

Gesundung als Reise des Herzens

Von Patricia E. Deegan Ph.D.

www.patdeegan.com

pat@patdeegan.com

Vorgetragen für: „Gesundung von psychiatrischen Leiden: Anregungen für die Aus- und Weiterbildung von Psychiatriefachleuten“

Massachusetts State House, Gardner Auditorium

10. Mai 1995

Übersetzt von: Monika Zaugg-Laube und Christine Lanz-Laube

Ich möchte Ihnen für die Gelegenheit danken, heute mit Ihnen zu reden. Es freut mich besonders, dass ich zu so vielen Fachlehrkräften reden darf. Ihre Aufgabe ist sehr wichtig. Sie unterrichten Studierende, die morgen Fachleute im Psychatriebereich sein werden. Die Botschaft, die ich Ihnen heute gerne bringen möchte ist, dass es nicht genügt, Fakten, Zahlen und Wissen zu vermitteln. Wir müssen den Studierenden helfen, Weisheit zu suchen.

Es gibt einen Unterschied zwischen Wissen und Weisheit. Die etymologische Wurzel des Wortes *knowledge* (Wissen) kommt vom Mittelenglischen für „erkennen, verstehen, begreifen“. Und von Studierenden der verschiedenen Disziplinen der Psychiatrie wird tatsächlich verlangt, dass sie ein spezielles Wissensgebiet verstehen und beherrschen. Sie müssen empirische Untersuchungen durchführen, Ergebnisse formulieren, an der Entwicklung von theoretischen Modellen mitwirken, klinische Fähigkeiten erwerben, usw. Nach Weisheit streben müssen die Studierenden hingegen nicht. Weisheit kommt vom griechischen *eidos* and *idein*, was „die Wesensform dessen, was ist, erkennen“ bedeutet. Und so sind diese Studierenden nach Studienabschluss voller Wissen oder der Fähigkeit Dinge zu erkennen, aber es fehlt ihnen an Weisheit oder der Fähigkeit, die Wesensform dessen zu sehen, was ist.

Zum Beispiel lehren wir unsere Studierenden über das Herz. Wir bringen ihnen bei, dass das Herz eine Pumpe sei; eine Art organische Maschine mit Klappen und Kammern. Und in der Tat lernen sie das anatomische Herz bis in die kleinste Einzelheit zu verstehen. Nach ihrem erfolgreich abgeschlossenen Anatomieexamen sagen wir, „Diese Studierenden wissen über das Herz Bescheid“. Aber wenn wir weise wären, müssten wir diese Aussage bezweifeln.

Weisheit würde die Gestalt oder das Wesen des Herzens suchen. Wenn wir weise wären, würden wir sehen, dass das anatomische Herz, welches wir unseren Studenten aufgaben zu lernen, niemandes Herz ist. Es ist ein Herz, das jedem gehören könnte und so gehört es niemandem. Weisheit würde uns verstehen lassen, dass es ein anderes Herz gibt. Es gibt ein Herz das wir schon kennen, lange bevor man uns beibringt, dass das Herz eine Pumpe sei. Ich rede hier vom Herzen, das brechen kann; vom Herzen, das müde wird; dem verhärteten Herzen; dem Herzlosen; dem kalten Herz; vom Herzen, das schmerzt; vom Herzen, das still steht; dem Herz, das vor Freude hüpf; und demjenigen, der sein Herz verloren hat. Die Weisheit erfordert, dass wir Studierende der Humanwissenschaften das Wesen

dieses Herzens lehren. Nicht die Pumpe, die in jedem schlägt, sondern jenes, das in meinem und deinem Körper lebt.

In ähnlicher Art vermitteln wir Wissen über psychische Krankheit. Studierende verlassen die Schule mit Wissen über Neurotransmitter, Schizophrene, Bipolare, Borderliner, Persönlichkeitsgespaltene und OCDs. Sie werden Experten im Erkennen von Krankheiten und Beeinträchtigungen. Aber genau da lassen wir sie so oft im Stich. Wir lassen sie im Stich, weil wir sie nicht gelehrt haben, nach Weisheit zu suchen – über das bloss Erkennen hinaus zu gehen und nach dem Wesentlichen dessen zu suchen, was ist. Wir haben es verpasst, sie Ehrfurcht vor dem Menschen zu lehren, der vor und trotz der Diagnose existiert, die wir ihm gestellt haben. Genauso wenig wie das allgemeine, anatomische Herz existiert, gibt es auch „den Schizophrenen“ oder „den Persönlichkeitsgespaltenen“ oder den „Bipolaren“ nicht. Sie existieren nur in einem allgemeinen Textbuch. Was existiert, im wahren existentiellen Sinn, ist nicht eine Krankheit oder ein Leiden. Was existiert, ist ein Mensch, und die Weisheit verlangt, dass wir in allererster Linie diesen Menschen sehen und achten. Die Weisheit erfordert, dass wir mit ganzem Herzen mit den Menschen in Beziehung treten, um sie und ihre Erfahrungen zu verstehen. Nur dann sind wir in der Lage auf eine Art zu helfen, die als hilfreich erlebt wird.

Diejenigen unter uns, die als psychisch krank abgestempelt werden, sind in erster Linie Menschen. Wir sind mehr als die Summe der elektro-chemischen Aktivitäten unseres Gehirns. Unsere Herzen sind nicht bloss Pumpen. Unsere Herzen sind so real, so verletzlich und so wertvoll wie eure Herzen. Wir sind Menschen. Wir sind Menschen, die grosses Leid erfahren haben und die sich nun der Herausforderung stellen, gesund zu werden.

Das Konzept der Gesundheit wurzelt in der einfachen und tiefen Erkenntnis, dass Menschen, die eine psychiatrische Diagnose bekommen haben, Menschen sind. Wie ein Kieselstein, den man in die Mitte eines Wasserbeckens mit glatter Oberfläche schleudert, wirft diese einfache Tatsache Wellen in immer grösseren Kreisen, bis jede Ecke der akademischen und angewandten Psychiatriewissenschaft und der klinischen Praxis davon bewegt wird. Jene unter uns, bei denen eine psychische Krankheit diagnostiziert wurde, sind keine Objekte, über die hinweg man handeln darf. Wir sind vollständig menschliche Subjekte, die handeln können, und durch unser Handeln verändern wir unsere Situation. Wir sind Menschen und können für uns selber sprechen. Wir sind selbst bestimmend geworden. Wir können einen Standpunkt einnehmen zu dem, was uns quält, und müssen nicht passive Opfer einer Krankheit sein. Wir können Experten für unsere eigene Gesundheitsreise werden.

Es ist nicht das Ziel von Gesundheit, genormt zu werden. Wir wollen nicht genormt werden. Wir sagen, lasst den Mainstream zu einem weiten Strom werden, der für uns alle Platz hat und keinen am Rande stranden lässt.

Es ist nicht das Ziel des Gesundheitsprozesses, normal zu werden. Das Ziel ist, unsere menschliche Berufung anzunehmen, auf tiefere und vollere Weise Mensch zu werden. Das Ziel ist nicht die Normalisierung. Das Ziel ist, der einmalige, Ehrfurcht einflössende, niemals kopierbare Mensch zu werden, der wir aufgerufen sind zu sein. Der Philosoph Martin Heidegger sagte, Mensch sein bedeute, eine Frage auf der Suche nach der Antwort zu sein. Diejenigen unter uns, die als psychisch krank bezeichnet werden, sind nicht de facto davon ausgenommen, diese wesentlichste

Aufgabe der Menschwerdung zu erfüllen. Vielmehr weil viele von uns erfahren haben, wie ihr Leben und ihre Träume nach einer psychischen Krankheit zerbrachen, ist es eine der wesentlichsten Herausforderungen, mit denen wir konfrontiert sind, uns die Frage zu stellen, „Wer kann ich werden und warum soll ich ja zum Leben sagen?“

Mensch sein bedeutet eine Frage auf der Suche nach einer Antwort zu sein. Viele unter uns, die psychiatrische Diagnosen bekommen haben, erhielten jedoch von professioneller Seite starke Botschaften, die uns faktisch sagen, dass auf Grund unserer Diagnose die Frage zu unserem Sein bereits beantwortet und unsere Zukunft schon besiegelt sei. Zum Beispiel erinnere ich mich an eine solche Zeit während meiner dritten Hospitalisation. Ich war achtzehn Jahre alt. Ich fragte den Psychiater, der mit mir arbeitete: „Was ist los mit mir?“ Er sagte, „Sie haben eine Krankheit, die chronische Schizophrenie genannt wird. Das ist eine Krankheit wie Diabetes. Wenn Sie für den Rest ihres Lebens Medikamente schlucken und Stress meiden, schaffen sie es vielleicht.“ Und als er diese Worte sprach, fühlte ich, wie deren Gewicht meine schon zerbrechlichen Hoffnungen, Träume und Sehnsüchte für mein Leben zerschlug. Sogar 22 Jahre später klingen diese Worte in mir nach wie eine quälende Erinnerung, die nicht verblasst.

Heute verstehe ich, weshalb diese Erfahrung für mich so schädlich war. Im Wesentlichen sagte mir der Psychiater, dass mein Leben auf Grund der Diagnose mit Schizophrenie bereits abgeschlossen sei. Er sagte, dass meine Zukunft bereits geschrieben sei. Die Ziele und Träume, die ich anstrebte, waren nach seiner verhängnisvollen Prognose blosse Fantasien. Wenn die Zukunft so versperrt worden ist, verliert die Gegenwart ihre Orientierung und wird nichts als eine Abfolge von zusammenhanglosen Momenten. Heute weiss ich, dass dieser Psychiater zu jener Zeit wenig Weisheit besass. Er hatte lediglich Wissen und erkannte mich als die ‚schizophrene Person‘ nach Kraepelin und Bleulers von Generation zu Generation überlieferter Vorstellung. Er sah nicht mich. Er sah eine Krankheit. Wir müssen unseren Studenten nahe legen, Weisheit zu suchen, über das blosse Feststellen von Krankheit hinauszugehen und von ganzem Herzen dem Menschen zu begegnen, der Hilfe sucht. Es ist unerlässlich, dass wir die Studenten lehren, dass die Beziehung das kraftvollste Werkzeug ist, das sie zur Verfügung haben in der Arbeit mit Menschen.

Ausser den Zielen der Gesundheit gibt es die Frage des Prozesses der Gesundheit. Wie begibt man sich auf die Reise der Gesundheit? Heute möchte ich gerne eine Konzeptualisierung der Gesundheit als Reise des Herzens beginnen. Wir beginnen dort, wo sich viele Leute befinden; dort wo sich das Herz verhärtet hat und man sich um nichts mehr kümmert.

Bevor wir aktive Teilnehmer unseres eigenen Gesundheitsweges werden, befinden sich viele von uns in einer Zeit von grosser Apathie und Gleichgültigkeit. Es ist eine Zeit, in der wir ein verhärtetes Herzen haben, in der uns inzwischen alles egal ist. Es ist eine Zeit in der wir uns als Tote unter den Lebenden oder wie Zombies fühlen: alleine, verlassen und dahin treibend auf einem stillen, toten Meer, ohne Kurs und ohne Richtung. Wenn ich meinen Blick zurück werfe, sehe ich mich mit siebzehn Jahren, diagnostiziert mit chronischer Schizophrenie, voll gepumpt mit Haldol in einem Stuhl sitzen. Wenn ich mir das Bild vergegenwärtige, sehe ich als erstes die gelben, vom Nikotin fleckigen Finger des Mädchens. Ich kann ihren schlurfenden,

steifen, benommenen Gang sehen. Ihre Augen tanzen nicht. Die Tänzerin ist zusammengebrochen und ihre Augen sind dunkel und starren endlos ins Nichts.

Leute kommen und Leute gehen. Leute drängen sie, Dinge zu tun um sich selbst zu helfen, aber ihr Herz ist hart und sie kümmert sich um nichts ausser ums Schlafen, Herumsitzen und Zigaretten rauchen. Ihr Tagesablauf: Um acht Uhr morgens zwingt sie sich aus dem Bett. Von Medikamenten benebelt sitzt sie in einen Stuhl, jeden Tag den gleichen Stuhl. Sie beginnt Zigaretten zu rauchen. Eine nach der anderen. Zigaretten zeigen an, dass die Zeit vergeht. Zigaretten sind der Beweis dafür, dass Zeit vergeht und dies ist letztendlich eine Erleichterung. Von 9 Uhr morgens bis mittags sitzt sie, raucht und starrt. Dann isst sie zu Mittag. Um 13 Uhr geht sie zurück ins Bett und schläft bis 15 Uhr. Um diese Zeit kehrt sie wieder in den Stuhl zurück und sitzt und raucht und starrt. Dann isst sie zu Abend. Um 18 Uhr kehrt sie wieder in den Stuhl zurück. Schlussendlich ist es 20 Uhr, die lang erwartete Stunde, die Zeit ins Bett zurück zu gehen und in einen traumlosen, betäubten Schlaf zu fallen. Dieses Szenario wiederholt sich am nächsten Tag und am nächsten Tag und am nächsten, bis Monate in empfindungsloser Taubheit vergangen sind, gekennzeichnet nur durch die nächste Zigarette und wieder die nächste...

Während dieser Zeit versuchten Leute, mich zu motivieren. Ich erinnere mich an Leute, die versuchten, mich zur Teilnahme beim Einkauf am Mittwoch zu bringen oder zur Mithilfe beim Brotbacken oder zu einer Bootsfahrt. Aber nichts von all dem berührte oder bewegte mich oder ging mich etwas an. Ich hatte aufgegeben. Aufzugeben war eine Lösung für mich. Meine „Motivationslosigkeit“ wurde als Problem gesehen von den Leuten, die mit mir arbeiteten. Aber für mich war aufzugeben kein Problem, sondern eine Lösung. Es war eine Lösung, weil es mich davor schützte, irgendetwas zu wollen. Wenn ich nichts wollte, konnte man mir auch nichts wegnehmen. Wenn ich nichts versuchte, musste ich auch keinen weiteren Fehlschlag durchmachen. Wenn mir alles egal war, konnte mich nichts mehr verletzen. Mein Herz wurde hart. Die Jahre kamen und gingen und es war mir egal. Ferien kamen und gingen und es war mir egal. Meine Freunde gingen an die Hochschule und begannen ein neues Leben und es war mir egal. Ich erinnere mich, dass ich sass und rauchte und fast nichts sagte. Und sobald die Uhr 20 anzeigte, erinnere ich mich, dass ich meine Freundin im Satz unterbrach, sie heim schickte, weil ich ins Bett ging. Ohne auch nur adieu zu sagen, ging ich zu Bett. Mein Herz war hart. Alles war mir egal.

Ich glaube, das Bild, das ich hier male, ist vielen von uns bekannt. Wir erkennen das Bild von Apathie, Rückzug, Isolation und Motivationsmangel. Aber wenn wir über das bloss Erkennen hinausgehen, auf der Suche nach Weisheit, müssen wir tiefer graben. Was ist diese Apathie, Gleichgültigkeit, Härte des Herzens, welche so viele Leute nur gerade überleben lässt und sie daran hindert, sich aktiv auf ihren eigenen Gesundheitsweg zu begeben? Sind es bloss die negativen Symptome der Schizophrenie? Ich denke nicht. Ich glaube, dass Herzenshärte und Gleichgültigkeit eine Überlebensstrategie ist, die verzweifelte Menschen anwenden, die kurz davor stehen, alle Hoffnung aufzugeben.

Hoffnung ist nicht bloss eine sprachliche Beschönigung. Hoffnung und biologisches Leben sind unentwirrbar miteinander verflochten. Martin Seligmans (1975) Arbeit auf dem Gebiet der erlernten Hilflosigkeit bietet uns grosse Einsicht in die chiasmatischen (Chiasma: Sehnervenkreuzung an der Hirnbasis) Verflechtungen von

Hoffnung und biologischem Leben. Er beobachtet zwei Beispiele. Das erste ist ein publizierter Bericht von Dr. H.M. Lefcourt (1973):

Dieser Autor hat einen solchen Todesfall in einer psychiatrischen Klinik miterlebt, der durch den Verlust des eigenen Willens bedingt war: Eine Patientin, die während fast zehn Jahren in einem Zustand der Sprachlosigkeit verharret hatte, wurde zusammen mit ihren Stockwerk- Kolleginnen auf eine andere Abteilung des Gebäudes verlegt, während ihre Einheit renoviert wurde. Der dritte Stock dieser psychiatrischen Einheit, wo die betreffende Patientin gelebt hatte, war bekannt unter den Patienten als der Stock der chronischen, hoffnungslosen Fälle. Im Gegensatz dazu wurde der erste Stock am häufigsten bewohnt von Patienten, die Privilegien hatten, einschliesslich der Freiheit das Grundstück der Klinik und die angrenzenden Strassen zu betreten und zu verlassen. Kurz, der erste Stock war eine Abteilung, von der aus die Patienten in absehbarer Zeit austreten konnten. Alle Patienten, die vorübergehend vom dritten auf den ersten Stock verlegt wurden, untersuchte man vor ihrer Verlegung medizinisch. Die medizinische Gesundheit der fraglichen Patientin wurde für ausgezeichnet befunden, die Patientin war allerdings immer noch stumm und zurückgezogen. Kurz nach dem Wechsel auf den ersten Stock überraschte diese chronische Psychiatriepatientin das betreuende Personal damit, dass sie sozial ansprechbar wurde, so dass sie innert zwei Wochen aufhörte stumm zu sein und sogar gesellig wurde. Das Schicksal wollte es, dass die Renovation des dritten Stockes bald abgeschlossen war und von den Patienten wieder bezogen werden konnte. Innerhalb einer Woche nach der Rückkehr auf die „hoffnungslose“ Abteilung brach diese Patientin zusammen und starb. Die nachfolgende Autopsie ergab kein pathologisches Ergebnis und es wurde zu dieser Zeit merkwürdigerweise vermutet, dass die Patientin aus Verzweiflung gestorben sei.

Das zweite Beispiel ist das eines Sanitätsoffiziers der Armee. Er hiess Major F. Harold Kushner. Major Kushner wurde in Nordvietnam niedergeschossen und in einem Kriegsgefangenenlager interniert von 1968-1973. Hier folgt wie Dr. Seligman die Geschichte wiedergibt:

„Als Major Kushner im Januar 1968 in First Camp ankam, war Robert schon seit zwei Jahren gefangen. Er war ein rauer und intelligenter Korporal aus einer Elite-Einheit der Marine, streng, stoisch und unempfindlich gegenüber Schmerz und Leiden. Er war 24 Jahre alt...wie die anderen Männer hatte er Gewicht verloren und wog noch knapp 41kg. Er musste täglich lange, mühsame Fussmärsche machen ohne Schuhe, mit gut 40kg Maniokwurzeln auf seinem Rücken. Er beklagte sich nie...Trotz Mangelernährung und schrecklicher Hauterkrankung blieb er in sehr guter körperlicher und psychischer Verfassung. Die Ursache seines relativ guten Allgemeinbefindens war klar für (Major) Kushner. Robert war überzeugt, dass er bald befreit würde. Der Viet Cong hatte die Gewohnheit einige der Männer als Vorbilder frei zu lassen, die mit ihnen kooperiert hatten...Robert hatte dies getan und der Kommandant des Camps hatte angedeutet, er sei als Nächster an der Reihe, freigelassen zu werden, in sechs Monaten...

Der besagte Monat kam und ging, und (Robert) begann eine Veränderung des Verhaltens der Aufseher ihm gegenüber wahrzunehmen. Schliesslich dämmerte ihm, dass er betrogen worden war – dass er nicht frei gelassen würde. Er hörte auf zu arbeiten und zeigte Anzeichen einer schweren Depression: Er verweigerte das Essen und lag in einer fötalen Haltung auf seinem Bett und lutschte am Daumen. Seine

Gefangenenkollegen versuchten, ihn zu sich zu bringen. Sie umarmten ihn, umhagten ihn, und als dies nichts half, versuchten sie ihn mit ihren Fäusten aus seinem Stupor zu holen. Er urinierte und kotete in sein Bett. Nach einigen Wochen war für Kushner offensichtlich, dass Robert im Sterben lag: obwohl ansonsten seine körperliche Gesamtverfassung immer noch besser war als die der meisten anderen, er war düster und zyanotisch [Blau- oder Violett färbung der Haut und Schleimhäute wegen Sauerstoffmangels im Blut, z.B. durch Herzfehler oder Lungenveränderungen hervorgerufen.] (Anm. der Übersetzerinnen). In den frühen Morgenstunden eines Novembertages lag er sterbend in Kushner's Armen. Das erste Mal seit Tagen fokussierten seine Augen und er sprach: Doktor, Postbürostelle 161, Texarkana, Texas. Mutter, Vater ich liebe euch sehr... Innerhalb Sekunden war er gestorben.

Seligman (1975, S: 168) fährt mit dem Kommentar weiter: „Die Hoffnung auf Befreiung erhielt Robert aufrecht. Als er die Hoffnung aufgab, als er glaubte, dass all seine Anstrengungen fehlgeschlagen waren und weiterhin fehlschlagen würden, starb er. Kann ein psychologischer Zustand tödlich sein? Ich denke schon. Wenn Tiere und Menschen lernen, dass ihr Handeln sinnlos, nutzlos, vergeblich ist und keine Hoffnung besteht, werden sie anfälliger für den Tod. Umgekehrt kann der Glaube an den persönlichen Einfluss auf die Umgebung Leben verlängern.“

Zur Erklärung würde ich sagen, wenn diejenigen von uns mit einer psychiatrischen Behinderung zur Überzeugung kommen, dass all ihre Anstrengungen nutzlos sind: wenn wir erfahren, dass wir keinen Einfluss auf unsere Umgebung haben; wenn nichts was wir tun, Bedeutung hat oder die Situation verbessert; wenn wir die Anweisungen des Pflegepersonals befolgen und die Ziele, die das Personal für uns hat erreichen, aber sich immer noch kein Platz in der Gesellschaft für uns auftut; wenn das Personal entscheidet, wo wir wohnen werden, mit wem wir wohnen werden; unter welchen Regeln wir leben, wie wir unser Geld ausgeben werden, ob es uns erlaubt wird unser Geld auszugeben, wann wir die Heimgruppe zu verlassen haben und um welche Zeit wir zurückkehren dürfen, dann legt sich ein tiefes Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung über das Herz des Menschen. Und im Bestreben, die katastrophalen, biologischen Auswirkungen tiefer Hoffnungslosigkeit zu vermeiden, tun Menschen mit einer psychiatrischen Behinderung, was andere Menschen auch tun: Wir werden hartherzig und versuchen, uns um nichts mehr zu kümmern. Es ist leichter, hilflos zu werden, als hoffnungslos.

Natürlich besteht die grosse Gefahr, dass das Personal nicht erkennt, in welchen intensiven, existentiellen Kämpfen die Person steckt, die hartherzig geworden ist. Die Gefahr besteht darin, dass das Personal einfach sagt: „Oh, diese Person hat viele Anzeichen einer Negativsymptomatik und das bedeutet eine schlechte Prognose, von dieser Person dürfen wir nicht viel erwarten.“ Oder das Personal wird wertend und lehnt uns ab als einfach faul und unmotiviert. Oder das Personal unterliegt seiner eigenen Hoffnungslosigkeit und schreibt uns ab als „kaum funktionstüchtig“.

Es ist dringend notwendig, dass Dozenten und Ausbildungsleiterinnen der nächsten Generation von Berufstätigen in der Psychiatrie den Studierenden von heute helfen, diese Falle zu vermeiden. Es ist dringend notwendig, dass Studierenden geholfen wird, zu verstehen, dass Hartherzigkeit und sich um nichts mehr zu kümmern hoch motivierte Anpassungsstrategien sind, die verzweifelte Menschen gebrauchen, deren Risiko hoch ist, die Hoffnung zu verlieren. Wir müssen Studierenden helfen, zu

verstehen und sich in den tiefen existentiellen Kampf einzufühlen, der das Herzstück dieser dunklen Nacht der Verzweiflung ist.

Es gibt einige Dinge, die ich Studierenden darüber sage, wie sie mit scheinbar hartherzigen, apathischen und unmotivierten Menschen arbeiten können. Zuerst helfe ich den Studierenden, dieses Verhalten als existenziell wichtig anzuerkennen. Ich will, dass die Studierenden das Ausmass des Risikos erfassen, das sie von einer Person verlangen einzugehen mit ihrer Aufforderung, wieder zu beginnen, Interesse für etwas zu empfinden. Ich will, dass sie verstehen, dass unter dem harten Herzen das brechende Herz liegt. Wie viel Leid, wie viel Verlust kann ein menschliches Herz fassen, bevor es bricht? Der Versuch, ein solch verletztes Herz zu schützen ist keine verrückte Sache. Man muss Studierende darin unterstützen, die Strategie des Aufgebens anzuerkennen und zu verstehen, dass diese Person vielleicht nie mehr etwas riskieren wird. In jedem Fall kann einzig die Person, der wir versuchen zu helfen, riskieren, wieder Interesse zuzulassen – etwas so Einfaches vielleicht wie sich genügend Gedanken zu machen, ein Poster an der Wand des Schlafzimmers aufzuhängen, oder genügend Sorgfalt aufzubringen, um neue Kleider zu tragen oder eine Arbeitsstelle auszuprobieren. Dies scheinen kleine Dinge zu sein, aber wenn wir deren volle existentielle Bedeutung erkennen, sind solche Handlungen kleine Schritte in Richtung wieder Interesse zu empfinden, zuzugeben, dass ich mich vielleicht doch wieder an der menschlichen Gesellschaft beteiligen möchte.

Zweitens bitte ich Studenten, ihre Wahrnehmung von Personen als chronisch kranke Psychatriepatienten aufzugeben und zu versuchen, das Individuum als Helden zu sehen. Ich frage sie, hätten Sie überlebt, was dieses Individuum überlebt hat? Vielleicht hat dieses Individuum etwas getan, was Sie nicht tun könnten. Vielleicht sind das nicht schwache und zerbrechliche Kranke. Vielleicht sind jene unter uns mit einer psychiatrischen Behinderung, unglaublich stark und haben einen scharfen, beharrlichen Geist. Könnten Sie mit 530.- US\$ im Monat durchkommen und gleichzeitig mit einer Behinderung fertig werden? Wenn ein Studierender für einen Moment aus seiner distanzierten, professionellen Haltung herauskommen kann und in wahrer Demut die Person mit einer psychiatrischen Behinderung als Helden, der überlebt hat, sehen kann, dann kann ich eine gute Prognose für diesen Studierenden geben. Er hat eine Chance, seinen Dienst am Menschen mit Herz zu tun, und das ist keine geringe Leistung.

Schlussendlich bemühe ich mich um die Studierenden, damit sie verstehen, dass sie zwar nicht die Motivation für die Person aufbringen oder die Person mit der psychiatrischen Behinderung, deren Herz verhärtet ist, ändern können. Sie können aber sehr wohl die Umgebung ändern, einschliesslich der interaktiven, zwischenmenschlichen Umgebung, in welcher diese Person überlebt. Wenn es gilt, mit einer Person mit einer psychiatrischen Behinderung zu arbeiten, deren Herz hart geworden ist, die aufgegeben hat und die motiviert ist, sich um nichts mehr zu kümmern, müssen wir verstehen, dass das eine Person ist, die davon überzeugt ist, ohnmächtig zu sein. Die erfährt, dass alle Macht in der Hand von Andern ist. Sie erfahren, was Psychologen einen äusseren Verlust der Kontrolle nennen. Für solche Menschen ist es dringend notwendig, dass eine Umgebung geschaffen wird, in der es Entscheidungen zu treffen gibt. Ich rede hier nicht von erzwungenen Entscheidungen wie: "Entweder Sie schlucken Ihre Medikamente oder Sie gehen zurück in die Klinik." – (das ist eher Zwang), sondern von richtigen Wahlmöglichkeiten. Ich rede hier von allen möglichen Alternativen, angefangen mit

kleinen Angelegenheiten wie z.B. „Welche Sorte Eis möchten Sie?“ weiter mit „In welches Café möchten Sie gehen?“ bis zu „Welche berufliche Ziele möchten Sie verfolgen?“ usw.

Die Person mit dem verhärteten Herzen wird diese Einladungen, etwas zu wählen, immer wieder zurückweisen. Das Personal darf jedoch nicht verzweifeln, sich fühlen, als wären seine Anstrengungen vergebens, hart werden im Herzen und selber gleichgültig werden. Wenn sie dies tun, tun sie genau dasselbe wie die Person mit der psychiatrischen Behinderung. Das Personal darf nicht in diese Falle geraten. Es muss tun, was die betroffene Person noch nicht tun kann. Das Personal muss Hoffnung vorleben und weitere Wahlmöglichkeiten anbieten, auch wenn diese immer und immer wieder abgewiesen werden.

Zusätzlich müssen die Umgebungen den Leuten Gelegenheiten bieten, genaue Informationen zu bekommen. Information ist Macht und Information mitteilen ist Teilen der Macht. Menschen die sich machtlos fühlen, können ein Gefühl von Selbstwirksamkeit entwickeln und dieses stärken, wenn sie Zugang zu Informationen haben. Leute die sich machtlos fühlen, sind auch davon überzeugt, dass nicht zählt, was sie sagen. Sich die Zeit nehmen, den Leuten zuzuhören und ihnen zu helfen, ihre eigene einmalige Stimme zu finden, ist wichtig. Eine Stimme zu haben beim Entwickeln von Regeln und auch etwas zu sagen zu haben bei der Auswahl und Einstellung von Personal sind wichtige Wege, um eine Stimme zu üben, die zu lange verstummt war. Zum Schluss ist es wichtig, andere Leute mit psychiatrischen Behinderungen zu haben, die als bezahltes Personal arbeiten.

Rollenmodelle vermitteln die Hoffnung, dass ich vielleicht auch aus meinem verhärteten Herzen ausbrechen und wieder Anteil nehmen kann. Leute, die sich gegen die möglicherweise tödlichen Einflüsse tiefer Hoffnungslosigkeit verteidigen, müssen einen Ausweg aus dieser Verhärtung des Herzens sehen, und dass Aktivität, die sie aufbringen, sie langsam näher zu ihren erwünschten Zielen bringt. Es ist notwendig, dass sie sehen, dass die Lebensqualität besser werden kann bei Menschen die die gleiche Diagnose haben wie sie. Sie müssen sehen können, dass es Möglichkeiten gibt, ihre Situation zu verbessern. Das ist der Grund, weshalb es so wichtig ist, Leute mit psychischen Beeinträchtigungen als Psychiatriefachleute und Personal anzustellen. Deshalb ist es auch so wichtig, Peer Beistand, Selbsthilfe und gegenseitige Unterstützung zu haben.

Wahlmöglichkeiten, Alternativen, Rollenmodelle, gehört werden, das Entwickeln und Üben einer Stimme, Möglichkeiten, das eigene Leben zu verbessern: Dies sind Eigenschaften einer interaktiven Umgebung, die den Wandel von der Gleichgültigkeit zur Achtsamkeit, vom blossen Überleben zum aktiven Teilnehmen am eigenen Gesundheitsweg, ermöglichen. Solche Umgebungen zu schaffen ist das Fachkönnen, das die Psychiatriefachleute in Zukunft zu meistern haben.

Bei mir selber kann ich mich nicht an einen speziellen Moment erinnern, in dem ich die Kurve vom blossen Überleben zum aktiven Teilnehmen an meinem eigenen Gesundheitsweg nahm. Meine Anstrengungen, mein gebrochenes Herz zu schützen, indem ich es verhärtete und mich um nichts mehr kümmerte, dauerten über eine lange Zeit an. Etwas, woran ich mich erinnern kann ist, dass die Leute um mich herum mich nicht aufgaben. Sie hörten nicht auf damit, mich einzuladen, Dinge zu tun. Ich erinnere mich an einen Tag, an dem ich ohne bestimmten Grund „ja“ sagte zur Aufforderung, beim Lebensmitteleinkauf zu helfen. Ich stiess nur den

Einkaufswagen, mehr wollte ich nicht tun. Aber das war ein Anfang. Und wirklich entdeckte ich mit kleinen Schrittchen wie diesem, dass ich Stellung beziehen konnte gegen das, was mir nicht gut tat.

Ich weiss, dass Zorn, speziell wütende Empörung, eine grosse Rolle in diesem Übergang spielten. Als so ein Psychiater mir sagte, das Beste, was ich erhoffen könne sei, dass ich es schaffe, meine Medikamente zu nehmen und Stress zu vermeiden, wurde ich wütend. (Jedoch war ich nicht erfahren genug, um meine Wut und Empörung für mich zu behalten, denn Regel Nummer 1 lautet: Werde nie im Sprechzimmer eines Psychiaters wütend, wenn du die Diagnose chronische Schizophrenie hast!) Ich erinnere mich auch, dass ich nach diesem Besuch mir vornahm, Ärztin zu werden. Ich war so ausser mir über die Dinge, die mir gegen meinen Willen in der Klinik angetan wurden und auch über das, was ich sah, wie es anderen Leuten passierte, dass ich mich entschloss, einen guten Abschluss und genügend Qualifikationen zu erreichen, um selber ein Heilungszentrum zu führen. In der Tat hatte ich eine Überlebensmission, für die ich mich leidenschaftlich berufen fühlte.

Ich war vorsichtig und teilte meine neu gefundene Hoffnung niemandem mit. Stellen Sie sich vor, was mein Psychiater zu mir gesagt hätte, wenn ich ihm im Alter von 18 Jahren angekündigt hätte, ich beabsichtige, ein Doktorat in klinischer Psychologie zu machen - nachdem ich praktisch aus der High School geflogen war, mit einem GRE Test von unter 800 (*Graduate Record Examinations: ein Eignungstest, obligatorisch für die Zulassung zu vielen Studiengängen an amerikanischen Universitäten. Die Maximalpunktzahl ist 1600, die Mindestpunktzahl für die Aufnahme wird von den Universitäten je nach Studiengang festgelegt. Anm. der Übersetzerinnen*) und einer chronischen Schizophrenie. „Grössenwahn!“ Aber genau das tat ich. Beginnend mit einem Kurs für Englischaufsatz an der lokalen öffentlichen Schule, machte ich langsam meinen Weg. Ob ich meine Textbücher in die Klinik schleppte oder trotz Doppelsehen wegen Prolixin zu lesen versuchte, ich bewegte mich langsam vorwärts. Ich hatte eine starke Spiritualität, die wirklich half. Ich hatte eine starke therapeutische Verbindung mit einem Psychotherapeuten. Ich lebte mit modernen Hippies, die für viel verrücktes Verhalten Toleranz hatten, einschliesslich meiner psychotischen Episoden. Nach einigen Versuchen in meinen frühen Teenager-Jahren spürte ich irgendwie, dass Drogen und Alkohol nichts für mich waren und ich nahm sie nicht, obwohl die Leute um mich herum es taten. Im Rückblick weiss ich, dass dies eine weise Entscheidung war. Ich las Bücher über Heilung und Psychopathologie und Persönlichkeitstheorie, um mich und meine Situation besser zu verstehen. Ich versuchte immer wieder neue Wege, um Symptome zu bewältigen, einschliesslich meines andauernden Stimmen Hörens. Und was vielleicht am allerwichtigsten war, wenn ich am morgen aus dem Bett stieg, wusste ich immer wozu – ich hatte einen Lebensinhalt, ich war gerufen worden, ich hatte eine Berufung und ich sagte immer wieder ja dazu. Auch jetzt noch muss ich täglich meine Berufung bestätigen, um weiterzumachen. Die Versuchung, aufzugeben, ist manchmal immer noch gross.

Mein Gesundungsweg geht immer noch weiter. Ich kämpfe immer noch mit Verzweiflung, trauere über die Verluste, die ich ausgehalten habe, und beteiligte mich schliesslich an einer Therapie, um mich durch eine Geschichte von Kindsmisbrauch zu arbeiten. Ich bin auch an Selbsthilfegruppen und gegenseitiger Unterstützung beteiligt. Aber jetzt bin ich über die Rolle des „Konsumenten“

hinausgewachsen. Was mir am Wichtigsten ist: dass ich ein Leben führe, das für mich ganz und wertvoll ist. Ich bin umgeben von Menschen, die ich liebe und die mich lieben. Ich leiste einen wertvollen Beitrag für meine Welt.

Es steckt mehr hinter dem Gesundungsprozess, als sich bloss von psychiatrischer Krankheit zu erholen. Wir müssen uns auch von den Auswirkungen von Armut und Zweitklass-Bürgerschaft erholen. Wir müssen lernen, unser Bewusstsein auszudehnen und unseren kollektiven Stolz zu finden, um das verinnerlichte Stigma zu überwinden. Schliesslich kommen viele von uns traumatisiert aus psychiatrischen Einrichtungen, weil sie körperlichen, sexuellen und/oder emotionellen Missbrauch durch das Personal erlitten oder miterlebt haben. Wie ein Langzeitveteran psychiatrischer Dienstleistung schrieb: „Das Zeug, das ich durchmachte, war wie ein Albtraum. Manchmal gehe ich zurück in den Albtraum. Ich weine jede Nacht darüber. Mich daran zu erinnern, ist wie wenn ich wieder im Albtraum drin wäre.... Manchmal schreie ich nachts, weil ich von der Klinik träume, in der ich vergewaltigt wurde oder von anderen Kliniken, in denen ich war.“ (LaLime, 1990). Manchmal ist der Gesundungsprozess von psychiatrischer Krankheit der leichtere Teil. Sich von den tiefen Wunden am menschlichen Herzen zu erholen, dauert länger.

Mit Gesundung ist nicht „behandelt und geheilt werden“ gemeint. Es bedeutet nicht Stabilisierung oder Pflege. Gesundung ist eher eine Haltung, eine Einstellung und ein Weg, die täglichen Herausforderungen anzugehen. Es ist ein selbst gesteuerter Prozess, um Sinn und Zielsetzung ins Leben zurück zu gewinnen. Es ist ein Prozess, der durch menschliche Belastbarkeit gegenüber Widrigkeiten gekennzeichnet ist. Es ist keine perfekte, geradlinige Reise. Es gibt Zeiten schneller Fortschritte und enttäuschender Rückschläge. Es gibt Zeiten in denen man nur lebt, nur ruhig bleibt, sich ausruht, sich neu organisiert. Jede Gesundungsreise ist einmalig. Jede Person muss herausfinden, was für sie funktioniert. Das bedeutet, dass wir die Gelegenheit bekommen müssen, etwas zu wagen, fehlzuschlagen und es wieder zu versuchen. Um Gesundungsprozesse zu begünstigen dürfen Psychiatriefachleute uns die Möglichkeit nicht wegnehmen, Fehler zu machen. Fachleute müssen das Konzept der Würde des Risikos und das Recht auf Fehlschlag beachten, wenn sie uns unterstützen wollen.

Zum Abschluss möchte ich hinzufügen, dass sich auf der ganzen Welt Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung beginnen zu organisieren. Wir organisieren uns auf lokaler, staatlicher, landesweiter und internationaler Ebene. Wir entwickeln eine kollektive Stimme und kämpfen, um Unterdrückung, Armut, Diskriminierung und Stigma zu überwinden. Wir sagen „nein“ zur Zweiklassen- Gesundheitsversorgung, armselige oder nichtexistente Wohngelegenheiten und zu den Demütigungen, die mit psychiatrischer Hospitalisation zusammenhängen, einschliesslich des barbarischen Gebrauchs von Zwang und Isolation. Wir sitzen an einem Tisch mit Dienstleistungserbringern und Politikern, um über Alternativen zu unfreiwilligen Behandlungen ins Gespräch zu kommen. Wir schliessen uns mit anderen Behindertengruppen zusammen, um eine Koalition von 40 Millionen Amerikanern mit Behinderungen zu bilden, um Gleichheit im Gesundheitswesen, in der Betreuung und den Anspruchsberechtigungen durchzusetzen.

Wir beginnen auch unsere Erfahrungen in unserer eigenen Sprache zu formulieren, und Psychiatriefachleute unsere Erfahrung zu lehren und ihnen zu vermitteln, was uns hilft. Wir beginnen unser kollektives Erbe zu entdecken, zu bergen und zu feiern durch das Sammeln und Archivieren mündlicher Geschichten von Konsumenten und

durch andere Anstrengungen, unsere kollektive Geschichte zurück zu fordern. Wie für andere sozial abgewertete Gruppen ist die Zeit für Menschen mit einer psychiatrischen Behinderung gekommen, unsere Geschichte zurück zu fordern und sie in unseren eigenen Worten zu erzählen.

Ein neues Zeitalter ist angebrochen. Wir müssen den Studierenden von heute helfen zu verstehen, dass Menschen mit einer psychiatrischen Behinderung Menschenwesen mit Menschenherzen sind. *Unsere* Herzen sind so real, so verletzlich und so wertvoll wie *Eure*. Zu verstehen, dass Menschen mit einer psychiatrischen Beeinträchtigung zuerst und vor allem Menschen sind, die dabei sind, sich zu entwickeln, zu wachsen und sich zu verändern - das ist die Grundlage zum Verstehen des Konzepts der Gesundheit. Wir dürfen unsere Herzen nicht hart werden lassen und uns gegen Menschen mit psychiatrischer Behinderung nicht abstumpfen. Unsere Rolle ist es, nicht zu urteilen, wer gesunden wird und wer nicht. Unsere Aufgabe ist, Umgebungen zu schaffen, in der es Möglichkeiten für Gesundheit und Selbstbefähigung gibt. Unsere Aufgabe ist es, starke, unterstützende Beziehungen zu den Leuten mit denen wir arbeiten aufzubauen. Und vielleicht am allerwichtigsten und die grösste Herausforderung für uns ist es, Wege zu finden, die Entmenschlichung im Zeitalter zunehmender Profitorientierung zurückzuweisen und mutig, unerschrocken und risikofreudig genug zu sein um Menschenwürde, Menschenachtung und Menschenliebe zu bewahren, während wir im Dienst am Menschen stehen