

Ein biografisches Krankheitsverständnis als Grundlage gemeindepsychiatrischen Handelns

VON ACHIM DOCHAT

Aus dem Verständnis psychischer Erkrankungen als Teil des Lebenswegs werden Anforderungen an eine zeitgemäße Gemeindepsychiatrie entwickelt. Im Kern steht dabei die Bemühung der Begleitenden um Aufbau und Gestaltung einer Beziehung mit dem Ziel der Unterstützung bei der Rekonstruktion des inneren Selbstbildes und der Förderung von Selbstwirksamkeit. Viel lässt sich dabei aus der Recovery-Bewegung lernen.

In den vergangenen Jahrzehnten wurden viel Geld und Energie in ein vertieftes körpermedizinisches Verständnis psychischer Krankheiten investiert. Die Hoffnung, dass damit eine medizinisch-neurobiologische Grundlegung der Psychiatrie gelingt, hat sich allerdings nicht erfüllt. In der Humangenetik hat sich gezeigt, dass die Suche nach eindeutigen Markern im menschlichen Genom zu einfach gedacht war. Und die bildgebenden Verfahren der neurobiologischen Forschung haben in erster Linie einen Einblick gegeben in die weitreichende neuronale Plastizität als grundlegendes Organisationsprinzip des Gehirns. Stattdessen führen uns die Forschungsergebnisse zu einem differenzierteren Verständnis von dem, was wir schon lange vieldeutig als »bio-psycho-sozial« bezeichnet haben. Sie lassen uns immer besser verstehen, wie genetische und neurophysiologische Grundlagen von Anfang an zusammenwirken mit Person und Umwelt.

Das Gehirn – ein Beziehungsorgan

Es besteht keine linear-kausale, sondern eine zirkuläre Beziehung zwischen neurophysiologischer und Erlebensebene: Wie die organischen Gegebenheiten die Entwicklung der Person mitbestimmen, so beeinflussen auch Denken, Gefühle und Beziehungs- und Umwelterfahrungen ihrerseits die organische Ebene. Aktuell beobachtbare neurophysiologische Strukturen und kognitive Kapazitäten sind keine Grundausstattung, sondern Status quo eines interaktiven Prozesses. Der Psychiater Thomas Fuchs spricht davon, dass sich Erfahrungen »in den neuronalen Strukturen und Dispositionen des Gehirns sedimentieren« (2023, S. 95). Erlebtes kann sozusagen biologische Narben hinterlassen. In der Konsequenz bezeichnet Fuchs das menschliche Gehirn als »Beziehungs-

organ«. Entsprechend entwickelt sich eine psychische Erkrankung in Beziehungen, beeinflusst Beziehungen und wird von Beziehungen beeinflusst/verändert. Gerade mit Blick auf neurobiologische Erkenntnisse schreibt Fuchs: »Erleben und die Beziehungen eines psychisch Kranken sind der Kern seiner Krankheit.« (Fuchs 2023, S. 185)

So verstanden, ist der Weg in die psychische Erkrankung keine genetische Vorbestimmung, sondern ein Lebensweg. Psychische Erkrankungen sind Teil der Biografie: Die Biografie prägt die Entwicklung der Krankheit. Das Leben mit psychiatrischer Symptomatik prägt die persönliche Entwicklung. Die Inhalte einer Psychose, einer schweren Depression sind nicht nur Krankheitsgeschichte, sondern immer auch Teil der Lebensgeschichte. Wir begegnen Klient:innen am vorläufigen Endpunkt eines dynamischen persönlichen Wegs.

Das spiegelt sich auch in der Erfahrung, dass Psychosen, Persönlichkeitsstörungen oder Depressionen immer wieder in Verbindung mit persönlichen biografischen Wendepunkten oder grundmenschlichen Aufgaben wie Entwicklung von Identität, sozialem Selbst, Autonomie und familiärer Ablösung stehen. Und frühe Traumatisierungen spielen – wie man heute weiß – in vielen Fällen unterschiedlicher Diagnosen eine wichtige Rolle.

Identität und Sinn als Kernthemen des Krank- und Gesundwerdens

»Menschen müssen im Unterschied zu anderen Lebewesen um ihr Selbstverständnis/-gefühl ringen. Es gehört zu unseren Möglichkeiten, an uns zu zweifeln und dabei auch zu verzweifeln, über uns hinaus zu denken und uns dabei auch zu verlieren.« (Irre menschlich Hamburg e.V. 2007, S. 8)

Das Verständnis des eigenen Lebens stellt sich immer neu her, ein permanentes Projekt des Hineinwachsens in die eigene Umwelt. Eine psychische Erkrankung ist eine Erschütterung des Selbstbildes und der Lebensplanung, des bisherigen Lebens- und Zielentwurfs. So verstanden, ist das Leben mit einer Psychose ein täglicher Kampf um die Integrität der eigenen Person, gegen den schrittweisen Wegfall sozialer Einbindung, die Auflösung von Aufgaben, Zielen und Erwartungen. Chronizität kann man in diesem Sinne als Aufgabe der Suche nach Identität verstehen, als Verschmelzung von Identität und Krankheit. Wer nicht mithalten kann, verschwindet in der Unsichtbarkeit. Ein Verzicht auf weitere Chancen – vielleicht aus Selbstschutz.

Welchen zentralen Stellenwert die Kategorien Identität und Sinn im Erleben und Verarbeiten von Psychosen haben, wird deutlich in den Ergebnissen des Forschungsprojekts SuSi (Subjektiver Sinn von Psychosen), das eine Gruppe um Thomas Bock an den UKE Hamburg durchgeführt hat (Bock et al. 2010).

Wesentliche Ergebnisse dabei waren:

- ▶ Betroffene beschreiben ihre Krankheit als langzeitigen Entwicklungsprozess.
- ▶ Lebensereignisse mit der Krankheit zu verbinden, verändert den Blick auf Symptome und ihre Auswirkungen konstruktiv.
- ▶ Rekonstruktion von Sinn und Bedeutung hilft bei der Verarbeitung der Psychose.
- ▶ Eigene, auch eigensinnige Erklärungen korrelieren positiv mit Lebensqualität.
- ▶ Es besteht ein großes Bedürfnis, über die subjektive Bedeutung der Erkrankung zu sprechen.

Diese Aussagen machen deutlich, dass der Konstruktion von subjektivem Sinn bei der Bewältigung der Erkrankung große Bedeutung zukommt. Wem die Einordnung in die eigene Lebensgeschichte,



eine akzeptierende Einstellung zu den eigenen Krankheitserfahrungen gelingt, erreicht einen höheren Grad an Resilienz und Gesundheit. Der Befund bestätigt die Erkenntnisse Antonowskis (1997), der in seiner wegweisenden Analyse hervorgehoben hat, dass der Eindruck von Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit des eigenen gesundheitlichen Erlebens ein wesentlicher gesundheitsfördernder Faktor ist. Die Bedeutung der Suche nach Sinn für die Krankheitsbewältigung hat insbesondere Frankl betont. »Leiden bringt [...] den Menschen nicht an und für sich zur Verzweiflung. Sondern nur Leiden, das ohne Sinn zu sein scheint, führt zur Verzweiflung.« (Frankl 2016, S. 42) Das besondere Verdienst der SuSi-Studie ist dabei die Erkenntnis, dass dies genauso auch für eigensinnige Erklärungen gilt. Auch sie sind Teil einer konstruktiven Bewältigungsstrategie und sollten als Arbeitsgrundlage verstanden, nicht argumentativ entkräftet werden!

Unterstützung bei der Rekonstruktion des inneren Selbstbildes

So wie Erkrankung und Exklusion biografische Prozesse sind, gilt das auch für Rehabilitation und Inklusion. Teilhabeförderung gelingt nie einfach durch Maßnahmen oder institutionelle Arrangements. Sie ist ein Prozess komplexer und lang andauernder Rekonstruktion des inneren Selbstbildes. Letztlich geht es immer darum, Selbstwirksamkeit aufzubauen. Beziehungsgestaltung und Arbeit mit Beziehungswirkung, mit alten und neuen Erfahrungen ist die genuine

Expertise und die fachliche Identität der Gemeindepyschiarie. Sie ist unser Material bei der Erarbeitung von Lebensqualität und Teilhabeperspektiven. Die Medizin stellt Möglichkeiten der Leidensbegrenzung und der Notfallintervention zur Verfügung. Ihr Beitrag zu Beziehungsaufnahme und -gestaltung ist eher begrenzt. Letztlich ist sogar das Gelingen der medikamentösen Behandlung zu einem guten Teil eine Beziehungs- und Vertrauensfrage.

Die Kernaufgabe der unterstützenden Begleitung von Menschen beim Finden ihres Weges ist also, sie für die Kooperation zu gewinnen. Es muss darum gehen, »unzähligen Erfahrungen des Scheiterns an und in Beziehungen neue positive Beziehungserfahrungen gegenüberzustellen.« (Dochat 2020, S. 31)

Das Hilfesystem bevorzugt Menschen, die wissen, was sie wollen

Allerdings ist unser Hilfesystem nicht unbedingt auf geduldige Beharrlichkeit ausgelegt. Kommunikative Klienten mit klaren Zielvorstellungen sind praktisch im Vorteil. Mit ihnen lässt sich leichter Rehabilitation planen. Und es gelingt ihnen eher, ihre Ideen in der Hilfeplanung durchzusetzen.

Menschen mit weniger Bereitschaft oder Kompetenz zum kooperativen Erarbeiten von Zielen können da leicht auf der Strecke bleiben. Eigensinn, fehlende Compliance, distanziertes oder unverständliches Verhalten werden als Teil der psychiatrischen Symptomatik gesehen. Zugriff auf Hilfen braucht persönliche Ressour-

cen, die vielen Klienten nicht (mehr) zur Verfügung stehen.

Business as usual sieht in aller Regel etwa so aus:

- ▶ Der Blick der Hilfeplanenden ist auf Krisen und problematische Verhaltensweisen gerichtet. Gesucht werden Angebote, die feste Strukturen und stabilisierende Rahmenbedingungen bieten.
- ▶ In längerfristig angelegten Hilfearrangements kommt es leicht dazu, dass sich alle Beteiligten unausgesprochen auf die Gewährleistung schützender Bedingungen und den Verzicht auf Veränderungen verständigen.
- ▶ Kompetenz- und Risikobewertungen der begleitenden Fachleute steuern Reha Wege und -ziele. Diagnosen und Aktennotizen werden zu langjährigen Wegbegleitern. Und die Prognose beschränkter Möglichkeiten wird zur selbsterfüllenden Prophezeiung.

Im Ergebnis erzeugt die Dauer des Aufenthaltes in Einrichtungen eigene biografische Dynamiken: Je länger die Betroffenen innerhalb des Hilfesystems leben, desto weniger entwickeln sie ein Gefühl für Gestaltungsfähigkeit des eigenen Lebens. Formen von sekundärer Abweichung werden im Nachhinein ununterscheidbar von der einmal mitgebrachten Problematik. Die Exklusion erzeugt zunehmend ihre eigene Plausibilität für alle Beteiligten.

Kultur des Empowerments statt Fürsorgekultur – von Recovery lernen

Mit Blick auf diese Dynamik könnte man in weiten Teilen der gemeindepyschiarischen Landschaft von einer »Fürsorgekultur« sprechen: Die Profis erkennen die eingeschränkten Fähigkeiten und übernehmen Verantwortung. Sie wissen, welche Art von Unterstützung die Nutzer brauchen und stellen ruhige, stabile Lebensbedingungen zur Verfügung.

Wie kann stattdessen eine »Kultur des Empowerments« aussehen, die den Fokus auf (Wieder-)Gewinnung von Handlungsfähigkeit, Wiederaneignung der eigenen Identität, der Verantwortung für den eigenen Alltag richtet?

Wir können über die Bedingungen des Gesundwerdens und des Bewältigens von Einschränkungen viel aus persönlichen Erfahrungen lernen. Die Recovery-Bewegung hat uns wichtige Anstöße für die Förderung von Teilhabe geliefert. Und die Menschen auf diesem Weg benennen auch recht klar, wie sie sich wirksame fachliche Unterstützung vorstellen (Zuaboni et al. 2012). Fragt man sie nach wünschenswerten Eigenschaften von Fachpersonen, so nennen sie Dinge wie:

- ▶ Bereitschaft, mit unvoreingenommenem Interesse und Einfühlungsvermögen zuzuhören
- ▶ Respektvolle Begegnung auf Augenhöhe
- ▶ Information ohne fachliche Überheblichkeit
- ▶ Respekt gegenüber der Krankheitserfahrung, der Sinnhaftigkeit der Weltansicht des Klienten und seines Umfelds
- ▶ Ressourcen wahrnehmen
- ▶ Veränderung für möglich halten
- ▶ Aushandeln, Bemühung um gemeinsame Zielentwicklung

Hier wird deutlich: Die wesentlichsten Elemente gelungener Unterstützung aus Sicht der Klienten sind persönlicher und interaktioneller Natur. »Schon das Gelingen der Kontaktaufnahme und das Anknüpfen und Gestalten einer Beziehung ist der Angelpunkt jeder weiteren Arbeit mit Klienten« (Dochat 2020, S. 32). Oder anders gesagt: Beziehung ist nicht alles – aber ohne Beziehung ist alles nichts!

Wir sind auf die Kooperation mit den Klienten angewiesen. Die fachliche Sicherheit, mit der wir Prognosen machen oder Teilhabemaßnahmen planen, ist trügerisch. Die Rehapraxis ist voll von positiven oder negativen Überraschungen, aber auch selbsterfüllenden Prophezeiungen.

Es ist unsere Verantwortung, dass die Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf nicht vergessen werden. Gerade die, denen Bereitschaft oder Kompetenz zur Nutzung von Hilfen und zum kooperativen Erarbeiten von Zielen fehlen, brauchen unsere Unterstützung bei der Wahrnehmung von Rehabilitationschancen.

Dabei machen es uns manche nicht leicht. Misstrauen und Ambivalenz sind groß bei Menschen mit Zweifeln über die eigene Identität in der Welt, mit wenig



Foto: Kari Sariwating / unsplash

Vertrauen in die eigenen Ressourcen und in fremde Helfer. Gerade bei denen, die den Bezug zur eigenen Lebensgeschichte scheinbar weitgehend verloren haben, kommt es darauf an, lebendige Anknüpfungspunkte für die Erarbeitung von Zielen zu finden. Abstrakte Ziele müssen mit einem biografischen Entwurf für die eigene Person verknüpft werden. Gibt es eine konkrete und für das eigene Leben stimmige Antwort auf die Frage: Teilhabe wozu?

Förderung von Selbstwirksamkeit

Soll Vertrauen in die eigene Wirksamkeit wachsen, muss die Möglichkeit der aktiven Gestaltung des eigenen Lebens wieder erfahren werden. Es braucht neue Erfahrungen, um dem Gefühl der Nichtkontrollierbarkeit der Welt, des Beherrschenseins von der Realität entgegenzuwirken.

Ob Unterstützungsangebote eine Empowerment-Dynamik entwickeln und zu aktiver Teilhabe ermutigen, hängt stark davon ab, inwieweit es gelingt, von einer Versorgungsorientierung zu einer Grundhaltung zu kommen, die auf Augenhöhe berät, verhandelt und die letzte Verantwortung bei den Begleiteten lässt. Wenn sie Kompetenzen zur Teilhabe fördern wollen, dann müssen »Professionelle lernen, [...] förderliche Rahmenbedingungen [...] zur Verfügung zu stellen [...], sich selbst aber nicht oder nur sehr vorsichtig in den Prozess einzumischen.« (Stark 2020, S. 54)

Statt auf die Begrenzungen zu schauen, geht es darum, die Ressourcen, Hoffnungen und Ziele der Person zu entdecken und nutzbar zu machen. Die letzte Verant-

wortung muss beim Klienten liegen, die Begleitenden sind Coach, wertschätzende Berater. Die Herausforderung in der recoveryorientierten Praxis sei es, »Seite an Seite zu sein«, während die Nutzenden bei der Gestaltung ihrer eigenen »Recovery-Reise« die Führung übernehmen. (Zuaboni et al. 2012, S. 31)

Diesen Blickwinkel einzunehmen ist oft gar nicht so leicht, denn in der täglichen Betreuungsarbeit erleben sich Mitarbeitende oft in einem Zwiespalt. Einerseits gelingt die Stärkung von Kompetenzen nur mit einem gewissen Autonomievorschuss. Sie braucht ein Stück Vertrauen in das eigene Handeln. Gleichzeitig nimmt man Symptomatik und fehlende Autonomiekompetenz wahr, die scheinbar nach Unterstützung und Verantwortungsübernahme rufen.

Fürsorgliche Unterstützung und Gewährung von Autonomie sind keine Alternativen. Sie gehören zusammen, gerade bei hohem Hilfebedarf. Die schmale Fahrinne zwischen Autonomie und fürsorglicher Belagerung kann nur im Dialog gefunden werden. Begleitende Mitarbeitende müssen bereit sein, sich auf einen Prozess mit offenem Ausgang einzulassen.

Wir begegnen Menschen, bei denen wir viel Potenzial erkennen, die selbst aber zögern, die in der geschützten Situation erreichte Sicherheit und Stabilität aufzugeben. Und wir begegnen Menschen, die bereit sind, mehr zu riskieren, als wir ihnen zutrauen, und dabei dennoch unsere Unterstützung fordern. Wer Teilhabe will, muss sie auch versuchen dürfen. Risiken einzugehen, ist legitim. Erfahrungen selbst zu machen, ist ein

Hürden abbauen: im Jobcenter

Der Sammelband beleuchtet praxisnah und wissenschaftlich fundiert, wie Peer-Unterstützung im Kontext der Arbeitsvermittlung eingesetzt werden kann. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen können durch Unterstützung von Peer-Begleiter*innen, die selbst ähnliche Erfahrungen gemacht haben, ihre Teilhabechancen und Perspektiven deutlich verbessern. Ziel ist es, sowohl Fachleuten aus der Sozialen Arbeit, Jobcoaches, Mitarbeitenden in Jobcentern als auch Menschen, die selbst als Peers oder Arbeitssuchende involviert sind, praxisrelevante und inspirierende Einblicke und neue Impulse zu bieten.



Klara Lammers,
Gudrun Dobsław (Hg.)
Peer-Unterstützung im Jobcenter
220 Seiten, 45,00 €
ISBN 978-3-96605-322-8
eBook 44,99 €

Psychiatrie
Verlag 

www.psychiatrie-verlag.de

Grundrecht – und letztlich auch lehrreich. Manchmal brauchen Betreute die Freiheit, sich gegen fachliche Empfehlungen zur Lebensführung zu entscheiden.

Bei der Risikoabwägung sind wir Partner unserer Klient:innen, sie geben das Ziel vor. Die Schritte dahin sollten gemeinsam erarbeitet und beratend begleitet werden (gemeinsame Einschätzung und Analyse von Chancen und Risiken, Prüfung von Handlungsoptionen und Grenzen).

Wer Teilhabe fördern will, muss

- ▶ Vertrauen in die Klienten entwickeln und behalten, und dabei die Balance zwischen Ermutigung (Ressourcenblick) und Risikokontrolle immer wieder neu gemeinsam ausloten.
- ▶ sich individuellen Wünschen und Ansprüchen stellen, aber auch sich aus der eigenen professionellen Erfahrung heraus aktiv mit ihnen auseinandersetzen.
- ▶ durch gute Vorbereitung die Voraussetzungen für das Bestehen der alltäglichen Anforderungen verbessern.
- ▶ ein Gefühl für Belastungsgrenzen zu entwickeln helfen, auf Überforderung achten und bei Bedarf Tempo herausnehmen. Zeit für Umwege erlauben, wenn nötig, Rückwege offenhalten und behilflich sein beim Finden von passenden Orten, wenn das große Ziel nicht klappt. (Dochat & Krainhöfer 2016)

Platz im Sozialraum erschließen

Damit solche personenzentrierte Unterstützung tatsächlich im Sinne von Inklusion und Teilhabe wirksam wird, muss sie von sozialräumlichen Aktivitäten begleitet werden. Netzwerkarbeit im Sozialraum/ Stadtteil und persönliche Begleitung sind keine fachlichen Alternativen. Sie sind im Sinne einer Doppelstrategie zu verfolgen. Wer die Arbeit auf der Milieu- bzw. Quartiersebene als primären gemeindepsychiatrischen Auftrag versteht, läuft Gefahr, die Menschen mit geringeren Kompetenzen bzw. höherem Unterstützungsbedarf nicht mitzunehmen. Will man andererseits daran arbeiten, durch individuelle Unterstützung die persönlichen Voraussetzungen von Teilhabe zu verbessern, so ist es unerlässlich, sich gleichzeitig um die

Erschließung von sozialräumlichen Ressourcen für deren konkrete alltagspraktische Umsetzung zu kümmern. Dazu gehören die Begleitung auf dem Weg in die Gemeinde mit ihren Angeboten und Institutionen und die Hilfe beim Finden eines Platzes in der Nachbarschaft, im Betrieb, im Verein. Ebenso wichtig sind die Aktivierung und Stärkung von Eigeninitiative, mitzuhelfen bei der Schaffung von Raum für Selbsthilfe und Selbstorganisation.

Wir brauchen eine Gemeindepsychiatrie, in der Biografie- und Sozialraumorientierung, Einzelfallbezug und strukturelle Umsicht nicht gegeneinander ausgespielt werden, sondern komplementäre Perspektiven sind. ■

Achim Dochat, Psychotherapeut und Supervisor, nach ca. 40-jähriger Berufstätigkeit im Bereich Sozialpsychiatrie freiberuflich tätig
E-Mail: achimdochat@web.de

Literatur

- Antonowski, A. (1997) Salutogenese. Tübingen: DGVT-Verlag
- Bock, T.; Brysinski, T.; Klapheck, K.; Bening, U.; Lenz, A.; Naber, D. (2010) Zum subjektiven Sinn von Psychosen. In: Psychiatrische Praxis, 37(6), 285–291
- Dochat, A. (2020) Psychotherapeutische Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie. In: Die Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie, 38(1), 30–32
- Dochat, A.; Krainhöfer, A. (2016) »Wer sich nicht in Gefahr begibt, kommt darin um«. In: Die Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie, 34(4), 26–28
- Frankl, V. (2016) Der Wille zum Sinn. Göttingen: Hogrefe
- Fuchs, T. (2023) Psychiatrie als Beziehungsmedizin: Ein ökologisches Paradigma. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag
- Irre menschlich Hamburg e.V. (Hrsg.) (2007) »Es ist normal, verschieden zu sein!« Verständnis und Behandlung von Psychosen. Blaue Broschüre, 6. Aufl.
- Stark, W. (2020) Empowerment reloaded. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 52(1), 51–61
- Zuaboni, G.; Abderhalden, C.; Schulz, M.; Winter, A. (Hrsg.) (2012) Recovery praktisch!, Verlag Universitäre Psychiatrische Dienste Bern. Online unter: https://promentesana.ch/assets/files/2_Selbstbestimmtenes/1_Grundlagen-zur-Genesung/Recovery_praktisch_Schulungsunterlagen.pdf (letzter Zugriff: 25.01.2026)