

„Recovery“ – Neue Wege in der Psychiatrie?
Bayerisches Landestreffen der
Angehörigen psychisch kranker Menschen
24. Oktober 2015 in München

Münchener Psychiatrie-Erfahrene e.V.
Thalkirchner Str. 10/1, Stock
80337 München
fon: 089-260 230 25
fax: 089-260 230 84
mail: muepe-selbsthilfe@t-online.de
web: www.muepe.org

Zwischen Recovery und Resignation – eine Ermutigung aus Patientensicht

Gottfried Wörishofer

Sehr geehrte Frau Straub, Sehr geehrter Herr Möhrmann,
Sehr geehrte Damen und Herren,

was erwartet Sie in der nächsten ½ Stunde? Das Wort „Recovery“, obwohl es im Titel vorkommt, wird nicht oft fallen. Dem Sinn und der *Sache* nach, die Recovery meint, werde ich hingegen scharf auf den Fersen bleiben. Das heißt, ich bewege mich frei, so wie es die Sache selbst fordert in *unserer* Sprache, und will keiner Theorie folgen. Das Gesagte wird der Theorie, soweit ich sie kenne, jedoch nicht widersprechen, sondern in ihr enthalten sein. So ist auch nichts gegen sie vorzubringen. Im Gegenteil. Die allermeisten Psychiatrie-Erfahrenen, die davon wissen, finden Recovery prima. In der Tat ist sie die Komplettierung zur Dreifaltigkeit aus Selbsthilfe, Empowerment und nun auch: Recovery. Meine Frage ist eher: Wie komme ich vom Hauptwort zum Tunwort. Was tue ich, wenn ich „recovere“? Was tue ich auf dem „Wege zur Besserung?“

Mehr als ursprünglich geplant, muss ich von meiner *eigenen* Geschichte preisgeben, will ich Ihnen doch als Zeuge dienen. Als Zeuge, der unmittelbar vom Geschehen, z. B. der Hoffnung, berichtet. Notwendigerweise muss ich daher aus mir schöpfen, denn nur bei sich selbst sitzt man quasi „an der Quelle“ des Phänomens. Um eine bloße Einzelmeinung kann es sich aber schon deshalb nicht handeln, weil wir Menschen in fundamentalen Dingen nicht gar so verschieden sind. Als Patienten noch weniger. Ich will in 3 Schritten vorgehen: 1. Die Ersterkrankung; 2. Wiederkehr, Entmutigung und Souveränität als „Erfahrener“ 3. Haltung und Rolle der Angehörigen.

1. Alle Genesung beginnt mit dem „Wovon“ es zu genesen gilt! Die Ersterkrankung.

„Wie Gleise sich perspektivisch in der Ferne berühren, schien alles in einem letzten Punkt verschluckt. Mit einem Pflasterstein warf ich die Glastür eines Jugendstilhauses ein. Es konnte mir nicht schnell genug gehen, bis Rettung naht. Ich rempelte einen Passanten an und drückte den Knopf einer Notrufsäule. Die Polizei verbrachte mich in eine Zelle im Keller der Moabiter Dienststelle, Holzklasse. Da wähnte ich mich als ein Mitglied der Baader-Meinhof-Gruppe und sollte ausgetauscht werden, allerdings nur zum Schein, wie sämtliche Ereignisse um die Terroristen herum Inszenierungen wären, die ausschließlich in Presse und Fernsehen,

keinesfalls aber in Wirklichkeit stattfänden. Nachts kam ein Mann mit Aktentasche, fand mich nackt vor, weil ich den Reißverschluss der Jeans brauchte um Parolen in die Wand zu ritzen. Am Morgen durfte ich – liegend – im Krankenwagen durch die Stadt fahren, bis wir, von lauter Ziegelbauten umgeben, ein Gebäude betraten, das ich erst Tage später als Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik identifizierte. Haus 4a: Auch das ein Backsteinbau, mit Bettensaal, Ledermanschetten und Gurten für's Hand- und Fußgelenk; große, *große* Fenster mit vielsagenden Fensterkreuzen, strengen Pflegern, die, wenn ich Grüß-Gott sagte, antworten: „Von mir och, wenn Du ihn siehst.“ Die Putzfrau verwandte das schärfste Putzmittel Berlins, schäkert mit den Pflegern, zu mir sagte sie: „Wat für'n hübscha Junge!“ – Da ist sie schon, die erste Recovey-Erfahrung! Und dann gab es da noch den jungen Dr. S., ein kleingewachsener, dabei sehr agiler Mann mit bereits schütterem Haar. Heute noch seh´ ich ihn mit wehendem Arztkittel auf mich zu segeln. Meine Wahnwelten hielten ihn nicht ab, regelmäßig mit mir zu sprechen, oder eine Zigarette mit mir zu rauchen. Parallel dazu, gab´s eine robuste Haldol-Behandlung. Die bald schon ihre Wirkung tat: Im Kopf lag fortan *kein* Stein mehr auf dem anderen, *kein* Gedanke war mehr greifbar: Nur Leere und Verstummen. Einzig die Sorge, jetzt habe mich dasselbe Schicksal ereilt wie meine Mutter, die zu dem Zeitpunkt bereits das zweite Jahr in einer Nervenklinik verbrachte. Verzweiflung und Selbstmordgedanken ließen mich an Dr. S. die schlichte Frage richten: „Werde ich denn je wieder der alte?“ – Und nun fielen jene *goldenen* Worte, derentwegen ich die Geschichte überhaupt nur erzähle. Er sagte nämlich: „Du wirst nicht bloß wieder der alte, Du wirst sogar ein ganz *neuer!*“ – Ist also doch nicht alles zu Ende? Es wurde mir leichter... Auf meine Frage, *was* ich denn hätte, meinte er, quasi als Diagnose: „Du hast eine psychische Reaktion.“ – Demnach also nichts so *arg* Schlimmes, verstand ich. – Später freilich musste ich auf einem Laufzettel das giftige Wort „Schizophrenie“ lesen, was mich erneut in Verzweiflung stürzte. Im Ganzen und auf die Länge gesehen, behielt jedoch die Aussage von Dr. S. eindeutig die Oberhand. Als Arzt und älterer Freund, wie ich ihn empfand, war er die leibhaftige Zuversicht, und damit stärker als die vernichtende Diagnose „Schizophrenie.“

Alles fängt mit dem Anfang an.

Kein Mensch weiß, wie´s nach der Ersterkrankung weitergeht. *Vor-Urteile* über die Zukunft sind daher fern zu halten. Erstmals in einer Psychiatrischen Klinik zu landen, ist für einen jungen Menschen, der einem hoffnungsfrohen aber gleichermaßen ahnungslosen Leben mit Familie und Gleichaltrigen entrissen wird, schockierend genug. Wenn er sich eingestehen muss, den Verstand verloren zu haben, hat er sich genügend Probleme eingehandelt und braucht nicht auch noch eine negative Prognose.

Warum ist das so wichtig? Recovery spricht vom „Ende der Unheilbarkeit.“ Eine These, – deshalb wichtig, weil sie einer negativen Prognose und schlimmen Erwartung widerspricht, vielleicht diese sogar wegnimmt. Diese wegzunehmen ist bitter nötig, um eine Zukunft zu definieren, d. h. zu *erwarten*, die ich – bei aller Dunkelheit und Entgleisung –, *gestalten*, oder wenigstens beeinflussen kann. Zukunftserwartung, die ermöglicht, *aktiv* mit dem umzugehen, was mir jäh als Schicksal aufgehalst wurde. Viele Psychiater werden der Meinung sein, man dürfe den Patienten doch nicht im *Unklaren* darüber lassen, „was er hat.“ Das sind durchaus ehrenwerte Überlegungen. Aber es muss die Frage erlaubt sein: „*Was* habe ich eigentlich, wenn ich Schizophrenie habe, und ist dies zu wissen, in dem Moment das Wichtigste?“ Wich-

tig ist, neben einer neuroleptischen Akutbehandlung: Trost erfahren, Hoffnung schöpfen und Zuversicht gewinnen. Ich komme auf das Beispiel zurück. Der Arzt hat für meine Begriffe alles richtig gemacht, was man nur richtig machen kann – damals schon, vor mehr als 40 Jahren! Dr. S. sprach: „Du wirst ein ganz Neuer werden.“ – Wer soll das schon sein, dieser „Neue?“ Das ist kein Versprechen von der Art, wie man verspricht: „Die 50 € wirst Du schon zurückbekommen.“ Das lässt sich einhalten oder auch nicht!

Jenes „Versprechen“ (in Anführungszeichen), das weit voraus, ins Unbestimmte gesprochen wurde, hat einen *völlig* anderen Charakter, und kann weder gehalten, *noch* gebrochen werden, denn es ist gar kein Versprechen, sondern eine...: *Verheißung*. Nicht des Himmels freilich, aber für mein Selbst. *Dass es sich selbst helfen kann*. Grundsätzlich! Damit befindet sich der Kranke in einem inneren Modus des Hoffens. Diesmal als Tun-Wort. Das eigentlich Hebende an der Hoffnung ist nicht die *Erlangung* des Erhofften, sondern das Hoffen selbst. Gelangen wir in den Vollzug des Hoffens – jeder Mensch in einer depressiven Befindlichkeit kennt das –, schlägt die Stimmung um in Zuversicht: Im wahrsten Sinne des Wortes kommt es überhaupt erst wieder zu einer Sicht. Zuversicht eben. Die Botschaft „Du wirst ein ganz neuer!“ war mir Quelle der Zuversicht, die zwar versickern, niemals aber versiegen konnte. Die größte Enge, die Angst nicht mehr leben zu können, öffnete sich zur aufsteigenden Weite, deren Wege sogar die Bruchstücke des Zusammenbruchs *benötigen* um Neues zu bauen.

2. *Wiederkehr, Entmutigung und Souveränität als „Erfahrene.“*

Hat man nicht das Glück, zu jenem Drittel von Psychose-Patientinnen und –Patienten zu gehören, welches statistisch von weiteren Krankheitsphasen verschont bleibt, so ist man einer zermürbenden Wiederkehr von Rückfällen ausgeliefert. Nichts mehr los mit Optimismus, und „Wir schaffen das schon!“ Selbsthilfe? Essig. Nichts geht mehr. Die „goldenen Worte“ sind nichtssagend. Der „Neue?“ – ein Witz! Neu hingegen ist für Viele: Freunde ziehen sich zurück, oder umgekehrt, ich gehe ihnen aus dem Weg, weil es mir – weil es uns – nicht mehr möglich ist, harmlosen Frohsinn an den Tag zu legen. Sich als „Spaßbremse“ zu empfinden, ist nur ein kleiner Punkt, an dem die Kluft zu anderen spürbar wird. Sämtliche Beziehungen verlieren ihre Selbstverständlichkeit, sofern sie die je hatten. Entweder man flieht die Verwandten, damit sie nichts erfahren und empfindet sich als „Heimatvertriebener“ oder man fürchtet, als armseliger Verwandter zu gelten, der notgedrungen öfter zum Café eingeladen wird. Man kann es einem halt nicht recht machen – mit einem Wort: Man entspricht *selber* nicht den Vorstellungen davon, wie man *selbst* sein möchte. Man hält es in seiner Haut nicht mehr aus. Was soll auch aus einem werden? Die Lücken im Lebenslauf sind weder zu leugnen, noch zu flicken. Ich soll, sagen sie, meinen Beruf an den Nagel hängen, mit dem Studium aufhören, das sei alles viel zu stressig, ich sei doch so „dünnhäutig.“ Damit all jene unterkämen, denen man schon empfohlen hat Friedhofsgärtner zu werden, müsste jeder Fußballplatz zum Friedhof werden.

Verehrte Damen und Herren, bei den wenigen Sätzen will ich es belassen, um jene kritische Phase im Leben der Betroffenen anzuzeigen: Alles kippt um in ein globales Gefühl der Vergeblichkeit, die stille Macht der Resignation übernimmt die Führung. Sie kennen das zur Genüge, jedes weitere Wort kann ich mir sparen. Schließlich soll und will ich Sie nicht deprimieren, sondern *ermutigen*. Die Kenntnis dieser einsickernden Resignation setze ich jedoch für alles Weitere voraus. Sie kommt nicht über Nacht, eher schon Tag um Tag, als langer und

schmerzlicher Abschied vom ursprünglichen Lebensentwurf. Der Abschied ist nie ganz beendet, weil der Lebensentwurf so einfach nicht tot zu kriegen ist. Er muss *verwunden* werden. Damit meine ich einen Prozess, der Jahre andauern kann und doch nie ganz abgeschlossen ist. Derartiges Verwunden entzieht sich jedem strategischen Handeln und ähnelt dabei eher einem Trauerprozess.

Aber: wenn es gut geht, fasst sich das Leben wieder ein Herz. Die Patientin, der Patient *kann* zum *Erfahrenen* werden.

Wenn ich sage: „Das Leben fasst sich ein Herz“, so ist damit jener Ruck gemeint, der gleichsam zur *Selbsthilfe* ermächtigt – *Empowerment* im Sinne von Selbstermächtigung. Klingt martialisch, kommt jedoch mehr einer stillen Entschlossenheit gleich. Zunächst hat sie überhaupt nichts mit einer Organisation oder Gruppe zu tun. Selbsthilfe beginnt damit, *etwas verstehen zu wollen!* Bedeutet, sich von der Vorstellung zu verabschieden, man sei ein reparaturbedürftiges Fahrzeug, das man bei der allein selig machenden Werkstatt Psychiatrie abliefern – und heil wieder zurückbekommt. *Selbsthilfe* bedeutet: Selbstbeobachtung, sich Transparenz verschaffen z. B. über Frühwarnzeichen. Gibt es, bevor der Schlaf ausbleibt, vielleicht ein *noch* früheres Frühwarnzeichen? Lernen nicht mehr zu erwarten, dass die Anderen, wer auch immer, verantwortlich sei, die beginnende Psychose zu bemerken. In der Regel hat man selbst, da man sich im „Quellgebiet der Psychose“ aufhält, weit eher die Chance zu bemerken, wann es „wieder losgeht.“ Eine Haltung, die Schuld notorisch jemand anderem zu geben, dürfte vollends in eine Sackgasse führen, ganz einfach deshalb, weil die damit verbundene Erwartung Abhängigkeit erzeugt. Abhängigkeit von Jenen, die – mit Ausnahme der Angehörigen – meist weniger an mir interessiert sind, als ich selbst am mir interessiert sein muss. Das Hilfesystem ist inzwischen *lediglich* komplex, aber nicht lückenlos und wird es nie sein können. Am falschen Ort, zur falschen Zeit und mit einem falschen Problem, hat das Netz garantiert ein Loch, und sei’s in der Zuständigkeit. Daher ist es vernünftig und gut, mit dem Hilfesystem einen souveränen Umgang zu pflegen, was heißt, bei aller Bedürftigkeit den Hut aufbehalten und die Letztverantwortung bei sich verorten. – Nicht wenige von Ihnen werden jetzt denken, meine Tochter, mein Sohn ist doch viel zu krank, er muss in einer Einrichtung leben, sie muss doch eine Tagesstätte besuchen und braucht Fürsorge. – Ein schwerwiegender Einwand! Der wichtigste allemal. Später werde ich darauf zurückkommen. Für jetzt nur so viel: *Selbsthilfe* ist eine Frage der Dosis, besser gesagt, ein flexibler Umkreis von Möglichkeiten, die von Mensch zu Mensch und von Krankheit zu Krankheit *unterschiedlich* ausgeschöpft werden können. Prinzipiell ist niemand dafür ungeeignet. Ich würde sogar behaupten, Jeder von uns betreibt „Selbsthilfe“, wenn nicht methodisch, so doch in der Weise, dass wir uns den „Lastcharakter des Lebens“ fortwährend zu erleichtern suchen.

Lassen Sie mich nun auf das leidige, gleichwohl *sehr* wichtige Thema „Medikamente“ kommen. – Nicht den geringsten Sinn hätte es, eine allgemeine MüPE-Auffassung vertreten zu wollen, das käme einem Rückfall in die 90er-Jahre gleich, als noch „bis aufs Blut“ um die „richtige“ Meinung zu Psychopharmaka gestritten wurde. Die Auffassung, dass es sich dabei um eine höchst *individuelle* Notwendigkeit und Entscheidung handelt, hat sich weitestgehend durchgesetzt. Schaden und Nutzen spielt sich in den Einzelnen ab, die heute – im Vergleich zu früher – gut miteinander auskommen. Nach meiner Erfahrung in 20 Jahren MüPE, werden

Psychopharmaka von Betroffenen sowohl über- als auch unterschätzt. *Überschätzt*, wenn sie bedenkenlos und als Chemie genommen werden, für Alles gibt es dann einen Stoff, der Missempfindung beseitigt. Aber warum soll das nicht auch Selbsthilfe sein? Das Leben ist zwar kein Chemiebaukasten, lässt sich aber praktisch so auffassen. Manches zu ertragen, kann indes langfristig besser sein, als es weg zu machen. Man lebt auch länger, sofern es einem drauf ankommt.

Psychopharmaka werden häufig auch *unterschätzt* – die Möglichkeit, sie als *Hilfsmittel* zu sehen, scheint erschwert bzw. irgendwie verstellt. Die Nebenwirkungen! Was für uns im Moment nur ein Wort ist, bedeutet für einen jungen Menschen mitunter 30 kg Gewichtszuwachs in 3 Monaten, mit allen Katastrophen die er nach sich zieht. Ablehnung und Skepsis gegenüber Psychopharmaka sind mehr als verständlich – aus vielerlei Gründen, die Wir alle kennen. Aber der *Psychiatrie-Erfahrene* wird, sofern er ohne Neuroleptika regelmäßig psychotisch destabilisiert, der Empfehlung seines Arztes folgen, den Beipackzettel mit kühlem Kopf lesen und sich sagen, *alle* Nebenwirkungen werden schon nicht auf mich zutreffen, das probier´ ich jetzt mal, vielleicht kann ich damit besser leben. Dann sollte er genau beobachten was passiert. Am besten in einem Tagebuch, in dem er auch andere, soziale Vorkommnisse festhält, so wird er mit der Zeit ein Forscher – ein Selbsterforscher. Selbsthilfe heißt gerade nicht eigensinniges Beharren, sondern heißt: den Blick *weit* stellen, prüfen und abwägen, einem Verfahren oder Psychopharmaka Zeit einräumen, bis es die angezielte Wirkung entfalten kann; heißt: kritisch *und* selbstkritisch reelle Optionen angehen. Uns ist allen klar, das kann man nicht voraussetzen. Auch der Normalbürger verfügt über diese aufmerksame Beobachtung allenfalls beim Autokauf. Was seine *Psyche* angeht, braucht er sie gar nicht, weil er seine „Psyche“ als schmerzfreies Fahrzeug zur Verfügung hat. Für uns aber, ist Selbststeuerung und Autonomie, sich selbst erst das Gesetz zu *geben*, die eigentliche Aufgabe im Leben. Dafür ist jedes Mittel und jede Hilfe recht, gilt es doch, sich auf einen stets gefährdeten Weg zu bringen, für den es keine Blaupause gibt, der im Gehen erst entsteht – einer Erstbegehung gleich. Selbsthilfe, könnte man sagen, ist Pionierarbeit bei und mit sich selbst. Nachdem dies extrem schwierig ist, brauchen wir stellen- und phasenweise therapeutische Hilfe. z. B. taucht bei vielen Patienten, der Wunsch auf, die Psychopharmaka abzusetzen. Häufig tun wir es selbst, klammheimlich – weil wir davon ausgehen müssen, dass unser Wunsch abgelehnt wird. Hat man diese Zurückweisung nur *einmal* erlebt, wird man den Wunsch so schnell nicht wieder vorbringen. Sie wird als schroffe Zurückweisung meines Lebenswillens erfahren, als wäre der Psychiater – obwohl er wahrscheinlich aus Sorge abweist – daran interessiert, dass es mir schlecht geht, nein: als würde er meinen Lebenswillen *geringer* schätzen als die Einhaltung der Behandlungsleitlinie. Im Grunde sagt der Patient ja vorrangig nicht „ich will absetzen“, sondern er sagt, „ich will, dass es mir besser geht.“ Da die Lebensqualität unmittelbar mit Art und Dosierung des Pharmakons zusammenhängt, ist der Wunsch nach Absetzen m. E. *unbedingt* zu beachten, wenngleich auch nicht strikt zu befolgen, sondern fürs erste therapeutisch in „Zufriedenheit mit einer Reduktion“ zu verwandeln. Ein Anstieg der Lebenslinie wird damit nicht gekappt, eher schon durch Zuversicht gestärkt. Viel zu wenig wird diesem Thema Aufmerksamkeit und Zeit gewidmet, was ich im Übrigen für einen Behandlungsfehler halte – aber dies nur nebenbei. Wer sich als Patient selbst entdeckt, als *Aufgabe* selbst entdeckt – wird sich *nicht aufgeben*. Er wird neben den professionellen Hilfen verschiedenste „Dinge“ tun, von denen ich nur ein paar nenne: Er oder Sie kann in eine Selbsthilfe-Gruppe gehen,

lernen über sich zu sprechen. Sie oder Er kann Malen, Weltliteratur lesen oder eigene Texte schreiben. Er oder sie geht in die Natur. „Warum“, fragt ein Philosoph „gehen wir so gern in die Natur?“ – Und antwortet: „Weil sie uns nicht kritisiert!“ Sie oder Er kann ein Manual für den Recovery-Prozess verwenden; Er oder Sie kann im religiös-spirituellen Leben Sinn und Rettung finden etc.

3. Haltung und Rolle der Angehörigen

Ich komme endlich zu dem bereits erwähnten „schwerwiegenden Einwand.“ Hier im Saal wird es Mütter und Väter, aber auch Partner und Geschwister geben, die sagen: „Ist ja alles schön und gut, aber *mein* Angehöriger, ist dafür viel zu krank, was da vorgeschlagen wird, trifft nicht zu. Wahrscheinlich sind *Sie* sogar *die* Zuhörer mit dem größten Interesse und den meisten Hoffnungen?! Sie haben *alles* versucht; *alle* Dienste in Anspruch genommen! Ihre Tochter geht da einfach nicht mehr hin; der Sohn traut sich nicht mehr aus dem Haus. Gründe werden kaum angegeben, jedes Gespräch erschlapft, oder endet – nicht mal widerwillig – nur einfach so, ohne Grund. Familien mit diesem Problem, befinden sich in einer paradoxen Lage, einem Teufelskreis – der nach meiner Auffassung, wenn überhaupt, wieder nur an einer Stelle zu durchbrechen wäre: dem Ich-Selbst des Betroffenen – wie gehabt. Aber *das ist* es ja gerade, was *nicht* geht. In dem Selbsthilfe-Recovery-Konzept wird etwas vorausgesetzt, das es für manche Menschen offenbar nicht gibt, und aufgrund der psychischen Erkrankung vielleicht nicht geben *kann*: das reflektierende und daher auch mit Willen und positivem Affekt begabte Ich-Selbst.

Ein Freund, den ich noch als amtierenden Philosophie-Dozenten kennenlernte, erkrankte Mitte 20 mit einer solchen Wucht an Schizophrenie, dass er fortan nur noch in Heimen leben konnte. Selbständiges Wohnen scheiterte bereits daran, dass er ständig den Wohnungsschlüssel abbrach. Über 25 Jahre hinweg musste ich einen beispiellosen Niedergang mit ansehen, dem an keiner Stelle Einhalt geboten werden konnte. Was ich damit sagen will: Entgegen meiner Überzeugung, musste ich zur Kenntnis nehmen: Hier liegt eine so schwerwiegende psychische Erkrankung vor, die mächtig genug ist, sämtliche Daseinsbereiche zu durchtränken. Wollte man auch nur irgendjemandem die „Schuld“ oder auch nur eine „Ursache“ zu rechnen, begäbe man sich auf einen haltlos-spekulativen Holzweg, der nirgendwo hinführt. Einzig half dem Mann vielleicht noch die Philosophie; ganz sicher aber ein paar Menschen, auch seine Mutter, die ihn nicht aufgaben, ihn unverdrossen besuchten und damit für sein Leben, das er in stoischer Haltung zu bestehen suchte, Zeugenschaft ablegten. Zeugenschaft hebt zum einen die Einsamkeit auf, zugleich *bezeugt* sie jene *Leistung*, die ihm eine lastende Schwere aufzwingt. Den heruntergekommenen Menschen, der, wie man sagt, „nicht mehr wartzimmerfähig“ ist, *überhaupt* so zu sehen und zu *verstehen*, dass er schicksalstragend etwas „*leistet*“, das evtl. mehr Anstrengung fordert, als einen öffentlichen Vortrag zu halten, ist für den Betroffenen eine palliative, damit hebende, ja nicht hoch genug zu schätzende Erfahrung: „*Da gibt es jemand der sieht mich, ich bin ja doch etwas wert!*“ Rundweg falsch dürfte es daher sein, zu behaupten, es sei kein Ich-Selbst mehr zu finden. Soweit wir um den innersten Lebensvollzug wissen können, wird es, je ohnmächtiger, desto drängender zu spüren sein.

Man müsste das weiter ausführen, so wichtig ist es. Der knappen Zeit halber verzichten wir darauf. Als Psychiatrie-Erfahrene bewegen wir uns jedenfalls auf der abschüssigen Bahn zwi-

schen den gezeigten Extremen. Wem es verwehrt ist, sich selbst motivieren zu können, ist darauf angewiesen, dass Andere das *für* ihn tun. Recovery, ursprünglich ein Konzept von und für Betroffene, geht dann in ein *professionelles* Konzept über. Das wäre ein weiterer Vortrag. Der drängende Fragen stellen müsste, z. B. wie sieht eine *Hilfe* zur Selbsthilfe aus? Kann ein Profi etwas dazu beitragen? Braucht es nicht den langen Atem aufsuchender Hilfe um jemand aus seiner geistig-emotionalen Bewegungsarmut heraus zu locken? M. E. eine eminent therapeutische Aufgabe. Auszuschließen ist nicht, dass auch begabte EX-IN-Absolventen dafür geeignet wären. Sie haben zumindest eine Ahnung davon, wieviel Zeit und Geduld Veränderungen brauchen. Die leichtsinnige Rede vom *chronischen* Krank-sein ist allzu früh bei der Hand und meistens doch ganz unnötig.

Wir fragen uns: Was können Angehörige noch tun – oder auch lassen? Mit zum Härtesten gehört es, wenn Angehörige etwas *gegen* den momentanen Willen ihres Sohnes, Ihrer Tochter unternehmen müssen. Eine Unterbringung veranlassen, eine Betreuung anregen etwa und dadurch die Vertrauensbeziehung aufs Spiel zu setzen, wohl wissend auch, dass es um die Verhältnisse in der Psychiatrie häufig nicht zum Besten steht. – Als ich im Alter von 22 Jahren wieder mal psychotisch entgleiste, verpasste mir der Vater einen mittelprächtigen Kinnhaken, worauf ich – völlig perplex – bereitwillig mit in die Klinik fuhr. Seltsamerweise hab´ ich ihm *das* nie übel genommen. Als er hingegen meine Anstrengungen während einer Depression mit dem Spruch quittierte, ich müsse mich „in den Gegenwind des Lebens stellen, von Sturm wolle er ja gar nicht reden“, nahm ich ihm das *sehr* übel. Aber im Großen und Ganzen, um das noch zu erwähnen, fand ich mein Elternhaus in Ordnung. Es war zum Beispiel immer 100 % ig klar und brauchte nicht eigens betont werden, dass ich *jederzeit* nach Hause kommen kann. Manchmal war das nötig. Andererseits war *auch* klar, dass es da keine Hängematte gibt. Es war, wenn man so will, nicht gemütlich *genug* um sich *nur* gehen zu lassen. Ich will nicht so weit gehen, zu behaupten, Elternhäuser bergen grundsätzlich ein Risiko in Bezug auf Überversorgung. Aber ich sehe, dass es einer Quadratur des Kreises gleichkommt, das existenzielle Angenommen-sein mit einer Atmosphäre des Gefordert-Sein zu verknüpfen. Die Gefahr ist doch zu groß, dass Wohnen im Elternhaus ein müdes Dasein begünstigt, obwohl das letztlich niemand beabsichtigt. Bei guter Hausmannskost spielt es eben keine Rolle mehr, ob die Eltern nerven. Manchmal ist es schwierig, eine derartige Situation aufzulösen; zum Nutzen aller dürfte es gleichwohl notwendig sein. Unumgänglich ist es allemal – früher oder später.

Ich komme zum Schluss: Was Ich Ihnen raten konnte, ist dürftig. Ein Rat aber, der „Alles über *einen* Leisten zu schlagen“ vermöchte, wäre sowieso Unsinn. Wir sind, wie gesagt, alles Pioniere, die auf dem Weg – der im Gehen erst entsteht, – ab und zu eine Ermutigung brauchen. Aber, fragt ein Aphoristiker: „Woher Mut nehmen? Die Mutigen geben ihn nicht her!“

Ihm wäre zu entgegnen: Hier bei den Angehörigen ist das Gott-sei-Dank anders, da findet man immer Jemand der gerne ein Quäntchen Mut abgibt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!