sind – letztlich mit ihnen darüber verhandeln.

Sie werden sagen, das ist doch selbstverständlich; und Sie haben recht. Es sollte zumindest selbstverständlich sein! Aber es ist es nicht. Vielleicht besteht die Hoffnung, dass die Mehrheit der Ärzte begriffen hat, dass es auch in der Psychiatrie um das Wohl der Kranken geht und nicht vorrangig um die Ausübung von Macht. Der Bericht einer jungen Frau aus jüngster Zeit – eines Vorstandsmitgliedes des BPE – ist geeignet, Zweifel daran zu wecken: Sie habe vor kurzem anlässlich einer Krise während des Urlaubs eine ihr unbekannt Klinik aufsuchen müssen. Dort habe sie dem aufnehmenden Arzt mitgeteilt, sie vertrage kein Olanzapin. Sie habe jedoch gute Erfahrungen mit Risperidon. Der Arzt sei darauf jedoch nicht eingegangen. Er habe ihr das Olanzapin unter Androhung von Gewalt aufgezwungen. Ein solches Verhalten verrät nicht nur eine bedenkliche Einstellung von anno dazumal. Es erfüllt auch den Straftatbestand der Körperverletzung. Die Älteren unter Ihnen wissen aber, dass das in den siebziger Jahren durchaus üblich war: Doctor knows best; der Arzt weiß wo's langgeht; und der Patient hat gefälligst zu tun, was er für richtig hält.

„Besondere Gewaltverhältnisse“ und asymmetrische Beziehungen

Reste von solchen Vorstellungen gibt es offenbar immer noch. Wenn wir das ändern wollen, müssen wir wissen, woran das liegt. Auch hier werden wir rasch fündig. Wir müssen uns nur fragen, wie Kindererziehung, wie Schule, wie Lehre, wie Wehrdienst vor 30 oder vor 50 Jahren ablief. Ich erinnere mich an Sprüche wie: „Mütter haben immer recht“, „Schüler haben zu gehorchen“, „Lehrjahre sind keine Herrenjahre.“ Das ist heute vorbei – sollte es wenigstens sein. Zumindest können Machtansprüche in solchen Beziehungen nicht mehr mit körperlicher Gewalt durchgesetzt werden, wie es damals weit gehend üblich war. Selbst im Wehrdienst hat sich in den letzten Jahrzehnten einiges geändert. Solche Beziehungen zwischen Eltern und Kindern, Lehrern und Schülern, Meistern und Lehrlingen, Offizieren und Rekruten nennt man besondere Gewaltverhältnisse. Solche herrschten in besonders ausgeprägter Form auch in Internaten, Klöstern, psychiatrischen Anstalten und Gefängnissen.

Der amerikanische Soziologe Erving Goffman hat dafür in den fünfziger Jahren den Begriff der „totalen Institution“ geprägt. In ihnen herrschten besondere Regeln, die sich mit den außerhalb geltenden Vorschriften und Gesetzen nur teilweise deckten und die, leider muss man das feststellen, zu Willkür und Missbrauch geradezu einluden. Die jüngst bekannt gewordenen Missbrauchsskandale haben das noch einmal in

schmerzlicher Weise unterstrichen. Solche mehr oder weniger „rechtsfreien Räume“ in solchen Einrichtungen sind in den letzten Jahrzehnten immer stärker eingeengt worden, sei es durch gesetzliche Regelungen oder durch die Einführung und Verankerung von Beschwerderechten sowie eine verstärkte staatliche Aufsicht – und natürlich auch durch eine neue Kultur in diesen Institutionen. Das gilt auch für die Psychiatrie und die psychiatrische Behandlung. Aber der Kulturwandel in solchen Einrichtungen dauert länger als eine Generation. Nur so ist es zu erklären, dass einer der führenden Schweizer Psychiater noch vor wenigen Jahren in einem Festvortrag erklärte: „Wir leben im Zeitalter der Menschenrechte; das ist nicht nur gut für die Psychiatrie.“

Der Kollege hatte insofern recht, dass der Wandel zu einer menschlicheren, willkürfreien, das Recht auf Selbstbestimmung achtenden psychiatrischen Behandlung die Dinge oft nicht einfacher gemacht hat. Wer verhandeln muss, um seine Ziele zu erreichen, kann auch scheitern. Nur, die Zwangspsychiatrie ist auch gescheitert, viele Male, ja viel häufiger als jene, die für Menschlichkeit und Selbstbestimmung steht. Gewalt und Zwang wirken nie therapeutisch. Sie mögen manchmal unausweichlich sein, um Schlimmeres zu verhindern. Aber Therapie mit Aussicht auf Erfolg beginnt immer erst, wenn kein Zwang mehr ausgeübt werden muss.

Alles dies ist seit langer Zeit bekannt. Warum wurde dann die Forderung „verhandeln statt behandeln“, als ich sie vor 20 Jahren erstmals auf den Punkt brachte, von den meisten meiner Berufskollegen als Provokation empfunden? Das hing sicher auch mit der polemischen Formulierung zusammen: Sie war ja gar nicht als Alternative gemeint, sondern vor allem als Aufforderung, mit den Betroffenen zu reden, mit ihnen über das zu sprechen, was mit ihnen im Rahmen meiner Behandlung geschehen würde und darüber, ob sie das verstehen, bis sie damit einverstanden sind und ob sie das mittragen können. Das ist im Grunde wieder eine Selbstverständlichkeit. Aber Sie wissen aus ihren eigenen Kontakten mit Ärzten vor allem in Krankenhäusern – aber in ähnlicher Weise auch mit den Lehrern Ihrer Kinder, dass dies nur in begrenztem Umfang so ist. Das hängt damit zusammen, dass die traditionellen besonderen Gewaltverhältnisse in gemilderter Form fortbestehen.

Sichtbar wird das meist erst in kritischen Situationen, etwa auf der geschlossenen Aufnahmestation einer psychiatrischen Klinik, wie auch in der Notfallaufnahme eines ganz gewöhnlichen Krankenhauses. Das Bewusstsein solcher besonderer Gewaltverhältnisse schwingt aber auch im sonstigen beruflichen Alltag mit. Das wiederum wird dadurch begünstigt, dass Beziehungen zwischen Ärzten und Kranken, Lehrern und Schülern aber auch zwischen Eltern und Kindern bis zu einem bestimmten Alter mit so genannten „asymmetrischen“ Beziehungen zu tun haben. Das sind Beziehungen, in denen einer der Partner, aus welchen Gründen immer, bedürftiger und schwächer ist als der andere. Meist sind es auch keine Beziehungen, die der schwächere selbst gewählt hat, auf die er aber aus verschiedenen Gründen angewiesen ist, sei es, um sich zu entwickeln, sei es, wie im Arzt-Patient-Verhältnis, schlimmstenfalls, um zu überleben.

Kompliziert wird das dadurch, dass die stärkeren in solchen Beziehungen sich darauf berufen können, dass sie es ja gut mit den Betroffenen meinen, dass sie in deren Interesse handeln; und meist tun sie das ja auch. Nur, für die Chirurgie ist schon länger klar, dass eine Operation gegen den Willen und ohne Einverständnis des Kranken eine strafbare Körperverletzung ist, selbst wenn sie möglicherweise lebensrettend ist. Es scheint sich noch nicht herumgesprochen zu haben, dass eine Zwangsinjektion von Psychopharmaka das auch ist – es sei denn, es bestehe ein übergesetzlicher Notstand.

Schwierigkeiten auf dem Weg

Wir sollten uns aber nicht an Extremsituationen festbeißen. Es bringt mehr, wenn wir uns dem Behandlungsalltag zuwenden. Wie kommen wir zu der vertrauensvollen Beziehung zwischen Therapeuten und Kranken, von der wir wissen, dass sie Voraussetzung für die bestmöglichen Behandlungsergebnisse ist? Die Antwort ist einfach. Wir müssen von Anfang an dafür sorgen, dass die Verständigung zwischen den Kranken und allen an ihrer Behandlung und Betreuung Beteiligten gewährleistet ist. Aber täuschen wir uns nicht: Das ist auch bei allseitigem guten Willen sehr schwer. Versuchen Sie einmal zurück zu denken, wie alles anfang, wie sich Ihr erkranktes Familienmitglied unter der beginnenden Psychose – allmählich – veränderte, wie Sie das interpretiert haben, wie Sie damit umgegangen sind. Und wie Ihr kranker Angehöriger, von dem weder Sie noch er zu dem Zeitpunkt wussten, dass es sich bei seinem geänderten Verhalten um Zeichen einer Krankheit handelte und nicht um irgendwelche merkwürdigen Sitten und Gebräuche, die sich bei ihm eingeschlichen hatten und die irgendwelcher Erziehungsmassnahmen oder sonstiger häuslicher Sanktionen zugänglich gewesen wären.

In dieser Zeit kommt es in vielen Familien zu Missverständnissen, Spannungen und Konflikten. Wenn die Diagnose endlich gestellt ist, fällt es Angehörigen oft wie Schuppen von den Augen. Genauso oft haben sie dann Schuldgefühle, obwohl die Entwicklung bis dahin unvermeidlich war, es entsprechend keinen Grund dafür gibt. Der Kranke selber ist in einer noch schwierigeren Situation. Denn die Veränderungen in der Weltwahrnehmung, im Erleben und Verhalten, die sich im Lauf der Krankheitsentwicklung in ihm abspielen, kann er lange Zeit nicht als Krankheit begreifen. Er nimmt wahr, dass sich etwas verändert, vielleicht auch, dass etwas mit ihm nicht stimmt. Aber er versucht zwangsläufig, das mit seinen inneren Möglichkeiten zu interpretieren, zu verstehen und zu bewältigen. Allzu oft bedarf es eines Zusammenbruchs mit Intervention von außen, der schließlich die Wahrnehmung des Geschehenen als Krankheit ermöglicht. Das ist für alle Beteiligten eine schmerzliche, oft bittere Erfahrung, die leider nur ausnahmsweise zu vermeiden ist.

Erst danach ist es möglich, sich zu verständigen und sich über den weiteren Weg auszutauschen, ihn auszuhandeln. Das ist eine ernüchternde Erkenntnis, wenn man genau dies als Grundvoraussetzung für die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen den Kranken, ihren Angehörigen und ihren Therapeuten erkannt hat. Das bedeutet auch nicht weniger, als dass es einer Aufarbeitung und einer Verständigung über alles das bedarf, was sich in der Familie und im Freundeskreis vor der Feststellung der Krankheit ereignet hat. Und dabei zu helfen, ist eine wesentliche Aufgabe der Behandelnden, die sich nicht in Vergangenheitsbewältigung erschöpft. Vielmehr geht es dabei auch um die jeweiligen Krankheitskonzepte, um die Vorstellung der Kranken und ihrer mit betroffenen Angehörigen davon, worum es sich bei dieser Krankheit handelt, woher sie kommt, beziehungsweise wie sie entstanden ist, wie sie günstigenfalls und schlimmstenfalls mutmaßlich verlaufen kann, und was man tun kann und was man tun sollte, was man selber dazu beitragen könnte, sie zu bewältigen – als Patient wie als Angehöriger. Das ist sehr viel. Und das ist bei allem guten Willen nicht in einer Stunde, in einem Tag, in einem Monat zu leisten. Es bedarf großer Geduld, großer Beharrlichkeit und auf Seiten der Therapeuten anhaltender Bereitschaft, eine Verständigung herbeizuführen. Die größte Herausforderung für die Therapeuten besteht darin, die vielfältigen Krankheitskonzepte, die Betroffenen in die Behandlung einbringen, mit der gültigen medizinischen Krankheitstheorie in Einklang zu bringen. Manchmal liegen Welten dazwischen. Dann ist es keine leichte Angelegenheit, ein gemeinsames Behandlungskonzept zu entwickeln, oder doch eines, das die Kranken und ihre Angehörigen mittragen können.

Es ist eher selten, dass der Anwalt eines Kranken am Tag nach der Klinikaufnahme und ultimativ verlangt, sein Klient möge mit Bachblüten behandelt werden. Aber die individuellen Krankheitskonzepte sind vielfältig und liegen gelegentlich weit auseinander, auch weil sie immer wieder durch das Krankheitserleben geprägt sind. Bei der Einführungsveranstaltung zu einem Psychoseseminar ergab eine Nachfrage sieben verschiedene Krankheitstheorien, die alle stark voneinander abwichen. Sie hatten nur gemeinsam, dass sie weit entfernt vom medizinischen Krankheitsmodell angesiedelt waren. Viele Mediziner tun sich immer noch schwer damit, je mehr, je weniger Erfahrungen (und je weniger Zeit) sie haben: Wer selber unsicher ist, ist darauf angewiesen, sich an etablierten Lehrmeinungen festzuhalten.

Dabei eröffnet die geltende psychiatrische Theorie zum Wesen der Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, das Stress-Vulnerabilitäts-Modell geradezu ideale Möglichkeiten für Verhandlungen über einen gemeinsamen Weg. Stress ist etwas, was man getrost als Teilkomponente jeder psychischen Störung – übrigens auch der meisten körperlichen Krankheiten – begreifen kann. Und Verletzlichkeit ist auch etwas, was jeder Mensch mit psychischen Problemen als Teil seines Leidens akzeptieren kann. Über beide kann man sich einigen. Beide können zur Grundlage eines gemeinsamen Behandlungskonzeptes werden. Ein solches pragmatisches Vorgehen hat den Vorteil, dass keiner der Verhandlungspartner sein eigenes Krankheitskonzept von vornherein aufgeben muss.

Man sucht nach Überschneidungen und findet sie – und macht diese zur Arbeitsgrundlage für eine Zusammenarbeit. Man schließt gleichsam einen „therapeutischen Kompromiss“. Man kann dagegen einwenden, das sei unverantwortlicher Opportunismus von Seiten des Behandelnden. Er könne doch nicht darüber hinweg gehen, dass ein Kranker sein Leiden etwa auf den Einfluss von Außerirdischen oder von böswilligen Nachbarn zurückführe. Aber das scheint mir doch recht puristisch zu sein. Wenn man nicht darauf eingeht, begibt man sich wahrsein guter Möglichkeiten, Zugang zu dem kranken Menschen zu gewinnen, der gequält ist von den Stimmen, die er hört, von den Wahnvorstellungen und der Verfolgungsangst, die er wahrnimmt. Das bedeutet ja nicht, dass der Therapeut die Vorstellungen des Kranken übernehmen muss. Er darf das nicht einmal vortäuschen. Aber er kann dem Kranken sagen – und das sollte er auch, dass er das, was dieser erlebt, als dessen Wahrnehmung und innere Realität respektiert. Trotzdem kann er ihm entgegenhalten – und das sollte er auch, dass er das anders sieht. Wenn man diese Unterschiede in der Wahrnehmung deklariert hat, kann man auf dieser Grundlage pragmatisch nach dem gemeinsamen Weg suchen. Und das gelingt sehr häufig. Es gelingt leider nicht immer. Darauf wird noch zurückzukommen sein.

Das Ringen um ein gemeinsames Krankheitskonzept, das heißt letztlich eine Annäherung an die medizinischen Grundlagen, hat auf jeden Fall Zeit bis die akuten psychotischen Symptome abgeklungen sind. Aber auch dann sollten die Ärzte sich hüten, ihre Patienten zu überfahren. Mich hat vor vielen Jahren die Untersuchung eines amerikanischen Soziologen (Dimsdale 1979) sehr beeindruckt, der in einer psychotherapeutischen Klinik nach Besserungs- und Entlassungskriterien gesucht hat. Sein wichtigstes Ergebnis war, dass die Patienten, die ihr Leiden bei einer Aufnahme auf äußere Belastungsfaktoren zurückführten, am Ende der Behandlung die Vorstellung der Therapeuten übernommen hatten, Grund für ihr Leiden seien unbewältigte innere psychische Konflikte gewesen. Sonst seien bei den Patienten keine greifbaren Veränderungen festzustellen gewesen. Das mag ein bisschen wenig sein. Aber es scheint so, dass sie mit ihren verbliebenen Krankheitssymptomen besser zurecht kamen, wenn sie die Gründe dafür in sich selber suchten, als wenn sie anderen die Schuld daran zuwiesen. Trotzdem gibt es zu denken: Es kann ja wohl kein Kriterium für den

Erfolg einer Therapie sein, dass die Patienten die Behandlungsideologie ihrer Therapeuten übernehmen.

Es bleibt auch im weiteren Verlauf der Behandlung wichtig, dass Kranke und Behandelnde ihre Wahrnehmungen und Erfahrungen austauschen. Allzu oft sehen Ärzte die jeweilige Situation ganz anders als Kranke. Vieles können sie auch gar nicht beurteilen, ohne dass ihre Patienten ihnen ihr subjektives Erleben mitteilen. Das funktioniert aber nur, wenn die Kranken damit rechnen können, dass sie ernst genommen werden, dass sie beispielsweise nicht befürchten müssen, dass ihre Offenheit gleichsam automatisch zu einer Medikamentenerhöhung oder zur Streichung des Ausgangs führt. Ich erlebe es immer wieder, dass Kranke wegen solcher Ängste lieber schweigen. Zugleich gibt es medizinische Rituale, die es den Kranken schwer machen, sich überhaupt zu äußern. Die so genannte Chefvisite ist ein Beispiel dafür. Die gut gemeinte Routineäußerung: „Ach, es geht Ihnen ja schon viel besser!“ ist ein Beispiel dafür. Welcher Kranke traut sich da noch zu sagen: „Aber Herr Doktor, das sieht nur so aus; in Wirklichkeit geht es mir ganz miserabel!“ Leider hat so eine Chefvisite etwas Abschließendes. Es ist nicht ganz einfach, den dort entstandenen Eindruck dem unmittelbar behandelnden Arzt gegenüber zu korrigieren. In einer vertrauensvollen Beziehung aber müsste das möglich sein.

Ich werde nie vergessen, wie ich nach dem Suizid einer Patientin neben der Krankengeschichte deren Tagebuch in die Hände bekam und dabei feststellen musste, dass es gleichsam zwei Verlaufsberichte gab, die sich über Monate hinzogen, jenen des Therapeuten und jenen der Patientin, oft mit Einträgen vom gleichen Tag – und doch konnten sie nicht weiter auseinander klaffen: Der Therapeut berichtete über Fortschritte und Rückschritte, aber alles in allem über Fortschritte, die Anlass zu einer günstigen Zukunftsprognose waren. Die Patientin rang fortwährend mit ihrer Hoffnungslosigkeit und ihrer Verzweiflung und gab schließlich auf. Danach kreisten ihre Einträge zunehmend darum, dass sie sich das Leben nehmen wollte und wie sie das tun könnte. Und diese Gedanken konkretisierten sich zunehmend. Sie berichtete, wie sie die Schnellzüge am Bahnhof an sich vorbeifahren lassen, darüber, dass sie noch nicht so weit sei, dass sie noch nicht die Kraft gefunden habe zu handeln; und am Schluss schließlich über ihre Entschlossenheit, es zu tun, und über die ganz konkreten Vorbereitungen.

Das Beispiel ist extrem. Aber leider ist kein Einzelfall. Gerade im Zusammenhang mit Suiziden musste ich im Lauf der Jahre bei der kritischen Aufarbeitung immer wieder feststellen, in welchem Maße Ziel und Wahrnehmungen von Kranken und Therapeuten manchmal auseinander lagen. Ich kann mir gut vorstellen, dass solche Diskrepanzen gar nicht so selten Grund für Behandlungsabbrüche von Seiten von Patienten sind. Und in solchen Situationen ist das sicher das Gesundeste, was sie tun können: Aus einer kranken therapeutischen Beziehung auszubrechen.

Die sind negative Beispiele. Sie sind wichtig, weil sie zeigen, dass eine vertrauensvolle Beziehung keine Kann-Leistung ist, die für ein positives Behandlungsklima sorgt. Gerade wenn eine Therapie mutmaßlich längere Zeit andauern wird, ist sie eine Grundvoraussetzung für einen optimalen Behandlungserfolg. In kritischen Situationen kann sie, wie wir oben gesehen haben, über Leben und Tod entscheiden.

Auf dem Wege zu einer vertrauensvollen Beziehung

Wie schaffen wir es nun, allen Schwierigkeiten und Hindernissen zum Trotz einen konstruktiven Weg zu einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Betroffenen und Therapeuten zu finden und zu beschreiten? Dazu bedarf es zunächst einmal der Gesprächsbereitschaft bei allen Beteiligten; und es bedarf der Geduld und Beharrlichkeit – ebenfalls bei allen Beteiligten, wenn auch wegen der Asymmetrie der Beziehungen

meist mehr auf Seiten der Betroffenen als bei den Behandelnden. Damit türmt sich, zumindest auf den ersten Blick, schon wieder ein Hindernis auf. Es mag richtig sein, aber ich fürchte, einen Weg ohne Hindernisse gibt es nicht. Sie müssen mit Gesprächsbereitschaft, Beharrlichkeit und Geduld überwunden werden.

Als Angehörige sind Sie möglicherweise im Vorteil – auch wenn sie das nicht so sehen mögen. Wenn Ihr krankes Familienmitglied zum ersten Mal um Behandlung nachsucht oder, bei psychiatrischen Erkrankungen häufiger, ohne eigenes Zutun in Behandlung kommt, blicken Sie in der Regel auf eine lange Periode von Gesprächen, Verhandlungen und Auseinandersetzungen zurück. Diese mögen oft scheinbar fruchtlos gewesen sein. Aber sie haben neben Missverständnissen meist auch Klärung gebracht, auch wenn sie den Ausbruch der Krankheit nicht haben verhindern können. Entsprechend verfügen Sie über vielfältige Informationen, die der behandelnde Arzt bei der ersten Begegnung mit Ihren Angehörigen nicht hat. Ähnlich geht es natürlich auch den unmittelbar Betroffenen, den Kranken, deren Kenntnisse und Erfahrungen zwangsläufig durch ihr Leiden geprägt sind. Das ist ihre Ausgangssituation. Wenn die Dinge einfach wären, könnte man sagen, der Arzt muss sie dort nur abholen. Aber dass sie nicht einfach sind, wissen wir bereits.

Und noch während ich diesen Gedanken formuliere, bemerkte ich, dass er einen Denkfehler enthält. Sie haben als Angehörige zwar alle diese Erfahrungen; sie wissen aber vor der Diagnosestellung nicht – zumindest nicht sicher, dass es sich dabei um eine Krankheit handelt. Und mit der Diagnose kommt der Schock, der erst einmal bewältigt werden muss, und der zunächst einmal verhindert, dass sie ihr Wissen konstruktiv in die Behandlungssituation einbringen. Ähnlich geht es übrigens auch dem kranken Angehörigen: Auch der will alles andere, nur nicht diese Krankheit haben. Zu den Krankheitssymptomen treten Ängste, Aufgeregtheit und Abwehr. Das ist keine gute Voraussetzung für eine vertrauensvolle Atmosphäre beim Einstieg in eine Erstbehandlung, zumal bei einer akuten Aufnahme in die Klinik auch der Dienstarzt oft nicht weiß, wo ihm der Kopf steht. „Technisch“ hat er es mit einer Krisensituation zu tun, die eine Krisenintervention verlangt. Als erstes muss er klären, was los ist – und das möglichst schnell: Hinter einem psychotischen Krankheitsbild kann sich auch eine schwere Vergiftung verbergen. Dann besteht Lebensgefahr. Dann muss sofort gehandelt werden. Erst danach kann er sich an die weitere Abklärung des Leidens machen. Dabei bewegt er sich zwangsläufig vorwiegend in medizinischen Gleisen. Auch das Gespräch mit dem Kranken gilt zunächst vor allem der diagnostischen Vergewisserung. Das gleiche gilt für das Gespräch mit den Angehörigen, wenn es überhaupt stattfindet. Alles das spielt sich in der Regel unter großem Zeitdruck ab. Zusammengenommen muss daraus eher ein Gefühl des Ausgeliefertseins an den medizinischen Apparat entstehen, als eines des fürsorglichen Aufgehobenseins – keine guten Voraussetzungen für die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung.

Ganz anders ist es, wenn die Krankheit sich allmählich entwickelt, wenn Kranke und Angehörige spüren, dass das, was sich da zusammenbraut, ein medizinisch fassbares Leiden sein könnte, wenn der Kranke den Arzt aufsucht, die Angehörigen einbezieht, wenn er die Entwicklung beobachtet und dann zu dem Ergebnis kommt: Das kann, nein, das muss eine psychische Störung sein. Dann kann und soll man das unter allen Beteiligten diskutieren, bevor man zu einem Ergebnis kommt und sich entschließt, weiter zu beobachten oder zu handeln. Handeln, das kann bedeuten, nach Stressfaktoren zu suchen und diese, wenn es irgend geht, zu eliminieren oder zu mildern. Das kann bedeuten, den potentiell Kranken in einer schwierigen Lebenssituation begleiten, ihm mit Rat und Tat zur Seite stehen, gegebenenfalls, ihm einen Milieuwechsel nahe zu legen. Das kann, wenn ausreichend Gründe dafür vorliegen, aber auch bedeuten, über eine Medikation zu verhandeln, sei es, um auf diese Weise zu einem „künstlichen dicken Fell“ zu verhelfen, oder gezielt störende Frühsym-

ptome, wie Schlafstörungen, Ängstlichkeit, Gedankendrängen, Beziehungsideen und erhöhte Verletzlichkeit zu lindern oder zu beseitigen. Stellen wir uns einmal vor, das gelingt.

Das ist übrigens die Konstellation, die Volkmar Aderhold meint, wenn er davor warnt, zu früh mit zu viel Neuroleptika einzugreifen. Und er hat recht. Aber was ist zu früh? Was ist zu viel? In dieser Situation kann man mit Hilfe all der Maßnahmen, die ich oben geschildert habe, den Ausbruch der akuten Psychose verhindern oder doch über längere Zeit hinausschieben – etwa bis zum Ende einer Ausbildung oder bis zum Abitur. Und das schließt eine vorsichtige Medikation ein, eine abgesprochene. Wir reden hier vom Idealfall. Nur: Wie viele von Ihnen haben diesen Idealfall in ihrer Familie erlebt? Und bei wie vielen von Ihnen hat es nur am beteiligten Arzt gelegen, wenn das gescheitert ist? Ich habe solche Konstellationen in 40 Jahren psychiatrischer Tätigkeit nur ganze vier- oder fünfmal erlebt – bis auf einmal übrigens im Bekanntenkreis oder in der Verwandtschaft. Nur einmal ging es so, wie ich es mir vorgestellt hatte. Bei allen übrigen endete es in heftiger Zurückweisung von Seiten der Betroffenen, von Seiten der Eltern oder von beiden. Das mag daran liegen, dass ich überwiegend klinisch gearbeitet habe. Aber ich habe meine Zweifel.

Wenn das so ist, wenn die entscheidende erster Begegnung von Kranken, Angehörigen und Ärzten in einer unübersichtlichen Akutsituation stattfindet, in der vor allem Notfallpsychiatrie praktiziert wird und die Beziehungsaufnahme fast alle Wünsche offen lässt, bedeutet das keineswegs, dass alles verloren ist. Es bedeutet vielmehr, dass der Weg zu einer vertrauensvollen Beziehung fast immer erst nach der Erstversorgung beginnen kann – übrigens auch, weil der aufnehmende Arzt, insbesondere im Nachtdienst oder am Wochenende, oft nicht der behandelnde Arzt ist. Erst danach werden die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme und für das Gespräch günstiger. Da psychiatrische Klinikaufenthalte heute in der Regel nur noch kurze Zeit andauern, ist es noch wichtiger, von Anfang an zu versuchen, eine vertrauensvolle Beziehung in der Nachbehandlung beziehungsweise in der Nachsorge aufzubauen. Verhandelt werden muss da nicht nur zwischen dem Arzt und dem Kranken sondern auch zwischen Angehörigen und Kranken, darüber, inwieweit dieser die Angehörigen einbeziehen mag. Das ist wie sie alle wissen, oft keine leichte Aufgabe. Ich kann hier keine konkreten Anleitungen dafür geben, wie im Einzelfall vorzugehen ist, um ein für alle Seiten befriedigendes Ergebnis zu erreichen. Oft ist es erst möglich, wenn man ein Stück zurücktritt, wenn man ein wenig loslässt, oder wenn man sich mit Außenstehenden berät. Das heißt für Sie als Angehörige zum Beispiel mit Schicksalsgenossinnen und -genossen. Dabei muss man wissen, dass man fast nie alle wünschenswerten Ziele erreicht und dass Verhandlungen immer auch scheitern können. Das ist bitter. Aber man darf sich nichts vormachen. Das bedeutet auch nicht aufzugeben. Es bedeutet, die Situation neu zu betrachten, sich gegebenenfalls in Geduld zu fassen, und dann erneut zu beginnen.

Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen

Es ist mehr als ein Schönheitsfehler, dass manche Ärzte auch heute noch nicht ausreichend gesprächsbereit und schon gar nicht verhandlungsbereit sind. Hier schadet es nicht, diese auf die Patientenrechte und auf Ihre Rechte als Angehörige hinzuweisen, gegebenenfalls unter Einschaltung der Betroffenen- und Selbsthilfeorganisationen. Hilfreich sind Behandlungsverträge. Aber nicht alle Kliniken sind bereit, solche abzuschließen; und in denjenigen, die dazu bereit sind, kann man ohnehin damit rechnen, dass deren Mitarbeiter gesprächsbereit sind. Aus meiner Sicht – und ich weiß, dass ich hier ein heißes Eisen anpacke – können auch Patientenverfügungen hilfreich sein, wenn sie konstruktiv verfasst sind und sich auf abgesichertem rechtlichem Boden bewegen. Da ist das wichtigste an der Patientenverfügung die Bestel-

lung eines Bevollmächtigten, der bereit und in der Lage ist, die Rechte des Kranken durchzusetzen.

Der Bevollmächtigte kann ein Angehöriger sein. Ich rate aber eher, eine dritte Person zu bestellen, die sich auskennt und die das Vertrauen des Kranken und wo immer möglich auch der Angehörigen genießt. Ich rate dazu, weil Angehörige trotz großer Fortschritte immer noch mit Vorbehalten der Therapeuten rechnen müssen – und weil es bei der Durchsetzung von Rechten von Vorteil ist, wenn der Bevollmächtigte emotional nicht beteiligt ist wie mit betroffene Angehörige. Wenn Sie Ihren Hausarzt, Ihren Pfarrer oder einen Ihnen bekannten Anwalt damit beauftragen können, umso besser. Aber das muss nicht sein. Ich erlebe es häufig, dass Kranke nicht wollen, dass Angehörige oder Dritte intervenieren, wenn ihnen offensichtliches Unrecht geschehen ist. Das schwächt ihre Position. Aber man muss es wohl respektieren. Aber solche Vorfälle sollten unbedingt einer Betroffenen-Organisationen weitergegeben werden, damit diese gegebenenfalls ohne Namensnennung tätig werden.

Es ist traurig, dass ich hier zum Schluss meiner Ausführungen diesen Aspekt der Verweigerung der Kooperation, letztlich der Behandlungs-Verweigerung von Seiten der Therapeuten ansprechen muss. Ziel bleibt weiterhin, eine Gesprächsbasis zur Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Kranken, ihren Angehörigen und ihren Therapeuten zu finden.

Weitere Literatur finden Sie auf der Internetseite von Herrn Prof. Finzen www.asmus.finzen.ch