

Partnerschaftliches Handeln und Gemeindenaher Praxis*

Meine deutsch-polnische Partnerschaft begann im Jahre 1989. Nicht ohne Bedeutung ist, dass eine Gruppe aus Mönchengladbach mit Ralf Seidel traf, gleich nach einem einjährigen Aufenthalt in Italien, wo ich die italienische Reform kennen lernte, zehn Jahre nach der Einführung des Basaglia-Rechts. Bei der Betrachtung der psychiatrischen Behandlung in Italien, hatte ich das Gefühl, dass „die Welt auf dem Kopf steht“. In Polen praktizierte ich Hausbehandlung. Das war eine marginale Form, so dass man sie für das Experiment einer Gruppe von Verrückten halten konnte, die meinte, „eine Klinik zu Hause“ führen zu können. In Italien war eine gemeindenahere Behandlung die Regel, große Kliniken gab es seit Langem nicht mehr und es wurde diskutiert, ob man nicht in manchen Regionen „experimentell“ ein Krankenhaus einführen sollte.

Damals, 1989, nahm ich in Italien an den ersten polnischen freien Wahlen seit dem Krieg teil. Es stellte sich heraus, dass ein Wechsel möglich war und dass die polnische Gesellschaft im Gefühl der Freiheit und Omnipotenz lebte. Im psychiatrischen Bereich führten die politischen Veränderungen zum Inkrafttreten des Gesetzes zum Schutz der psychiatrischen Gesundheit. Die Mitarbeiter der gemeindenaheren Psychiatrie glaubten, dass Veränderungen in Reichweite seien. Schließlich schien die Befreiung der Patienten

aus den Kliniken leicht zu erreichen zu sein, nachdem wir uns sogar vom Kommunismus hatten befreien können.

Ich glaubte an die Möglichkeit einer schnellen Veränderung auch noch 1998, als ich über das Wunder der Transformation schrieb: „1994 war ich in Mönchengladbach, im Rahmen einer deutsch-polnischen Partnerschaft. Ich sah Häuser, die denen in Italien ähnlich waren (...). Damals betrachtete ich die Erfahrungen in Mönchengladbach anders als früher die italienischen. Nach den politischen und wirtschaftlichen Veränderungen in Polen nach 1989 – 1990 waren das Sozialhilfegesetz und 1994 das Gesetz zum Schutz der psychiatrischen Gesundheit in Kraft getreten. Beide ließen glauben, dass es möglich sei, ähnliche Strukturen im Rahmen der polnischen Psychiatrie zu schaffen“ (Prot – Herczyńska 1998).

Damals trug die deutsch-polnische Zusammenarbeit mit dazu bei, dass es für uns in Polen möglich wurde, verschiedene Formen der gemeindenaheren Behandlung in der Praxis zu sehen. Sie ersetzten zwar nicht völlig das Krankenhaus, ermöglichten aber vielen Kranken ein Leben außerhalb einer Institution. Sehr wichtig war dabei die Teilnahme von Personen aus unterschiedlichen Berufen, und nicht so, wie früher auf wissenschaftlichen Konferenzen üblich, ausschließlich von Ärzten und Psychologen. An der Zusammenarbeit nahmen Krankenschwestern, Sozialarbeiter und - sehr wichtig – auch Patienten teil.

*XXI DPGfSG Symposium, Paderborn 2010

Das durchbrach die für die Krankenhäuser typische „totale“ Goffman-Pyramide (Goffman 1961), an deren Spitze die Ärzte ganz oben stehen und ganz unten die Patienten. Krankenschwestern und Sozialarbeiter konnten sich überzeugen, dass Sie nicht nur eine Hilfsrolle dem Arzt gegenüber spielen, sondern dass sie gleichwertige Mitglieder des Behandlungsteams waren.

Ein sehr interessanter Teil der Zusammenarbeit waren die gemeinsamen Besuche der polnischen und deutschen Patienten. Sie zeigten, ähnlich wie die ganze Zusammenarbeit, dass eine gemeinsame Sprache nicht nötig ist, um einander zu verstehen. Aus meiner Sicht würde ich die erste „enthusiastische“ Etappe der Zusammenarbeit als eine Verbreitung des Denkens in gemeindenahen Kategorien bezeichnen, mit dem Kennenlernen der Idee der Deinstitutionalisierung und dem Perspektivenwechsel der Rolle des „mittleren Personals“.

Auf politisch-sozialem Boden kam nach der Zeit der „Verzauberung“, dass nämlich die polnische Revolution von 1989 die Idee der Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit realisieren würde (wie bei jeder Gruppendynamik), die Zeit der „Enttäuschung“ (Agazarian 1981). Ähnlich zeigten sich die Ideen auf psychiatrischem Gebiet als nicht einfach zu realisieren und in der psychiatrischen Behandlung veränderte sich im Prinzip nichts im Vergleich zu der Zeit vor 1989. Die Einführung eines neuen Finanzierungssystems im Gesundheitswesen trug zur Unterordnung der Behandlung unter die Idee der „Rentabilität“ bei. Ein Patient „soll“ einige Tage im Krankenhaus verbleiben oder eine gewisse Zahl von Arztterminen wahrnehmen, damit die ihn behandelnde Institution eine Kostenrückerstattung bekommen kann, um sich finanzieren zu können. Eine interessante Erscheinung war die Verlagerung der gemeindenahen Betreuung auf das Gebiet der Sozialhilfe. Auf Grund der elastischen Kostenkalkulation und der Verfügbarkeit von größeren Mitteln wurden die Sozialhilfeinstitutionen somit zum

Ort, an dem die gemeindenahen Psychiatrie realisiert wird.

Im Gesundheitswesen dominiert weiterhin ein krankenzentriertes Modell. Ein regionales Dienstleistungsprinzip und eine bestimmte Zahl der vertraglichen Dienstleistungen wurden abgeschafft, infolgedessen ist der Zugang zur ambulanten Betreuung in manchen Regionen geringer geworden als vor der Einführung des Systemwechsels.

Die wirtschaftliche Entwicklung und die Finanzierungsveränderungen boten eine Chance, neue, von der staatlichen Finanzierung unabhängige Institutionen zu schaffen. Sie verursachten aber auch die Abschaffung von unrentablen Behindertengenossenschaften. Zur Antriebskraft der polnischen Psychiatrie werden mittlerweile - außer den Sozialhilfeinstitutionen - die außerstaatlichen Organisationen. Unterstützt von diesen Organisationen entwickelt sich die krankenzentrierte Psychiatrie. Angesichts der Unzugänglichkeit der Behandlungsanstalten versuchen diese Organisationen oft auf verschiedene Art und Weise ihren Mitgliedern/ Schutzbefohlenen eine Behandlung zu sichern, die nicht aus dem Nationalen Gesundheitsfondus finanziert wird.

In dieser sozialen Situation entstand 2006 ein Nationales Programm zum Schutz der Psychischen Gesundheit. Sein Hauptziel ist die Veränderung der polnischen Psychiatrie von einer institutionellen zu einer gemeindenahen. Bei der Entwicklung des Programms und vor allem beim Nachdenken über seine rechtliche Form stützten wir uns auf die Erfahrungen unserer deutschen Kollegen. Gemäß ihrem Rat brachten wir die Abstimmung über das Programm ins Parlament auf den Weg, als Anhang zum Psychiatriegesetz. So gaben wir ihm den höchsten rechtlichen Rang. Aktuell wird diskutiert, wie das Nationale Programm finanziert werden soll.

Die Psychiatriereform soll einen gemeinde- und kreisnahen Charakter haben. Die Gemeinde soll eine Gruppe zum Schutz der psychischen Gesundheit ins Leben rufen und soll die lokalen Bedürfnisse bestimmen und

die Umsetzung der Aufgaben des Nationalen Programms überwachen. Die basale Organisationsstruktur gemäß dem Programm wird das Zentrum für psychische Gesundheit, das die psychiatrische Betreuung auf einem Gebiet mit ca. 50 000 Bewohnern sicherstellt. Das Zentrum besteht aus einem Verbund von Krankenhaus-, Tagesstätten-, Haus- und ambulanter Betreuung. Ein wichtiges Element ist die Sicherstellung der Koordination der Aktivitäten innerhalb des Zentrums mit anderen im der psychischen Gesundheit tätigen Einrichtungen. In der jetzigen Situation, in der die Einrichtungen verstreut sind und sich in der Art und Weise der Verwaltungsstruktur und Finanzierung unterscheiden, wird das Thema der Zusammenarbeit besonders aktuell.

Ein wichtiger Bereich innerhalb des Programms ist die Ermöglichung von Berufstätigkeit für psychisch Kranke. Nach Zygmunt Bauman (2004) ist das Grundmerkmal der Ausgeschlossenheit aus der Gesellschaft für die Ausgeschlossenen der Entzug von Arbeitsmöglichkeiten. Die Psychiatrie - Erfahrenen selber heben die Rolle der Arbeit für ihre Genesung hervor: „Für einen psychisch kranken Menschen ist die Arbeit nicht nur die Chance, seine materielle Situation zu verbessern, sondern auch die beste Rehabilitation. Das ist die beste Methode gegen lange Remissionszeiten, der beste Schutz vor Hospitalisierung oder dem Rückzug ins Haus, oft ist es der Weg zur vollständigen Genesung sowie die Chance, die eigene Würde zu bewahren“ (Biernacka 2005). Den Bedürfnissen entgegen kommt das Krakauer Modell einer sozial-beruflichen Rehabilitation.

Deren weitere Etappen sind (Cechnicki, Kaszyński 2005):

- Beschäftigungstherapie
- Werkstätten der Beschäftigungstherapie
- Geschützte Arbeitsplätze bei einer gemeinnützigen Firma
 - Betrieb zur Berufsaktivierung
 - unterstützte Arbeitsplätze auf dem geschützten und offenen Arbeitsmarkt.

Jahrelange lokale Arbeitserfahrungen mit den Patienten zeigen, wie schwierig

der Übergang zur Etappe des offenen Arbeitsmarktes ist. Die Gründe dafür scheinen komplex zu sein – einerseits die Angst der Kranken, andererseits Prozesse des Ausschließens und der Stigmatisierung (Janik et al). Man kann also sagen, dass der folgende Schritt der polnisch-deutschen gemeindenahen Zusammenarbeit weitere Gespräche über konkrete Lösungen sind, die sowohl lokalen als auch polenweiten Charakter haben, die das Programm betreffen.

In unserer neuen Zusammenarbeit mit der Pinel GmbH in Berlin begannen wir, die Idee des „Psychoseminars“ in Polen bekannt zu machen (Scattergood et al. 2010). Das Ergebnis der Zusammenarbeit ist ein Seminar, das seit zwei Jahren im Trialog geführt wird: Patienten, Familien, Professionelle, sowie die Verbreitung der Idee in Polen in Form von Kursen und Konferenzen. Eine besonders wichtige Hilfe beim Vorführen, was das Seminar genau ist, ist ein Film von Kollegen aus Berlin. Ein Schlüsselwort ist: „lernen, gemeinsam zu sprechen“, besonders von den Veränderungen, die uns erwarten. Es ist wichtig, dass sich nicht nur die Professionellen mit der Realisation des nationalen Programms beschäftigen, sondern dass auch die Stimme der Patienten/Nutzer und ihrer Familien gehört wird. Das erfordert nicht nur rechtliche Vorschriften, sondern auch eine Veränderung im psychiatrischen Denken.

Die Erfahrungen der gemeinsamen Treffen von Professionellen, Patienten und Familien zeigen, dass „Verbesserung“ für jedes Mitglied des Trialogs mit etwas Anderem verbunden ist. Für die Professionellen bedeutet sie die Behandlungswirksamkeit mit dem Ausbleiben von Symptomen; Familien sprechen von der Belastung durch die Pflege eines Familienmitgliedes und vom Fehlen einer professionellen Hilfe; für die Patienten ist die Schlüsselerfahrung die Anwesenheit in der Gesellschaft, trotz der Krankheitssymptome.

Die Einstellung der Patienten konvergiert mit der Ideologie der „Genesung“ (recovery). Sie wurde von Psychose-Erfahrenen geschaffen als Antwort auf das Verwahrungssystem der psychiatrischen Betreuung. Die

Recovery-Ideologie steht im Gegensatz zur biomedizinischen Konzeption, die das Ausbleiben von Symptomen für eine Genesung hält. Die Anhänger der Recovery-Idee meinen, dass diese Interpretation die Destruktion des Selbst-Gefühls beeinflusst und die Psychoseerfahrung ihrer positiven Bedeutung beraubt. Ein polnisches, seit vielen Jahren bestehendes Psychoseseminar ist das Krakauer Forum der Patienten, Familien und Professionellen. Es ist eine Gelegenheit zum Dialog sowie zu Begegnungen und Zusammenarbeit mit unseren deutschen Kollegen.

Die Meinung der Psychose-Erfahrenen wird in vielen Ländern durch Verbände der Patienten/Nutzer geäußert. Die polnischen Organisationen streben nach Destigmatisierung, Schaffung von Arbeitsplätzen, sie verneinen nicht die Konzeption der psychischen Krankheit, sie arbeiten mit dem Gesundheitssystem zusammen (nach Campbell, 2005, sind sie „Betreuungs“- und nicht emanzipatorische Organisationen). Das hängt wahrscheinlich mit der Geschichte dieser Organisationen zusammen. Sie entstanden, wie andere soziale Organisationen in Polen auch, auf der Welle der gesellschaftlichen Veränderungen und des Einheitsgefühls nach 1989. Inspiriert wurden sie oft durch gemeindepsychiatrisch tätige Psychiater und Psychologen als Organisationen von Patienten, Angehörigen und Freunden von psychisch Kranken. Ihre Idee war das gemeinsame Handeln zur Verbreitung einer gemeindenahen Psychiatrie und die Bildungs- und Destigmatisierungsarbeit. Zur Zeit „emanzipieren“ sie sich von „Freunden und Familie“ (wie z. B. die Krakauer Gruppe „Öffnet die Tür“), setzen eigenständig Prämien für berufliche Aktivierung, soziale Bildung und mit der psychischen Erkrankung verbundenen Probleme aus. (Liberadzka 2009, Cichocki et al. 2010). Sie verzichten jedoch nicht auf die Zusammenarbeit mit dem Behandlungssystem. Es ist bemerkenswert, dass in Polen sowohl die Psychose-Erfahrenen als auch das Personal nicht das Wort Nutzer, Konsument oder Benefizient (wenn von Genesenden die

Rede ist) vorzieht, sondern das Wort „Patient“ (Anczewska et al. 2010).

Wir können uns fragen, ob der „polnische Weg“ gut und richtig ist. Was verlieren wir, wenn wir keine Organisationen haben, die selbst die Idee der psychiatrischen Behandlung und Benennung der „Anderen“ als „Kranken“ in Frage stellen? Sicher verpflichtet diese Situation die Professionellen dazu, die schwache Stimme derer zu hören, die die Krankenrolle nicht akzeptieren.

Es bleibt also die Frage, was die Zukunft der deutsch-polnischen Zusammenarbeit, unter dem gemeindenahen oder, im weiteren Sinne, psychiatrischen Aspekt, betrifft. Wir haben vor, nach einer neuen psychiatrischen Realität zu streben, nach der Aufhebung der Aufteilung in gemeindenahen und institutionalisierte Psychiatrie. Man kann überlegen, inwieweit die polnische Psychiatrie auf den Wechsel vorbereitet ist. Wenn der Prozess der Deinstitutionalisierung voranschreitet, wird es immer mehr an aus psychologischer Sicht „tief Gestörter“ und aus sozialer Sicht „schlecht Funktionierender“ Menschen außerhalb der Klinik oder im Heim geben. Wie wir aus Erfahrungen und Untersuchungen (Zaluska 2000) wissen, ist der Prozess der „Chronifizierung“ nicht nur auf das Krankenhaus beschränkt, sondern betrifft auch die Umgebung, die auf den Patienten (Klienten? Nutzer?) nicht heilsam wirkt. Es stellt sich die Frage, über welche nichtpharmakologische Behandlungsformen wir im Rahmen der gemeindenahen Psychiatrie verfügen.

Trotz einer erheblichen Entwicklung verschiedener psychotherapeutischer Schulen gibt es in Polen weiterhin eine Aufteilung in „neurotische“ und „psychotische“ Patienten. Die ersten betrifft eine „richtige“ Psychotherapie und Medikamente haben nur eine unterstützende Rolle, die anderen müssen „selbstverständlich“ Medikamente erhalten und eventuell an Selbsthilfegruppen sowie Rehabilitation und Psychobildung teilnehmen.

Aus den Erfahrungen der Mitarbeiter der gemeindenahen Psychiatrie geht hervor,

dass Hausbehandlung und Tagesstätten die richtigen Orte einer z. T. jahrelangen Therapie für Psychose-Erfahrene sind. Bei ihnen kommt es durch die therapeutische Relation zur allmählichen Rekonstruktion des Selbst (Cechnicki et al 2008, Prot et al. 2010). Der Patient entscheidet, ob er am Verstehen der Bedeutung von psychotischen Erlebnissen arbeiten und ob er Techniken ausarbeiten will, die ihm helfen, mit den Symptomen umzugehen. Von den Therapeuten erfordert dies jedoch viel Geduld und Elastizität in den angewandten Methoden. Die Patienten sehen die Therapeuten sowohl während der Therapiestunden als auch während anderer Klubaktivitäten oder gemeinsamen Fahrten. Der Therapieerfolg bei Patienten, die „mehr empfinden und anders verstehen“, hängt ab von der Reife des Therapeuten, seiner Fähigkeit zur aufrichtigen Bindung und vom Zugeben von Fehlern. Das gemeindenahere Angebot soll einerseits die Bedürfnisse der Patienten befriedigen und andererseits dazu beitragen, dass sie das Betreuungssystem verlassen. Die oft postulierte Vielseitigkeit der Betreuung kann auch zur Regression führen oder als bedrohliches psychiatrisches Monstrum gegenüber dem brüchigen Selbst des Patienten erscheinen.

Interessant wäre, im Rahmen der deutsch-polnischen Zusammenarbeit, ein Erfahrungsaustausch, was die konkreten Lösungen der Behandlung außerhalb der Klinik betrifft.

Ich finde, dass das Tätigkeitsgebiet, auf dem wir aus Erfahrungen unserer deutschen Kollegen besonders gut lernen können, das Gebiet der für uns neuen, gemeindenaheren Formen ist, wie etwa Häuser, geschützte Wohnungen und Arbeitsplätze.

Das gemeinsame Interessengebiet könnten die Veränderungen in der Psychiatrie sein, die mit der Entwicklung der gemeindenaheren Psychiatrie (aber nicht unbedingt mit der Deinstitutionalisierung) und der Entstehung „eines Patienten der neuen Generation“ zusammenhängen (Lamb et al. 2001). Er wird oft als ein Problem dargestellt: Er hatte nicht lange mit einer Institution zu tun, ist nicht

passiv, stimmt nicht den Vorschlägen der Psychiatrie zu, identifiziert sich nicht einmal mit der Krankenrolle. Wir können ihn als „ein Problem“ betrachten oder anerkennen, dass man auf seine Kraft bauen und ihn als einen Partner in der Diskussion über das neue Psychiatriemodell behandeln kann.

Jetzt stehen wir also vielleicht gar nicht vor der Herausforderung der Deinstitutionalisierung, sondern vor einem vollständigen Imagewandel des „psychisch Kranken“, wozu die Deinstitutionalisierung beitragen kann.

Wie schwierig die Balance zwischen Unterstützung/Betreuung und Gewalt ist, sieht man im Film „Der Solist“. Er zeigt die Erfahrung einer Begegnung zwischen einem Journalisten, Steve Lopez (2009), mit einem Obdachlosen, dem Schizophreniekranken Nathaniel Ayers. Das ist ein Film (wie sein Protagonist auch) „der neuen Generation“ – ein Problem ist nicht die psychiatrische Institution (weil es die nicht gibt oder sie weit im Hintergrund des Problems bleibt), sondern das Herausholen aus der Obdachlosigkeit und das Eingehen von Beziehungen. In diesem Sinne ist der Film komplizierter und weniger optimistisch als „Elling“ (2002), wo der Übergang Klinik – geschützte Wohnung – weniger dramatisch ist.

Der Vergleich der beiden Filme zeigt zwei Modelle der Krankenbetreuung. Die eine ist eine kontinuierliche Betreuung, in der die Strafe für die Unfähigkeit des Wohnens die Rückkehr ins Krankenhaus ist. Die andere bedeutet die Zustimmung, den Kranken (oder besser Freund)? in seiner außergewöhnlichen und manchmal schwierigen Lebenswahl zu begleiten.

Meiner Meinung nach ist ein Gespräch zum Thema des veränderten Denkens über „Kranke“ und deren „Behandlung“ wichtig in Polen, in Deutschland, auch im Rahmen der Partnerschaft.

Literaturverzeichnis:

Agazarian I, Peters R. The visible and invisible group. London: Routledge & Kegan; 1981.

Anczewska M, Świtaj P, Waszkiewicz J, Indulska A, Prot K, Raduj J, Pałyska M. Pacjent, klient, czy....określenia preferowane w psychiatrycznej opiece zdrowotnej. *Psychiatria Polska*. 2011; 1: 35-44.

Bauman Z. *Życie na przemiał*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2004.

Biernacka D. Dlaczego musimy pracować?. W: *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*. Cechnicki A, Kaszyński H (red.). Kraków: Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej CO-GITO. 2005; s. 37-41.

Campbell J. The historical and philosophical development of per-run support programs. W: Clay S, Schell B, Corrigan PW, Ralph RO (red.) *On our own together: Peer programs for people with mental illness*. Nashville: Vanderbilt University Press; 2005; s. 17-64.

Cechnicki A, Kaszyński H. Programy rehabilitacji zawodowej i pracy dla osób chorujących na schizofrenię – rozwiązania krakowskie. W: *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*. Cechnicki A, Kaszyński H (red.). Kraków: Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej CO-GITO. 2005; s. 152-153.

Cechnicki A, Bielańska A. A community treatment programme for people suffering from schizophrenia in Krakow. W: *Therapeutic Communities for Psychosis. Philosophy, History and Clinical Practice*. Gale J, Realpe A, Pedriali E., London & New York: Routledge; 2008; s.171-183.

Cichocki Ł, Cechnicki A, Bielańska A, Kaszyński H, Liberadzka A. „Jak uczyć Innych

o Nas, czyli edukacja w duchu Kępińskiego.” XLIII Zjazd Psychiatrów Polskich. Poznań 23-26.06.2010.

Elling [film] Naess P. (reżyser), Ambjornsen I., Hellstenius A. (autor), Alveberg D.(producent); 2001.

Goffman E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Immates*. Garden City, New York: Doubleday; 1961.

Janik J, Wroński K. O barierach w pracy i zatrudnianiu osób chorujących psychicznie – perspektywa beneficjentów. *Dla Nas*. 2009; 19: 13-16.

Lamb HR, Bacharach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*. 2001; 52: 1039-1045.

Liberadzka A. Opuścić przystań. *Dla Nas*. 2009; 19: 8-9.

Lopez S (autor), Wright J (reżyser), Grant S (scenariusz), Foster G, Krasnoff R (producent). *Solista* [film]. USA: DreamWorks, UK: Universal Studios; 2009.

Prot-Herczyńska K. Pacjent chroniczny - cud transformacji. *Dialog*. 1998; 6: 70-73.

Scattergood M., Krzystoszek B., Grębecka-Romanowska K., Prot-Klinger K. “Seminarium o Psychozie”. *Psychiatria Polska*, 2010; 3 (suplement)s. 167.

Prot-Klinger K, Scattergood M. Integration of different psychotherapeutic approaches to psychotic patients in community treatment. *Integracja w psychoterapii. Jak z niej korzystać?* Warszawa, 17-19 września 2010.

Załuska M. Funkcjonowanie społeczne i zapotrzebowanie na opiekę środowiskową w Schizofrenii. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.