



## Der Rede wert: Über Angehörige in der Psychiatrie

Rede von K. Dörner

Der Psychiater Professor Dr. Dr. Klaus Dörner hielt diese Rede in der Universitätsklinik Tübingen. Sie wurde vom Südwestdeutschen Rundfunk in der Sendereihe „Der Rede wert“ übertragen. Darin vertritt er die Auffassung, dass primär das soziale Umfeld und nicht der psychisch Kranke verändert werden müsse. Um dies zu erreichen und darüber hinaus auch die Angehörigen nicht mit ihrer Belastung allein zu lassen, forderte er alle Profis in psychosozialen Arbeitsfeldern auf, verstärkt mit Angehörigen zusammenzuarbeiten. Es komme für den Patienten entscheidend auf das Netz der Familie an, die selbst erst lernen müsse, die Belastungen zu bewältigen.

Prof. Dörner war Ltd. Arzt der Westfälischen Klinik für Psychiatrie in Gütersloh und ist Autor der Kultbuchs „Iren ist menschlich“, das in mehrere Sprachen übersetzt wurde. Sein Buch „Freispruch der Familie“ ist Grundlagen-Literatur der Angehörigenbewegung, bedeutsam für Profis wie für Angehörige.

Zu sprechen habe ich über Familien, in denen ein Mitglied längerfristig oder dauerhaft psychisch gestört ist. Mit diesem Begriff habe ich Probleme: Wenn jemand wahnhaft, manisch-depressiv, längerfristig oder vielleicht sogar lebenslang psychisch gestört ist, weiß man nie genau, wie man das benennen soll. Sagen kann man auch chronisch krank. Nur findet sich der Betroffene und seine Angehörigen darin nicht so recht wieder. Eigentlich erwartet man die Anwendung des Begriffs „behindert“, zumal er vom Bundessozialhilfegesetz so vorgeschrieben ist.

### Gestört, krank, behindert?

Nach diesem Gesetz kann man in drei Richtungen behindert sei: körperlich, geistig und psychisch, aber irgendwie finden die psychisch Gestörten da keinen rechten Anschluß. Ob sie in der Gemeinde der Behinderten nicht gerne aufgenommen werden, so wie das in Werkstätten für Behinderte lange gegolten hat, kann ich nicht sagen.

Auch die Betroffenen selbst sträuben sich gegen den Begriff „Behinderung“ und wollen ihn nicht auf sich angewendet wissen. Wenn man sich in jemanden hineinversetzt, der das Schicksal einer psychischen Erkrankung erfahren hat, kann man diesen Widerstand verstehen. So kommt man schon rein begrifflich in Schwierigkeiten. Wenn ich mich nicht verspreche, werde ich meistens von gestörten Menschen sprechen oder von psychischen Störungen. Der Begriff der psychischen Störung hat den Vorteil, dass die Störung eines Menschen, aber auch die anderer Menschen, ebenso eine Störung für andere Menschen sein kann. So ist er zumindest wechselwirksam, wenn auch nicht besonders

weiterhelfend.

Wenn man sich um Begriffsklärung psychischer Störungen und deren Auffälligkeiten bemüht, rettet man sich am besten in psychoanalytische Hilfsbegriffe. Diese erklären, wie sich die unerträglich gewordene Situation eines Menschen in Symptomen äußert und wie er versucht, Schutz- und Abwehrstrategien zu entwickeln. Wir wissen heute einigermaßen gesichert, dass ein Drittel der Betroffenen nach zwei oder drei psychiatrischen Episoden ihr Leben weiterleben können wir bisher.

Auch das zweite Drittel lebt irgendwie weiter, aber mit Narben und Einschränkungen im privaten oder beruflichen Bereich, häufig als Einzelgänger. Vom letzten Drittel hat man bis vor kurzem geglaubt, sie würden lebenslang eine institutionelle Stütze brauchen, z.B. ein Heim oder Landeskrankenhaus. Heute kann man sagen, dass dies nicht mehr stimmt.

In Gütersloh haben wir in den letzten Jahren von 400 dieser Langzeitpatienten mit einem Durchschnittsaufenthalt im Krankenhaus von zehn Jahren die Hälfte nicht in Heime, sondern fast ausnahmslos in Wohnungen entlassen. Weniger in Wohngruppen - ganz entgegen unserer ursprünglichen Ideologie - sondern überwiegend allein oder zu zweit. Es ist auch gelungen, den größeren Teil in entweder vollzeitliche oder teilzeitliche Arbeitsplätze zu vermitteln, die wir zuvor aufgebaut haben.

Zu den längerfristig psychisch Gestörten gehören nicht nur schizophrene Menschen, sondern auch dauerhaft oder längerfristig manisch-depressive, abhängige, suchtkranke, persönlichkeits- und



verhaltensgestörte Menschen, ebenso gerontopsychiatrische und ein Teil der geistig Behinderten. Soweit die Begriffsklärung, jetzt zu den Angehörigen.

### **Angehörigengruppen**

In der Bundesrepublik gibt es derzeit etwa 400 Angehörigengruppen, die von Profis gesteuert sind, sich also in Krankenhäusern von Stationen aus gebildet haben und etwa 350 Angehörigenselbsthilfegruppen. Diese Selbsthilfegruppen haben sich inzwischen im Landesverband zusammengeschlossen. In anderen Ländern vollzog sich dies schon früher. Heute sind die Landesverbände eine nicht zu unterschätzende politische Kraft. Bei der Frage der Verteilung von Mitteln und dem Problem, wie denn die Psychiatriereform fortgeführt werden soll, ist natürlich die Stimme der Angehörigen authentischer und glaubwürdiger als die Stimme eines Profiverbandes, der immer zugleich ein Verband mit beruflichen Eigeninteressen ist.

### **Wie ergeht es der Familie?**

Wie bin ich überhaupt auf die Idee gekommen, mich mit diesem Thema zu beschäftigen? Einmal ist mir der Blick auf die Angehörigen bei meiner Tätigkeit in einer Tagesklinik Ende der 70er Jahre ein unabweisbares Bedürfnis geworden.

Wenn man die Leute abends und am Wochenende nach Hause schickt, muss die Fähigkeit zum Phantasieren der Lebenswelt des jeweiligen Patienten wesentlich stärker und besser ausgeprägt sein als auf einer Station. Man ist existentieller darauf angewiesen zu wissen, in welches Umfeld man sie entläßt und wie es der Familie dabei ergeht.

Deswegen haben wir uns eines Tages gesagt: machen wir eine Angehörigengruppe, bieten wir den Angehörigen unserer Patienten regelmäßig einmal die Woche an, sich in einer Gruppe auszusprechen. Das war dann der Beginn unserer Angehörigenarbeit.

Ein anderer Zugang war, dass ich nebenamtlich jahrzehntelang im Gesundheitsamt gearbeitet habe. In diesem Rahmen hat man wiederum andere Gelegenheiten, die brutale Realität der Lebenswelt und die Bezüge zwischen den Familienmitgliedern zu sehen, als es vom Krankenhaus aus der Fall ist.

### **NS-Psychiatrie zerstörte familiäre Bindungen**

Einen weiteren Zugang fand ich durch meine intensive Beschäftigung mit der NS-Psychiatrie. Es gehörte zu ihren Methoden, den Patienten nicht nur zu isolieren, ihn zum Objekt der Verwaltung zu machen, sondern auch sein familiäres Netz zu zerstören.

Trotzdem haben es Angehörige in großer Zahl versucht, ihre Patienten aus den jeweiligen Landeskrankenhäusern herauszuholen, um sie vor dem sicheren Tode zu retten. In der Mehrzahl der Fälle wurde das vom jeweiligen Anstaltsleiter abgelehnt. Es gibt auch gegenteilige Beispiele, die aber eindeutig in der Minderzahl sind. Dann überlegt man sich, wie es gewesen wäre, wenn familiäre Netzwerke noch bestanden hätten und ob dann ein solches Programm, wie z.B. die Sterilisierung und später vor allem die Euthanasie überhaupt möglich gewesen wäre. Seit ich Psychiatrie mache, lese ich immer neidvoll von neuen theoretischen Konstrukten in der Psychiatrie oder den psychosozialen Wissenschaften. Sie klingen alle plausibel, ob es nun Interaktionstheorien, Kommunikationstheorien, familientherapeutische Ansätze, systemische oder ökologische Theorien oder was auch immer sind. Wie bekommt man sie aber in die Alltagsrealität der familientherapeutischen Versorgung hinein?

### **Festgefahreneres verändern**

Gerade die Arbeit mit Angehörigen ist ein ganz hervorragendes Mittel, festgefahrene Beziehungen zwischen Menschen zu verändern. Auch lässt sich diese Arbeit in der Praxis gut realisieren. Um es polemisch zu sagen: Wenn man in einer psychiatrischen Institution arbeitet, sei es die Station einer Klinik, ein Heim, eine Tagesstätte oder die Institutsambulanz, wäre es ein Kunstfehler, nicht mit einer Angehörigengruppe zu arbeiten. So gut man ansonsten auch sein mag, man würde von einem Fehler in den anderen taumeln. Wenn Familien zum ersten Mal eine Einladung erhalten, seien es Ehepartner, Geschwister oder Eltern eines psychiatrischen Patienten, man möge Mittwoch um 18.00 Uhr in den und den Raum kommen, dort würde man mit anderen Leidensgenossen zusammentreffen, löst



das natürlich bei Menschen, die das noch nie erfahren haben, zunächst Befremden und Verwirrung aus. Es ist auch durchaus nicht so, dass alle auf den ersten Impuls hin kommen. Ich sage immer: wer Erfahrungen mit Gruppenarbeit sammeln möchte, sollte am besten eine Angehörigengruppe machen, weil es die einfachste Form des Lernens ist. Irgendeiner beginnt von sich zu erzählen, von Sohn, Tochter, Ehepartner und von seinem Leidensweg. Dann ist der Damm gebrochen. Es bricht in der Tat aus fast allen das hervor, was sich über kürzere oder längere Zeit, Jahre, Jahrzehnte angestaut hat - mit der Chance, auch geglaubt zu werden.

Die Situation ist auch deswegen ungewöhnlich, weil dort vielleicht ein Arzt und eine Krankenschwester einer Station und mehr als eine Handvoll Angehörige sitzen. Die Angehörigen sind in der Mehrzahl, Profis in der Minderzahl - das ermuntert, offener zu werden. Die Aussagen reichen von der kompletten Beschimpfung des gesamten psychiatrischen Versorgungssystems, des Krankenhauses, der niedergelassenen Ärzte, des Gesundheitsamtes bis hin zu der Anklage, immer allein gelassen zu werden, egal wie dicht das Versorgungsnetz ist.

Man läßt auch mal seinem Herzen freien Lauf und sagt, daß man doch nie genau wisse, ob das kranke Familienmitglied, das gestörte, nun wirklich krank oder ob es nicht eigentlich bössartig ist. Schließlich gebe es „abgefeimte Gemeinheiten“. z.B. regelmäßige Störungen der Nachtruhe und des Tagesverlaufs. Das passiere so gezielt und so bössartig, dass man letztlich nichts dagegen tun könne. Ist das noch mit Krankheit vereinbar?

### **„Bei der Mutter ist es kein Wunder...“**

Es liegt auf der Hand, daß jeder Angehörige eines psychisch gestörten Menschen solche Gedanken immer schon hatte, er muß sie haben, nur hatte er nie die Chance, sie auch auszusprechen.

Weil der Patient als der arme, leidende Mensch im Mittelpunkt steht, fürchten seine Angehörigen immer dann als schlechte Menschen bezeichnet oder behandelt zu werden, wenn sie über ihre eigenen Gefühle sprechen. Unser aller Kausalitätsbedürfnis, gepaart mit dem geringen Wissen über psychische Störungen, möchte gerne irgendwo Ursache oder Schuld festmachen.

Jeder, der eine Zeitlang in einer psychiatrischen Institution gearbeitet und darüber reflektiert hat, kennt das von sich selbst. Wie schnell ist er bereit, sich ein Weltbild zu verschaffen, in dem der Patient um seine Freiheit, seine Selbständigkeit und seine Autonomie kämpft und irgendwelche bössartigen Angehörigen dies verhindern wollen. Ausrufe wie „Bei der Mutter ist es kein Wunder, dass man schizophoren wird“, sind Gang und Gäbe im Klinikjargon und harmonisieren mit den Theorien aus den 60er Jahren von der schizophrenogenen Mutter und deren Charakterzügen, durch die Kinder zwangsläufig schizophoren werden müssen.

Nur hat man leider nie mit einer prospektiven Studie den Beweis dafür angetreten. Da sich auch neue Generationen habilitieren müssen, wäre auch eine Studie möglich, die das entgegengesetzte Untersuchungsergebnis zu Tage fördert, dass nämlich erst der Sohn oder die Tochter schizophoren werden und die Mutter, die das nicht aushallen kann, so gestört wird, dass man sie als schizophrenogen bezeichnen könnte. Ich drücke es ein bisschen lustig aus, es ist eigentlich keineswegs lustig und zieht sich durch alle Epochen psychiatrischer Geschichte der letzten 150 Jahre, immer wieder nach demselben Schema.

### **Mindestens drei Menschen**

Im folgenden werde ich auf einige Aspekte eingehen, die nach meiner Erfahrung zu einer Veränderung des psychiatrischen Arbeitens führen, wenn man regelmäßig und systematisch mit Angehörigen arbeitet.

1. Die psychiatrische Standardsituation besteht dann grundsätzlich nicht mehr und nie wieder aus nur zwei Menschen, sondern immer aus mindestens drei Menschen; Patient, Profi und Angehöriger. Vom Grundsatz her: es gibt keine psychiatrische Situation mehr mit nur zwei Menschen, es sind immer mindestens drei.

Das ist etwas ganz Entscheidendes! Wir müssen es uns immer wieder vorbeten, damit wir es auch selber glauben, weil man immer wieder dazu neigt, davon Abstand zu nehmen. Noch einmal, man ist von vornherein zuständig für ein Feld von mindestens drei Menschen, wenn es nicht noch mehr sind.



**„Was haben wir nicht  
alles gefordert...“**

2. Man ist für dieses Feld verantwortlich und im Prinzip hat der Patient dabei keine Sonderstellung. Ich habe mich zu beschäftigen mit einem familiären Gebilde und seinem Drumherum. Meine Aufgabe besteht darin, mit diesem Gebilde so umzugehen, dass alle Beteiligten in Zukunft besser auf ihre Kosten kommen, auch der Patient, aber wie gesagt: nicht nur der Patient.

Dazu gehört auch etwas ganz Banales: bei dieser Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für das gesamte Feld geht es nie nur um die Menschen als Bestandteil des Feldes, sondern auch um materielle Bedingungen.

Mit vielen Gleichaltrigen teile ich die Ansicht, daß wir uns in unserem Nachholbedürfnis in den psychosozialen Fächern der Nachkriegszeit allzu einseitig auf die Bedeutung der jeweils beteiligten Menschen und den Beziehungen zwischen ihnen konzentriert und die materiellen Bedingungen sträflich vernachlässigt haben. Ich nenne ein Beispiel:

In der Schweiz gibt es für alle Behinderten eine Rente und zwar unabhängig davon, ob der Betreffende jemals vorher gearbeitet hat oder nicht. Dort hat man die Konjunktur der 70er Jahre genutzt und diese Forderung bei den Politikern durchgesetzt.

Auch wir hatten mal konjunkturell bessere Zeiten. Was haben wir nicht alles gefordert an Verbesserungen für die Psychiatrie, für die Psychiatriereform, bessere Räumlichkeiten in den Krankenhäusern, mehr Personal! Für unsere Arbeitsplätze haben wir viel gefordert und viel erreicht, aber die primitivste, die primäre Forderung auf finanzielle Absicherung des Patienten haben wir vergessen.

Heute wissen wir, daß für einen Menschen, der möglicherweise längerfristig, vielleicht lebenslang mit einer psychischen Behinderung zu leben hat, die Möglichkeit, seine eigene Existenz selbst zu bezahlen, zu Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen führt. Dass niemand von uns, die wir so schlau waren und die Psychiatriereform betrieben haben, überhaupt darauf gekommen ist, so etwas wie eine Grundrente zu fordern, was die allererste Forderung hätte sein müssen, macht mich doch sehr nachdenklich.

**„Oft leiden die Angehörigen mehr als der  
Patient“**

Der 3. Punkt, zu dem ich jetzt komme, ist eine Art Faustregel. Es ist davon auszugehen, daß in dem erwähnten Feld alle Beteiligten gleich viel leiden. Vielleicht spüren Sie einen Widerstand gegen diese Aussage. Sie denken: „Da ist der leidende Patient. Es geht ihm schlecht und vielleicht bringt er sich sogar um! - Die Aussage ist doch irgendwie falsch!“ Es ist aber dennoch so! Ich setze noch eins drauf und sage: oft leiden die Angehörigen mehr als der Patient. Das läßt sich auch begründen.

**Patient schützt sich mit psychischen  
Symptomen**

Was immer für Probleme in den zwischenmenschlichen Beziehungen oder den materiellen Verhältnissen der Familie herrschen, der Patient ist derjenige, der sich aufgrund seiner besonderen Verletzbarkeit mit psychischen Symptomen schützt, ja, der überhaupt Schutzmechanismen zur Verfügung hat, die der Familie fehlen. Sie ist dem permanenten Chaos und der manchmal lebensbedrohlichen Gefährdung hilflos ausgeliefert und steht unter dem Druck ihres eigenen Gewissens und der lieben Umwelt.

„Da kann man es sehen, die Eltern haben es wieder nicht geschafft, mit dem Jungen richtig umzugehen, nun muss er wieder ins Krankenhaus.“

Deshalb lassen Sie diese zunächst absolut klingenden Gedanken auf sich wirken: Alle Beteiligten leiden gleich viel, wenn sie es auch unterschiedlich äußern. Zu berücksichtigen ist 4., daß sich alle Beteiligten in unterschiedlichen Lebensphasen immer wieder anders mit Krisen auseinandersetzen haben und in unterschiedlicher Weise davon getroffen werden. Darauf komme ich zum Schluß zurück.

In Punkt 5 handelt es sich um das Problem des Verstehens. Es geht ein bisschen ins Erkenntnistheoretische, ich kann es nur andeuten: Nach Jaspers und anderen Leuten bedeutet das Schema des Verstehens in der Psychiatrie: Ich verstehe dich oder ich verstehe dich nicht - je nach dem.

Ein Subjekt versteht ein Objekt oder versteht es nicht. Die psychiatrische Grundsituation besteht aber darin, dass in einem Feld mehrere Menschen





aus vielerlei Gründen miteinander verklinscht sind und den Abstand zueinander verloren haben. Es geht deshalb primär darum, Distanz zwischen allen Beteiligten zu schaffen, so daß jeder zunächst sich selbst wieder verstehen kann.

Punkt 6, die Ebene des Handelns: es gibt eine kurz gefasste Metapher, daß man Menschen nur behandelt und behandeln kann, indem man jemanden ändert. Das ist ein wichtiges Ziel der Psychiatrie. Sozusagen ich bringe jemanden von A nach B.

### **Ich ändere mich so, dass du dich ändern kannst**

Das Arbeiten mit Angehörigen hat uns gezeigt, dass auch hier Umdenken erfolgen kann: ich ändere mich so, dass du dich ändern kannst. Es ist der Versuch, von der zielgerichteten Heilbehandlung wegzukommen, die uns die Krankenkassen vorschreiben, indem man sagt: im Umgang mit Menschen und insbesondere im Umgang mit Gefühlen sind alle direkten, zielgerichteten Handlungs- und Behandlungsweisen verboten, unzulässig, als kriminell abzulehnen. Sie sind zu ersetzen durch indirekte Vorgehens- oder auch Umgangsformen. Das Wort „Umgang“ ist sprachlich gar nicht so verkehrt. Wenn ich mit einem Menschen zu tun habe und Gefühle eine Rolle spielen, Gefühle der Angst oder der Liebe, versuche ich, um das Gefühl herumzugehen und herauszufinden, was es mir signalisieren will und mache es vielleicht zum Gegenstand eines Gesprächs. Während also die Krankenkassen zielgerichtete Heilbehandlung von uns fordern, können wir sagen, in der Psychiatrie kann zielgerichtet nur heißen, nicht zielgerichtet zu arbeiten, sondern weiß der Teufel, in Kreisen, in Arabesken, in indirekten Vorgehensweisen, in Umspielungen, um zu erreichen, dass eine Landschaft, ein Feld, ihr eigenes Potential wieder entdeckt, entwickelt und entfaltet.

### **„Patienten am besten in Ruhe lassen“**

Der 7. Punkt leitet unmittelbar dazu über. Anders als ich es mir immer gedacht hatte, sollte man in der Regel in der Psychiatrie den, um den es eigentlich geht, den so genannten Patienten - um es mal etwas überspitzt auszudrücken - am besten in Ruhe lassen, weil er dann am ehesten die

Gelegenheit hat, wieder zu sich selbst zu kommen. Wenn Veränderungstätigkeiten erforderlich sind, dann im Bereich des Kontextes - und es ist erst mal egal, ob es der materielle oder der zwischenmenschliche Kontext ist, oder ob es darum geht, eine Änderung im System überhaupt zustande zu bringen. In der Regel ist es so, daß jemand aus der Familie irgendeine Art von Änderung natürlich viel leichter zustande bringt als der Patient. Der Patient hat in seiner Festgefahrenheit die geringsten Möglichkeiten, eine Veränderung mit sich vorzunehmen. Wenn sich aber in einem System irgendein Element verändert, dann ändert sich auf wundersame Weise das ganze System.

### **Wie sieht die Landschaft aus?**

Das leitet zu Punkt 8. über, in dem ich sagen will, daß wir eigentlich nicht so sehr Menschen zu ändern, sondern passende Kontexte für sie zu finden haben. Ich verwende hier gern den Begriff der Landschaft.

Wie sieht die Landschaft dieser Menschen aus, aus welchen menschlichen, aber auch materiellen, sachlichen Dingen oder Aspekten besteht sie. In welcher Hinsicht ist sie so zu modifizieren, daß sie für Familienmitglieder einerseits und für Patienten andererseits ökologisch passend wird? Diese Frage steht im Gegensatz zu der Meinung, Psychosen müssten therapiert werden, gewissermaßen egal wie lange. Ich erzähle Ihnen dazu eine Anekdote.

In Gütersloh lebte ein 80 jähriger Patient seit 40 Jahren auf einer Langzeitstation, der noch rüstig war und allmorgendlich die Station mit den Worten verließ: „ich gehe jetzt zur Therapie“. Damit meinte er eine bestimmte Funktion und Beschäftigung im Fuhrpark des Krankenhauses, wo er seit Jahrzehnten tätig war. Daß ein Patient nach 40 Jahren Psychiatrie noch sagt: „ich gehe jetzt zur Therapie“, ist eine der gelungensten Persiflagen auf den Irrsinn zu glauben, der angemessene Umgang mit längerfristig psychisch gestörten oder behinderten Menschen sei das therapeutische Tun. Das kann es nun mit Sicherheit nicht sein, es kann alles Mögliche sein, aber das, was wir sinnvoll unter Therapie verstehen, ist sicherlich nicht die richtige Beschreibung der Tätigkeit dieses Patienten. Deswegen sagt der Begriff «Landschaft» mehr, um uns klar zu machen:



„Was braucht der Mensch im Wohnbereich, im Arbeits- und Freizeitbereich?“

Der amerikanische Begriff des Life-Space-Workers. des «Lebensraumarbeiters», gefällt mir gut, eigentlich müsste der des Life-Time-Workers auch noch mitgedacht werden.

Es gab mal den Begriff des Raumpflegers, der aussagt, daß wir psychiatrisch Tätigen Räume so zu bearbeiten haben, dass sie für Menschen, so wie sie sind, passend werden. Alle diese Überlegungen wurden entscheidend durch die Arbeit mit Angehörigen angeregt, die uns auch zu der Frage geführt hat:

Was brauchen langfristig Behinderte, zum Beispiel die oben erwähnte 200 Langzeitpatienten, die wir in eigene Wohnungen entlassen haben? Wir haben uns als erstes gesagt, jetzt legen wir uns selber ein Heimverlegungsverbot auf! Denn die Verlegung des Patienten ist immer das einfachste und war bis 1980 bei uns und in allen anderen Krankenhäusern üblich. Man sagt: „nun ist therapieren nicht mehr drin, der Patient ist nicht mehr heilbar, das medizinische Konzept greift nicht mehr so richtig, was soll er noch in einem Krankenhaus?“ Dann bietet sich das Heim an.

#### **Eigene Geschichte aneignen**

Es war ein wesentlicher Impuls der Psychiatriereform zu sagen, die Krankenhäuser sind zu groß, sie müssen kleiner werden. Und jeder Landeskrankenhausesdirektor hat sich beeilt, sein Krankenhaus kleiner werden zu lassen. Das einzige zur Verfügung stehende Mittel dazu war, die Langzeitpatienten formiert in Heime zu verlegen, da man ja nicht schneller und besser therapieren konnte. Wenn solch eine Mode einmal im Krankenhaus drin ist, ist sie kaum noch zu stoppen und macht sich selbständig. Aber irgendwann ist es uns doch gelungen.

Es hat zwei bis drei Jahre gedauert, bis alle Mitarbeiter unseres Krankenhauses sich dem Heimbelegungsverbot angepasst hatten. Wir waren der Meinung, dass Menschen, die seit 10, 20, 30 und 40 Jahren bei uns lebten, entweder im Krankenhaus bleiben oder in eine eigene Wohnung gehen sollten und zwar dorthin, wo sie leben wollten, sei es in ihrer Heimat, soweit das machbar war oder, wenn Gütersloh ihre Heimat geworden war, in der Stadt Gütersloh.

#### **Wieder Bestandteil eines familiären Netzwerkes werden**

Es klingt banal und ich schäme mich fast, es kam uns darauf an zu fragen: welche Bedürfnisse hat unser Bewohner? Die schwierigste Aufgabe war, ihm zu helfen, seine Bedürfnisse wieder zu entdecken. Jeder Mensch, der zehn Jahre in einer Anstalt lebt, hat keine Geschichte mehr! Wir haben versucht, mit jedem so umzugehen, dass er sich seine eigene Geschichte wieder aneignen konnte.. Dabei spielte die Wiederentdeckung, die kriminalistische „Ausgrabungen“ von Angehörigen, die teilweise Jahrzehnte keinen Kontakt mehr gehabt hatten, eine große Rolle. Wir hatten natürlich nicht die Absicht, diesen Angehörigen irgendwelche neuen Aufgaben zuzuspielen. Wir wollten einfach ins Gespräch kommen und dem Langzeitpatienten helfen, wieder Bestandteil eines familiären Netzwerkes zu werden. Ein Gefühl, das offensichtlich entscheidend ist, wenn es darum geht, eine eigene Person zu sein. Jeder kann es durchspielen, wenn er sich überlegt, er wäre plötzlich mutterseelenallein, es gäbe keinerlei familiäre Bezüge mehr und das über Jahrzehnte. Nur die Rehistorisierung ist in der Lage, Menschen zu helfen, Perspektiven zu entwickeln. Das ist die Kunst der Psychiatrie, sich eben nicht auf Menschen stürzen, sondern die Institution so zu verändern - so mit Aufforderungscharakter auszustatten - daß sie gewissermaßen von den Wänden ausstrahlt: „Ich kann hier zwar sein, ich werde nicht rausgeschmissen, aber ich kann auch gehen, und ich kann glauben, dass ich gehen kann!“

Wir haben dann gerne von einer Luftbrücke gesprochen. Aber wie kann ein Patient glauben, daß er auf eine Luftbrücke treten kann, ohne fürchten zu müssen, dass sie in der Mitte einstürzt? Versprechungen hat er bei jeder Generation von jüngeren Therapeuten in den letzten Jahrzehnten schon gehört und ist dann irgendwann enttäuscht worden.

#### **„Zwei Stunden am Tag oder mehr arbeiten ...“**

Weil das natürlich nicht ausreicht, einen eigenen Ort zum Leben zu haben, sind wir dann der Arbeitslosigkeit zum Trotz oder wegen der Arbeitslosigkeit dazu übergegangen, eigene Firmen aufzubauen. Inzwischen sind es drei oder



schon vier mit Vollzeit- und Teilzeitarbeitsplätzen in Gütersloh, in denen jeder nach eigenen Bedürfnissen zwei Stunden am Tag oder mehr arbeiten und zu seiner Sozialhilfe, zu seiner Rente dazu verdienen kann. Wir haben derzeit etwas über 30 Vollzeitarbeitsplätze und über 100 Teilzeitarbeitsplätze und damit den größeren Teil der Leute, um die es geht, schon erreicht. wenn auch sicherlich keineswegs hinreichend gut.

Auch dies halte ich für überlegenswert: ich habe es nicht mit einem Individuum zu tun, sondern mit einem Feld von Gegebenheiten, in denen Menschen und sachliche Dinge vorkommen. Das hab ich so zu verändern, daß zum Schluß etwas herauskommt, in dem Menschen leben können.

### **Gemeindepsychiatrie**

Zum letzten und 10. Punkt, der Gemeindepsychiatrie. Der Begriff Gemeindepsychiatrie ist eigentlich eine ökologische Konstruktion. Er bedeutet, die Gemeinde in ihrer Unwirtlichkeit und nicht die Menschen zu verändern. Wie Mitscherlich sagt: sie in ihrer Unwirtlichkeit so zu verändern, daß sie wirtlich wird(!), unter anderem auch für diese früher einmal ausgestoßene Gruppe ihrer psychisch behinderten Bürger und zuzulassen, daß dort 60 oder 80 Wohnungen in der Stadt von ihnen bewohnt, Cafés und Firmen von ihnen betrieben werden.

Dass das möglich wird, verlangt auch eine ganze Menge an Öffentlichkeitsarbeit.

### **Erwachsenenbildung**

Was für eine Tätigkeit ist eigentlich die Arbeit mit Angehörigen? Das ist eine Frage, die ich auch in „Freispruch der Familie“ gestellt habe. Eine der Antworten wäre, daß sie im weitesten Sinne Erwachsenenbildung ist. Manche sagen, es ist Therapie. Auch die Angehörigen streiten sich oft fürchterlich: Ist es jetzt Therapie, was wir miteinander treiben oder ist es keine? Meistens treffen sie sich in der Mitte. Mit dem Begriff Erwachsenenbildung läßt sich einiges davon

umschreiben. Dazu folgender Gedanke: Man kann je nach dem eigenen Lebensalter in unterschiedliche Angehörigenrollen geraten. Man kann ab 20 bis 25, wenn man Kinder bekommt, Angehöriger eines geistig- oder auch körperbehinderten Kindes werden. Ab 30 kann man Angehöriger eines psychisch kranken Partners werden, insbesondere eines depressiv oder auch manisch depressiv werdenden oder eines suchtkranken, abhängigen Partners, ab 40 eines schizophren gestörten Menschen. Etwa ab 45 bis 60 kann man Angehöriger eines gerontopsychiatrischen, alten Menschen werden. Da ich gerade in dieser Situation bin, kann ich nur sagen, man erlebt sich da auf eine völlig andere Weise neu, als Kind eines hilflosen, verwirrten, depressiven, alt gewordenen Menschen. Man entdeckt die eigene Kindlichkeit in sich wieder. In seiner erwachsenen Souveränität dachte man, dies alles überwunden zu haben. Vom Erwachsenenbildungs-Konzept ausgehend könnte man sagen, das Schicksal, das uns je nach Lebensalter eine Behinderung ins Haus schickt, erlegt uns unterschiedliche Reifeprüfungen auf, ob auch als Chance, wird jeder unterschiedlich erleben. Bei einem geistig oder körperlich behinderten Kind ist es die zugespitzteste Reifeprüfung, die man sich denken kann. Ab 30, mit einem depressiven, manischen oder suchtkranken Partner geschlagen, ist es die Reifeprüfung, mit einem Menschen zu leben, der stark gestört ist. Ab 40 macht man die Reifeprüfung, wenn ein Sohn oder eine Tochter schizophren wird und muss lernen, von der Elternrolle zur Partnerrolle mit seinen Kindern überzuwechseln, eine der schwierigsten Reifeprüfungen überhaupt. Mit 45 im Umgang mit gerontopsychiatrischen Angehörigen wäre das dann die filiale Reifeprüfung.

In allen Fällen gilt es, Antwort auf die Frage zu finden: Wie kann ich als Angehöriger überleben in meiner Selbständigkeit, in meiner Subjektivität? Ich muss einsehen, dass ich nicht der Kapitän meiner Seele bin.

Das macht mich frei, mein Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen.