

# POLYLOGE

## Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

### In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmaker**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

© *FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen*

**Ausgabe 13/2010**

## Der 4. Weg der Heilung und Förderung - Persönliche Souveränität, Solidaritätserleben und Netz- werkarbeit: der Patientenrat des Psychiatriezentrums Breitenau, Schaffhausen (CH) \*

*Dr. phil. Annette Glaser*

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>)



## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	3
2. Der 4. Weg der Heilung und Förderung und seine Bedeutung in der Behandlung von psychisch kranken Menschen .....	5
2.1 Psychische Erkrankung und soziales Netzwerk .....	5
2.2 Affiliation und die Beziehungsmodalitäten der Integrativen Therapie .....	9
a) Affiliation .....	9
b) Beziehungsmodalitäten in der Integrativen Therapie .....	11
2.3 Der 4. Weg der Heilung und Förderung und das Konzept der Konvivialität und ihre Bedeutung für psychisch kranke Menschen .....	12
3. Psychiatriezentrum Breitenau Schaffhausen (CH) .....	16
3.1. Das Psychiatriezentrum Breitenau im Überblick .....	16
a) Von der Irrenanstalt zum Psychiatriezentrum – Entstehungsgeschichte .....	16
b) Das Psychiatriezentrum heute – Organisationsstrukturen und Behandlungsangebot .....	17
c) Wichtige Kernkonzepte des Klinik: Betreuungskonstanz, Empowerment, offene Abteilungstüren, Interdisziplinäre Behandlungsplanung .....	18
Der Patientenrat .....	19
a) Hintergrund, Entstehung .....	19
b) Übergeordnete Anliegen – was will der Patientenrat? .....	21
c) Aktivitäten – was tut der Patientenrat? .....	21
d) Einbettung in die Klinik .....	24
e) Konfliktfelder .....	24
4. Der 4. Weg der Heilung: Persönliche Souveränität, Solidaritätserleben und Netzwerkarbeit im Patientenrat .....	25
a) Persönliche Souveränität/Empowerment .....	25
b) Solidaritätserleben .....	26
c) Netzwerkarbeit .....	27
d) Polylogische Qualitäten .....	29
5. Der Patientenrat im Kontext und Kontinuum .....	32
6. Zusammenfassung und Ausblick .....	33
7. Zusammenfassung .....	35
7.1 Zusammenfassung .....	35
7.2 Summary .....	35
Literatur .....	36

## 1. Einleitung

Seit knapp drei Jahren arbeite ich als klinische Psychologin und Psychotherapeutin im Psychiatriezentrum Breitenau, einer kleinen kantonalen psychiatrischen Klinik in Schaffhausen (CH) nahe der Grenze zu Deutschland. Die Stelle trat ich an, als ich aufgrund einer kurzen Phase von Arbeitslosigkeit gezwungen war, auch ausserhalb meines Wohnorts in Zürich nach Arbeit zu suchen und an dieser Klinik eine Stelle frei wurde. Als Städterin und gewohnt an ein universitäres Umfeld war ich dieser Arbeitsstelle inmitten der Provinz gegenüber anfänglich etwas skeptisch eingestellt, der längere Arbeitsweg kam noch dazu.

Das Eingewöhnen ins neue Umfeld fiel mir nicht ganz leicht und dauerte deutlich länger als üblich; wissenschaftliches Denken, Lehre und Weiterbildung fehlten mir insbesondere anfänglich sehr. Im Lauf der Zeit entdeckte ich jedoch die Qualitäten und Vorteile dieser kleinen Klinik: ein persönlicherer Umgang miteinander, äusserst interessante, vielseitige klinisch-psychotherapeutische Arbeit, Überschaubarkeit und das Gefühl, als Klinik eine Gemeinschaft mit einer gewissen Verbindlichkeit und Vertrautheit zu bilden. Die Ausrichtung auf leistungsorientierte Forschungsinteressen, bei denen die Behandlung des Patienten in den Hintergrund zu treten drohen, die ich teilweise von meiner letzten Arbeitsstelle an einer Uniklinik kannte, fiel gänzlich weg, die Behandlung des Patienten steht in dieser Klinik an oberster Stelle.

Als ich meine Arbeit aufnahm, stand die Klinik gerade in mehrfacher Weise in einer Umbruchphase: einerseits stand die Fusion mit dem somatischen Spital des Kantons auf der Agenda, andererseits hatte der langjährige Chefarzt, der die Klinik wesentlich mitgeprägt hatte, seine Stelle gekündigt und es stand ein Wechsel auf oberster Etage bevor.

Schon bald entdeckte ich, dass – inspiriert durch das Marienhospital in Herne im Ruhrgebiet unter der Leitung durch Dr. med. dipl. Psych. Matthias Krisor - während der Aera des letzten Chefarztes verschiedene interessante Klinikkonzepte sowie der sogenannte „Patientenrat“ entstanden waren, die meinem, wesentlich von der Integrativen Therapie mitgeprägten Menschenbild und Therapieverständnis in vielen Punkten entsprachen. Auch wenn sich die Klinik durch den Fusionsprozess schon bald mit ganz neuen, wenig mit ihrem eigentlichen Kerngeschäft in Bezug stehenden Aufgaben konfrontiert sah, spürte ich doch deutlich, dass für mich unter diesen Rahmenbedingungen ein sehr freies und befriedigendes therapeutisches Arbeiten gemäss den Kernkonzepten der Integrativen Therapie möglich war, in dem ich punkto therapeutischer Tätigkeit keine einengenden Kompromisse schliessen oder mein therapeutisches Grundverständnis auf irgendeine Weise verbergen musste. Ich stiess in meiner täglichen Arbeit im Gegenteil immer wieder auf Vertrautes aus meiner Ausbildung als Integrative Therapeutin und auf offene Ohren für meine Anliegen. Dies ist in einer Zeit, in welcher in vielen psychiatrischen Kliniken zunehmend nach verhaltenstherapeutischen oder tiefenpsychologischen Modellen gearbeitet wird und die therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen entsprechend ausgewählt werden, nicht selbstverständlich und ein grosses Privileg. In diesem Sinne bin ich dem früheren Chefarzt, Dr. med. Gerhard Ebner, auch wenn ich ihn nicht persönlich

kenne, für seine konzeptionelle Arbeit und seine Fähigkeit, seine MitarbeiterInnen dafür zu begeistern, zu Dank verpflichtet.

Die Phase des Studierens und der vielen freien Zeit für Forschung und der Aneignung von neuem Wissen ist für den Moment abgeschlossen, die praktisch klinische Tätigkeit steht nun im Vordergrund und mit einer 90%-igen Arbeitstätigkeit ist der Alltag mehr als ausgefüllt. In meiner Graduierungsarbeit, die gleichzeitig den Abschluss einer fast 15-jährigen intensiven Phase von Aus- und Weiterbildung bildet, möchte ich deshalb versuchen, eine Brücke zu schlagen zwischen theoretischen Konzepten der Integrativen Therapie, denen ich mich sehr verbunden fühle und meiner jetzigen Tätigkeit als klinische Psychologin und Psychotherapeutin in einer psychiatrischen Klinik. Dafür möchte ich insbesondere auf den 4. Weg der Heilung und Förderung – persönliche Souveränität, Solidaritätserleben und Netzwerkarbeit – und das Konvivialitätskonzept eingehen und sie anhand des sogenannten Patientenrats, der ein zentrales, nicht mehr wegzudenkendes Element der Klinik bildet, erläutern und vorstellen.

In der vorliegenden Graduierungsarbeit werden gemäss oben stehendem Inhaltsverzeichnis folgende Themen behandelt: Nach einer Einleitung mit einem persönlichen Vorwort widmet sich das 2. Kapitel der Bedeutung des 4. Wegs der Heilung und Förderung sowie dem Konzept der Konvivialität in der Behandlung von psychisch kranken Menschen. Dabei werden die Problematik und die Hintergründe eines oft unzureichenden sozialen Netzwerks von psychisch kranken Menschen diskutiert, sowie das sozialpsychologische Konzept der Affiliation und die Beziehungsmodalitäten der Integrativen Therapie vorgestellt. Des Weiteren wird die Bedeutung des 4. Wegs der Heilung und Förderung in seinen drei Aspekten persönliche Souveränität/Selbstwirksamkeit/Empowerment, Solidaritätserfahrungen und Netzwerkarbeit sowie das Prinzip von Konvivialität in Bezug auf die Arbeit mit PatientInnen in der Psychiatrie erläutert.

Das 3. Kapitel dient der Beschreibung des Psychiatriezentrums Breitenau. In einem ersten Unterkapitel wird die Klinik mit ihrer Entstehungsgeschichte, dem aktuellen Behandlungsangebot sowie den vier zentralen Klinikkonzepten Betreuungskonstanz, Empowerment, offene Abteilungstüren sowie Interdisziplinäre Behandlung vorgestellt. Das 2. Unterkapitel widmet sich einer Besonderheit der Klinik, dem sogenannten Patientenrat, welcher vor gut sechs Jahren im Auftrag des damaligen Chefarztes durch den Leiter des Psychologischen Dienstes ins Leben gerufen wurde und seither als sehr aktives und engagiertes Gremium die Klinik mitgestaltet und mitprägt. Der Patientenrat ist zum heutigen Zeitpunkt – wenn auch als eigenständige Organisation von der Klinik weitgehend unabhängig - ein äusserst wichtiges, historisch gewachsenes und nicht mehr wegzudenkendes Element der Klinik. Er wird in Bezug auf seine Entstehungsgeschichte, seine übergeordneten Anliegen, seine Aktivitäten, seine Einbettung in die Klinik sowie Konfliktfelder mit der Klinik beschrieben.

Im 4. Kapitel werden die Anliegen und die konkrete Arbeit des Patientenrats in ihrer Vielschichtigkeit und Komplexität im Hinblick auf den 4. Weg der Heilung und Förderung reflektiert und mit konkreten Beispielen illustriert und seine Verdienste für die Klinik gewürdigt.

Im 5. Kapitel der Graduierungsarbeit werden die Situation der Klinik in ihrem aktuellen, gesundheitspolitischen Umfeld sowie die daraus folgenden Implikationen für den Patientenrat dargestellt.

Das 6. und letzte Kapitel dient der Zusammenfassung, Schlussfolgerung und einem Ausblick.

## **2. Der 4. Weg der Heilung und Förderung und seine Bedeutung in der Behandlung von psychisch kranken Menschen**

### **2.1 Psychische Erkrankung und soziales Netzwerk**

Trotz teilweise widersprüchlicher Datenlage weist die aktuelle Forschungsliteratur darauf hin, dass die Netzwerkstrukturen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung oft defizitär sind (Hass & Petzold, 1999, S. 13). Dabei sind insbesondere Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung als Folge (und nicht Ursache) ihrer Erkrankung von einer Verarmung ihres sozialen Netzwerks betroffen. Soziales Netzwerk wird als „Matrix in einem sozioökologischen Kontext betrachtet, in der sich soziale Prozesse abspielen und die Ansatzmöglichkeiten für Interventionen bietet“ (Hass & Petzold, 1999, S. 2). Eine noch differenziertere Definition von sozialem Netzwerk lautet folgendermassen:

„Soziales Netzwerk ist ein für exzentrische Beobachter eines sozioökologischen Kontextes mit Mikro- und Mesoformat vorfindliches und umschreibbares multizentrisches Geflecht differentieller Relationen in der Zeit zwischen Menschen, die zueinander in unterschiedlichen Bezügen stehen (z.B. Kontakte, Begegnungen, Beziehungen, Bindungen, Abhängigkeiten in Konvois) und in konkreten und virtuellen Austauschverhältnissen (z.B. wechselseitige Identitätsattributionen, Hilfeleistungen, Teilen von Informationen, Interessen, Ressourcen, Supportsystemen). Dabei können sich durch das Vorhandensein konkordanter und diskordanter kollektiver Kognitionen in dem vorfindlichen Netzwerk unterschiedliche „soziale Welten“ mit unterschiedlichen „sozialen Repräsentationen“ konstituieren (Petzold, 1979a).

Für die Abnahme der Intensität und Tragfähigkeit des sozialen Netzwerkes vieler psychisch kranker Menschen kommen folgende Gründe in einem komplexen Wechselspiel in Betracht:

#### ***Erkrankung des Patienten***

Zum einen ist die Erkrankung selbst oft eine wichtige Ursache für den Abbau von tragfähigen sozialen Beziehungen. Psychische Erkrankungen sind nicht in isolierter Weise Erkrankungen der Seele, sondern äussern sich fast immer auch im Verhalten des psychisch Erkrankten und haben somit einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf seine sozialen Beziehungen. Nicht ohne Grund definiert die WHO Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen, geistigen *und* sozialen Wohlergehens“ (WHO, 1946). Oft verfügen psychisch Erkrankte in geringerem Ausmass über die notwendigen sozialen Kompetenzen, bestehende Kontakte in ihrem sozialen Netzwerk aufrechtzuerhalten oder neue Kontakte zu knüpfen (Hass & Petzold, 1999, S. 13). Einige Beispiele von Krankheitsbildern in der Psychiatrie und ihren Auswirkungen

gen auf das Sozialverhalten sollen diese Tatsache illustrieren: Ein depressiver Mensch erlebt sich selbst als wertlos, es fehlt ihm an Zukunftsperspektiven, Antrieb und Interesse für sein eigenes Leben und dasjenige anderer. Er ist mit sich selbst beschäftigt und zieht sich aus dem Kontakt mit seinen Mitmenschen zurück. - Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis sind oft hochsensibel, spüren ihre eigenen innerpsychischen Grenzen nur ungenügend und schützen sich vor für sie bedrohlicher allzu grosser Nähe zu anderen Menschen, indem sie genügend Distanz bewahren, was jedoch gleichzeitig auch die Gefahr einer Vereinsamung in sich birgt. Während eines psychotischen Schubes ist ausserdem die Wahrnehmung dieser Patienten von sich selbst und der Welt um sie herum so gravierend verändert, dass sie andere oft als bedrohlich erleben und nur sehr bedingt in Kontakt treten können. - Ein Mensch, der unter wiederholten manischen Phasen leidet, verhält sich während dieser Phasen in der Regel gänzlich neben den gesellschaftlich geltenden Normen und Regeln, stösst Menschen aus seinem nahen Umfeld mit seinem Verhalten vor den Kopf und gefährdet und zerstört auf diese Weise – oft innerhalb von kurzer Zeit – wichtige und tragende Beziehungen. - Für einen Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung ist es schwierig, verbindliche, stabile Beziehungen einzugehen: Er geht auf intensive Weise neue Kontakte ein, hält die entstehende Nähe jedoch nicht aus und stösst sein Gegenüber wieder weg, um sich anderen Personen zuzuwenden. Meist sind diese PatientInnen sehr intensiv mit diesen Beziehungskonflikten und ihrem Verhalten beschäftigt, ohne dass sie jedoch über längere Zeit Erfüllung und Befriedigung in zwischenmenschlichen Beziehungen finden können.

### **Überforderung und Überlastung des Umfelds**

Aus verständlichen Gründen ist das Umfeld eines psychisch kranken Menschen mit der Situation oft überfordert. Handelt es sich um eine Neuerkrankung, sind Angehörige und Freunde oft verwirrt und ratlos und sehen sich durch die Erkrankung plötzlich einem ganz anderen, ihnen fremden Menschen gegenüber. Bei chronischen Verläufen sind Angehörige, die oft ein Grossteil der Betreuung und Unterstützung des Erkrankten übernehmen, mit der Situation in vielen Fällen überlastet und beginnen, sich aus der Situation emotional und/oder real zurückzuziehen. Viele Menschen wissen auch nicht, wie sie einem psychisch Kranken z.B. im Freundeskreis oder in der Nachbarschaft begegnen und mit ihm umgehen sollen und gehen dem Betroffenen aus dem Weg. Für viele psychisch Erkrankte bedeutet dies, dass die Anzahl ihrer Beziehungen abnimmt. Ebenso kann sich die Qualität der Beziehungen zum sozialen Netzwerk verschlechtern, indem der Betroffene mit inadäquaten Hilfeleistungen wie gutgemeinten Ratschlägen konfrontiert wird oder bislang symmetrische Beziehungen z.B. in einer Partnerschaft sich durch zunehmende Abhängigkeit und damit verbundener Bedrohung des Selbstwertgefühls des psychisch Erkrankten in eine negative Richtung verändern (Hass & Petzold, 1999, S. 11).

### **Verlust des Arbeitsplatzes**

Ein weiterer wichtiger Punkt, der oft eine Ausdünnung des sozialen Netzes von psychisch kranken Menschen bewirkt, ist die meist nach einiger Zeit eintretende Arbeitslosigkeit. Einem Menschen, der erkrankt, insbesondere wenn es eine psychische Erkrankung ist, wird in vielen Fällen nach Ablauf der gesetzlichen festgelegten Zeit, in welcher das Arbeitsverhältnis nicht aufgelöst werden darf, gekündigt. Der psychisch erkrankte Mensch verliert damit einerseits seine Identität als Berufsfrau oder Berufsmann und andererseits seine Rolle in der Gesellschaft als Arbeitsnehmer, welcher aufgrund seiner Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Lage ist, seinen Lebensunterhalt zu verdienen. Ebenso verliert der Erkrankte das soziale Umfeld, seine Kollegen und Kolleginnen, das mit der Arbeitsstelle verbunden war. In unserer Zeit, in welcher sich viele Menschen über ihre Arbeit definieren, ist der Verlust der Arbeitsstelle und damit auch der ArbeitskollegInnen ein nicht zu unterschätzender Belastungsfaktor. Nach einer Phase von psychischer Instabilität und nach einem Klinikaufenthalt den Einstieg ins Berufsleben wieder zu finden, ist alles andere als einfach. Einige PatientInnen erholen sich nach einer psychischen Erkrankung ausserdem nicht mehr vollständig und sind nicht mehr in der Lage, ins Berufsleben zurückzukehren. Für sie wird eine Rente beantragt, welche zwar das Existenzminimum sichert, jedoch das soziale Umfeld des Arbeitsplatzes und das mit einem Arbeitsplatz verbundene Gefühl der Zugehörigkeit zur Gesellschaft nicht ersetzen kann.

### **Stigmatisierung von psychisch Kranken**

Als letzter Punkt sei noch die Stigmatisierung von psychischen kranken Menschen in der Gesellschaft erwähnt, unter welcher viele psychisch Kranke leiden. Eine psychische Erkrankung ist gesellschaftlich noch immer weniger akzeptiert als eine körperliche Erkrankung; einem Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik haftet nach wie vor etwas Anrüchiges, Negatives an, dem man lieber aus dem Wege geht. Viele Menschen haben ein verzerrtes Bild von einer psychiatrischen Klinik und davon, wie eine Behandlung in einer solchen Klinik aussehen kann, längst antiquierte Bilder von Psychiatrie geistern in den Köpfen der Menschen herum, nicht zuletzt auch gefördert durch wenig realitätsnahe Kino- und Fernsehfilme. In den Diskussionen in der Gruppenpsychotherapie, welche ich über einige Zeit in einer psychiatrischen Klinik leitete, äusserten sich PatientInnen immer wieder erstaunt und positiv überrascht über den Alltag und die Behandlung in der Klinik, hatten sie doch vor dem Klinikeintritt selbst ein negatives Bild von der Psychiatrie gehabt und hatten sich nicht vorstellen können, in einer psychiatrischen Klinik Entlastung und Schutz zu finden. Im Gegenzug schämen sich viele psychisch Erkrankte ihrer Erkrankung und eines stationären Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik und versuchen, diese Zeit ihres Lebens zu verstecken, was sie von ihren Mitmenschen entfremdet und zur Einsamkeit beitragen kann.

Einige Beispiele aus meiner Arbeit sollen diese Phänomene veranschaulichen:

Herr S, Mitte Dreissig, war vor zwei Jahren von einer grösseren Stadt in Deutschland in die Schweiz umgezogen, da er hier bei seiner angestammten Firma eine neue Stelle angeboten

bekommen hatte. Er war schon vor dem Umzug psychisch angeschlagen gewesen, da ihn einige Jahre davor ein tragisches Lebensereignis tief erschüttert hatte und er aufgrund von fehlenden Möglichkeiten zur Verarbeitung begonnen hatte, seiner Umgebung - auch bei der Arbeit - misstrauisch gegenüberzutreten. Dies hatte zu Konflikten und zunehmender Ausgrenzung seiner Person bei der Arbeitsstelle geführt. Da Herr S. neben diesen Schwierigkeiten bei der Arbeitsstelle in seinem Beruf sehr kompetent war, hatte er die Stelle in der Schweiz angeboten bekommen und dafür auch zugesagt, u.a. auch in der Hoffnung, in einem neuen Team neue, unbelastete Kontakte zu finden. Das Eingewöhnen in der neuen Umgebung war jedoch für Herrn S. viel schwieriger als erwartet. Einerseits machte seine psychisch labile Verfassung den Einstieg und die Kontaktaufnahme am neuen Ort schwierig, andererseits war es auch aufgrund der Sprachbarriere zwischen der Schweiz und Deutschland, schwierig, Fuss zu fassen. Er hatte grosse Mühe, sich zu integrieren und neue Kontakte zu knüpfen, vereinsamte zunehmend. Die Situation mit den Kollegen war auch neuen Arbeitsplatz angespannt, Herr S. fühlte sich diskriminiert und gemobbt, begann seinerseits mit Anschuldigungen gegen die Arbeitskollegen und das Management der Firma. Um seine Lebenssituation zu bewältigen, fing er an, abends exzessiv Alkohol zu konsumieren. Die Situation am Arbeitsplatz eskalierte vollends und Herr S. trat in stationäre psychiatrische Behandlung ein. Wenige Monate später erhielt er von seinem Arbeitgeber die Kündigung. Die Behandlung des Patienten in der Klinik gestaltete sich auch deshalb schwierig, weil er auf überhaupt kein soziales Netz zurückgreifen konnte: seine Freunde und seine Familie lebten in Deutschland, in der Zeit in der Schweiz hatte er keine neuen Kontakte geknüpft und aufgrund seiner psychischen Verfassung – er war schwer depressiv - war es ihm während des Klinikaufenthalt auch nicht möglich, ein neues soziales Netz aufzubauen.

Frau W., eine vitale, kommunikative junge Frau Mitte 30, litt seit mehreren Jahren an ausgeprägten Rückenschmerzen, welche aufgrund einer körperlichen Überbelastung beim Arbeitsplatz in der Produktion einer Firma entstanden waren. Sie hatte ihre Arbeit aufgrund der Rückenschmerzen aufgeben müssen, war nun krankgeschrieben und lebte von der Taggeldversicherung und den Beiträgen der Arbeitslosenversicherung. Die Patientin, die während der beschwerdefreien Zeit verschiedenste Hobbies und einen grossen Freundeskreis gepflegt hatte, hatte sich aufgrund ihrer Schmerzen, die sie oft zur Inaktivität zwangen, weitgehend aus ihrem sozialen Netz zurückgezogen. Da sie nicht mehr dieselbe, fröhliche Person wie früher war, mit der man „Pferde stehlen konnte“, hatten jedoch auch ihre Bekannten sich vor ihr distanzieren. Aufgrund der Rückenbeschwerden, welche ihr eine maximale Arbeitstätigkeit von 50% erlaubten und auch ein Rückkehr in den angestammten Beruf verunmöglichten, war es sehr schwierig, eine neue Arbeitsstelle zu finden. Die Langzeitarbeitslosigkeit, die fehlende berufliche Herausforderung und Zukunftsperspektive, ablehnende Bescheide von der Invalidenversicherung bezüglich Umschulung sowie die damit verbundene Ausgrenzung aus dem gesellschaftlichen und sozialen Leben belasteten die Patientin zunehmend und sie wurde depressiv. Auftrieb gaben ihr Beschäftigungsprogramme, welche ihr phasenweise übers Arbeitsamt

vermittelt wurden, sowie eine von ihr selbst finanzierte Weiterbildung im kaufmännischen Bereich. Im Kontakt mit den Arbeits- und SchulkollegInnen blühte die Patientin jeweils auf und erlebte Momente von Zugehörigkeit und Gestaltungsmöglichkeiten.

Frau K., eine äusserst kommunikative Frau Anfang 40, hatte in ihrer 12-jährigen Ehe durch ihren Mann verbale, physische und sexuelle Gewalt erfahren. Aus Scham und im dringenden Wunsch, nach aussen das Bild einer normalen Familie zu vermitteln, hatte sie über all die Jahre versucht, die desolante familiäre Situation und die herrschende Gewalt nach aussen zu verbergen. Sie hatte sich seit Jahren aus ihrem sozialen Umfeld gänzlich zurückgezogen Um die Familie trotz des Alkoholkonsums des Ehemannes durchzubringen, arbeitete sie ausserdem fast 100%. Neben der Arbeit und der Betreuung der drei Kinder blieb keine Zeit mehr für soziale Kontakte. Die Patientin vereinsamte zunehmend, versuchte, die Belastungen alleine zu bewältigen. Die Patientin dekompenzierte zunehmend, und sie wurde in einem Zustand von Erschöpfung und Depressionen in die Klinik eingewiesen. Der Aufbau eines tragfähigen, unterstützenden sozialen Netzes war nach den langen Jahren von destruktiven Beziehungserfahrungen ein wichtiges Ziel während eines längeren stationären Aufenthalts.

## **2.2 Affiliation und Beziehungsmodalitäten in der Integrativen Therapie**

Um die Bedeutung des 4. Wegs der Heilung und Förderung in der Behandlung von psychisch Erkrankten zu erfassen und besser zu verstehen, sollen im Folgenden auf einer mehr theoretischen Ebene das sozialpsychologische Konzept der Affiliation sowie das Konzept der Beziehungsmodalitäten in der Integrativen Therapie erläutert werden.

### **a) Affiliation**

Affiliation – das Bedürfnis nach sozialem Kontakt – ist ein zentrales Konzept der Sozialpsychologie. Wie sozialpsychologische Untersuchungen schon früh gezeigt haben, neigen Menschen dazu, unabhängig von ihren Gefühlen gegenüber anderen Personen deren Gesellschaft zu suchen (Stroebe, Hewstone & Stephenson, 1997, S. 619). Der Begriff Affiliation stammt aus dem Lateinischen - filius bedeutet Sohn, Nachkomme, filia entsprechend Tochter. In sozialpsychologischen Untersuchungen in den 60-er Jahren wurde erforscht, in welchen Situationen Menschen die Nähe anderer besonders suchen. Es stellte sich heraus, dass folgende vier Gründe für das affiliative Verhalten von Menschen wichtig sind (Stroebe et al., 1997, S. 365):

- Reduktion von Unsicherheit durch den Vergleich mit anderen
- Stimulation durch interessanten, lebhaften Kontakt mit anderen
- Erhalten von Lob und Anerkennung
- Erhalten von emotionaler Unterstützung

Als zentrales Moment für das Suchen der Gesellschaft anderer stellten sich weiter Situationen von Stress und Bedrohung heraus. Durch das Zusammensein mit anderen in stressvollen Situationen ergibt sich die Möglichkeit des sozialen Vergleichs, d.h. der Einschätzung der Angemessenheit der eigenen Reaktionen im Vergleich mit anderen. Dadurch tritt eine Reduktion

von Angst ein. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Suche nach Gesellschaft in bedrohlichen Situationen ist die Suche nach Beruhigung, Halt, Entlastung. Indem man die Nähe anderer in einer als stressbeladen erlebten Situation sucht, ergibt sich die Möglichkeit, Menschen zu finden, die ruhiger und gelassener sind und so emotionale Unterstützung geben können. Als drittes Motiv für das Phänomen von Affiliation in bedrohlichen Situationen konnte die sozialpsychologische Forschung das Erhalten von Information durch andere finden. Informationen von anderen, welche eine ähnliche Situation schon bewältigt haben, haben in der Regel einen beruhigenden Effekt, weshalb Menschen in stressvollen Situationen die Nähe von anderen suchen (Stroebe et al., 1997, S. 365-368).

Das Phänomen von Affiliation in bedrohlichen Situationen muss insofern differenziert werden, als nur in Situationen von mittlerem Stress die Nähe von anderen gesucht wird. In sehr bedrohlichen, belastenden Situationen (z.B. bei einer schweren Erkrankung, bei einer schwierigen Entscheidung) ziehen Menschen das Alleinsein vor. Ebenso wird in peinlichen Situationen dem Kontakt mit anderen, insbesondere vertrauten Menschen, aus dem Weg gegangen (Stroebe et al., 1997, S. 368).

Zwischen Stressanfälligkeit und sozialer Unterstützung, welche wie erwähnt eine wichtige Funktion vom Phänomen der Affiliation bildet, bestehen folgende, äusserst wichtige Zusammenhänge: Soziale Unterstützung kann Stresserlebnisse in hohem Masse abpuffern („buffering effect“); Menschen die sich in Stresssituationen sozial gut unterstützt fühlen, sind von den belastenden Ereignissen weniger betroffen als Menschen, die sich in der Situation allein und ohne Unterstützung fühlen. Sie zeigen deutlich weniger Symptome psychischer Belastung wie Kopfschmerzen, Gewichtsverlust, Schlaflosigkeit (Stroebe et al., 1997, S. 370). Ebenso hat soziale Unterstützung – unabhängig vom Auftreten belastender Situationen – einen gesundheitsfördernden Effekt, ist also günstig für Genese, Erhaltung und Wiederherstellung von Wohlbefinden (Hass & Petzold, 1999, S. 7).

Ebenso konnte in der sozialpsychologischen Forschung ein wichtiger Zusammenhang zwischen Affiliation und Gesundheit festgestellt werden. Menschen mit fehlender Affiliation haben eine höhere Sterblichkeit als Menschen mit einer höheren Dichte an sozialen Kontakten durch Verheiratetsein, gute und häufige Kontakte mit Freunden und Familie, Mitgliedschaft in einer Kirche oder anderen Organisation. Dabei zeigte sich folgender interessanter Gender-Unterschied: Für Männer ist bezüglich sozialer Kontakte für Gesundheit und Überleben der Umstand, verheiratet zu sein, am wichtigsten; bei Frauen spielen Beziehungen zu Freunden und Familie die ausschlagende Rolle (Stroebe et al. 1997, S. 370-373, Hass & Petzold, 1999, S. 8).

Fehlende Affiliation führt zu Einsamkeit. Einsamkeit wird als komplexe affektive Reaktion definiert, welche auf wahrgenommenen Defiziten in der Anzahl und Beschaffenheit der eigenen sozialen Beziehungen begründet ist. Sie beinhaltet in der Regel Gefühle von Verzweiflung und Verlassenheit, Depressionen, Langeweile sowie Selbstherabsetzung. Es wird zwischen emotionaler Isolation bei fehlenden intimen Kontakten und sozialer Isolation bei Fehlen von Freunden

und fehlender Einbettung in ein soziales Netzwerk unterschieden. Insbesondere soziale Isolation ist mit depressiven Gefühlen verbunden, da der ungezwungene Kontakt mit anderen sowie die Bestätigung des eigenen Selbstwerts durch andere fehlt (Stroebe et al., 1997, S. 372).

### **b) Beziehungsmodalitäten in der Integrativen Therapie:**

Menschen werden in Beziehungen krank, wenn sie destruktiv sind und sie entwickeln sich zu resonanzfähigen Persönlichkeiten in aufbauenden, nährenden Beziehungserfahrungen im primären Sozialisationsfeld (Orth & Petzold, 1996, S. 117).

Der Mensch kommt mit der Fähigkeit, als soziales Wesen in Beziehung zu treten, zur Welt. Entgegen früheren Annahmen der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie, welche von einer symbiotischen, autistischen Phase des Neugeborenen ausging, sind gemäss neuer empirischer Säuglingsforschung schon Säuglinge „Kommunikationsgiganten“ (Petzold, 1993, S. 794). Schon vor der Geburt ist das Ungeborene über die Nabelschnur mit der Mutter aufs Engste und buchstäblich „zwischenleiblich“ verbunden. Diese Fähigkeit, als soziales Wesen mit der Umwelt in Kontakt zu treten, muss allerdings entwickelt und durch eine fördernde Umwelt ausdifferenziert werden (Petzold, 1993, S. 793). In der Relationalitätstheorie der Integrativen Therapie werden folgende fünf Beziehungsmodalitäten unterschieden (Petzold, 1993, S. 793-800):

- **Konfluenz/Verschmelzung**

Vor der Geburt ist der Säugling in einem undifferenzierten Verschmolzensein mit der Mutter verbunden. In dieser Phase sowie auch in der ersten Zeit nach der Geburt ist er sich nicht bewusst, dass er und die Mutter zwei sich unterscheidende Menschen in zwei verschiedenen Körpern sind. Diese Phase der Verschmelzung und Konfluenz wird schon während der Schwangerschaft durch kurze Momente des Kontakts, des Gewahrwerdens von Ich und Du, von Aktion und Reaktion unterbrochen. - Konfluenz ist jedoch nicht auf das Erleben des Ungeborenen und des Säuglings beschränkt. Sie kann auch immer späteren Erwachsenenleben auftreten, z.B. in Momenten von grosser Innigkeit mit einem anderen Menschen, in der Liebe oder aber auch im Kunsterleben, z.B. in ozeanischen Gefühlen, welche einem beim Hören eines Musikstückes erfüllen können (Petzold, 1993, S. 793). Diese positive Konfluenz ist zu unterscheiden von pathologischer Konfluenz, welche sich z.B. in psychotischem Erleben, Überflutetwerden von frühen depressiven Gefühlen oder in ungenügender Abgrenzung und Eigenständigkeit in nahen Beziehungen äussert. Hier kann Konfluenz sich auch in Hörigkeit, d.h. pathologischer emotionaler Abhängigkeit äussern.

- **Kontakt**

Die Beziehungsmodalität des Kontakts ist eine erste Weiterentwicklung aus der konfluenten Verschmelzung des Säuglings mit der Mutter. Kontakt ist in dieser Phase ein Prozess leiblich differenzierterer Wahrnehmung, der das Eigene vom Fremden unterscheidet und mit der Differenzierung von Innen und Aussen eine erste Grundlage für die Entwicklung von Identität schafft. Kontakt ist sozusagen die kleinste Einheit von Relationalität und äus-

sert sich z.B. in Blickkontakt, Körperkontakt. Im Kontaktverhalten des Säuglings ist das Potential für die Fähigkeit zu Begegnungen enthalten (Petzold, 1993, S. 794).

- Begegnung

Begegnung geht über das Erleben von Kontakt hinaus – obwohl in jeder Begegnung Kontakt enthalten ist – indem das Moment des wechselseitigen Erfassens des anderen in seiner Eigenart und mit seiner Geschichte darin enthalten ist. Begegnung ist ein Vorgang von lebendiger und leibhaftiger Realisierung von Intersubjektivität.

- Beziehung

Aus Begegnungen können Beziehungen entstehen, sofern in ihnen Dauer und Zuverlässigkeit erfahren wird. Beziehungen sind sozusagen in die Zeit getragene Begegnungen (Müller & Petzold, 2003, S. 9), welche nicht mehr nur an den Moment gebunden sind, sondern eine auf Freiwilligkeit basierende Entscheidung beinhalten, sich auf den anderen Menschen einzulassen, in Kontakt zu bleiben, auch wenn es Zeiten von Rückzug und Abgrenzung gibt.

- Bindung:

Bindung entsteht, wenn sich Dauer und Qualität einer Beziehung vertiefen, diese an Verbindlichkeit gewinnt. Bindungen sind in der Regel auf Langzeitperspektive angelegt. „Bindung entsteht durch die Entscheidung, seine Freiheit zugunsten einer freigewählten Gebundenheit einzuschränken und eine bestehende Beziehung durch Treue, Hingabe und Leidenschaft mit der Qualität der Unverbrüchlichkeit auszustatten“ (Petzold, 1993, S. 797). Bindung erfordert in hohem Mass Beziehungsarbeit und Beziehungserfahrungen sowie Reife eines Menschen.

Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung und Bindung können als Entfaltung im entwicklungspsychologischen Prozess gesehen werden. Dabei geht jedoch nicht die eine Beziehungsmodalität in die nächstfolgende über und verschwindet, sondern die vorgängige Modalität ist weiterhin Bestandteil der nächstfolgenden. Auch in einer Beziehung ist Kontakt, sind Begegnungen möglich, ja notwendig. Und: nicht jede Begegnung oder jeder kurze Kontakt entwickelt sich zu einer Beziehung oder gar Bindung.

### **2.3 Der 4. Weg der Heilung und Förderung und das Konzept der Konvivialität**

Setzt man die Erkenntnisse der Sozialpsychologie zum Thema Affiliation mit der Tatsache in Beziehung, dass viele psychisch kranke Menschen in ihrem Alltag unter einem Mangel an sozialen Kontakten leiden, für sie Affiliation und positive Beziehungserfahrungen aus innerpsychischen oder realen äusseren Gründen erschwert ist, wird klar, welchem Mangel an existentiellen Erfahrungen sie damit ausgesetzt sind. Psychisch kranke Menschen mit einem nur ungenügenden sozialen Netz erhalten deutlich weniger emotionale Unterstützung sowie Lob und Anerkennung als andere, es fehlt ihnen an Stimulation, Anregungen und Impulsen von aussen und sie haben weniger Gelegenheit, sich mit anderen Menschen im Sinne einer Orientierung

zu vergleichen. Immer wieder in der Rolle des Schwächeren, Benachteiligten, der auf Hilfe von aussen angewiesen ist, fehlt es ausserdem auch an Möglichkeiten, sich in Bezug zu anderen Menschen als kompetent und stark und als Person, die nicht nur braucht, sondern auch gibt, zu erleben. Umso wichtiger scheint die Aufgabe, das soziale Netzwerk von Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu stärken, neu aufzubauen und Räume und Möglichkeiten von Kontakt, Begegnung und Beziehung zu schaffen, in denen Austausch, Zugehörigkeit, Solidarität und Selbstwirksamkeit erfahren werden kann.

Die Bedeutung der Förderung des sozialen Netzwerks und damit auch von Solidaritäts- und Selbstwirksamkeitserleben für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, aber auch für Menschen, die aus anderen Gründen, z.B. zunehmendem Alter mit einer Abnahme von sozialen Kontakten konfrontiert sind, hat die Integrative Therapie früh erkannt und in ihre Kernkonzepte aufgenommen. So initiierte Hilarion Petzold als Gründer der Integrativen Therapie schon Ende der 60-er Jahre erste therapeutische Wohngemeinschaften für Menschen mit einer Suchtmittelabhängigkeit (Petzold, 2005, S. 2). Ebenso inaugurierte er Wohnkollektive für alte Menschen wie intergenerationale Hausgemeinschaften und sozialtherapeutische Wohn- und Lebensgemeinschaften und supervidierte diese (Petzold, 2005, S. 13-23.). Ebenso werden in der Internetzeitschrift Polyloge immer wieder interessante Artikel zum Thema des sozialen Netzwerk publiziert (Brühlmann-Jecklin & Petzold, 2005; Waibel, 2004).

Im 4. Weg der Heilung und Förderung wird die Förderung des sozialen Netzwerks, von Selbstwirksamkeit und Solidaritätserfahrungen in die Kernkonzepte der Integrativen Therapie aufgenommen und ausformuliert. Der 4. Weg der Heilung und Förderung wird definiert als Förderung von exzentrischer Überschau und von Solidaritätserfahrungen u.a. durch alltagspraktische Hilfen und Empowerment. Ziel ist die Förderung von Selbstbestimmtheit und die Entwicklung von persönlicher Souveränität des Patienten. Ebenso wird eine Kultivierung altruistischen Engagements angestrebt, da ein „konkret praktizierter und gleichzeitig kritisch reflektierter Altruismus ein heilendes, gesundheitsförderndes, persönlichkeitsentwickelndes Potential in sich birgt“ (Petzold, 1993, S. 78), in dem Sinne, dass Patienten, die oft Opfer von gesellschaftlichen Benachteiligungen geworden sind, aus dieser Rolle herauskommen und sich wieder als wirksam und „potent“ erleben. Die therapeutische Aufgabe im 4. Weg der Heilung und Förderung ist einerseits, eine Haltung von Solidarität zu leben und zu praktizieren, was durchaus auch ganz konkret in Form von soziotherapeutischen Interventionen gemeint ist. Andererseits besteht die Aufgabe des Therapeuten in der Aktivierung von sozialen Netzwerken und Supportsystemen (Petzold, 1993, S. 78). In einer neueren Definition des 4. Wegs der Heilung und Förderung wird der Aspekt der Förderung von Empowerment durch Solidaritätserleben noch deutlicher betont. „Nicht alleine gehen, füreinander eintreten, die Ohnmacht verabschieden, gemeinsam Zukunft gewinnen“ wird in der Definition formuliert und „der Aufbau von neuen funktionalen Mustern der Problemlösung und der persönlichen und gemeinsamen Lebensbewältigung durch gemeinschaftliche kognitive, emotionale und volitive Erfahrungen angestrebt“ (Petzold, Orth & Sieper, 2005, S. 64).

Diese beiden Aspekte des 4. Wegs der Heilung und Förderung, nämlich die Förderung von sozialen Netzwerken und von Selbstwirksamkeit und Empowerment werden denn auch bei den 14 Heilfaktoren, welche gewissermassen eine Konkretisierung der vier Wege der Heilung und Förderung darstellen, in den Faktoren 13 und 14 aufgegriffen und differenzierter ausformuliert. Dabei bezieht sich der 13. Heilfaktor mehr auf den Aspekt der sozialen Netzwerke, indem er die Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke (TN) anstrebt. Der 14. Heilfaktor steht mit dem Aspekt der Solidaritätserfahrungen in Verbindung, in dem er sich auf das Ermöglichen von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen (SE) konzentriert (Petzold, 1993, S. 1044-1045; Petzold et al, 2005, S. 50-51).

Aus den Definitionen des 4. Wegs der Heilung und Förderung und der beiden Heilfaktoren TN und SE wird klar, dass die Integrative Therapie mit diesen therapeutischen Zielen weit über die Ziele von klassischer Psychotherapie hinaustritt und die Behandlung von psychisch erkrankten Menschen in einer viel umfassenderen Weise sieht. Mit dem 4. Weg der Heilung und Förderung tritt sie sozusagen aus dem innerpsychischen Bereich des Patienten hinaus und betritt, wie mit dem 3. Weg der Heilung und Förderung auch, die reale, äussere Welt des Patienten, verlangt dort nach Veränderung, Umsetzung von Erfahrungen und einer aktiven Rolle des Patienten. Wie Forschungsarbeiten gezeigt haben, verändern und verbessern sich soziale Netzwerke von PatientInnen durch einzeltherapeutische Behandlung nur geringfügig. Für eine quantitative Zunahme des Netzwerke und eine Verbesserung der Qualität der Beziehungen müssten Interventionen offenbar gezielt netzwerkgerichtet sein und mit spezifischen netzwerktherapeutischen Methoden ausgeführt werden (Hass & Petzold, 1999, S. 16). Aus den erwähnten Definitionen spricht das Engagement der Haltung der Integrativen Therapie für ihre Patienten, welches sich auch in einer engagierten und durchaus alltagspraktischen Haltung von Integrativen TherapeutInnen widerspiegeln sollte.

Ein weiteres wichtiges in einem engen Zusammenhang mit dem 4. Weg der Heilung und Förderung stehendes Konzept der Integrativen Therapie ist das Prinzip Konvivialität, in welchem sich die äusserst wichtige anthropologische Grundhaltung der Integrativen Therapie widerspiegelt. Konvivialität leitet sich ab aus dem Lateinischen - convivus, der Gast - und steht im Verbindung mit der Tradition der Philoxenie, der Gastfreundschaft (Petzold, 2009, S. 19). Konvivialität wird dabei wie folgt beschrieben und definiert (Petzold, 2009, S. 24 und 25):

„Konvivialität ist die Qualität eines freundlichen, ja heiteren Miteinanders, Gemeinschaftlichkeit, die aufkommt, wenn Menschen bei einem Gastmahl oder in einem Gespräch oder in einer Erzählrunde zusammensitzen, wenn sie miteinander spielen, singen, wenn Lachen und Scherzen den Raum erfüllt, oder die gemeinsam Musik hören, oder einer Erzählung lauschen. Wenn sie kokreativ den „Raum der Gemeinschaft“ gestalten, emergiert er aus einem konvivialen Boden, der dabei zugleich auch – wieder und wieder – geschaffen wird, sich erneuert, wächst“.

„Die Qualitäten der Konvivialität umfasst Verbundenheit in einer Leichtigkeit des Miteinanderseins, wo jeder so sein kann und akzeptiert wird, wie er ist, und so eine Konvivialität der Ver-

schiedenheit möglich wird, wo ein Raum der Sicherheit und Vertrautheit gegeben ist, einer gewisse Intimität integrierter Zwischenleiblichkeit, in der man ohne Furcht vor Bedrohung, Beschämung, Beschädigung, ohne Intimidierung zusammensitzen, beieinander sein kann, weil die Andersheit unter dem Schutz der von allen gewünschten, gewollten und gewährten Gerechtigkeit steht, und jeder in Freiheit sagen kann, was er für wahr und richtig hält. – Konvivialität als kordiales Miteinander macht „gutes Leben“ möglich“.

Lässt man diese Zeilen auf sich wirken und führt man sich das Leben vieler psychisch kranker Menschen mit oft defizitären Netzwerken vor Augen, wird spürbar, dass es eben genau dieses Element der Konvivialität ist, welches oft fehlt, dass eigener Rückzug, pathogene Beziehungen, Ausgrenzung und Einsamkeit dazu führen, dass diese Momente von Gemeinschaftlichkeit und heiterem Beisammensein, das Akzeptiertwerden in einer Gruppe, so wie man ist, über weite Strecken fehlen. Das Leben allein zu bewältigen, ist anstrengend und erschöpft.

Oft ist die Klinik für Menschen in einer psychischen Krise ein Ort, an dem sie erstmals nach langer Einsamkeit wieder Aufgehobensein und Konvivialität erleben. Gemeinsame Mahlzeiten, die Morgenrunde am Anfang des Tages, mit anderen in der Aktivierungs- und Ergotherapie tätig sein, der Austausch in der Gruppentherapie und andere Elemente der stationären Behandlung bieten Möglichkeiten von Gemeinschaftserlebnissen, Zugehörigkeit und Konvivialität. Immer wieder haben mir PatientInnen in meiner Arbeit berichtet, wie heilsam und entlastend die konviviale Atmosphäre der Gruppensituation auf der Abteilung für sie nach einer langen Phase von Einsamkeit sei und wie sehr sie davor die Zugehörigkeit zu einer Gruppe vermisst hätten.

Was aber, wenn der stationäre Aufenthalt vorbei ist und die Rückkehr nach Hause, in den Alltag mit seinem vielleicht fehlenden oder ausgedünnten sozialen Netzwerk ansteht? Hier haben ambulant arbeitende Therapeuten eine wichtige Aufgabe, ebenso müssen diese Aspekte auch vom stationären Behandlungsteam schon vor dem Austritt des Patienten in den Fokus genommen werden. Eine Rückkehr nach Hause in eine vielleicht einsame Umgebung kann nicht gelingen, bzw. die innerpsychische Situation des Patienten nicht lange stabil bleiben, wenn nicht Qualitäten von in der Klinik erlebter Konvivialität in den Alltag des Patienten einfließen und umgesetzt werden können. Dies im Sinne des 4. Wegs der Heilung und Förderung zu fördern und zu unterstützen, ist deshalb Aufgabe von ambulant tätigen TherapeutInnen, welche dafür jedoch auf entsprechende Angebote und Möglichkeiten ausserhalb der Klinik angewiesen sind.

### 3. Das Psychiatriezentrum Breitenau in Schaffhausen (CH)

#### 3.1 Das Psychiatriezentrum Breitenau im Überblick

##### a) Von der Irrenanstalt zum Psychiatriezentrum - Entstehungsgeschichte

Das Psychiatriezentrum Breitenau, wurde vor bald 120 Jahren als „Kantonale Irrenanstalt Schaffhausen“ Anfang 1891 eröffnet. Die Klinik konnte nach einer Planungsperiode von 25 Jahren die stattliche Anzahl von 120 PatientInnen aufnehmen. Das Personal bestand aus einem Arzt, einem Verwalter, sowie aus sechs „Wärterinnen“ und sechs „Wärtern“. Der Bau der Klinik schloss eine wichtige Lücke in der Versorgung von psychisch Kranken des Kantons Schaffhausens in der damaligen Zeit. Chronisch Schizophrene, aber auch geistig und körperlich Behinderte sowie Epilepsiekranken wurden ab dem 17. Jahrhundert in einem „Sondersiechenhaus“, später „Armenhaus auf der Steig“ in der Nähe der heutigen Klinik untergebracht. Für akut psychisch Leidende gab es kaum Betreuungsmöglichkeiten: das „Absonderungs- haus“ des Spitals war zu klein, und so mussten psychisch Kranke aus dem Kanton Schaffhausen in anderen Kliniken wie Münsterlingen (Kanton Thurgau) oder gar in Göppingen in der Nähe von Stuttgart untergebracht werden. Alle Anfang bis Mitte des 19. Jahrhunderts vorgelegten Projekte für eine kantonale Psychiatrische Klinik waren aus politischen oder finanziellen Gründen nicht verwirklicht worden, die Planung und der Bau der damaligen Irrenanstalt stellte also für den kleinen Kanton Schaffhausen eine wichtige Errungenschaft dar (Psychiatrische Dienste Schaffhausen, 2005, S. 12-13).

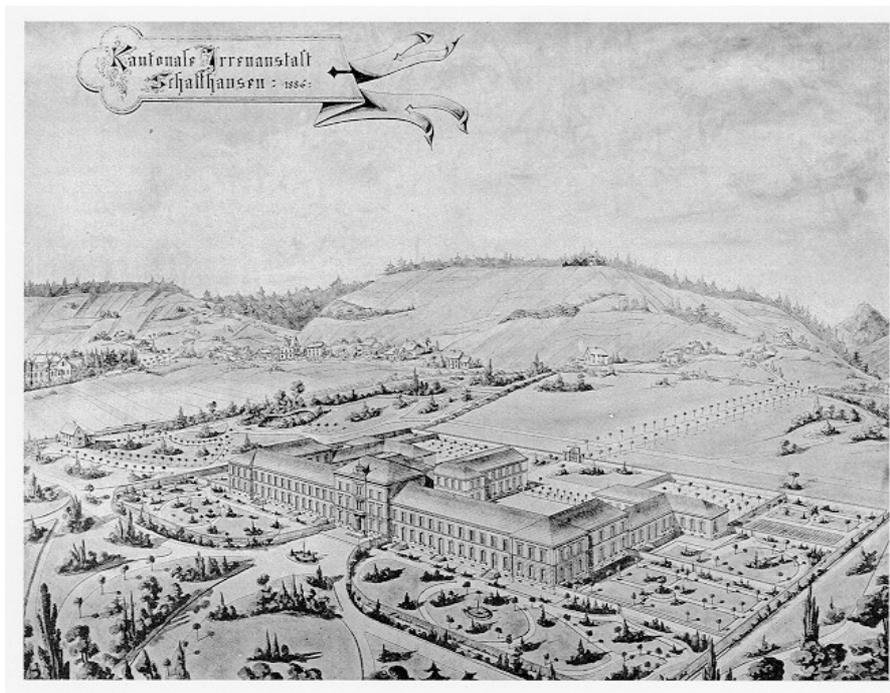


Abbildung der „Kantonalen Irrenanstalt“ Ende 19. Jahrhundert

Die Klinik war in den folgenden 120 Jahren verschiedenen konzeptuellen und baulichen Veränderungen unterworfen. So wurde aus der „Kantonalen Irrenanstalt“ 1935 die „Heil- und Pflegeanstalt Breitenau“ und 1965 die „Kantonale Psychiatrische Klinik Breitenau“. 1962 wurde der Arbeitstherapiepavillon in Betrieb genommen, 1984 erfolgte die Einrichtung eines ambulanten Dienstes und 1987 die Eröffnung des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes. 1991 wurde in Klinik anlässlich des 100-jährigen Jubiläums zum „Psychiatriezentrum Schaffhausen“. 2003 wurde die bauliche Erweiterung des Psychiatriezentrums eingeweiht und mit der Zusammenführung mit dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst wurde das Psychiatriezentrum zu den „Psychiatrischen Diensten Schaffhausen“ (Psychiatrische Dienste Schaffhausen, 2005, S. 14).

Zum heutigen Zeitpunkt präsentiert sich das Psychiatriezentrum als moderne psychiatrische Klinik, welche gemäss den aktuellen Erkenntnissen der Psychiatrie die psychiatrische Versorgung von psychisch kranken Menschen des Kantons Schaffhausen sowie der angrenzenden Gemeinden des Kantons Zürich übernimmt.

#### **b) Das Psychiatriezentrum Breitenau heute – Organisationsstruktur und Behandlungsangebot**

Das Angebot des Psychiatriezentrums Breitenau umfasst zum heutigen Zeitpunkt stationäre, teilstationäre sowie ambulante Einrichtungen und Behandlung für PatientInnen mit psychischen Störungen und Erkrankungen. Mit 130 Betten und 12 Behandlungsplätzen in der psychiatrischen Tagesklinik hat das Psychiatriezentrum eine überschaubare Grösse. Organisatorisch gliedert sich das Psychiatriezentrum in die Fachbereich Akutpsychiatrie mit drei Abteilungen, den Bereich Rehabilitation mit der Abteilung für Psychotherapie und Rehabilitation sowie der Tagesklinik, der Geronto- und Langzeitpsychiatrie mit vier Abteilungen sowie den ambulanten sozialpsychiatrischen Dienst. Die Akutpsychiatrie sowie der Sozialpsychiatrische Dienst werden ärztlich geleitet, der Bereich Rehabilitation steht unter der Leitung des Psychologischen Dienstes, die Führung des Bereichs Geronto- und Langzeitpsychiatrie obliegt dem Fachbereich Pflege. Das gesamte Psychiatriezentrum ist dem Chefarzt unterstellt. Der kinder- und jugendpsychiatrische Bereich steht unter der Leitung eines eigenen Chefarztes; gemeinsam mit dem Psychiatriezentrum Breitenau bildet der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst die Psychiatrischen Dienste Schaffhausen. Das Psychiatriezentrum beschäftigt für die Versorgung seiner PatientInnen rund 200 Mitarbeitende.

Anfang 2006 erfolgte die Umsetzung des in einer kantonale Volksabstimmung verabschiedeten neuen Spitalgesetzes: das Kantonsspital, das Geriatriezentrum, das Psychiatriezentrum sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst wurden trotz verschiedener geographischer Standorte zu den „Spitälern Schaffhausen“ zusammengeführt. Damit verlor das Psychiatriezentrum seine Autonomie als eigenständige Institution. Es ist nunmehr eines von acht Departementen der Spitäler Schaffhausen und der neu konstituierten Spitalleitung unter der Führung des Spitaldirektors unterstellt.



Das Psychiatricentrum zum heutigen Zeitpunkt

**c) Wichtige Kernkonzepte der Klinik: Betreuungskonstanz, Empowerment, offene Abteilungstüren, Interdisziplinäre Behandlungsplanung**

***Betreuungskonstanz***

Mit dem Modell der Betreuungskonstanz, das die stationäre mit der ambulanten Behandlung verknüpft, sollen Beziehungsabbrüche in der Behandlung nach Möglichkeit vermieden und Konstanz gewährleistet werden. Wo sinnvoll und nötig, werden PatientInnen während der Hospitalisation und wenn möglich auch darüber hinaus, von denselben ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Bezugspersonen behandelt. Dieses Konzept dient dem Aufbau von langfristigen, tragfähigen therapeutischen Beziehungen und bildet ein wichtiger Grundstein für eine erfolgreiche psychiatrische Behandlung (Psychiatrische Dienste Schaffhausen, 2005, S. 8).

***Empowerment – Selbstbefähigung/Selbstbemächtigung der PatientInnen***

Die verschiedenen therapeutischen Bemühungen sind darauf ausgerichtet, dass PatientInnen, aufbauend auf ihren individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen, auf den Verlauf der Behandlung Einfluss nehmen können und befähigt werden, ihr weiteres Leben selbstbestimmt zu gestalten (Psychiatrische Dienste Schaffhausen, 2005, S. 8). Ein wichtiges Element zur nachhaltigen Institutionalisierung von Empowerment ist gemäss Leitbild des Psychiatricentrum der Patientenrat (s. Kap. 3.2.)

### **Offene Abteilungstüren und Vermeidung von Gewalt**

Die institutionelle Macht und Gewalt der Klinik soll durch die Konzentration auf die gesunden und mündigen Anteile der PatientInnen reduziert werden. Die Klinik hat die Haltung, dass Menschen mit psychischen Problemen in den allermeisten Fällen absprachefähig sind und nicht hinter verschlossenen Türen behandelt werden müssen. Die Abteilungstüren werden deshalb die meiste Zeit geöffnet gehalten, womit der Angst vieler PatientInnen vor Ausgeliefertsein und Einschränkungen und damit auch möglichen Ausbrüchen von Gewalt aufgrund von Verunsicherung von PatientInnen entgegengewirkt werden soll (Psychiatrische Dienste Schaffhausen, 2005, S. 9).

### **Interdisziplinäre Behandlungsplanung IBP**

Die Planung der Behandlung von PatientInnen erfolgt interdisziplinär durch das sogenannte Kernteam, welches durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin und die pflegerischen Bezugsperson gebildet wird. Alle weiteren auf der Abteilung tätigen MitarbeiterInnen wie Pflegeteam, ÄrztInnen und PsychologInnen bilden das Behandlungsteam (Psychiatrische Dienste Schaffhausen, 2005, S. 10). Weitere Berufsgruppen (Sozialdienst, Ergotherapie) können nach Bedarf für die Behandlungsplanung beigezogen werden. Der zuständige Oberarzt/die zuständige Oberärztin trägt die Endverantwortung für die Behandlung. Die Interdisziplinäre Behandlungsplanung IBP sowie die interdisziplinäre Patientendokumentation sind in einem detaillierten Konzept genau festgelegt (Organisationshandbuch Psychiatrische Dienste Schaffhausen, 2008).

## **3.2 Der Patientenrat**

### **a) Hintergrund, Entstehung**

Die Gründung des Patientenrats im Psychiatriezentrum Breitenau erfolgte in der Phase einer Neuorientierung der Psychiatriepolitik der Klinik unter dem damaligen Chefarzt, Dr. med. Gerhard Ebner. Inspiriert durch Konzepte des Marienhospitals in Herne im deutschen Ruhrgebiet unter der Leitung von Dr. med. dipl. Psych. Matthias Krisor (Krisor, 2005), fand im Psychiatriezentrum eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Themen Interdisziplinarität, Empowerment und gewaltarme Psychiatriepolitik statt (Frauenfelder, Rauber & Schweizer, 2009, S. 145). So wurde anlässlich einer erweiterten Kadertagung im Juni 2001 der Startschuss für die Erarbeitung eines differenzierten Konzepts zur Interdisziplinären Behandlungsplanung gelegt. Ebenso erfolgte die Einführung der Psychiatrie der offenen Türen, welche bedeutet, dass die Abteilungen offen geführt und nur in schwerwiegenden Fällen geschlossen werden. Ebenso wurde vermehrt Gewicht auf das Empowerment der Patienten gelegt auf, u.a. indem die Austrittsberichte nicht nur an den überweisenden Arzt, sondern auch an den Patienten verschickt wurden. Diese Konzepte bilden auch heute noch die in Kap. 3.1.c) beschriebenen die zentralen Bestandteile einer übergeordneten Haltung der Klinik. In diese Aera fiel auch die Gründung des Patientenrats. Im Oktober 2003 erhielt der damalige Leitende Psychologe, Herr A.

Frauenfelder von seinem Vorgesetzten, Dr. Gerhard Ebner den Auftrag für die Gründung eines Patientenrates. Wie dieser Patientenrat organisiert sein würde, und welche Aufgaben er genau übernehmen sollte, war zu diesem Zeitpunkt noch nicht klar. Sowohl A. Frauenfelder als auch Gerhard Ebner hatten sich jedoch im Vorfeld der Gründung anlässlich eines Besuchs des Marienhospitals ein Bild der dortigen Bemühungen um Einbezug von Patienten in die Behandlung in Form von „Delegierten“ machen können (Krisor, 2005, S. 195-205). Als erstes wurde eine Informationsveranstaltung organisiert, zu welcher 20 PatientInnen, vier Angehörige sowie acht MitarbeiterInnen erschienen, welche Interesse an der Gründung eines Patientenrates zeigten. Als mögliche Aufgaben für einen Patientenrat wurden an dieser ersten Veranstaltung die Mitsprache in der Geschäftsleitung, die Durchführung von Freizeitaktivitäten, Mitarbeit in der Öffentlichkeitsarbeit sowie Vertretung von MitpatientInnen in Konfliktfällen diskutiert. 10 interessierte PatientInnen nahmen an einer ersten Sitzung teil und erklärten den Patientenrat nun als gegründet. Es wurde beschlossen, alle zwei Wochen unter der beratenden Mitarbeit von zwei MitarbeiterInnen des Psychiazentrums für eine Sitzung zusammenzukommen. Als BeraterInnen wurden A. Frauenfelder und Frau G. Rauber, welche seit vielen Jahren als Musiktherapeutin im Psychiazentrum tätig war, gewählt. Neben den oben erwähnten Aktivitäten des Patientenrats wurde auch die Durchführung von trialogischen Veranstaltungen, der sogenannten Vollversammlungen beschlossen, in welcher sich PatientInnen, Angehörige und MitarbeiterInnen mehrmals pro Jahr für den Austausch über psychiatriereelevante Themen treffen sollten (Frauenfelder & Schweizer, 2004, S. 30). Im Mai 2004 wurde im Psychiazentrum ein durch den Patientenrat organisiertes Gründungsfestes gefeiert. Kurze Zeit später befasste er sich schon mit ersten Beschwerden von PatientInnen und Angehörigen. Diese konnten glücklicherweise gleich mit den Betroffenen direkt, d.h. ohne Bezug der Geschäftsleitung der Klinik, geklärt werden. In dieser ersten Zeit wurde auch die Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung der Klinik geregelt: es wurde ein schriftlicher Kooperationsvertrag zwischen dem Patientenrat und dem Psychiazentrum als gleichberechtigte Partner ausgearbeitet. Die Geschäftsleitung räumte dem Patientenrat ansonsten dieselben Rechte und Pflichten wie der Betriebskommission BK der MitarbeiterInnen der Klinik ein.

Es folgte eine äusserst aktive und engagierte Zeit des Patientenrats, welcher in der Klinik regelmässige wöchentliche Veranstaltungen für PatientInnen organisierte, die erwähnten Vollversammlungen ins Leben rief und mit Erfolg durchführte, sich am Sommerfest beteiligte und an verschiedenen Stellen aktive Öffentlichkeitsarbeit betrieb. Immer wieder wurde der Patientenrat auch in andere Kliniken eingeladen, um von seinen Aktivitäten zu berichten. Ein Höhepunkt bildete 2007 ausserdem eine Reise ins Marienhospital in Herne, an der ca. 10 aktive PatientenrätlerInnen teilnahmen. Mittels eines Flyers begann der Patientenrat seine Anliegen und Aktivitäten genauer zu definieren und sich ein klareres Profil zu geben (Patientenrat, 2009). - Im Laufe der Zeit zeigte sich, dass das Anliegen des Patientenrats, sich bei Beschwerden für die betroffenen PatientInnen und Angehörige einzusetzen, in der Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung nicht einfach umzusetzen war. Da der Patientenrat in der direkten Ein-

flussnahme auf die Geschäftsleitung immer wieder enttäuscht wurde, wurde die Entwicklung einer eigenen Kultur in Form der oben erwähnten Aktivitäten zunehmend zentraler.

In der Zwischenzeit ist A. Frauenfelder, welcher den Patientenrat ins Leben rief und sich mit ausserordentlichem Engagement für dessen Anliegen einsetzte, in Pension gegangen. Seine Funktion des Beraters des Patientenrates wurde neben Frau Rauber von einem langjährigen, erfahrenen Mitarbeiter des Psychologischen Dienstes, Herrn M. Sauter übernommen. Die Aktivitäten und die Arbeit des Patientenrats gehen also auch nach der Pensionierung von A. Frauenfelder weiter. Obwohl die Bedeutung von Empowerment in der Psychiatrie immer wieder thematisiert wird (Synapse, 2007), werden die Chancen und Möglichkeiten eines Patientenrats in der Literatur nur selten erwähnt (Becker, 1996, S. 25) und der Patientenrat im Psychiatriezentrum Breitenau scheint noch immer ein Einzelfall in der deutschen Psychiatrielandschaft zu sein.

### **b) Übergeordnete Anliegen – was will der Patientenrat?**

In seinem neusten Flyer definiert der Patientenrat seine übergeordneten Anliegen wie folgt (Patientenrat, 2009):

Der Patientenrat setzt sich für eine Psychiatrie der Offenheit und Zusammenarbeit ein.

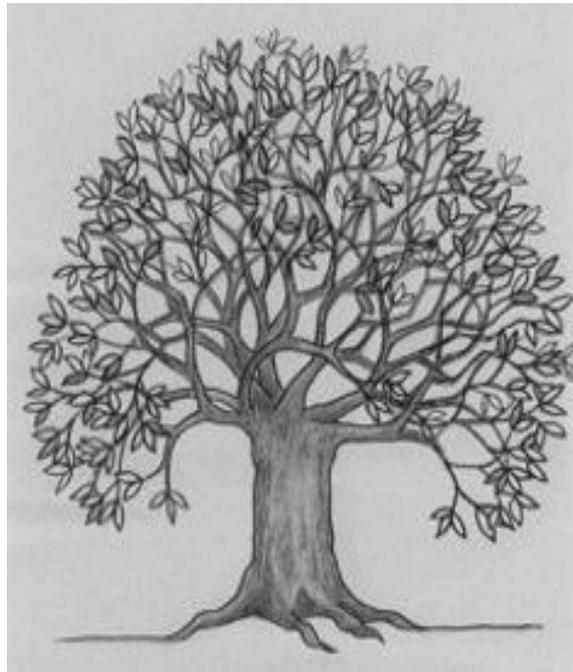
- Er vertritt die Interessen von PatientInnen sowohl gegenüber dem Psychiatriezentrum als auch gegenüber der Öffentlichkeit der Region.
- Er hat eine Brückenfunktion im Austausch zwischen Patientenschaft und Psychiatriezentrum durch regelmässige Sitzungen mit der Klinikleitung und durch Vermittlung von klärenden Gesprächen und Verständigungshilfen zwischen PatientInnen und Mitarbeitenden der Psychiatrie
- Der Patientenrat organisiert und fördert Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung von PatientInnen
- Der Patientenrat ist aktiv in der Öffentlichkeit im Sinne von Entstigmatisierung von Psychiatriebetroffenen
- Der Patientenrat fördert den Dialog, d.h. den direkten Erfahrungsaustausch zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Mitarbeitenden in der Psychiatrie

### **c) Aktivitäten – was tut der Patientenrat?**

Im Flyer werden ausserdem folgende Aktivitäten des Patientenrats formuliert (Patientenrat, 2009):

- Der Patientenrat organisiert Veranstaltungen im und ausserhalb des Psychiatriezentrums wie Filmvorführungen, Lesungen, Schreibwerkstatt, Discos, etc.
- Der Patientenrat ist für die Durchführung von fünf Vollversammlungen pro Jahr zu aktuellen Themen verantwortlich. Die Vollversammlungen dienen dem Dialog zwischen Betroffenen, Angehörigen und Mitarbeitenden

- Es finden regelmässige Sitzungen alle zwei Wochen statt, in denen die Aktivitäten des Patientenrats koordiniert und organisiert werden
- Der Patientenrat trifft sich dreimal pro Jahr mit der Klinikleitung zum Austausch
- Der Patientenrat beteiligt sich am Sommerfest des Psychiatricentrums in Form von Mitarbeit im Organisationskomitee sowie mit einem Flohmarkt
- Der Patientenrat gestaltet die Aktivitäten rund um den jährlichen World Mental Health Day mit
- Ebenso arbeitet er an Tagungen der Pro Mente Sana Schweiz und anderer Institutionen mit



Logo Patientenrat

Im konkreten Alltag der Klinik tritt der Patientenrat wie folgt in Erscheinung:

Einmal wöchentlich findet jeweils an einem Abend in den Räumen des Psychiatricentrums eine vom Patientenrat organisierte Veranstaltung statt. Dazu sind PatientInnen des Psychiatricentrums, ehemalige PatientInnen, Mitarbeitende sowie weitere Interessierte eingeladen. In regelmässigen Abständen wird an diesen Veranstaltungen eine Schreibwerkstatt und Abende von „Spiel und Bewegung“ angeboten. Vor den eidgenössischen und kantonalen Abstimmungen referiert ein interessierter Mitarbeiter der Klinik gemeinsam mit einem Mitglied des Patientenrats über die zur Abstimmung kommenden Vorlagen; ebenso finden regelmässig kulturelle Abende mit Filmvorführungen, Vorträgen, Lesungen und Musikdarbietungen statt. In ca. halbjährlichen Abständen kann der Patientenrat ausserdem von einem Gönner aus dem Kulturkreis der Stadt im Stadttheater stark vergünstigte Tickets für Konzerte oder Ballettvorführungen zur Verfügung stellen. - Die Ankündigung für die Abendveranstaltungen wer-

den von den beiden BeraterInnen jeweils einige Tage vor der Veranstaltung per Email an alle Mitarbeitenden zur Weitergabe an interessierte PatientInnen versandt. Meist nehmen zwischen 8 und 20 Personen an den Veranstaltungen teil, welche am frühen Abend mit einem Apéro beginnen und abwechslungsweise von PatientInnen, MitarbeiterInnen der Klinik und externen Personen, wie einer Bewegungstherapeutin geleitet werden.

Die Vollversammlungen, welche gemeinsam vom Patientenrat, dem Psychiatriezentrum sowie die Vereinigung für Angehörige Psychisch Kranker VASK organisiert werden, finden ebenfalls in den Räumen der Klinik statt. Die meist aus ca. 40 Personen bestehenden Diskussionsrunden von PatientInnen, Angehörigen und Mitarbeitern werden von den beiden BeraterInnen moderiert. Bis im Frühling 2010 konnten 33 Vollversammlungen durchgeführt werden. In den meist sehr lebendigen und anregenden Diskussionen, welche wiederum eine gute Stunde dauern, werden Themen wie „der mündige Patient“, „das Dilemma der Offenheit in der Psychiatrie“ oder „Angehörige im Spannungsfeld zwischen Patient und Klinik“ besprochen und der Dialog zwischen PatientInnen, Angehörige und Mitarbeitende gesucht und gefördert. Von den Vollversammlungen wird jeweils ein Protokoll verfasst und an die Mitarbeitenden der Klinik sowie die Mitglieder des Patientenrates verschickt. Immer wieder sind auch VertreterInnen der Presse an den Vollversammlungen anwesend und geben ihre Impressionen in der Lokalzeitung einer breiten Leserschaft weiter.

Der Patientenrat tritt auch am Sommerfest der Klinik in Erscheinung, indem er einen meist rege besuchten Flohmarkt betreibt und sich bei der Organisation des Festes beteiligt. Ebenso vertritt der Patientenrat seine Anliegen an öffentlichen Anlässen zum World Mental Health Day, in dem er am Stand in der Stadt seine Flyer auflegt und mit interessierten Personen in Kontakt tritt.

Mehr im Hintergrund finden 14-täglichen Sitzungen des Patientenrates sowie die Sitzungen mit der Klinikleitung statt. Die Patientenratssitzungen finden jeweils abends in den Räumen der Klinik statt und werden von einem Mitglied des Patientenrates mit Unterstützung eines Beraters geleitet. Es wird Organisatorisches wie z.B. der Veranstaltungskalender, Aufgaben wie das Verfassen des Protokolls, Finanzielles, der Versand von Weihnachtskarten, u.a. besprochen. Ebenso werden die Vollversammlungen vorbereitet und demokratisch über Beschlüsse abgestimmt. Das Protokoll der Sitzungen wird ebenfalls an die Mitarbeitenden der Klinik versandt, so dass diese einen Einblick in die Aktivitäten des Patientenrates gewinnen können.

Während mehrerer Jahre war auch die von einer Ergotherapeutin mit Schauspielausbildung geleitete Theatergruppe „Psychopower“ Bestandteil des Patientenrates und trat an den Vollversammlungen zur Einstimmung ins Thema des Abends oder am Sommerfest mit einer Aufführung in Erscheinung.

Finanziell trägt sich der Patientenrat aus dem Einnahmen des Flohmarktstandes, aus privaten Spenden sowie Spenden des Rotary Club und des Lions Club (Frauenfelder et al, 2009, S. 149). Zusätzlich wird der Patientenrat noch durch einen Fonds der Klinik finanziell unterstützt.

d) **Einbettung in die Klinik**

Aus den bisherigen Ausführungen wird klar, dass der Patientenrat – obwohl eine eigenständige Vereinigung – aufs engste mit der Klinik verwoben und verbunden ist. Die Aktivitäten des Patientenrates finden fast ausschliesslich in den Räumlichkeiten der Klinik statt, die Gegenstände des Flohmarktes werden in einem Kellerraum der Klinik gelagert. Das Sekretariat der Klinik übernimmt einen Teil der administrativen Arbeiten. Ebenso unterstützt die Klinik den Patientenrat, indem sie zwei MitarbeiterInnen als BeraterInnen zur Verfügung stellt. Die Aufgabe der Beratung des Patientenrates umfasst ca. 10 Arbeitsstunden pro Woche der jeweiligen MitarbeiterInnen, welche jedoch darüber hinaus jedoch noch ein beträchtliches Mass an Freizeit und privatem Engagement zur Verfügung stellen. Die Teilnahme an den Vollversammlungen kann von teilnehmenden Mitarbeitenden als Arbeitszeit angerechnet werden. Im Gegenzug leistet der Patientenrat für die Klinik äusserst wertvolle Netzwerk und Integrationsarbeit, indem er sowohl stationären als auch ambulanten Patienten Räume für Begegnung und sinnvolle Freizeitaktivitäten zur Verfügung stellt und für die Klinik wichtige Öffentlichkeitsarbeit macht. Ebenso bietet er interessierten PatientInnen durch aktive Mitarbeit im Patientenrat die Möglichkeit, Empowerment, Selbstwirksamkeit und Solidarität zu erfahren. Damit unterstützt der Patientenrat den Auftrag der Klinik für eine gute psychiatrische Versorgung wesentlich und nachhaltig.

e) **Konfliktfelder**

Es ist unumgänglich, dass in einer so engen Vernetzung zwischen Patientenrat und Klinik und bei der in manchen Punkten sehr unterschiedlichen Interessenslage der beiden Seiten auch Konfliktfelder entstehen – entstehen müssen. Die Klinik ist – wie jede Klinik auch – hierarchisch strukturiert und organisiert und basiert – anders als der Patientenrat - nicht auf basisdemokratischen Entscheidungen. Verschiedene Anliegen des Patientenrates, wie z.B. die Mitarbeit in einer Arbeitsgruppe zur Verbesserung des Aufnahmeprozederes bei stationärem Eintritt oder die Mitarbeit in der Redaktion der damaligen Hauszeitschrift Informa wurden von der Klinikleitung nicht berücksichtigt und abgelehnt. In den Anfangszeiten des Patientenrates sahen sich insbesondere die beiden BeraterInnen ausserdem immer wieder in einer schwierigen Doppelrolle: sie hatten einerseits als BeraterInnen des Patientenrats der Klinik gegenüber dessen Anliegen zu vertreten, waren jedoch andererseits als MitarbeiterInnen der Klinik zu Loyalität verpflichtet. Diesem Konfliktfeld wurde so begegnet, dass die Funktion der BeraterInnen als Brückenfunktion zwischen Klinik und Patientenrat definiert wurde und die BeraterInnen die Klinikleitung ermutigten, sich der Anliegen des Patientenrates direkt auseinanderzusetzen und die BeraterInnen nicht als verlängerten Arm der Institution zu „missbrauchen“ (Frauenfelder et al., 2009, S. 153-154). Trotz der bestehenden Konflikte durch die unterschiedliche Interessenslage konnte in den vergangenen Jahren aber insgesamt eine gute Zusammenarbeit zwischen Patientenrat und Klinikleitung etabliert werden, und die Klinik bekannte immer wieder klar Farbe für den Patientenrat und stellte Ressourcen zur Verfügung.

#### **4. Der vierte Weg der Heilung und Förderung: Persönliche Souveränität, Solidaritätserleben und Netzwerkarbeit im Patientenrat**

Aus den Ausführungen über die Anliegen und Aktivitäten des Patientenrats in Kapitel 3.2 wird ersichtlich, wie sehr die Arbeit des Patientenrats den Anliegen des 4. Wegs der Heilung und Förderung der Integrativen Therapie entspricht. Im folgenden Kapitel sollen die drei Hauptaspekte des 4. Wegs der Heilung und Förderung, Empowerment/persönliche Souveränität, Solidaritätserleben sowie Netzwerkarbeit und ihre Umsetzung in der Arbeit des Patientenrats anhand von konkreten Beispielen und Aussagen von PatientInnen nochmals anschaulich dargestellt und mit Fotos illustriert werden. Ebenso sollen die polylogischen Aspekte des Patientenrats, welche in der vorliegenden Arbeit bislang nur am Rande erwähnt wurden, beleuchtet werden.

##### **a) Persönliche Souveränität/Empowerment**

Der Patientenrat ist einer der wichtigen Bereiche der Klinik, in welchen das Empowerment von PatientInnen gefördert und unterstützt werden soll. Er war u.a. aus diesem Grund vor 6 Jahren ins Leben gerufen worden.

In der Integrativen Therapie wird Empowerment wie folgt definiert:

„Normativ-ethisches Empowerment ist die von professionellen Helfern oder von Selbsthelfern im Respekt vor der „Würde und Andersheit der Anderen“ erfolgende Förderung der Bereitschaft und Unterstützung zu normativ-ethischen Entscheidungen und Handlungen durch Menschen, die von Problem- und Belastungssituationen betroffen sind: in einer möglichst umfassenden informationsgestützten Basis, ausgerichtet an generalisierbaren, rechtlichen und ethischen Positionen und im gleichzeitigen Bemühen um die Gewährleistung ihres Sicherheits-Rechts- und Freiheitsraumes. Normativ-ethisches Empowerment vermittelt den „Mut, sich seines eigenen Verstandes zu bedienen“, ein Bewusstsein „für das Recht, Rechte zu haben“, sensibilisiert für die Integrität von Menschen, Gruppen, Lebensräumen, baut Souveränität, Solidarität, Zivilcourage auf, erschliesst Möglichkeiten der Informations- und Ressourcenbeschaffung, so dass Betroffene als Einzelne und als Kollektiv die Kompetenz und Kraft gewinnen, durch kritische Vernunft, mitmenschliches Engagement und im Rekurs auf demokratische Rechtsordnungen begründete normativ-ethische Entscheidungen für sich, andere Betroffene, das Gemeinwesen zu fällen, ihre Umsetzung zu wollen und für ihre assertive Durchsetzung einzutreten. Dabei ist es die Aufgabe und Verpflichtung der Helfer, an der Seite der Betroffenen zu stehen und sich für sie nach besten Kräften einzusetzen (Petzold, 2009)“.

Welche Elemente des Patientenrats unterstützen und fördern das im 4. Weg der Heilung und Förderung formulierte Anliegen von Selbstwirksamkeit und Empowerment nun ganz konkret? Ganz wichtig ist die Tatsache, dass der Patientenrat eine von der Klinik unabhängiges Gremium ist, welches basisdemokratisch organisiert ist. Zwar stehen dem Patientenrat zwei Mitarbeitende der Klinik als BeraterInnen zur Verfügung, Entscheidungen und Beschlüsse werden jedoch in den Sitzungen demokratisch und in der Regel nach Diskussionen, in denen sich alle

Mitglieder frei äussern können, gefällt. Die BeraterInnen haben dabei kein Stimmrecht, sondern moderieren die Gespräche lediglich. Aufgrund der Abstützung des Patientenrats durch die Klinikleitung und einer wohlwollenden Haltung der Klinikleitung dem Patientenrat gegenüber verfügt der Patientenrat über einen recht grossen Spielraum in der Planung und Durchführung seiner Aktivitäten. Ebenso ist er finanziell weitgehend unabhängig von der Klinik. Die Mitglieder des Patientenrats erleben sich also in der Planung und Durchführung ihrer Aktivitäten sehr frei, die Anliegen und Ideen des Patientenrats kommen aus seinen eigenen Reihen und sind nicht von aussen aufoktruiert und vorgegeben. Innerhalb des Patientenrats übernehmen die Mitglieder die anstehenden Aufgaben. So fungiert einer der Patienten als Kassier und abwechselnd werden von den Patientenratsmitgliedern das Schreiben des Protokolls und die Leitung der Sitzungen übernommen. Immer wieder wird der Patientenrat in andere Kliniken eingeladen; Mitglieder des Patientenrates leiten dann Workshops und berichten über ihre Arbeit und die Aktivitäten des Patientenrats. Feste wie das fünfjährige Jubiläum werden mit der Unterstützung der beiden BeraterInnen selbständig organisiert, wozu auch das Zubereiten der Speisen und das Ausstellen eines Zeltes gehören. An grösseren Anlässen der Klinik wie dem World Mental Health Day ist der Patientenrat mit einem eigenen Stand anwesend: Die PatientenrätlerInnen vertreten dort ihre Anliegen und treten mit Interessierten ins Gespräch. In den Sitzungen mit der Klinikleitung können die Mitglieder des Patientenrats ihre Anliegen einbringen, und werden damit – wenn auch nicht immer – gehört und ernstgenommen. In diesen Aktivitäten erleben sich die Mitglieder des Patientenrats nichts als „abhängige Patienten“, sondern als Menschen, die etwas gestalten, sich mit ihren Begabungen und Ressourcen einbringen und etwas damit bewirken. Sie werden gesehen, erhalten eine Resonanz, sei es von Mitarbeitenden der Klinik, von anderen PatientInnen oder von Aussenstehenden. So erleben sie sich als „selbstwirksam“, als souverän, als „empowert“ und treten aus der Patientenrolle hinaus. So beschreibt eine Psychiatrie Erfahrene, die sich seit Jahren aktiv für den Patientenrat engagiert, eindrücklich, wie sie im Rahmen der Vorbereitungen für ein Sommerfest über 30 Geschäfte in der Stadt aufsuchte, um über den Patientenrat zu informieren, dabei grosse Ängste überwinden musste, sich jedoch auf wohlthuende Weise und selbstwirksam als „kleine Klinikvertretung“ fühlte, die Öffentlichkeitsarbeit leistet (Frauenfelder & Schweizer, 2004, S. 31).

## **b) Solidaritätserleben**

Das Solidaritätserleben findet im Patientenrat auf unterschiedliche Weise statt. Der Auftrag der Klinikleitung für die Gründung eines Patientenrats und das Zur-Verfügung-Stellen von logistischen Ressourcen ist per se ein Zeichen von Solidarität, nämlich der Klinikleitung gegenüber den PatientInnen. Ebenso zeugt das ausserordentliche Engagement der beiden BeraterInnen, aber auch andere MitarbeiterInnen der Klinik, welche in ihrer Freizeit an Aktivitäten teilnehmen und sich für den Patientenrat interessieren für Solidarität vonseiten der Mitarbeitenden der Klinik. Die Mitglieder des Patientenrats wissen diese Zeichen zu schätzen, so dass es immer wieder zu sehr bereichernden und berührenden Begegnungen zwischen den Patientenrätle-

rInnen und Mitarbeitenden kommt. Als Zeichen des Dankes versendet der Patientenrat z.B. an Weihnachten auch persönliche Weihnachtskarten. Aber auch innerhalb des Patientenrats erleben die Mitglieder auf verschiedene Weise Solidarität. Sie unterstützen einander gegenseitig bei der Vorbereitung von Aktivitäten, springen füreinander ein, helfen sich mit dem zur Verfügung Stehenden aus. Und nicht nur das: indem sie sich für den Patientenrat engagieren und damit auch einen wichtigen Beitrag für die Klinik leisten, erleben sich gewisse Mitglieder des Patientenrats gegenüber der Klinik als solidarisch und damit wieder als selbstwirksam im Sinne von Empowerment. So beschreibt eine ehemalige Patientin sehr prägnant, dass sie sich ganz bewusst für die Mitarbeit im Patientenrat entschieden habe, weil sie sich nun, da es ihr wieder besser ging, für andere PatientInnen einsetzen und engagieren und nicht einfach aus der Klinik „davonrennen“ wollte (Frauenfelder & Schweizer, 2004, S. 31). Womit das im 4. Weg der Heilung und Förderung beschriebene Prinzip von einem heilenden, gesundheitsfördernden Potential durch konkret praktizierten Altruismus auf eindruckliche Weise bestätigt wird. Der Patientenrat hat mit seinen zahlreichen Aufgaben und Anliegen auch ein äusserst identitätsstiftendes und sinngebendes Potential für seine Mitglieder.

### **c) Netzwerkarbeit**

Eine dritte und ebenfalls äusserst wichtige Funktion des Patientenrates ist die Netzwerkarbeit. Die Mitglieder des Patientenrats bilden durch ihre verbindliche und engagierte Mitarbeit gemeinsam mit den BeraterInnen ein eigenes Netzwerk. Die Sitzungen und Veranstaltungen des Patientenrates sind Orte des Kontakts, der Begegnung und Möglichkeiten der Beziehungspflege. Ohne therapeutischen Anspruch unternimmt man gemeinsam etwas, packt eine gemeinsame Aufgabe an und setzt sich damit gemeinsam auseinander. Für viele Mitglieder des Patientenrats sind die Aktivitäten des Patientenrats nicht mehr wegzudenkende Eckpfeiler ihres sozialen Lebens und die Mitglieder Teile des persönlichen „Konvois“.

Die Abendveranstaltungen und die Vollversammlungen haben auf eindruckliche Art und Weise den Charakter von Konvivialität. Indem man von den BeraterInnen und Mitgliedern in einem vorbereiteten und oft auch geschmückten Raum willkommen geheissen wird, stellt sich sofort das Gefühl von Zugehörigkeit ein, sowohl für PatientInnen als auch für Mitarbeitende und andere Interessierte. Ich selbst bin oft - nach einem anstrengenden Arbeitstag - nach einer Abendveranstaltung des Patientenrats erfrischt und beglückt nach Hause gefahren mit dem Gefühl, in einer konvivialen Atmosphäre meine Energien wieder erneuert zu haben.

Neben dem Netzwerk innerhalb des Patientenrats geschieht durch die Ausrichtung nach aussen jedoch auch immer wieder wichtige Netzwerkarbeit innerhalb der Klinik, also zwischen Patienten und Mitarbeitenden sowie nach aussen in die Öffentlichkeit. Indem MitarbeiterInnen der Klinik an Veranstaltungen des Patientenrates teilnehmen, lernen sich Mitglieder des Patientenrats, die oft auch gleichzeitig PatientInnen sind und MitarbeiterInnen gegenseitig auf neue, ausserhalb einer therapeutischen Rollenzuteilung stehende Art und Weise kennen. Dies erfordert insbesondere vonseiten der Mitarbeitenden Bereitschaft, sich von der rein the-

rapeutischen Rolle zu lösen und sich auf persönlichere Art und Weise und als Mensch in die Begegnungen einzubringen. Noch in viel grösserem Ausmass ist dies von den beiden Beraterinnen gefordert, welche viel Zeit mit den Mitgliedern des Patientenrats verbringen und an Reisen ins Ausland oder regelmässigen Retraiten am Wochenende teilnehmen. In der Funktion der Beratenden verlassen sie ihre „sichere“ Situation und Rolle als Therapeuten und lassen sich auf viel persönlichere Kontakte ein (Frauenfelder et al., 2009, S. 144-145).

Zwei kurze Berichte aus der Hauszeitschrift INNENLEBEN (Rauber, 2009; Glaser 2009) des Psychiatriezentrums über Veranstaltungen sollen die Netzwerkarbeit und auch die „Kulturarbeit“ (Petzold, 2009) des Patientenrats nochmals veranschaulichen:

### **Ds Füchsli – eine Veranstaltung des Patientenrats**

*Annette Glaser, Psychologischer Dienst*

#### **Eine Glarner Sage wird zum musikalischen Gruppenerlebnis**

In den Genuss einer Veranstaltung der besonderen Art kamen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Abendveranstaltung des Patientenrats am 4. Juni. Unter der Leitung der drei Musiktherapeutinnen Elisabeth Keller, Catherine Fritsche und Geri Rauber gestalteten die ca. 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmer improvisierenderweise eine alte Glarner Sage als Musikerlebnis. Der Anfang des Abends wurde durch die in kernigem Glarnerdeutsch vom Erzähler Roger Rhyner vorgetragene Sage „ds Füchsli“ gebildet. Gemeinsam wurde danach nach den thematischen Inhalten der Sage gesucht, um dann in drei Kleingruppen unter der Leitung je einer der Musiktherapeutinnen eines der drei Hauptthemen auf den bereitgestellten Instrumenten anzuspielden. So entstand je ein Klangbild zu den in der Sage vorkommenden Elementen der einsamen Bergwelt, den urigen Jägern und dem verzauberten Füchsli sowie zur lebensfrohen Chilbi. Den Höhepunkt des Abends bildete das Zusammenfügen der drei Klangelemente mit der Sage, welche nochmals vorgetragen von den Instrumenten untermalt und musikalisch ausgestaltet wurde. Es entstand ein dichter und hochkonzentrierter Moment des gemeinsamen Gestaltens als Gruppe, des Zuhörens, Aufeinandereingehens und Wirkens. In den kurzen Rückmeldungen zum Ausklang des Abends war das Berührtsein der Mitwirkenden auf eindrückliche Weise spürbar. Mit einem Glarner Öpfelbeggeli in der Hand zerstreuten sich die Teilnehmenden in den warmen Sommerabend.



Das Leitungsteam bei der Vorbereitung des Abends

Foto: Peter Pfister, schaffhauser az

## **Jubiläumsfest zum fünfjährigen Bestehen des Patientenrates**

Gerl Rauber, Beraterin im Patientenrat

Am Freitag, 26. Juni lud der Patientenrat zu sommerabendlichem Feiern ein – ein Fest mit Live-Musik im Bädli Pavillon und feinem selbstgemachtem Essen stand schon lange auf der Wunschliste, und Gründe zum Feiern mussten nicht lange gesucht werden: seit über fünf Jahren gibt es den Patientenrat, belebt er engagiert und beständig das kulturelle Leben im Psychiatriezentrum, ist Ort der Begegnung für Patientinnen und Patienten aus dem ambulanten und stationären Bereich, ist Ort der Auseinandersetzung und des Nachdenkens zusammen mit Angehörigen und Professionellen zu Themen von Krankheit und Gesundheit, zu Freud und Leid im Zusammenhang mit Psychischer Beeinträchtigung, ist Ort des Erprobens und Erweiterns von Fähigkeiten und Kenntnissen im sozialen und lebenspraktischen Bereich. In der Organisation des Festchens, ein Gemeinschaftswerk von aktiven PatientenrätlerInnen und den beiden Beratern, kamen denn auch viele Ressourcen zum Zug: bei der Gestaltung des Flugblattes zur Einladung, beim Backen von Wähen und Kuchen, beim Einkaufen von Getränken und beim Bereiten von feinen Häppchen, beim Aufstellen des Pavillons zum Schutze der Köstlichkeiten vor dem Regen, beim Gestalten einer Atmosphäre von Willkommenseins für alle Gäste... Das Wetter als unberechenbarster Faktor spielte gnädig mit – die Aufbau-Arbeiten am Nachmittag wurden zum Teil heftig beregnet, aber pünktlich zu Beginn des Festes um 17 Uhr erstrahlen der Festplatz im sonnigen Glanz, und die Musik „Alfiresli“ spielte unterm Vordach des Pavillons für die ersten Gäste auf. Die originellen Liedertexte fanden sofort ein aufmerksames und antwortendes Publikum. Im Laufe des Abends wurden die Teilnehmenden immer zahlreicher und ungezwungener in m Knüpfen von Kontakten, im Plaudern und in der Bewegung zu den eingängigen, immer ein wenig frechen Liedern und Melodien von Alfiresli. Das Fest endete mit einer Zugabe und einem ausgelassenen improvisierten Kreistanz auf der Wiese – als lebendiges Bild von Mensch mit unterschiedlichstem Hintergrund, die auf der Basis ihres gemeinsamen Anliegens aufeinander zugehen und das Miteinander gestalten.



Die Musikgruppe „Alfiresli“ in Aktion

### **d) Polylogische Qualitäten des Patientenrats**

Bislang kaum erwähnt wurden die ausgeprägt polylogischen Qualitäten des Patientenrats im Sinne der Integrativen Therapie. Das Konzept des Polylogs gehört zu den wichtigsten Kernkonzepten der Integrativen Therapie. Ausgehend von der Tatsache, dass schon die frühen Homi-

niden auf ihren Wanderungen oder beim Zusammensein ums gemeinsame Feuer in der Gruppe, d.h. in Polylogen kommunizierten (Petzold, 2005Ü, S. 7) und der Mensch in Polyaden (Familie, Peergroup, Nachbarschaft), d.h. in erweiterten Dyaden aufwächst und kommuniziert (Petzold, 2005Ü, S. 9-11), vertritt die Integrative Therapie die Haltung, dass der Austausch mit anderen Menschen, in Gruppen, zwischen Kulturen und Disziplinen von grosser Bedeutung ist, neues Wissen und neue Erkenntnis nur aus diesen „erweiterten Dialogen“, d.h. Polylogen emergieren und entstehen können. Dieser Austausch findet in Ko-respondenz mit dem Gegenüber, bzw. den Gegenübern statt und erfordert aufmerksames Zuhören und aktives Sich-Einbringen. Fehlt der Polylog, erlebt das Individuum Vereinzelung und Abschottung gegen die Aussenwelt; im Bereich der Wissenschaft kommt es zu hegemonialen Wissensbeständen, die sich – in sich geschlossen – nicht weiterentwickeln und deshalb stehen bleiben: das Gegenteil des Anspruchs an eine lebendig sich weiterentwickelnde und sich vernetzende Wissenschaftsdisziplin.

Hilarion Petzold definiert Polylog wie folgt: „Polylog ist ein vielfältiges, multidirektionales und rekursives Korrespondieren zwischen Menschen, Gruppen, Communities, Disziplinen und Kulturen mit dem Ziel, interdisziplinär/interkulturell Verschiedenheit und Verbindendes in Konsens-Dissensprozessen herauszuarbeiten“ (Petzold, 2005Ü, S. 1).

Genau diese polylogische Haltung hat in der Arbeit des Patientenrats einen grossen Stellenwert. Über das dyadische Setting z.B. in der Einzelpsychotherapie hinausgehend, werden in der Arbeit des Patientenrats auf verschiedenen Ebenen Polyloge praktiziert. Einerseits findet in den Sitzungen des Patientenrats ein offener Meinungs-austausch zwischen den Mitgliedern statt, die mit ihren unterschiedlichen Persönlichkeiten zu gemeinsamen Beschlüssen und Projekten kommen wollen. Polylogische Qualität haben auch die Sitzungen mit der Klinikleitung. Dass PatientInnen – auch ehemalige – direkt mit Mitgliedern der Klinikleitung in Kontakt treten und ihre Anliegen einbringen und vertreten, ist höchst aussergewöhnlich und für beide Seiten ein Gewinn und ein Zuwachs an Wissen und Erfahrung.

Ganz wichtig ist ausserdem die trialogische Qualität der Vollversammlungen des Patientenrats. Hier findet ein Austausch zwischen drei verschiedenen Gruppen statt: in offener und unvoreingenommener Weise bringen PatientInnen, Angehörige und MitarbeiterInnen der Klinik ihre Ansichten und Anliegen ein, hören einander zu, versuchen die Perspektive des anderen zu verstehen. Nicht immer kommt es zu einem Konsens zwischen den drei Gruppen, oft müssen Aussagen auch einfach so stehengelassen werden, immer aber findet im einzelnen Teilnehmer ein Prozess des Nachdenkens über die Erfahrung und Position des anderen, ein besseres Verständnis des anderen und damit ein gegenseitiges Kennenlernen statt. Dies sind einmalige Gelegenheiten für alle drei Gruppen, oft verlassen die Teilnehmenden die Vollversammlung fast andächtig, bereichert durch den Polylog. Immer wieder können Anregungen von Patienten- oder Angehörigenseite in der Klinik auch umgesetzt werden und sie fliessen als neue Wissensbestände in die konzeptuelle und praktische Arbeit der Mitarbeitenden der Klinik ein. Ich bin selbst oft nach einem langen Arbeitstag nach der Teilnahme an der Vollversamm-

lung erfrischt nach Hause gefahren, in mir das Gefühl, durch das gemeinsamen Erleben und den Austausch mit PatientInnen, Angehörigen oder Mitarbeitenden bereichert zu sein und etwas Wesentliches erfahren zu haben.

Ein Auszug aus einem Protokoll einer Vollversammlung soll die dialogische Qualität der Vollversammlungen noch etwas veranschaulichen:

### **Bericht der 26. Vollversammlung des Patientenrates, der VASK und des Psychiatricentrums vom 2. Dezember 2008 zum Thema „das Dilemma der Offenheit in der Psychiatrie“**

Die Vollversammlung wird durch Frau G. Rauber, Beraterin des Patientenrates eröffnet. Sie erwähnt als erstes den Jubiläumscharakter der heutigen Vollversammlung. Vor 5 Jahren wurde der Patientenrat im Psychiatricentrum mit dem Anliegen, den Dialog zwischen Patienten, Angestellten und Angehörigen zu fördern gegründet. Dieses Anliegen steht auch heute an wichtiger Stelle der Aufgaben des Patientenrates – die ausgewogene Zusammensetzung von Patienten, Angehörigen und Angestellten der rund 40 TeilnehmerInnen der heutigen Vollversammlung ist ein lebendiges Zeugnis dafür.

Eine kurze Einführung ins Thema des Abends „das Dilemma der Offenheit in der Psychiatrie“ macht Herrn M. Sauter, Berater des Patientenrates. Er berichtet, dass sich das heutige Thema aus der letzten Vollversammlung mit Schwerpunkt Stigmatisierung entwickelt hat. Um der Stigmatisierung in der Psychiatrie entgegenzuwirken, braucht es Offenheit. Diese steht jedoch oft in einem Widerspruch mit dem Anliegen des Schutzes von Patienten. Offenheit in der Psychiatrie führt deshalb oft zu einem Dilemma. Die betreffende Person kommt leicht in eine Zwickmühle, in der sie sich durch die Entscheidung für eine Seite (z.B. eben Offenheit) einen Nachteil einhandelt. Herr Sauter veranschaulicht seine Ausführungen anhand einiger konkreter Beispiele: das Dilemma von Angehörigen psychisch Kranker, die über ihre eigenen Nöte berichten möchten, damit aber je nach Situation die Betroffenen übergehen - oder das Dilemma von Therapeuten, die sich Patienten gegenüber zu Diskretion über die Inhalte der Therapie verpflichten, im stationären Setting jedoch auch ein gewisses Mass an Austausch mit dem interdisziplinären Team pflegen müssen

Nach dieser Einführung wird in der Runde der TeilnehmerInnen unter der Leitung von Frau Rauber nach konkret erlebten Beispielen von Zwickmühlen mit dem Thema Offenheit in der Psychiatrie gesucht.

Von Patientenseite wird auf eindrückliche Weise insbesondere das Dilemma der Offenheit gegenüber Arbeitgebern berichtet. Aus den Beispielen geht deutlich hervor, dass den betroffenen Patienten aus der Offenheit in Bezug auf ihre Erkrankung oft ein Nachteil, z.B. in Form einer Kündigung oder der Einschränkung des Aufgabengebietes erwuchs. Diese Erfahrungen waren für die Betroffenen oft bitter und haben sie vorsichtiger und zurückhaltender gemacht. Die meisten Patienten befürworteten Offenheit gegenüber ihrer Umgebung grundsätzlich, haben aber die Erfahrung gemacht, dass sie sich damit Nachteile eingehandelt haben. Eine Patientenstimme betrifft die Erfahrung, dass auch Offenheit gegenüber professionellen Helfern nicht immer einfach ist, da diese nicht auf Gegenseitigkeit beruht und die Bezugspersonen ausserdem oft wechseln und so das Mitgeteilte wieder verloren geht.

Von seiten der Angehörigen wird fast unisono die Wichtigkeit von Offenheit betont. Angehörige berichten mehrheitlich über positive Erfahrungen, wenn sie ihrer Umgebung gegenüber in Bezug auf die Erkrankung eines Familienmitglieds offen waren und ermutigen andere zur Offenheit. Sie erlebten so oft Solidarität und Unterstützung durch das Umfeld. Allerdings werden auch andere Erfahrungen erwähnt, wie z.B. Stigmatisierung oder Schuldzuweisungen (Stichwort Vererbung) innerhalb der Familie, wenn Angehörige offen die die Erkrankung eines Familienmitglieds berichten. Ein weiteres interessantes Votum eines Angehörigen beleuchtet die Seite der Arbeitgeber, die nicht nur dem betroffenen erkrankten Arbeitnehmer gegenüber eine Verantwortung tragen, sondern auch für die anderen Mitarbeiter zuständig sind, diese mit einer gewissen Offenheit über die Situation eines erkrankten Mitarbeiters aufklären und beruhigen müssen.

Von Mitarbeiterseite wird erwähnt, dass professionelle Helfer ihre Kräfte einteilen müssen, neben der Arbeit mit Patienten auch noch Ressourcen für ihr privates Umfeld und dessen Bedürfnisse benötigen. Vom Sozialdienst wird das Dilemma der Offenheit gegenüber Ämtern und Versicherungen beleuchtet: diese kann dem Patienten tendenziell schaden; werden jedoch Dinge verschwiegen, gerät man die Gefahr von Versicherungsbetrug.

Die sehr lebendige und vielschichtige Diskussion des Themas zeigt viele Facetten des Dilemmas der Offenheit in der Psychiatrie auf, das verständlicherweise nicht abschliessend diskutiert werden kann. Herr Sauter fasst den Abend mit dem Schlusswort zusammen, dass es für die inneren und äusseren Dilemmas in der Psychiatrie keine einfachen Lösungen gibt, sondern immer wieder um Lösungen gerungen werden muss. Offenheit braucht Schutz und Vertrauen; ebenso sind immer wieder Drittpersonen nötig, die Vermittlungs- und Übersetzungsarbeit leisten.

Annette Glaser, Psychologischer Dienst

## 5. Der Patientenrat im Kontext und Kontinuum

Fast klingt es zu schön, um wahr zu sein. Der Patientenrat scheint mit seinen vielfältigen Anliegen und Aktivitäten ein wichtiges und nicht mehr wegzudenkendes Element des Psychiatriezentrums zu sein, das sich in den vergangenen Jahren etabliert und mit der Klinikleitung trotz teilweise unterschiedlicher Interessen und Positionen eine konstruktive Zusammenarbeit aufgebaut hat. Doch der Schein trügt auch, zumindest teilweise: der Patientenrat ist – wie die gesamte Klinik auch – in ein gesundheitspolitisches und lokalpolitisches Umfeld eingebunden und von diesem in hohem Masse abhängig. Dieses Umfeld des Patientenrates war in den vergangenen zwei Jahren verschiedenen Veränderungen unterworfen:

Auf der *Makroebene* befindet sich das gesundheitspolitische Umfeld in der Schweiz in einem umfassenden Veränderungsprozess: die geplante Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups DRGs) fürs Jahr 2012 sowie die freie Spitalwahl ab 2012 stellen die gesamte gesundheitspolitische Landschaft der Schweiz vor grosse Veränderungen und neue Herausforderungen. Auch wenn die Einführung von DRGs in der Psychiatrie vorläufig nicht vorgesehen ist, haben die geplanten Veränderungen im Gesundheitswesen doch auch im Psychiatriezentrum Diskussionen und eine gewisse Verunsicherung ausgelöst. Auf Leitungsebene muss sich die Klinik durch intensive konzeptuelle Arbeit auf die Veränderungen bezüglich freier Spitalwahl vorbereiten, indem sie sich in der Psychiatrielandschaft neu positioniert, um konkurrenzfähig zu bleiben.

Auf einer *Mesoebene* fordert der Fusionsprozess mit dem Kantonsspital und dem Geriatriezentrum seinen Tribut: Das Psychiatriezentrum funktioniert nicht mehr als eigenständige Klinik, welche ihre Entscheidungen mit einer gewissen Autonomie treffen kann, sondern ist als eines von mehreren Departementen eingebunden in ein grösseres Ganzes, nämlich die Spitäler Schaffhausen. Viele Entscheidungen, welche auch ganz konkret die Arbeit von Mitarbeitenden betreffen (Einführung eines neuen einheitlichen Abrechnungssystems, Arbeitszeiterfassung, u.a.) werden auf der Ebene der Spitalleitung getroffen. Der laufende Fusionsprozess führt bei vielen MitarbeiterInnen der Klinik zu Verunsicherung und Gefühlen von Entfremdung. Die früher kleine, aber sehr gut funktionierende Klinik, mit welcher sich die Mitarbeitenden identifizierten und die eine gewisse Geborgenheit gab, ist Teil einer grösseren Institution geworden und hat einiges ihrer Entscheidungsfreiheit verloren. Natürlich ist auch die Klinikleitung auf konzeptueller Ebene durch diesen Fusionsprozess sehr stark gefordert, indem sie die Interessen der Klinik auf der Ebene der Spitalleitung vertritt. So fliesst seit bald zwei Jahren sowohl auf Führungs-

ebene als auch auf Mitarbeiterebene viel Energie und Zeit in den Fusionsprozess hinein. Diese fehlt an anderen Orten.

Auf der *Mikroebene* der Klinik und des Patientenrates selbst sind folgende zwei Aspekte zu erwähnen: Der sich seit knapp zwei Jahren abzeichnende akute Ärztemangel im Feld der Schweizer Psychiatrie macht sich seit einiger Zeit auch im Psychiatriezentrum bemerkbar. Offene Stellen von Assistenz- und OberärztInnen können nicht mehr besetzt werden, was zu einer Überbelastung der verbleibenden MitarbeiterInnen des ärztlichen Dienstes führt. Die Grundversorgung kann zwar gewährleistet werden, einst wichtige Konzepte wie die Interdisziplinäre Behandlungsplanung, Betreuungskonstanz und auch die Arbeit des Patientenrats leiden jedoch unter den fehlenden personellen Ressourcen. – Als weiterer beachtenswerter Aspekt ist der Entwicklungsprozess des Patientenrates selbst zu nennen: wie jede neu gegründete „Institution“ durchläuft auch der Patientenrat typische Phasen: nach der ersten Pionierzeit mit einer sehr hohen Identifizierung und einem hohen Engagement der Gründungsmitglieder hat der Patientenrat sich als eigenständige Organisation innerhalb der Klinik gefestigt und etabliert. Fragen der Organisation und der zur Verfügung stehenden Ressourcen, z.B. auch der BeraterInnen, werden zunehmend wichtiger, damit der Patientenrat seine Aktivitäten nachhaltig und mit Bestand weiterführen kann.

All diese Veränderungen haben auch auf den Patientenrat und seine Arbeit massgebliche Auswirkungen: Die Klinik ist mit der Anpassung an die gesundheitspolitischen Veränderungen und mit dem Fusionsprozess sehr absorbiert und in Anspruch genommen. Es bleibt weniger Zeit und Energie für „Zusatzaufgaben“ der Klinik, wie z.B. den Patientenrat. Dieser muss deshalb momentan mit weniger Ressourcen, z.B. in Form von Engagement von Mitarbeitenden für die Abendveranstaltungen oder für die Vollversammlungen auskommen.

## **6. Zusammenfassung und Ausblick**

Das soziale Netzwerk von psychisch beeinträchtigten Menschen ist aufgrund von unterschiedlichen Einflüssen oft mangelhaft und nur in ungenügender Qualität vorhanden. Damit kommt der „buffering effect“ von sozialer Unterstützung durch ein soziales Netzwerk für diese Menschen weniger zum Tragen - sie sind belastenden Ereignissen in stärkerem Masse ausgesetzt, können weniger auf emotionale Unterstützung und auf selbstwertfördernde Resonanz durch andere zählen und sind der Gefahr von Einsamkeit und Isolation, welche wiederum das Auftreten von Depressionen begünstigen, in höherem Masse ausgesetzt. Ein fehlendes oder ungenügendes soziales Netz verstärkt Gefühle von Ausgrenzung und steht im Widerspruch des Grundbedürfnisses von Menschen nach Affiliation, Kontakt, Begegnung und Beziehung.

Der 4. Weg der Heilung und Förderung, welche die Förderung von Selbstwirksamkeit, Solidaritätserfahrungen und sozialen Netzwerken im Fokus hat, will diesen Defiziten und den daraus entstehenden Belastungen entgegenwirken. Indem das soziale Netzwerk eines Patienten gestärkt, neu aufgebaut und er weitert wird, wird Gefühlen von Ausgrenzung, Ohnmacht und Ausgeliefertsein entgegengewirkt und Zugehörigkeit neu hergestellt. Konvivialität soll nicht nur

im geschützten therapeutischen Rahmen erlebt und erfahren, sondern in den konkreten Alltag des Patienten umgesetzt und dort gelebt werden. Indem der Patient wieder stärker in ein soziales Netzwerk eingebunden ist, ergeben sich neue Möglichkeiten von konkret gelebtem Altruismus, von Selbstwirksamkeit und von Solidaritätserfahrungen. Diese drei Aspekte haben erwiesenermassen einen nicht zu unterschätzenden heilsamen, gesundheitsfördernden Einfluss.

Lebendiges Beispiel für eine konkrete Umsetzung des 4. Wegs der Heilung und Förderung ist der Patientenrat des Psychiatriezentrums Breitenau in Schaffhausen (CH). Der 2003 vom damaligen Leiter des Psychologischen Dienstes im Auftrag des Chefarztes der Klinik ins Leben gerufene Patientenrat entstand im Umfeld einer Neuorientierung der Klinik mit neuen Konzepten wie Empowerment, Betreuungskonstanz, Interdisziplinäre Behandlungsplanung und offene Abteilungstüren. Der Patientenrat stand im Dienste des ebenfalls neu in den Fokus genommenen Empowerments von PatientInnen. Die Idee eines Patientenrats stiess in der Klinik auf reges Interesse und wurde in der Folge offiziell gegründet. Als wichtigste Anliegen wurde das Vertreten der Interessen von PatientInnen gegenüber der Klinik und der Öffentlichkeit, die Förderung des Dialogs zwischen PatientInnen, Angehörigen und Mitarbeitenden, die Entstigmatisierung von psychisch Kranken sowie die Organisation von Freizeitaktivitäten innerhalb der Klinik formuliert. Der Patientenrat etablierte sich unter der engagierten Mitarbeit seiner Mitglieder, der zwei von der Klinik zur Verfügung gestellten BeraterInnen sowie der Unterstützung der Klinikleitung bald zu einem äusserst wichtigen Element der Klinik, das mit seinen Aktivitäten aus dem Klinikalltag nicht mehr wegzudenken ist. Der Patientenrat ermöglicht seinen Mitgliedern und anderen teilnehmenden PatientInnen durch seine demokratische Haltung die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Solidaritätserleben und einem sozialen Eingebundensein in eine verbindliche, verlässliche Gemeinschaft, welche Räume von Konvivialität zur Verfügung stellt und sich gemeinsamen Zielen verpflichtet fühlt. Ebenso leistet er durch sein Engagement im Rahmen der Klinik ein wichtiges Stück Kulturarbeit (Petzold, 2009).

Aufgrund von neueren gesundheitspolitischen Veränderungen, dem Fusionsprozess der Klinik mit dem somatischen Kantonsspital sowie einem sich zuspitzenden Ärztemangel ist die Klinik seit einiger Zeit zunehmend mit anderen Themen beschäftigt. Neben den eigentlichen Kernaufgaben stehen deshalb momentan weniger Ressourcen für Zusatzaufgaben wie den Patientenrat zur Verfügung. Die grundsätzliche Unterstützung für den Patientenrat durch die Klinikleitung bleibt jedoch zum Glück erhalten. So bleibt zu hoffen, dass der Patientenrat seine äusserst wichtige Arbeit im Bereich des Empowerments und der Netzwerkarbeit im Sinne des 4. Wegs der Heilung und Förderung der Integrativen Therapie auch in Zukunft so engagiert und nachhaltig wird weiterführen und die Klinik in ihrer Aufgabe der Behandlung von psychisch kranken Menschen wird unterstützen können. Für seine Arbeit braucht der Patientenrat wie auch seine BeraterInnen einen sicheren Rahmen und die notwendige Unterstützung – es ist zu hoffen, dass diese Bedingungen von der Klinik auch in Zukunft zur Verfügung gestellt werden können.

## **7. Zusammenfassung**

### **7.1 Zusammenfassung**

#### **Der 4. Weg der Heilung und Förderung - Persönliche Souveränität, Solidaritätserleben und Netzwerkarbeit: der Patientenrat des Psychiazentrums Breitenau, Schaffhausen (CH)**

Das soziale Netzwerk von psychisch beeinträchtigten Menschen ist aufgrund von unterschiedlichen Einflüssen oft mangelhaft und von ungenügender Qualität. Der 4. Weg der Heilung und Förderung, welche die Förderung von Selbstwirksamkeit, Solidaritätserfahrungen und sozialen Netzwerken im Fokus hat, will diesen Defiziten und den daraus entstehenden Belastungen entgegenwirken. In der vorliegenden Graduierungsarbeit wird der Patientenrat des Psychiazentrums Schaffhausen (CH) mit seinen vielfältigen Aktivitäten als lebendiges Beispiel einer möglichen Umsetzung des 4. Wegs der Heilung und des Konvivialitätskonzepts vorgestellt. Dabei wird die Arbeit des Patientenrats auch im aktuellen gesundheitspolitischen Kontext und in seiner Entwicklung innerhalb der Klinik reflektiert. Die theoretischen Überlegungen werden anhand von praktischen Beispielen aus der täglichen Arbeit des Patientenrats illustriert.

#### **Schlüsselwörter:**

Patientenrat, 4. Weg der Heilung und Förderung, Empowerment, Konvivialität, Polylog

### **7.2 Summary**

#### **The 4<sup>th</sup> way of healing and encouragement – personal sovereignty, solidarity and social network: the “patients assembly” of the psychiatric centre Breitenau, Schaffhausen (CH)**

For different reasons the social network of mentally ill people is often insufficient and of low quality. The 4<sup>th</sup> way of healing and encouragement – an important concept of the Integrative therapy - with its intention of boosting selfefficacy, experiences of solidarity and social network, aims to counteract these deficits. This graduation paper is dedicated to the 4<sup>th</sup> way of healing by introducing the “patients assembly” of the psychiatric centre Breitenau in Schaffhausen (CH), which is - with its multifaceted activities - a lively example of a possible implementation of the 4<sup>th</sup> way of healing and the concept of conviviality in the field of psychiatry. The work of the patients assembly is furthermore reflected in its context of the actual national and local health policy and its own developing process. The theoretical considerations are illustrated by means of practical examples of the daily work of the patients assembly.

#### **Keywords**

Patients assembly, 4<sup>th</sup> way of healing and encouragement, empowerment, conviviality, polylog

#### **Literatur**

- Baar, H. (2005). *Der Integrationsgedanke in der modernen Sozialpsychiatrie am Beispiel der medizinisch – beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen*. Bei [www.fpi-publikationen.de/artikel/graduierungsarbeiten](http://www.fpi-publikationen.de/artikel/graduierungsarbeiten).
- Becker, J. (1996). Der Patientenrat – Interessenvertretung in stationären Einrichtungen. *Deutsches Ärzteblatt* 93 (30), S. 25.
- Berichte der Vollversammlungen des Patientenrats, der VASK und des Psychiatriezentrums 2006-2009
- Brühlmann-Jecklin, E. & Petzold H.G. (2002). Das Konzept „social network“ und „social world“ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis in der Integrativen Supervision. Bei: [www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision). *Supervision – Theorie – Praxis – Forschung, Ausgabe 05/2005*
- Frauenfelder, A. & Schweizer, H. (2004). Eine Psychiatrie der Verständigung – der Patientenrat. *Pro Mente Sana* 4/04
- Frauenfelder, A., Rauber, G. & Schweizer, H. (2009). Der unverstandene Patient – Im Patientenrat zum verstandenen Patienten werden. In: D. Meier-Allmendinger & R. Baumann-Hölzle, (Hrsg.), *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen Band 1, "Der selbstbestimmte Patient"* (S. 143-157) Basel: Schwabe.
- Hass, W. & Petzold, H.G. (1999). *Die Bedeutung sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven*. Unveröffentlichtes Manuskript. Bei: [www.psychologische-beratung-bern.ch](http://www.psychologische-beratung-bern.ch)
- Glaser, A. (2009). *Ds Füchsli – eine Veranstaltung des Patientenrats. Eine Glarner Sage wird zum musikalischen Gruppenerlebnis*. *INNENLEBEN*, 06/2009
- Knuf, A. (2007). Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. *Synapse – Forum für die Psychiatrieregion Winterthur* 3/07
- Krisor, M. & Pfankuch H. (1997). *Was du nicht willst, das man dir tut ... Gemeindepsychiatrie unter ethischen Aspekten*. Regensburg: S. Roderer Verlag
- Krisor, M. (2005). *Aufgehoben in der Gemeinde. Entwicklung und Verankerung einer offenen Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Müller, M. & Petzold, H.G. (2003). Affiliation, Reaktanz – sozialpsychologische Beziehungsmodelle und ihre Bedeutung für die Praxis der Supervision. Bei: [www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision). *Supervision – Theorie – Praxis – Forschung, Ausgabe 08/2003*
- Organisationshandbuch Psychiatrische Dienste Schaffhausen (2004). *Leitbild*
- Organisationshandbuch Psychiatrische Dienste Schaffhausen (2008). *Interdisziplinäre Behandlungsplanung IBP und Interdisziplinäre Patientendokumentation*
- Orth, I. & Petzold H.G. (1996). Beziehungsmodalitäten – ein integrativer Ansatz für Therapie, Beratung, Pädagogik. In H. Petzold & J. Sieper (Hrsg.). *Integration und Kreation* (S.117-124). Paderborn: Junfermann.
- Patientenrat Breitenau Schaffhausen (2009). *Der PATIENTENRAT Breitenau Schaffhausen stellt sich vor*.

- Petzold, H.G. (1979a). Konzepte zu einer integrativen Rollentheorie auf der Grundlage der Rollentheorie Morenos. In: H.G. Petzold & U. Mathias, Hrsg., (1983), *Rollenentwicklung und Identität*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (1993), *Integrative Therapie, Modelle, Theorien & Methoden einer schulübergreifenden Psychotherapie*, 3 Bände. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G. (1980e/2005c). *Wohnkollektive und therapeutische Wohngemeinschaften*. FPI-Publikationen: Verlag Petzold & Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.
- Petzold, H.G. (2005ü). POLYLOGE II: die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten – eine Sicht Integrativer Therapie und klinischer Philosophie. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 04/2002/Updating 2005*.
- Petzold, H.G., Orth, I. & Sieper, J. (2005). Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der "Integrativen Therapie" als Entwicklungstherapie. Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*.
- Petzold, H.G. (2007). *Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H. G. (2009d). „Macht“, „Supervisionsmacht“ und „potentialorientiertes Engagement“. Bei [www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision). *Supervision – Theorie – Praxis – Forschung, Ausgabe 04/2009*
- Petzold, H.G. (2009). „Gewissensarbeit“ und „Weisheitstherapie“ als konviviale Praxis. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Psychiatrische Dienste (2005). Psychiatriezentrum Breitenau - .. ein Porträt.
- Rauber, G. (2009). Jubiläumsfest zum fünfjährigen Bestehen des Patientenrats. *INNENLEBEN, 08/2009*
- Schröder, W. & Wolf, U. (1996). Gestalttherapie/Integrative Therapie im klinischen Bereich Fritz-Perls-Klinikum an der Wardtwaldtklinik I in Zwesten. In H. Petzold & J. Sieper (Hrsg.). *Integration und Kreation* (S. 703-707). Paderborn: Junfermann.
- Stroebe, W., Hewstone, M. & Stephenson, J. (1997). *Sozialpsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Synapse – Forum für die Psychiatrieregion Winterthur (2007). *Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Ausgabe 3/07*. Winterthur: Integrierte Psychiatrie Winterthur IPW
- Waibel, M. (2004). *Konzepte des Sozialen Netzwerks*. Bei [www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision). *Supervision – Theorie – Praxis – Forschung, Ausgabe 11/72004*
- [www.breitenau.ch](http://www.breitenau.ch)
- WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*