

Laienhilfe in der Psychiatrie

Ein Erfahrungsbericht aus existenzanalytischer Perspektive

Astrid Görtz

Astrid Görtz skizziert in diesem Artikel die Geschichte der Laienhilfe-Bewegung im deutschsprachigen Raum und berichtet anschließend über ihre eigenen Erfahrungen aus einem Jahr als Trainingshelferin bei pro-mente Wien. Existenzanalytische Überlegungen fließen dabei vor allem in Hinblick auf die Qualität der Beziehung zwischen Trainingshelfer und Betroffenen und ihrem Bezug zu den Grundmotivationen ein.

Zur geschichtlichen Entwicklung

Die Laienhilfe als notwendige Ergänzung zur professionellen Hilfe in der Psychiatrie existiert bereits über 100 Jahre. In der nationalsozialistischen Zeit erlitt die Bewegung einen schweren Einbruch. Danach dauerte es lange, bis sich Bürger wieder zu einem freiwilligen Einsatz auf diesem Gebiet bereit erklärten.

Eine Wende brachte die 68er-Zeit. Impulse kamen sowohl aus der Kirche als auch aus dem Umfeld der Sozialpsychiatrie. Bei der Psychiatrie-Enquete 1975 etablierten sich erstmals Gruppen, die in die Institutionen hineingingen und Langzeitpatienten aufsuchten. In den Gemeinden entstanden die ersten Kontaktgruppen. Es ging den Laienhelfern um gelebte Solidarität, partnerschaftliche Begegnung ohne den Anspruch einer Therapie, um Wiedereingliederung in die Gesellschaft durch den Abbau von Vorurteilen - insgesamt um einen „Normalisierungseffekt“.

Im Jahr 1975 wurde im Zuge der Psychiatriereform der Dachverband psychosozialer Hilfgemeinschaften gegründet, in welchem die Gruppen der „Profis“, der „Laien“, der Angehörigen sowie - last but not least - der Betroffenen

selbst vertreten sind. Es kam zum gemeinsamen Dialog in Form eines gegenseitigen Erfahrungsaustauschs sowie zur Erarbeitung politischer Positionen, die gegenüber den politischen Funktionären besser vertreten werden konnten.

Weiters formierten sich der Bundesverband der Angehörigen und der Bundesverband der Psychiatrie-Betroffenen in Deutschland. Darüber hinaus gründeten Psychiatrie-Erfahrene zahlreiche Selbsthilfegruppen.

Zur Aufgabenstellung

Inge Schöck, Begründerin der Bürgerhilfe Stuttgart, präsentierte anlässlich einer Tagung zur Sozialpsychiatrie¹ in einem Vortrag mit darauffolgendem Workshop ihre langjährigen Erfahrungen auf dem Gebiet der „Bürgerhilfe“, wie sie die Bewegung lieber nennt.

In ihrer Darstellung geht es neben persönlichem Kontakt und direkter Zuwendung in diesen Gruppen um gezieltes *Advocating* im Sinne einer *Lobby für die Betroffenen*. Bürgerhelfer sind gemeinsam mit den Psychiatrie-Erfahrenen, deren Angehörigen und ihren professionellen Helfern im sozialpolitischen Raum vertreten - im Bundesland Baden-Württemberg etwa in Form des Landesarbeitskreises, welcher ein Fachgremium darstellt, in dem auch Vertreter der Krankenkassen sowie Gesundheitspolitiker sitzen. Auf kommunaler Ebene gibt es die sogenannten Psychiatrie-Arbeitskreise, v.a. in großen Städten wie Stuttgart und Tübingen. Diese Gremien konnten bereits wichtige Anliegen durchsetzen. Als beispielsweise die Stadt Stuttgart mit Finanzkürzungen drohte, konnten diese durch Vorsprachen bei den verschiedenen Gemeinderatsfraktionen verhindert werden.

Hauptanliegen der Bewegung sind Vernetzung und damit verbundene Qualitätssicherung der Betreuung psychisch Kranker auf kommunaler Ebene mit dem Ziel, Vorurteile abzubauen. Schöck bezeichnet psychische Krankheit

¹ Frau Schöck hielt bei der Tagung „30 Jahre pro-mente Wien“ im November 1995 einen Vortrag zur Bürgerhilfe-Bewegung in Deutschland mit anschließendem Workshop

als ein Handicap in dreifacher Hinsicht: erstens das Leiden, welches von den psychiatrischen Symptomen herrührt (Angstgefühle, Denkstörungen, Wahrnehmungsveränderungen etc.), zweitens die Stigmatisierung und drittens die Isolation der Betroffenen, um einer Stigmatisierung zu entgehen. Gerade der letzte Bereich kann nicht durch Fachleute aufgefangen werden. Vielmehr geht es aus Sicht der Bürgerhelfer darum, den Fachleuten Kompetenz zu vermitteln, was Kontaktaufbau und -pflege betrifft.

Konkret beziehen sich die Aufgaben der Bürgerhilfe-Bewegung vor allem auf die gemeinsame Freizeitgestaltung und ein vorurteilsfreies Kontaktangebot. Die Bürgerhelfer sehen sich als Teil der „Gemeindepsychiatrie“. Es geht ihnen insgesamt um die Wahrnehmung gesellschaftspolitischer Verantwortung.

Nach Inge Schöck sehen die Bürgerhelfer ihre Arbeit unter folgenden Aspekten:

- 1) Angestrebt wird ein Kontaktaufbau über längere Zeit, mit partnerschaftlichem Umgang sowie Präsenz und Begleitung im Alltag. Dabei soll Hilfe nicht aufgedrängt werden.
- 2) Die Bildung von Kontaktgruppen steht im Vordergrund - in Form gemeinsamer Freizeitgruppen und Gesprächsgruppen, Veranstaltung von Club-Urlaubs, aber auch Begleitung von einzelnen Personen bei Behördengängen, Hilfe beim Wohnungseinrichten etc. - all das mit dem Ziel gesteigerter Lebensqualität für das Leben in der Gemeinde.
Für Personen im stationären Bereich stellen die Kontakte eine Brücke nach außen dar.
- 3) Die persönlichen Kontakte, die sich über längere Zeiträume zu Freundschaften entwickeln können, sind zeitlich nicht limitiert. *Zeit haben* und *Zeit lassen* sind wichtige Grundhaltungen. Krisen werden gemeinsam durchgestanden und die Beziehungen dadurch gefestigt.
- 4) Die Kompetenz der Bürgerhelfer ist eigenständig und unabhängig. Diese verstehen sich nicht als „Mini-Therapeuten“, sondern eher als Pioniere auf ihrem Gebiet. Anstelle von therapeutischem Fachwissen vertreten sie die Grundsätze *Toleranz, Interesse, Sympathie und Vertrauen*.
- 5) Die Bürgerhelfer wissen jedoch auch um ihre Grenzen.
- 6) Das Ziel ist ein normaler Umgang mit ihrem als Partner empfundenen Gegenüber.

Die persönliche Motivation eines Bürgerhelfers sollte keinesfalls in Aufopferung bestehen, sondern eher in dem Bedürfnis, den eigenen Horizont zu erweitern. Ein Bürgerhelfer wird in seiner Persönlichkeit und Wahrhaftigkeit gefordert, gibt Zuwendung, erhält aber auch solche. Damit praktizieren Bürgerhelfer das mancherorts gepriesene Ideal der „Zivilgesellschaft“. In der Begegnung mit grenzüberschreitendem Verhalten lernen sie eigene, persönlich und gesellschaftlich eingefahrene Gleise kennen und werden auf diese Weise ermutigt, über eigene Grenzen hinauszusehen.

Eigene Erfahrungen bei pro-mente Wien

Im Zuge meiner eigenen Erfahrungen mit dem Projekt Trainigshilfe bei pro-mente Wien erlebte ich weniger den politischen Anspruch der Laienhelfer als die stärkere Betonung der Begegnung und des Kontaktes.

Die LaienhelferInnen, die ich in meiner Supervisionsgruppe kennenlernte, waren durchwegs unerfahren im Umgang mit Betroffenen. Die meisten standen erst am Beginn einer therapeutischen Ausbildung, ohne noch mit Theorien über psychische Erkrankungen vertraut zu sein. Ich selbst hatte ebenfalls noch kaum Berührungspunkte mit dem Thema Psychiatrie, außer weniger Stunden einführender Lehrveranstaltungen im Rahmen meines Psychologie-Studiums, innerhalb derer auch der eine oder andere Patient vorgestellt worden war. Allerdings befand ich mich zum Zeitpunkt meines Praktikums bereits am Ende der theoretischen Ausbildung zur existenzanalytischen Psychotherapeutin.

Die Kontaktabbahnung mit „meiner Patientin“, Frau D., gestaltete sich vorsichtig-abtastend von beiden Seiten. Das Erstgespräch fand gemeinsam mit einer Ergotherapeutin statt. Davor hatten mich die Ärztin der Station, auf der Frau D. als Tagespatientin betreut wurde, und die Ergotherapeutin gemeinsam über einige Charakteristika im Verhalten von Frau D. aufmerksam gemacht und mir gleichzeitig einige Ratschläge über den passenden Umgang damit gegeben.

Die Geschichte einer Begegnung

Als mir Frau D. zum ersten Mal begegnete, überraschte mich der Anblick einer sehr zarten, unsicher wirkenden Person, die am Ende unseres Dreiergesprächs zaghaft, aber doch einwilligte, mit mir einmal wöchentlich einen Spaziergang zu unternehmen.

Wir trafen uns an einem Samstag. Ich holte sie in ihrer Wohnung ab. Bis sie mich einließ, dauerte es eine Weile, da sie die Tür nicht öffnen konnte. Ich versuchte, ihr von draußen zu versichern, daß es ihr gelingen würde, wenn sie es nur weiter probieren würde. Die Szene an der Türschwelle wiederholte sich anfangs bei jedem meiner Besuche, doch ging es von Mal zu Mal leichter, je vertrauter wir uns wurden.

Unser erster Spaziergang gestaltete sich ziemlich mühsam. Frau D. blieb nahezu nach jedem dritten oder vierten Schritt stehen, klagte über Schmerzen in den Beinen und im Körper, blickte Passanten mißtrauisch an und meinte, diese seien Henker. Ich übte mich - entsprechend den Anweisungen der Ärztin und der Ergotherapeutin - in Geduld, redete Frau D. gut zu, daß sie es schon schaffen würde, daß da nicht wirklich Henker seien, und versuchte ihre Aufmerksamkeit auf unser Vorhaben zu lenken - unseren ge-

planten Einkauf, die Schaufenster auf unserer Straßenseite, Aus existenzanalytischer Sicht würde ich heute sagen, ich übte mit Frau D. Selbsttranszendenz - ein Einlassen auf die Welt außerhalb ihrer inneren psychischen Realität -, um sie damit zur Selbstdistanzierung - insbesondere auf Distanz zu ihren Ängsten - zu bringen.

Auf der Kontaktebene ging es Frau D. aus meiner Sicht in dieser ersten Zeit um die Prüfung der Tragfähigkeit unserer Beziehung. Wie weit würde ich ihre für mich nicht nachvollziehbaren Wahrnehmungen (Stimmen, die sie hörte, Körperempfindungen, die keinen für mich nachvollziehbaren körperlichen Grund hatten), die von ihr geäußerten Ängste, Befürchtungen und die Blockaden in ihrem Verhalten aushalten? Ich war fest entschlossen, mich nicht irritieren zu lassen und offen zu sein für alles, was kommt.

Auf der anderen Seite lernte ich echtes Nicht-Können zu unterscheiden von Versuchen, mich zu Hilfeleistungen zu bringen, die nicht wirklich notwendig waren, und mich dementsprechend abzugrenzen.

Frau D. bat mich anfangs sehr oft, ihr kleine Tätigkeiten, wie etwa Schuhe binden, abzunehmen. Bei unserem dritten Treffen wagte ich es erstmals, ihr diesen Wunsch auszuschlagen mit dem Hinweis, daß sie es selbst könne. Der Ärger, der daraufhin spürbar wurde, ließ sich abfangen, indem ich ihre Emotion und den Grund dafür, wie ich ihn wahrnahm, verbalisierte. („Sie sind jetzt ärgerlich, weil ich Ihnen die Schuhe nicht zugebunden habe.“) Auf diese Weise konnten später viele Situationen überbrückt werden, wo kleine Auslöser eine unverhältnismäßig starke Emotion nach sich zogen. Dies war nur möglich durch ein empathisches Mitschwingen mit dem, was Frau D. gerade erlebte. Beim gemeinsamen Erleben von Alltagssituationen empfand ich das als weniger schwierig als bei Erzählungen über Erlebnisse, bei denen ich nicht dabei war. Es brauchte eine gewisse Zeit, bis ich die Beziehungen zu Verwandten, Bekannten, Ärzten und anderen Patienten aus meiner eigenen Perspektive einschätzen konnte, ohne gleichzeitig aus dem Auge zu verlieren, wie Frau D. sie erlebte. Das Einüben dieses Perspektivenwechsels meinerseits erscheint mir als weiteres Charakteristikum unserer Beziehung. Ich sah meine Aufgabe in erster Linie darin, Frau D. zu ihrer Sichtweise noch eine weitere - nämlich meine persönliche - anzubieten, die weniger bedrohliche oder verärgende Schlußfolgerungen über die Welt und vor allem über andere Menschen nach sich zog. Auch dabei ging es um das Einüben von Selbstdistanzierung. Voraussetzung dafür, daß sie meinen Blickwinkel annehmen konnte, war natürlich, daß ich authentisch blieb, d.h. ihr nicht abgeklärte „Weisheiten“ oder gar maßregelnde Ratschläge erteilte, sondern einfach aus meiner eigenen Erfahrung berichtete. Im Gegensatz zu einer therapeutischen Beziehung war es ja möglich, ihr auch Geschichten aus meinem Leben zu erzählen, über eigene Schwierigkeiten, aber auch wie ich damit umzugehen versuche.

Eine wichtige Grundhaltung im Kontakt mit Frau D. war Aufmerksamkeit nach innen wie nach außen. Ich versuchte, meine Sinne soweit zu „schärfen“, um auch die

feinen Nuancen an Stimmungen und Einflüssen wahrzunehmen, die in der Situation enthalten waren - sei es im Supermarkt, wenn die Kassiererin „grantig“ schaute, oder wenn sich Passanten im Vorübergehen laut unterhielten - und jederzeit damit zu rechnen, daß Frau D. diese Nuancen registrierte und sich davon verunsichern ließ. Je länger ich sie kannte, desto mehr Erfahrung gewann ich darin, welche Stimmungen sie besonders verunsicherten. Die Aufmerksamkeit nach innen bezog sich darauf, mit meinen eigenen Gefühlen im engen Kontakt zu bleiben, um in meiner Rückmeldung möglichst authentisch zu sein.

Mit der Zeit besserten sich viele der „Symptome“ im Verhalten von Frau D.. Die Ängste nahmen in meiner Gegenwart ab, wir erlebten zunehmende Vertrautheit im Umgang miteinander und konnten auch miteinander scherzen. Unsere Begegnungen waren mit der Zeit durch gewisse Rituale geprägt - Kaffeehausbesuche, Einkäufe in bestimmten Geschäften, Gespräche über bestimmte Personen, etc.. Dies festigte das Gefühl von Verlässlichkeit und Vertrautheit.

Zwischendurch gab es Krisen und Zeiten, in denen es Frau D. schlechter ging. Die Nähe blieb aber auch in diesen Zeiten erhalten. An einem Samstag war Frau D. in einem besonders schlechten Zustand. Bereits als sie die Tür öffnete, fiel mir auf, daß sie mich nicht wie sonst begrüßte. Wortlos setzten wir uns. Dann sagte sie nur: „Ich kann seit Tagen gar nichts mehr reden.“ Sie erzählte noch kurz, daß sie seit Tagen nur noch die Stimme ihres Vaters hörte „hängen, zerteilen, umbringen“. Auch sonst hörte sie diese Stimmen, aber diesmal kam es mir besonders massiv vor. An anderen Tagen hätte ich versucht, Frau D. abzulenken auf gemeinsame Aktivitäten, mit ihr über den Alltag zu plaudern oder ähnliches. Das war diesmal nicht möglich. Als ich wenige Sätze gesprochen hatte, herrschte sie mich an, den Mund zu halten. Nach einigen weiteren Versuchen zu sprechen, worauf sie jedesmal mit Worten wie „Ich bitte Sie, sagen’S jetzt nix. Das tut so weh!“ reagierte, ließ ich es und blieb schweigend ihr gegenüber sitzen. Im Schweigen konnte ich ihre Stimmung aufnehmen. Ich spürte eine ungeheure Schwere und Traurigkeit. Nach einiger Zeit brach es dann aus ihr heraus, all die Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung über ihre Krankheit, wie schwer es ist, damit zu leben, nichts allein tun zu können, ständig die Stimmen zu hören. Sie weinte. Sie sagte „Ich mag nicht weinen.“ Ganz leise flüsterte ich: „Weinen Sie ruhig.“ Dann kam ein lauter, verzweifelter Satz: „Ich mag mich aussprechen!“ Wiederum ganz leise sagte ich: „Sprechen Sie ruhig, ich höre heute nur zu und sage kein Wort.“ Dann begann sie lang zu erzählen, über ihre Krankheit, über frühere schlimme Phasen, als sie kein Wort sprechen konnte, als sie eine Katatonie hatte. Sie sprach auch über ihren Bruder, ihre Hilflosigkeit, weil sie ihm gerne schreiben wollte, aber nicht konnte. In der Zwischenzeit kochte ich Kaffee, während sie weitersprach. Sie fragte mich dabei, ob ich Hilfe bräuchte - daran merkte ich, daß sie wieder ein wenig aufgetaucht war aus der Schwere und Bedrückt-heit ihres inneren Erlebens. Dennoch ließ ich sie weiter

sprechen, beschränkte mich auf Kopfnicken und inneres Mitgehen. Mein Eindruck war, sie konnte sich diesmal so richtig alles von der Seele reden. Nach einiger Zeit war nur noch wenig Wut und Ärger spürbar, ihre Stimmung wurde leichter und freier. Schließlich war es doch noch möglich, miteinander aus dem Haus zu gehen und einen kleinen Spaziergang zu machen.

Dieses Erlebnis zeigte mir deutlich, wie heilsam eine Beziehung sein kann - auch wenn sie sich auf Dasein und aufmerksames Zuhören beschränkt. Dies um so mehr, als mich die Ärztin vor dem Erstgespräch darauf aufmerksam gemacht hatte, daß von Frau D. keine Schilderungen aus ihrer eigenen Lebensgeschichte zu erwarten wären, weil sie darüber einfach nichts erzähle. An diesem Samstag hatte ich einen Menschen erlebt, der einen reichen Erfahrungsschatz in sich trug. Dies war aber vielleicht mit so viel Schmerz verbunden, daß sich darüber kaum sprechen ließ. Mich erstaunte auch die Distanz zu ihrer Erkrankung, die in ihrem Sprechen über das Leiden an der Krankheit und das Ertragen der physischen und psychischen Schmerzen zum Ausdruck kam. Darin wurden Einstellungswerte spürbar, die in späteren Gesprächen immer wieder indirekt Thema wurden.

Ich glaube, daß die geschilderte Begebenheit für die Beziehung zwischen Frau D. und mir sehr prägend war. Der Zusammenhalt der Realität, der im psychotischen Erleben verlorenzugehen droht, war durch unsere Beziehung wieder spürbar geworden. Gleichzeitig waren auch Wärme und Zuwendung erlebbar geworden, was schließlich eine Wende im Sprechen *über* die Krankheit und den Umgang *mit* ihr ermöglichte.

Je besser es Frau D. ging, desto unbeschwerter wurden die Gespräche für mich, da ich mich mit der Zeit darauf verlassen konnte, daß Frau D. Mißverständnisse aushalten konnte - wenn ich einmal weniger aufmerksam war und Dinge übersah, die sie verletzten. Ich konnte mich mehr und mehr als „Alltagsmensch“ zeigen, mit eigenen „Makken“ und weniger als Helferin, die ich natürlich - auch ohne therapeutischen Anspruch - die ganze Zeit blieb.

Die Erfahrung mit Frau D. war sehr bereichernd, der „Blick über die Grenze“ erschütterte und erstaunte mich zugleich, machte das Anders-Sein deutlich, das den Einzelnen, letztlich jeden Menschen, vom Rest der Welt trennt. Dennoch - und das war die entscheidende Erfahrung - gibt es Verbindendes in der Begegnung, im Miteinander-Sein, im gemeinsam erlebten Alltag.

Am Ende des Trainingshilfe-Jahres empfand ich Frau D. nicht mehr als Patientin, sondern eher wie eine Bekannte, mit der ich bestimmte Dinge unternehmen und über bestimmte Themen plaudern konnte. Auch heute noch (nach einem weiteren Jahr) sind wir miteinander in losem Kontakt, treffen uns zu Geburtstagen oder anderen Anlässen.

Psychiatrie-Erfahrene gerade durch den unvoreingenommenen Zugang des Laienhelfers zu seinem „Patienten“, daß vieles möglich ist, wenn ein anderer ganz ohne therapeutischen Anspruch einfach da ist, begleitet und Halt gibt (1. Ebene der Grundmotivationen: Seinsgrund). Die geteilte Erfahrung vermittelt so den Zusammenhalt, der in der Psychose verlorengeht oder verlorenzugehen droht.

Die Voraussetzung auf der Seite des Laienhelfers sind meiner Erfahrung nach und auch nach Ansicht von Inge Schöck:

Geduld: Man sollte sich nichts Spektakuläres erwarten - Veränderungen zeigen sich langfristig.

Offenheit für das Fremde: Mit der Zeit wird dahinter Vertrautes spürbar.

Authentizität: Psychisch Betroffene sind besonders empfindsam für alles Unechte, Gemachte, Inauthentische.

Gespür: Jede/r von uns hat ein Gespür dafür, was gut tut und was not-tut. Wichtig ist es, mit diesem Gespür in Kontakt zu bleiben.

Austausch mit anderen Laienhelfern, um die eigene Unsicherheit aushalten und von den Erfahrungen der anderen lernen zu können (auf Tagungen und eigenen Treffen, z.B. in Supervisionsgruppen).

Existenzanalytisch gesehen findet die Beziehung primär auf der 1. Ebene der Grundmotivationen statt (Vermittlung von Halt durch Dasein, Bei-Sein). Wenn die erste Ebene stabil und verlässlich ist, entwickelt sich mit der Zeit auch Wärme in der Begegnung, Wertschätzung, Zuwendung von beiden Seiten (2. Ebene der Grundmotivationen: „Es tut gut, wenn wir zusammen sind.“). Als besonders bereichernd erlebte ich, daß sich in der Beziehung mit Frau D. mit der Zeit auch die Ebene 3 (Selbstwert, So-Sein-Dürfen) stärker ausprägte. Ich lernte Frau D. über ihre Symptome hinaus mehr und mehr in ihrer individuellen Eigenart kennen, als sehr empfindsame Person mit ausgeprägtem Sinn für Ästhetik (sie arbeitete in ihrer Jugend als Grafikerin), gleichzeitig mit originellen, für mich oft sehr witzigen Gedankengängen und Ideen. Wir konnten über Dinge gemeinsam lachen, die andere Bekannte von mir wahrscheinlich als überdreht empfunden hätten, zwischen Frau D. und mir aber als ganz normal empfunden wurden. Weil die Beziehung auf den beiden unteren Ebenen stabil war, konnten die Grenzen von „normal“ und „ver-rückt“ da und dort gelockert werden, konnten Doppeldeutigkeiten im Sinn von Worten oder Begebenheiten im gemeinsamen Scherzen genußvoll ausgekostet werden. Diese Qualität bleibt für mich einzigartig für unseren Kontakt.

Ich möchte keines der Erlebnisse mit Frau D. missen.

Schlußfolgerungen

Möglicherweise erlebte Frau D. und erleben auch andere

Anschrift der Verfasserin
Mag. Astrid Görtz
Theophil Hansen Gasse 7/1/3
1230 Wien