

Schriftenreihe Bachelor- und Masterthesen der
Hochschule für Soziale Arbeit Zürich

Katalin Neuenstein

Vergoldete Käfige

Wie kann Hospitalismus bei psychisch behinderten Menschen, die in einer sozialtherapeutischen Wohngruppe leben, vermieden bzw. vermindert werden?

Bachelorthesis der Hochschule für Soziale Arbeit Zürich. April 2003

Sozialwissenschaftlicher Fachverlag «Edition Soziothek». Die «Edition Soziothek» ist ein Non-Profit-Unternehmen des Vereins Bildungsstätte für Soziale Arbeit Bern. Der Verein ist verantwortlich für alle verlegerischen Aktivitäten.

**Schriftenreihe Bachelor- und Masterthesen der
Hochschule für Soziale Arbeit Zürich**

In dieser Reihe veröffentlicht die Hochschule für Soziale Arbeit Zürich ausgewählte Arbeiten von Studierenden, wissenschaftlich Mitarbeitenden und Dozierenden. Dazu gehören in erster Linie Abschluss- und Diplomarbeiten von Studierenden mit dem Prädikat „hervorragend“ sowie Beiträge zur Praxis- und Theorieentwicklung und Forschungsberichte

Katalin Neuenstein: Vergoldete Käfige. Wie kann Hospitalismus bei psychisch behinderten Menschen, die in einer sozialtherapeutischen Wohngruppe leben, vermieden bzw. vermindert werden?

© 2011 «Edition Soziothek» Bern
ISBN 978-3-03796-421-7

Verlag Edition Soziothek
c/o Verein Bildungsstätte für Soziale Arbeit Bern
Hallerstrasse 10
3012 Bern
www.soziothek.ch

Jede Art der Vervielfältigung ohne Genehmigung des Verlags ist unzulässig.

Fachhochschule Zürich
Hochschule für Soziale Arbeit

Diplomarbeit

VERGOLDETE KÄFIGE

Wie kann Hospitalismus bei psychisch behinderten Menschen, die in einer sozialtherapeutischen Wohngruppe leben, vermieden bzw. vermindert werden?

Neuenstein Katalin
Lehrgang Teilzeitausbildung (TSA)
Kurs TSA 99/03

Zürich, April 2003

Zusammenfassung

Schäden und Defizite der Menschen, die durch den Aufenthalt in einer Klinik oder einem Heim entstehen, werden in der Fachsprache mit dem Oberbegriff Hospitalismus bezeichnet. Hospitalismus entsteht grossteils durch erlernte Hilflosigkeit und negative Attribution.

Da ich einen Vergleich zwischen zwei in geschichtlicher und gesellschaftlicher Hinsicht verschiedenen Institutionen anstrebte, war es notwendig, im Vorfeld einen Blick auf die historischen Ursprünge der Betreuung psychisch behinderter Menschen zu werfen, um so die diachronen Unterschiedlichkeiten zwischen den beiden Beispielen besser in den Griff zu kriegen. Im Mittelalter lebten die psychisch Kranken in der Familien- und Dorfgemeinschaft, manchmal in Hospitälern oder an Wallfahrtsorten, von Ordensleuten betreut. Von der Inquisition im Spätmittelalter wurden sie vielfach als Inbegriff des Bösen gefoltert, manchmal verbrannt. Andere wurden weiterhin liebevoll versorgt. Im 16. Jahrhundert wurden sie in Besserungshäuser gesteckt. Im Zeitalter der Aufklärung wurden von Ärzten geleitete Irrenanstalten gegründet. Im 19. Jahrhundert wurde die moderne Psychiatrie geboren. Die für die Wirtschaft und Gesellschaft unbrauchbar gewordenen Menschen wurden medizinisch versorgt. Nach dem Zweiten Weltkrieg hat die Anti-Psychiatrie-Bewegung angefangen, die verfestigte Meinung aufzubrechen, dass psychisch behinderte Menschen ausgegrenzt werden sollten.

In einem nächsten Schritt wandte ich mich der Praxisanalyse zweier Beispiele zu. Ich gab einen Einblick in den Alltag von 27 BewohnerInnen einer sozialtherapeutischen Wohngruppe im Kt. Zürich anfangs des 21. Jahrhunderts. Viele BewohnerInnen zeigten Symptome von Hospitalismus. Sie waren unselbständig, hilflos, ihr Selbstwertgefühl war gemindert, sie hatten Lernschwierigkeiten, emotionale Defizite, sie waren apathisch. Sie hatten ihre Lebensfreude, ihr Interesse und ihre Kontaktfähigkeit verloren und widerstanden Resozialisierungsversuchen. Die BetreuerInnen nahmen oft eine entmündigende Haltung ein mit ihrer Überbetreuung, Fürsorglichkeit und Verwöhnung. Beispiele zeigten, dass Angebundensein an Notwendigkeiten auch verwirrten Menschen hilft, den Realitätsbezug herzustellen.

Als zweites Beispiel führte ich den „Vergoldeten Käfig“ von István Benedek an. Vor 50 Jahren hat der Psychiater Benedek das erste Heim für psychisch Kranke in Ungarn geleitet, wo sich die PatientInnen frei bewegen und frei fühlen konnten, freier als „draussen“ in einer totalitären Gesellschaft; sie hatten Mitspracherecht, sinnvolle Arbeit, Gemeinschaft und Unterhaltung. Viele PatientInnen konnten das Heim nach relativ kurzem Aufenthalt geheilt verlassen und, wenigstens für eine Weile, in der Gesellschaft ihr Leben meistern.

Beim Vergleich der beiden Institutionen sah ich, dass die offensichtliche Notwendigkeit und Nützlichkeit der Arbeit für die Gemeinschaft die Entstehung von Hospitalismus verhindert und vorhandenen Hospitalismus abbaut. Zur Entstehung und zum Abbau von Hospitalismus ist auch das Verhalten des BetreuerInnen-Teams massgebend. Die Betreute sollten soviel Unterstützung (und nur solange) wie nötig und so wenig wie möglich erhalten. Sie sollten sinnvolle, notwendige Arbeit qualitativ gut verrichten, dadurch würde ihr Selbstwertgefühl wachsen. Auch in Lebensphasen der Schwäche und Arbeitsunfähigkeit sollen Menschen ihre Selbstbestimmung behalten.

In einem letzten Schritt habe ich versucht, die gewonnenen Resultate der Analyse in den modernen wissenschaftlichen Diskurs einzugliedern, Ansätze zu finden, welche von ähnlichen Problemstellungen ausgehen. Die Empowerment-Bewegung gibt hierbei wichtige Impulse für Prävention und Abbau von Hospitalismus. Alle entmündigenden Verhaltensweisen sind zu meiden. Die Unterstützung soll auf eine Art erfolgen, dass keine Menschenrechte verletzt werden. Die psychisch behinderten Menschen sollen die Kontrollierbarkeit ihres Lebens zurückgewinnen, selbstbestimmt und autonom leben können und ihren Beitrag zum Wohlergehen ihrer Mitmenschen leisten.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| VORWORT..... | 3 |
| EINLEITUNG..... | 5 |
| <i>Problemstellung</i> | 5 |
| <i>Fragestellung</i> | 5 |
| <i>Ziele</i> | 5 |
| <i>Bezugsrahmen</i> | 6 |
| <i>Methodische Angaben</i> | 6 |
| <i>Übersicht über den Inhalt der verschiedenen Kapitel</i> | 6 |
| <i>Begrenzungen</i> | 7 |
| I WAS IST UND WIE ENTSTEHT HOSPITALISMUS?..... | 8 |
| 1 DEFINITIONEN DER BEGRIFFE „HOSPITALISMUS“ UND „ERLERNTE HILFLOSIGKEIT“..... | 8 |
| 1.1 <i>Erweiterte Umschreibungen von erlernter Hilflosigkeit in der Fachliteratur</i> | 9 |
| 2 HISTORISCHER RÜCKBLICK: VON DER GESCHLOSSENEN ANSTALT ZUM OFFENEN HAUS..... | 10 |
| 2.1 <i>Mittelalter und Neuzeit</i> | 10 |
| 2.2 <i>Die Psychiatriereformer Philippe Pinel und John Conolly</i> | 11 |
| 2.3 <i>Moderne Psychiatrie ab Anfang des 19. Jahrhunderts</i> | 12 |
| 2.4 <i>Psychiatrie in Zürich. Burghölzli</i> | 13 |
| 2.5 <i>Italien</i> | 14 |
| 2.5.1 <i>19. Jahrhundert: Reformen von Serafino Biffi</i> | 14 |
| 2.5.2 <i>20. Jahrhundert: Ugo Cerlettis Entdeckung der Elektroschocktherapie</i> | 14 |
| 2.5.3 <i>Anti-Psychiatrie</i> | 14 |
| 2.6 <i>Anti- Psychiatrie in Deutschland. Gütersloh</i> | 15 |
| 2.7 <i>England: Daniel Cooper</i> | 16 |
| 2.8 <i>Die Unheilbaren</i> | 17 |
| 2.9 <i>Die Situation der psychisch Kranken in den USA</i> | 18 |
| 3 DIE SITUATION DER BEWOHNERINNEN EINER HETEROGENEN SOZIALTHERAPEUTISCHEN WOHNGRUPPE IM KT. ZÜRICH..... | 19 |
| 3.1 <i>Gesetzliche Grundlage</i> | 19 |
| 3.2 <i>Existenzsicherung</i> | 19 |
| 3.3 <i>Geschichte der Wohngruppe Seeblick</i> | 19 |
| 3.4 <i>Alltag in der Wohngruppe</i> | 20 |
| 3.5 <i>Ziele</i> | 23 |
| 3.6 <i>Gemeinsame Merkmale der sehr verschiedenen BewohnerInnen</i> | 24 |
| 3.6.1 <i>Probleme</i> | 24 |
| 3.6.2 <i>Ressourcen</i> | 25 |
| 3.7 <i>Welche Verhaltensweisen der BewohnerInnen deuten auf Hospitalismus?</i> | 26 |
| 3.8 <i>Wie werden diese Verhaltensweisen von der Betreuung beeinflusst?</i> | 28 |
| II WIE KANN HOSPITALISMUS VERMINDERT/ÜBERWUNDEN WERDEN?..... | 31 |
| 4 EIN BEISPIEL AUS UNGARN VOR EINEM HALBEN JAHRHUNDERT..... | 31 |
| 4.1 <i>Historischer, gesellschaftlicher Kontext und Situation im „Vergoldeten Käfig“</i> | 31 |
| 4.2 <i>Stellenwert der Arbeit</i> | 32 |
| 4.3 <i>Personal. Leitidee. Einstellung zu psychischen Krankheiten und zu psychisch kranken Menschen</i> | 33 |
| 4.4 <i>Das Leben im „Vergoldeten Käfig“ und „draussen“</i> | 33 |
| 4.5 <i>Die „Asozialen“</i> | 34 |
| 4.6 <i>Beispiel eines Alkoholikers</i> | 35 |
| 4.7 <i>Hospitalismus im „Vergoldeten Käfig“</i> | 35 |
| 4.8 <i>Gedanken von Benedek über Schizophrenie</i> | 35 |
| 4.9 <i>Ende des „Vergoldeten Käfigs“ und Rückblick von Benedek</i> | 36 |
| 5 VERGLEICH DES SEEBLICKS (KT. ZÜRICH, 2002/2003) MIT DEM GOLDKÄFIG (UNGARN, 1954)..... | 37 |
| 5.1 <i>Klientel</i> | 38 |
| 5.2 <i>Lebensstandard</i> | 39 |
| 5.3 <i>Anforderungen der Arbeitsqualität an die BewohnerInnen</i> | 39 |
| 5.4 <i>Leitung</i> | 40 |
| 5.5 <i>Führungsstil</i> | 40 |
| 5.6 <i>Grundhaltung der BetreuerInnen</i> | 41 |
| 5.7 <i>Benennung der Hausarbeit</i> | 41 |

| | | |
|---|---|-----------|
| 5.8 | <i>Unterhaltung</i> | 42 |
| 5.9 | <i>Heilerfolge</i> | 42 |
| 6 | WELCHE UMSTÄNDE ERMÖGLICHEN ES MENSCHEN MIT EINER PSYCHISCHEN BEHINDERUNG, DEN WEG ZUR AUTONOMIE ZU FINDEN? | 43 |
| 6.1 | <i>Menschenrechte, Bedürfnisse</i> | 43 |
| 6.2 | <i>Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie</i> | 44 |
| 7 | WELCHE ART UNTERSTÜTZUNG VERMEIDET DIE TENDENZ ZU HOSPITALISMUS? | 45 |
| 7.1 | <i>Widerstand gegen Erlernte Hilflosigkeit – Aspekte der Empowerment - Bewegung</i> | 45 |
| 8 | WELCHE FAKTOREN IN DER BETREUUNG ERSCHWEREN DIE VERMEIDUNG VON HOSPITALISMUS? | 48 |
| 8.1 | <i>Gefahren/Fallen in der Betreuung</i> | 48 |
| 8.2 | <i>Anforderungen an BetreuerInnen. Doppeltes Mandat – „Sandwich-Position“</i> | 49 |
| III ANWENDUNGSMÖGLICHKEITEN DER GEWONNENEN ERKENNTNISSE AUF DER EBENE PRAKTISCHER BETREUUNGSARBEIT | | 49 |
| 9 | HANDLUNGEN UND VERHALTENSWEISEN, DIE BETREUERINNEN UNTERLASSEN/MEIDEN SOLLEN | 50 |
| 10 | ANLEITUNG ZUR BETREUUNG PSYCHISCH BEHINDERTER MENSCHEN | 51 |
| | PERSÖNLICHER RÜCKBLICK | 52 |
| | ZUSAMMENFASSUNG | 54 |
| LITERATURVERZEICHNIS | | 56 |

Vorwort

Begründung der Themenwahl

Zwei Jahre lang, bis Ende Februar 2003, arbeitete ich als Betreuerin einer sozialtherapeutischen Wohngruppe für psychisch behinderte Menschen. Ich interessiere mich für die dort beobachteten Phänomene, ich suche nach Erklärungen, Zusammenhängen, Verbesserungsmöglichkeiten. Ich hinterfrage meine Arbeitsbeziehung mit den BewohnerInnen. Ihr Schicksal und ihre Sinnsuche geht mir nahe.

Während meiner Tätigkeit als Betreuerin habe ich mich oft gefragt, welche Alternativen in der Arbeitsweise möglich wären. Ich konsultierte die Fachliteratur. Dabei war mir die Geschichte des „Vergoldeten Käfigs“ besonders hilfreich, die ich durch das Buch „Aranyketrec“ von István Benedek (erstmal 1957 erschienen) 1968 in Ungarn gelesen habe. Benedek führte vier Jahre lang Tagebuch über den Alltag im Heim für psychisch behinderte Menschen, wo er als Psychiater und Heimleiter wirkte. Später, 1956, als der Aufstand in Ungarn und dessen Niederwerfung durch die Sowjetunion die Auflösung des Heimes bewirkt hatten, arbeitete Benedek sein Tagebuch in das oben zitierte Buch um, dessen Zuordnung zu einem bestimmten Genre mir schwer fällt. Es liest sich wie ein fesselnder Roman; trotzdem ist es eine Art populäre Fachliteratur. Das Leben des Autors, seine fachlichen und philosophischen Überlegungen und die Krankengeschichten sind miteinander ebenso verflochten, wie sie es in seinem Alltagserleben auch waren, was natürlich eine Rezeption aus wissenschaftlicher Sicht oft erschwert. Seinerzeit war dieses Buch in Ungarn ein Bestseller; es wird immer noch gelesen. Nichts desto trotz – oder eben wegen der Verknüpfung der unterschiedlichsten Bereiche erachte ich es für eine ausserordentlich lesenswerteres Stück Betreuungsgeschichte, deren Rezeption ich jedem empfehlen kann, der sich mit Sozialarbeit im weitesten Sinne beschäftigt. Nach der Meinung von Benedek, der Anti-Psychiatrie und einer humanistischen Psychiatrie sollen alle Menschen ihre Mitverantwortung im Umgang mit psychisch Behinderten wahrnehmen. Mit diesem Bestseller hat Benedek auch in den Köpfen der Laien etwas Grossartiges bewirkt: Er hat das Interesse vieler Menschen für das Schicksal psychisch Erkrankter geweckt, ihnen die Angst vor den „Irren“ genommen und den Weg dazu geebnet, dass im heutigen Ungarn die allermeisten psychisch Behinderten nach einigen Wochen Klinikaufenthalt in ihrer eigenen Wohnung leben, zum Teil in geschützten Arbeitsstellen arbeiten und vom Pflegepersonal ambulant betreut werden, so oft oder so selten wie nötig. So werden sie nicht vom sozialen Leben abgeschnitten und müssen nicht im „Käfig“ leben. An dieser Stelle möchte ich auf die Gefahr aufmerksam machen, dass die fachlichen Ansichten Benedeks über psychische Krankheiten von Laien als allgemein und ewig gültige Wahrheiten missverstanden werden könnten. Dieses Buch ist kein Psychiatrielehrbuch, eher ein Vertiefungskurs in Menschlichkeit. Bei der Schilderung der Situation im „Vergoldeten Käfig“ (vor allem auch in der Beschreibung seiner originellen psychiatrischen Überlegungen) übernehme ich die wissenschaftlich veraltete Terminologie von Benedek. In meiner Arbeit verwende ich mehrheitlich den vom Übersetzer stammenden Begriff „Der vergoldete Käfig“, weise aber darauf hin, dass im ungarischen Originaltext ausschliesslich „aranyketrec“ (wortgetreu übersetzt: „Goldkäfig“ bzw. „Goldener Käfig“) vorkommt. Deshalb erlaube ich mir, das Heim an manchen Stellen auch so zu nennen.

Ich möchte an dieser Stelle einige Worte des Dankes einflechten. Dank gebührt in erster Linie Herrn Dr. Carl Oliva, ohne dessen prägnante und inspirierende Vorschläge wäre diese Arbeit sicherlich nicht zu Stande gekommen. Auch möchte ich Dr. Ueli

Hedinger, Alexa Neuenstein und Christoph Neuenstein für die sorgfältige Durchsicht und Korrektur danken und auch dafür, dass sie meine zeitweiligen arbeitsbedingten Absenzen mit Fassung ertragen haben.

Man kann das Buch „Der vergoldete Käfig“ an der folgenden Adresse bestellen:

FBV-Antiquariat und Kunstraum

Hirschgäßchen 2a

50678 Köln

Tel.: 0221 / 319931

Fax: 0221 / 3906549

E-Mail: fbv-antiquariat@netcologne.de

Internet: www.fbv-antiquariat.de

Ust-Id Nr.: DE214356706

oder per Internet: www.abebooks.de/

(Zuletzt am 15.2.03 verifiziert)

Einleitung

Problemstellung

Psychisch behinderte Menschen werden von der Gesellschaft und meistens auch von ihren Familien ausgegrenzt und (zu lange) „professionell“ betreut. Dies führt tendenziell zu Hospitalismus. Psychische Krankheiten und die entsprechenden Persönlichkeitsstrukturen trennen ohnehin die Menschen von ihrer Umwelt, wenn

- a) keine adäquate Kommunikationsmöglichkeit besteht
- b) real kein Austausch zwischen den Betroffenen und anderen Personen stattfindet
- c) die Beteiligten mit Angst und Ablehnung reagieren.

Die Behandlung mit Neuroleptika mindert oder beendet im Optimalfall das Leiden und verhindert Selbst- und Fremdgefährdung. Der Preis eines weitgehend symptomfreien Lebens ist oft, dass der Kranke sich von seinen eigenen Gefühlen und der Umwelt abgespalten erlebt. Dieser Umstand vergrößert den Abstand der psychisch behinderten Menschen zu den anderen und mindert ihre Motivation, den Abstand zu überwinden.

Wenn ein Mensch mit psychischen Störungen derart auffällt, dass er für sich selber und/oder für sein Umfeld nicht mehr tragbar ist, wird er in der Regel für einige Zeit in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Nach erfolgreicher Therapie ist er in der Lage, in einer weniger strukturierten und betreuten Wohnform zu leben, auch dann, wenn eine Reintegration (noch) nicht möglich ist. Diese Brückenfunktion erfüllen die sozialtherapeutischen Wohngruppen. In meiner Arbeit beschäftige ich mich mit der Situation der BewohnerInnen einer sozialtherapeutischen Wohngruppe und analysiere die Zusammenhänge zwischen Betreuungsarten und Hospitalismus.

Fragestellung

Mit meiner Arbeit werde ich auf die folgenden Fragen (vorläufige) Antworten geben:

- Was ist und wie entsteht Hospitalismus?
- Wie kann Hospitalismus vermindert/überwunden werden?
- Wie lassen sich diese Erkenntnisse auf die praktische Betreuungsarbeit anwenden?

Ziele

Ich beschreibe die wichtigsten Voraussetzungen zur Vermeidung (oder Minderung) von Hospitalismus und erstelle unter Berücksichtigung der hieraus gewonnenen Erkenntnisse eine praktische Anleitung für BetreuerInnen psychisch behinderter Menschen in sozialtherapeutischen Wohngruppen. Die Umsetzung der Anleitung soll den BewohnerInnen mehr Autonomie erlauben und gleichzeitig eine höhere Lebensqualität ermöglichen. Ich möchte mit dieser Zielsetzung auch erreichen, dass meine KollegInnen und ich ein Arbeitsblatt zum Diskutieren und Weiterentwickeln in der Hand haben, welches uns mehr Professionalität und Effizienz ermöglicht. Damit kommen wir der gesellschaftlichen Zielsetzung, die Reintegration der psychisch behinderten Menschen in Arbeitswelt und Gesellschaft zu ermöglichen oder zu beschleunigen, einen Schritt näher.

Bezugsrahmen

Für die Bearbeitung der Fragestellung nehme ich Bezug auf Erkenntnisse der Psychologie, Psychiatrie, Ethik, Sozialpsychologie, Allgemeinen und Speziellen Handlungslehre, Geschichte und Literatur. Meine Arbeit stützt sich auf zwei Beispiele: auf eine sozialtherapeutische Wohngruppe im Kanton Zürich der Gegenwart und eine sozialtherapeutische Wohn- und Arbeitsstätte in Ungarn der 50er Jahre des 20. Jahrhunderts.

Methodische Angaben

Ich gewinne die Daten zu meiner Arbeit nach dem extensiven (ich bearbeite bestehende Materialien) und intensiven Erhebungsschema (mit einer Umfrage). Die Art der Daten ist qualitativ (Aussagen, Gespräche, Beobachtungen) und quantitativ. Die Hauptgesichtspunkte, nach denen ich die Daten auswerte, sind folgende:

- subjektives Wohlbefinden der psychisch behinderten Menschen, kurz- und längerfristig
- ihre objektiv beobachtbare Entwicklung in diachroner Folge.

Übersicht über den Inhalt der verschiedenen Kapitel

Meine Arbeit gliedere ich in drei Hauptteile. In Teil I umreisse ich die Problematik des Hospitalismus psychisch behinderter Menschen, insbesondere derer, die in einer sozialtherapeutischen Wohngruppe leben.

In Kapitel 1 definiere und erkläre ich das Phänomen Hospitalismus und dessen (Mit)Verursacher: die Erlernte Hilflosigkeit, nachher gehe ich auf die Attributionstheorie ein.

Kapitel 2 gibt einen historischen Überblick über den Umgang mit psychisch Kranken vom Mittelalter bis zur Gegenwart.

In Kapitel 3 schildere ich den Alltag und die Art der Betreuung in einer sozialtherapeutischen Wohngruppe in Kt. Zürich im Jahr 2002, um anhand dieses Beispiels die Symptome des Hospitalismus erläutern zu können.

In Teil II vergleiche ich die Lebensbedingungen in dieser Wohngruppe mit denjenigen eines sozialtherapeutischen Wohnheimes für psychisch behinderte Menschen in Ungarn der 50er Jahre des 20. Jahrhunderts. Mit der Analyse von Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen den beiden Institutionen will ich neue Impulse für die Betreuung gewinnen.

In Kapitel 4 erzähle ich die Geschichte dieses ungarischen „Goldkäfigs“. Ich will auf die Frage Antworten finden, weshalb es dort gelungen ist, Hospitalismus zu verhindern oder zu vermindern.

In Kapitel 5 werde ich die zwei Organisationen nach dem Gesichtspunkt Hospitalismus miteinander vergleichen. Ich will die Ursachen herausfinden, die im Goldkäfig weniger Hospitalismus entstehen liessen und im Seeblick mehr. Mit einer Umfrage im Seeblick habe ich Daten gewonnen, die ich mit den Angaben über den Goldkäfig vergleichen kann.

In Kapitel 6 werde ich das Thema behandeln, welche Umstände die Resozialisation ermöglichen und erleichtern. Ich werde mich mit den Auswirkungen der Arbeits- und Beschäftigungstherapie auseinandersetzen.

In Kapitel 7 werde ich die Art der Unterstützung beschreiben, die aufgrund meiner beruflichen Erfahrungen und meiner aus der Fachliteratur gewonnenen Erkenntnisse

nicht zu Hospitalismus führen. Zum Weiterdenken über die Enthospitalisierung beschreibe ich Aspekte und Vorschläge der Empowerment-Bewegung.

In Kapitel 8 werde ich die von mir in der Praxis beobachteten Fallen in der Betreuung aufzählen, die zu Fehlverhalten der BetreuerInnen führen können.

In Teil III werde ich die gewonnenen Erkenntnisse für die praktische Anwendung in der Betreuung zusammenfassen.

In Kapitel 9 werde ich die Verhaltensweisen auflisten, die BetreuerInnen meiden sollen um keinen Hospitalismus zu fördern.

In Kapitel 10 will ich eine Anleitung für wünschenswertes Verhalten der BetreuerInnen erstellen.

Begrenzungen

Ich verzichte darauf, mich mit der primären und der sekundären Anpassung (bzw. deren Differenz) der PatientInnen an die Klinik oder an die Wohngruppe zu befassen (siehe dazu Goffman, 1972, S.185) und deren Zusammenhänge mit Hospitalismus und Enthospitalisierung zu entfalten. Ebenso wenig werde ich Ähnlichkeit und Unterschied zwischen Erlerner Hilflosigkeit und Depression (siehe z. B. Seligman, 1992, S. 95ff) ausführlich erörtern. Im historischen Rückblick verzichte ich auf die Beschreibung der Situation psychisch Behinderter bis zur Zeit des Mittelalters. Die Beschreibung der linguistischen und weiterführenden psychologischen Aspekte der Attributionstheorie würden den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Auch verzichte ich auf die Erörterung der Zusammenhänge zwischen medizinischen und pharmakologischen Eingriffen und Hospitalismus. Auch Aspekte interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Vormundschaftsbehörden, PsychiaterInnen und WerkstattchefInnen sind Opfer meiner Begrenzung.

I WAS IST UND WIE ENTSTEHT HOSPITALISMUS?

1 Definitionen der Begriffe „Hospitalismus“ und „erlernte Hilflosigkeit“

HOSPITALISMUS

„Sammelbezeichnung für Schäden, die durch einen Aufenthalt in einer Klinik oder einem Heim entstehen ... in der Psychologie Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsdefizite durch einen längeren Aufenthalt in einer Einrichtung. In alten Psychiatrielehrbüchern werden stereotype Bewegungen wie Schaukeln und Nicken als Zeichen einer Geisteskrankheit beschrieben, während heute deutlich geworden ist, dass es sich um Reaktionen auf das eintönige, öde Verwahrtsein in einer Einrichtung handelt, die keine normalen sozialen Reize bietet“ (Der Brockhaus, 2001, S.249).

„Nach U. Köttgen allgemein ‚die Schädigung eines Kranken in körperlicher und seelischer Beziehung vorwiegend durch die Besonderheiten eines Aufenthaltes in einem Krankenhaus oder einer ähnlichen Anstalt‘...In der klinischen Alltagssprache: Tendenz eines Kranken, der Entlassung aus der beschützenden Institution und der Re-sozialisierung Widerstand entgegenzusetzen“ (Peters, 2002, S. 248f).

In diesen Definitionen sind die Symptome zusammengefasst, an welchen die BetreuerInnen und Verwandten von psychisch behinderten Menschen Hospitalismus erkennen können. Ich werde an Beispielen aus Praxis und Literatur die oben beschriebenen Aspekte des Hospitalismus anschaulich machen und erklären.

Um zu begreifen, wie Hospitalismus entstehen kann, erkläre ich den Begriff erlernte (gelernte) Hilflosigkeit.

„Setzt man Tiere wiederholt Schmerzreizen aus, die sie weder vermeiden noch durch ihre Aktivität abstellen können, verhalten sie sich anschliessend weit hilfloser als unbelastete Artgenossen: Wenn man sie in eine Situation bringt, in der sie Schmerzreizen ausweichen oder diese durch gezielte Reaktion (z. B. den Druck auf einen Hebel) abschalten können, lernen unbelastete Tiere ein Verhalten, das ihr Leiden reduziert, die geschädigten Tiere dagegen bleiben inaktiv. Sie haben Hilflosigkeit ‚gelernt‘, sich darauf eingestellt, dass sie nichts machen können...Der amerikanische Psychologe Martin E. Seligman (*1942) nahm diese Beobachtungen zum Ausgangspunkt für eine Lerntheorie der > Depression. Während nichtdepressive Menschen angesichts drohender Gefahren, schmerzlicher Erlebnisse von Liebesverlust oder Angst aktiv werden und versuchen, das Beste aus der schwierigen Situation zu machen, reagieren Depressive apathisch und vergrössern dadurch auch das Risiko, dass sie zum Opfer belastender Erfahrungen werden“ (Der Brockhaus, 2001, S.142).

GELERNTHE HILFLOSIGKEIT

„Das Kzpt. der g. H. wurde formuliert innerhalb eines lerntheoret. Ansatzes zur Erklärung des > Vermeidungslernens...bezieht sich auf folgendes Phänomen: Wenn Tiere u. Menschen aversiven Reizen ausgesetzt sind, denen sie sich durch kein Vh. entziehen können (Seligman 1971 ff) dann zeigt sich regressives Vh., v.a. Apathie ... Im Humanbereich finden sich des Weiteren Motivationsverlust, Lernschwierigkeiten, emotionale Defizite u. Selbstverlust. Der Begriff g. H. soll zum einen die beobachteten Lernbeeinträchtigungen anschaul. beschreiben, zum anderen ist er ein theoret. Begriff zur Erklärung dieser Defizite. Gemäss dem Kzpt. der g. H. bildet der Orga-

nismus in solchen Situationen eine Erwartung zukünftiger Unkontrolliertheit aus, u. zwar auch für Situationen, die eigentl. für den Organismus kontrollierbar sind. g. H. ist also ein ‚überschießendes‘ Gefühl der Unkontrollierbarkeit. Seligman formuliert als Entstehungsbedingung von g. H. ein Erleben der Nicht-Kontingenz zw. Reiz u. Reaktion (bzw. einer Nicht-Kontingenz zw. Reiz u. allen Reaktionen)“ (Städtler, 1998, S. 368).

Die Definition des Hospitalismus als Folge frühkindlicher psychoreaktiver Fehlentwicklung, bzw. als Folge des Verlustes der wichtigsten Beziehungspersonen in frühestem Kindesalter, wie sie Rainer Tölle gibt (Tölle, 1999, S. 66f), hat für meine Arbeit nur eine geringe Bedeutung.

1.1 *Erweiterte Umschreibungen von erlernter Hilflosigkeit in der Fachliteratur*

Martin Seligman führt sechs Symptome gelernter Hilflosigkeit bei Tieren und Menschen an. Drei davon betrachte ich für meine Arbeit als besonders relevant:

- verringerte Motivation zu willentlichen Reaktionen
- negative kognitive Denkstruktur – hilflose Tiere und Menschen lernen nur schwer, „dass Reaktionen Konsequenzen hervorrufen“
- „verringerte Aggressivität – hilflose Tiere und Menschen zeigen weniger aggressive und konkurrierende Reaktionen und ihr Status in der Hierarchie kann absinken“ (Seligman, 1975/1992, S. 78). Haben Menschen Hilflosigkeit in einer wichtigen Lebenssituation erfahren, so führt das dazu, „dass man auch in irrelevanten Situationen hilflos reagiert“ (Seligman, 1992, S. 58).

Während Seligman und die ihm folgenden Wissenschaftler Verlust, Versagen, Schock, Gefangenschaft u. ä. m., als Ursachen der Hilflosigkeit reflektieren, gibt der Krankenpfleger und Autor Erwin Böhm in seinem interessanten Buch über neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege zu bedenken: Manche (ältere) Menschen haben erfahren, „dass sie ganz gut durchs Leben kommen, auch durchs Berufsleben, wenn sie nicht zuviel können, wenn sie sich alles zeigen lassen von den anderen, den Gescheiteren“ (Böhm, 2002, S.182). So sehr Rehabilitation, Rückkehr in die eigene Wohnung das Ziel des Pflegeansatzes bei Böhm ist – so wenig lässt er sich zu einer forcierten, lieblosen, gleichsam „anti-hospitalistischen“ Betreuung verführen, welche darin bestünde, die Liebe betagter PatientInnen zum Hilflossein nur als zu überwindendes Hindernis zu betrachten.

Als weitere Symptome zählt Seligman Niedergeschlagenheit, Schuldgefühle, Selbstverachtung, Verlust der Heiterkeit, Suizidgedanken und Handlungsunfähigkeit auf, sowie die Tendenz, steigende Anforderungen an andere zu richten (Seligman, 1992, S. 89 und 91). Diese Symptome können bei „normalen“ Menschen auftauchen; treten sie vehement auf und werden sie als Depression diagnostiziert, dann können die Betroffenen in eine Klinik eingewiesen werden. Dort werden sie betreut und vor den möglicherweise lebensbeeinträchtigenden Folgen der Hilflosigkeit bewahrt. Werden die Symptome aber nur „weggeredet“ oder durch Psychopharmaka wegbehandelt, dann mag sich zwar ein oberflächlicher Erfolg einstellen: Derart, dass sie relativ beschwerdefrei und in guter Obhut leidlich zufrieden sind; dass sie gar nicht mehr an einen Austritt denken oder derart, dass sie die Entlassung erreichen und doch nach kurzer Frist wieder eintreten (sollten). Die Bleibenden und die „Pendler“ – beide sind Opfer des Hospitalismus.

Verschiedene Theoretiker, die sich mit Seligmans Erkenntnissen befassten und seine Überlegungen überzeugend, aber nicht ausreichend fanden, entwickelten die sog. Attributionstheorie. Ihre Erweiterungen hat Seligman später selber in seine Theorie integriert.

ATTRIBUTIONSTHEORIE

Die Attributionstheorie versucht umfassend zu erklären, warum Misserfolge bei manchen Menschen dazu führen, dass sie sich immer weniger bemühen, nach Erfolg zu streben, während andere sich von Misserfolgen anspornen lassen, ihre Anstrengungen zu erhöhen. Nach dieser Theorie „bestimmt insbesondere die Ursachenerklärung, die wir für einen Misserfolg oder für ein negatives Lebensereignis vornehmen, ob bzw. über welchen Zeitraum wir als Folge von Misserfolg in unseren Anstrengungen nachlassen, und ob wir als Folge eines negativen Lebensereignisses eine nur kurzzeitige oder aber chronische Depression entwickeln“ (Stiensmeier-Pelster, 1994, S. 185). Wenn man Misserfolg auf internale, stabile und globale Ursachen attribuiert, Erfolge hingegen dem Zufall zuschreibt, ist man bei der nächsten Herausforderung von handlungsirrelevanten, lageorientierten Gedanken überschwemmt, die zu erneutem Misserfolg führen können (vgl. Stiensmeier-Pelster, 1994, S. 197ff). Misserfolge scheinen weniger folgenreich zu sein, wenn sie externalen Faktoren zugeschrieben werden, wie z. B. dem grossen Schwierigkeitsgrad der zu lösenden Aufgabe (vgl. Stiensmeier-Pelster, 1994, S. 196).

ANSTALTSARTEFAKT

Hospitalismus stellt sich nicht nur als Folge der Isolierung ein, der die Kranken in Kliniken und Heimen oft ausgesetzt sind; sondern auch als Folge von Überbetreuung, welche die PatientInnen hilfloser macht als sie vor ihrem Eintritt waren. Oft wird die Unterscheidung zwischen Krankheit und Hospitalismus zu einer sehr komplexen und abstrakten, welche sich im Alltag der Kranken kaum nachweisen lässt. Darauf weist z. B. Tölle hin, wenn er in Bezug auf die Verarmung der Affektivität, den Autismus der Schizophrenen schreibt: „Was als krankheitsbedingter und schicksalhafter Defekt angesehen wurde, ist zu einem beträchtlichen Teil Hospitalismusfolge (sog. *Anstaltsartefakt*)“ (Tölle, 1999, S. 208).

2 Historischer Rückblick: Von der geschlossenen Anstalt zum offenen Haus

2.1 Mittelalter und Neuzeit

Im Mittelalter lebten die meisten psychisch Kranken in Familien- und Dorfgemeinschaften, allenfalls auch in Hospitälern bei Klöstern und an Wallfahrtsorten. Dort nahmen sich Ordensleute ihrer an. Sie wurden weder von der Welt noch von der Kirche ausgegrenzt. Massstab ihrer Betreuung waren die klösterlichen Tugenden Keuschheit, Armut, Gehorsam, Arbeit und Hausordnung – die heute, in einer längst säkularisierten Welt, ihre Geltung noch keineswegs restlos eingebüsst haben. Die Einstellung von Kirche und Gesellschaft gegenüber den sog. Irren begann sich im Spätmittelalter zu ändern, als die Inquisition der römischen Kurie zum machtvollen Disziplinierungsinstrument der Irrgläubigen und Andersartigen geworden war. Nun wurden die „Irren“, tendenziell, oft auch faktisch zum Inbegriff des Bösen, aus volks-

erzieherischen Gründen eingekerkert, vielleicht auch freigesprochen, vielfach gefoltert und manchmal auch verbrannt (vgl. Dörner, Plog, Teller & Wendt, 2002, S. 489). Ganz erstickt wurde der klösterliche Geist gegenüber der „Irren“ nicht. So wurden in Rom „Irre“, die von StadtbewohnerInnen ausgelacht, geschlagen und nackt durch die Strassen getrieben wurden, liebevoll in das 1584 von Jesuiten gegründete und von Papst Pius IV anerkannte Narrenhaus „Santa Maria“ gebracht (vgl. Egger, 1999, S.12). Im Folgenden skizziere ich, selektiv, sehr rudimentär und weitgehend nur auf Sekundärliteratur abgestützt, Stationen und Etappen der Behandlung psychisch Kranker von der Neuzeit bis ins ausgehende 20. Jahrhundert.

Das (im Spätmittelalter unter der Wirkung der Inquisition üblich gewordene) Einsperren der „Irren“ in Gefängnissen und Narrentürmen wird vom 16. Jahrhundert durch deren Internierung in „Besserungshäusern“ abgelöst, die sich im 17. und im 18. Jahrhundert in ganz Europa ausbreiteten: Nicht nur Irre, sondern Störer aller Art, Vagabunden, Bettler, Prostituierte, Homosexuelle, Geschlechtskranke, missliebige Ehefrauen und AlkoholikerInnen werden hinter den selben Mauern verwahrt (vgl. Egger, 1999, S. 9). In den „Besserungshäusern“ waren die Verwahrten dem Zwang zur Arbeit ausgeliefert, in der man ein Mittel der Heilung sah. Verweigerten die Verwahrten die Arbeit, so wurden sie an Ketten gelegt (vgl. Egger, 1999, S. 10). In der von einem Priester geleiteten Verwahranstalt „Santa Dorotea“ in Florenz hatten die Angehörigen die Ketten mitzubringen (vgl. Egger, 1999, S. 13). Wo sich der Geist der Aufklärung durchsetzte, traten anstelle der Besserungshäuser und Verwahranstalten für Abartige aller Art gesonderte „Irrenanstalten“, Asyle, die zumeist von Ärzten geleitet wurden, welche die Kranken medizinisch und psychologisch betreuten. Damit waren jedoch in Europa Anstalten, in denen psychisch Kranke wie Tiere gehalten wurden, nicht einfach verschwunden (vgl. Egger, 1999, S. 16). Gegen Ende der frühen Neuzeit, die durch ein Miteinander von autoritärem Absolutismus und emanzipatorischer Aufklärung geprägt war, galt: Der Wahnsinnige ist einerseits der Unglückliche, dem die Vernunft abhanden gekommen ist und dem folglich Mitleid gebührt. Andererseits ist er (immer noch) ein asoziales, tierähnliches Wesen, dessen Animalität durch Dressur unterdrückt werden muss. Wo immer der Kranke zum Empfänger des aufklärerischen philanthropischen Humanismus geworden ist, geht es ihm besser als in den vorangehenden Zeiten. Aber auch nicht so viel besser, wenn man bedenkt, dass der philanthropische Humanismus leicht zum „wohl-dosierten Einsatz von Wohltätigkeit“ verkommen konnte (vgl. Egger, 1999, S. 16).

2.2 *Die Psychiatriereformer Philippe Pinel und John Conolly*

Der Franzose Philippe Pinel, dem István Benedek als Anfänger der Befreiung der Geisteskranken sein Buch „Der vergoldete Käfig“ widmete, regt fortschrittliche Reformen in der Betreuung der psychisch Kranken an. Er, Arzt und Anhänger der französischen Revolution, setzt sich ein für die Errichtung von Einzelzimmern in den Asylen, für hygienische Kleidung der Kranken, für Spaziergänge im Garten, für verschiedene Erholtherapien, für liberale Besuchszeiten (Pinel, 1793/1980, S. 11). Der Engländer John Conolly, beeinflusst vom Geist Pinels, fordert um 1830 bessere Behandlungsmethoden, wozu er einen täglichen Arztbesuch bei den akut Erkrankten rechnet. Jede Klinik soll Staatseigentum sein (vgl. Conolly, 1964, S. 481); staatlich verordnete Zwangs- oder Fürsorgeeinweisungen soll es nicht geben. Ein(e) PatientIn soll nur dann in eine Klinik aufgenommen werden, wenn seine/ihre Verwandten und Freunde – deren Vorhandensein Conolly etwas naiv einfach voraussetzt – nachweisen, dass sie ihm/ihr die nötige Pflege nicht geben können (vgl. Conolly, 1964, S.

481). Wann immer möglich sollte ein „Irrer“ zu keinem Zeitpunkt mit einem andern zusammen sein müssen; falls das unmöglich wäre, sollten wenigstens die Ruhigen von den Gewalttätigen getrennt werden. Solche Trennung gehörte zu den grossen, im Mainstream der Psychiatrie errichteten Heilanstalten des 19. und 20. Jahrhunderts. Die Finanzierung der Betreuung und Behandlung soll nicht dem Staat aufgebürdet werden. Sie soll nach folgenden Prinzipien erbracht und aufgeteilt werden: Reiche PatientInnen bezahlen ihre Kosten und darüber hinaus noch einen Betrag, damit die allgemeinen Kosten niedrig gehalten werden können. PatientInnen der ökonomischen Mittelklasse bezahlen einen Teil ihrer Kosten. Die Kosten der Armen sollen teils von der Pfarreien übernommen, teils aber durch sie selber erbracht werden indem sie als Knechte und Mägde Lohnarbeit leisten (vgl. Conolly, 1964, S. 491f). Staatliche Verantwortung, karitativ-soziale Hilfe der Kirchgemeinden sind also so wenig unlimitiert wie die verordnete Solidarität der Reicheren mit den Ärmeren. Conolly bürdet den Ärmeren Lohnarbeit auf – obwohl er sich grundsätzlich dagegen wandte, dass Kranke in Arbeitshäusern eingeschlossen werden sollten.

2.3 *Moderne Psychiatrie ab Anfang des 19. Jahrhunderts*

Klaus Dörner, Ursula Plog, Christine Teller und Frank Wendt verbinden die Entstehung der modernen Psychiatrie mit der Entstehung des Fabrikproletariates, bzw. der Industrialisierung im 19. Jahrhundert. Durch die französische Revolution entstand die Klasse der „freien“, nicht ständisch geschützten Arbeiter, die von den Produktionsmittelbesitzern zur Arbeit in ihren Fabriken gezwungen wurden. Zunächst verfügten die Fabrikherren über genügend „freie“ Arbeitskräfte: Über Kleinbauern und Handwerker, die durch die technische Rationalisierung der Gesamt-Wirtschaft arbeitslos geworden waren. Aber bald genügten diese nicht mehr – abgesehen davon, dass nicht alle zur „rückgratverbiegenden Umerziehung“ für das reibungslose Funktionieren im neuen industriellen System beizutragen bereit oder fähig waren (vgl. Dörner et al., 2002, S. 492). „Denn Maschinen (und Verkehr) werden von nun an immer kostspieliger und störanfälliger. Sie verlangen immer mehr diszipliniertes, genormtes und selbstverbietendes Verhalten. Einer der Gründe für die Zunahme unbrauchbarer, gestörter, frühinvaliden und psychiatrisierter Menschen – bis heute“ (Dörner et al., 2002, S. 492). In dieser Umbruchzeit konstituiert sich die Psychiatrie für die sozial unterprivilegierten Klassen. Nach der Auflösung der Umerziehungsstätten der Zeit des Absolutismus und der Aufklärung kam derjenige Teil der Entlassenen, die nach den neu herrschenden gesellschaftlichen Massstäben als vernünftig und brauchbar befunden wurden, in die Fabriken und wurden wie die erwerbslos gewordenen Kleinbauern und Handwerker zum Proletariat. „Für die anderen schuf man je nach der Art ihrer Unvernunft oder Unbrauchbarkeit Spezialeinrichtungen“ (Dörner et al., 2002, S. 492f). Die Grundlage des heute noch gültigen sozialen Versorgungssystems entstand. Mit der sozial abgefederten Ausgrenzung der Pflegebedürftigen, Waisenkinder, Alten, geistig Behinderten und Irren aus den Familienverbänden entstand die von den „Ballastexistenzen“ befreite Kleinfamilie, „mit deren auch schädigenden Folgen wir heute noch zu tun haben“ (Dörner et al., 2002, S. 493). Im 19. und 20. Jahrhundert entwickelten sich verschiedene Psychiatrien, die sich nicht oder nur wenig aus der Perspektive von Armut und Reichtum der Kranken begreifen lassen. Psychiatrie lässt sich z. B. auch unter dem Gesichtspunkt auffassen, welchen Stellenwert in ihr die (naturwissenschaftlich geprägte) Medizin einnimmt. Sowohl von der sozialpädagogisch, sozialarbeiterisch als auch von der medizinisch geprägten Psychiatrie konnten und können Impulse der Befreiung und der Enthospitalisierung der psychisch Kranken aus-

gehen – aber auch das Gegenteil (vgl. Dörner et al., 2002, S. 496ff). Wo das Interesse an den Kranken vorwiegend ein klassifikatorisches, beschreibend-psychopathologisches wurde, da wurden die „Irren“ und Verwirrten vorzüglich zu Körperkranken, vermehrt in Betten behandelt, was das Entstehen von Hospitalismus in höchstem Mass begünstigte (vgl. Dörner et al., 2002, S. 498). Klassifikatorische Interessen waren und sind oft korreliert mit der Überzeugung, dass alles, was einen Namen hat, auch existieren muss (vgl. Watzlawick, 1981, S. 101).

2.4 *Psychiatrie in Zürich. Burghölzli*

Neben dem gewaltigen sozialen Umbruch in der Schweiz im 19. Jahrhundert hat m.E. auch das klassifikatorische Interesse der in Zürich massgebenden Ärzte zur Mehrung der „Irren“, bzw. zur Mehrung der offiziell als „Irre“ registrierten Personen beigetragen. Während 1850 im Kanton Zürich der jungen Eidgenossenschaft der Anteil der Geisteskranken an der Gesamtbevölkerung mit rund einem halben Prozent angegeben wurde, war der entsprechende Anteil in der Zählung von 1888 doppelt so hoch. W. Wottreng schreibt dazu mit verhaltener Ironie: „Das war eine zuverlässige Massenbasis für die Tätigkeit der Psychiater“ (Wottreng, 1999, S. 130). Auf Grund der Vermehrung, bzw. als Gegenmassnahme gegen die wachsende Anzahl der „Unvernünftigen“ wurde in Zürich die Heilanstalt Burghölzli gegründet. 1870 eingeweiht, wurde sie unter August Forel und Eugen Bleuler zu einem Bezugspunkt der internationalen Psychiatrie (vgl. Wottreng, 1999, S. 12). Das Burghölzli war ursprünglich vorgesehen für die Aufnahme heilbarer, akuter Geisteskranker, wurde dann aber, sehr zum Bedauern Forels, immer wieder mit Menschen belegt, die als unheilbar galten; auch mit geistig und körperlich Chronischkranken und mit „verbrecherischen Geisteskranken“, die eigentlich in die Pflegeanstalt Rheinau hätten eingewiesen werden müssen (vgl. Wottreng, 1999, S. 17 und S. 30). Bleuler wurde nach dem 1898 erfolgten Rücktritt Forels Direktor der Heilanstalt Burghölzli und Inhaber des Lehrstuhls für Psychiatrie der Universität Zürich. Wottreng lobt ihn dafür, dass er, im Unterschied zu Forel, den PatientInnen wirklich zuhörte. Er kam zur Erkenntnis, dass Geisteskrankheit kein medizinischer, sondern ein sozialer Begriff sei und hat damit der Psychiatrie der Gegenwart massgebend vorgespurt. Er benannte 1921 den von Kraepelin verwendeten Begriff der Dementia Praecox um in Schizophrenie (vgl. Egger, 1999, S.28). Seine Entdeckung der Schizophrenien trug ein Stück weit auch zu ihrer Erschaffung bei. Zürich war lange Zeit „schizophrener“ als andere Städte; Schizophrenien machten die bedeutendste Gruppe aller Geisteskrankheiten im Burghölzli aus (vgl. Wottreng, 1999, S. 121f). Forel und Bleuler betrieben intensive Öffentlichkeitsarbeit. Gestützt auf Naturwissenschaft und Medizin strebten sie danach, die Gesellschaft zu verbessern, dem „Zerfall der Sittlichkeit“ zu wehren. Im Sinne ihrer biologisch-elitär-puritanischen Weltanschauung hatten sie keinen geringen Erfolg. Das 1907 von den Eidgenössischen Bundesversammlung oppositionslos verabschiedete Zivilgesetzbuch wurde von ihnen beeinflusst. Das im damaligen Art. 97 ZGB festgelegte Eheverbot für Geisteskranke entspricht Bleulers Auffassung, wonach ein Schizophrener auch nach scheinbarer (sic!) Heilung nicht heiratsfähig sei. Noch bis Ende 1999 lautete Art. 97 Abs. 2 ZGB: Geisteskranke sind in keinem Falle ehefähig. Art. 370 ZGB ist von ihrer Denkweise geprägt (heute juristisch immer noch gültig, wenn auch kaum mehr angewendet). Danach gehört jede mündige Person unter Vormundschaft gestellt „die durch Verschwendung, Trunksucht, lasterhaften Lebenswandel oder durch die Art und Weise ihrer Vermögensverwaltung sich oder ihre Familie der Gefahr eines Notstandes oder der Verarmung aussetzt...“ (Wottreng, 1999, S. 204).

Wie viele Menschen wurden durch die Anwendung dieses Artikels entmündigt, zur Begutachtung ins Burghölzli oder in andere Anstalten geschickt und dort verwahrt? Wie viele sind durch Vormundschaftsbehörden, Justiz und die mit ihnen kooperierenden Ärzte hospitalisiert worden? Aufrechterhaltung und Mehrung von Vermögen und Reichtum wurde wieder zum Massstab der Vernunft, schlich sich gar durch die Hintertür wieder ein in die Psychiatrie – eine Hintertür, die durch einen aufgestossen worden war, der sich Sozialdemokrat nannte (vgl. Wottreng, 1999, S. 184).

2.5 *Italien*

2.5.1 *19. Jahrhundert: Reformen von Serafino Biffi*

In Italien setzt sich um die Mitte des 19. Jahrhunderts Serafino Biffi vehement für differenzierte Behandlungsmethoden in der Psychiatrie ein. Die herrschende Psychiatrie führte nach seiner Meinung zum Abbau der geistigen Fähigkeiten der Menschen. Er forderte – mehr als hundert Jahre vor der Anti-Psychiatrie- oder Demokratischen Psychiatrie-Bewegung – dass Kranke die Möglichkeit haben sollten, Pflegeplätze bei Familien einzunehmen und auf landwirtschaftlichen Anwesen zu arbeiten (vgl. Egger, 1999, S. 27). Biffis Reformvorschläge konnten keine grosse Breitenwirkung entfalten.

2.5.2 *20. Jahrhundert: Ugo Cerlettis Entdeckung der Elektroschocktherapie*

In der faschistischen Zeit wurde Ugo Cerletti als Entdecker der Elektroschocktherapie gefeiert – zu ihr hatte er sich in einem römischen Schlachthaus anregen lassen, wo die Schweine vor der Tötung mit Stromschlägen „beruhigt“ wurden (vgl. Egger, 1999, S. 48). Diese Therapie fand grosse Verbreitung, auch über den Zeitraum des Faschismus und Nationalsozialismus hinaus. Sie wurde sogar vom Humanisten István Benedek in Ungarn (unter Narkose) verwendet (vgl. Benedek, 1968, S. 163). Auch nach dem zweiten Weltkrieg blieb der Alltag in vielen Anstalten durch menschenverachtende Gewalt und Grausamkeit geprägt. In den italienischen Städten Görz, Triest und Arezzo beispielsweise durften sich die PatientInnen auch innerhalb der Anstalt nicht frei bewegen, hatten Anstaltskleidung zu tragen und keine Meinung zu äussern.

2.5.3 *Anti-Psychiatrie*

Als Franco Basaglia 1961 Leiter des psychiatrischen Krankenhauses Görz wurde, gehörte die Rückgabe der persönlichen Kleidung, die Einführung gemeinsamer Versammlungen und die Öffnung einiger Abteilungen zu seinen ersten Reformschritten (vgl. Egger, 1999, S. 51). Er und seine AnhängerInnen wurden in Italien zu Exponenten der Anti-Psychiatrie- bzw. der Demokratischen Psychiatriebewegung. Ihr Vorbild war die 1947 von Maxwell Jones im Londoner Henderson-Hospital gegründete erste Therapeutische Gemeinschaft. In der Not der Nachkriegszeit, in der Betreuung der vom Kriege Traumatisierten entstand dort die sich sofort in Praxis umgesetzte Einsicht, dass das Ende der traditionellen Anstaltspsychiatrie gekommen sei. Die demokratische oder antiinstitutionelle Psychiatriebewegung in Italien (aber auch anderswo) forderte:

- dass anstelle der objektivierenden PsychiaterIn – PatientIn – Beziehung der therapeutische Dialog zu treten habe
- dass die Anstaltshierarchie durch eine „demokratisch-egalitäre“ Struktur abgelöst sei, welche für eine wirkliche Zusammenarbeit von Fachpersonen und PatientInnen unabdingbar sei
- dass sich alle an den Entscheidungen beteiligen sollen
- dass spontane und organisierte Gelegenheiten zum „sozialen Lernen“ geschaffen werden sollen (Tanz, Theater, Film, Feste)
- dass die „Behandlung“ durch „soziales Lernen“ zu ersetzen sei (vgl. Egger, 1999, S. 52).

Die Studentenunruhen und Protestbewegungen des Jahres 1968 liessen in Italien und anderswo starke „Antimarginalisierungsbewegungen“ entstehen. Mit ihnen und als eine von ihnen gewann die antiinstitutionelle (Demokratische) Psychiatrie grossen Einfluss. Sie verwirklichte zu einem beachtlichen Teil ihr Vorhaben, nämlich die „psychiatrischen Ghettos“ in die Gemeinschaft zurückzuführen. „Die Probleme sollten dort gelöst werden, wo sie ausgelöst wurden“ (Egger, 1999, S. 55). Zahl und Grösse der Kliniken nahmen ab. 1965 gab es in Italien 109 000 Betten für PatientInnen; bis 1980 reduzierte sich ihre Zahl auf 38 000 (vgl. Egger, 1999, S. 54). Auch in anderen Ländern kam es zur Auflösung der grossen Anstalten. Anstelle der Betreuung dort trat das Wohnen in der eigenen Wohnung oder in betreuten Wohngruppen, die allenfalls von der Gemeinde unterstützt oder errichtet wurden (community care).

2.6 *Anti- Psychiatrie in Deutschland. Gütersloh*

In der deutschen Stadt Gütersloh wohnten gegen Ende des „Deinstitutionalisierungsprozesses“ fast alle (ehemaligen) LangzeitpatientInnen in ihren Wohnungen, mitten in der Gemeinde, in Kontakt zu BürgerInnen und Institutionen jeglicher Art. Die sozialen Institutionen kehrten gleichsam in die Gemeinde zurück. Diese wurde zur „sorgenden Kommune“. „Sorgen“ wurde nicht oder nicht bloss verstanden als Sorge um die psychisch Kranken, sondern primär als Sorge um den „stinknormalen Durchschnittsbürger“, der bis anhin als behindertenfeindlich galt oder es auch war (vgl. Dörner et al., 2002, S. 482). In der Aufhebung der Trennung zwischen Psychiatrie (-anstalt) und Gemeinde bewahrheitete und verwirklichte sich die 1806 ausgesprochene Empfehlung des Tübinger Internisten Autenrieth. Er hatte angesichts des an Schizophrenie erkrankten, privat untergebrachten Dichters Hölderlin geraten, die psychisch Kranken nicht zu „konzentrieren“, sondern sie „gleichmässig über die ganze Gesellschaft zu verteilen“ (Dörner et al., 2002, S. 483).

Die antiinstitutionelle Psychiatrie hat (noch) nicht zur Schliessung aller Grosskliniken, geschweige denn der betreuten Wohngruppen geführt. Sie wird dieses Ziel vielleicht auch nie erreichen. Namhafte PraktikerInnen und TheoretikerInnen sind sich auch nicht einig, ob dieses Ziel überhaupt erstrebenswert ist.

2.7 England: Daniel Cooper

Ich folge hier einigen Feststellungen und Gedanken von Daniel Cooper, den ich zugleich als Bahnbrecher und Kritiker der antiinstitutionellen Psychiatrie verstehe. Er findet schon den Zeitpunkt des Klinikeintritts fragwürdig: „Es ist vielleicht nicht allzu absurd, wenn man sagt, dass Menschen sehr oft gerade dann in die psychiatrische Anstalt kommen, wenn sie im Begriff sind, gesund zu werden“ (Cooper, 1967/1972, S. 48). Er will die damalige Position der Psychiatrie überwinden, in welcher die (insbesondere Elektroschocks verabreichende) Gewalt herrscht. In diesem Bestreben muss der „Kern jeder menschlichen Existenz“ gesucht und gefunden werden, der „Plan, nach dem jeder Mensch sich selbst in der Welt definiert“. In den herkömmlichen grossen psychiatrischen Einrichtungen lässt sich das nur schwer durchführen. Dazu wäre „eine kleine Gemeinschaft von etwa 30 bis 40 Menschen vonnöten, die ohne die üblichen klinischen vorgefassten Meinungen und Vorurteile funktioniert, ohne starre, von aussen auferlegte Hierarchisierung Personal – Patient...“ (S. 48). Wichtig für Verständnis und Herleitung der Geisteskrankheit (Schizophrenie) ist die Familie der Erkrankten. Man lasse sich, so Cooper, nicht täuschen durch die verbreitete Rede von der Lockerung der Familienbande in der Gegenwart. Faktisch ist die Gegenwart durch „eine eigentümliche Art der Intensivierung des Familienzusammenhalts“ geprägt, die, historisch und systematisch betrachtet, aus der Ende des 18. Jahrhunderts erfolgten Trennung zwischen Familie und Gemeinde resultiert. Früher waren die „zählbaren Mitglieder jeder Familie in hohem Mass Teile der „Gesamtgemeinde“ (S. 45). Der/die Erkrankte wurde von der modernen, in sich abgekapselten Familie und dann auch von der Gesellschaft „ausgespieen“, daraufhin vom Krankenhaus „geschluckt“ (vgl. S. 46). Gemeinsame Gespräche von TherapeutInnen mit dem/der PatientIn und mit seiner/ihrer Kernfamilie, zumindest mit einem seiner/ihrer Elternteile, gehören darum unbedingt zur Erfassung der Krankheit (vgl. S. 94). Dabei muss das gegenwärtige Verhalten des Patienten/der Patientin sowohl in seiner „vertikalen“ als auch in seiner „horizontalen Komplexität“ verstanden werden. Die erstere bezieht sich auf seine Entwicklung innerhalb der Familie, aber auch auf die familiäre Herkunft seiner Eltern. Die zweite bezieht sich auf seine/ihre Interaktionen innerhalb der Behandlungseinheit mit MitpatientInnen und Personal einerseits, mit den Eltern während der Besuchswochenenden andererseits. Dabei dürfte sich oft herausstellen, dass Familie (und Gesellschaft) leugnen, dass man ihn/sie habe loswerden wollen. Die ausgrenzende Gruppe behauptet dann, wenn der/die Leidende vom Krankenhaus übernommen werden soll oder übernommen wurde, dass der/die Betreffende sich selber zerstört habe. „Die erwählten Sündenböcke sind mit diesem Prozess insgeheim einverstanden. Häufig fühlen sie, dass sie nur dann von den andern gebraucht werden oder die Bestätigung einer ausreichend definierten Identität erlangen können, wenn sie die soziale Rolle des Verrückten oder Schlechten übernehmen“ (S. 46). Der/die PatientIn freut sich darüber, dass seine/ihre Angehörigen trotz der von ihnen bewirkten Ausgrenzung leben können, sogar mit verhältnismässig wenig Schuldgefühlen. Bruchstückhaft zwar und sehr verzerrt verkörpert der Ausgegrenzte den „Archetypus Christus“ (vgl. S. 120).

Cooper bezeichnet es als Mythos zu meinen, PatientInnen würden von Hospitalismus betroffen, wenn sie nicht mit den häuslichen Arbeiten auf der Station und den verschiedenen Projekten der BeschäftigungstherapeutInnen voll ausgefüllt sind. „Wenn man das Äusserste an zurückgezogenem, chronischem Hospitalismus erleben will, dann braucht man nur eine der ‚aktiveren‘ unproduktiven ‚Fabriken im Krankenhaus‘ ... zu besuchen“ (S. 108). Cooper kritisiert eine Reihe „männlich-zerstörerischer Ar-

beiten“ (Niederreißen eines Luftschutzraumes, Auseinandernehmen eines Flugzeugmotors), welche nach seiner und anderer damaliger Meinung ein „sicheres Ventil“ für „gefährliche aggressive Regungen“ hätten sein sollen und es nie wurden. Einmal darum, weil Menschen wirkliche Gründe haben können, „auf wirkliche andere Menschen zu Hause oder im Krankenhaus wütend zu sein“ (S. 109). Zweitens darum, weil die Patienten als vernünftige Menschen sehr ernst genommen werden sollten, die sehr wohl die Unsinnigkeit vieler Beschäftigungsprojekte erkennen. „Wir kamen zu dem Schluss, dass die einzigen realistischen Arbeiten für die jungen Leute ... *ausserhalb* des Krankenhauses zu suchen waren“ (S. 109). Dass Arbeit ausserhalb des Krankenhauses oder der Wohngruppe verrichtet werden soll, vertritt auch Peter Stefan in seiner Diplomarbeit. Mit dem Recht auf auswärtige Arbeit verbindet er auch den Anspruch auf gerechte Bezahlung (vgl. Stefan, 1996, S. 30). Cooper äussert sich nicht zum Problem adäquater Entlohnung der arbeitenden PatientInnen. Aber auch in der auswärtigen Arbeit erblickt Cooper kein Allheilmittel. Cooper will die Menschen nicht mit allen Mitteln aus dem Krankenhaus herausbekommen. Wichtiger als die Verlegung der PatientInnen aus den grossen psychiatrischen Anstalten – etwa in kleinere Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser – ist die Abwehr der Invalidisierung der Menschen. Dazu gehört, zu verstehen, was in den PatientInnen vorgeht. Das beansprucht viel Zeit. Dazu gehört die mit Dostojewski und Benedek verbindende Ahnung, dass die Schizophrenen die „erdrosselten Dichter unserer Zeit“ sind. Diejenigen, welche Heiler sein wollen, sollen darum ihre Stimme hören und sie nicht weiter erdrosseln (vgl. Cooper, 1967/1972, S. 130).

2.8 Die Unheilbaren

Auf einem der ersten Höhepunkte des (relativen) Erfolges der antiinstitutionellen oder kritischen Psychriebewegung publizierte Klaus Dörner Aufsätze und Referate verschiedener Fachpersonen unter dem Haupttitel „Die Unheilbaren“. Als Herausgeber und einer der Autoren des Sammelbandes opponiert er gegen die „Verwahrspsychiatrie für die Unheilbaren“. „Die Umwandlung eines Patienten aus einem Behandlungs- in einen Pflegefall besagt, dass er für die Rückkehr in ein normales Leben als verloren ausgegeben wird“ (Dörner, 1983, S. 32). In einem der fünf abgedruckten Kurzreferate des sog. Blankerburger-Teams werden jahrelange familienähnliche Beziehungen zwischen Personal und PatientInnen als Hindernisse für die erwünschte Enthospitalisierung erkannt. Es wird gefordert, dass zur Erreichung dieses Zieles die Sorgenden „erst einmal sich selbst enthospitalisieren müssen“ (Rogge, 1983, S. 121). Ein anderer Referent fürchtet, dass auch innerhalb von Wohngemeinschaften Hospitalismus entsteht, falls keine richtige Tagesstruktur gefunden und befolgt wird. Das wäre noch schlimmer als die PatientInnen innerhalb einer (verbesserten) Klinik zu belassen (vgl. Friedrich, 1983, S. 124). „Enthospitalisierungsstationen“ für den Weg von PatientInnen der Klinik nach draussen sind wichtig. Durch ihre Errichtung und ihren Ausbau sollen und dürfen aber die anderen Stationen der Gesamtklinik keine Minderqualifizierung erfahren (vgl. Niederdräng, 1983, S. 116). Beinahe als Gegnerin einer radikalen Enthospitalisierung der PatientInnen ihrer Klinik, jedenfalls als Anwältin einer sehr vorsichtigen, nur sukzessive und langfristig vorzunehmenden Enthospitalisierung zeigt sich Hildegard Weinbrenner. Im Gegensatz, zumindest in Spannung zu Gerd Rogge, fürchtet sie nicht das Entstehen und Bestehen familiärer Beziehungen zwischen Personal und PatientInnen, plädiert vielmehr für ein gewisses Aufrechterhalten der „einmal aufgebauten Beziehungen“, auch wenn die PatientInnen nach der stationären Behandlung in der Gemeinde leben (vgl. Weinbrenner,

1983, S. 130). So sehr sich Dörner als Kämpfer gegen die Abstempelung von Menschen als „Für ein normales Leben verloren“ versteht, so wenig mochte er seine Tätigkeit zum Vorneherein und immer als eine heilende bezeichnen. Denn sonst könnten die Helfenden nicht offen und unverkrampft „für alle psychisch gestörten Menschen gleichermaßen da sein“ (Dörner, 1983, S. 29). Unter dem Einfluss der von ihm explizit genannten Soziologen und Philosophen Adorno und Horkheimer schreibt er warnend: „Der Heilungsanspruch hat die Gefahr, dass er selbst seine Opfer – die Unheilbaren produziert“ (Dörner, 1983, S. 29). In Spannung zum eben erwähnten Referat und Vortrag von Dörner outet sich Luc Ciompi als einer, der unentwegt gegen den „immer noch übermächtigen Mythos der Unheilbarkeit [der Schizophrenen]“ ankämpft. Zwar gäbe es immer noch und in grosser Zahl ungeheilte Schizophrene. Aber es ist für Ciompi zumindest eine offene Frage, ob ungeheilte Kranke „prinzipiell und definitiv unheilbar“ sind (vgl. Ciompi, 1983, S. 134). Detlef Peukert bekämpft wie Dörner den Glauben an die Heilbarkeit aller Schizophrenien als Mythos. Er wendet sich gegen den „Allmachtstraum“, den die moderne Sozialpädagogik und die Humanwissenschaften (in der utopistischen Bewegung der 68-er Jahre) geträumt haben und dabei kaum merkten, wie sehr dieser Traum zum Alptraum werden kann, ja im Zeitraum des Dritten Reiches Adolf Hitlers zum Helfershelfer seines höllischen Gegenteils, der Ausmerzungen der Unheilbaren wurde (vgl. Peukert, 1983, S. 70). Ich meine, dass die Sehnsucht nach einer Gesellschaft ohne seelische Leiden und Behinderungen grundsätzlich hinterfragbar ist. Eine prinzipielle Ablehnung verdiente diese Sehnsucht allerdings nur dann, wenn ihre Verwirklichung gegenüber der Psychiatrie der Henker neutral wäre; faktisch untrennbar sein müsste vom Vernichtungskrieg, den die Nationalsozialisten (mit ihrer 1939 an polnischen Geisteskranken „erprobten“ Vergasungsmethode) gegen Abertausende von Juden, Homosexuellen, Zigeunern, anderen und eben auch gegen Unheilbare des eigenen Volkes führten (vgl. Dörner et al., 2002, S. 499).

2.9 Die Situation der psychisch Kranken in den USA

In meinem historischen Rückblick bin ich sehr nah an die Gegenwart herangekommen. Anhand des 1961 in den USA publizierten Buches von Erving Goffman „Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates“ hebe ich ergänzend einige Aspekte des Lebens in den geschlossenen Psychiatrieanstalten hervor, die bis heute noch nicht vollständig aus dem Alltag der psychisch Kranken vieler Länder verschwunden sind.

Goffman enthüllt die Anstrengungen und Demütigungen, die den Patienten in den grossen Asylen auferlegt wurden. Er prangert die zu repressiver Rhetorik verkommene Alltagssprache vieler Pflegenden an: „Hast du dich gewaschen?“ „Hast du beide Socken an?“ (Goffman, 1972, S. 50). Zwischen den Normen der Humanität und der Leistungsfähigkeit einer Anstalt herrscht ein ständiger Konflikt. Unter dem Gesichtspunkt der Leistungsfähigkeit wäre es (für das knappe Personal) von Vorteil, wenn der Patient nur wenige Habseligkeiten bei sich hätte – für dessen Wohlbefinden und Identität wäre das Vorhandensein eigener Möbel, Bilder und Bücher empfehlenswert (vgl. S. 82). Manchmal versieht Goffman psychiatrische Asyle wie Gefängnisse mit der Bezeichnung „totale Institution“. In solchen muss der Insasse um Toilettenpapier bitten und es wird auf seine Bitte hin nur eine kleine Menge abgegeben (vgl. S. 82). In Kliniken herrscht oft eine eher destruktive Spannung zwischen dem unmittelbaren Umkreis der PatientInnen und MitpatientInnen einerseits, und der „Welt der Institution“ andererseits. In totalen Institutionen erfordert das Zusammensein mit Mitpatienten-

Innen eine dauernde, bewusste Anstrengung. Man nimmt sie auf sich, weil durch ein gewisses Mass an Geselligkeit mit den Gefährten Zwischenfälle mit diesen vermieden werden, welche leicht zu Sanktionen von Seiten der intervenierenden Leitung führen könnten (vgl. S. 49). Psychiatrische PatientInnen sind Gefangene „selbstentfremdender moralischer Knechtschaft“, die wahrscheinlich verantwortlich ist für die geistige Verwirrung mancher Insassen. Denn: „Um aus der Klinik hinauszugelangen oder um ihr Leben drinnen zu erleichtern, müssen sie so tun, als akzeptierten sie den ihnen zugewiesenen Platz, und dieser ihnen zugewiesener Platz verlangt von ihnen, dass sie die Berufsrolle derer unterstützen, die offenbar diesen Handel erzwingen (vgl. S. 367). „In einer psychiatrischen Klinik wird die Tatsache, dass man ein schwieriger Patient ist ... meist als Beweis dafür gewertet, dass er noch nicht ‚reif‘ für die Freiheit ist und dass er einer weiteren Behandlung unterzogen werden muss. Das bedeutet, dass nicht die Klinik ein dem Patienten feindlicher Ort ist, sondern dass der Patient durch seine Feindschaft ihr gegenüber beweist, dass seine Anwesenheit in ihr berechtigt ist und dass er noch nicht bereit ist, sie zu verlassen ... [diese Situation ist eine] systematische Konfusion des Gehorsams“ (S. 366). Es ist absurd, dass die Angst des Personals vor Fluchtversuchen der Insassen kaum durch das Wissen gemildert wird, „dass die Insassen so etwas vielleicht nur tun, um ihre Selbstachtung zu bestätigen oder der Langeweile zu entgehen“ (S. 84).

3 Die Situation der BewohnerInnen einer heterogenen sozialtherapeutischen Wohngruppe im Kt. Zürich

3.1 Gesetzliche Grundlage

Eidgenössisches Recht: Die revidierte Bundesverfassung 1999 (in Kraft seit 1.1.2000) garantiert allen SchweizerInnen das Recht auf Hilfe, mit gewissen Beschränkungen allen Menschen, die sich in der Schweiz aufhalten. Art. 12 BV lautet: „Wer in Not gerät und nicht in der Lage ist, für sich zu sorgen, hat Anspruch auf Hilfe und Betreuung und auf die Mittel, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind“.

Kantonales Sozialhilferecht: Die Gesetzgebung für die Sozialhilfe steht in der Kompetenz der Kantone. Das Gesetz über die heute geltende öffentliche Sozialhilfe ist im Kt. Zürich seit 14.6.1981 in Kraft, die Verordnung zum Sozialhilfegesetz seit 21.10.1981. Die Höhe der materiellen Hilfe wird aufgrund der Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) in § 17 VSHG festgelegt, damit das soziale Existenzminimum des Hilfesuchenden gewährleistet wird. Die Realisierung der Sozialhilfe ist im Kt. Zürich Aufgabe der Gemeinden (Zehnder & Köpfli, 1998).

3.2 Existenzsicherung

Alle 27 BewohnerInnen sind nach einem längeren Klinikaufenthalt in die Wohngruppe eingetreten, nachdem ihnen wegen ihrer psychische Behinderung eine IV-Rente und die nötigen Ergänzungsleistungen zugesichert worden waren.

3.3 Geschichte der Wohngruppe Seeblick

Die Wohngruppe Seeblick wurde vor 16 Jahren von einem klinischen Psychologen und seiner Frau als christliche sozialtherapeutische Grossfamilie mit 12 psychisch

behinderten jungen Frauen und Männern in einem Dorf am Zürichsee gegründet. Wegen dringender Nachfragen weiterer Interessenten folgte der Umzug in eine Nachbargemeinde und bald die Zumiete weiterer Wohnungen; schliesslich boten insgesamt 5 Häuser 27 Menschen mit einer psychischen Behinderung ein Zuhause und Beschäftigung. Bald kamen weitere Mitarbeiter: 8 BetreuerInnen, ein Koch, ein Buchhalter, eine Sekretärin und ein Hauswart, der mit Hilfe einzelner BewohnerInnen die Häuser putzte und auch den Garten in Ordnung hielt. Für die tägliche Reinigung und Gartenpflege wurde noch ein Hauswart-Gehilfe eingestellt. Das Leiter-Ehepaar ging nach 6 Jahren in den Ruhestand. Mit der neuen Leitung wandelte sich die christliche Grossfamilie zu einer sozialtherapeutischen Wohngruppe. Es wurde ein Verein gegründet, dem die neue Leitung, vor allem in finanziellen Belangen, unterstellt war. Die Leiterin, eine Psychologin, betreute die BewohnerInnen psychologisch und beschäftigte sie mit einer Mitarbeiterin im Atelier mit Basteln, Malen, Ton- und Handarbeiten. Der Verein übernahm die vorhandenen Bankschulden. Die BewohnerInnen waren an einen Alltag gewöhnt, in welchem sie einerseits ihr „Ämtli“ verrichteten, ihre kreative Beschäftigung und religiöse Erbauung hatten, andererseits mit grosser Nachsicht wie in einem Hotel bedient wurden. Mit der Zeit waren erst einzelne, danach immer mehr BewohnerInnen in der Lage, auswärts in einer geschützten Werkstatt zu arbeiten. Wegen finanzieller Schwierigkeiten wurde das Personal sukzessive auf 5 BetreuerInnen reduziert. Es ist nicht gelungen, das vereinseigene Haus zu verkaufen um die Hypotheken zurückzuzahlen. Die Bank war zu einer Fristverlängerung nicht bereit. So mussten für die BewohnerInnen neue Wohnplätze gefunden werden. Seit Ende Februar 2003 gibt es die Wohngruppe Seeblick nicht mehr.

3.4 *Alltag in der Wohngruppe*

Die letzten zwei Jahre habe ich als Betreuerin den Alltag mit der Wohngruppe erlebt und mitgestaltet. Meine Beobachtungen beziehen sich auf diese Zeitspanne. Während dieser Zeit erfolgten 11 Austritte (Beginn der etappenweise vollgezogenen Auflösung) und 9 Neueintritte. Ich beschreibe einen durchschnittlichen Werktag vor dem „Erdbeben“, d. h. vor dem Anfang der Auflösung der Wohngruppe.

Es ist Morgen, 7.45 Uhr. Eine Kollegin und ich haben Frühdienst. Wir lesen die Rapporteintragungen des gestrigen Spätdienstes und die Agenda. Wir richten die Medikamente und machen uns auf den Weg zu unseren Gruppen. Um 8.00 Uhr ist Medikamentenabgabe.

Die BewohnerInnen haben (theoretisch) schon geduscht und gefrühstückt. Die 5 BewohnerInnen, die heute vormittag oder den ganzen Tag in der geschützten Werkstatt arbeiten, sind alle mit dem 7.19 Uhr-Zug nach Meilen gefahren, ausser Herr S., der heute Kopfweh hat und nicht zur Arbeit geht. Er muss noch seinen Werkstattchef informieren. Herr S. wohnt seit ihrer Entstehung in der Wohngruppe. Er ist gross gewachsen, leicht übergewichtig und verschlossen. Er hat regelmässig Kontakt mit Jesus, nachher hat er Kopfweh, wie auch heute. Nach einem halben Tag im Bett und aufgesetzten Kopfhörern erholt er sich.

Frau Sch. holt ihre Medikamente nicht, sie ist auch nicht zum Frühstück erschienen. Ich gehe zu ihr. Sie liegt im Bett, sie könne weder aufstehen noch ihr Ämtli machen, sie habe Magenschmerzen. Einen Arzt brauche sie nicht, sagt sie. Sie hat kein Fieber, wie ich feststelle. (Sie war schon mehrere Male im Spital, organisch war nichts zu finden). Sie ist ehemalige Alkoholikerin und kann nicht wahrhaben, dass ihr Mann, den sie vor Jahren verlassen hat, nach der Scheidung nicht bereit ist, mit ihr die Beziehung wieder aufzunehmen und seine Freundin zu verlassen. Ich versuche Frau Sch. zu überzeugen, dass es ihr vielleicht gut tun würde aufzustehen und zu essen, ohne Erfolg.

Bis 9.00 Uhr führen wir mit den BewohnerInnen das ihnen zugeteilte Ämtli aus: Frühstücksgeschirr und Küche aufräumen, Esszimmertisch abräumen und reinigen, Geschirrspülmaschinen ausräumen

und das benutzte Geschirr einräumen; Badezimmer, Toiletten, Eingänge, Stuben, Esszimmer und Treppen putzen, staubsaugen und feucht aufwischen. Herr L., ein 35-jähriger schlanker Mann mit fetigen blonden Haaren, nur mit einem Zahn oben und einigen schwarzen Stummeln unten, mit einem schnellen, hüpfenden Gang (der von seinem 15 Jahre zurückliegenden, mit Suizidabsicht unternommenen Sprung herrührt) trägt noch die gestrigen schmutzigen Kleider. Sichtbar und riechbar hat er nicht geduscht. Ich bitte ihn, dies nachzuholen. Wenn er sich pflegt und seine Zahnprothese im Mund hat, sieht er mit seinem Kindergesicht, seinen grossen blauen Augen und seinem blonden Bart wie ein verträumter Held eines Turgenjew-Romans aus, aber er bevorzugt sein „Kinderschreck-Aussehen“. Alles an ihm, seine überdurchschnittlich laute Stimme, sein Verhalten drückt aus: „Bleib mir vom Leibe!“ und löst bei den meisten MitbewohnerInnen Angst aus.

Herr M., früher heroinsüchtig, beklagt sich, dass Herr L. schon wieder das Frühstück der Gruppe am Vorabend zum Teil aufgegessen und den Kaffee zu sich ins Zimmer genommen hat. So haben die anderen keinen Kaffee und zu wenig Brot und Konfitüre gehabt. Ich sage Herr M., dass ich hinter dem Rücken von Herrn L. darüber nicht diskutiere. Nur wenn er seine Vorwürfe in Gegenwart von Herrn L. wiederhole, damit er dazu Stellung nehmen könne, würde ein Gespräch für mich Sinn machen. Herr M. ist äusserst sensibel und meistens traurig, weil die Menschen nicht so feinfühlig mit ihm umgehen, wie er es erwartet. Meine Antwort hat ihn enttäuscht. Er putzt leidend und oberflächlich die Toilette.

Frau K., ehemalige Krankenschwester, muss nie zum Duschen oder zum Putzen ermuntert werden, sie leidet unter Waschzwang. Wir haben vereinbart, dass sie morgens nur einmal duscht. Heute konnte sie sich nicht daran halten, sie duscht seit 5 Uhr morgen immer wieder, ihr Ämtli hat sie vorher gemacht. Sie wohnt seit 6 Jahren hier. Sie führt stereotype Bewegungen aus: Sie verlagert ständig das Gewicht von einem Bein auf das andere, das wirkt wie ein Schaukeln.

Herr K. lebt, wie auch Herr N., wegen eines Tötungsdelikts mit Auflagen der Justizdirektion in der Wohngruppe. Beide sind angepasst und höflich, beide um die 50. Herr N. ist Serbe, verheiratet. Er hat erwachsene Kinder. Ausser zu seiner Familie pflegt er keine Kontakte. Herr K. ist Schweizer, geschieden. Seine Tochter hat er seit Jahren nicht gesehen. Er hat sehr schlecht geschlafen, die „Gestalten“ kamen wieder in der Nacht. Er weiss, dass nur er die Gestalten sieht, trotzdem hat er panische Angst. Er lehnt meinen Vorschlag ab, mit dem Psychiater einen ausserordentlichen Termin zu vereinbaren.

Frau und Herr J. machen alles prinzipiell anders als vereinbart. So drücken sie ihre Eigenständigkeit aus. Frau J. ist die zweite Ehefrau von Herr J., er ist 18 Jahre älter als sie, was ihr Kummer macht. Er wirkt wesentlich älter als er ist (62) und am liebsten verbringt er den ganzen Tag, wie die Nacht auch, mit Schlaf. Vom vielen Liegen hat er Rückenschmerzen, daher der ärztliche Rat: Er solle sich bewegen. Er ist wieder im Bett, angezogen und schnarchend. Seine Frau sagt, zum 9-Uhr-Kaffee werde sie ihn wecken. Es ist ja bald soweit.

Frau W. steht träumend am Fenster, ohne Unterlass nickend, mit dem Besen in der Hand. Als sie mich sieht, fängt sie an, fleissig zu kehren, immer an der gleichen Stelle, und erzählt dabei all die kleinen Ereignisse, die sie beschäftigen. Sie sammelt mit Leidenschaft Informationen, sie weiss über Tun und Lassen jedes/r BewohnerIn und BetreuerIn Bescheid und kombiniert, folgert, stellt Prognosen auf. Sie ist sozusagen die Seele der Wohngruppe, sie wirkt auf die MitbewohnerInnen wie ein Lexikon, sie weiss einfach alles, was die anderen nicht interessiert oder ihnen entgangen ist. Ihr blosses Dasein schafft den Anschein einer Gemeinschaft, deren Existenz den anderen nicht aufgefallen ist. Aber sie können die Sichtweise von Frau W. übernehmen, solange sie redet. Gewöhnlich sagt sie beim Putzen einzelnen MitbewohnerInnen, wie heute auch: „Also am Abend um 20.15 setzen wir uns vor den Fernseher und ich koche Kaffee.“

Frau B. wiegt beinahe 120kg, wirkt trotzdem flink und wendig. Nach dieser selektiven Einladung von Frau W. ist Frau B. sehr gekränkt, weil sie nicht zum Mitmachen aufgefordert wurde. Sie sucht Streit, obwohl sie um 20.00 Uhr immer im Bett ist, nie mit der Gruppe TV schaut und Frau W. nicht ausstehen kann. Sie kommt Frau W. gefährlich nahe und fragt drohend, ob sie lieber eine Ohrfeige oder einen „Gingg“ wolle. Ich erinnere sie daran, dass laut Hausregel körperliche Gewalt verboten ist, wie es auch in dem von ihr unterschriebenen Vertrag steht. Weil sie so schnell und gründlich ihre morgendlichen Aufgaben erledigt hat, kann sie jetzt schon in die Pause gehen.

Bald sind alle fertig zum Kaffeetrinken im Haupthaus. Heute bin ich der Gruppe 1 zugeteilt. Ab 9.15 bis 11.50 Uhr steht musische Förderung auf dem Programm. Ich habe mich gestern darauf vorbereitet und Bücher sowie Bilderbände über impressionistische Malerei zusammengestellt. Meine Kollegin fertig mit der Gruppe 2 Topflappen an, Stofftiere und Specksteinfiguren für den Bazar. Die Bewohner nehmen die Beschäftigung ernst, sie machen sich allerhand Gedanken darüber. Die grosse Mehrheit

ist dagegen, beschäftigt zu werden, sie wollen frei haben. Eine Minderheit genießt sichtlich die geistige und künstlerische Betätigung. Wir fangen, wie immer, mit der „Befindlichkeitsrunde“ an. Nachher bestimmen wir, wie lange wir uns mit dem heutigen Thema befassen, um nachher noch mit dem Vorlesen des Romans fortzufahren; um das Thema für die nächste musische Förderung zu wählen und um über die Vorschläge abstimmen zu können. Bei der Diskussion werden fast alle geistig Abwesenden plötzlich sehr lebendig, ausser Herr J., ihm ist wirklich „all das“ gleichgültig. Herr J. ist gebildet; unser Niveau wäre ihm zu einem früheren Zeitpunkt seines Lebens zu niedrig gewesen - er hat „all diese Sachen“ wie Interesse, Kunst, Ehrgeiz, Prestige und Selbstdarstellung hinter sich gelassen. Er schläft. Nichtsdestotrotz frage ich ihn immer wieder nach seiner Meinung, wenn er an der Reihe ist; fordere ihn zur Abstimmung auf und lasse ihn die Bilder anschauen. Er gibt knappe Antworten und döst nachher weiter. Herr L. schaukelt sitzend nach vorne und hinten und streicht dabei geräuschvoll über seine Oberschenkel, ohne Pause. Seine Nachbarin, Frau G. macht ihre Grimassen: Unwillkürliche Bewegungen ihrer Gesichtsmuskeln. Manche MitbewohnerInnen stossen sich daran genauso wie am Schaukeln von Herrn L. und machen abschätzig Bemerkungen darüber. Auch Frau H. wird von mehreren getadelt, weil sie in regelmässigen Abständen hell auflacht, was die anderen als Auslachen interpretieren. (Frau H. studierte Medizin, bevor sie krank wurde. Sie erzählt, dass ihr das Büffeln verleidet war und sie will nur noch ausruhen. Das ist jetzt bald 17 Jahre her. Seit dem hat sie fast 70kg zugenommen und ausser ihrem stereotypen Nicken bewegt sie sich so wenig und so langsam wie möglich). Ich bitte alle, davon Kenntnis zu nehmen, dass niemand für die beanstandeten Gewohnheiten verantwortlich ist; dass niemand diese störenden Symptome der anderen als persönliche Beleidigung auffassen soll. Wir betrachten jetzt die Bilder, eins nach dem anderen, und reichen einander den aktuellen Bildband weiter. Jede(r) sagt ihre/seine Gedanken und Eindrücke. Manche hören einander zu. Jede(r) kommt ein Stück weit aus dem eigenen „Gefängnis“ heraus und offenbart sich. Manche staunen sichtlich, dass sie selber eine Meinung über Malerei haben, manche vielleicht darüber, dass sie trotz Widerstand gegen die obligatorische Weiterbildung so etwas wie Spass daran haben, als Mitglied einer Gruppe ihre Meinung äussern zu können, obwohl sie mit „diesen kranken, komischen Menschen“ nichts zu tun haben woll(t)en. Frau K. teilt jedesmal ihre wilden, bei den Haaren herbeigezogenen sexuellen Phantasien mit, welche die Frommen schockieren und einige mit dankbarem Lachen quittieren. Als die vereinbarten anderthalb Stunden abgelaufen sind, machen wir fünf Minuten Zigarettenpause, nachher fahren wir mit dem Vorlesen des gewählten Romans fort. Nicht jede(r) ist bereit vorzulesen, es ist auch nicht obligatorisch. Manche tun es sehr gerne; erstaunlicher Weise auch Frau G., die nicht gut lesen kann und sehr scheu ist. Aus eigenem Antrieb sagt sie nie etwas. Es scheint so, dass Vorlesen ihre Art ist, sich zu überzeugen, dass es sie immer noch gibt. Zum Schluss fassen wir das Gelesene zusammen und stimmen über die Gestaltung des nächsten Programms ab. Wir werden Vivaldi hören und das Buch weiter lesen.

Jetzt ist Mittagspause: Wir treffen uns im Speisesaal. Auch die drei BewohnerInnen, die nur vormittags auswärts arbeiten, sind eingetroffen. Sie werden begrüsst. Viel mehr wird nicht gesprochen. Beim Schöpfen wird gedrängt, fast jede(r) will als erste(r) das Essen bekommen. In Windeseile wird alles heruntergeschlungen oder aber liegen gelassen. Manche lästern über die Speisen. Die Medikamente werden abgegeben. Nun haben alle Pause, nur die vier BewohnerInnen nicht, die das Ämtli „Abwaschen am Mittag“ haben.

Um 14.00 Uhr haben wir Bügeln und Flickern auf dem Programm. Frau K. macht nicht mit, sie ruft die ganze Zeit „Ujjujjj“, bis allen die Haare zu Berge stehen. Ich bitte sie, entweder damit aufzuhören oder sich in ihrem Zimmer zu beschäftigen. Sie bevorzugt letzteres. Ihre Wäsche wird nächste Woche gebügelt und geflickt. Um 15.00 Uhr beginnt eine Viertelstunde Kaffeepause. Herr S. fühlt sich wieder wohl. Die letzte Sequenz macht er auch mit, indem er seine Wäsche bringt und sich zum hundertsten Mal zeigen lässt, wie man Faden einfädelt und einen Knopf annäht. Bis um 16.00 Uhr habe ich alle Hände voll zu tun. Ausser Frau G. und Frau B. ist niemand bereit, etwas selbständig zu bügeln oder zu flicken. Ich bin dafür verantwortlich, dass sie sich anständig anziehen können und dass sie bügeln und flicken lernen. Die Mehrzahl der BewohnerInnen erwartet von mir, mit „solchen Sachen“ in Frieden gelassen zu werden, oder, sie „selber zu machen“, wenn es mir wichtig erscheine. Sie stört es wirklich nicht, wenn ihre Kleider zerrissen oder ungebügelt sind und sie lassen sich nicht vom Gegenteil überzeugen.

Ab 17.00 Uhr haben die BewohnerInnen Feierabend. Um 18.00 Uhr gibt es Abendessen, bis dann kommen auch die auswärtig Arbeitenden zurück. Ihr Stundenlohn beträgt 2-4 Franken, je nach Leistung. Wer viel arbeitet und „viel“ verdient, gilt unter den BewohnerInnen als dumm, weil die Zusatzleistungen der IV dem Lohnertrag entsprechend gekürzt werden (das Fahrabonnement und das auswärtige Essen usw. müssen selber bezahlt werden). Um 18.00 Uhr geht auch der Koch nach Hause, wie die BetreuerInnen, die bis jetzt Frühdienst hatten. Die zwei BetreuerInnen, die im Spätdienst eingeteilt

sind, schöpfen das Essen, helfen beim Aufräumen und Abwaschen, reinigen die Küche, verteilen Medikamente, besprechen mit den BewohnerInnen, was sie aktuell beschäftigt und gehen um 21.00 Uhr nach Hause. Ab diesem Zeitpunkt können die BewohnerInnen den Pikettdienst telefonisch erreichen. Die meisten verbringen den Abend vor dem Fernseher. Die Frauen bevorzugen Liebesfilme, die Männer Sportsendungen und Krimis.

Zu diesem Zeitpunkt arbeiten 10 BewohnerInnen (37%) regelmässig, 6 (22%) davon gut und 4 (15%) davon gern.

Und zum Schluss das Ergebnis meiner Umfrage im Frühling 2002 unter der BewohnerInnen des Seeblicks:

Gesamtzahl: 27

| | ja | nein | ich weiss nicht |
|--|----------|----------|-----------------|
| Ich fühle mich wohl im Seeblick: | 18 (67%) | 5 (18%) | 4 (15%) |
| Ich will innert 2 Jahren selbständig wohnen: | 7 (26%) | 15 (56%) | 5 (18%) |
| Ich will innert 5 Jahren selbständig wohnen: | 3 (11%) | 20 (74%) | 4 (15%) |
| Ich will immer da bleiben: | 8 (30%) | 13 (48%) | 6 (22%) |

Ich werde im Folgenden die beschriebenen Phänomene im Seeblick analysieren.

3.5 Ziele

- Ziele der Gesellschaft:
- möglichst schnelle und nachhaltige Reintegration der Menschen mit einer psychischen Behinderung
 - bis dies (wenn überhaupt) möglich ist, ihnen ein menschenwürdiges Leben sichern
 - die Nichtbehinderten vor Konfrontation mit Behinderten verschonen
 - Image als fortschrittliche, humane Gesellschaft wahren
 - Sicherheit für Behinderte und Nichtbehinderte

- Ziele der Heimleitung:
- gesellschaftlichen Auftrag ausführen
 - Wettbewerbsfähigkeit durch qualitativ gute Dienstleistung und positive finanzielle Bilanz
 - Prestige, fachliche Anerkennung
 - Sicherung der Arbeitsplätze

- Ziele der Betreuung:
- für Sicherheit sorgen (Gewalt vorbeugen)
 - Lebensqualität der BewohnerInnen ermöglichen und steigern
 - effizient für Sauberkeit sorgen
 - Arbeitspensum erfüllen
 - vernünftige Kompromisse bei widersprüchlichen Erwartungen finden
 - Hausordnung einhalten lassen
 - die BewohnerInnen zur Pflichterfüllung bringen
 - Strukturen einhalten (lassen)
 - Gemeinschaft bilden
 - Freundlichkeit und Wohlwollen fördern
 - Gesundheit der BewohnerInnen fördern
 - Wohlbefinden der BewohnerInnen steigern
 - Entwicklung der BewohnerInnen fördern

- sich vor Burnout schützen
- von der Leitung gut qualifiziert werden

Ziele der Angehörigen:

- die psychisch kranken Verwandten „los werden“
- eigenen Freiraum schützen
- Distanz zu Kummer und emotionaler Verwicklung
- die psychisch Behinderten gut versorgt wissen
- Hoffnung auf Heilerfolg durch professionelles Handeln

Ziele (eher Wünsche) der Betreuten:

- bequemes Leben führen
- in Frieden gelassen werden
- sich vor fremden Einflüssen schützen
- frei entscheiden dürfen
- aufgezwungene Tagesstrukturen umgehen
- sich zurückziehen
- ausruhen
- Kontakt und Beziehungen zu gesunden Menschen
- mehr Geld
- mehr Freizeit
- nicht selbst gewählte Kontakte vermeiden
- unliebsame MitbewohnerInnen „los werden“

3.6 *Gemeinsame Merkmale der sehr verschiedenen BewohnerInnen*

3.6.1 *Probleme*

Die folgenden Phänomene und Eigenschaften habe ich in mehr oder minder ausgeprägter Form bei den BewohnerInnen des Seeblicks beobachtet:

- abgekapselt sein von den eigenen Gefühlen
- Mangel an Empathie
- Mangel an Disziplin
- Mangel an Pflichtgefühl
- Mangel an Zugehörigkeitsgefühl
- Mangel an Zielen
- Mangel an Ausdauer
- Mangel an Selbstwertgefühl
- Mangel an Selbstvertrauen
- Mangel an Willenskraft
- Apathie
- Lethargie
- Trägheit
- Mangel an Eigeninitiative
- Vergesslichkeit
- Fehlen der Fähigkeit, Zusammenhänge zwischen eigenem Handeln und Reaktionen anderer zu erkennen
- Fatalismus
- Einengung des geistigen Sichtfeldes
- Unfähigkeit sich zu freuen

- Konsumhaltung
- Misstrauen
- Kontaktscheue
- Gleichgültigkeit
- Beziehungsunfähigkeit
- Angst vor Entlassung
- Angst vor Neuem
- sich festhalten an Routine
- Humorlosigkeit
- Unerreichbarkeit auf emotionaler Ebene
- auf sich zurückgeworfen sein

3.6.2 Ressourcen

Die eben aufgeführte Mangel-Aufzählung lässt fälschlicherweise den Eindruck entstehen, dass psychisch behinderte Menschen nichts Wesentliches können oder fertig bringen. Sie haben sehr wohl ihre Stärken, Ressourcen und Begabungen, die sich deshalb nicht in einer Liste zusammentragen lassen, weil sie individuell sehr verschieden sind.

Herr K. singt Opern-Arien und Schubert-Lieder, Frau B. singt Songs, Schlager und Volkslieder. Beide haben wunderschöne Stimmen und Talent. Frau M. macht wirklich schöne und originelle Skulpturen. Frau K, Frau R. und Herr G. spielen Klavier, Herr G. auch klassische Gitarre.

Frau G. ist eine kreative Köchin mit sehr gewagten Kombinationen, die manchmal ungeniessbar, manchmal von einer nie geahnten Köstlichkeit sind. Leider unwiederholbar, weil sie sehr intuitiv kocht.

Herr L., der als begabter Gymnasiast an der hebephrenen Form der Schizophrenie erkrankte, ist in chronifiziertem Residualzustand. Er scheint geistig sehr abgebaut zu sein. Um so erstaunlicher ist seine Fähigkeit, Schwächen und wunde Punkte seines Gegenübers blitzschnell zu erkennen und für sich nutzbar zu machen. Er beherrscht mehr oder weniger die ganze Wohngruppe mit Drohungen und Erpressungen. Diese Fähigkeit kann auch – ich sehe von einer moralischen Wertung ab – als eine Ressource und als eine Art Sozialkompetenz aufgefasst werden, die sich vielleicht unter einem glücklichen Stern zu Führungsqualität mit natürlicher Autorität hätte entwickeln können.

Herr F. ist Analphabet, schwerhörig und herzkrank. Er ist 32 Jahre alt, lebt seit 5 Jahren im Seeblick. Als kleiner Junge und als Schulkind wurde er als leicht schwachsinnig eingestuft. Niemand hat seine Schwerhörigkeit bemerkt. Er kann seinen Analphabetismus sehr gut verheimlichen. Er hat ein sehr gutes Gedächtnis. Herr F. ist unter alle BewohnerInnen am selbständigsten. Er arbeitet nach seiner erfolgreich abgeschlossenen Küchen-Anlehre im Seeblick für einen symbolischen Lohn in einem Restaurant in Zürich. Wenn sein Chef einen gerechten Lohn bezahlen müsste, würde er sicher einen „Normalen“ anstelle von Herrn F. engagieren, ausserdem: wenn Herr F. einen höheren Lohn erhielte, wäre seine IV gefährdet. Er arbeitet fleissig und pflichtbewusst, obwohl er weniger Taschengeld erhält seit seinem Stellenantritt. Die Kürzung seines Taschengeldes ärgert ihn sehr. Sein Beistand hat vergeblich versucht, ihm zu erklären, dass ihm weniger Ergänzungsleistung zusteht, wenn er selber verdient. Er hat Aussenkontakte: Kollegen zum Bier trinken, zum Reisen, um Eishockey- und Fussballspiele zu besuchen – in entsprechender Aufmachung und mit den üblichen Fan-Sprüchen. Ich erkenne bei Herrn F. Ansätze des Zugehörigkeits- und Gemeinschaftsgefühls zu seiner Peer-Gruppe. Diese Gruppe steckt ihn mit rassistischen Ansichten an. Mit diesen kompensiert er sein Minderwertigkeitsgefühl. Psychisch ist er seit Jahren stabil, er geht regelmässig und selbständig zum Psychiater und nimmt seine Medikamente zuverlässig ein. Im Rahmen der Einzelförderung lernt er im Seeblick mit Mühe lesen. Er hat Schwierigkeiten, das Gelesene zu verstehen. Trotzdem organisiert er seinen Alltag vorzüglich: Er hat seinen Arbeitsplan, die Fahrpläne und seine Termine im Kopf. Mit diesen Beispielen unterstütze ich meine These, dass in einem individuellen Talent-Bereich viele Mängel mit ausgeprägten Fähigkeiten und Leistungen kompensiert werden.

3.7 Welche Verhaltensweisen der BewohnerInnen deuten auf Hospitalismus?

Ursachen und Folgen von Hospitalismus können nicht immer klar getrennt werden. All die unter 3.6.1 aufgelisteten Eigenschaften der BewohnerInnen des Seeblicks können von ihrer Krankheit herrühren oder schon auf Hospitalismus hindeuten. Diese Attribute fördern und verstärken aber Hospitalismus. Die Empfindung, von den eigenen Gefühlen getrennt zu sein, entsteht nicht nur durch die Krankheit, sondern wahrscheinlich auch als Nebenwirkung der Psychopharmaka. Bei einigen BewohnerInnen ist auch Angst vor dem Zerfallen, vor Nicht- sein und Trauer ob dem Verlust des Zugangs zu den eigenen Gefühlen zu beobachten. Mangel an Empathie verunmöglicht tiefere zwischenmenschliche Beziehungen. Einsamkeit wird vielfach als Sinnlosigkeit erlebt. Mangel an Disziplin und Pflichtgefühl sind der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft hinderlich, lassen keine Erfolgserlebnisse zu und mindern das Selbstwertgefühl. Aber auch die umgekehrte Reihenfolge ist gültig: Ohne Selbstwertgefühl entstehen keine Erfolgserlebnisse, und wenn doch, werden sie nicht als solche, sondern als Zufall bewertet und stoppen nicht die Entmutigung; als „minderwertige Person“ mutet man sich keiner Gemeinschaft zu. Ohne Selbstwertgefühl wären Pflichtgefühl und Disziplin ohnehin irrelevant und lächerlich. Und wozu Ziele haben, wenn man weiss, dass keine Willenskraft vorhanden ist, um sie zu verwirklichen? Und wozu Willenskraft, wenn man keine Ziele hat? Apathie, Lethargie und Trägheit lassen keine Eigeninitiative entstehen. Die Vergesslichkeit bestätigt das Selbstbild, allein den Alltag nicht bewältigen zu können. Menschen, die keinen Zusammenhang zwischen eigenem Handeln (oder Unterlassen von Handeln) und den Reaktionen der anderen erkennen können, empfinden diese Reaktionen als willkürlich; sie fühlen sich der Unberechenbarkeit ihrer Umwelt hilflos ausgeliefert. Sie können ihr Geschick und ihr Leben immer weniger kontrollieren. Der Kontrollverlust führt zu erlernter Hilflosigkeit, Fatalismus und Hospitalismus (vgl. Brändle-Ströh, 1999). Die folgenden Beispiele von Verhaltensweisen der BewohnerInnen deuten auf Hospitalismus.

Herr L. lässt regelmässig Teile des für die ganze Wohngruppe bereit gestellten Frühstücks oder des Nachmittagsdesserts verschwinden. Er klaut Zigaretten, Kaffee und Geld von den BewohnerInnen. Er erpresst auch die anderen, ihm Geld und Zigaretten zu geben. Er macht der alten Bahnhofskiosk-Verkäuferin Angst, damit sie ihm die ersehnte Ware auf sein Versprechen hin gibt, er werde am nächsten Zahltag bezahlen. Trotz Gesprächen zwischen der Kioskverkäuferin, Herrn L. und den BetreuerInnen geschieht das immer wieder. Herr L. arbeitet sehr ungern, egal, was für eine kleine Aufgabe er erledigen soll, er macht sie unvollständig, mangelhaft und nur so lange, bis jemand ihm „hilft“ oder die Arbeit ganz für ihn erledigt. Er hört in seiner Freizeit Musik mit Unterbrüchen für seine täglich 40-50 Zigaretten und ca. 20 Tassen Kaffee. Exzessives Rauchen und Kaffeetrinken braucht er, um sich spüren zu können. Um zu seiner gewohnten Menge zu kommen ist ihm jedes Mittel recht. Er führt stereotype Bewegungen aus. Wenn er - ausser geschrieenen Drohungen - etwas sagt, sind das kurze Andeutungen, wie es früher war; immer die gleichen Sätze.

Frau M. könnte wahrscheinlich schon seit 10 Jahren selbständig leben, sie ist psychisch stabil, sie arbeitet stundenweise auswärts („geschützt“, bei dem Besucherdienst für alte Menschen), absolviert Kurse in Malen und Gestalten und in ihrer Freizeit ist sie künstlerisch tätig. Sie steht morgens um 5 Uhr auf und geht schon um 20.00 Uhr ins Bett. Sie hat mit ihrer MitbewohnerInnen nur den allernötigsten Kontakt. Ihr alter Hund leistet ihr Gesellschaft. Sie nimmt ihre Medikamente selbständig, sie geht selbständig zu Psychiater und Arzt. Trotz ihrer Selbständigkeit sagt sie immer wieder, dass sie noch nicht stark genug sei, allein zu leben. Die Schliessung der Wohngruppe erfüllt sie zuerst mit Angst, aber sie lässt sich dann doch überzeugen, dass der Schritt in die Selbständigkeit für sie längst fällig ist.

Herr A., Herr M. und Herr G. sind zwar nicht so eindeutig selbständig wie Frau M., aber es wäre ein Versuch wert, sie, wenigstens probeweise, miteinander in einer nicht betreuten WG leben zu lassen. Eine Sozialpädagogin oder ein(e) MitarbeiterIn vom Psychosozialen Dienst könnte einmal pro Woche kurz nachschauen, ob und wie sie zurechtkommen und würde mit ihnen besprechen, wo sie allenfalls

Hilfe benötigen. Alle drei halten die Realisierung dieser Idee für unvorstellbar, vor allem wegen dem Putzen. Herr A. ist gelernter und erfahrener Koch, nach meiner Einschätzung könnte er durchaus 50% in seinem Beruf in der Privatwirtschaft arbeiten. Er zieht es vor, in einer geschützten Werkstatt halbtags Prospekte in Couverts einzupacken, ohne Leistungsdruck. Kochen wäre „viel zu stressig“, dann müsste er wieder zum Alkohol greifen, meint er. Herr M. arbeitet nicht, weil er vor Bahnfahrten panische Angst hat. Wenn er aber an einem Ort wohnen würde, wo es auch eine geschützte Werkstatt gäbe, wäre die Möglichkeit zur Arbeit auch für ihn gegeben. Er hat genauso Angst davor, selbständig zu wohnen, wie seine Mitbewohner.

Herr G. hat einige Semester Mathematik, Physik und Psychologie studiert, bevor akute Wahnvorstellungen ihn aus der Bahn gerissen haben. Er kam in die Klinik und nach langem Klinikaufenthalt lebt er seit 15 Jahren im Seeblick. Auf den ersten Blick wirkt er selbständig und gebildet. Er besucht wöchentlich einmal einen Schachklub, wo er manchmal gegen einen Professor unentschieden spielt. Darauf ist er sehr stolz. Anderen gegenüber gewinnt er häufiger als er verliert. Auch andere Kontakte pflegt er mit auswärtig wohnenden Männern. Er geht regelmässig in die Kirche und zu Veranstaltungen einer freikirchlichen Gemeinde, wo die Meinung herrscht, Beten ist wichtig und Medikamente sind schädlich. Sein Zustand verschlechterte sich rapid, als ich ihn vor zwei Jahren kennen lernte weil er – wie sich herausstellte – seine Medikamente nicht mehr einnahm. Seitdem er vermahnt wurde, akzeptiert er jedoch die Auflage der Heimleitung, seine Psychopharmaka regelmässig einzunehmen. Er arbeitet in der geschützten Werkstatt, zweimal pro Woche ganztägig, sonst halbtags. Er hat ein breites Wissen; er wirkt wie ein selbständig gewordener Auskunftsdienst für Allgemeinbildung. Egal, worüber die andere miteinander sprechen, er platzt in einen beliebigen Satz hinein und stellt eine Frage, wie z. B. „Kennt ihr die Formel für Einsteins Relativitätstheorie?“ Wenn er die richtige Antwort kriegt, nickt er wohlwollend und lächelnd. Wenn nicht, gibt er knapp Auskunft und stellt seine nächste Frage. Er war schon immer und ist immer noch Bettnässer. Er hatte viele Jahre lang eine geistig behinderte Freundin (Frau E.), ebenfalls Bewohnerin des Seeblicks, die ihn akzeptierte. Seine Eltern fühlten sich durch diese Freundschaft sehr verletzt. Es ist ihnen gelungen, sie ihm auszureden – trotz Überzeugungsversuchen der BetreuerInnen, er solle allein über seine Beziehung entscheiden. Er machte mit Frau E. Schluss und hielt sich ziemlich konsequent daran. Die BetreuerInnen versuchten, die Verlassene zu trösten und zu stützen. Frau E. hat lange Zeit gebraucht, bis sie halbwegs eingesehen hat, dass ihr Werben, Nachlaufen und Bitten zwecklos ist. Sie wurde anderen MitbewohnerInnen und BetreuerInnen gegenüber aggressiv und tötlich. Sie hörte auf zu essen und verbrachte ganze Tage im Bett. Sie wurde in die Klinik eingewiesen.

Herr M. hat die Rudolf Steiner Schule absolviert. Nach der Schule nahm er immer mehr Drogen, er wurde abhängig und schliesslich obdachlos. Als mehrere seiner KollegInnen nacheinander an den Folgen einer Überdosis starben, bekam er Wahnvorstellungen und landete in der Klinik. Seit 7 Jahren lebt er im Seeblick. Er ist ein Schöngest, liest gerne und schreibt ab und zu selber ein Gedicht. Er malt manchmal mittelmässige Aquarelle. Er fügt sich widerwillig in den Heimalltag. Vorschlägen der BetreuerInnen, auswärts in einer geschützten Werkstatt zu arbeiten um etwas mehr Taschengeld zu erhalten und um später einen Beruf zu erlernen, leistet er Widerstand, indem er zustimmt: All das will er, aber später, wenn er mehr Energie hat. Die Zeit sei noch nicht reif. So ziehen Herr M. und Herr A. bald in ein Heim, wo sie noch mehr Betreuung und Bequemlichkeiten haben werden. Herr A. und Herr M. träumen davon, die Frau für's Leben zu finden, unternehmen aber nichts in dieser Richtung. So sind sie unglücklich und schauen lieber TV. Herr G. wird in einem christlichen Heim wohnen, ähnlich intensiv betreut wie im Seeblick.

Die Hausregeln, die Rolle und die Haltung der BetreuerInnen des Seeblicks sind in vielen Belangen entmündigend. Für die Entmündigung sorgen auch die verwöhnenden und kontrollierenden Strukturen. Die meisten BewohnerInnen zeigen Symptome von Hospitalismus: negative Selbstattribution, (die z. B. im verwahrlosten Aussehen zum Ausdruck kommt), eingeengtes Denken, Passivität, keine Eigeninitiative, Apathie, Motivationsverlust, Lernschwierigkeiten, emotionale Defizite, autistische Züge, stereotype Bewegungen, Selbstverlust; Depression und Tendenzen, der Resozialisierung Widerstand zu leisten.

3.8 *Wie werden diese Verhaltensweisen von der Betreuung beeinflusst?*

Herr L. fällt in vielen Belangen unangenehm auf. Seine Erscheinung ist stets ungepflegt, seine Essgewohnheiten unappetitlich. Er bekleckert sich und seine Umgebung. Er spricht so laut, dass es bei den Zuhörenden Schmerzen verursacht. Er spuckt beim Sprechen, weil er seinen Zahnprothese wegen „Unbequemlichkeit“ ebenso wenig trägt wie einen Gürtel oder Hosenträger. So rutscht seine Hose ständig herunter und lässt seine kotverschmierte Unterhose erblicken. All das provoziert bei den BetreuerInnen und MitbewohnerInnen ständige Mahnungen, Proteste und Aufforderungen zu Ordnung und Anstand. Ihre Mahnungen rufen bei ihm Reaktanz hervor (vgl. Brändle-Ströh, 1999, Lerneinheit 6). Er verstärkt trotzig sein rücksichtsloses, asoziales Verhalten. Die BetreuerInnen reagieren verschieden. Eine Betreuerin und ein Betreuer haben Angst vor ihm, sie lassen Herr L. weitgehend in Frieden und erledigen für ihn alle Haushaltsarbeiten und Ämtli. Ein anderer Betreuer schenkt Herrn L. auch Zigaretten, Geld und Schokolade. Eine Betreuerin macht das gleiche, aus Mitleid und Erbarmen. Die andere BetreuerInnen versuchen Herrn L. zur Mitarbeit zu motivieren. Herr L. teilt die BetreuerInnen in Gute und Böse auf. Die Guten nützt er aus und verachtet sie gleichzeitig, die Bösen respektiert und hasst er. Gleichzeitig spielt er die Bösen und die Guten gegeneinander aus. Gegen sein Stehlen ist mangels Beweisen nicht viel auszurichten. Auch sein Suchtverhalten bleibt unbeeinflusst. Als ich seine Bezugsperson werde, beantrage ich bei seinem Vormund mit Erfolg einen Zuschuss für kulturelle Zwecke, damit er sich einmal im Monat (mit mir) in der Öffentlichkeit zeigen kann. Für diesen Ausgang ist Herr L. bereit, zivilisierter auszusehen und sich zu benehmen. Nach einem halben Jahr bekomme ich als Bezugsperson von der Leiterin zusätzlich neue BewohnerInnen zugewiesen und Herrn L. muss ich an einen Kollegen „abgeben“. Seine neue Bezugsperson findet das monatliche „Entfliehen“ vom Heimplatz überflüssig. Herr L. verlernt sehr schnell, sich zu pflegen und zu benehmen.

Frau M. ist eine „angenehme“ Bewohnerin. Sie verhält sich konform; mehr noch: sie ist unsere Vorzeigeklientin. Am liebsten hätten wir alle Häuser voll von ihrer „Sorte“. Sie übt auch eine sehr willkommene normalisierende Wirkung auf die meisten MitbewohnerInnen aus. Wir hoffen stets, dass ihr Beispiel ansteckend wird. So hält es niemand für dringend, dass sie den Schritt in die Selbständigkeit wagt. Sie will das ja sowieso nicht. Sie wird mit dem Satz: „Ihr Tempo bestimmt sie selbst“ jahrelang in ihrer Stagnation belassen. Frau M. sonnt sich in Beliebtheit und bis zum „Erdbeben“ denkt sie nicht daran, das wohltemperierte, in Watte verpackte Leben aufzugeben. Das ist ein Paradebeispiel dafür, wie BetreuerInnen Hospitalismus in Kauf nehmen und fördern.

Als die Anzahl BetreuerInnen auf 5 (mit 400 Stellenprozenten) reduziert wird, folgt eine drastische Veränderung im Alltag. (Dieses Ereignis nenne ich auch in den folgenden Kapiteln „Erdbeben“). Das Haupthaus wird geschlossen. Die Mahlzeiten werden von jeweils einem/einer BetreuerIn mit BewohnerInnen in je einer kleinen Küche gekocht und in je einem Esszimmer eingenommen. Die 27 BewohnerInnen treffen sich nur noch mit den Mitgliedern ihrer Gruppe, nicht mehr mit allen. Die Weiterbildungsprogramme, die musische Förderung und die gemeinsamen Spielnachmittage werden gestrichen. Es gibt nur noch Haushaltsarbeiten. Die Einzelförderung findet während dem Kochen und Putzen statt. Die meisten BewohnerInnen haben am Freitagnachmittag frei, auch von Haushaltspflichten sind sie entbunden. Sie bedauern, dass die Gesellschaftsspiele ausfallen. So schlage ich ihnen vor, ohne BetreuerInnen zusammenzukommen und die Programme, die ihnen gefallen haben, weiterzuführen. Die Idee gefällt allen, aber niemand nimmt die Ausführung an die Hand. Als ich jeden persönlich anfrage, ob sie oder er den anderen am Vorabend den Vorschlag mache, sich am nächsten Tag zum Spiel zu treffen, sagen sie entweder „nein“ oder „vielleicht ein anderes Mal“.

Frau G. ist 54 Jahre alt, geschieden. Ihr erwachsener Sohn hat sie nach sechs Jahren Funkstille erst vor Weihnachten angerufen und besucht. Frau G. kam von der Klinik in den Seeblick, nicht ganz freiwillig. Ihre Ärztin habe ihr gesagt, sie trete jetzt in den Seeblick ein, um dort ein wenig Ferien zu verbringen; bis ihr Anwalt ihr Wohnrecht im Einfamilienhaus des Exmannes erkämpft habe und Frau G. dort einziehen könne. Tatsache war und ist, dass Frau G. keinen Anwalt hat. Die Geschichte des Wohnrechtes ist die einzige, die sie zusammenhängend erzählt. Wenn sie gefragt wird, gibt sie völlig zusammenhangslos erscheinende Antworten. Sie spricht über Personen und Ereignisse, die ihrem Gegenüber unbekannt sind und nicht zum Gegenstand des Gespräches gehören. Sie wohnt bald seit

fünf Jahren im Seeblick. Sie hält sich nur an die Tagesstrukturen, wenn sie ihr passen. Sie geht nicht aus dem Haus, nur wenn sie zum Arzt muss. Sie wohnt in einem der zwei Häuser, wo neuerdings gekocht wird, seitdem die Grossküche geschlossen ist und kein Koch mehr dort arbeitet. Während dieser Zeit blüht Frau G. richtig auf. Sie kommt jeden Tag in die Küche, auch wenn andere eingeteilt sind, sie will helfen. An manchen Tagen, wenn die BetreuerInnen sie darauf aufmerksam machen, dass dieses oder jenes zu einer anderen Mahlzeit benötigt wird, oder dass sie heute mit mehr oder weniger Essenden rechnen soll, wird sie sehr aggressiv, schmeisst die Kelle durch die Küche und sagt der betreffenden Betreuerin: „Verlassen Sie sofort meine Küche! Was fällt Ihnen ein, mir Anweisungen zu geben!“. Erklärungen nützen da nichts, Frau G. ist ganz Hausfrau und in ihrem Element. Die Betreuerin muss sich aber an den Menuplan halten und die nötige Anzahl Portionen innert anderthalb Stunden bereitstellen; sie muss sich durchsetzen. Frau G. ist tief beleidigt und verlässt die Küche. Am nächsten Tag kommt sie wieder. Die wenigsten Menschen geniessen das Privileg, von Frau G. mit ihrem richtigen Namen angesprochen zu werden; normalerweise benennt sie die Menschen nach ihrem Gutdünken. Die BetreuerInnen, die sie jedes Mal freundlich korrigieren: „Ich heisse soundso“, benennt sie schon richtig. Die Tatsache, dass sie täglich in der Küche arbeitet, manchmal ganz selbständig, und dass ihre Leistungen von allen anerkannt und geschätzt werden, lässt ihr Selbstvertrauen sichtbar wachsen. Sie ist nicht mehr so scheu und unbeteiligt, ihre Stimme wird fester und sie sagt hie und da auch etwas, wenn sie nicht direkt gefragt wird. Zwar zusammenhangslos, aber immerhin. Sie fühlt sich langsam zugehörig, wenn nicht zur Gruppe, so wenigstens zum Haus. Umso schmerzlicher trifft sie die Mitteilung, dass sie einen neuen Wohnort finden muss. Sie weigert sich, die vorgeschlagenen Wohnstätten mit oder ohne Begleitung anzuschauen. An so brutale Konfrontation mit der Wirklichkeit ist sie schon seit langem nicht mehr gewöhnt; sie scheint nicht zu zuhören, nicht zu verstehen. Ist das ihrer Krankheit oder dem Hospitalismus zu zuschreiben? Sie sagt immer wieder nur nein. Sie wird wieder in die Klinik eingewiesen.

Es besteht die Regelung, dass die 2 BewohnerInnen, die am Sonntag der Mahlzeitenzubereitung zugeeilt sind, nur nach Beendigung ihrer Arbeit in den Ausgang gehen können, oder wenn sie mit jemandem ihren Küchendienst getauscht haben. Es gibt aber BewohnerInnen, die sich nicht daran halten. So ist es schon oft vorgekommen, dass die zwei BetreuerInnen ohne Hilfe 25-30 Mahlzeiten in zwei Stunden kochen mussten. Je nach Rezept könnte allein das Rüsten mehr als eine Stunde Zeit beanspruchen. Dadurch würden sie mit der Kochzeit in Verzug geraten. Die BetreuerInnen beschliessen, dass sie es als logische Konsequenz betrachten, anstatt ErsatzhelferInnen zu organisieren, die Arbeit allein zu bewältigen; dabei aber nicht zu hetzen und auch die Tische nicht zu decken, sondern mitzuteilen, dass heute später gegessen wird, weil die HelferInnen nicht zum Küchendienst erschienen sind. Die Reaktionen der einzelnen Bewohner sind von interessanter Unterschiedlichkeit. Manche helfen tischen, manche schimpfen über ihre pflichtvergessenen KollegInnen, manche mit den BetreuerInnen. Manche fluchen einfach. Diese sonntägliche Angelegenheit ist eine wohlthuende Ausnahme in ihrem Alltag, weil sie zu spüren bekommen, dass ihr Verhalten Konsequenzen hat. Sonst springen mehr BetreuerInnen ein, wenn „Not am Mann“ ist. Wenn die BewohnerInnen ihre Arbeit mangelhaft oder gar nicht verrichten, bekommen sie mehr Hilfe. Die BetreuerInnen versuchen, sie zur (Mit)arbeit zu motivieren. Falls die BewohnerInnen doch (mangelhafte) Leistungen erbringen, werden diese äusserst wohlwollend bewertet. Die BewohnerInnen fühlen sich dadurch zum Teil bestätigt (je mehr Nachsicht sie erfahren, desto weniger strengen sie sich an), zum Teil nicht ernst genommen. Sie wissen ja, dass sie zu mehr fähig sind.

„Bei der Umgestaltung von Institutionen ist es...notwendig, nicht nur die Angebote im Sinne grösserer Gestaltungsvielfalt zu erweitern, sondern gleichzeitig einen Kanon von Notwendigkeiten und Verpflichtungen mitzugestalten, da nur durch die Anbindung an Normales die ‚Normalisierung‘ möglich ist“ (Dörner & Plog, 1978, S. 116).

Manche Betreute reagieren mit Reaktanz. Mangels Ideen, oder mangels Gelegenheit zur Verwirklichung eventueller Ideen, greifen die BetreuerInnen die Reaktanz der Betreuten nicht als Ressource auf, um noch vorhandene Autonomie-Bestrebungen zu stärken, sondern tadeln sie. Tadel und Lob führen zu Kontrollverlust; schaffen und definieren ein Oben-Unten-Verhältnis: Die Tadel- und Lob-Verteilenden beurteilen die (Fehl-)Leistung nicht mit den gelobten oder getadelten Person zusammen, sondern attribuieren die Person. Damit stellen sie ein Abhängigkeitsverhältnis her, bestätigen ev. das negative Selbstbild der Betreuten. Verwöhnung schafft ebenfalls Ab-

hängigkeit. Diese Mechanismen fördern das Erlernen der Hilflosigkeit und damit den Hospitalismus.

Konkurrenz und Rivalität im Seeblick-Team haben vor dem Interesse eines Betreuten Priorität. Angefangene Entwicklung und Erwachen aus der Apathie wird aus Eitelkeitsgründen eines Betreuers abgeblockt. Uneinheitliches, unprofessionelles Verhalten von BetreuerInnen bestätigt den Eindruck der Betreuten, ihr Leben sei unkontrollierbar.

Die Betreuten ernst zu nehmen, ihre Irrtümer immer wieder geduldig zu korrigieren hilft, auch bei verwirrten Menschen, den Realitätsbezug wiederherzustellen.

Sachzwänge und logische Konsequenzen wirken überzeugender, als irgendwelche pädagogischen Absichten und Überzeugungsversuche. Wenn Notwendigkeiten und Verpflichtungen nachvollziehbar in direktem Zusammenhang stehen, werden letztere auch von verwirrten Menschen meistens als selbstverständlich wahrgenommen und erfüllt.

II WIE KANN HOSPITALISMUS VERMINDERT/ÜBERWUNDEN WERDEN?

4 Ein Beispiel aus Ungarn vor einem halben Jahrhundert

(nach dem Buch „Der vergoldete Käfig“ von István Benedek /1915-1996/, Psychiater, ehemaliger Szondi-Schüler und Schriftsteller)

Die Kenntnis des Fremden schärft den Blick, um das Eigene zu erkennen. Das geschieht, indem ich Ähnlichkeiten und Unterschiede feststelle, sie nach strukturellen Gründen sortiere und gesellschaftlichen Gegebenheiten zuordne. Die Fragen, auf die ich Antwort suche, sind folgende:

- *Warum wurde im „Vergoldeten Käfig“ viel weniger Hospitalismus erzeugt und gezüchtet als im Seeblick?*
- *Welches sind Benedeks Prioritäten in der Betreuung?*
- *Was ist der Stellenwert der Arbeit im „Vergoldeten Käfig“?*

4.1 Historischer, gesellschaftlicher Kontext und Situation im „Vergoldeten Käfig“

„Freiheitskampf für die Geisteskranken!“ Das war die Parole, mit der István Benedek und seine Ehegefährtin 1952 ihr berühmt gewordenes Zusammenleben mit irren und verwirrten Menschen begannen: In einem ehemaligen gräflichen Schloss, das mit seinem Umschwung während und nach dem zweiten Weltkrieg ein Kriegsgefangenenlager war, danach dem Bezirkskrankenhaus angegliedert wurde: Für Geistesranke, aber nicht als Heilstätte und nicht als Ort der Arbeitstherapie, sondern als Schweinemast mit billigen Arbeitskräften. Die Schweineställe mit Fliegen, Flöhen und Gegrünze blieben unmittelbar hinter den Unterkünften des Personals, als Benedek aus Landgut und Schloss mehr als eine billige Produktionsstätte gemacht hatte (vgl. Benedek, 1968, S.19 u. S. 30). Das war sieben Jahre nach der Befreiung Ungarns von der Koalition mit Hitler-Deutschland und von der Unterjochung durch den Nationalsozialismus, zur Zeit, als die Sowjetunion von der Befreiungsmacht zur Okkupationsmacht und Schutzmacht des stalinistischen Diktators Rákosi geworden war. Der Psychiater Benedek aber konnte in einem mehr und mehr zum Gefängnis gewordenen Staat einen Freiraum nutzen, den Ort einer finsternen Geschichte zur offenen Anstalt machen, zum Haus, zur Heimat vieler Geisteskranker, dem später der Name „Vergoldeter Käfig“ gegeben wurde. „Aranyketrec“ heisst das Buch ungarisch, das István Benedek über die von ihm geführte offene Anstalt schrieb, mit ihr verbunden auch über die Schicksale der vierhundert Menschen, die von 1952 bis 1956 kürzere oder längere Zeit dort lebten und ihrerseits dem Landgut ihr Gepräge gaben.

Am Herbstkongress der Psychiater Ungarns im Jahre 1954 berichtete Benedek über das von ihm und von seiner „Chefin“ (von den PatientInnen, in wörtlicher Übersetzung, „Ober-Mami“ genannte Frau Benedek) geleitete Landgut, der Anstalt ohne Zaun und Drill. Es war mit 80 Patienten belegt, später mit 90, als die Zahl der PflegerInnen von sieben auf neun erhöht wurde. In zwei Jahren wurden 200 PatientInnen entlassen. Punkto Fluktuation war seine „Station der Defektkranken“ von ebenso häufigem Wechsel geprägt wie eine „aktive Station“, wie eine gut eingerichtete psychiatrische Klinik. Unter den Entlassenen waren allerdings nicht nur Geheilte, sondern auch solche, deren Zustand sich nicht geändert hatte; ihre Zahl betrug 76. Unter ihnen waren auch Ausreisser, die im „Vergoldeten Käfig“ nicht glücklich waren. Nach seinen Angaben ist der Anteil der reintegrierten Entlassenen 62% (vgl. S. 167f).

4.2 Stellenwert der Arbeit

Mit unverhohlener Freude weist Benedek darauf hin, dass 78% der PatientInnen dazu gebracht wurden, gut zu arbeiten – die restlichen 22% waren nicht dazu bereit oder ihre Arbeit war nichts wert (vgl. S. 167f). Schweine mästen, Gemüse pflanzen, gewerbliche Arbeiten, Haushalt, Gespräche führen, allenfalls Vorträge vorbereiten und halten, das gehörte zum Arbeits- bzw. Tages- und Wochenprogramm im „Vergoldeten Käfig“. Benedek berichtet über die Resultate: Wir erreichten „bei drei Viertel der Patienten eine freiwillige Arbeit ohne Druck und Zwang: Sie arbeiten mit Ehrgeiz und sie betrachten die Arbeit als die ihre, wie sie auch das Landgut als ihr Zuhause ansehen“ (S.168). 82% waren gern und nur 18% ungerne auf dem Landgut. Benedek ist stolz darauf, dass die Zahl der sich Wohlfühlenden grösser war als die Zahl der Arbeitenden. Alltag und Geist des Landgutes unterscheiden sich sehr von der (damals) herrschenden Doktrin und Praxis in puritanischen, kapitalistischen und sozialistischen Gesellschaften, wonach nur die (von den Arbeitsfähigen) anerkannt und glücklich sein können, die arbeiten. Wohlverstanden, die sich im „Vergoldeten Käfig“ wohlfühlenden, nicht arbeitenden (an sich arbeitsfähigen) PatientInnen sind keine Reichen und Privilegierten wie die Erst- und Zweitklasspatienten der Psychiatrischen Heilanstalt Burghölzli in Zürich des ausgehenden neunzehnten Jahrhunderts (vgl. Wottreng, 1999, S. 24). Der von Benedek als Wissenschaftler geschätzte Eugen Bleuler vertrat dezidiert die Meinung, Arbeit sei das „weitaus wichtigste Mittel in der Behandlung der Unheilbaren“ (Wottreng, 1999, S. 100). Bei Benedek waren Menschlichkeit und Freundlichkeit wichtiger als Arbeit. Und: Benedek sorgte, im Unterschied zu Bleuler, für ein Arbeitsangebot für alle PatientInnen, das er freilich (wegen der Abhängigkeit von der Finanzverwaltung des Bezirkskrankenhauses) nicht mit einem guten Lohnangebot verbinden konnte. (In der Zürcher Heilanstalt Burghölzli wurde nicht allen Drittklass-PatientInnen Arbeit angeboten). Im „Vergoldeten Käfig“ gab es keine Erst-, Zweit- und Drittklass - PatientInnen, sondern nur von den Normen der Gesellschaft abweichende Menschen. Benedek übersah die Schattenseiten der im Landgut herrschenden Arbeitstherapie nicht. Es bekümmerte ihn, dass die Arbeitsmöglichkeiten in der Puszta, für die 150km von der Zivilisation und ihrem kulturellen Angebot entfernt lebenden Intellektuellen und Künstler nicht geeignet waren. Für sie müsste man Häuser in der Nähe von Budapest finden, für sie müsste man die „Stadt der Psychopathen“ gründen mit „Einrichtungen und Personal, das höheren geistigen Ansprüchen entspricht“ (Benedek, 1968, S. 341). Benedek scheute sich also nicht, sich auch für die vom sog. sozialistischen Staat unter Rákosi eher degradierten, jedenfalls gegenüber der „Arbeiter- und Bauernklasse“ wenig geschätzten Intellektuellen einzusetzen. Indem Benedek Lob und Ovation am erwähnten Kongress genießt, beginnt er Verdacht zu schöpfen. Er ahnt, dass die Anerkennung und die nötige finanzielle und administrative Unterstützung des Landgutes und der „Stadt der Psychopathen“ nur rhetorisch gemeint waren. Kollegen, Ärzte und Heilpädagogen sprechen ihn, „den bärtigen Apostel“ heilig, den höhere Mächte auserkoren haben, „sich irgendwo versteckt in der Puszta mit Irren zu vergnügen...nun, soll er nur“ (S. 166). Benedek sah es kommen, dass das enthusiastisch versprochene „Krankenhaus für Arbeitstherapie“ mit 500 oder gar 1500 Betten nicht verwirklicht wird. Nach dem Kongress die Rückkehr ins Landgut, wo weiterhin nach der Weise der Apostel von „Heuschrecken und Zebrakot“ gelebt wird.

4.3 *Personal. Leitidee. Einstellung zu psychischen Krankheiten und zu psychisch kranken Menschen*

Die schlagenden Pfleger sind zum Teil entlassen worden, zum Teil bald umerzogen, sie sahen rasch ein, dass sich Freundlichkeit mit den PatientInnen auszahlt (vgl. S. 182). Das Leitbild für den Umgang der Pfleger und Arbeitsleiter mit den PatientInnen ist primär Menschlichkeit. Wer diesen Grundsatz befolgt, für den ist die Diskussion über Gitter und Zwangsjacke überholt (vgl. S. 189). Bei allem – mit Genugtuung entgegengenommenen – Lob und bei aller Anerkennung blieb Benedek von einem platten Optimismus meilenweit entfernt. Das zeigen auf intensive Weise Verwendung und Meditation des Bildes vom „Goldenen Käfig“, das im Gedicht der schizophrenen Frau Helga auftaucht, der Frau, die genau weiss, dass sie schizophren ist, die gerade als Schizophrene möchte, dass alle eins seien, dass es keine Trennung mehr gäbe zwischen Ich und Du und die zugleich die Unmöglichkeit dieser Einswerdung erleidet (S. 89).

„Die Mutter tanzt und singt und weint
Es schweigt der goldne Käfig und das Meer.
Der goldne Käfig trägt sie durch die Wellen
Die Mutter und den Schmerz...

Du weinst auch, doch Du darfst hier nicht herein,
Der goldne Käfig hat kein Tor, kein Fenster...“ (S. 90).

„Geistesranke leben in einem doppelten Käfig: Einen haben sie selbst um die Seele aufgebaut, in den andern sperrt die Gesellschaft sie körperlich ein. Die Gitter der selbsterrichteten Käfige zu sprengen ist schwieriger, oft unmöglich. Den Käfig, den die Gesellschaft errichtet hat, einzureissen, ist sicher auch nicht einfach, doch nicht ganz hoffnungslos. Wenn es nicht gelingt, ihn zu öffnen, so kann man versuchen, ihn zu „vergolden“ (S. 90, vgl. auch S. 240). Immer noch im Zug der Auslegung des Gedichts „Ich Mutter an Dich Sohn“ verbindet Benedek das Schizophrenein mit dem Menschsein überhaupt. Er rückt beides nah aneinander und lässt sie doch nicht ineinander aufgehen. „Wir leben ja alle mehr oder weniger im Käfig. Vielleicht ist auch die Illusion vom Glück nichts anderes als das goldene Gleissen der Gitterstäbe. Den Käfig zu vergolden, wurde unser Ziel auf dem Landgut“ (S. 90). Man stosse sich nicht an der Wendung „Illusion des Glücks“. Es wäre verfehlt, Benedek asketische Glücksverachtung zu unterstellen. Er ist gern glücklich und macht gern glücklich. Die Wendung „Illusion des Glücks“ verstehe ich als Hinweis darauf, dass zwischen erfahrenem, oft bloss punktuell Glück und universalem, kontinuierlichem Glück ein grosser Abstand besteht.

Der Ausdruck „sausendes – brausendes“ Leben ist eine Umschreibung der Glückszeit des Alkoholikers László Halmágyi und des durch und von ihm fast allen Menschen des Landguts geschenkten Glücks. Er tanzte unermüdlich mit allen weiblichen Wesen, mit den hässlichsten wie mit den hübschesten. Er „schaffte Stimmung, wie ein erfahrener Veranstalter von Karnevalsballen“. Es wird bis zum Umfallen Csárdás getanzt, „das Haus hallt von Lachen und Jauchzen wider“ (S. 344). Im „Vergoldeten Käfig“ gewöhnt man sich an das Recht, frei zu denken. Frei ist nicht willkürlich. „Man kann selbständig und individuell sein, darf vorurteilsfrei denken“ (S. 217), man kann aussprechen, was man sieht und erfährt.

4.4 *Das Leben im „Vergoldeten Käfig“ und „draussen“*

Wo ausserhalb des Käfigs, frage ich, darf man wirklich denken und sagen, was man sieht? Eben noch war Benedek ganz Ohr für das Gedicht der schizophrenen Frau, voller Aufmerksamkeit für den Goldenen Käfig ohne Tor und Fenster, da macht er die

Umriss der Wirklichkeit ausserhalb des Käfigs sichtbar, die für die meisten „normalen“ Menschen keine Denkfreiheit und Meinungsäusserungsfreiheit erlaubt und wenn doch, so meist nur auf dem Papier oder in Kultur-Nischen fernab der Praxis, Wirtschaft und Politik. Nicht in allen, aber in vielen Abschnitten des Buches erkennt Benedek durchaus eine Differenz zwischen dem Leben im Goldenen Käfig und dem Leben in der Wirklichkeit, eine Differenz welche zugunsten letzterer ausfällt. Arbeits-, Gesprächstherapie (vgl. S. 329) und die Therapie, die im Zusammenleben einer grossen, bunten Gemeinschaft von Menschen entsteht und wirkt, zielen auf die Wiederherstellung oder Neuschaffung der Lebensfähigkeit in der „Welt der Gesunden“ (vgl. S. 342). Aber Benedek forciert die Erreichung dieses Zieles nicht wie das etliche Sozial- und Psychotherapeuten tun, welche sich auf die Überwindung des Hospitalismus konzentrieren. Sie fragen sich nicht, ob die „Welt draussen“ für die von ihnen betreuten Menschen wirklich ein erreichbares, erstrebenswertes Ziel sei. Benedek ist immer wieder vom Leid derer betroffen, die nicht in der Gesellschaft leben können. Er empfindet tiefen Respekt vor denen, die vielleicht gar nicht in der Welt draussen leben wollen, nicht unbedingt aus mangelndem Mut, sondern aus einer Ahnung heraus, dass ihnen die Welt das im Landgut erreichte Quäntchen Glück wieder entreissen könnte. Zwar sind die Menschen im Landgut gegen einen selbst gemachten Hospitalismus nicht gefeit, aber gefördert wird er von Benedek und seine PflegerInnen auch nicht. Sie ermuntern Unsichere je und je auch zum Schritt in die „Welt draussen“. Das Landgut bietet mit seinen vielen Lebensmöglichkeiten, Arbeitsangeboten und Arbeitsweisen, mit der Wärme seines Zusammengehörigkeitsgefühls, mit der Vielzahl und Vielfalt der dort lebenden Menschen und Gruppierungen, mit seinem Jubel und Lachen, aber auch mit den dort vorkommenden fieseren Betrügereien und traurigen Geschichten keine Atmosphäre, in der Hospitalismus gedeihen könnte.

4.5 Die „Asozialen“

Neben AlkoholikerInnen fanden in Ungarns Heilanstalten damals auch „Asoziale“, Hochstapler, verkommene und zweifelhafte Existenzen aller Art Unterschlupf (vgl. S. 343). Eigentlich sollte sich die Polizei mit ihnen beschäftigen. Da, so sinniert Benedek weiter, die meisten Asozialen auch Psychopathen sind, haben sie Anspruch auf ärztliche Betreuung. Auch ins Landgut werden solche Menschen von den Behörden eingewiesen oder sie tauchen selber im Landgut auf, um sich dem Zugriff der Polizei zu entziehen. Benedek findet das nicht gut. Er wäre aber kein Humanist, wenn er die Asozialen nur „Asoziale“ nennen würde, wenn er ihre Aufnahme im Landgut lediglich als Belastung empfände und ihnen das bei jeder Gelegenheit immer wieder zu verstehen gäbe. Er hofft, dass die Medizin einmal Psychopathen und „Moral - Psychopathen“ heilen wird. Träte dieser Fall ein, dann müsste man sich dafür einsetzen, dass man die Trunksüchtigen, Tagediebe, Betrüger und Schwindler, die Strassenmädchen und Zuhälter aus den Gefängnissen und Arbeitshäusern herausholt und in gut eingerichtete Kliniken bringt (vgl. S. 343). „Dann soll man sie in unsere mit Tropenpflanzen geschmückten Heilstätten bringen, wo wir mit therapeutischen Kunstgriffen Wunder tun werden: Wir werden beweisen, dass aus Verbrechern die besten Polizisten, aus Heiratsschwindlern die besten Ehemänner und Väter werden, aus Strassenmädchen Vorsitzende von Jungfrauenvereinen, aus Morphinisten verlässliche Apotheker“ (S. 343).

4.6 Beispiel eines Alkoholikers

Die Erfüllung der vorher geschilderten Utopie von Benedek ist im Landgut vorstellbar, sogar punktuell verwirklicht, kann aber auch raschen und jähen Abbruch erleiden. Das galt z. B. für László Halmàgyi. Er war ursprünglich Lehrer und hat als Kriegsgefangener einige Jahre seines Daseins in der Sowjetunion fristen müssen. Später wurde ihm aus politischen Gründen das Unterrichten verboten. Er wurde gut bezahlter Bergmann, heiratete und wurde Vater eines Kindes. Er trank Alkohol und stiess vielfach mit der Polizei zusammen. Seine Ehe wurde geschieden. Dem Rat eines Saufkumpans folgend sagte er nach einer Rauferei der eingetroffenen Polizei, er sähe überall Mäuse mit roten Mützen. Die Polizisten erschrakten, bestellten einen Krankenwagen und nach einer Viertelstunde traf er in einer Heilanstalt, später auf dem Landgut ein (vgl. S. 345f). Auf dem Landgut war er eine Zeit lang der „netteste Alkoholiker auf der Welt“ (S. 344). Die Arbeitstherapie für ihn war seine Tätigkeit als Pfleger. „Ich behaupte, dass wir einen ähnlich guten Pfleger wie ihn noch nie gehabt haben und auch nie haben werden“ (S. 346). Nach drei Monaten wurde seine Pflegertätigkeit durch Ernennung legalisiert. Vor Freude betrank er sich, zum ersten Mal nach drei Monaten (vgl. S. 46). Bald merkte er, dass er als legaler Pfleger – im Vergleich zu seiner früheren Tätigkeit als Bergmann – schlecht bezahlt war. Das war der Grund für seinen Absturz. Er suchte die Verwandten von Patienten auf und bat um Geldbeträge, berief sich dabei auf Benedek. László war intelligent genug, um zu erkennen dass er sein eigenes Verderben heraufbeschwört, wenn er das Landgut verlässt, denn „nirgendwo auf der Welt könnte ich es so gut haben wie hier“. Beim Abschiedsgespräch sagte er: „Ich bin nichts als ein Haufen Abfall. Bedauern Sie mich bitte nicht“ (S. 347). Hundertmal wollte Benedek ihn zurückhalten. Verhängnisvolle Unruhe hatte ihn gepackt, er verschwand. Sein letztes Lebenszeichen: Eine Ansichtskarte, die er als Patient einer schwedischen Heilanstalt abgeschickt hatte (vgl. S. 348).

4.7 Hospitalismus im „Vergoldeten Käfig“

Weder die Medizin, noch die Menschlichkeit und Freiheit auf dem Landgut hatten László (und andere Asoziale und Geisteskranke) endgültig oder nachhaltig geheilt. Aber eine Zeit lang hat ihm das Landgut nach seiner Kriegsgefangenschaft, nach seiner Absetzung als Lehrer und nach seiner Scheidung eine fast unüberbietbar schöne Zeit geschenkt – und er als Pfleger und Tänzer vielen Menschen dort dergleichen. Hospitalismus? Die Asozialen, Alkoholiker, Epileptiker und Schizophrenen nahmen an Freud und Leid der andern so sehr Anteil oder wurden von Freud und Leid, den erlaubten und unerlaubten Lebenskünsten so sehr geschüttelt, dass Hospitalismus kaum entstehen konnte. Die Wohneinrichtungen waren relativ dürftig, die BewohnerInnen hatten kaum Kleider und Bettwäsche; es gab viel zu tun. Sie sahen die Notwendigkeit und den Nutzen ihrer Arbeit – auch dieser Umstand verhindert Hospitalismus. Wobei dieser Begriff (wie auch ressourcenorientierte Betreuung) für Benedek in den 50-er Jahren nicht bekannt war.

4.8 Gedanken von Benedek über Schizophrenie

Benedek hat sich viele (z.T. originelle) Gedanken über die Schizophrenie gemacht, die sich sowohl philosophisch als auch psychotherapeutisch würdigen lassen. Im Vergoldeten Käfig, gerade dort, wo Denkfreiheit herrscht, „wo ich nach den Gesetzen der eigenen Persönlichkeit leben kann“, kann man entdecken, dass das Wesen der Schizophrenie die Sehnsucht nach absoluter Freiheit ist. „Das Gegenteil von Freiheit ist nicht Gefangenschaft, sondern erzwungene Anpassung“ (S. 218). Die Mehrzahl und der Durchschnitt der Menschen, der gesunden und auch der neurotischen, passt sich der Normalität, den gesellschaftlichen Anforderungen an. Nicht so die Schizophrenen, sie versuchen es nicht einmal. Wenn man mit den Geisteskranken zusammenlebt, dann beurteilt man sie bald einmal nicht mehr bloss nach den Einteilungen

der Lehrbücher auch wenn diese von Kapazitäten wie Charcot oder Bleuler verfasst worden wären: Das Leben jedes einzelnen Kranken weicht ab von der entsprechenden Typisierung der Lehrbücher (vgl. S. 223). [Ich weise an dieser Stelle auf eine ähnliche Feststellung in einem Lehrbuch, das fast 50 Jahre später erschienen ist: „Die Schizophrenie gibt es nicht. Oder: Jeder entwickelt seine eigene Schizophrenie“ (Dörner et al., 2002, S. 153)]. Die „Verrückten“, die „erstarrten Seelen“ erfüllt ein matter Protest gegen die Realität. Dem Sein und dessen Sinn trauen sie nicht: Sie „ahnen einen grossen Betrug“ (Benedek, 1968, S. 223). Schizophrenie ist gekennzeichnet durch ein komplexes Ineinander von Krankheit der Seele und „Entartung des Nervensystems“ (nach der einen Theorie ist letztere die Ursache der ersteren, nach einer andern ist es umgekehrt). Schizophrenie verlaufe so, dass die Gehirnzellen von Stufe zu Stufe ihren Dienst aufgeben, so führe sie zu langsamem geistigem Abbau. Die „verblödeten“ Schizophrenen sagen selten etwas, weil sie nichts zu sagen haben. „Sie zeigen keine Unzufriedenheit, haben keine Forderungen und streiten nicht. Sie leben, existieren ohne Sorgen und Probleme... Sie sind längst nicht mehr ‚gemein- und selbstgefährlich‘, sie müssten eigentlich gar nicht mehr in einer Anstalt sein – aber wo sonst sollten sie sein? Sie und die Gesellschaft haben sich gegenseitig vergessen“ (S. 271).

4.9 Ende des „Vergoldeten Käfigs“ und Rückblick von Benedek

Für viele war das Landgut ein Zwischenstation auf dem Weg ins wirkliche Leben, für andere war es die einzige Möglichkeit, wo es sich gut, frei, vorurteilslos leben und ohne Zwang arbeiten liess. „Im Oktober 1956 nahm die kleine Geschichte des vergoldeten Käfigs ein unerwartetes Ende – die grosse Geschichte des Landes hatte dazu geführt. Doch die Aufgabe des Vergoldeten Käfigs war schon erfüllt: Der Landgutgeist hatte die feste chinesische Mauer der verknöcherte Gewohnheiten ... an etlichen Stellen durchbrochen“ (S. 392).

Die meisten PatientInnen kamen nach kürzerem oder längerem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, wo sie mit Elektroschocks und mit Zwangsjacken behandelt worden waren, in den Goldkäfig. Dort erwartete sie zwar Mangel an materiellen Gütern und ein bescheidener Lebensstil, aber auch Warmherzigkeit, humane Behandlung, gelebte Demokratie, Gleichwertigkeit, Möglichkeit zu freier Meinungsäusserung und sinnvolle, lebensnotwendige Aufgaben. Die Arbeit hat vielen Menschen Würde und Selbstwertgefühl zurückgegeben. Das Angebundensein an Notwendigkeiten stellte den Realitätsbezug her. Die Erfahrung, dass alle auf die Mitarbeit der MitpatientInnen angewiesen sind, liess Zugehörigkeits- und Gemeinschaftsgefühl entstehen. Dadurch wurden auch andere, private Kontakte miteinander möglich. Die relativ grosse Anzahl und der Wechsel der PatientInnen bot für die meisten die Wahlmöglichkeiten für erwünschte Kontakten. Der Alltag war ausgefüllt und lebendig, kein ödes Verwahrtsein. Für gemeinsame Unterhaltung wurde auch gesorgt – die positiven Erlebnisse gaben Gesprächsstoff und strukturierten die Reihe arbeitsamer Tage auf angenehme Weise.

5 Vergleich des Seeblicks (Kt. Zürich, 2002/2003) mit dem Goldkäfig (Ungarn, 1954)

Nach der Beschreibung der Lebensweise der psychisch behinderten Menschen beiderorts werde ich die zwei Institutionen anhand wichtiger Aspekte vergleichen. Dabei werde ich die Informationen über den Seeblick und den Goldkäfig noch ergänzen. Mit der Wiederholung schon erwähnter Gegebenheiten und Phänomene zu Vergleichszwecken vergegenwärtige ich die gewonnenen Erkenntnisse.

| | Seeblick | Goldkäfig |
|--|--|---|
| Klientel | Menschen mit psychischer Behinderung, bei manchen auch mit Dissozialität und Strafmassnahme oder geistiger Behinderung verbunden | psychisch Behinderte, auch entlassene Straftäter ohne psychische Behinderung (Simulanten) geistig Behinderte |
| Lebensstandard | Komfort und Wohlstand | wenig Komfort, Armut |
| Einfluss der eigenen Arbeit auf den Lebensstandard | wenig relevant; wird von der meisten BewohnerInnen als nicht sinnvoll erlebt | unmittelbar spürbar wird von den meisten als sinnvoll erlebt |
| Anforderung an die Qualität der von der BewohnerInnen zu verrichtenden Arbeit | niedrig, zu nachsichtig, vielfach unterfordernd | hoch, fördernd |
| Leitung | Psychologin | Psychiater |
| Führungsstil | hierarchisch, willkürlich, undemokratisch, mobbingfördernd, klientenorientiert | patriarchalisch mit Basisdemokratie, klientenorientiert |
| Werte und Normen, Leitidee und Richtlinien | humanistisch; früher sehr religiös, später mit christlicher Tendenz | humanistisch, sozialistisch |
| Wertschätzung | wird den BewohnerInnen entgegengebracht | wird den BewohnerInnen entgegengebracht |
| Grundhaltung der BetreuerInnen | freundlich, wohlwollend, z. T. verwöhnend | warmherzig, wohlwollend, ernst nehmend |
| Benennung der Hausarbeit | Ämtli | Arbeit in Arbeitsgruppen |
| Entlöhnung der für die Gemeinschaft geleisteten Hausarbeit | vor dem „Erdbeben“ wurde für Mithilfe Motivationsgeld ausbezahlt, nachher nicht mehr | die Arbeit wird als selbstverständlich erwartet und nicht entlohnt, aber jeder/jedem ist es klar, dass alle profitieren |
| Anzahl BewohnerInnen | 27 | 85 |
| Unterhaltung | wird nicht geboten | wird regelmässig geboten |
| KlientInnenzufriedenheit | 67% fühlen sich wohl | 82% fühlen sich wohl |
| Austritte der „Geheilten“ | 7% | 62% |
| Anteil der gern Arbeitenden | 15% | 75% |
| Anteil der gute Arbeit leistenden BewohnerInnen | 22% der Arbeitenden | 78% der Arbeitenden |

5.1 Klientel

Die Zusammensetzung der Klientel ist an beiden Orten ähnlich. Sowohl hier als auch dort gibt es psychisch Kranke, die eines Tages wieder gesund sein werden und in die Aussenwelt zurückkehren können. Manche für immer, manche vorübergehend. Es gibt auch beiderorts Menschen, die diesen Schritt nicht schaffen und/oder für welche die Gesellschaft keine Verwendung findet. Dazu gehören auch die geistig Behinderten mit einer minimalen psychischen Behinderung. Dazu zähle ich auch die medikamentös stabilisierten Menschen mit ausgeprägtem Hospitalismus, die den Mut zur Freiheit und das Selbstvertrauen nicht (mehr) haben. Im Seeblick gibt es auch Bewohner, die unter der Auflage einer Justizmassnahme in der Wohngruppe leben (müssen). Einer muss nach einem halben Jahr wegen Drogenkonsum zurück ins Gefängnis.

Im Goldkäfig leben, im Unterschied zum Seeblick, zeitweise auch Verbrecher, die vorher im Gefängnis mit Erfolg Geisteskrankheiten simuliert haben, um mittels einer Bescheinigung einer Psychose der Strafe entgehen zu können (dazumal gab es in Ungarn noch die Todesstrafe). Sobald sie können, verschwinden sie aus dem Goldkäfig.

Trotz dem grossen zeitlichen und geographischen Abstand lassen sich beide Institutionen miteinander vergleichen. Es bestehen auch grundlegende und zeitlose Ähnlichkeiten: Der gesellschaftliche Auftrag, dass die psychisch behinderten Menschen „aus dem Verkehr gezogen werden“, solange sie stören, aber human versorgt werden, solange sie nicht resozialisiert sind. Die Resozialisierung sollte so schnell wie möglich erfolgen um Kosten für die Allgemeinheit zu sparen. Die relevante Frage ist – nach der Feststellung, wie die zwei unterschiedlichen Institutionen diese Aufgabe lösen – ob die effizienteren Lösungen sich vom ehemaligen Goldkäfig in unsere Zeit in die Schweiz, in eine Wohlstandsgesellschaft, transportieren lassen. Meine Hypothese ist, dass ein Teil des Erfolgs von Benedek auf die Armut im damaligen Ungarn, auf die Unfreiheit „draussen“ und auf die schlechten Klinikerfahrungen seiner PatientInnen zurückzuführen sind. Diese Umstände liessen den PatientInnen den Goldkäfig beinahe als Paradies erscheinen. (Ich befürworte Armut keineswegs!) Es bleiben aber beim Vergleich noch Unterschiede, die sich nicht auf diese Umstände zurückführen lassen. Das sind: Führungsstil, Haltung der BetreuerInnen, Bewertung / Entlohnung der Arbeit der Betreuten, Anzahl der BewohnerInnen und gemeinsame Unterhaltung. Die offensichtliche Notwendigkeit der Arbeit im Goldkäfig resultiert zwar aus der Bescheidenheit der finanziellen Verhältnisse, ich gehe jedoch davon aus, dass die Notwendigkeit und Nützlichkeit der Arbeit auch ohne Armut offensichtlich gemacht werden kann.

Interessant und zum Nachdenken anregend finde ich auch die Zahlen. Warum fühlen sich im Goldkäfig mehr Menschen wohl als im Seeblick? Meine Hypothese: Die im Goldkäfig gelebten Werte (Gemeinschaft, Demokratie, Eigenverantwortung und die Arbeit) empfinden mehr Menschen als sinnvoll und beglückend, als die im Seeblick herrschenden Werte (Individualität, Zurückgezogenheit, Verwöhnung und Verantwortungslosigkeit). Was die hohe Zahl der Austritte aus dem Goldkäfig angeht, so lassen sich verschiedene Gründe anführen: Im Goldkäfig gibt es weniger Hospitalismus. Meiner Auffassung nach ist familiärer Umgang in einer sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft unprofessionell und fördert Hospitalismus. Im Goldkäfig wirkte aber der liebevolle, Sicherheit bietende Hintergrund ermutigend auf seine BewohnerInnen und ermöglichte damit den Schritt in die Freiheit. Der Unterschied der Zahlen gern Arbeitender machte mich stutzig. Ich hätte beiderorts ähnlich grosse Zahlen erwartet.

Ich vermute, dass die gern Arbeitenden im Goldkäfig die anderen anstecken konnten, weil die Arbeit notwendig und für alle nützlich war. Möglich wäre auch, dass die vorher nicht gerne Arbeitenden sich schämten, schliesslich „gehörte“ das Landgut auch ihnen. Dass im Goldkäfig mehr qualitative Arbeit geleistet wurde, hängt gewiss auch damit zusammen, dass sie auch Nutzniesser ihrer Arbeit und auf gute Arbeitsergebnisse angewiesen waren.

5.2 Lebensstandard

Wenn der Lebensstandard von der Arbeit abgekoppelt wird, verliert die Arbeit leicht ihren sinnstiftenden Charakter. Ich denke dabei nicht nur an den Lohn, sondern an die sichtbaren, spürbaren Arbeitsergebnisse, wie saubere, freundliche, zum Verweilen einladende Umgebung, feines Essen, schöne Blumen usw. Dabei sollte jeder Mensch seine eigene Wichtigkeit und die Unersetzbarkeit seiner Arbeit erfahren, indem er und alle in der Gruppe es merken, wenn er diese Arbeit nicht verrichtet. Es ist sehr schwierig, im Alltag solche Arbeiten zu finden, die für einige Zeit auch liegen bleiben dürfen. Besonders schwierig finde ich es, dass die BewohnerInnen des Seeblicks im Vergleich zum Standard und zum Durchschnitt der Aussenwelt arm sind, obwohl sie mit allem Notwendigen versorgt werden. Sie finden es am schlimmsten, dass sie sich nicht soviel gönnen können wie ihre Verwandten und Bekannten. Es ist ihnen auch unbegreiflich, dass sie den Betrag von Fr. 4000.- pro Monat (für Wohnplatz, Kost und Betreuung) nicht automatisch selber erhalten würden, wenn sie allein lebten. Es kann auch passieren, dass eine ehemals betreute Person in der freien Wirtschaft Arbeit und auf den Wohnungsmarkt eine Wohnung findet, dadurch die IV verliert und noch weniger Geld zur Verfügung hat als vorher im Seeblick. So sind sie wenig motiviert, ihre Selbständigkeit als Ziel anzusehen. Im Goldkäfig ist der Bezug der Arbeit zum Lebensstandard (vielleicht wegen der Armut, auch „draussen“) offensichtlich: Es gibt nur das, was die BewohnerInnen mit der Hilfe und unter Leitung der BetreuerInnen erarbeiten und produzieren.

5.3 Anforderungen der Arbeitsqualität an die BewohnerInnen

Ein primäres Ziel der Betreuung besteht darin, die BewohnerInnen überhaupt zu irgendeiner Tätigkeit zu bewegen. Für die BetreuerInnen ist es manchmal schwierig zu beurteilen, ob jemand die Arbeit wegen einer akuten Phase der Krankheit oder aus Bequemlichkeit verweigert. Die BetreuerInnen sind froh, wenn die BewohnerInnen etwas machen und sie wagen nicht zu kritisieren, sondern verbessern heimlich, was falsch oder mangelhaft gemacht wurde. Eine kritische Haltung kann bei manchen BewohnerInnen auch den Rest von Selbstvertrauen zerstören. Zuviel Nachsicht wirkt aber kontraproduktiv, erzeugt und fördert Hilflosigkeit. Es braucht sehr viel Sensibilität und eine gründliche Kenntnis der BewohnerInnen, um zwischen dem Mass erwünschter Perfektion und den den Betreuten zumutbaren Leistungen einen guten Kompromiss zu finden. Im Seeblick wird bei den Anforderungen qualitativ guter Arbeit grössere Zurückhaltung geübt als im Goldkäfig; hier sind alle auf qualitativ gute Arbeit angewiesen. Benedek beschreibt seine eigene Entwicklung in diesen Belangen. Er hat mit hohen Anforderungen gute Erfahrungen gemacht. Freilich gibt es auch im Goldkäfig ArbeitsverweigererInnen, aus welchen Gründen auch immer.

5.4 Leitung

Der Goldkäfig wird von einem Psychiater geleitet, der mit den BewohnerInnen zusammen lebt und an ihrem Alltag teilnimmt. Seine Beobachtungen macht er selber; fremde Beobachtungen überprüft er. So kann er die Behandlung ständig anpassen und auf die jeweilige Situation reagieren. Im Seeblick geht das schwerfälliger: Der Psychiater bekommt die Informationen aus zweiter Hand, kann sie nicht überprüfen und auch nicht so schnell reagieren, wie es manchmal wünschenswert wäre. Einen Vorteil der Wohngruppe Seeblick ohne mitwohnenden Psychiater sehe ich darin, dass die BewohnerInnen nicht das Gefühl haben müssen, sie seien krank und behandlungsbedürftig. In dieser Hinsicht sind sie für Hospitalismus weniger anfällig. Dass sie ihren Psychiater ausserhalb des Seeblicks aufsuchen, entspricht der „Normalität“.

5.5 Führungsstil

Der Seeblick wird hierarchisch, der Goldkäfig demokratisch geführt. Beiderorts stehen Interesse und Wohlergehen der BewohnerInnen im Vordergrund, auch auf Kosten der BetreuerInnen. Von ihnen werden viel Enthusiasmus und Gratis - Überstunden erwartet und geleistet. Im Seeblick wird die Situation der MitarbeiterInnen noch dadurch erschwert, dass sie, von der Leiterin beauftragt, von einigen MitarbeiterInnen „bespitzelt“ und gegeneinander ausgespielt werden. Gemeinsam getroffene Beschlüsse werden von einigen Teammitgliedern nicht eingehalten, was auch bei den BewohnerInnen zur Verunsicherung führt. Von der Leiterin wird unter der BetreuerInnen regelmässig ein „Sündenbock“ ausgewählt, der/die eine Zeit lang nur Tadel und Rügen erhält. Die Aufmerksamkeit des Teams ist während dieser Zeit auf die Fehler und Mängel der getadelten Person und auf die von ihr geleistete Arbeit fokussiert. Das geschieht weitgehend unbewusst und unreflektiert. Wenn die auserkorene Person in sich geht und alles tut, um noch mehr und noch besser zu arbeiten, kommt der nächste Sündenbock an die Reihe. Niemand wird verschont, alle kommen dran, eine nach der anderen, auch die „Spitzel“. Wenn schon alle mal dran waren, fängt es von vorne an, in variierender Reihenfolge. Bei Entscheidungen, welche die persönliche Betreuung der BewohnerInnen betreffen, fragt die Leiterin das Team, nicht aber bei strukturellen Änderungen oder bei Änderungen des Pflichtenheftes. Verbesserungsvorschläge des Teams werden nicht berücksichtigt (hingegen Wünsche der Betreuten, sofern sie kostenneutral sind). Rückblickend ist das Verhalten der Leiterin grossenteils mit dem finanziellen Engpass des Seeblicks und den damit verbundenen Sachzwängen zu erklären; auch damit, dass sie nicht ermächtigt war, wichtige Entscheidungen des Vereinsvorstandes dem Team mitzuteilen. Führt diese Atmosphäre zu Hospitalismus? Ja und nein. Ja: Wenn die Teammitglieder sich gegeneinander ausspielen lassen, dann haben sie weniger Energie, die Betreuten mit den Anforderungen zur Selbständigkeit zu konfrontieren. Sie werden in ihrer Hilflosigkeit und Passivität belassen. Nein: Wenn dem Team wegen dem Gezänk weniger Zeit zur Überbetreuung bleibt, werden die Betreuten oft selber aktiv. Das Team muss sich dann manchmal den Vorwurf gefallen lassen, auch nötige Pflegearbeiten zu vernachlässigen. Um die vorgeworfenen Unterlassungen wiedergutzumachen, geraten manche BetreuerInnen wiederum in eine Situation der Überbetreuung.

Im Goldkäfig werden brutale Pfleger vom Leiter entlassen, zu den humanen Schwestern und Pflegern hinzu werden ungebildete, begeisterungsfähige, „herzensgute“

junge Bauerntöchter engagiert, die der Leiter selber ausbildet. Alle Angestellten werden von ihm weitergebildet, auch er lernt oft, gern und dankbar von ihnen. Ihre Ideen werden diskutiert, gewürdigt und oft verwirklicht. Jede und jeder fühlt sich verantwortlich für ihre/ seine Arbeit; und nach der erhaltenen Anerkennung übertrifft sich jede/jeder selber. Die Atmosphäre im Team ist angstfrei und offen. Der Leiter lässt sich auch von ungelernten PflegerInnen belehren. Er lernt auch von PatientInnen. Er gibt ihnen die Verantwortung für bestimmte Arbeitsbereiche. Für diejenigen, die innerhalb der Institution gute Arbeit leisten, beantragt er, bzw. das PflegerInnen- und ArbeitsleiterInnen-Team manchmal eine offizielle Anstellung mit Lohn.

Autoritären Führungsstil beurteile ich als Hospitalismus-fördernd, demokratischen als Hospitalismus-mindernd. Team-Strukturen und Team-Atmosphäre übertragen sich auch auf die BewohnerInnen.

5.6 Grundhaltung der BetreuerInnen

Im Seeblick herrscht den BewohnerInnen gegenüber eine freundliche, wohlwollende, eher professionell distanzierte Haltung. Jeder und jedem ist klar, dass die BetreuerInnen nicht dort leben, sondern nur dort arbeiten. Natürlich ist es unvermeidlich, dass einige BewohnerInnen und BetreuerInnen einander sympathischer sind als die anderen. Mit der Zeit kann diese Sympathie zu etwas Ähnlichem wie Liebe werden, manchmal einseitig, manchmal gegenseitig. Es kommt auch vor, dass sich BewohnerInnen in BetreuerInnen verlieben. Diese Art Liebe wird im Seeblick von der BetreuerInnen nie erwidert. Die Gefühle der BetreuerInnen sind, genauer beobachtet, eher mütterlich-väterlicher Natur. Positive Gefühle der BetreuerInnen gegenüber den Betreuten können auch aus Dankbarkeit für entgegengebrachte Sympathie oder aus Mitleid entstanden sein. Es besteht auch die Gefahr, dass Surrogat-Liebe hemmend auf die BewohnerInnen wirkt, wirkliche Beziehungen (wieder) aufzunehmen oder aufzubauen (siehe auch Abschnitt 3.6, Frau M., S. 27). Für diejenigen, die dazu nicht fähig sind, ist die Ersatz-Liebe bezahlter BetreuerInnen die einzige Quelle der Herzenswärme.

Die Tatsache, dass Menschen einige sympathischer finden als andere, verweist auf das Recht, einander allenfalls auch unsympathisch zu finden, wie das Rupert Lay (1992, S. 51) hervorhebt. Gewähren Pflegepersonen – vielleicht aus einer guten ethischen Überzeugung heraus – den Betreuten dieses Recht nicht, dann könnten bei diesen Schuldgefühle und eine Resignation entstehen, welche Hospitalismus fördern.

Im Goldkäfig lebt man familiär zusammen, in einer Atmosphäre der Liebe und Warmherzigkeit. Ein Patient und eine Pflegerin heiraten.

5.7 Benennung der Hausarbeit

Trotz meiner Bemühungen, die Bezeichnung „Ämtli“ aus dem Sprachgebrauch zu streichen, wird sie im Seeblick von den BewohnerInnen und von einigen BetreuerInnen hartnäckig und konsequent weitergeführt. Meiner Meinung nach nimmt diese Verniedlichung die Würde der Arbeit und der Arbeitenden. Solange Angestellte in der Arbeitswelt „draussen“ (und BetreuerInnen auch „drinnen“!) Aufgaben erfüllen, eine Arbeit ausführen und Pflichtenhefte haben, empfinde ich die Bezeichnung „Ämtli“ für die Arbeit erwachsener Menschen als diskriminierend. Vielleicht übertreibe ich, wenn

ich vermute, dass dieses Wort die unbewusste Einstellung zur Arbeit und zur Verantwortung beeinflusst. Die Verteidiger des Ausdrucks unter meinen KollegInnen argumentieren, dass das Wort „Amt“ sehr wohl die Würde, Wichtigkeit und Verantwortung suggeriere, die diminutive Form aber liebevoll die Schwere und das Belastende mildere (es sei mir an dieser Stelle die polemische Frage erlaubt, was Bundesrat und Parlament wohl davon hielten, wenn man ihre Tätigkeit als Verrichtung ihrer „Staatsämtli“ nach ihrem „Ämtliplan“ bezeichnen würde). Im Goldkäfig wird auch die Hausarbeit als Arbeit und Aufgabe bezeichnet und ernst genommen.

5.8 *Unterhaltung*

Im Seeblick ist Unterhaltung Privatsache. Wenige interessieren sich (passiv, als Zuschauer) für Sport, einer für Nachrichten, die meisten schauen Krimis im Fernsehen, die allermeisten allein für sich in ihrem Zimmer, andere gemeinsam. Wenige lesen, musizieren oder hören Musik, zwei gehen gerne aus, manche gehen früh schlafen und unternehmen auch am Wochenende nichts. Es gibt einmal pro Jahr einen gemeinsamen Ausflug. Da Schwimmen, Turnen und die Spaziergänge für diejenigen, die nicht auswärts arbeiten, obligatorisch sind, werden sie nicht als Unterhaltung und Freizeit empfunden.

Im Goldkäfig sorgt zuerst ein junger Heilpädagoge, später seine noch jüngere Nachfolgerin für Unterhaltung. Weiterbildung in Literatur und Geschichte spielen eine wichtige Rolle, Referate werden hauptsächlich von den PatientInnen verfasst und vorgetragen. Weil die Teilnahme freiwillig ist, sind fast alle anwesend, sind alle begeistert, auch die geistig Behinderten. Einmal pro Woche wird ein gemeinsamer Tanzabend mit Grammophonmusik veranstaltet. Fast alle tanzen mit grossem Eifer, auch die Psychiatrieschwestern und -pfleger, die auf dem Landgut wohnen und sonst auch keine Unterhaltung und Gesellschaft hätten (vergessen wir nicht, es gibt noch keinen Fernseher dort und dazumal, die ersten TV-Geräte werden 5 Jahre später verkauft und erst in 10 Jahren fängt das Fernsehzeitalter an). Die BewohnerInnen des Landguts müssen selber aktiv werden, wenn sie Unterhaltung und Zerstreuung suchen. Dieser Umstand erleichtert es mit gemeinsamen Programmen und Aktivitäten eine Gemeinschaft zu bilden. Eine Konsumhaltung in kulturellen Angelegenheiten wird dadurch verhindert, etwaigem Hospitalismus der Boden entzogen.

Im Seeblick bekomme ich während zwei Jahren zweimal von BewohnerInnen eine freiwillige Zusage, er/sie werde einen Vortrag über ein frei gewähltes Thema halten; das Versprechen wird nicht eingelöst, der Vortrag einige Male verschoben und nachher abgesagt.

5.9 *Heilerfolge*

Während seines vier Jahre dauernden Bestehens verlassen 124 PatientInnen den Goldkäfig als Geheilte. Einige erleiden nach kürzerer oder längerer Zeit einen Rückfall, kehren zurück oder werden in eine Klinik eingewiesen. Den Seeblick verlassen während 17 Jahren nur BewohnerInnen, deren Zustand sich verschlechtert hat und die darum, vorübergehend oder für längere Zeit, in eine Klinik oder in ein Pflege- oder Altersheim eintreten müssen. Entlassungen von zwei Geheilten gibt es erst, als der Seeblick geschlossen wird.

6 Welche Umstände ermöglichen es Menschen mit einer psychischen Behinderung, den Weg zur Autonomie zu finden?

6.1 Menschenrechte, Bedürfnisse

Nach Abraham Maslow (1981) besteht eine hierarchische Reihenfolge der menschlichen Bedürfnisse: physiologische Bedürfnisse (Hunger, Durst, sexuelle Bedürfnisse); Bedürfnisse nach körperlichem Wohlbefinden (Bedürfnis nach Entspannung, lustvollen sinnlichen Erfahrungen etc.); Bedürfnis nach Sicherheit (Bedürfnis nach Schutz vor Bedrohung, vor Krankheit und Schmerz etc.); Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Liebe (Bedürfnis nach Kontakt, nach Freundschaft, nach Gruppenzugehörigkeit etc.); Bedürfnis nach Wertschätzung und Anerkennung durch andere und Selbstverwirklichungsbedürfnisse (Bedürfnis nach Entfaltung der Persönlichkeit: Bedürfnis nach Wahrhaftigkeit, Schönheit, Güte, Lebendigkeit, Individualität, Gerechtigkeit, Sinnhaftigkeit etc.) (vgl. Nolting & Paulus, 1999, S. 167). Psychisch behinderte Menschen haben genauso ein Recht darauf, ihre Bedürfnisse zu befriedigen wie die Nichtbehinderten, allein aber haben sie wenig Chancen zur Verwirklichung ihrer Rechte. Nach dem Klinikaufenthalt brauchen sie eine Art künstlicher Gesellschaft, die klein und überschaubar ist, sie vorbehaltlos aufnimmt, respektiert, ihnen mit Freundlichkeit, Wertschätzung und Herzlichkeit begegnet. Sie brauchen eine Tagesstruktur, eine Wochenstruktur und eine Jahresstruktur; sie brauchen die behutsame Rückführung zur Realität. Sie brauchen vor allem einander, auch wenn die meisten das nicht wissen oder ablehnen. Der abgedroschene Grundsatz: „Soviel Betreuung wie nötig, sowenig wie möglich“ ist sehr wichtig, aber auch sehr schwierig zu verwirklichen. Die Aufgabe der BetreuerInnen psychisch behinderter Menschen besteht darin, sich und die Betreuung überflüssig zu machen. Etwa so, wie das in der Rehabilitation die Geriatrie-Abteilung des Zürcher Stadtsitals Waid praktiziert (vgl. Husmann, Truttman & Zbinden, 2003). Dort wird sorgfältig abgeklärt, wer wieviel und was erledigen kann. Jeden Tag wird ein wenig mehr trainiert. Vom ersten Tag an werden immer mehr Aufgaben selbständig erledigt. Es wird nicht gehetzt, jede(r) kann sich nach eigenem Tempo entwickeln. Es wird aber „Leistung“ verlangt, auch von verwirrten PatientInnen. Die Aufgaben sind so zusammengestellt, dass sie zwar Anstrengung erheischen, aber erfüllbar sind. Die Erfüllung der Anforderungen vermittelt den PatientInnen Erfolgserlebnisse, die das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl erhöhen. Dieses Konzept erinnert mich an Vorschläge Seligmans zur Überwindung der erlernten Hilflosigkeit. Gestaltung und Erfahrung des Alltags sollen die RekonvaleszentInnen spüren lassen: „Du bist ein Mensch der etwas bewirken kann“ (Seligman, 1992, S.95). Verlernte Fähigkeiten und Fertigkeiten werden wiederbelebt. Die Tagesstruktur wird eingeübt. Die Mahlzeiten werden gemeinsam eingenommen. Nur in der gemeinsamen Stube gibt es einen Fernseher - damit die fernsehinteressierten PatientInnen miteinander Kontakt aufnehmen können oder müssen.

Ebenso wichtig ist es für psychisch behinderte Menschen, dass sie arbeiten und dadurch ihre finanzielle Situation verbessern können. Der Sozialwissenschaftler Carlo Knöpfel sagte in einem Interview für den Tages-Anzeiger: „Die Zunahme der IV-Bezüger ist vor allem auf das neue Phänomen der psychischen Behinderungen zurückzuführen. Immer mehr Personen sind dem Strukturwandel auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr gewachsen; es ist der Stress oder die Arbeitslosigkeit, an der viele erkranken ... ein IV-Rentner mit psychischen Problemen wäre vielleicht besser bei einem Integrationsprogramm der Sozialhilfe aufgehoben als in einer geschützten Werkstätte der Invalidenversicherung...*Es braucht Anreize* (Hervorhebung im Original)

nal), damit die Bedürftigen auch arbeiten, wenn sie wenig verdienen...Wer arbeitet, sollte vom ersten Franken Verdienst an besser gestellt sein als jemand, der nur Sozialhilfe bezieht“ (Bühlmann, 2003, S. 8).

Ein anderer Artikel berichtete über eine vor einem Jahr an der Hochschule für Angewandte Psychologie (HAP) vorgestellte Studie, welche die Ergebnisse ambulanter Systemischer Therapie in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxis überprüfte. „Nach durchschnittlich zehn Therapiesitzungen zeigten sich bei Patienten so starke Verbesserungen bezüglich Symptomen und sozialer Funktionsfähigkeit, dass die Veränderungen nicht dem Zufall zugeschrieben werden können: 23 Prozent der Patienten schlossen die Therapie als ‚geheilt‘ ab, bei 33 Prozent hatte sich der Zustand zumindest deutlich verbessert ... Untersucht wurden die Krankengeschichten von 89 Personen, die 32 Systemtherapeuten aus Praxen oder aus Ambulatorien verschiedener psychiatrischer oder psychotherapeutischer Institutionen dokumentiert hatten ... Systemtherapeuten gehen lösungsorientiert vor. Sie konzentrieren sich auf die Ressourcen der Patienten. Probleme werden unter Einbezug der Angehörigen behandelt“ (Gölz, 2002, S. 38). Der Initiator der Studie, Hugo Grünwald, hält die Qualitätskontrolle in der psychotherapeutischen Praxis für sehr wünschenswert, insbesondere die Prüfung des Therapieerfolges hinsichtlich Symptomveränderungen und Lebensbewältigung. Wenn sich seine Ergebnisse als nachhaltig erweisen, ist die Systemische Therapie eine gute Methode, dem Hospitalismus vorzubeugen.

6.2 *Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie*

Die Langzeit-BewohnerInnen im Seeblick zeigen wenig bis gar keine Begeisterung an kreativer Beschäftigung. Die einzige Ausnahme ist Frau M., die künstlerisch tätig ist und im Rahmen der Beschäftigungstherapie ihre eigenen künstlerischen Ideen verwirklicht. Sie ist für jede Anregung, Kritik und Hilfe dankbar. Es wäre vorstellbar, dass auch die anderen, durch Frau M. inspiriert, den/die KünstlerIn in sich entdecken. Dem ist aber nicht so: Ihr Können sondert Frau M. von den anderen ab. Es gibt keine Beschäftigung, welche der Mehrheit gefällt, ausser die, sich selber einen Pullover oder einen Schal zu stricken. Die Karten, Kerzen, Stofftiere, Specksteifiguren usw. für den jährlichen Bazar verfertigen sie eher lustlos und sehr, sehr langsam. Die Haushaltsarbeiten verrichten die meisten ebenfalls lustlos, als lästige Pflicht. Es ist oft sehr mühsam, sie dazu zu bewegen, in die Küche zu kommen und beim Kochen zu helfen. Einmal dort angelangt motiviert sie die Erwartung des Essens zur Mitarbeit. Bei feinen Kochdüften entstehen gute Gespräche, es wird auch mal gelacht. Ich teile die Ansicht von Benedek, dass produktive Arbeit am ehesten dazu beitragen kann, depressiven Menschen die Lebenslust zurückzubringen. Klaus Dörner schreibt 1998: „Die weitaus meisten Langzeit-Patienten ... brauchen ... Arbeit, jedenfalls eine für Andere sinnvolle Tätigkeit ... Einen weiteren Mitarbeiter sollten die genannten Einrichtungen schwerpunktmässig verantwortlich machen für die Beschaffung von Arbeits- und Tätigkeitsmöglichkeiten. Hier geht es darum, die Rand- und Grauzonen des Arbeitsmarktes zu entdecken und für Langzeitpatienten zu nutzen, gleichgültig, ob es sich dabei um ein reguläres Arbeitsverhältnis handelt oder um sozial sinnvolle Hilfstätigkeiten wie das Zusammenschieben der Einkaufswagen eines Supermarktes ... Auch chronisch Kranke, bei denen man das für unmöglich hielt, sind mit nur ambulanter Betreuung in ihrer Wohnung stabil, wenn sie gleichzeitig ihr Bedürfnis, für Andere da zu sein (z.B. Arbeit), auch befriedigen können, wie wir das in Gütersloh empirisch zeigen konnten“ (Dörner, Plog, Teller & Wendt, 2002, S. 473).

Das Lehrbuch für Psychiatrie fasst die Erfahrungen und Ansichten so zusammen: „Arbeitstherapie verbessert nachweislich nicht nur die Arbeitsleistung, sondern die psychische Verfassung insgesamt sowie die soziale Eingliederung, und sie hebt die subjektive Lebensqualität; das Hospitalismusrisiko wird durch Arbeitstherapie gesenkt. Arbeit ist zugleich Mittel und Ziel der Behandlung“ (Tölle, 1999, S. 326). „Aber erst wo Arbeit als eine für die Selbstverwirklichung des Menschen bedeutsame Situation erlebensfähig gemacht wird, kann man mit einigem Recht von Arbeitstherapie reden“ (Dörner et al., 2002, S. 503).

7 Welche Art Unterstützung vermeidet die Tendenz zu Hospitalismus?

In diesem Kapitel fasse ich meine durch eigene beruflichen Erfahrungen und durch die Fachliteratur gewonnenen Erkenntnisse zusammen.

Überbetreuung fördert erlernte Hilflosigkeit. Die Unterstützung (auch in stationären Einrichtungen) soll also minimal, fast unmerklich sein; für die psychisch behinderten Menschen eher als Angebot erscheinen, weniger als Hilfe. Sie sollten mit den Angeboten frei umgehen, sie aber auch ablehnen können. Sie sollten soviel Autonomie behalten wie möglich. Eine Unterstützung in alltäglichen Haushaltsbelangen soll entwicklungsfördernd sein: Die Unterstützung soll immer weniger nötig sein und abgebaut werden. Das Ziel Reintegration darf nicht vergessen werden. Dazu brauchen die Betreuten vor allem Hilfe in der Wohnungs- und Arbeitssuche.

Den Überlegungen von Tölle zufolge spielen bei der Reintegration neben der Arbeits- oder Beschäftigungstherapie die Milieuthérapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Bildung, Sport, Körpertherapie und - bei religiösen Menschen - die Seelsorge eine Rolle. All diese Möglichkeiten stellen eine Unterstützungsart dar, die dem Hospitalismus präventiv entgegenwirken kann; weil sie alle zur Vertiefung und zum Ausbau der Erlebensfähigkeit beitragen (vgl. Tölle, 1999, S. 325ff).

7.1 Widerstand gegen Erlernte Hilflosigkeit – Aspekte der Empowerment - Bewegung

Eine Grundlage zur Überwindung des Hospitalismus bietet die Empowerment-Bewegung. Die Anfänge des Empowerment-Denkens entstanden in der radikalpolitischen Gemeinwesenarbeit im Kontext der Antirassismus-, Friedens- und Frauenbewegungen der USA (vgl. Burkhard, Keller & Moosberger, 1999, S.47).

Für die Betreuung von PatientInnen, für eine wirklich hilfreiche Beziehung zwischen ExpertInnen und KlientInnen ist „nicht nur die Überschreitung fachspezifischer Grenzen wichtig, sondern auch die Anerkennung der Laien für ihre eigene Sache und der Versuch, mit ihnen zusammen Probleme zu lösen und nicht fertige Problemlösungen bereit zu halten“ (Stark, 1982, S. 138). Diese Erkenntnis ist in der Politik des „Empowerment“ entstanden, welche die in den Benachteiligten und Hilflosen schlummern- den Kräfte entdeckt und entbindet; sie ermächtigt, über ihre eigenen Angelegenheiten zu bestimmen. Empowerment ist Widerstand gegen eine pädagogische, paternalistische Hilfe, welche die Bedrängten und Marginalisierten zu Objekten der Helfenden macht. Empowerment stösst sich, wie Heiner Kneupp in den frühen achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts meisterhaft aufzeigte, an der „Sozialen Kontrolle“,

an der „Psychiatisierung“, „Psychologisierung“ und „Medikalisierung“, an der „scheinbar moralischen Neutralität professioneller Interventionen“, an der „Verinnerlichung von Normen, Modellen und Orientierungen“, die „im fortgeschrittenen Kapitalismus Ordnungsleistungen zu erbringen haben“ (vgl. Keupp, 1982, S. 191). Im Folgenden halte ich mich hauptsächlich an das Buch „Empowerment in der Sozialen Arbeit“ von Norbert Herriger. Seine Lektüre macht klar, dass die Empowerment-Bewegung eine wichtige Grundlage ist, Hospitalismus zu erkennen, zu vermeiden, zu verhindern und zu überwinden. Grundsätzlich lobt Herriger die Empowerment-Bewegung als „neue Kultur des Helfens“, welche den Adressaten zu sozialen Dienstleistungen ermuntern und befähigen will, „auch in Lebensetappen der Schwäche und der Verletzlichkeit die Umstände und Situationen seines Lebens selbstbestimmt zu gestalten“ (Herriger, 2002, S. 8). Die von dieser Kultur geprägte neue „professionelle Grundhaltung“ überwindet den „allzu selbstverständlichen pädagogischen Blick auf die Unfertigkeiten und Defizite der Menschen“ (S. 8). Mit anderen AutorInnen zusammen bedauert Herriger den Mangel an „konzeptioneller Differenziertheit“ der Empowerment-Kultur (vgl. S. 8). Er kritisiert auch die zunehmende, auf feste Persönlichkeitsmerkmale programmierte Individualisierung des Empowerment-Denkens, welche den boomenden „Psychomarkt“ der USA erobert hat (vgl. S.176). Empowerment-Denken hat sich selbst verraten, wenn man ihm die Geburt in den Schwarzenghettos, bzw. in der politischen und sozialen Arbeit mit den dort eingeschlossenen Menschen nicht mehr anmerkt. Dass die Empowerment-Bewegung sich nicht nur in den „makropolitischen Kategorien von politischer Entscheidungsmacht“ artikuliert, sondern sich auch auf eine „gelingende Mikropolitik des Alltags“ fokussiert, erhält hingegen die ungeteilte Zustimmung des Autors (vgl. S. 13). Empowerment erfasst mit dem gesellschaftlichen Bereich auch den individuell-personalen, ist sowohl „politisches“ als auch „psychologisches“ Empowerment (vgl. S. 167). Für die erfolgreiche Befreiung einer Person aus dem „Schneckenhaus des sozialen Rückzuges“ ist die „Verknüpfung mit Menschen mit vergleichbaren Anliegen“ wesentlich, der Zusammenhang mit der „Entwicklung eines strittigen tätigen Gemeinnsinns“. Empowerment bezieht ihre Stärke aus der „*Kraft des Plurals*“, aus „solidarischer Vernetzung“, aus „Selbstorganisation in sozialer Aktion“ (vgl. S.184). [In diesem Licht betrachtet konnte die Befreiung der Betreuten im Seeblick von ihrer sozialen Isolation kaum oder überhaupt nicht erfolgreich sein, weil ihr die „Kraft der Plurals“ fehlte – der Dualis einer/eines Betreuten und ihrer/seiner Bezugsperson bilden keinen solidarischen Plural der Betroffenen.] Für das individuell-psychologische Empowerment ist es wichtig, dass sich die Menschen, „allen Lebensniederlagen und Verlusten zum Trotz“ der „Würde und des Wertes des eigenen Lebens“ erinnern; dass in „narrativer Praxis“ die „Kultur des Schweigens“ verlassen wird, dass Lebensläufe erzählt und interpretiert werden, in der Hoffnung, dass sich „Selbstakzeptanz“, „Selbstwertschätzung“ und ein „Gefühl von Sinnhaftigkeit“ entwickeln können (vgl. S. 102). Als Leserin des Buches „Der vergoldete Käfig“ von Benedek, dem ja das „Buch der vierhundert Schicksale“ zugrunde gelegt wurde, habe ich den Eindruck, dass dort viele Menschen von dieser narrativen Praxis erfasst waren. Im Seeblick habe ich jedoch wenig Elemente einer solchen Praxis wahrnehmen können. Die Gespräche in der Küche oder zwischen Tür und Angel waren ein Ansatz dazu – mehr lag wegen des Zeitdrucks nicht drin. Erzählen und Emanzipation hängen zusammen. Die Wichtigkeit des Erzählens hebt auch Stark hervor, wenn er die Soziale Arbeit geradezu als „Lebensorientierungsarbeit“ definiert. Wegen des enormen sozialen und kulturellen Wandels, dem die Menschen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ausgesetzt waren, ist solche Soziale Arbeit fast lebensnotwendig. „Die zunehmende Individualisierung in unserer Gesellschaft hat neben allen Vorteilen auch zum Verlust jener Werte- und Normensys-

teme geführt, die für frühere Generationen noch einen verlässlichen Sinn- und Orientierungskompass darstellten ... Im Gegensatz zu den ehemals vorgegebenen chronologischen Vorgaben (Schule, Beruf, Heirat, Kinder) müssen heute Menschen vermehrt ihre eigene Lebensgeschichte ‚erfinden‘, weil Brüche und Weichenstellungen sowohl für die Erwerbsbiographie als auch für die Ehe- und Familienbiographie keine Ausnahme mehr darstellen“ (Stark, 1996, S. 60). Ich stimme diesen beschreibenden und postulierenden Sätzen zu. Ich denke dabei an manche BewohnerInnen des Seeblicks, die ihre Lebensvergangenheit in der „Kultur des Schweigens“ oder in den Abgründen des Schweigens versenkt haben; diese allenfalls noch in Form einiger Schlagwörter zum Schwatzen, zu kurzen Seufzern oder euphorischen Bemerkungen hervorholen. Wie viel psychische Krankheit ist durch den Bann der Vergangenheit, durch ihre in Kindheit und erster Lebenszeit verinnerlichten Normen (mit)verursacht worden? Wie viel Hospitalismus gedeiht, wird gefördert, wenn SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen, PsychologInnen, TherapeutInnen vor lauter gut gemeintem Respekt vor der Personensphäre die Kranken und Marginalisierten ihrer Selbstentfremdung, ihrem Vergessen der Lebensvergangenheit (abgesehen von den ihr entstehenden dumpfen Schuld- und Sinnlosigkeitsgefühlen) überlassen? Wenn diese sich leidlich in dieser Atmosphäre des Respekts – sie haben ja „draussen“ so viel Respektlosigkeit erfahren – wohl fühlen? Weil sie ihrem Leben gegenüber in einer Art einlullendem Dämmerzustand verharren können, nachdem sie früher von Verwandten, LehrerInnen, ÄrztInnen, PfarrerInnen allzu viele moralische und pädagogische Belehrung empfangen mussten? Klar ist, dass ExpertInnen und HelferInnen mit äußerster Behutsamkeit ans Werk gehen müssen, wenn sie es wagen - sie müssten es bei vielen – die Erkrankten und Bedrängten zum Erzählen, gar ‚Erfinden‘ der eigenen Lebensgeschichte zu motivieren. Vielleicht müssten viele Helfende von ihrer eigenen Lebensorientierung oder pädagogischen Grundhaltung Abstand nehmen.

Die Empowerment-Bewegung sagt dem (Selbst-)Verständnis des Patienten als eines Leidenden, Gescheiterten und Unvernünftigen den Kampf an (vgl. Rerrich, 1982, S. 230). Eine Zuspitzung erhält sie im Konzept der „Salutogenese“, das der israelisch-amerikanische Gesundheitspsychologe Aaron Antonovsky in den achtziger Jahren entwickelt hat. In seinem 1987 publizierten Buch „Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well“ fragt Antonovsky nach den „Ressourcen des Widerstandes“, die es Menschen möglich machen sollen, trotz Bedrohungen durch Krankheit, psychische Irritationen und sozialer Belastung gesund und wohlhalten zu bleiben (vgl. Herriger, 2002, S. 171).

Die Empowerment-Bewegung ist eine anspruchsvolle Bewegung. Sie darf und soll nicht von der „Sozialbürokratie“ aufgefangen werden, welche fast unweigerlich – Burkhard, Keller & Mosberger zeigen in ihrer Diplomarbeit ein gewisses Verständnis dafür – Einzelfälle auf administrative Methoden und Verwaltungsverfahren zuschneiden muss. Die Empowerment-Bewegung aber nimmt die Einzelfälle ernst; gerade in deren Abweichen von den Normalitäten und Normen des Lebens und der Gesellschaft – in ihrem nicht schon von vornherein als Defizit verstandenem Abweichen – können Ressourcen des Widerstandes und der Genesungsfähigkeit entdeckt werden. Wenn Krankheit und erlernte Hilflosigkeit überwunden werden sollen, dann müssen SozialarbeiterInnen und HelferInnen auf der Hut davor sein, dass ihre berufliche Machtfülle nicht zur Entmündigung der KlientInnen ausschlägt (vgl. Burkhard et al., 1999, S.37f). Sie müssen sich weiter davor in Acht nehmen, bloss zu ausführenden Organen einer Institution oder zu Angestellten eines Betriebes zu werden, der möglichst viel Gewinn abwirft.

Für die Überwindung von Krankheit und Hospitalismus sind *Selbsthilfegruppen* bedeutsam. Herriger erwähnt und hebt Selbsthilfegruppen im Gesundheitssektor hervor, insbesondere die, welche 1985 im Hamburger Projekt „Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe“ erforscht wurden (Herriger, 2002, S. 185). Anfänglich hätten die Einzelnen bei diesen Selbsthilfegruppen nahezu ausschliesslich aus Eigeninteresse mitgemacht; bei dauerndem Einsatz und mit ersten Erfolgen solidarischer Aktionen sei anstelle des Eigennutz das Engagement für andere getreten (vgl. Herriger, 2002, S. 186f). Mit der Überwindung der Diastase zwischen Eigennutz und Engagement für die anderen erreicht die Empowerment-Bewegung ihr Ziel. Sie überwindet die Unfähigkeit mancher Kranker und Marginalisierter, ihr Eigeninteresse wahrzunehmen, ebenso ihre Unfähigkeit zur Solidarität und die Zerrissenheit zwischen Egoismus und Altruismus überhaupt. Diese Unfähigkeiten sind nicht nur Symptome von Krankheit, Leid und Wahnsinn; es wäre in Betracht zu ziehen, ob sie nicht auch Gründe mancher Krankheiten, manchen defizitären Lebens sind. Mit der Überwindung dieser Diastase sollten Menschen fähig werden, schützende, einengende Wohnheime zu verlassen, reif zur (Wieder)-Eingliederung in die Gesellschaft und darüber hinaus sogar fähig, nach ihrer Rehabilitation einen Beitrag zur Genesung der Gesellschaft zu leisten.

8 Welche Faktoren in der Betreuung erschweren die Vermeidung von Hospitalismus?

8.1 Gefahren/Fallen in der Betreuung

Wenn die Zeit knapp ist, wenn der/die psychisch Behinderte sich weigert, eine Aufgabe zu erledigen und es für den/die BetreuerIn wesentlich einfacher, schneller und angenehmer erscheint, diese Aufgabe allein zu erledigen, ist die Versuchung gross, dies auch zu tun. Vor allem dann, wenn sich damit nicht nur der zermürbende und zeitaufwendige Konflikt vermeiden lässt, sondern dieser „Gefallen“ von den Betreuten mit dankbarem Lob quittiert wird. Viele kleine „Liebesboni“, welche die BetreuerInnen auf diese Weise von den Betreuten erhalten, erhöhen ihre Position auf der Beliebtheitskala. Wenn der in den Köpfen der Betreuten steckende Beliebtheitsgrad der BetreuerInnen mittels Umfrageformular von der Leitung eruiert, validiert und gar noch für die jährliche Qualifikation der MitarbeiterInnen (und damit für oder gegen ihre berufliche Karriere) verwendet wird, dann werden die BetreuerInnen erst recht in die Falle gedrängt. In ihr verstärken sie unweigerlich den Hospitalismus der Betreuten. Mit anderen Worten, nur wenn die BetreuerInnen auf die Chance höherer Entlohnung verzichten und den Grad ihrer sog. Beliebtheit ignorieren, können sie der Falle entkommen. In den meisten Wohngruppen übernimmt die Leitung die Beliebtheitskala der Betreuten nicht, oder wenigstens nicht programmatisch.

Ein häufiger Irrtum der BetreuerInnen ist das vermeintliche Wissen, was für die Betreuten gut ist. Wir dürfen nicht für sie, sondern nur mit ihnen zusammen denken. Wir müssen auch zur Kenntnis nehmen, dass nicht alle Probleme lösbar sind und unsere Aufgabe nicht darin besteht, die KlientInnen zu erlösen bzw. ihre Probleme zu lösen. Sie haben das Recht, sich zu irren und sich für ihre Lösungsversuche soviel Zeit zu nehmen, wie sie brauchen.

Es scheint den BetreuerInnen natürlich und notwendig, die Betreuten zu mahnen; sie an getroffene Vereinbarungen und Termine zu erinnern, Gefahren vorzubeugen, Ratschläge zu geben, zu überzeugen und zur Einsicht zu bringen – mit einem Wort:

sie zu bemuttern. Die sozialtherapeutische Aufgabe besteht aber nicht darin, zu „verkindlichen“ und zu entmündigen, sondern zu stärken, damit Selbstverantwortung und Autonomie entwickelt und verwirklicht werden können.

Die beste Methode, den Prozess in Gang zu setzen und zu fördern, in welchem aus einzelnen kontaktscheuen Menschen eine Gruppe entsteht, ist, für gemeinsame Erlebnisse zu sorgen. Die sozialtherapeutische Bedeutung der Gruppe im Prozess der Reintegration ist enorm gross. Wenn die BetreuerInnen auch die Unterhaltungsansprüche der Betreuten weitgehend abdecken, können sie ihre Sehnsucht nach Ausenkontakten mindern.

BetreuerInnen versuchen manchmal, die Betreuten und ihre Angehörigen dazu zu animieren, miteinander wieder Kontakte aufzunehmen, ein anderes Mal, die für die Betreuten offensichtlich schädlichen Kontakte zu verhindern. Dieses Eingreifen wirkt auch die ethische Frage auf, ob, und wenn ja, inwieweit die noch so wohlwollenden BetreuerInnen dazu das Recht oder die Pflicht haben.

Pflichtbewusste BetreuerInnen animieren und motivieren die Betreuten tagein, tagaus. Die Gefahr von zuviel ist vorstellbar. Der Wunsch der Betreuten nach Rückzug ist manchmal begründet.

Eine weitere Falle kann der Zeitpunkt der Entlassung darstellen, bei welcher ein „zu früh“ ebenso verheerende Folgen haben kann, wie ein „zu spät“.

8.2 Anforderungen an BetreuerInnen. Doppelt Mandat – „Sandwich-Position“

Die BetreuerInnen haben sich mit der Unterschrift des Arbeitsvertrages dazu verpflichtet, ihre Arbeit nach den Regeln ihrer Arbeitgeber zu verrichten und sowohl die Interessen der Arbeitgeber als auch die der Betreuten zu vertreten und zu verwirklichen. Dieses doppelte Mandat, und die Aufgabe, in einem Interessenkonflikt zu einem verantwortbaren Kompromiss zu kommen, fordert viel Engagement und Energie von den BetreuerInnen. Die getroffenen kleinen und grossen Entscheidungen muss die BetreuerIn – für beide Seiten nachvollziehbar – mit stichhaltigen Argumenten begründen. Zum Arbeitgeber steht die BetreuerIn in einem Abhängigkeitsverhältnis. Meistens gibt es eine Hierarchie und einen Dienstweg zu beachten. Die BetreuerIn muss sein/ihr Arbeitspensum nach einem Stundenplan erledigen. Die Betreuten üben vielfach in die entgegengesetzte Richtung Druck aus, indem sie ihre Mitarbeit verweigern oder nicht eingeplante Extra-Zeit beanspruchen. So befinden sich BetreuerInnen sehr oft in einer „Sandwich-Position“. All diese Umstände sind für die Sozialarbeit allgemein gültig und bekannt. Erschwerend wirkt sich in der Arbeit mit psychisch Behinderten der Umstand aus, dass diese Menschen nicht immer in der Verfassung sind, ihre langfristigen Interessen von ihren momentanen Bequemlichkeiten zu unterscheiden; sie fügen sich vielfach massiven Schaden zu oder nehmen solchen in Kauf. Wenn dies die BetreuerInnen verhindern wollen, müssen sie manchmal Druck ausüben. Auch müssen sie verhindern, dass die Betreuten einander oder andere bedrohen oder gefährden.

III ANWENDUNGSMÖGLICHKEITEN DER GEWONNENEN ERKENNTNISSE AUF DER EBENE PRAKTISCHER BETREUUNGSARBEIT

9 Handlungen und Verhaltensweisen, die BetreuerInnen unterlassen / meiden sollen

Mich auf die Erkenntnisse der vorangehenden Analyse stützend, zähle ich die Handlungen und Verhaltensweisen der BetreuerInnen auf, die den Weg psychisch behinderter Menschen in die Autonomie erschweren oder verhindern.

Die folgende Handlungen und Verhaltensweisen der BetreuerInnen fördern direkt oder indirekt Hospitalismus der Betreuten:

Entmündigende Haltungen und Handlungen

- verwöhnende Haltung
- Handlungen oder Aufgaben für Betreute erledigen, die sie selber ausführen können
- ungebeten und ungefragt Aufgaben der Betreuten erledigen
- für die Einhaltung der Termine der Betreuten die Verantwortung übernehmen
- das Taschengeld für die Betreuten einteilen
- Betreute als unmündige Wesen anschauen und sie bemuttern
- ungebetene Ratschläge erteilen
- sich in private Angelegenheiten der Betreuten einmischen
- Konsequenzen des Verhaltens des Betreuten ausweichen/verhindern helfen
- Betreute tadeln, loben, bestrafen, belohnen
- das Verhalten der Betreuten bewerten
- die Verantwortung für das Wohlergehen der Betreuten über den vereinbarten Rahmen hinaus übernehmen
- bei Streit unter Betreuten schlichten
- die Betreuten überfordern
- die Betreuten unterfordern
- den Förderplan ohne die Betreuten machen
- Betreuten oder ihren Fähigkeiten misstrauen
- sich als „Kumpel“ verhalten
- defizitorientiert arbeiten
- überbetreuen

Willkür

- sich nicht an Abmachungen halten
- tolerieren, dass jemand sich nicht an die getroffenen Abmachungen hält
- willkürliche Entscheidungen fällen

Unethische und/oder rechtswidrige Haltungen

- sich „bestechen“ lassen
- sich erpressen lassen
- Betreute „bestechen“
- Betreute erpressen
- wissen, was für die Betreuten gut ist
- Vorurteile haben

- aus eigenem Ehrgeiz etwas forcieren
- Betreute auf irgend eine Weise abhängig machen
- sich unentbehrlich oder schwer entbehrlich machen
- Teamentscheidungen heimlich umgehen
- sich auf Kosten anderer beliebt machen
- Loyalität gegenüber Auftraggebern (Arbeitgeber, Vorgesetzte, Justiz, Arzt) verletzen
- die eigenen Werte und Normen für allgemein gültig halten

Emotionale Abhängigkeit

- einige Betreute bevorzugen, andere benachteiligen
- private Beziehungen mit Betreuten pflegen

Verletzung der Transparenz

- symmetrische Beziehung vortäuschen
- sich ohne Einverständnis der Betreuten mit ihren Angehörigen unterhalten und Informationen über sie austauschen, einholen oder weitergeben
- Betreute im Glauben lassen, dass etwas „unter uns“ bleibt, wenn für den/die BetreuerIn gegenüber Dritten (Teammitglieder, Vorgesetzte, Arzt, Justiz, usw.) Informationspflicht besteht

10 Anleitung zur Betreuung psychisch behinderter Menschen

Ressourcenorientiertes Arbeiten hat eine enorme Bedeutung in der Betreuung psychisch behinderter Menschen. Ihr Akzeptiertwerden in der Gesellschaft ist nur ansatzweise erreicht. Auch wenn sie ihre Sensibilität hinter einer (scheinbaren?) Gleichgültigkeit verstecken, merken sie, dass sie unter den „Normalen“ unangenehm auffallen und unerwünscht sind. Das bestätigt und verstärkt ihr Minderwertigkeitsgefühl oder ihren Grössenwahn und veranlasst sie dazu, sich noch mehr einzukapseln; weil etwas selber zu wollen, was sowieso geschieht, wenigstens das Gefühl von freier Wahl weckt. Ressourcenorientiertes Betreuen bedeutet, dass die BetreuerInnen Situationen schaffen, in denen die Betreuten durch Erfolgserlebnisse und Anerkennung ihr Selbstwertgefühl stärken können.

Den Förderplan sollen die Betreuer mit den Betreuten zusammen erstellen. Die Betreuten entscheiden selber, was für sie Priorität hat, welche Fähigkeiten sie weiterentwickeln möchten, was sie brauchen, um ihre Ziele zu verwirklichen. Die Aufgabe der BetreuerInnen ist, die zu hohen Ziele in erreichbare kleinere Ziele und die Gesamtaufgabe in kleine, machbare Schritte aufzuteilen. Die Terminierung ist die Aufgabe der Betreuten, sie kennen ihre eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten am besten. Damit wäre die Rolle der BetreuerInnen auch geklärt: Im Auftrag der Betreuten helfen sie ihnen, ihre Ziele erreichen zu können. Dazu ist es nötig, dass die BetreuerInnen mit den Betreuten zusammen regelmässig feststellen, ob das aktuelle Teilziel erreicht ist. Wenn noch nicht, sollen die möglichen Gründe dafür analysiert und die Hindernisse möglichst überwunden werden. Allfällige Erfolge sollen gebührend ge-

würdigt und anerkannt werden. Die Misserfolge dienen dazu, dass wir daraus lernen. Auch Stagnation soll erkannt und ihr möglicher Grund geklärt werden.

Die Betreuten sollen alle Aufgaben so selbständig wie möglich erledigen. Die BetreuerInnen sollen durch die gerechte Verteilung der Verantwortung in der und für die Gruppe Gemeinschaftsgefühl entstehen lassen und fördern. Mit der Gruppe demokratische Entscheidungen zu treffen, fördert das Bewusstsein von Eigenverantwortung und Zugehörigkeit.

Die BetreuerInnen sollen im Team angstfrei, kollegial und ehrlich miteinander kommunizieren und die gemeinsam getroffenen Entscheidungen einhalten. Gute Zusammenarbeit im Team erhöht die Qualität der Betreuung. Dazu können Supervision und Fallsupervision sehr viel beitragen. Die BetreuerInnen sollen sich einheitlich an die Regeln halten und einheitlich handeln, damit sie für die Betreuten Sicherheit schaffen. Wenn die BetreuerInnen bei Verstößen der Betreuten gegen die Regeln auch einheitlich handeln, ermöglichen sie ihnen, die Konsequenzen ihrer Verstöße voraus zu erwägen. Damit erreichen die Betreuten ein Stück Kontrollierbarkeit ihres Lebens.

Sehr wichtig ist, dass die BetreuerInnen entspannt, heiter, geduldig, freundlich, humorvoll und optimistisch sind, damit eine gelöste, heitere Atmosphäre entstehen kann. Gemeinsam erlebte Freude fördert das Gemeinschaftsgefühl auf konstruktivere Weise als Leidgenossenschaft.

Die psychisch behinderten Menschen haben die Orientierung verloren, viele von ihnen haben Angst; sie werden von Zwängen geplagt oder konzentrieren sich auf ihre Halluzinationen und verlieren dadurch ihr Zeitgefühl. Tagesstrukturen helfen ihnen, in ihr Chaos Ordnung und Orientierung zu bringen. Ganz pragmatische Sachzwänge und Tätigkeiten können einen Realitätsbezug bewirken.

Anstatt zu bewerten und zu kritisieren, sollen BetreuerInnen das Fehlverhalten der Betreuten anschaulich machen und sie die möglichen Konsequenzen ihres Verhaltens selber herausfinden lassen. Am allerwichtigsten ist, dass auch die BewohnerInnen einer sozialtherapeutischen Wohngruppe - so weit wie möglich - die allgemeine Menschenrechte für sich verwirklichen können. Das Recht auf Selbstbestimmung, auf Arbeit und auf Teilnahme am öffentlichen und kulturellen Leben soll wahrgenommen werden. Mit jeder noch so kleinen Handlung in dieser Richtung wird die Gefahr von Hospitalismus vermindert. Das Ziel ist die Reintegration psychisch behinderter Menschen. Jede sozialpädagogische Handlung soll dazu beitragen, auch dann, wenn die chronische Erkrankung einzelner Betroffener nicht viel Hoffnung auf eine Besserung zulässt. Es ist erstaunlich, wie viele chronisch psychisch kranke Menschen mit geringfügiger, gelegentlicher Betreuung in der eigenen Wohnung ihr Leben meistern können.

Wenn die Subventionen nicht nach Anzahl der BewohnerInnen entrichtet würden, könnten die kleineren Wohngruppen und Wohnheime darauf verzichten, alle Wohnplätze besetzen zu müssen um weiterbestehen zu können. Dies wäre eine politische Hospitalismusprävention. So könnten viele Betreuten viel schneller in die Selbständigkeit entlassen werden.

Persönlicher Rückblick

Das Verfassen dieser Diplomarbeit war für mich gleichzeitig auch ein Lernprozess. Vieles, was ich nur dumpf geahnt habe, wurde mir bewusst: Vor allem, dass viel mehr von mir beobachtete Phänomene dem Hospitalismus zuzuschreiben sind, als ich gedacht hatte. Die gelesenen Theorien waren für mich bei der Arbeit von hohem praktischen Wert. Mein Blick wurde geschärft für die Fallen der Betreuung.

Meine Hauptfragen konnten zwar beantwortet werden, aber die Antworten sind weder vollständig noch endgültig. Mein Ziel, ein Arbeitspapier in Form einer Anleitung als Diskussionsvorlage zu verfassen, habe ich m. E. erreicht. Während der Suche nach Antworten sind neue Fragen entstanden; auch solche, die ich nicht beantworten kann. Beispielsweise:

- Sind sozialtherapeutische Wohngruppen für psychisch behinderte Menschen überhaupt notwendig?
- Wäre es für sie und auch für die Allgemeinheit nicht besser, wenn sie nach einigen Wochen Klinikaufenthalt und anschliessender „Trainingszeit“ in einer zur Klinik gehörenden Übergangsstation (etwa nach dem Modell des Zürcher Stadtsitals Waid) selbständig wohnten und nur noch nach Bedarf ambulant begleitet würden?
- Wenn dem so wäre, was sollte mit den psychisch Behinderten geschehen, die auch eine geistige Behinderung haben?
- Wo sollten die Justizbehörden die psychisch Behinderten plazieren, welche sich gerade dem Vollzug einer juristischen Massnahme unterziehen?

Ich neige jetzt, am Ende meiner Diplomarbeit angelangt, zur Auffassung, dass auf die zweite Frage die Antwort ein Ja ist.

Weder jene Daten, die sich auf den Seeblick beziehen, noch jene, die den Goldkäfig betreffen sind ausreichend und umfassend genug, um wissenschaftlichen Ansprüchen zu genügen. Ich verglich eine Organisation in der Endphase mit einer in der Anfangs- und Pionierphase; das ist ein Nachteil. Das nahm ich in Kauf, weil mir die Vorteile wichtiger erschienen. Bei einem Vergleich ähnlicher Organisationen wäre die Gefahr gross gewesen, dass ich nur graduelle Unterschiede festgestellt hätte und nicht zum Nachdenken gezwungen worden wäre (wie z. B. beim Widerspruch im Goldkäfig: Wenig professionelle Distanz, trotzdem wenig Hospitalismus).

Es wäre interessant, Statistiken über Anzahl der aufgewendeten Betreuungsstunden, über Arbeitstätigkeit, Lohn, Aufenthaltsdauer, Anzahl und Frequenz der Aussenkontakte, private Beziehungen und Partnerschaften, usw. möglichst vieler BewohnerInnen verschiedener sozialtherapeutischer Wohngruppen in der Schweiz miteinander zu vergleichen. Aufschlussreich wäre es auch, nach einigen Jahren die Fragebögen mit den damals Befragten nochmals auszufüllen. Leider standen mir diese Daten zum Zeitpunkt des Verfassens meiner Arbeit nicht zur Verfügung. So habe ich „aus der Not eine Tugend gemacht“ und bin mit anschaulichen Beispielen da und dort dem Hospitalismus auf die Spur gekommen. Die Vertiefung meiner Thesen unter Berücksichtigung der oben aufgeführten Daten ist allerdings noch ausstehend, ebenso der wissenschaftliche und vor allem der praktische Diskurs, zu welchem meine Arbeit Anregung sein möchte.

Zusammenfassung

Schäden und Defizite der Menschen, die durch den Aufenthalt in einer Klinik oder einem Heim entstehen, werden in der Fachsprache mit dem Oberbegriff Hospitalismus bezeichnet. Hospitalismus entsteht grossteils durch erlernte Hilflosigkeit und negative Attribution.

Da ich einen Vergleich zwischen zwei in geschichtlicher und gesellschaftlicher Hinsicht verschiedenen Institutionen anstrebte, war es notwendig, im Vorfeld einen Blick auf die historischen Ursprünge der Betreuung psychisch behinderter Menschen zu werfen, um so die diachronen Unterschiedlichkeiten zwischen den beiden Beispielen besser in den Griff zu kriegen. Im Mittelalter lebten die psychisch Kranken in der Familien- und Dorfgemeinschaft, manchmal in Hospitälern oder an Wallfahrtsorten, von Ordensleuten betreut. Von der Inquisition im Spätmittelalter wurden sie vielfach als Inbegriff des Bösen gefoltert, manchmal verbrannt. Andere wurden weiterhin liebevoll versorgt. Im 16. Jahrhundert wurden sie in Besserungshäuser gesteckt. Im Zeitalter der Aufklärung wurden von Ärzten geleitete Irrenanstalten gegründet. Im 19. Jahrhundert wurde die moderne Psychiatrie geboren. Die für die Wirtschaft und Gesellschaft unbrauchbar gewordenen Menschen wurden medizinisch versorgt. Nach dem Zweiten Weltkrieg hat die Anti-Psychiatrie-Bewegung angefangen, die verfestigte Meinung aufzubrechen, dass psychisch behinderte Menschen ausgegrenzt werden sollten.

In einem nächsten Schritt wandte ich mich der Praxisanalyse zweier Beispiele zu. Ich gab einen Einblick in den Alltag von 27 BewohnerInnen einer sozialtherapeutischen Wohngruppe im Kt. Zürich anfangs des 21. Jahrhunderts. Viele BewohnerInnen zeigten Symptome von Hospitalismus. Sie waren unselbständig, hilflos, ihr Selbstwertgefühl war gemindert, sie hatten Lernschwierigkeiten, emotionale Defizite, sie waren apathisch. Sie hatten ihre Lebensfreude, ihr Interesse und ihre Kontaktfähigkeit verloren und widerstanden Resozialisierungsversuchen. Die BetreuerInnen nahmen oft eine entmündigende Haltung ein mit ihrer Überbetreuung, Fürsorglichkeit und Verwöhnung. Beispiele zeigten, dass Angebundensein an Notwendigkeiten auch verwirrten Menschen hilft, den Realitätsbezug herzustellen.

Als zweites Beispiel führte ich den „Vergoldeten Käfig“ von István Benedek an. Vor 50 Jahren hat der Psychiater Benedek das erste Heim für psychisch Kranke in Ungarn geleitet, wo sich die PatientInnen frei bewegen und frei fühlen konnten, freier als „draussen“ in einer totalitären Gesellschaft; sie hatten Mitspracherecht, sinnvolle Arbeit, Gemeinschaft und Unterhaltung. Viele PatientInnen konnten das Heim nach relativ kurzem Aufenthalt geheilt verlassen und, wenigstens für eine Weile, in der Gesellschaft ihr Leben meistern.

Beim Vergleich der beiden Institutionen sah ich, dass die offensichtliche Notwendigkeit und Nützlichkeit der Arbeit für die Gemeinschaft die Entstehung von Hospitalismus verhindert und vorhandenen Hospitalismus abbaut. Zur Entstehung und zum Abbau von Hospitalismus ist auch das Verhalten des BetreuerInnen-Teams massgebend. Die Betreute sollten soviel Unterstützung (und nur solange) wie nötig und so wenig wie möglich erhalten. Sie sollten sinnvolle, notwendige Arbeit qualitativ gut verrichten, dadurch würde ihr Selbstwertgefühl wachsen. Auch in Lebensphasen der Schwäche und Arbeitsunfähigkeit sollen Menschen ihre Selbstbestimmung behalten.

In einem letzten Schritt habe ich versucht, die gewonnenen Resultate der Analyse in den modernen wissenschaftlichen Diskurs einzugliedern, Ansätze zu finden, welche von ähnlichen Problemstellungen ausgehen. Die Empowerment-Bewegung gibt hierbei wichtige Impulse für Prävention und Abbau von Hospitalismus. Alle entmündigenden Verhaltensweisen sind zu meiden. Die Unterstützung soll auf eine Art erfolgen, dass keine Menschenrechte verletzt werden. Die psychisch behinderten Menschen sollen die Kontrollierbarkeit ihres Lebens zurückgewinnen, selbstbestimmt und autonom leben können und ihren Beitrag zum Wohlergehen ihrer Mitmenschen leisten.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: o. V. (Original erschienen 1987: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well)
- Benedek, I. (1968). *Der vergoldete Käfig. Erlebnisse aus der Praxis eines Psychiaters*. Gütersloh: Bertelsmann Sachbuchverlag Reinhard Mohn. (Original erschienen 1957: Aranyketrec)
- Böhm, E. (2002). *Verwirrt nicht die Verwirrten : neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege*. (Orig.-Ausg., 11. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Conolly, J. (1964). Inquiry concerning the indications of insanity with suggestions for the better protection of the insane. London: Dason of Pall Mall. (Original erschienen 1830)
- Cooper, D. (1972). *Psychiatrie und Anti-Psychiatrie* (2. Aufl.). Frankfurt a. M.: Suhrkamp. (Original erschienen 1960: Psychiatry und Anti-Psychiatry)
- Der Brockhaus. *Psychologie. Fühlen, Denken und Verhalten verstehen*. (2001). Hrsg.: Lexikonredaktion des Verlags F. A. Brockhaus, Mannheim: Verlag F.A. Brockhaus.
- Dörner, K. & Plog, U. (1978). *Irren ist menschlich*. Wunstorf: Psychiatrie-Verlag.
- Dörner, K., Plog, U., Teller, Ch. & Wendt, F. (2002). *Irren ist menschlich : Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Goffman, E. (1972). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. (Original erschienen 1961: Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates)
- Herriger, N. (2002). *Empowerment in der Sozialen Arbeit : Eine Einführung* (2., überarb. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lay, R. (1992). *Wie man sinnvoll miteinander umgeht : Das Menschenbild der Dialektik*. Düsseldorf: Econ.
- Maslow, A. (1994). *Psychologie des Seins* (5. Aufl.). Reinbek: Rowolt.
- Nolting, H.P. & Paulus, P. (1999). *Psychologie lernen*. Weinheim: Beltz.
- Peters, U. H. (2002). *Lexikon Psychiatrie Psychotherapie Medizinische Psychologie* (5. Aufl.). München – Jena: Urban & Fischer.
- Pinel, Ph. (1964). *The clinical training of doctors*. D. Weiner (Eds.). Baltimore: John Hopkins University Press. (Original erschienen 1793)

Seligman, M. (1992). *Erlernte Hilflosigkeit*. (4. Auflage, erweitert um: Petermann, F. *Neue Konzepte und Anwendungen*). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union. (Original erschienen 1975: Helpless on Depression)

Stark, W. (1996). *Empowerment : Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis*. Freiburg i. B.: Lambertus.

Städtler, Th. (1998). *Lexikon der Psychologie* (Kröners Taschenausgabe Band 357). o. O.: Alfred Kröner Verlag.

Tölle, R. (1999). *Psychiatrie*. (12. Aufl.). Berlin: Springer Verlag.

Wottreng, W., (1999). *Hirnriss : Wie die Irrenärzte August Forel und Eugen Bleuler das Menschengeschlecht retten wollten*. Zürich: Weltwoche-ABC-Verlag.

Diplomarbeiten

Burkhard, R., Keller, A. & Moosberger, K. (1999). *Aufbruch aus der Resignation : Erlernte Hilflosigkeit in der Sozialen Arbeit : Ursachen, Folgen und Bewältigung*. Unveröff. Diplomarbeit, Fachhochschule Zürich, Hochschule für Soziale Arbeit, Zürich.

Egger, G. (1999). *Irren-Geschichte – irre Geschichten*. Diplomarbeit, Universität Innsbruck, Institut für Erziehungswissenschaften.

Internet:

<http://www.google.com/search?CLKZRUC.info.uibk.ac.at/c6/bidok/texte/egger-irre.html+Irren-Geschichte+-+irre+Geschichten>

Zuletzt verifiziert am 29.3.03

Stefan, P. (1996). *Arbeit als Instrument zur Förderung behinderter Menschen*. Unveröff. Diplomarbeit, Schule für Soziale Arbeit, Zürich.

Sammelbände

Ciampi, L. (1983). Was unterscheidet unsern Umgang mit Akut-Kranken und mit Langzeitpatienten? In K. Dörner (Hrsg.), *Die Unheilbaren* S. 134-146). Rehbürg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.

Dörner, K. (1983). Vom Mythos der Heilbarkeit. In K. Dörner (Hrsg.), *Die Unheilbaren* S. 29-35). Rehbürg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.

Friedrich, K.H. (1983). Wie ändert der Auftrag der Entlassung von Langzeitpatienten uns selbst? In K. Dörner (Hrsg.), *Die Unheilbaren* S. 134-146). Rehbürg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.

Keupp, H. (1982). Soziale Kontrolle. In H. Keupp & D. Rerrich (Hrsg.), *Psychosoziale Praxis – gemeindepsychologische Perspektiven* (S. 189 – 198). München: Urban & Schwarzenberg.

- Niederdräing, J. (1983). Wie ändert der Auftrag der Entlassung von Langzeitpatienten uns selbst? In K. Dörner (Hrsg.), *Die Unheilbaren* S. 114-125). Rehbürg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.
- Peukert, D. (1983). Der sozialgeschichtliche Sinn und Sinnwandel der Entmündigung In K. Dörner (Hrsg.), *Die Unheilbaren* S. 69-81). Rehbürg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.
- Rerrich, D. (1982). Nutzerkontrolle. In H. Keupp & D. Rerrich (Hrsg.), *Psychosoziale Praxis – gemeindepsychologische Perspektiven* (S. 229 – 237). München: Urban & Schwarzenberg.
- Rogge, G. Wie ändert der Auftrag der Entlassung von Langzeitpatienten uns selbst? In K. Dörner (Hrsg.), *Die Unheilbaren* S. 114-125). Rehbürg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.
- Stiensmeier-Pelster, J. (1994). Attribution und erlernte Hilflosigkeit. In F. Försterling & J. Stiensmeier-Pelster (Hrsg.), *Attributionstheorie*. Göttingen: Hogrefe, 185-211.
- Weinbrenner, H. (1983). Wie kann ich Abhängigkeit akzeptieren und nutzen? In K. Dörner (Hrsg.), *Die Unheilbaren* S. 126-139). Rehbürg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.

Unterrichtsunterlagen

- Brändle-Ströh, M. (1999). *Kontroll-Theorie. Kontrollverlust*. Sozialpsychologie. Unterrichtsunterlagen Lerneinheit 4-5. Teilzeitausbildung, Lehrgang TSA 99/03. Zürich: Fachhochschule Zürich, Hochschule für Soziale Arbeit.
- Brändle-Ströh, M. (1999). *Reaktanz und Hilflosigkeit*. Sozialpsychologie. Unterrichtsunterlagen Lerneinheit 6. Teilzeitausbildung, Lehrgang TSA 99/03. Zürich: Fachhochschule Zürich, Hochschule für Soziale Arbeit.
- Zehnder, T. & Köpfl, G. (1998). *Materielle Notlagen – Sozialhilfe*. (revidiert und aktualisiert 2000 Köpfl). Spezielle Handlungslehre. Arbeitsunterlagen AU 4.2. Teilzeitausbildung, Lehrgang TSA 99/03. Zürich: Fachhochschule Zürich, Hochschule für Soziale Arbeit.

Unveröffentlichte Präsentationen an Veranstaltungen

- Husmann, C., Truttmann, B. & Zbinden, N. (2003). *Grundlagen und Arbeitsinstrumente der Geriatrie. Rehabilitation auf der Übergangsstation im Stadtspital Waid Zürich*. Präsentiert am Seminar Alter. Veranstaltung der Teilzeitausbildung, Lehrgang TSA 99/03. Fachhochschule Zürich, Hochschule für Soziale Arbeit, Zürich.

Zeitungsartikel

Gölz, B. (3. Januar 2002). Ressourcen psychisch Kranker fördern. *Tages-Anzeiger*, 38.

Knöpfel, C. (28. Januar 2003). Der Sozialstaat ist blockiert. *Tages-Anzeiger*, 8.