

Unterstützte Entscheidungsfindung bei Menschen mit kommunikativen Einschränkungen (bei geistiger Behinderung, Mehrfachbehinderung, Autismus-Spektrum-Störung)

Christian Schanze

Sag' du!

Ein fragender Blick, beharrliches Schweigen oder stereotypes Ja- oder Neinsagen, dieser Art der Kommunikation begegne ich in der psychiatrischen Behandlung und Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung und Autismus-Spektrum-Störungen täglich. »Sag' du!«, heißt es dann oft, und allzu bereitwillig habe ich früher diese Bitte um stellvertretendes Sprechen als umfassenden Auftrag interpretiert. Als Auftrag, nicht nur etwas zu verbalisieren, sondern darüber hinaus auch entsprechende Entscheidungen zu treffen oder die Entscheidung anderer durch meine Stellungnahme zu beeinflussen. Diagnostische Interpretationen, Empfehlungen zu pädagogischen Betreuungskonzepten, geeigneten Wohnformen oder Arbeitsstellen oder auch in ganz alltäglichen Situationen wie: »Wo soll ich mich hinsetzen?«, »Soll ich den roten oder blauen Pullover anziehen?« »Ich will nicht Zähneputzen«, »Ich will im Bett liegen bleiben!«, »Ich will keine Tabletten nehmen!« oder »Ich will nicht im Krankenhaus bleiben. Ich will heim!« etc.

Sicherlich, in Bezug auf die wesentlichen Entscheidungen gibt es immer auch andere Personen wie die Eltern, Mitarbeitende aus der Behindertenhilfe, gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer, mit denen ich mich als Arzt abspreche, aber das ist nicht das eigentliche Problem. Am Anfang meiner beruflichen Karriere habe ich mich oft vom Halo-Effekt der Diagnose »geistige Behinderung« zu sehr blenden lassen und nicht immer erkannt,

dass scheinbar teilnahmsloses Schweigen, stereotype oder fragende Antworten nicht bedeuten, dass die betreffenden Personen keine eigene Meinung hätten und entsprechend keinen eigenen Willen zeigen könnten. Dies gilt nicht nur für Menschen mit Lernschwierigkeiten, sondern vor allem auch für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen.

All diese stellvertretenden Entscheidungen habe ich natürlich immer mit bestem Wissen und Gewissen, ganz zum Wohle des jeweiligen Patienten getroffen, versteht sich. Aber sie bleiben, trotz aller Fürsorge und eines vielleicht zugrunde liegenden Schutzgedankens, Fremdentscheidungen. So getroffen vertreten sie meist nicht das Wollen des Gegenübers. Es sind Entscheidungen, die aus einem hierarchischen Verständnis von Entscheidungskompetenz abgeleitet werden. Sie sind insofern eigentlich Ergebnis eines Abwertungsprozesses und in ihrer pädagogischen Prägung bestenfalls autoritativ. Guter Vater (paternalistisch) oder gute Mutter (maternalistisch) sein zu wollen, diesem Rollenverständnis bin ich bei Mitarbeitenden der Behindertenhilfe sehr häufig begegnet: »Ich bin auf deiner Seite. Ich weiß, was gut für dich ist!«

Wenn eine solche Einstellung, die sich unmittelbar im eigenen Betreuungsstil niederschlägt, unreflektiert bleibt, führt sie zur Entmündigung und Entmutigung von Menschen mit Behinderungen. Oftmals sind regressiver Rückzug oder aufbegehrende »Verhaltensauffälligkeiten« die Folge davon. Das eine ist dann ein ruhiger und »guter« Bewohner, das andere jemand, der eventuell aus Sicht mancher Teams sogar medikamentös »eingestellt werden« sollte.

Entscheidungsfindung im stationär- psychiatrischen Behandlungssetting

Nach der Psychiatrieenquête und der darauf folgenden Enthospitalisierung von bundesweit ca. 27.000 Menschen (18.000 in der BRD, 9000 in der DDR) mit geistiger Behinderung aus der Psychiatrie, haben sich bis heute 32 akutpsychiatrische Spezialbereiche für diese Personengruppe in Deutschland entwickelt. Aus Erhebungsdaten der Arbeitsgruppe »Geistige Behinderung« der Bundesdirektorenkonferenz aus dem Jahr 2002 haben diese durchschnittlich 19 Betten, mit denen ca. 154 stationäre Aufnahmen pro Jahr erfolgen. Hochgerechnet ergibt dies für die

heutige Zeit ca. 5000 stationär-psychiatrische Behandlungen jährlich (SCHANZE & SCHMITT 2014). Das Spektrum der gestellten Diagnosen erstreckt sich über alle psychiatrischen Störungsgruppen und beinhaltet zusätzlich schwere Verhaltensauffälligkeiten mit selbst- und fremdverletzendem Verhalten. In den Spezialbereichen erfolgt in der Regel auch die Behandlung von den Menschen mit frühkindlichem Autismus, die in ihrer Kommunikationsfähigkeit deutliche Beeinträchtigungen zeigen. Menschen mit Asperger-Autismus und frühkindlichem Autismus ohne Intelligenzminderung und mit vorhandener Sprachkompetenz (hochfunktionaler Autismus) werden meist außerhalb dieser Spezialbereiche psychiatrisch behandelt.

Die Besonderheiten in der psychiatrischen Diagnostik und Therapie sind bei den genannten Personengruppen vielfältig. Vor allem die Tatsache, dass die Patientinnen und Patienten fast alle unter Betreuung stehen, macht das Aufgabenfeld in besonderer Weise herausfordernd. Meist sind in der gesetzlichen Betreuung sämtliche Aufgabenbereiche des alltäglichen Lebens abgedeckt und nur für einen kleineren Teil ist die Betreuung auf einzelne Aufgabenbereiche begrenzt. Psychiatrisches Handeln bedeutet also in diesem Kontext eine permanente Beschäftigung mit der Beurteilung, ob freier Wille und Einwilligungsfähigkeit bei den Patienten vorliegen oder nicht. So müssten aus den Spezialbereichen heraus eigentlich schon längst Impulse hervorgegangen sein, die das Thema der Unterstützten Entscheidungsfindung (UE) im Spiegel der UN-Behindertenrechtskonvention in der Psychiatrie zur selbstkritischen Diskussion gestellt haben sollten. Doch geht es uns noch allzu sehr um Methoden, wie man die eventuell vorliegenden kommunikativen Defizite kompensieren kann. Die Entscheidungsfindung selbst, die ja aus einer eventuell gestärkten kommunikativen Kompetenz erwächst, wird viel zu wenig problematisiert. Die Tatsache, dass fast alle Patienten der psychiatrischen Spezialbereiche unter gesetzlicher Betreuung stehen, erklärt die Entstehung dieses »blinden Flecks« teilweise. Psychiatrische Störungen verschärfen zwar manchmal das Ausmaß der Beeinträchtigung der Einsichtsfähigkeit, aber Betreuungen werden in diesem Fachbereich so gut wie nie wegen der psychischen Störung eingerichtet. Allenfalls erweitert oder um den Aspekt des Einwilligungsvorbehalts ergänzt.

BEISPIEL Bei einem 32-jährigen Mann mit leichter geistiger Behinderung besteht eine bipolare affektive Störung. In manischen oder hypomanen

Phasen schließt er verschiedene Handyverträge gleichzeitig ab und bestellt alles, was er so braucht (sich aber mit seinem geringen Werkstattgehalt nicht leisten kann) bei Online-Versanddiensten. Bislang hat er eine Betreuung ohne Einwilligungsvorbehalt. ✕

Mögliche Ursachen für die Häufung von Betreuungsmaßnahmen bei Menschen mit geistiger Behinderung oder Autismus-Spektrum-Störungen könnten auch in Folgendem liegen (LACHWITZ 2012):

- In der Gutachtenerstellung wird die geistige Behinderung unter rein medizinisch-defizitären Gesichtspunkten eingeschätzt.
- Für viele Träger der Behindertenhilfe gilt das Bestehen einer Betreuung weiterhin als Bedingung für die Aufnahme eines Interessenten in eine Wohneinrichtung.
- Es bestehen außerhalb des familiären Umfelds keine Strukturen und Angebote für den Aufbau alternativer Unterstützungsmaßnahmen, wie z. B. *Microboards in Kanada* (MAYRHOFER 2013; BROWNING u. a. 2014; STANTON 2016; www.velacanada.org) oder der *persönliche Ombud in Schweden* (MAYRHOFER 2013; TØSSEBRO 2016; siehe auch S. 222 ff.).

In der gutachterlichen Auslegung und praktischen Umsetzung des BGB wird die Existenz eines auf Einsicht basierenden Willens bei Menschen mit geistiger Behinderung grundsätzlich in Zweifel gezogen und ihr Wollen als unvernünftig eingestuft und somit die im Art. 12 Absatz 2 UN-BRK berücksichtigungswürdigen Präferenzen einem abstrakten »Wohl« und einer vollständig stellvertretenden Entscheidungsfindung untergeordnet (Staatliche Koordinierungsstelle nach Art. 33 UN-BRK 2017).

In der medizinischen Diagnostik und Therapie kann sich ein solches Vorgehen unmittelbar negativ auf den Behandlungserfolg auswirken. Wie angloamerikanische Untersuchungen gezeigt haben, hängt eine erfolgreiche somatische oder psychiatrische Behandlung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus vor allem von der Frage ab, ob eine adäquate Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten gelingt oder nicht (DÖRSCHELN u. a. 2013; BALANDIN u. a. 2007; BUDRONI 2006).

Die Verständigung kann durch Störungen der rezeptiven oder expressiven Sprachkompetenz des jeweiligen Menschen mit Behinderung extrem erschwert sein. Die Ursache hierfür kann im Schweregrad der geistigen Behinderung, der motorischen oder neurologischen Beeinträchtigungen des körperlichen Sprechapparates oder in der autistischem Blockade der exekutiven Funktionen liegen. Bevor man sich in der somatischen

oder psychiatrischen Diagnostik und Therapie mit Menschen mit Einschränkungen der kommunikativen Kompetenzen also über den persönlichen Willen oder die Einsichtsfähigkeit Gedanken machen kann, muss das Problem der Verständigung gelöst werden. Seit den frühen 1970er-Jahren hat sich in Deutschland in der Heilpädagogik das Fachgebiet der »Unterstützten Kommunikation« etabliert.

Unterstützte Kommunikation

Unterstützte Kommunikation (UK; englisch: Augmentative and Alternative Communication), orientiert sich an einem humanistischen Menschenbild. Das Recht eines jeden Menschen auf Selbstbestimmung und Partizipation (Art. 1 UN-BRK) steht im Zentrum. Die Annahme, dass jeder Mensch ein Bedürfnis nach sozialem Kontakt und Kommunikation hat, ist die Basis für dieses Konzept. UK versucht, Menschen mit Einschränkungen in der verbalen Lautsprache oder auch in der nonverbalen Kommunikation bei der Kontaktaufnahme mit dem sozialen Umfeld und bei der unmittelbaren Kommunikation zu unterstützen.

Ausgehend von aktuellen Kompetenzen der jeweiligen Person werden individuelle Maßnahmen und Konzepte für eine bessere Verständigung entwickelt. Für die jeweilige Person sind im Alltag damit wachsende Möglichkeiten zur Selbstbestimmung verbunden und so kann die betroffene Person ihre Wünsche, Bedürfnisse und Nöte zum Ausdruck bringen. Die Kommunikation wird hierbei auf verschiedenen Ebenen unterstützt:

Körpereigene Kommunikationsformen Mimik, Gestik, Gebärden (auch idiosynkratische Gebärden = persönliche Gebärdensprache), Blickkontakt (z. B. Ja/Nein-Antworten), Lautierungen (Ausdruck innerer emotionaler Befindlichkeit; idiosynkratische Bedeutung) und Vokalisierungen (z. B. unvollständige Aussprache von Worten), die die jeweilige Person von sich aus anbietet, werden aufgegriffen und zu einer Kommunikationsebene organisiert und eventuell auch schrittweise erweitert.

Nicht-elektronische Kommunikationshilfen Nutzung von Kommunikationstafeln (z. B. Bliss-Tafel), -karten, Kommunikationsbücher (z. B. Ich-Buch), Fotos, Symbole, exemplarische Gegenstände. Durch sie kann eine gemeinsame Bezugsebene der Kommunikation geschaffen werden. Nutzer

dieser UK-Hilfsmittel können z. B. über ein gemeinsam erstelltes Ich-Buch auch unbekanntem Menschen über die eigene Person »erzählen« und so in Kontakt treten. Es entsteht eine gemeinsame Bedeutungszuschreibung (Objekt – Begriff), ähnlich der ersten im sozialen Miteinander (Kind – Eltern) erlernten Worte.

Elektronische Kommunikationshilfen Die elektronischen Sprachausgabegeräte (Talker) werden von diversen Herstellern in einer Palette von einfachen bis äußerst komplexen Modellen angeboten.

Gesprochener Text wird von einem einfachen Talker aufgenommen und auf Knopfdruck wiedergegeben. So kann z. B. die Kommunikation zwischen verschiedenen Lebensbereichen (Familie, Wohneinrichtung, Schule, Arbeits- oder Beschäftigungsbereich) mit der jeweiligen Person quasi als Informationsübermittler (transportiert Talker von einem in den anderen Bereich und initiiert durch Knopfdruck die Sprachausgabe) gefördert werden. Mithilfe des Talkers kann die Person auch einfache Bedürfnisse artikulieren. Dies soll vor allem stärker beeinträchtigte Menschen zur Kommunikation motivieren und ihnen Erfolgserlebnisse im dialogischen Miteinander ermöglichen.

Erweiterte Sprachfunktionen: Verschiedene Symbole werden mit ein-schiebbaren Karten (4 bis 20 oder mehr Symbole) in das Tastenfeld eines Sprachausgabegeräts eingelegt. Jedes Symbol wird jeweils mit einer Sprachaufnahme hinterlegt und auf Tastendruck ausgegeben.

Geräte mit dynamischem Display: Diese eröffnen durch eine differenzierte »baumartige« Strukturierung von Worten, Begriffskombinationen und Sätzen, durch vernetzte Bedeutungscluster sowie Tastenkombinationen einen nahezu unendlichen Wortschatz mit nur einem Gerät. Je nach Komplexität bedarf es einer höheren intellektuellen Leistungsfähigkeit des Nutzers, wie dies z. B. bei Menschen mit Cerebralparese oder Autismus-Spektrum-Störungen der Fall sein kann.

Die gezielte und stabile initiatorische Ansteuerung bzw. Bedienung der Ausgabegeräte (Talker) stellt dabei eine zusätzliche technische Herausforderung dar. So muss jeder Talker an die individuellen motorischen Möglichkeiten der jeweiligen Nutzer und Nutzerinnen genau angepasst werden. Inzwischen gibt es, von der einfachen ergometrisch-modifizierten Handbedienung bis hin zu differenzierten Möglichkeiten der Steuerung des Talkers mittels Augenbewegungen, eine Vielzahl technischer Innovationen, die den Menschen mit eingeschränkter verbaler Kommunikationsfähigkeit und motorischen Einschränkungen unterstützen können.

Unterstützte Entscheidungsfindung bedeutet bei Menschen mit körperlichen, autistischen oder geistigen Beeinträchtigungen der Kommunikationsfähigkeit immer auch, auf einer basalen Ebene eine gemeinsame »Sprache« zu finden. Dies ist die Voraussetzung, um das eigenen Wünschen und Wollen mitteilen zu können und somit Selbstbestimmung im Dialog verhandel- und durchsetzbar zu machen.

Besonderheiten bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen

Um die besondere Art der kommunikativen Einschränkungen von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) verstehen zu können, müssen einige Grundbegriffe erläutert werden. Menschen mit einer Diagnose aus dem autistischen Spektrum zeigen summative Symptome in folgenden Bereichen (ICD-11, beta-draft):

- bleibende Defizite in der Fähigkeit, reziproke soziale Interaktion und soziale Kommunikation zu initiieren und aufrechtzuerhalten;
- verschiedene begrenzte, repetitive und unflexible Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten.

Im ICD-11 und DSM-5 werden nicht mehr wie früher frühkindlicher, atypischer und Asperger-Autismus unterschieden, sondern alle bisherigen Untergruppen in einem autistischen Spektrum zusammengefasst. Es gibt darin jedoch zwei Unterscheidungsmerkmale:

- autistische Störung mit oder ohne intellektueller Entwicklungsstörung und
- autistische Störung mit eingeschränkter oder gänzlich fehlender funktionaler Sprachkompetenz.

Diese neue und sinnvolle Differenzierung weist direkt darauf hin, dass bei Menschen mit ASS zusätzlich auch eine geistige Behinderung bestehen kann, die – je nach Behinderungsgrad – die Sprachentwicklung beeinträchtigt. Der Anteil einer komorbid bestehenden kognitiven Entwicklungsstörung wird heute bei frühkindlichem Autismus nur noch auf 30 bis 55 Prozent geschätzt (FOMBONNE 2003; SAPPOK u. a. 2010; BAIO u. a. 2018). Für diese Menschen gelten im Prinzip alle geschilderten Besonderheiten in der UE für geistig behinderte Menschen.

Manche Menschen mit autistischen Störungen verfügen zwar über Sprache, aber sie können in der dialogischen Kommunikation nur auf repetitive, echolalische oder stereotype Weise auf diese zurückgreifen. Oft gelingt es ihnen deshalb nicht, das zum Ausdruck zu bringen, was sie eigentlich sagen wollen. Auch bei ihnen kann die kognitive Leistungsfähigkeit unbeeinträchtigt sein. Sprachprobleme (eingeschränkte oder nicht vorhandene expressive Sprachkompetenz) bestehen insgesamt bei ca. 48 Prozent der autistischen Jugendlichen (JOSHI u. a. 2013).

Allerdings kommen bei der Verwendung von Hilfsmitteln der Unterstützten Kommunikation (UK) weitere neuropsychologische Phänomene erschwerend hinzu (SAPPOK 2014):

- Beeinträchtigung der Entwicklung der *Theory of Mind*, der Fähigkeit, sich selbst und anderen mentale Zustände, wie z. B. Gefühle oder Absichten, zuzuschreiben;
- Beeinträchtigung der *zentralen Kohärenz*, der Fähigkeit, Teilaspekte der Wahrnehmung zu einem Ganzen zusammzusetzen und in einen Gesamtzusammenhang einordnen zu können;
- Beeinträchtigung der *Exekutivfunktionen*, der Handlungsfähigkeit zum Zweck der Verhaltenssteuerung und Selbstregulation unter Berücksichtigung der Umweltbedingungen.

Diese drei neuropsychologischen Bereiche charakterisieren das Denken, das Wahrnehmen und die kognitive Informationsverarbeitung von Menschen mit Störungen aus dem autistischen Spektrum in unterschiedlichem Maße und prägen das individuelle Kommunikationsverhalten. Das Wissen über diese Besonderheiten kann helfen, Missverständnisse zu vermeiden und die oftmals daraus resultierenden interaktionalen und kommunikativen Probleme zu beheben.

BEISPIEL Ein 29-jährige, geistig nicht behinderte Frau mit Autismus ohne aktive Sprachkompetenz ist nicht in der Lage, aus eigenem Antrieb ihren Hosenknopf zu öffnen, die Hose herunterzuziehen und sich auf die Toilette zu setzen. Von Mitarbeitenden der Wohngruppe wurde diese autistumstypische Störung der Exekutivfunktionen jedoch als provokantes Verhalten missdeutet und ihr Einnässen lange Zeit mit Strafen sanktioniert. ✕

Bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen müssen also verschiedene Aspekte berücksichtigt werden:

- Bei bestehender geistiger Behinderung ist die kognitive Einschränkung und der erreichte emotionale Entwicklungsstand (siehe S. 55 ff.) zu berücksichtigen, entsprechend muss die Wahl des geeigneten Hilfsmittels der Unterstützten Kommunikation (UK) an die kognitive Leistungsfähigkeit angepasst werden.
- Durch ungewohnte oder überfordernde soziale Situationen kann darüber hinaus das Kommunikationsverhalten des autistischen Menschen stark beeinträchtigt sein (Kommunikationsblockade durch Unsicherheit und Angst). Soziale Kommunikation muss insofern möglichst stressfrei gestaltet werden.
- Bei Störung der Exekutivfunktionen (»Blockade« der expressiven Sprache) muss einerseits die kognitive Fähigkeit berücksichtigt werden. Andererseits müssen im Einzelfall unterstützende Maßnahmen zur Überwindung der neuropsychologischen Blockade gemeinsam erarbeitet werden, z. B. über Facilitated Communication (siehe Kasten) oder Eye-Tracking kombiniert mit unterschiedlichen Techniken der UK.

Wenn nur wenig kommunikative Aktivität vonseiten des autistischen Menschen her erfolgt, dann muss durch eine individualisierende phänomenologische Beobachtung von Verhalten versucht werden, Rückschlüsse auf die bestehenden Präferenzen dieses Menschen zu ziehen.

Facilitated Communication (FC) (gestützte Kommunikation)

Ein Kommunikationshelfer (Stützer) gibt einer kommunikationsbeeinträchtigten Person mit Autismus (Schreiber/Nutzer) am Ellenbogen bzw. Schulter motorische Impulse, um die Handlungsblockade beim Schreibakt auf einer Schreibtafel oder -tafel zu überwinden. Der Schreiber drückt dann die Tasten des Schreibgeräts und kann somit Texte verfassen. *Voraussetzung:* Lesen und Schreiben können. *Problem:* Authentizität. Bisherige wissenschaftliche Untersuchungen zeigten nur in 1 bis 30 Prozent der regelmäßigen FC-Nutzer Hinweise auf Authentizität des geschriebenen Textes (BIERMANN 1999; BUNDSCHUH & BASLER-EGGEN 2000; EMERSON u. a. 2001; SALVIITA u. a. 2014 u. v. m.). Die Unterstützungstechnik wird deshalb äußerst kontrovers diskutiert, dabei teilweise vonseiten der Gegner von FC auf extrem polemische Art und Weise (STUBBLEELD 2011). In Einzelfallstudien konnte mittels Eye-Tracking die Übereinstimmung von geschriebenem Buchstaben und Blickrichtung verifiziert werden (z. B. GRAYSON u. a. 2012). *Zusammenfassung:* Trotz berechtigter Zweifel darf FC nicht in Bausch und Bogen verurteilt werden. Denn man würde den – zugegebenermaßen wenigen – authentischen FC-Nutzerinnen und -Nutzern die Möglichkeit

nehmen, ihre Gedanken, ihren Willen, ihre Bedürfnisse und ihre eigenen Präferenzen kundzutun. Ziel der gestützten Kommunikation ist es, unabhängig von der Stützung, selbstständig schreiben und damit kommunizieren zu erlernen (FLEISCHMANN 2013). Einige derjenigen, die dieses Ziel über FC erreicht haben, kämpfen heute für einen vorurteilsfreien Umgang mit FC (STUBBLEFIELD 2011). Im Sinne der UN-BRK müssen wir diese Kommunikationstechnik zwar kritisch hinterfragen, aber dennoch für potenzielle Nutzerinnen und Nutzer zugänglich machen (Zugangskriterien: autistische Blockade der Exekutivfunktionen; Lese- und Schreibfähigkeit).

Wille im Zusammenhang mit Kognition, Bedürfnissen und emotionaler Entwicklung

Wille und Kognition

Auch wenn z. B. durch Unterstützte Kommunikation eine kommunikative Verständigung möglich wird, so ist noch nichts darüber gesagt, inwieweit die betroffene Person damit auch wirklich ihren Willen für eine möglichst selbstbestimmte Lebensführung kundtun kann bzw. ihr für dessen Umsetzung der Raum gegeben wird bzw. ihre Willensäußerungen vom sozialen Umfeld überhaupt ernst genommen werden.

In meiner ambulant-psychiatrischen Zusammenarbeit mit Betreuerteams der Behindertenhilfe habe ich beim Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten bei den zu Betreuenden folgende Kommentare erstaunlich oft gehört: »Der will mich ja nur provozieren!«, »Die will ja nur meine Aufmerksamkeit!«, »Der will ja nur im Mittelpunkt stehen!«, »Die macht das mit Absicht!«, »Der könnte auch anders, wenn er wollte!«. Sätze also, bei denen es nicht mehr um Pädagogik geht, sondern nur noch Stigmatisierung und vor allem grenzsetzende Maßnahmen daraus abgeleitet werden. Sie setzen als Annahme voraus, dass der jeweils betreute Mensch durch sein auffällig gewordenes Verhalten versucht, planvoll den eigenen Willen durchzusetzen. Diese Einschätzung konstatiert also generell das Vorhandensein eines Willens. Allerdings mit der Zuschreibung, dass dieser Wille vor allem egoistische Interessen verfolgt und der betreffende Mensch eigentlich nicht weiß, was gut für ihn ist. In Bezug auf das nur ideell bestehende »Wohl« wird dann der jeweiligen Person aufgrund der bestehenden kognitiven Beeinträchtigung im gleichen Atemzug die

Existenz eines willentlichen Handelns wieder abgesprochen, weil es nicht der Vernunft gehorcht.

Stellvertretende Entscheidungen werden demnach häufig mit dem Argument der Fürsorgepflicht begründet. Dieser Argumentation folgend ist eine vollständige Stellvertretung erforderlich, da das Wissen um das Pro und Kontra einer Entscheidung und die kognitiven Möglichkeiten, die Folgen der eigenen Entscheidung abzusehen, bei Menschen mit geistiger Behinderung fehlen würden. Aber treffen diese Vernunftkriterien denn für unsere eigenen Entscheidungen zu? Sind dem Glauben an die reine Vernunft in unserem Handeln nicht bereits mit den Erkenntnissen der Psychoanalyse die Grenzen aufgezeigt worden? Menschen mit geistiger Behinderung soll es anscheinend durch unsere fürsorgliche Stellvertretung besser gehen als uns selbst und darüber hinaus müssen sie ja auch noch von uns Stellvertretern vor den eigenen, vermeintlich niederen Motiven wie Selbst- und Geltungssucht behütet werden.

Die Frage, in welchem Umfang ein Mensch mit kognitiven Einschränkungen Entscheidungen für sich selbst treffen kann, wird im Schatten der Fürsorgepflicht oftmals gar nicht mehr diskutiert: Dieser Mensch kann es nicht und deshalb muss ich ihm »pädagogisch« den richtigen Weg weisen.

Wille und emotionale Entwicklung

In den letzten zwanzig Jahren haben sich in der psychiatrisch-heilpädagogischen Arbeit die Hinweise darauf verdichtet, dass Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Lernschwierigkeiten weniger mit dem Grad der Intelligenzminderung (Kognition), als vielmehr mit der jeweils erreichten emotionalen Entwicklungsstufe zu tun haben. Die ersten Grundlagen für das Konzept der emotionalen Entwicklung hat Anton DOŠEN in seinem 1997 ins Deutsche übersetzten Buch zu »Psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung« formuliert.

Aufbauend auf den klassischen Entwicklungstheorien von Sigmund Freud, Margaret Mahler, Jean Piaget und John Bowlby fasste Došen die neueren Erkenntnisse zur sozioemotionalen Entwicklung, u. a. von Sroufe, Rutter, Izard & Harris und LeDoux, zu einem schlüssigen Erklärungsmodell für viele Formen von Verhaltensauffälligkeiten zusammen (DOŠEN 2010).

In der Tabelle 1 auf S. 58 sind die jeweiligen emotionalen Phasen der kindlichen Entwicklung und ihre Charakteristika aufgeführt. Fast alle erwachsenen geistig behinderten Menschen befinden sich innerhalb der

ersten fünf emotionalen Phasen. Höhere Entwicklungsstufen (Phase 6, 13. bis 17. Lebensjahr, zweite Sozialisierungsphase; Phase 7, 18. bis 25. Lebensjahr, zweite Individuationsphase) werden nach DOŠEN (2010) kaum stabil erreicht. Für die Einschätzung der individuellen emotionalen Entwicklungsstufe liegt mittlerweile die Skala für Emotionale Entwicklung (SEED) von SAPPOK u. a. (2018) vor.

Während das Kind in den ersten beiden Entwicklungsstufen in einer körperlich-psychischen Einheit mit den versorgenden Eltern oder anderen Bezugspersonen lebt, bilden sich mit den wachsenden motorischen und kognitiven Fähigkeit allmählich die Möglichkeiten heraus, sich aus dieser engen Verbindung zu lösen. Die erste Phase der Individuation (Phase 3; siehe Tabelle 1, S. 58) beginnt. Entwicklungsmeilensteine wie die Selbst- und Fremddifferenzierung, die Objektpermanenz und eine wachsende Kompetenz zur Affektregulation werden bei einer ungestörten Entwicklung vom Kind durchlaufen. Sie sind die Basis für die Entfaltung eines autonomen Ichs. Wobei die Besonderheit der weiteren Autonomieentwicklung in ihrer Einbindung in einen sozialen Kontext besteht (RÖSSLER 2017). Das anarchische anmutende »Ich-will-aber« des Trotzalters (Phase 3) ist insofern nur ein Durchgangsstadium zur Ausdifferenzierung der Individuation und der Autonomie. Die Sprache ist zwischen der 2. und 4. Phase Abbild des immer komplexer werdenden Verhältnisses des Individuums zur Umwelt. Die Regeln im sozialen Miteinander werden jetzt schrittweise erlernt (Identifikation, Phase 4) und auch sprachlich kommuniziert. Anfänglich braucht das Kind aber noch die Anwesenheit einer Identifikationsfigur, um diese Regeln verlässlich umsetzen zu können (MISCHEL 1973; MISCHEL u. a. 1989).

BEISPIEL Die Lehrerin in der ersten Klasse der Grundschule hat uns beigebracht, im Klassenzimmer während des Unterrichts still zu sein. Das funktionierte meist ganz gut. Aber was passierte, wenn die Lehrerin den Raum verlassen hat? Chaos – obwohl wir alle die Regel kannten! Wenn die Lehrerin nun wieder ins Klassenzimmer zurückgekommen war, war es schlagartig wieder ruhig. Das war wie ein »Automatismus« und wir konnten uns gar nicht anders verhalten. Mit steigendem Alter (Phase 5, siehe Tabelle 1, S. 58) ist die stabile praktische Umsetzung von Regeln nicht mehr von der Anwesenheit bzw. Abwesenheit von Identifikationsfiguren abhängig, sondern wird vom heranwachsenden Kind selbstständig aktiviert und auf den jeweiligen sozialen Kontext abgestimmt. ✕

TABELLE 1 Emotionale Entwicklung nach DOŠEN 2010, SAPPOK u. a. 2018

Entwicklungsstufen und Prozess	Charakteristikum
<p>0.–6. Lebensmonat Phase 1 Adaptionsphase</p>	<p>Regulation körperlicher Prozesse (aus eigener Kraft atmen, Regulation der Körpertemperatur, Nahrungsaufnahme, Verdauen, Schlaf-Wach-Rhythmus);</p> <p>sensorische Stimuli in allen Sinnesqualitäten integrieren lernen; dadurch allmähliche Strukturierung der Wahrnehmung von Raum und Personen.</p>
<p>7.–18. Lebensmonat Phase 2 Erste Sozialisierungsphase</p>	<p>Erste soziale Interaktionen mit den Eltern / Bezugspersonen, verbunden mit emotionalen Reaktionen;</p> <p>Unterscheidung zwischen fremden und bekannten Personen (Sieben-Monatsangst, »Fremdeln«);</p> <p>Zunahme der sensomotorischen Aktivitäten in Richtung Bindungsperson; Ausprobieren von Fähigkeiten; gezielter Einsatz des Körpers; beginnende Erkundung der Umgebung;</p> <p>erste Anfänge der Entwicklung von Objektpermanenz.</p>
<p>19. Lebensmonat–3. Lebensjahr Phase 3 Erste Individuationsphase</p>	<p>Bedürfnis nach körperlichem Kontakt zur Bindungsperson wird geringer; Wunsch nach eigener Aktivität entwickelt sich; Anbahnung von Autonomie (Selbst- und Fremddifferenzierung); Durchsetzung des eigenen Willens im sozialen Umfeld; erstes logisches Denken;</p> <p>Objekte stabilisieren die Autonomie des Kindes (z. B. Übergangsobjekte);</p> <p>Objektpermanenz entwickelt sich vollständig.</p>
<p>4.–7. Lebensjahr Phase 4 Identifikationsphase</p>	<p>Identifikation mit einem Elternteil / einer Bezugsperson; dadurch Übernahme von sozialen Regeln und Normen;</p> <p>Anwesenheit der Identifikationsfigur erforderlich zur stabilen Umsetzung der Regeln;</p> <p>Vermischung realer und imaginärer Erfahrungen und Objekte.</p>
<p>8.–12. Lebensjahr Phase 5 Realitätsbewusstseinsphase</p>	<p>Eigenständige Erfahrungen im sozialem Umfeld;</p> <p>Erfahrung des »Allein-in-der-Welt-Seins«;</p> <p>logisches, rationales Denken und Handeln;</p> <p>Impulse entstehen durch Erfolg und Frustration in der Realität, Aktivität nach Plan, inhaltliches Leistungsdenken;</p> <p>Einsichts- und Kompromissfähigkeit → moralisches <i>Ich</i>.</p>

Menschen mit geistiger Behinderung durchleben prinzipiell die gleichen emotionalen Entwicklungsstufen, doch kann dieser Prozess verzögert oder unvollständig verlaufen. Die jeweiligen Personen zeigen dann im Erwachsenenalter ein Verhalten, das in seinen Grundzügen bestimmten früheren Phasen der emotionalen Entwicklung entspricht. Dabei kann die kognitive Fähigkeit durchaus weiter entwickelt sein als die emotionale Reife. Die Personen werden dann meist in ihrer sozioemotionalen Kompetenz überschätzt, was zur inadäquaten Moralisierung und Schuldzuweisungen führen kann.

Wir haben es bei Menschen mit Lernschwierigkeiten insofern mit einer hohen Heterogenität an Fähigkeiten zu tun, den eigenen Willen zum Ausdruck zu bringen. So ist für die Grundstufen intentionalen Wollens die Entwicklungsphase 3 mindestens erforderlich. Damit jemand jedoch wirklich im sozialen Kontext autonom handeln kann, muss er die Stufe 5 erreicht haben. Erst hier entwickelt sich durch selbstständige Erfahrungen und die Reflexion des eigenverantwortlichen Handelns Einsichts- und Kompromissfähigkeit. Erst dadurch entsteht ein moralisches Ich.

Willensäußerungen von Menschen, die in ihrer Entwicklung in Stufe 3 stehen geblieben sind, sind in ihrem Verhalten vor allem durch den Prozess der Individuation selbst geprägt. Sie entwickeln erst das »Ich-Instrument« mit dem es ihnen später möglich sein wird, eigenständige Einsichten in Regeln und Normen zu erlangen und ihr Verhalten daran auszurichten.

Wille und Bedürfnisse

Menschen in den Entwicklungsstufen 1 und 2, bei denen sich die Instanz des Ichs durch die Loslösung von den Bindungspersonen (noch) nicht vollständig vollzogen hat, haben noch keinen eigenständigen Willen. Deren Verhalten und emotionales Empfinden ist vor allem durch die Erfüllung oder Nichterfüllung von Grundbedürfnissen geprägt.

Die *Grundbedürfnisse* des emotionalen Entwicklungskonzepts nach Došen (Phase 1 & 2) sind vergleichbar mit den beiden Grundstufen der Maslow'schen Bedürfnispyramide: Physiologische Bedürfnisse und Schutzbedürfnis (MASLOW 1970); aber auch mit dem, was FRANKFURT (1971) »Wünsche erster Ordnung« nennt.

Diese Grundbedürfnisse (Hunger, Durst, Wachsein, Schlafen, es warm haben, es nicht zu heiß haben, Abwesenheit von Schmerzen, exogene Stimuli bekommen, aber von Reizen nicht überflutet werden) und die in Phase 2 dann zusätzlich intensiv vorliegenden sozialen und körperlichen Kontaktbedürfnisse sind jedoch nicht Ausdruck eines mehr oder weniger ausgeprägten Wollens, vielmehr artikuliert sich in ihnen ein existenzielles »Müssen«. Die Befriedigung dieser »existenziellen Not« ist deshalb auch nicht aufschiebbar. Ihre Befriedigung bzw. Nichtbefriedigung sind mit den Grundemotionen des Wohlbefindens und des Sich-nicht-Wohlfühlens verbunden (Phase 1). Der Mensch, der sich in einer so frühen Entwicklungsstufe befindet, kann selbst an seiner Situation nichts verändern. Er kann eben nicht in die Welt hinein planerisch wirksam werden, sondern ist komplett darauf angewiesen, dass das soziale Umfeld aus seinem Verhalten die zugrunde liegenden Bedürfnisse erschließt und versucht, diese unmittelbar zu befriedigen, z. B. zu essen oder zu trinken geben – allgemein Unwohlsein zu beseitigen und einen Zustand des Wohlbefindens herzustellen.

BEISPIEL Ein 43-jähriger Mann mit einer schweren geistigen Behinderung befindet sich in der *emotionalen Entwicklungsstufe 2 (erste Sozialisierung)*. Er möchte fast immer in der Nähe von Betreuern sein und quittiert Kontaktabbrüche schnell mit Schreien und motorischer Unruhe. Am liebsten ist es ihm, wenn er sich in den Arm eines Betreuers kuscheln kann. Dann erforscht er sein näheres Umfeld mit gezielten Bewegungen (dreht und zupft an den Knöpfen der Jacke des Betreuers; ertastet dessen im Licht glitzernde Armbanduhr etc.). Auch pflegerische Maßnahmen zur Körperhygiene genießt er sichtlich. Er spielt in Anwesenheit von Betreuern im Garten der Wohngruppe. Dann sitzt er im dortigen Sandkasten und lässt Sand durch seine Hände rieseln. Auch Wasser fasziniert ihn und Planschen gehört zu seinen großen Leidenschaften. Das Verhalten des Klienten spiegelt die Bedürfnisse eines Menschen, der in seiner emotionalen Entwicklung in der Phase 2 stehen geblieben ist, wider. Es wäre in diesem Zusammenhang eine völlige Fehleinschätzung, wenn ein Betreuer meinen würde, dass der Betroffene ja nur permanent seine Aufmerksamkeit wolle und ihn durch sein Schreiverhalten zu provozieren versuche. Natürlich braucht der behinderte Mensch die Aufmerksamkeit, aber er kann eben seinerseits auf diese Aufmerksamkeit auch nicht verzichten oder sein Bedürfnis länger aufschieben. Das

Verhalten ist nicht Ausdruck eines planvollen Wollens, sondern eines unmittelbaren Bedürfnisses und muss deshalb auch in der Betreuungsplanung Berücksichtigung und im Alltag Befriedigung finden. ✕

Emotionale Entwicklung und Unterstützte Entscheidungsfindung

Die Diagnose »Intelligenzminderung« schließt also das Bestehen eines durch vernunftgeleitete Einsichts- und Kompromissfähigkeit geprägten Willens (Entwicklungsphase 5) nicht grundsätzlich aus. Auch die Möglichkeit des dialogischen Entwickelns von konsistenten Aussagen zu den eigenen Wünschen und Präferenzen, wie dies in der Entwicklungsphase 4 möglich wird, ist gegeben. Die Phase 3 ist zwar geprägt durch eine »anarchisch« anmutende Willensexlosion, die noch keine Regeln und Normen kennt, aber in ihr zeigt sich erstmals die Fähigkeit eines Ichs, das lernt, selbstbezogenes Wollen zu generieren. Dieser Selbstbezug ist jedoch nicht als egoistisch zu bewerten, sondern adäquater Ausdruck der emotionalen Entwicklungsstufe 3, der ersten Individuation. Der Umfang der Stellvertretung in der Entscheidungsfindung liegt im Vergleich zu den Entwicklungsphasen 4 und 5 hier deutlich höher. Doch der Wille muss andererseits prinzipiell akzeptiert und ernst genommen werden. Vor allem, wenn dieser zeitlich konsistent und nicht nur spontan vorgebracht wird. In ihm können sich durchaus ernst zu nehmende Präferenzen zum Ausdruck bringen. Allerdings benötigt der Mensch in dieser Entwicklungsphase ein Umfeld, das seinem Individuationsbemühen positiv gegenübersteht. Diese Zugewandtheit und Reziprozität ist die Basis für sein weiteres soziales und erfahrungsgelitetes Lernen. So ist für Entscheidungsfindungen bei erwachsenen Menschen in der emotionalen Entwicklungsstufe 3 zum einen eine kommunikative Atmosphäre mit hoher Reziprozität die Grundlage für jede Wahl von Unterstützung oder Stellvertretung. Zum anderen muss versucht werden, dem Willen des Gegenübers soziale Referenzgrößen gegenüberzustellen (fällt das individuelle Wollen in vergleichbaren Situationen in das Spektrum möglicher Entscheidungen von Menschen mit vollständig durchlaufener emotionaler Entwicklung?) und gleichzeitig das Wohl (vernunftgeleiteter

»Entscheidungs-Mainstream«) mit in den Entscheidungsprozess zu integrieren.

BEISPIEL Eine leicht bis mittelgradig geistig behinderte Frau befindet sich in der emotionalen Entwicklungsstufe 3 (erste Individuation). Bei der sprachkompetenten 35-jährigen Frau wurde bei einer gynäkologischen Routineuntersuchung eine Geschwulst in der Brust festgestellt, die sich nach weiteren Untersuchungen als bösartiger Tumor entpuppt. Eine Operation ist dringend erforderlich. Die Patientin reagiert auf die Erklärungen ängstlich und sagt, dass sie nicht sterben wolle, aber ins Krankenhaus gehe sie auf keinen Fall. Als die Ärztin sie sachlich auf die katastrophalen Folgen ihrer Verweigerung hinweist, beleidigt sie diese massiv und tritt gegen deren Schreibtisch. Dann schaut sie anklagend zu ihrer Schwester (gesetzliche Betreuerin), die sie zu dem Arzttermin begleitet hat. Sie beginnt zu weinen. Die Schwester fragt sie nun, ob sie denn ins Krankenhaus ginge, wenn sie mitkäme und auch bei ihr bleibe. Die Patientin schnieft und nickt; auf weitere Fragen hin bestätigt sie, dass sie sich auch operieren lassen würde. Jetzt umarmt sie ihre Schwester und diese meint: »Das haben wir gut gemeinsam geklärt! Die Frau Doktor und ich wissen jetzt genau, was du brauchst, damit du das mit der Operation schaffst. Das war wichtig! ✕

Stellvertretende Entscheidungsfindung bedeutet also nicht, das Wohl eines Menschen zum alleinigen Maß der Entscheidung zu machen, sondern erfordert immer den Versuch, eine Brücke zu seinem Wollen zu schlagen. Unter diesen Prämissen erfüllen auch stellvertretende Entscheidungen die Grundsätze des Artikels 12 der UN-BRK.

Wenn erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung in ihrer emotionalen Entwicklung in einer der ersten beiden Phasen (siehe S. 58) stehen geblieben sind und noch keine Selbst- und Fremddifferenzierung erfolgt ist, hat sich bei ihnen meist kein eigenständiger Wille entwickelt. Sie sind auf vollständige Unterstützung durch ihr soziales Umfeld angewiesen und benötigen umfassende Hilfe, um sich und ihre Affekte regulieren, ihre Angelegenheiten erledigen und z. T. auch ihre Reizverarbeitung modulieren zu können (SAPPOK & ZEPPERITZ 2016). Der Schwerpunkt der Entscheidungsfindung verschiebt sich insofern hin zur vollständigen Stellvertretung. Die inneren Präferenzen (vgl. Art. 12 Absatz 4 UN-BRK) sind in dieser Entwicklungsstufe vor allem durch die Befriedigung der Grundbedürfnissen geprägt und haben, wie bereits erwähnt, eine

existenzielle Dimension. Sie in der stellvertretenden Entscheidungsfindung zu berücksichtigen, ist oft von großer Bedeutung (z. B. bei der Wahl einer geeigneten Wohneinrichtung: Für einen Menschen in der Phase 1 steht z. B. die pflegerische Versorgung an erster Stelle; heilpädagogische Förderung wird in die Pflege integriert; die Tagesstruktur orientiert sich an der Befriedigung der Grundbedürfnisse; nötig ist eine hohe und strukturierte Kontaktdichte durch das Betreuungspersonal u. v. m.). Hierbei können die entwicklungstypischen Bedürfnisse jedoch mit persönlichen oder situativen Bedürfnissen konkurrieren und in der Entscheidungsfindung sind die im Verhalten zu beobachtenden individuellen Bedürfnisse zu hierarchisieren. Durch eine so geartete subjektivierende phänomenologische Betrachtung lassen sich auch diese basalen Präferenzen in den Entscheidungsprozess integrieren.

BEISPIEL Eine 24-jährige Frau mit schwerer Intelligenzminderung und Cerebralparese (Tetraspastik) befindet sich vorwiegend in der emotionalen Entwicklungsstufe 1 (Adaptionsphase). Es besteht keine aktive Sprachkompetenz und passives Wortverständnis liegt nur rudimentär vor; auch die nonverbale Kommunikation ist sowohl durch die schwere kognitive Einschränkung als auch durch die spastische Cerebralparese stark beeinträchtigt; sie ist Rollstuhlfahrerin. Auf die routinemäßig durchgeführten Arztbesuche reagiert sie mit lautem Schreien und selbstverletzendem Verhalten. Blutabnahmen sind nicht möglich. In der letzten Zeit schlägt sie sich massiv ins Gesicht, isst nicht mehr und verweigert die Durchführung des Zähneputzens. Die Betreuer der Wohneinrichtung haben den Verdacht, dass Zahnschmerzen die Ursache des veränderten Verhaltens sein könnten. Sie benachrichtigen die Eltern der Bewohnerin, die als gesetzliche Betreuer die Entscheidung über die Durchführung einer zahnärztlichen Behandlung treffen müssen. Die sind hin und hergerissen. Da ihre Tochter sich ja kein Blut abnehmen lässt und die Durchführung der Zahnarztbehandlung ohnehin ohne Narkose nicht möglich ist, müssen sie als gesetzliche Betreuer sowohl zur Narkose als auch zur freiheitsentziehenden Maßnahme (mechanische Fixierung, um das Legen eines venösen Zugangs für die Anästhesie zu ermöglichen) ihr Einverständnis geben. Eine schreckliche Vorstellung für die Eltern. Sie wissen genau, wie sehr ihre Tochter Arztbesuche und das Festgehaltenwerden hasst. Die Betreuer geben ihnen Bedenkzeit und sie machen, wie üblich bei Besuchen, eine Spazierfahrt mit der Tochter im Rollstuhl. Normalerweise

liebt ihr inzwischen erwachsen gewordenen Kind solche Unternehmungen, aber diesmal ist alles anders. Sie ist extrem unruhig, schlägt sich gegen den Kopf und ist durch nichts zu beruhigen. Tränen laufen ihr über die Wangen. So hat sich ihre Tochter nur vor einigen Jahren bei einer eitrigen Mittelohrentzündung verhalten. Die Eltern wissen jetzt aus der Beobachtung heraus, dass das Hauptbedürfnis ihrer Tochter der Wunsch ist, diese quälenden Schmerzen loszuwerden. Die Präferenz liegt insofern als existenzielle Not vor. Die stellvertretende Entscheidung im Sinne des Artikels 12 UN-BRK fiel ihnen jetzt ganz leicht. ✕

Kommunikativer Resonanzraum

In der psychiatrischen Diagnostik und Therapie von Menschen mit beeinträchtigter Kommunikationsfähigkeit ist es insofern wichtig, dieses Handicap nicht zum Anlass dafür zu nehmen, nur noch mit Angehörigen, gesetzlichen Betreuerinnen oder Mitarbeitern der Behindertenhilfe über die Patienten und nicht mehr mit ihnen selbst zu sprechen. Immer wieder habe ich deshalb in meinen Patientengesprächen die »Begleiter«, zu deren großen Erstaunen, aus dem Raum geschickt, um auch mit verbal nicht kommunikationsfähigen Patientinnen und Patienten allein im Kontakt sein zu können. Manche von ihnen quittierten das Hinausgehen der Angehörigen oder Betreuer sogar mit einem versteckten Lächeln (diagnostisch sehr interessant) und bei den meisten änderte sich ihr Verhalten auf die eine oder andere Weise (diagnostisch ebenfalls sehr interessant). Wir haben dann gemeinsam geschwiegen, etwas getrunken, einen Keks gegessen, gemalt, Musik gehört, mit einem Ball gespielt, zum Fenster hinausgeschaut, stereotyp auf unseren Stühlen gewippt und ich habe versucht, mit meinem Gegenüber in einen gemeinsamen Rhythmus, in eine Art Resonanz zu kommen. Der so entstehende Handlungsdialog schaffte meist die Basis für ein vertrauensvolles zukünftiges Miteinander und ich habe diagnostisch oft mehr über den »eigentlichen Willen« und die inneren Präferenzen des jeweiligen Patienten erfahren, als durch lange fremdanamnestiche Gespräche.

Wichtig ist es also, einen Raum der Begegnung zu schaffen, der Möglichkeiten der Entfaltung schafft und so eine Brücke zwischen Innen- und Außenwelt ermöglicht. Dieser kommunikative Resonanzraum ist die

Grundlage für eine Unterstützte Entscheidungsfindung. Er ist aber auch ein Raum des sozialen Lernens und unterstützt die persönliche Entwicklung. Wenn die Begegnung durch vorgeformte eigene Meinungen oder Einstellungen und den manchmal eher bevormundenden und kontrollierenden Erziehungsstil von Angehörigen bzw. Betreuern geprägt ist, bleibt dieser Raum stumm und das eigentliche Wollen meist unerkannt.

Fazit

Das Wohl und der Schutz von Menschen mit eingeschränkten kommunikativen Fähigkeiten und Möglichkeiten sind nicht gleichbedeutend mit deren Willen oder ihren Präferenzen. Um Entscheidungsfindung aktiv mitgestalten zu können, braucht jeder Mensch einen **sozialen Resonanzraum**, in dem er sich entfalten kann und der ihn durch positive Reize dazu motiviert, in einen dialogischen Kontakt mit der Umwelt zu gehen. Natürlich setzt die Gewähr von Entscheidungsbefugnis auch voraus, dass überhaupt die Möglichkeit besteht, zwischen verschiedenen Optionen wählen zu können. Im Schatten von Schutz und Fürsorge geht beides in der Behindertenhilfe leider allzu oft verloren. Viele Menschen mit geistiger Behinderung sind deshalb heute nicht mehr gewohnt, dass ihr Wollen Berücksichtigung findet. Sie ziehen sich passiv und abwartend zurück, entwickeln personale Abhängigkeiten, werden zunehmend unsicher und ängstlich, wenn von ihnen verlangt wird, eigene Entscheidungen zu treffen.

In der Bemessung des notwendigen Umfangs von Stellvertretung in der Entscheidungsfindung muss das erreichte **emotionale Entwicklungsniveau** der jeweiligen Person berücksichtigt werden. Das Vorhandensein der Fähigkeit zur Selbst- und Fremddifferenzierung und das stabile Erkennen von Objektpermanenz sind hier, jenseits von juristischen Definitionen, die wesentlichen Entscheidungskriterien für das Bestehen eines eigenen Willens.

Bei Menschen mit **Autismusdiagnose** müssen darüber hinaus die autistypischen Blockaden der Handlungsfähigkeit durch geeignete technische (UK) und unterstützende Maßnahmen (FC, Eye-Tracking) überwunden werden. Diese besonderen Kommunikationshilfen müssen Menschen mit Kommunikationseinschränkungen barrierefrei zugänglich

gemacht werden. Die dadurch bedingte »Besonderung« steht nicht im Widerspruch zur Gleichberechtigung aller Menschen mit Behinderung auf allen gesellschaftlichen Ebenen (vgl. Art. 2 und Art. 21 UN-BRK). Sie ist vielmehr Voraussetzung für die Umsetzung des inklusiven Gedankens. Denn nur, wenn der eigentliche Unterstützungsbedarf erkannt und behinderungsspezifische und individuelle Hilfen erreichbar werden, erschließt sich für den behinderten Menschen die Möglichkeit einer unbehinderten Selbstbestimmtheit und Inklusion.

Eine **Spezialisierung** in der psychiatrischen Versorgung auf die genannten Personengruppen ist entsprechend unverzichtbar, solange dieses Wissen in der pflegerischen und medizinische Ausbildung und der pflegerischen und ärztlichen Weiterbildung wie bisher keine Rolle spielt. Es ist zu hoffen, dass die seit Kurzem entstehenden Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) und die 32 in Deutschland bestehenden psychiatrischen Spezialbereiche für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Auffälligkeiten zur weiteren fachlichen Qualifizierung beitragen können. Allerdings beinhaltet die Spezialisierung auch immer die Gefahr der Separation, vor allem, wenn von den Spezialisten ihre Fachkompetenz monopolisiert wird oder wenn ihnen in Ausübung ihrer Tätigkeit von der Gesellschaft oder den pflegerischen und medizinischen Fachbereichen diese exklusiv zugewiesen wird. Eine bereits in der Ausbildung (Pflege, Psychologie, Medizin) beginnende generelle Qualifizierung einerseits und die Ausdifferenzierung der bisherigen curricularen Weiterbildung im Bereich Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung zu einer anerkannten medizinischen Zusatzqualifikation (z. B. Zusatzbezeichnung) müssen dringend realisiert werden.

Psychische Störungen können entsprechend den Grad der Stellvertretung in der Entscheidungsfindung variieren lassen. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass viele Störungen einen vorübergehenden Charakter haben und entsprechend muss die eventuell durch den gesetzlichen Betreuer in der »Krankheitsphase« erweiterte Stellvertretung wieder zurückgenommen werden. Das Erkennen des Zeitpunkts dieser Rücknahme geschieht anhand einer **subjektivierenden, phänomenologischen Beobachtung**.

Doch ist Fachwissen allein weder im medizinischen, im pflegerischen noch im psychologisch-pädagogischen Bereich ein Garant für eine wirkliche Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Inklusion als bloße Einstellung, die wortreich vor sich hergetragen wird, bleibt wirkungslos. Sie muss, getragen von Akzeptanz und Empathie, sich täglich

im eigenen Tun realisieren, muss zur **inneren Haltung** werden. Es ist zwar notwendig, über Unterstützte Entscheidungsfindung zu sprechen und auch zu schreiben, aber sie findet nur in der Praxis ihre Wirklichkeit. Also, egal ob in der Behindertenhilfe, im somatischen Krankenhaus oder der Psychiatrie, in der Familie oder in der Gesellschaft: Für eine wirklich unterstützende Entscheidungsfindung gilt es immer, den Menschen mit eingeschränkten kommunikativen Möglichkeiten *adäquat* zu unterstützen. Letztlich ist diese Art von Assistenz einer umfassenden Ermutigung (Empowerment) verpflichtet: *Sag' selbst!*

Literatur

- BAIO, J.; WIGGINS, L.; CHRISTENSEN, D. L.; MAENNER, M. J.; DANIELS, J.; WARREN, Z.; DURKIN, M. S. (2018): Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Year. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*, 67 (6), 1.
- BALANDIN, S.; HEMSLEY, B.; SIGAFOOS, J.; GREEN, V. (2007): Communicating with nurses: The experiences of 10 adults with cerebral palsy and complex communication needs. *Applied Nursing Research*, 20 (2), S. 56–62.
- BIERMANN, A. (1999): *Gestützte Kommunikation im Widerstreit. Empirische Analyse eines umstrittenen Ansatzes*. Berlin: Wissenschaftsverlag Volker Spiess.
- BROWNING, M.; BIGBY, C.; DOUGLAS, J. (2014): Supported decision making: Understanding how its conceptual link to legal capacity is influencing the development of practice. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, 1 (1), S. 34–45.
- BUDRONI, H. (2006): Pflegeerfahrungen körperbehinderter Patienten im Krankenhaus. *Die Schwester Der Pfleger* (45), S. 458–462.
- BUNDSCHUH, K.; BASLER-EGGEN, A. (2000): *Gestützte Kommunikation (FC) bei Menschen mit schweren Kommunikationsbeeinträchtigungen*. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit.
- DÖRSCHELN, I.; LACHETTA, R.; SCHULZ, M.; TACKE, D. (2013): *Pflege erwachsener Patient(inn)en mit Lern- und Körperbehinderungen*

- im Akutkrankenhaus – ein systematisches Review. *Pflege*, 26 (1), S. 42–54.
- DOŠEN, A. (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Herausgeber und Bearbeiter der deutschsprachigen Ausgabe Klaus Hennicke & Michael Seidel. Göttingen: Hogrefe.
- EMERSON, A.; GRAYSON, A.; GRIFFITHS, A. (2001): Can't or won't? Evidence relating to authorship in facilitated communication. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36 (S1), S. 98–103.
- FLEISCHMANN, A. (2013): In mir ist es laut und bunt. Eine Autistin findet ihre Stimme – ein Vater entdeckt seine Tochter. München: Heyne.
- FOMBONNE, E. (2003): The prevalence of autism. *JAMA*, 289, S. 87–89.
- FRANKFURT, H. G. (1971): Freedom of the Will and the Concept of a Person. *Journal of Philosophy*, 68, S. 5–20.
- GRAYSON, A.; EMERSON, A.; HOWARD-JONES, P.; O'NEIL, L. (2012): Hidden communicative competence: Case study evidence using eye-tracking and video analysis. *Autism*, 16 (1), S. 75–86.
- JOSHI, G.; WOZNIAK, J.; PETTY, C.; MARTELON, M. K.; FRIED, R.; BOLFEK, A.; CARUSO, J. (2013): Psychiatric comorbidity and functioning in a clinically referred population of adults with autism spectrum disorders: a comparative study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43 (6), S. 1314–1325.
- LACHWITZ, K. (2012): Auswirkungen der UN-Behindertenrechtskonvention auf das deutsche Geschäftsfähigkeits- und Betreuungsrecht: Überlegungen aus der Perspektive von Menschen mit geistiger Behinderung. *Kritische Justiz*, 45 (4), S. 385–404.
- MASLOW, A. H. (1970): *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- MAYRHOFER, H. (2013): Modelle unterstützter Entscheidungsfindung. Beispiele guter Praxis aus Kanada und Schweden. IRKS Working Paper Nr. 16.
- MISCHEL, W. (1973): Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological review*, 80 (4), 252.
- MISCHEL, W.; SHODA, Y.; RODRIGUEZ, M. I. (1989): Delay of gratification in children. *Science*, 244 (4907), S. 933–938.

- RÖSSLER, B. (2017): *Autonomie. Ein Versuch über das gelungene Leben*. Berlin: Suhrkamp.
- SALOVIITA, T.; LEPPÄNEN, M.; OJALAMMI, U. (2014): Authorship in facilitated communication: An analysis of 11 cases. *Augmentative and Alternative Communication*, 30 (3), S. 213–225.
- SAPPOK, T. (2014): Autismusspektrumstörungen (F8). In: SCHANZE, C. (Hg.): *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*. Stuttgart: Schattauer, S. 257–278.
- SAPPOK, T.; BERGMANN, T.; KAISER, H.; DIEFENBACHER, A. (2010): Autismus bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. *Der Nervenarzt*, 81 (11), S. 1333–1345.
- SAPPOK, T.; ZEPPELITZ, S. (2016): *Das Alter der Gefühle. Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe.
- SAPPOK, T.; ZEPPELITZ, S.; BARRETT, B.F.; DOŠEN, A. (2018): *SEED. Skala der Emotionalen Entwicklung – Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- SCHANZE, C.; SCHMITT, R. (2014): Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland. In: SCHANZE, C. (Hg.): *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*. Stuttgart: Schattauer, S. 395–402.
- Staatliche Koordinierungsstelle nach Art. 33 UN-BRK (2017): *Das deutsche Betreuungsrecht im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention*. Positionspapier der Staatlichen Koordinierungsstelle nach Art. 33 UN-BRK (Fachausschuss Freiheits- und Schutzrechte). www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Downloads/DE/20170426_Positionspapier_Betreuungsrecht.pdf%3F__blob%3DpublicationFile%26v%3DI (26.1.2019).
- STAINTON, T. (2016): Supported decision-making in Canada: principles, policy, and practice. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, 3 (1), S. 1–11.
- STUBBLEFIELD, A. (2011): Sound and fury: When opposition to facilitated communication functions as hate speech. *Disability Studies Quarterly*, 31 (4), DOI: 10.18061/dsq.v31i4.1729.
- TØSSEBRO, J. (2016): Scandinavian disability policy: From deinstitutionalisation to non-discrimination and beyond. *Alter*, 10 (2), S. 111–123.

Unterstützte Entscheidungsfindung bei Depressionen

Martin Zinkler, Brigitte Richter

Wenige Therapeuten und Therapeutinnen werden in der Behandlung von leichten oder mittelgradigen Depressionen auf Schwierigkeiten mit der Entscheidungsfindung treffen. Entscheidungen zur psychotherapeutischen Behandlung, zum Einsatz von Psychopharmaka oder zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe werden nach Abwägung von Vor- und Nachteilen und den Präferenzen des Patienten getroffen. Manche Patientinnen wünschen eine besonders aktive Behandlung, andere eine eher zurückhaltende, manche Patienten misstrauen der Psychiatrie, andere drängen auf eine stationäre Aufnahme. Insoweit eine bestimmte Form der Behandlung geeignet ist, braucht es manchmal kaum Unterstützung. Manchmal wird durch Beratung unterstützt oder durch Empfehlungen mehr oder weniger persönlicher Art: »Die Leitlinien unserer Fachgesellschaft empfehlen eine Behandlung mit ...« oder »aufgrund meiner klinischen Erfahrung empfehle ich Ihnen ...«; durch Nachfragen: »Welche Unterstützung brauchen Sie, um sich für oder gegen eine Behandlung mit Verhaltenstherapie zu entscheiden?« oder durch Einwände: »Gegen die Behandlung mit diesem Medikament spricht, dass es die Fahrtauglichkeit beeinträchtigen kann.«.

Erhebliche Schwierigkeiten können jedoch bei schweren Depressionen auftreten, sei es in einer Notaufnahme eines Krankenhauses oder während einer stationären Behandlung, wenn z. B. eine Patientin erklärt, sie möchte allein gelassen werden, nach Hause gehen und ihr Leben beenden; sie sei es schließlich nicht wert, weiterzuleben. Ein eher traditioneller Zugang zu dieser Situation würde zunächst zur stationären Behandlung raten, dann auf die stationäre Behandlung drängen und – nach einem erfolglosen Überredungsversuch für eine stationäre Behandlung – nach der Einwilligungsfähigkeit fragen. Schließlich besteht in der Situation die Gefahr, dass die Patientin sich ohne stationäre Behandlung das Leben nimmt. Entsprechend den Kriterien zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit (KRÖBER 1998) würde dann geprüft: Ist die Patientin in der Lage, die

Informationen hinsichtlich ihrer Behandlung zu verstehen, kann sie kritisch Argumente für und gegen eine Behandlung abwägen, kann sie eine Entscheidung treffen und diese kommunizieren?

Würde die Frage nach der Einwilligungsfähigkeit bejaht, so würde das klinische Team den Wünschen der Patientin folgen, sei es dem Wunsch, nach Hause entlassen zu werden, oder eine Behandlung erst gar nicht zu beginnen. Eine Bejahung der Einwilligungsfähigkeit durch den Therapeuten oder die Ärztin wird allerdings weniger wahrscheinlich, je drängender der Wunsch, zu sterben, von der Patientin vorgetragen wird. In unserem Szenario dürfte die Frage nach der Einwilligungsfähigkeit meistens verneint werden. Damit öffnet sich ein neues Feld der Entscheidungsfindung. Mit der Feststellung der Einwilligungsunfähigkeit wird der Patientin die Verantwortung für ihre Entscheidung (oder dafür, dass sie sich nicht entscheidet) abgenommen, oder eher: entwendet. Die Ärztin oder der Therapeut übernimmt Verantwortung und die Entscheidung – und veranlasst eine Krankenhausbehandlung; ein Beispiel einer stellvertretenden Entscheidung (substituted decision making).

Ob sich die Patientin der Entscheidung des Arztes fügt oder aber auf ihrem Recht beharrt, nach Hause zu gehen (was wiederum bei der Ärztin eine Prüfung der Unterbringungs Voraussetzungen auslöst), das darf hier dahingestellt bleiben. In diesem Kapitel wird gefragt, wie das klinische Team auch in einer solchen Situation bei einer Unterstützten Entscheidungsfindung bleiben kann, also bei einer Entscheidungsfindung, die dem Willen und den Präferenzen der Patientin folgt.

Zunächst soll festgestellt werden, dass sich die Patientin in dieser Situation anders äußert, als bisher in ihrem Leben, denn sie ist ja am Leben, hat sich also bisher mehr oder weniger durchgehend für ihr Leben entschieden. Ihr bisheriges Leben weist auf eine Präferenz für ihr Leben hin. Nun widerspricht aber ihr aktueller Wille den bisherigen Präferenzen, denn sie möchte sterben. Ihr Leben ist ihr nichts mehr wert. Sie ist verzweifelt und resigniert.

Ein erster Schritt für das klinische Team wäre nun, auf diesen Widerspruch hinzuweisen und daraus einen Klärungsbedarf für die aktuelle Situation herzuleiten.

BEISPIEL »Was war es denn, das Sie nun hat verzweifeln lassen, wo Sie doch bisher mehr oder weniger gerne gelebt haben?« ✕

Waren es Faktoren in der Umgebung, eine Veränderung ihrer gesundheitlichen Situation, sei es körperlich oder psychisch, oder handelt es sich um eine langsame, allmählich einsetzende Verzweiflung? Bestehen scheinbar unüberwindbare Probleme in der Umwelt (z. B. der Verlust des Partners, Verschuldung) oder innerpsychische Probleme (z. B. eine Suchterkrankung, kognitive Einschränkungen, wahnhaftige Gedanken, völlige Antriebslosigkeit), die die Patientin verzweifeln lassen?

Nächste Aufgabe des klinischen Teams wäre es dann, innezuhalten und die Situation, im Sinne einer Unterstützung der Patientin beim Verständnis der Situation, aber auch beim Wissen über Hilfsmöglichkeiten, gemeinsam mit der Patientin und am besten mit den Angehörigen, zu besprechen.

Es geht also gerade nicht darum, der Patientin die Entscheidung über eine Behandlung abzunehmen, sondern darum, sie bei der Entscheidung mit möglichst umfassender Information über die Umgebungsbedingungen und deren Veränderbarkeit, über die psychische Situation (gerade unter Einfluss von Alkohol, Medikamenten, Drogen; mehrere schlaflose Nächte) und Veränderungsmöglichkeiten (nüchtern werden, Schlaf finden) einschließlich der Information über die Behandelbarkeit der psychischen Störung zu unterstützen.

BEISPIEL »Wir möchten, dass Sie eine Entscheidung über ihre momentane Situation treffen, die sowohl Ihrem Willen, aber auch Ihren bisherigen Einstellungen in Ihrem Leben und zu Ihrem Leben entsprechen. Dabei werden wir Sie so gut wie möglich unterstützen. Wir empfehlen Ihnen, keine voreilige Entscheidung zu treffen, vor allem nicht eine Entscheidung, die sie nicht wieder korrigieren können, ohne dass Sie alle Umstände und Hilfsmöglichkeiten bedacht haben.« ✕

Dabei gilt es auch, Behinderungen bzw. Hindernisse zu erfassen, die im Hilfesystem angelegt sind. Die Patientin mag eine Behandlung in einer psychiatrischen Klinik vehement ablehnen, weil sie darin die Bestätigung dafür sieht, dass sie verrückt ist, oder weil sie sich durch die Zuschreibung einer psychischen Erkrankung ihrer Umwelt noch machtloser ausgeliefert sieht. Sie mag aber einer vorübergehenden Behandlung in einer internistischen Abteilung zustimmen oder auch einer Behandlung zu Hause (Home Treatment).

Sie mag einem Aufschub der Entscheidung bis zum nächsten Tag zustimmen, sie mag eine Vereinbarung mit dem therapeutischen Team

eingehen, dass sie sich nichts antut, bis alle verfügbaren Informationen erhoben wurden, bis die Angehörigen dazukommen konnten, bis mit der Hausärztin oder dem ambulanten Psychotherapeuten gesprochen wurde, um auch von den Kollegen, die die Patientin viel besser kennen, Informationen zu den bisherigen Einstellungen zu ihrem Leben zu bekommen.

Was aber, wenn die Patientin klipp und klar erklärt, sie möchte nicht mehr? Nach dem Allgemeinen Kommentar Nr. 1 zu Artikel 12 der Konvention, ist »Unterstützung (...) ein weit gefasster Begriff, der sowohl informelle als auch formelle Arrangements zur Unterstützung in unterschiedlicher Art und Intensität umfasst« (Deutsches Institut für Menschenrechte 2015, S. 5). Ohne eine genauere Definition, was in einer solchen Situation zu tun ist, wird das therapeutische Team alles unternehmen, um Willen und Präferenzen der Patientin zu erfassen. Denn »wenn es auch nach erheblichen Bemühungen praktisch nicht möglich ist, den Willen und die Präferenzen des Betreffenden zu erkennen, muss eine ›bestmögliche Interpretation des Willens und der Präferenzen‹ an die Stelle der Vorgabe ›zum Wohl‹ treten« (ebd., S. 6).

Was aber, wenn aktueller Wille und bisherige Präferenzen in verschiedene Richtungen weisen, wie in unserem Beispiel? Beide sollen beachtet werden, also gilt es, beide zu diskutieren, um zu sehen, wie sie in Übereinstimmung gebracht werden können. Wir, Autor und Autorin dieses Kapitels, sprechen uns dafür aus, dass psychiatrische Dienste für die Zeit, die es braucht, um aus einem Widerspruch zwischen Willen und Präferenzen eine bestmögliche Interpretation zu bestimmen, oder bis Wille und Präferenzen wieder in eine Richtung weisen, Anstrengungen unternehmen, um die Sicherheit der Patientin zu gewährleisten. Sei es eine 1:1-Betreuung in der Klinik oder zu Hause, sei es durch die Präsenz von Angehörigen zu Hause oder in der Klinik, sei es durch den Trost eines Seelsorgers, sei es mithilfe einer angstlösenden und beruhigenden Medikation. Soweit diese Maßnahmen mit Zustimmung der Patientin erbracht werden, liegt nach hiesiger Ansicht eine Unterstützte Entscheidungsfindung vor, die noch andauert.

Auch an diesem Punkt kann der Wille der Patientin in eine andere Richtung weisen, wenn sie sich diesen Maßnahmen aktiv entzieht und ihr dadurch unmittelbare Gefahr droht. Für diese wenigen und erst nach Ausschöpfung der oben genannten Mittel eintretenden Situationen, kann es nach unserer Ansicht gerechtfertigt sein, die Sicherheit der Person

zu gewährleisten, bis Wille und Präferenzen geklärt sind. Maßnahmen gegen den Willen brauchen dann allerdings eine Genehmigung eines Gerichts, um den Grundrechtseingriff zu rechtfertigen. Der Eingriff in die Grundrechte könnte medizinisch dadurch begründet werden, dass noch Zeit erforderlich ist, um Willen und Präferenzen zu bestimmen oder zu interpretieren. Aufgabe des Gerichts wäre es dann, den Handelnden im Hilfesystem entsprechende Aufgaben zu geben, um Willen und Präferenzen zu bestimmen. Andererseits jedoch käme eine Behandlung, sei es medikamentös oder durch EKT gegen den Willen oder die Präferenzen der betroffenen Person nicht infrage, selbst dann nicht, wenn sie den aktuellen Leitlinien einer Fachgesellschaft entspricht.

Auch im Verlauf einer stationären Behandlung lauern Fallstricke, die eine Unterstützte Entscheidungsfindung beeinträchtigen können. Keinesfalls dürfen ökonomische Erwägungen Entscheidungsmöglichkeiten behindern, wenn etwa unsere Patientin durchaus stationär bleiben würde, aber einer medikamentösen Behandlung vehement widerspricht. Wenn dann die Klinik die Entlassung verfügt, mit dem Argument, eine stationäre Behandlung ohne leitliniengerechte Medikation wäre der Krankenversicherung gegenüber nicht zu rechtfertigen, so würde erneut stellvertretend entschieden und nicht nach Willen und Präferenzen der Patientin. Ebenso verkehrt wäre es, auf einer medikamentösen Behandlung zu bestehen, wenn die Patientin eine Elektrokrampftherapie (EKT) bevorzugt. Hier wäre es Aufgabe des Klinikteams, die Patientin über verschiedene Behandlungsoptionen zu informieren, etwa auch mit einer Zweitmeinung zu beraten und wenn sie es wünscht, Verbindung mit einer Klinik aufzunehmen, die eine EKT anbietet.

Spätestens an dieser Stelle des Verfahrens erscheint es im Sinne der Patientin angebracht, innezuhalten und sich in ihre psychische Lage zu versetzen. Sie steckt in einem Dilemma: Sie soll selbst wollen, was die Behandler zu ihrem Besten wollen, was sie aber aufgrund ihrer schweren Depression nicht will oder nicht wollen kann. Das gewünschte Abrücken vom Sterbewunsch hätte ja gerade zur Voraussetzung, dass die Patientin nicht mehr so krank wäre, wie sie es aktuell ist. Sie könnte sich vom Wunsch der Behandler im besten Fall nicht verstanden, im schlimmsten Fall von den sie von ihrer Qual retten Wollenden zusätzlich gequält bzw. erpresst fühlen: »Wenn Sie Ihren Sterbewunsch nicht aufgeben, werden wir Sie gegen Ihren Willen bei uns behalten müssen.« Das Gefühl, die eigenen Bedürfnisse nicht berücksichtigt zu sehen, mündet oft

in Frustration und Ablehnung, sodass der Sterbewunsch eher verstärkt werden kann. Ausgeliefertsein, Ohnmacht, die Aussichtslosigkeit, der »fürsorglichen Inobhutnahme« nicht entkommen zu können, sowie das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, kann erst recht zusätzlich kränken und dem Wunsch Vorschub leisten, dem allen durch Suizid ein Ende zu machen.

Dabei erscheint es unabdinglich, die Patientin mit einem Menschen in Kontakt zu bringen, der schon einmal in deren Schuhen gegangen ist, dessen Leben jedoch danach eine positive Wendung genommen hat. Es ist Zeit für einen passenden Peer-Genesungsbegleiter. Passung ist deshalb so wichtig, weil andere Menschen vermutlich durch den depressiven Panzer der Patientin nicht durchdringen und ihr Vertrauen kaum gewinnen. Idealtypisch würde eine Peer-Intervention etwa so aussehen:

Den Wunsch der Patientin validieren: »Ich kann Ihren Wunsch sehr gut nachempfinden, denn ich habe das selbst erlebt. Ich habe einen »erfolglosen« Suizidversuch hinter mir. Ich hatte keine Möglichkeit mehr gesehen und wollte nur noch, dass alles ein Ende hat. Ich denke, dass das in meiner damaligen Situation das einzig für mich Sinnvolle war.«

Einen Ausweg bezeugen, Hoffnung geben (Holder of Hope): »Ich hätte damals nie geglaubt, dass es mir jemals wieder besser gehen könnte. Aber mir ist es nach einiger Zeit wieder besser gegangen. Es geht mir sogar inzwischen gut. Ich bin überzeugt, dass sich auch Ihre Sicht auf Ihr Leben wieder ändern wird. Ich gebe die Hoffnung für Sie nicht auf. Ich halte es für voreilig, jetzt schon die Flinte ins Korn zu werfen. Sie haben ja nur das eine Leben.«

Schwierigkeiten benennen: »Es wird wahrscheinlich eine ganze Zeit lang dauern, die Sie noch durchhalten müssen, bis es Ihnen wieder wirklich besser geht. Es wird für Sie nicht leicht werden, weil Sie noch kein Licht am Ende des Tunnels erkennen können.«

Die Behandlung als Erleichterung anbieten: »Sie können sich die Zeit bis dorthin leichter machen, wenn Sie sich behandeln lassen. Es gibt dafür verschiedene gute Möglichkeiten, die Sie mit den Ärzten und Therapeutinnen ja schon besprochen haben. Die werden nichts tun, dem Sie nicht zustimmen. Sie müssen für eine Behandlung auch nicht in die Psychiatrie gehen bzw. in der Klinik bleiben. Sie können die Behandlung auch zu Hause bekommen.«

Beistand zusichern (being with): »Sie sind mir wichtig. Ich möchte Sie gerne weiter ein Stück begleiten. Ich bin jetzt genauso ratlos wie Sie, aber ich werde bei Ihnen bleiben, bis es Ihnen wieder besser geht. Ich komme morgen und danach immer wieder bei Ihnen vorbei, um nach Ihnen zu sehen.«

||||||||||||||||||||

Dass das nicht immer so idealtypisch auf Zustimmung stößt, ist uns bewusst. Oft ist viel Geduld und Zeit dafür notwendig, das Vertrauen von schwer depressiven Menschen zu gewinnen. Peers unterliegen jedoch nicht in gleichem Maße dem Zeitdruck wie anderes Personal.

Sollte es zu einer gerichtlichen Entscheidung über Maßnahmen gegen den Willen der Patientin kommen, so sind diese genau darauf zu prüfen, ob sie einer bestmöglichen Interpretation des Willens und der Präferenzen der Patientin entsprechen. Die Verhältnismäßigkeit und Alternativen sind zu prüfen, z. B. ob eine Behandlung zu Hause mit Unterstützung der Angehörigen eine Alternative darstellt, die eher dem Willen und den Präferenzen entspricht. Psychiatrische Dienste, die eine solche Behandlung noch nicht anbieten, müssen sich dann die Frage stellen, ob sie den Ansprüchen der UN-Konvention genügen.

Unterstützte Entscheidungsfindung bedingt damit nicht nur ein anderes Vorgehen im Einzelfall, sondern beeinflusst und motiviert das Hilfesystem

- Alternativen zur stationären Behandlung in Krisen zu schaffen: Home Treatment, Krisenpensionen, ambulant Betreutes Wohnen rund um die Uhr, Unterstützung durch Peers;
- Alternativen zu Zwangsmaßnahmen zu schaffen, zu erproben und zu verbreiten, z. B. intensive Betreuung (1:1 oder auch 2:1) und Unterstützung durch Peers;
- die Kommunikation mit akut Erkrankten und ihren Angehörigen zu verändern und zu intensivieren, um Wünsche und Präferenzen zu erfahren;
- die Diskriminierung von psychisch Kranken durch den funktionalen Ansatz bei der Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit zu beenden.

Es mag nach dem Einholen aller erhältlichen Informationen, nach der gebotenen Zeit (z. B. 72 Stunden), nach etlichen Gesprächen, in denen alle Aspekte erörtert wurden, eine Situation eintreten, in denen das klinische Team zur Auffassung gelangt, dass der Wunsch der Patientin in der akuten Krise ihrem Willen und ihren Präferenzen entspricht. Dann würde

die Patientin ihrem Wunsch entsprechend entlassen. Dadurch wiederum können erhebliche ethische Konflikte bei den Beteiligten, Professionellen und Angehörigen entstehen. Um Handlungssicherheit zu bekommen, wäre diese Konstellation ein Grund dafür, ein klinisches Ethikkomitee mit der Situation zu befassen. Bis zum Abschluss der Ethikberatung und der entsprechenden Entscheidungsfindung würde wieder mit entsprechenden Maßnahmen für die Sicherheit der Patientin gesorgt.

Als Psychiatrieerfahrene (B. R.) denke ich dabei an die Jahre von 1975 bis 1983 zurück. In dieser Zeit habe ich nach jeder meiner ca. acht Psychosen depressive Episoden durchlitten, davon mindestens sechs ohne medikamentöse Behandlung. Meine Depressionen wurden jedes Mal schwerer. Mit jeder depressiven Episode wurde mein Todeswunsch stärker, bis ich nach meiner allerletzten Psychose einen Bilanzsuizid versuchte. Die schließlich doch noch akzeptierten Antidepressiva gaben mir dazu endlich den Antrieb. Ich wollte nur noch, dass die Qual dieses Lebens ein Ende haben sollte. Depression bedeutete für mich auch, dass jede noch so kleine Entscheidung mir extrem schwerfiel. Wie versteinert wartete ich nur darauf, dass die Dinge sich irgendwie von selbst entwickelten. Wichtigere Entscheidungen waren mir einfach unmöglich.

Wenn ich mich in die fiktive Patientin hineinversetze, hätten wahrscheinlich alle Versuche, mir zu einer eigenen anderen Entscheidung zu verhelfen, mehr geschadet als genutzt. Schon das Infragestellen meiner Einwilligungsfähigkeit hätte mich zusätzlich tief gekränkt. In meiner Logik war ich doch nicht »verrückt«! Ich hatte mich irgendwann – nach sehr langer Zeit – für den Tod entschieden. Immer neue Versuche, mich von meinem Sterbewunsch abzubringen, hätte ich nur als zusätzliche Quälerei erlebt.

Wenn allerdings ein Arzt oder eine Ärztin, zu dem bzw. zu der ich Vertrauen gefasst habe, nach einiger Zeit zu mir gekommen wäre und zu mir gesagt hätte:

BEISPIEL »Frau Richter, ich habe gesehen, wie Sie sich immer nur herumquälen. Das tut mir leid. Aber wir können Ihnen Ihren Sterbewunsch auch nicht so einfach erfüllen. Ich mache Ihnen einen Vorschlag: Lassen Sie sich jetzt erst einmal auf einen Aufenthalt bei uns in der Klinik und auf eine Behandlung ein. Tun Sie es einfach mir zuliebe. In vier Wochen setzen wir uns noch einmal zusammen. Dann frage ich Sie noch einmal, ob Sie wirklich sterben wollen. Wäre das ein brauchbarer Vorschlag?« ✕

Ich könnte mir vorstellen, dass ich mich darauf eingelassen hätte.

Unterstützte Entscheidungsfindung bei schweren Depressionen: Zusammenfassung

- Willen und Präferenzen herausfinden
- Zeit gewinnen
- Umfassende Analyse der Umgebungsbedingungen für die aktuelle Krisensituation
- Veränderungsmöglichkeiten mit Angehörigen und Patienten besprechen
- Unterschiede zwischen aktuellem Willen und bisherigen Präferenzen herausarbeiten
- Verschiedene Behandlungsmöglichkeiten anbieten (mit/ohne Medikamente, im Krankenhaus oder zu Hause, aktiv oder abwartend, auf einem sozialen oder medizinischen Modell basierend)
- Sich in die hoffnungslose Situation der Person hineinversetzen und die Hoffnung für sie übernehmen, bis sie sie wieder selbst haben kann (Holder of Hope)
- Allenfalls Maßnahmen erwägen, um die Sicherheit der Person zu gewährleisten
- Wenn diese Maßnahmen gegen den Willen erfolgen, nur mit Genehmigung des Gerichts
- Keine Zwangsbehandlung

Literatur

- Deutsches Institut für Menschenrechte (2015): Information der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention zur Allgemeinen Bemerkung Nr. 1 des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Artikel 12: Gleiche Anerkennung vor dem Recht (UN-Dok. CRPD/C/GC/1 vom 19. Mai 2014).
www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publicationen/Weitere_Publicationen/Informationen_zu_General_Comment_Nr_1_MSt_2015.pdf (28.1.2019).
- KRÖBER, H. L. (1998): Psychiatrische Kriterien zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit. Rechtsmedizin, 8 (2), S. 41–46.

Unterstützte Entscheidungsfindung bei Psychosen

Volkmar Aderhold, Klaus Baumann, Constance Hirschmeier, Wiebke Kaptein, Uta Majewsky

Übliche Situationen, die Professionelle und in der Folge auch Betroffene vor drängende Entscheidungen stellen, sind die Anwendung von Medikation, stationäre Aufnahmen und Zwang. Es sind zumeist die Endpunkte einer Entwicklung oder eines Behandlungsprozesses. Übliche psychiatrische Kontexte und dort vorherrschende Praxis sind bestimmt von einem eingeeengten Fokus auf das Individuum, einer abwartenden Kulmination auf einen Endpunkt und endgültigen Entscheidungen mit kaum vorhandenen Optionen. Um die Handlungsmöglichkeiten zu erhöhen, soll hier ein Vorgehen dargestellt werden, das in diesem Prozess früher beginnt und die soziale Komplexität erhöht.

Zunächst möchten wir dazu die zugrunde liegenden Konstrukte unseres Vorgehens erläutern:

- Verhalten und Symptome sind kontextabhängig;
- Affekte, Vorstellungen, Motive und Handlungen haben auch bei psychotischen Erfahrungen eine Entstehungsgeschichte und
- sind maßgeblich bestimmt durch den biografischen und aktuellen sozialen Raum.

Stattdessen wird häufig ohne Kenntnis der Vor- und Lebensgeschichte und wichtiger Details der aktuellen Lebenssituation das sichtbare Verhalten von Patienten vereignenschaftlicht und individualisiert:

BEISPIEL »Frau X ist aggressiv, bedrohlich, evtl. sogar hinterhältig ...« ✕

Bei Menschen mit sogenannten »schweren psychischen Erkrankungen«, und insbesondere bei denen, die in Zwangssituationen und Zwangskontexte geraten, sind Traumatisierungen in der Biografie von erheblicher Bedeutung und werden trotzdem im psychiatrischen Alltag übersehen oder unter der Befürchtung übergangen, sonst die Person zu destabilisieren. Eine Metaanalyse (BONOLDI u. a. 2013) ermittelte – nach

einer Auswertung von 23 Einzelstudien – bei insgesamt 26 Prozent der Menschen mit Psychosen sexuellen Missbrauch (mehr bei Frauen), bei 39 Prozent physische Misshandlung (ohne Geschlechtsunterschiede) und bei insgesamt 34 Prozent emotionalen Missbrauch (erneut mehr bei Frauen), ohne jedoch Angaben über das gleichzeitige Vorkommen dieser Traumatisierungsformen zu machen. Vernachlässigung und subjektiv belastende Erlebnisse wurden dabei noch gar nicht erfasst. Bei Menschen, die gegen ihren Willen in eine Klinik gebracht oder dort zwangsbehandelt werden, steigt die Rate der biografischen Traumatisierung auf ca. 90 Prozent an. Was ändert sich, wenn eine Situation so beschrieben wird?

BEISPIEL »Frau X hatte einen Lebensweg, in dem ihre persönlichen Schutzgrenzen wiederholt und erheblich verletzt wurden. Sie befand sich mehrmals in Situationen, in denen ihr etwas angetan wurde, das mit Gefühlen von Ohnmacht verbunden war. Gerät sie jetzt in Situationen, die mit Bedrohungs- und Ohnmachtsgefühlen verbunden sind, die oft entstehen, wenn ... passiert, dann kommt es häufig zu aggressiven Abgrenzungsreaktionen, die sich in Schreien, Schlagen oder Spucken ausdrücken. Solche Situationen können unübersichtliche soziale und räumliche Kontexte sein, insbesondere solche, in denen andere, ihr unbekannte Anwesende, für sie nicht vorhersehbar reagieren, Menschen, die in ihrem Leben vielleicht erlebt und gelernt haben, dass Gewalt zwischen Menschen ›normales‹ Verhalten ist. In solchen Situationen sinkt die Schwelle von Frau X, sich aufgrund plötzlicher unerträglicher Ängste aggressiv abzugrenzen.« ✕

Diese Situationsbeschreibung folgt einem *traumainformierten Behandlungsansatz*, innerhalb dessen ein Handlungsprinzip lautet: »Die Verbindung zwischen Kindheitstrauma und der Psychopathologie sowie den Bewältigungsstrategien als Erwachsener ist allen Teammitgliedern bekannt und wird verstanden.« (MUSKETT 2014, S. 52) Eine solche Verbindung wird insbesondere dann wirksam, wenn sich die Anwendung von Zwang wiederholt, sodass die Professionellen vorbereitet sein könnten. Nur müssen sie zuvor Traumatisierungen und ihren erwünschten Umgang damit angesprochen haben.

Menschen mit Beziehungstraumata in der Vorgeschichte sind grundsätzlich berechtigterweise misstrauisch. Und sie fassen gegenüber Professionellen umso weniger Vertrauen, wenn auch diese Grenzverletzungen

begehen – vor allem, wenn ihnen zuvor Vertrauen entgegengebracht wurde. Daher ist die Verantwortung groß, dies zu vermeiden. Darüber hinaus ist die Wirksamkeit von Medikation bei traumatisierten Menschen mit Psychosen vermutlich eingeschränkter (MISIĄK u. a. 2017). Sie sind also besonders angewiesen auf tragfähige therapeutische Beziehungen.

Psychiatrische Teams ahnen oft gar nicht, in welchem Ausmaß die eigenen Annahmen und Krankheitskonstrukte sowie Alltagsinteraktionen und Stationsrituale das Verhalten und Erleben von psychotischen Menschen beeinflussen. Umgekehrt würden vermutlich die meisten Psychiaterinnen und Psychiater nicht glauben, dass es durch dialogische »Netzwerkgespräche«, gemeinsam mit wichtigen Bezugs- und Vertrauenspersonen des Klienten, recht häufig gelingen kann, dass Menschen aus ihrem psychotischen Erleben innerhalb von 30 bis 60 Minuten in eine gemeinsame Konsensusrealität zurückfinden und wichtige biografische Bezüge für ihr Erleben herstellen und aussprechen können. Harry GOOLISHIAN (Seminar Norwegen 1987, eig. Übers.), US-Psychologe und Familientherapeut, drückt dies so aus: »Mit den Fragen, die wir stellen, erzeugen wir die Antworten, die wir bekommen. Wir sind genauso verantwortlich für die Herstellung der Pathologien, die wir ›sehen‹, wie die Menschen, mit denen wir im Gespräch sind. Wir sind nicht Mikroskope, die Menschen objektiv beobachten, sondern interaktiv und gemeinsam erzeugen wir die Realitäten (Wirklichkeiten), an denen wir dann arbeiten ... immer!«

Selbstverständlich umfasst diese Verantwortung auch die für die Arbeitskontexte Verantwortlichen einschließlich ihrer professionellen Kompetenz.

Das üblicherweise heute vertretene Konzept von Psychosen, das mit seinem Reduktionismus vorzugsweise für eine pharmakologisch zentrierte und forschende Psychiatrie erdacht wurde und lediglich zwischen positiven, negativen und kognitiven Symptomen unterscheidet, verdeckt die Vielschichtigkeit psychotischer Zustände und erschwert damit einen therapeutischen Zugang. Wenn man psychotische Zustände hingegen als eine Verschiebung von Haupt- und Nebenrealitäten auffasst, die durchaus beziehungs- und kontextabhängig ist, entstehen neue Praxismöglichkeiten. So bestehen auch noch in ausgeprägten psychotischen Zuständen sogenannte »Inseln der Klarheit« (PODVOLL 2004), wenn der Rahmen und die »haltenden« Beziehungen darin als sicher und vertrauensvoll erlebt werden. Diese dehnen sich dann zeitlich aus, sodass

in der Rückbildungsphase von psychotischen Zuständen immer wieder situativ »psychotische Inseln« auftauchen.

Das Konstrukt der Krankheitsuneinsichtigkeit verkennt diese Vielschichtigkeit und verschließt Handlungsmöglichkeiten, statt sie zu erschließen. Darüber hinaus haben sich Krankheitskonstrukte im historischen Verlauf vielfältig verändert und werden dies auch weiter tun, erst recht die Formen der Behandlung.

Der hier vertretene und dargestellte Ansatz erweitert diese Handlungsmöglichkeiten und formuliert bestimmte Prinzipien. Je mehr diese Handlungsprinzipien erfüllt werden, umso größer die Spielräume:

- Krisenfokus mit frühzeitiger professioneller Reaktion.
- Kontextorientierung durch Netzwerkgespräche von Beginn an.
- unvermeidbare Vielstimmigkeit, die bei aufrichtigem Interesse und Engagement zu einer gemeinsam empfundenen, situativen Wahrheit führen kann.
- Begegnungsmomente ermöglichen Veränderungen.
- Subjektivität aller Beteiligten, damit auch der Professionellen: Auch die Profis werden zu einer Stimme unter vielen mit spezifischen und gleichzeitig subjektiven Informationen.
- Prozessorientierung: Entscheidungsfindung als begleitetes Experiment in einem möglichst sicheren Kontext mit verbindlichen Möglichkeiten zur Korrektur.
- Psychotische Erfahrungen werden als Ausdruck von Noch-nicht-Gesagtem verstanden und als grundsätzlich nachvollziehbare Reaktionen auf unerträgliche und ungelöste Lebensprobleme.
- Netzwerkgespräche werden in diesem Ansatz zum moderierten Rahmen für unterstützende Entscheidungsprozesse.

Zentrale Aspekte von Netzwerkgesprächen

»In Berücksichtigung dieses dialogischen Grundsatzes, dass jede Äußerung nach einer Antwort verlangt, bemühen sich die Teammitglieder, auf das zu antworten, was gesagt wurde. Zu antworten bedeutet dabei nicht, eine Erklärung oder Interpretation zu geben, sondern vielmehr durch die Antwort des Therapeuten zu zeigen, dass man wahrgenommen hat, was gesagt wurde und wenn möglich einen neuen Gesichtspunkt

zu dem hinzuzufügen, was bereits gesagt wurde. Dies geschieht nicht durch eine erzwungene Unterbrechung jeder Äußerung, um eine Antwort zu geben, sondern vielmehr als Anpassung der eigenen antwortenden Worte an den natürlichen Rhythmus des Gesprächs. Die Teammitglieder antworten auch mit dem Ausdruck ihres gesamten Körpers, mit einem echten Interesse daran, was jede Person im Raum zu sagen hat und unter Vermeidung jeglicher Andeutung, dass jemand etwas Falsches gesagt haben könnte. Indem der Prozess es den Netzwerkteilnehmern ermöglicht, ihre Stimmen zu finden, beginnen sie auch, sich selbst zu befragen. Denn wenn ein Sprecher seine eigenen Worte hört, nachdem er die Kommentare der anderen als Antwort auf seine Worte bekommen hat, ermöglicht ihm dies, auch das besser zu verstehen, was er gesagt hat. Wenn man die Alltagssprache der Klienten benutzt, die sie gewohnt sind, erleichtern die Fragen der Teammitglieder, dass Geschichten erzählt werden, die alltägliche Details und schwierige oder schwere Emotionen beinhalten, die in Verbindung mit den Ereignissen stehen, die berichtet werden. Indem andere Netzwerkteilnehmer von den Teammitgliedern um Kommentare zu dem gebeten werden, was gesagt wurde, helfen sie, ein vielstimmiges Bild des Ereignisses entstehen zu lassen.« (SEIKKULA 2008, S. 481, eigene Übersetzung)

In der Praxis hat sich gezeigt, dass für die Zugänglichkeit bisher unausgesprochener Erfahrungen ein besonderes Zeitfenster besteht: »Während der ersten Tage einer Krise scheint es möglich zu sein, über Dinge zu sprechen, deren Thematisierung später schwerfällt. Halluzinationen können zu Beginn einer Krise oft gut genutzt und reflektiert werden; sie lassen aber häufig rasch nach, und die Chance, mit ihnen umzugehen, ergibt sich dann oft erst nach Monaten einer Einzelbehandlung wieder. Das Fenster zu diesen extremen Erfahrungen scheint nur in den ersten Tagen offen zu stehen. Schafft es das Team, mit einer schnellen Reaktion eine ausreichend sichere Atmosphäre herzustellen, und hört es sich all die Themen, die der Patient äußert, sorgfältig an, können wichtige Themen einen Raum finden und handhabbar werden – und die Prognose wird dadurch verbessert.« (SEIKKULA & ALAKARE 2015, S. 29)

»Es ist häufige Praxis, dass zunächst einer der Therapeuten mit der Person im Zentrum der Krise in einen Kontakt tritt, der aus einem sorgfältigen und ausführlichen Austausch mit Fragen und Antworten besteht. Zweck dieses Zwiegesprächs ist es, genau zu hören und – falls

erforderlich – zu helfen, Wörter für die Not und Verzweiflung der Person zu finden, die ansonsten in Symptomen ›verkörperlicht‹ bleiben, und eine gemeinsame Sprache zu entwickeln. Weitere Ergänzungen von Anwesenden des sozialen Netzwerks können helfen, weiteres Licht auf die Natur der Krise zu werfen. Dafür laden die dialogischen Therapeuten jede anwesende Person dazu ein, ihre Perspektive und die verschiedenen damit zusammenhängenden Probleme bzw. Themen, die während des Gesprächs aufkommen, (mit) zu teilen. Die therapeutische Kompetenz besteht in der dialogischen Arbeit nicht in einer strukturierten Interviewmethode, sondern überwiegend in der persönlichen Weise der Therapeuten, auf die Äußerungen der betroffenen Person und der anderen Anwesenden zu antworten.« (OLSON u. a. 2014, S. 5 f., eig. Übers.)

Fallbeispiel: Netzwerkgespräche aus der Sicht eines begleitenden Teams

Frau X, Ende 40, in Vollzeit als Wissenschaftlerin in einer Firma angestellt, ist verheiratet, hat zwei Töchter, 19 und 22 Jahre alt. Frau X war in den vergangenen fünf Jahren dreimal zwangseingewiesen worden, immer gegen ihren äußersten Widerstand. Vor den Einweisungen hatte sie über Monate immer mehr gearbeitet, mit zunehmender Begeisterung neue Projekte entwickelt und ihrer Firma zu einigen Erfolgen verholfen. Für ihre Leistung wurde sie in diesen Phasen oft ausgezeichnet. In ihrer Familie wurde es gleichzeitig schwieriger. Mann und Töchter versuchten, sie zur Erholung zu bewegen, es gab immer häufiger Streit, weil sie kaum noch Zeit mit ihnen verbrachte. Zunehmend wurde sie unzugänglicher, auch für wohlwollende Ratschläge, fühlte sie sich doch voller Energie. Oft dauerte es dann nicht mehr lange – sie fing an, immer öfter auch nachts zu Hause noch an ihren Projekten zu arbeiten – bis eine Zwangseinweisung erfolgte.

Einmal verursachte sie einen kleinen Autounfall, ein anderes Mal kaufte sie innerhalb einer Woche von ihrem privaten Geld in Höhe eines halben Jahreseinkommens technische Geräte für ihre Arbeit, einmal brach sie erschöpft zusammen, war aber schon wieder auf den Beinen, als der Notarzt kam. Immer hatte ihre Familie die Hilfe gerufen.

Danach verbrachte sie jedes Mal mindestens zwei Monate im Krankenhaus. Nach ihrer Entlassung war sie noch lange niedergeschlagen, fühlte sich schwach und tat sich vor allem schwer, sich wieder zur Arbeit zu motivieren. Auch in ihrer Familie war die Stimmung traurig und angespannt. Sie selbst schämte sich, versuchte, wieder eine gute Mutter zu sein, alles fühlte sich verkrampft an.

Zum Glück kam sie nach vielen Monaten wieder zu Kräften, dafür musste sie sich nach ihrem Erleben von ihren Medikamenten lösen, sie hatte das Gefühl, unter deren Einfluss nicht zu ihrer ureigenen Kraft zurückzufinden. Mit ihrer Ärztin konnte sie das offen besprechen. Die war zwar nicht unbedingt ihrer Meinung, die Medikamente recht zeitnah nach den Klinikaufenthalten wieder abzusetzen, gab aber dem Drängen von Frau X nach und blieb in gutem Kontakt mit ihr. Die Beziehung zu ihrem Mann und den Töchtern entspannte sich und auch an ihrem Arbeitsplatz war sie wieder gern gesehen.

Frau X kam mit dem Anliegen zu unserer Institution für ambulante Krisenprävention und -intervention, zukünftige Zwangseinweisungen unbedingt zu verhindern. Sie hatte jede einzelne als sehr demütigend empfunden und auch ihre Familie war durch die Gewalterfahrungen erschrocken. Sie war zwar dankbar, dass jedes Mal irgendwann wieder alles »einigermaßen normal« war, fürchtete aber, auf Dauer ihren Mann und die ansonsten gute Beziehung zu ihren Töchtern zu verlieren.

Frau X bezeichnete sich selbst als bipolar und erzählte etwas wehmütig und manchmal auch mit leuchtenden Augen von ihren Phasen höchster Produktivität und Kreativität. In ihrer Arbeit hatte sie immer »fast bis zum Schluss« Höchstleistungen erbracht und musste dort, abgesehen von kleineren Reibereien mit Kollegen, nach ihren Krankheitsphasen nicht viel in Ordnung bringen.

Aber es strengte sie nach den Krankheitsepisoden noch sehr lange an, bis sie wieder »ganz drin« war. Ihr fehlten der Elan und auch die Kraft.

Frau X wünschte sich Unterstützung dabei, dass es nicht wieder so weit kommen würde. Sie hoffte, in uns einen Ansprechpartner zu finden, auch um ihre »Krisen« von ihrer Familie fernzuhalten. Zunächst lehnte sie die Idee, uns mit ihrer Familie zusammenzusetzen, strikt ab. In einem der nächsten Treffen fragten wir sie, was sie denke, was ihre Familie von dem Vorschlag halten würde. Sie hatte dazu keine Idee, vielleicht würde sie sie aber irgendwann mal fragen.

Ein paar Wochen später erzählte sie uns fast beiläufig, dass sowohl ihr Mann als auch ihre Töchter überraschend positiv auf den Vorschlag reagiert hätten. Sie selbst könne es sich aber nach wie vor nicht vorstellen.

Nach weiteren zwei Monaten und vier Terminen – in denen wir allerdings auch keinen überzeugenden Präventionsplan entwickeln konnten, schon weil wir gemeinsam keine Idee davon hatten, ab wann denn ihre schöpferischen Phasen als Krise zu bezeichnen seien – erklärte sie uns fast förmlich, dass sie nun doch meine, es könne sinnvoll sein, ein Gespräch mit ihrer Familie zu führen. Sie wolle das zumindest ausprobieren. Dann erzählte sie noch ein wenig von ihren furchtbaren Schuldgefühlen und ihrer großen Angst, vor allem ihre jüngere Tochter könne ihr schreckliche Vorwürfe machen. Wir zeigten viel Verständnis für ihre Situation und versicherten, dass wir an ihrer Seite stehen würden. Außerdem berichteten wir ihr von unseren Erfahrungen unter ähnlichen Umständen und davon, wie erleichternd eine Aussprache für alle am Ende sein kann.

Frau X nahm sich noch sechs Wochen Zeit. Ihr Wunsch war es, »einigermaßen gelassen« in das Gespräch gehen zu können. Sie entschied, dass es bei uns stattfinden sollte.

Zum verabredeten Termin brachte sie zwei junge, freundlich blickende Damen und einen etwas kritisch guckenden Mann in den 50ern mit. Das Gespräch kam schnell in Gang und ging bald in die Tiefe. Herr X spielte tatsächlich mit dem Gedanken, sich in der nächsten Krise zu trennen, die jüngere Tochter trug viel Enttäuschung und Ärger in sich, sie hatte sich zu einigen Zeiten »völlig mutterlos« gefühlt. Die ältere Tochter war in ihrer Sorge und Angst um die Mutter oft verzweifelt und völlig hilflos gewesen. Frau X berichtete von ihren unerträglichen Scham- und Schuldgefühlen. Es wurde viel geweint, selbst der Ehemann gestand sich ein paar Tränen zu. Von unserer Seite war wenig Intervention nötig. Unsere mitfühlende Präsenz und Zuversicht und das Vertrauen in diesen Prozess der gemeinsamen Gespräche war weitgehend genug.

Am Ende waren alle erschöpft, wollten sich aber zu einem weiteren Termin zwecks »Planung zukünftigen Krisenmanagements« mit uns treffen. Zuvor wollte die Familie sich zu Hause darüber absprechen, wie denn eine Situation aussehen müsse, in der sie unsere Unterstützung in Anspruch nehmen wollen würden. Zum Vergangenen sei erst einmal alles gesagt.

Auch der zweite Termin – acht Wochen später – verlief sehr flüssig. Wieder brauchten wir kaum Struktur vorzugeben oder den Dialog anzuleiten. Familie X hatte sich zu Hause zweimal zusammengesetzt und versucht, sich darüber auszutauschen, wer welche Signale bemerkt, dass Frau X sich in einer Krise befinde, bzw. wann es Zeit sei, den Notstand auszurufen. Sie hatten sich darüber nicht einigen können, auch die Töchter und ihr Mann waren unterschiedlicher Auffassungen. Dass es wieder zu einer Krise kommen würde, davon war vor allem die jüngere Tochter überzeugt. Ihre Mutter sei einfach arbeitswütig und in ihre Zahlen verliebt.

Die ältere Tochter äußerte Dankbarkeit dafür, dass Frau X wegen der Kinder viele Jahre auf ihre Karriere verzichtet hatte, worauf Frau X sehr bewegt reagierte. Unter Tränen gestand sie, dass ihre Kinder das Wichtigste in ihrem Leben seien und versicherte auch ihrem Mann, dass sie die Partnerschaft mit ihm unter allen Umständen fortsetzen wolle.

Es wurden Ideen formuliert, wann Frau X wem ihren Autoschlüssel oder ihre Kreditkarte übergeben sollte, aber es entstand in der Runde keine Überzeugung, dass derartige Absprachen im Fall der Fälle wirklich funktionieren würden.

Frau X äußerte den Wunsch, sich in einer Krise mit uns zusammenzusetzen, um sich dann, wenn wir dieser Meinung seien, von uns überzeugen zu lassen, sich ein paar Tage zur Erholung in die Klinik zu begeben. Dann sollte ihre Ärztin hinzugezogen werden, der sie ebenfalls vertraute, wenn diese zu der gleichen Einschätzung darüber käme. Ihr Mann und die Töchter waren sich einig, dass sich Frau X in einem solchen Moment unter keinen Umständen selbst bei uns melden würde.

Frau X war sich da nicht so sicher, hielt es aber nicht für ausgeschlossen, dass ihre Familie recht haben könnte. Aus ihrer Erinnerung berichtete sie, dass zwischen dem Moment, in dem sie selbst einen leisen Eindruck bekäme, es könnte vielleicht etwas nicht ganz in Ordnung sein, bis zu dem Moment, in dem sie »gar nicht mehr ansprechbar« sei, zwei, maximal drei Tage vergingen. »In dieser Zeit müssen Sie mich erreichen, danach haben Sie keine Chance mehr.«

Familie X verabschiedete sich mit der Absprache, dass, wenn Vater und Töchter sich einig seien, dass es sich nun um eine Krise handele, sie der Mutter ans Herz legen würden, sich bei uns zu melden. Sollte sie das nicht tun, würden sie sich bei uns zu einem Gespräch anmelden. Den Töchtern war eine schriftliche Zusage ihrer Mutter wichtig, zu diesem Termin dann unbedingt mitzukommen.

Vor allem Frau X war der Ansicht, dass es nun keiner weiteren Gespräche mehr bedürfe. Auch allein wollte sie sich nicht mehr mit uns zu treffen. Sie fühle sich stabil und habe sich vorgenommen, in Zukunft mehr auf sich zu achten, etwas kürzer zu treten, weniger zu arbeiten und mehr Zeit mit ihrer Familie zu verbringen. Dann würde es gar nicht zu einer Krise kommen und falls doch, sei ja jetzt alles Wesentliche dazu besprochen. Auch von unserem Angebot, uns in ein paar Monaten nach ihrem Befinden zu erkundigen, wollte sie keinen Gebrauch machen. Bei Bedarf würde sie sich bei uns melden.

Nach einem knappen Jahr bekamen wir einen Anruf der älteren Tochter. Die Familie habe ihre Mutter vor etwa einer Woche dringend gebeten, sich bei uns zu melden. Inzwischen habe sich die Situation weiter zugespitzt und sie bäten um einen möglichst baldigen Termin. Ihre Mutter sei aufgrund der schriftlichen Vereinbarung einverstanden, dass sie sie bei ihrer Arbeitsstelle abholen und sie zu uns fahren könnten, sobald der Termin feststehe. Am nächsten Tag kam Frau X strahlend mit forschendem Schritt in Begleitung ihrer älteren Tochter in unsere Räume und begrüßte alle, die ihr dort begegneten, Kolleginnen und Klienten, mit Handschlag. Ihr Mann traf etwas später ein, die jüngere Tochter konnte nicht kommen. Im Gesprächsraum lief sie auf und ab und erklärte, dass sie so schnell wie möglich zurück in die Firma müsse. Die Sorge ihrer Familie und unser Aufgebot hier (wir waren wieder zu dritt) halte sie für völlig übertrieben. Eher seien ihr Mann und die Kinder in der Krise und wir sollten uns bitte um sie kümmern. Sie sprach ununterbrochen, wurde dabei immer lauter, geriet in Rage und bezeichnete uns als völlig unfähig.

Nach etwa fünf Minuten sprang die Kollegin, die damals ihre Bezugsbegleitung übernommen hatte, plötzlich auf und stellte sich vor sie. Fast genauso laut wie Frau X empörte sie sich über dieses Theater und forderte sie auf, sich doch wenigstens kurz mal hinzusetzen. Frau X verstummt. Sie kniff die Augen zusammen, kam ganz dicht an das Gesicht der Kollegin und sagte leiser und mit einem Augenzwinkern: »Mensch, Sie haben ja doch ganz schön Power. Das gefällt mir!« Dann ließ sie sich in einen Stuhl plumpsen und seufzte tief.

Ihr Mann sagte, dass er mit den Nerven am Ende sei und keine Lust mehr habe. Sie könne gleich in der Firma bleiben und brauche gar nicht mehr nach Hause zu kommen. Die Tochter redete mit Engelszungen auf sie ein, dass sie in solcher Sorge sei, sie habe auch schon mit der

Ärztin telefoniert. Ihre Mutter könne jederzeit dort vorbeikommen. Frau X wirkte plötzlich erschöpft. Sie äußerte, dass es doch gar nicht so schlimm sei – lange nicht so schlimm wie früher mal – und dass sie nur gern das eben angefangene Projekt abschließen würde und dann ja Urlaub nehmen könne.

Jetzt stand ihr Mann auf und machte Anstalten, den Raum zu verlassen. Das habe alles keinen Zweck, er vergeude nur seine Zeit und seinetwegen könne sie machen, was sie wolle. Die Tochter kämpfte mit den Tränen und wir konnten den Mann bewegen, sich noch einmal kurz zu setzen. Danach entstand eine längere Pause, in der niemand etwas sagte.

Plötzlich willigte Frau X ruhig ein, mit der Tochter zu ihrer Ärztin zu gehen und diese um ihre Einschätzung zu fragen. Das ginge aber erst am nächsten Tag und jetzt wolle sie wirklich zurück in die Firma, auch, um dort ein paar Sachen zu sortieren, falls sie wirklich für ein paar Tage nicht dorthin gehen könne. Die Tochter forderte sie auf, ihr vor uns als Zeugen zu versprechen, dass sie sie morgen früh zur Ärztin fahren könnte. Wir boten ebenfalls unsere Begleitung an, Frau X lehnte aber ab. Dann stand sie auf, sichtlich ruhiger, hatte es aber eilig, unser Büro zu verlassen. Wir sicherten allen mit Nachdruck zu jeder Zeit unsere Unterstützung zu und baten vor allem die Tochter, sich bald wieder bei uns zu melden.

Das tat sie dann am nächsten Tag. Ihre Mutter hatte es sich anders überlegt, sie wolle mit dem Besuch bei der Ärztin nun doch noch ein paar Tage warten, meinte, sie hätte sich wieder beruhigt. Abends gab es in der Familie einen heftigen Streit. Herr X wollte seine Frau nicht in die Wohnung lassen, die Tochter bekam Angst, ihrer Mutter könne dann etwas passieren. Wir rieten der Tochter in einem zweiten Telefonat, weiter auf den sofortigen Termin bei der Ärztin zu bestehen. Der Ehemann ließ sich nur über ein neues Versprechen seiner Frau, diesen am nächsten Morgen wahrzunehmen, darauf ein, sie an diesem Abend in die Wohnung zu lassen.

Am nächsten Morgen ließ sich Frau X von ihrer Tochter zur Ärztin fahren, die ihr sofort die Einweisungspapiere ausstellte und ihr signalisierte, dass sie auf den »allerletzten Drücker« käme.

Auf dem Weg zur Klinik sprang Frau X an einer Ampel aus dem Auto ihrer Tochter. Diese meldete sich dann verzweifelt, ließ sich aber von unserer Einschätzung, ihre Mutter sei wahrscheinlich noch in einem Zustand, in dem ihr aktuell nichts passieren würde, ein wenig beruhigen.

Am Abend rief sie erneut an und klang erleichtert. Ihre Mutter hatte sich aus der Klinik gemeldet. Sie war am Nachmittag spontan in ein Taxi gestiegen und selbst dorthin gefahren.

Ein paar Tage später versuchten wir, mit Frau X in der Klinik Kontakt aufzunehmen, was sie aber ablehnte. Vier Wochen später bat sie um ein Treffen. Sie kam mit ihrer Tochter, die beiden brachten Blumen mit und bedankten sich von Herzen für unsere Unterstützung. Frau X hatte zehn Tage in der Klinik verbracht, dort wesentlich weniger Medikamente als in den Vorjahren bekommen und fühlte sich zwar noch erschöpft, aber in einem deutlich besseren Zustand als nach ihren früheren Krisen.

Wir waren sehr überrascht, hatten wir doch nicht den Eindruck gehabt, besonders erfolgreich tätig gewesen zu sein. Auf die Nachfrage, wie es ihr mit ihrem Mann ginge, äußerte Frau X, er habe sich in der Zwischenzeit wieder beruhigt und sei ebenfalls der Meinung, dass es diesmal entscheidend besser verlaufen war. Ein Gespräch mit ihm und auch der jüngeren Tochter lehnte sie erneut ab, sie könnten sich jetzt auch ohne uns zusammensetzen. Sie hatte aber den Wunsch, mit unserer Hilfe einen Plan aufzustellen, wie sie in Zukunft generell und frühzeitig Krisen vermeiden könnte und nahm zu diesem Anlass noch zwei weitere Termine mit uns wahr.

Fallbeispiel: Entscheidungsfindung und Netzwerkgespräche aus der Sicht eines Nutzers

Mein Name ist Klaus B., 58 Jahre alt, verheiratet, zwei erwachsene Söhne. Unsere Tochter erkrankte an Krebs und wir mussten sie leider im April 2017 im Alter von 30 Jahren hergeben. Ich bin ausgebildeter Maschinenbautechniker und habe bis zu meiner ersten Krise im Jahr 2001 als Konstrukteur und Projektbearbeiter im Maschinen- und Anlagenbau gearbeitet. Aufgrund der Erkrankung verlor ich meine Arbeitsstelle und arbeite seitdem als Bildungsbegleiter in einer Werkstatt für geistig behinderte Menschen. Nach meiner fünften Krise 2014 wurde ich durch meine Krankenkasse auf die »Integrierte Versorgung – NetzWerk psychische

Gesundheit« aufmerksam gemacht. Daraufhin nahm ich im Dezember 2015 Kontakt zu Ivita Koblenz auf. Dort lernte ich den Offenen Dialog kennen und schätzen.

In sechs von sieben Krisen wurde ich in den akuten Phasen zunächst in einer geschlossenen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses behandelt. Danach wurde und werde ich ambulant medizinisch und medikamentös betreut. Dies reicht nach meiner Überzeugung aber nicht aus, da ich davon überzeugt bin, dass meine eigentlichen Probleme in meinem Unterbewusstsein vergraben sind. Die Suche nach einem geeigneten Psychotherapeuten, der sich mit Psychosen auskennt und mit mir eine Therapie wagt, erwies sich als sehr schwierig.

Durch das Angebot des Offenen Dialogs eröffnete sich mir ein neuer und überaus wertvoller Umgang mit meinen Krisen. Meine bisherigen Erfahrungen und Erlebnisse konnte und kann ich hier offen und ohne Vorurteile mitteilen. Es wird nichts pathologisiert oder als verrückt abgetan. Im Gegenteil, man hört mir erstaunt und mit großem Interesse zu. Das Team behandelt mich nicht als einen kranken Menschen, sondern als ein Teammitglied. Sie geben mir das Gefühl, dass ich gemeinsam mit ihnen, meiner Familie und meinen Freunden einen Prozess durchlebe. Da ich selbst meine Krisen nie als Krankheit empfunden habe, sondern als meinen Weg ansehe, der zu meiner Weiterentwicklung gehört, ist diese Erfahrung sehr heilsam für mich. Durch regelmäßiges Treffen im Offenen Dialog entstand eine Vertrautheit.

In meinen bisherigen Krisen lernte ich die gesamte Kunst einer geschlossenen Abteilung kennen. Ich wurde durch Zwangsmedikation und Fixierung für mehrere Tage ruhiggestellt. Zum Beispiel erlebte ich bei der ersten Krise Folgendes: Ich wurde durch die heilige Inquisition der katholischen Kirche zum Tode verurteilt und als Hexe auf dem Scheiterhaufen verbrannt. Dabei erlebte ich die Schmerzen und die furchtbare Angst, als seien sie real. Ich wurde vom Jesus zum Teufel und musste für immer in der Hölle schmoren. Einmal erlebt, begleitet ein dieses Gefühl der Angst für immer. Ich fiel in ein schwarzes Loch. Kein Licht. Man kann es nicht erklären. Man kann es nur verstehen, wenn man es selbst erlebt hat. Unter dem Einfluss der Gewalt in der Psychiatrie erlebte ich die erste Krise als ein traumatisches Erlebnis. Aus diesen Gründen versuche ich bei einer sich anbahnenden Krise immer bis zum letzten Moment, den Weg in die Psychiatrie zu umgehen, denn ich habe eine Scheißangst davor.

Im Sommer 2016 bahnte sich eine neue Krise an. Wieder versuchte ich, die Krisensituation alleine in den Griff zu bekommen. Meiner Frau, die nach den vielen Jahren ein Gespür für sich anbahnende Krisen entwickelt hatte, entgingen die ersten Frühwarnzeichen natürlich nicht. Sie sprach mit mir über ihre Wahrnehmung und bat mich, doch bitte Kontakt mit ivita aufzunehmen. Ich versuchte, sie zu beruhigen, indem ich ihr sagte, es sei alles nicht so schlimm und wir bekämen das alles wieder hin.

Die Situation entspannte sich aber nicht, die Krise spitzte sich zu und entwickelte sich schließlich zu einem Konflikt zwischen mir, meiner Frau und meinen Kindern. Alle hatten Angst vor der Krise. Meine Frau kontaktierte daraufhin telefonisch das Krisenteam von ivita und bat sie um Hilfe. Das Krisenteam handelte sehr schnell. Zwei Mitarbeiter, die wir bereits vom Offenen Dialog her kannten, kamen noch am gleichen Tag zu uns nach Hause. Es begann zum ersten Mal ein Offener Dialog bei uns zu Hause und in einer bereits fortgeschrittenen Krisensituation.

Das Gespräch war für alle Beteiligten nicht einfach, denn ich war immer noch fest davon überzeugt, die Krise alleine und ohne Hilfe von außen bewältigen zu können. Schnell wurde deutlich, dass meine Frau an die Grenze ihrer Belastbarkeit gekommen war. Sie sah keine Möglichkeit mehr, die Krise allein zu begleiten. Daher war es ihr Wunsch, dass ich die Krisenwohnung von ivita aufsuchen möge. Es bedurfte viel Überredungskunst und eines gewissen Drucks. Schließlich willigte ich ein.

Die ersten Tage in der Krisenwohnung wirkten auf mich etwas entspannend, weil der Konflikt mit meiner Frau durch die räumliche Trennung entschärft wurde. Während meines Aufenthalts war immer ein Krisenbegleiter vor Ort. Ich wurde mit meinen Problemen und Ängsten nicht allein gelassen. Man hörte mir zu, wenn ich jemanden zum Reden brauchte. Ich konnte über die Dinge reden, die für mich in diesem Moment wichtig waren. Wir sprachen über Probleme in der Kindheit und der Pubertät, im Beruf und in der Partnerschaft oder auch über das Erleben von psychotischen Krisen. Wie war es in einer offenen Abteilung? Wie war es in einer geschlossenen Abteilung? Was könnte man verbessern, damit das Erleben nicht so traumatisch wird? Die Themen waren vielfältig.

Wenn ich Ruhe benötigte, zog sich der Krisenbegleiter diskret zurück und ich konnte mich meinem inneren Geschehen weiter hingeben. Als erschwerend kam hinzu, dass ich die Medikamente völlig abgesetzt hatte. Meine Frau hat mich aus Angst nicht mehr besucht. Die Situation spitzte sich weiter zu. Ich wurde in Koblenz auffällig, weil ich meine Sachen

verschenkte. Ich verteilte mein Geld und warf meine Bankkarten weg. Das Ordnungsamt griff mich auf. Ein erneuter Klinikaufenthalt wurde nötig. Ordnungsamt und der zu dieser Zeit anwesende Mitarbeiter der Krisenwohnung begleiteten mich. Mir war ein großes Anliegen, die Klinik in aufrechter Haltung zu betreten. Auf der geschlossenen Abteilung kommunizierte mein Begleiter den Pflegern und Ärzten, was für mich wichtig sei. Auf eine Zwangsmedikation und drohende Fixierung wurde verzichtet. Man begegnete mir mit Respekt und Achtsamkeit und ich konnte diese Krise ohne psychiatrische Gewalt und in meinem inneren Rhythmus durchleben.

Nach meiner Entlassung fanden weitere Netzwerkgespräche statt. Bei diesen Gesprächen bekam ich die Möglichkeit, meine Erlebnisse zu schildern, aber auch das gemeinsam Erlebte wurde besprochen und reflektiert. Mittlerweile habe ich einen Therapeuten gefunden, der es wagt, mich zu begleiten. In den ersten Sitzungen haben wir den Krisenplan, den wir bei ivita erstellt hatten, verfeinert und ausgebaut. Der Therapeut legt viel Wert auf ein Bewusstsein für Frühwarnzeichen, um eine Krise möglichst früh zu erkennen und gegebenenfalls abzuwenden.

Im Dezember 2017 kündigte sich eine weitere Krise an. Dank der vielen Netzwerkgespräche und durch eine gute therapeutische Begleitung waren alle gut vorbereitet und ich konnte meine Krise zum ersten Mal ohne Psychiatrie im Kreis der Familie durchleben. Diese Erfahrung war sehr wertvoll und heilsam für mich, weil ich meine Krise (Psychose) ohne die Eigendynamik einer (geschlossenen) psychiatrischen Abteilung durchleben konnte. Die Anwesenheit meiner Frau beruhigte mich sehr, weil das Gefühl, einsam und verlassen zu sein, keine Macht über mich hatte. Der Krisenprozess gestaltete sich sanfter, ohne zerstörerische Angst und somit heilsamer. Bei den letzten zwei Krisen habe ich zum ersten Mal wieder Licht im schwarzen Loch gesehen!

Nachtrag: Zurzeit befindet sich Herr B. nach eigenen Angaben in einem Prozess, den er für sich als Reflexion aller vergangenen, wichtigen Ereignisse bezeichnet. Er versucht, den Prozess mit Unterstützung seiner Angehörigen, seines Therapeuten und des ambulanten Teams (mit möglichst niedriger Medikation) zu bewältigen. Er möchte den Prozess langsam durchlaufen, damit er die psychotischen Inhalte besser kontrollieren und integrieren kann, bis sie verschwinden. Psychotische Inhalte erlebe er als eine Art Déjà-vu. Diese Inhalte können aus der Vergangenheit, Gegenwart, ja sogar aus der Zukunft kommen. Auch aus dem Reich der

Toten kämen Informationen. Inhalte aus vergangenen psychotischen Krisen kommen noch mal zum Vorschein, werden noch mal durchlebt und geben Sicherheit. Er sei im Moment in der Lage, das Ganze ohne Angst zu erleben. Er teilte uns mit, das müsse vorerst genügen, sonst verliere er die Kontrolle über den Prozess.

Fallbeispiel: Frühintervention durch Netzwerkgespräche

Herr M., 45 Jahre alt, in Ostdeutschland aufgewachsen, hat Gesellschafts- und Kommunikationswissenschaften studiert, arbeitet in einem Technologieunternehmen mit 40 Stunden pro Woche, ist verheiratet, hat eine Tochter im Grundschulalter.

Herr M. machte einen sehr geordneten und kontrollierten Eindruck. Er sprach ruhig und sachlich über seine Geschichte. Wenn er Gefühle beschrieb, wirkten die Schilderungen auffällig distanziert. Erst im Rahmen der späteren Krise sollten seine Gefühle auch im Kontakt spürbarer werden. Seine Frau hingegen machte einen emotional offeneren Eindruck, sprach lebhaft und mit spürbar innerer Beteiligung.

Vor der Geburt ihrer gemeinsamen Tochter, vor ca. zehn Jahren, habe er seine letzte große Krise gehabt. Währenddessen arbeitete er im Kulturbereich und studierte dazu parallel. Zu dieser Zeit habe seine Frau unter Ängsten und Depressionen gelitten. All das habe ihn überfordert.

Seine bisherigen Krisen waren vor allem psychotischer Art, er glaubte dann beispielsweise, dass er Proband eines groß angelegten Tests sei. Dabei habe er kommentierende Stimmen gehört und gesehen, wie andere Leute ihm vermeintlich die Zunge herausgestreckt hätten. Bisher seien diese Symptome im Rahmen von herausfordernden Arbeitssituationen entstanden.

Im Gespräch wurde deutlich, dass auch seine Frau eine eigene Krisengeschichte durchlebt hatte, bestimmt von depressiven Episoden und Ängsten wie z.B., dass ihrem Mann oder ihrer gemeinsamen Tochter etwas Schlimmes geschehen würde. Das schien auch Herrn M. zu belasten. Er wünschte sich auch für seine Frau professionelle Hilfe. Daraus entstand die Idee, seine Frau zu einem der nächsten Gespräche einzuladen. Er offenbarte uns auch, dass seine Frau sich trennen wolle, wenn

er sich bei einer erneuten Zuspitzung der Symptomatik nicht rechtzeitig Hilfe suche.

Unserem Angebot, zu Beginn unserer Arbeit gemeinsam seine Psychiaterin aufzusuchen, stimmte er mit großer Offenheit zu. Dort hielten wir fest, wer sich bei wem meldet, sollte es erste Anzeichen einer sich anbahnenden Krise geben. Zudem sprach Herr M. sich für einen uneingeschränkten Austausch zwischen der Psychiaterin und unserem ambulanten Krisenpräventions- und -begleitungsteam aus. Darüber hinaus äußerte Herr M. das Anliegen, in absehbarer Zeit das Neuroleptikum Amisulprid zu reduzieren, mit dem Ziel es ganz abzusetzen. In der Überlegung, wer ihn dabei am besten unterstützen könnte, beschlossen wir, dass dieses Vorhaben und dessen Umsetzung in einem gemeinsamen Gespräch mit ihm, seiner Ehefrau und uns als ambulante Begleiter bei einem der kommenden Termine beraten werden konnte. Im weiteren Verlauf der Begleitung nahm Herr M. von dem Reduktionswunsch vorerst Abstand.

In einer krisenhaften Situation im Dezember 2016 entschied sich Herr M. selbstständig, seine Medikation zu erhöhen. Und trotz allen zwischenmenschlichen Reibereien konnte er damit die Zuspitzung der Krise selbstständig ausbremsen.

Im folgenden Jahr wechselte Herr M. im Sommer noch einmal seine Arbeitsstelle. Er glaubte zwar, diese sei nicht gefährdet, konnte das aber nicht ausschließen. Mit seiner Frau wollte er nicht ausführlich darüber reden, da diese immer schnell in Angst geriete. Am Ende dieses Gesprächs gaben wir ihm die Rückmeldung, wie umsichtig, empathisch, auf sich achtend und voller Ressourcen Herr M. doch auf uns wirkte. Kurz vor Weihnachten planten wir, uns noch einmal zu sehen. Ende November jedoch bekamen wir einen Anruf von Herrn M. Er berichtete, eine veränderte Wirklichkeitswahrnehmung zu haben, seit Tagen schlechter zu schlafen und innere Stimmen zu hören. Am selben Tag sahen wir uns noch. Er brachte seine Frau mit.

Herr M. und seine Frau nahmen Platz, sie wirkten unruhiger als sonst. Seine Frau schilderte, dass er schon seit Tagen früher aufwache und verändert wirke. Sie könne das vor allem an seinem Blick sehen, dieser sei derzeit »durchlässiger«. Herrn M.s äußere Erscheinung war etwas weniger akkurat als üblich. Auch Herr M. selbst gab an, dass er seit ein paar Tagen schlechter schlafe, vor allem wache er immer wieder auf. Seine Frau korrigierte, dies sei schon länger der Fall. Auf die vorsichtige Frage unsererseits nach seiner veränderten Wahrnehmung ging er nur

wenig ein, später stellte sich heraus, dass er seine Frau nicht beunruhigen wollte. Wir rieten ihm zu Reizabschirmung und körperlicher Betätigung, ggf. Tagebuch schreiben, sofern ihn das entlasten würde. Außerdem gingen wir den Krisenplan mit ihm durch. Die Kollegin, die auch Erfahrungsexpertin ist, berichtete von der eigenen Psychoseerfahrung, welche Medikamente, welche Tätigkeiten und Reflexionen unterstützend für ihre Genesung gewesen waren.

Beide wirkten am Ende des Gesprächs beruhigt, dass sie bei uns eine Anlaufstelle hatten; nach dem Gespräch hatte Herr M. noch einen Termin in der PIA, wir empfahlen eine Verlängerung der bereits erfolgten einwöchigen Krankschreibung.

Am Folgetag sahen wir ihn noch einmal. Er wirkte etwas zerstreut. Er berichtete zwar ausführlich, wie es ihm ging, dass er weiterhin krankgeschrieben sei, jedoch schien eine gewisse Hemmung im Raum zu sein, was die Auskunft über die konkreten psychotischen Inhalte anging. Wir sprachen ihn darauf an, fragten, ob er darüber etwas berichten möchte. Er äußerte die Sorge, andere damit zu beunruhigen. Wir versicherten ihm mehrmals, dass die psychotischen Inhalte sehr wertvoll sein können und wir diese, so verstörend sie auch scheinen mögen, gerne hören würden. Daraufhin berichtete er uns von seiner veränderten Zeitwahrnehmung: die Zeit vergehe an verschiedenen Orten unterschiedlich schnell. Daher habe er heute auch das Gefühl gehabt, die Zeit spiele gegen ihn. Das mache ihm Angst. Zudem drängten sich immer wieder ihm bekannte Gesichter mit ausgestreckten Zungen auf, was er als äußerst unangenehm empfinde. Immer wieder identifiziere er vermeintlich ähnlich aussehende Menschen auf der Straße als Bekannte. Das Teilen der veränderten Wahrnehmung löste merklich die Spannung im Raum, wirkte verbindend und entängstigend.

Außerdem offenbarte er noch einmal seine Angst, dass seine Frau sich von ihm trennen würde, wenn er sich nicht hinreichend um seine Gesundheit kümmern würde. Wir boten ihm an, seine Frau und ggf. auch andere wichtige Personen zum nächsten Gespräch in drei Tagen einzuladen. Da er weiterhin unter Schlafstörungen litt, vereinbarten wir, dass er erneut seine Psychiaterin aufsucht, um ein Medikament zur Förderung des Schlafes zu bekommen.

Drei Tage später erschienen Herr M., seine Frau und sein Vater, der wegen der Krise angeereist war. Beide betonten noch einmal die Veränderung seines Blickes, wenn er »durchlässiger« werde. Der Vater

bezweifelte, dass sein Sohn uns die Inhalte seiner Psychose mitteile. Er würde davon ausgehen, dass das wichtig wäre. Herr M. beruhigte seinen Vater dahin gehend, er wisse die Gespräche mit uns auch dafür zu nutzen. Wir verabschiedeten uns mit der Vereinbarung, uns jederzeit im Sinne von Herrn M. auszutauschen, sobald auf einer Seite Grund zur Sorge bestehen würde.

Schließlich gelang es Herrn M., in vier Wochen durch regelmäßige Gespräche bei uns, durch die Krankschreibung und die vorübergehende Aufdosierung der Medikamente, die Psychose zu überwinden. Er betonte im Nachhinein, wie wichtig ihm die wöchentlichen Gespräche gewesen seien.

Im Januar des darauffolgenden Jahrs bahnte sich eine neue Krise an. Herr M. nahm am Wochenende Kontakt zur Krisenhotline auf, hatte seit einer Woche massive Schlafprobleme, auch die Bedarfsmedikation half nicht ausreichend. Zudem sei er von massiver Unruhe erfüllt, hinzu kämen Herzflattern und Appetitlosigkeit. Sein Zustand sei für seine Frau so belastend, dass diese schon in Tränen ausgebrochen sei.

Die Schlafprobleme ließen sich im weiteren Verlauf selbst unter einer Aufdosierung der Medikation und unter Zuhilfenahme eines Schlafmedikamentes sowie Methoden der Schlafhygiene nicht zufriedenstellend beheben. Die Situation belastete Herrn M. schwer, ließ ihn sogar verzweifeln. Der Druck auf ihn war spürbar groß: seine Frau erwartete, dass er (trotz Krankschreibung) abends nicht zu früh zu Bett gehe, nachts nicht zu unruhig sei, sich morgens um die Tochter kümmere, und tagsüber regelmäßig zum Sport gehe. Herr M. hatte die Vermutung, dass die Medikamente nicht die richtigen seien oder nicht ausreichen würden.

Das gemeinsame Arztgespräch an einem der nächsten Tage war für ihn insofern enttäuschend, dass die Ärztin an der Medikation nicht viel verändern wollte. Sie plädierte dafür, sich für die Genesung Zeit zu nehmen. Auf unsere Idee, das häusliche Umfeld für eine Weile zu verlassen, konnte er sich zu diesem Zeitpunkt noch nicht einlassen.

Es dauerte noch ein paar Tage, bis Herr M. sich angesichts des zunehmenden Leidensdrucks seiner Frau entschied, zu den Eltern zu fahren. Der Aufenthalt dort und die Aktivitäten mit seinen Eltern taten ihm gut und verbesserten seinen Schlaf. Wenige Wochen später entschied er, einen Teil seinesurlaubes erneut dort zu verbringen, bis er sich schließlich so weit erholte, dass er sich in seine vorherigen Alltagsstrukturen wieder einfinden konnte.

Literatur

- BONOLDI, I.; SIMEONE, E.; ROCCHETTI, M.; CODJOE, L.; ROSSI, G.; GAMBI, F.; BALOTTIN, U.; CAVERZASI, E.; POLITI, P.; FUSAR-POLI, P. (2013): Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: a meta-analysis of retrospective studies. *Psychiatry Res*, 210 (1), S. 8–15.
- GOOLISHIAN, H. A. (1987): Transkription einer Videoaufnahme eines Seminars in Bodø, Norwegen (Transkript auf Nachfrage beim Autor).
- MISIAK, B.; KREFFT, M.; BIELAWSKI, T.; MOUSTAFA, A. A.; SASIADEK, M. M.; FYDECKA, D. (2017): Toward a unified theory of childhood trauma and psychosis: A comprehensive review of epidemiological, clinical, neuropsychological and biological findings. *Neurosci Biobehav Rev*, 75, S. 393–406.
- MUSKETT, C. (2014): Trauma-informed care in inpatient mental health settings: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, S. 51–59.
- OLSON, M.; SEIKKULA, J.; ZIEDONIS, D. (2014): The key elements of dialogical practice in open dialogue: fidelity criteria. Verfügbar unter: www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/keyelementsVI.109022014.pdf (11.5.2019).
- PODVOLL, E. M. (2004): *Aus entrückten Welten. Psychosen verstehen und behandeln.* Kreuzlingen/München: Heinrich Hugendubel.
- SEIKKULA, J. (2008): Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *Journal of Family Therapy*, 30 (4), S. 478–491.
- SEIKKULA, J.; ALAKARE, B. (2015): Bedürfnisangepasste Behandlung und offener Dialog. *Psychotherapie im Dialog*, 16 (3), S. 28–33.