

WIE SICH RECOVERY DURCH DIE ANNAHME DER KRANKHEITSERFAHRUNG FÖRDERN LÄSST

Das „Prinzip Annahme“

Andreas Knuf

Es ist sicher eine der größten Herausforderungen im Leben, sich selbst mit einer länger andauernden Erkrankung anzunehmen und sich dabei sein positives Selbstwertgefühl zu erhalten. Dies gilt besonders für Erkrankungen, die nicht nur durch die Einschränkungen der Erkrankung belastend sind, sondern die zudem einer Stigmatisierung unterliegen.

Einleitung

Jemals einen Artikel über das „Prinzip Annahme“ als Schlüssel zur mehr Wohlbefinden und Genesung zu schreiben, wäre mir sehr lange nicht in den Sinn gekommen. Während meines Psychologiestudiums und auch in der anschließenden Therapieausbildung hat mir niemand vermittelt, wie wichtig die Kunst des Annehmens oder Akzeptierens ist. In meiner Verhaltenstherapieausbildung habe ich jahrelang zu spüren bekommen, dass wir in einer Veränderungskultur leben: Da gab es einen Ist-Zustand (schlecht) und der sollte in einen Soll-Zustand (gut) überführt werden; das Ganze möglichst schnell, möglichst geplant und vorhersehbar (evidence-based) – und möglichst billig. In Gesprächen mit genesenen Betroffenen wurde mir hingegen immer wieder berichtet, wie wichtig es offensichtlich für den Genesungsprozess ist, den Kampf gegen die eigene Erkrankung aufzugeben, sich mit Einschränkungen auszusöhnen und nicht länger jemand anders sein zu wollen, als der, der man nun einmal (geworden) ist. Mittlerweile bin ich der Überzeugung, dass die Selbstannahme und die Bereitschaft zur Selbstverantwortung die zentralen Schlüssel für einen Recovery-Prozess bilden (**Kasten 1**).

„Ich habe 35 Jahre gegen mich selbst und meine Krankheit gekämpft. Jetzt höre ich langsam damit auf und nun wird es in mir stiller und leichter“, erzählte neulich



ein Betroffener. Ob es einem Menschen gelingt, sein Selbstwertgefühl zu bewahren und sich mit seiner psychischen Erkrankung anzunehmen, hat einen vielfältigen Einfluss darauf, wie er mit der Erkrankung umgeht. Kann ich mich der Krankheit stellen oder muss ich sie verleugnen? Hole ich mir in Krisen angemessene Hilfe? Was traue ich mir zu?

Leider fallen mir sehr viele psychisch kranke Menschen ein, denen die Annahme der eigenen Krankheitserfahrung und der mit der Erkrankung verbundenen Veränderungen nicht gelungen ist. Bei vielen von ihnen sind es gar nicht so sehr die durch die Erkrankung entstandenen Einschränkungen, die zur Belastung geworden sind und ein Hindernis für den Genesungsprozess dar-

stellen, sondern vielmehr der innere Kampf dagegen, die Selbstverurteilung, die Scham und das Festhalten daran, dass alles wieder so sein soll wie früher, also die Verleugnung der aktuellen Realität. Hier einige Beispiele:

- Eine heute 48-jährige depressionserfahrene Frau hat sich Zeit ihres Lebens gewünscht, Mutter zu werden. Sie blieb aber kinderlos, da sie lange keinen Partner fand und über viele Jahre ein sehr instabiles Leben führte. Heute lebt sie in einer Partnerschaft und ist nach langen Krisenjahren wieder in der Lage, einer bezahlten Tätigkeit nachzugehen. Sie sagt, sie komme nicht darüber hinweg, dass sie keine Kinder habe. Sie sammelt fast zwanghaft Babykleidung und Babyspielzeug. Trotz sehr großer Fortschritte wird die Klientin in der Weihnachtszeit wieder schwer depressiv.
- Ein mittlerweile 42-jähriger psychoseerfahrener Mann ist schon mehrmals akutpsychotisch erkrankt. Auch sein Vater litt an einer schizophrenen Psychose und starb vor einigen Jahren in einem psychiatrischen Pflegeheim. Der Patient

1 „Recovery zielt nicht auf ein Endprodukt oder ein Resultat. Es bedeutet nicht, dass man ‚geheilt‘ oder einfach stabil ist. Recovery beinhaltet eine Wandlung des Selbst, bei der einerseits die eigenen Grenzen akzeptiert werden und andererseits eine ganze Welt voller neuer Möglichkeiten entdeckt wird. Dies ist das Paradoxe an Recovery: Beim Akzeptieren dessen, was wir nicht tun oder sein können, beginnen wir zu entdecken, wer wir sein können und was wir tun können.“ (Patricia Deegan, Vertreterin der amerikanischen Recovery-Bewegung, 1996)

selbst ist der festen Überzeugung, nicht krank zu sein. Schon vor seiner eigenen Erkrankung verleugnete er die Krankheitserfahrung seines Vaters. Trauer über die Krankheit und den frühen Tod des Vaters hat nicht stattgefunden. Er nimmt Hilfen nicht in Anspruch, weshalb bereits mehrmals Zwangseingewisungen eingeleitet wurden.

- Ein junger Mann, der manisch-depressiv erkrankt ist, berichtet im Rahmen des betreuten Wohnens seinem Betreuer immer wieder davon, wie sehr er sich seine frühere Freundin zurückwünsche, die sich während einer Krise von ihm getrennt habe. Gedanklich ist er auch nach der Krise ständig mit seiner früheren Partnerin beschäftigt und kann sich nicht für neue Begegnungen öffnen. In einer rasch wieder auftretenden manischen Krise ist er der Überzeugung, seine ehemalige Partnerin wünsche die Beziehung fortzusetzen. Als er während der Krise eines Nachts vor ihrer Tür steht, ruft sie die Polizei. Nach der manischen Phase wird der Patient wieder schwer depressiv, seine Gedanken kreisen weiter um die Trennung und jetzt auch um die Scham über die Ereignisse in der manischen Krise.

Langjährige Mitarbeitende psychiatrischer Institutionen kennen aber ebenso Klienten, denen die Annahme der eigenen Erkrankung auf eine erstaunlich gute und respektverdienende Art gelungen ist. Diese Menschen verfügen über eine hohe Lebensqualität und ein großes Wohlbefinden, fast unabhängig von der Schwere der evtl. noch bestehenden Symptomatik. Bei ihnen scheint der Recovery-Prozess durch die Annahme ihrer Krankheitserfahrung erleichtert worden zu sein.

Was ist Annahme?

Annahme oder Akzeptanz stammt vom lateinischen Wort „accipere“ ab, was so viel bedeutet wie „empfangen, was gegeben wird“ (Luoma, Hayes und Walser 2009). Es bedeutet, die gegenwärtige Situation zunächst so anzuerkennen, wie sie ist, in-

nerlich zu sagen „Ja, so ist es“ statt „Nein, so will ich es nicht“.

Es gibt unterschiedliche Grade der Annahme. Der erste Schritt besteht darin, schlicht anzuerkennen, was ist, auch wenn ich es sozusagen „zähneknirschend“ tue. Die gegebene Situation wird noch nicht bejaht, aber in ihrem Da-Sein akzeptiert: „Ja, verdammt noch mal, mir wurde gestern gekündigt“, „Ja, meine Partnerin hat sich von mir getrennt“. Ohne dieses schlichte Anerkennen ist keinerlei Veränderung möglich. Wir kennen viele Situationen, in denen Klienten (und auch uns selbst) das Anerkennen des Gegebenen nicht gelingt. Jemand ist verschuldet und öffnet die Mahnschreiben der Gläubiger nicht. Eine ältere Klientin träumt davon, wieder ins eigene Haus einzuziehen, nachdem sie gerade ins Seniorenwohnheim umgezogen ist. Uns allen fällt es wohl schwer, zu unseren Macken zu stehen oder beispielsweise unseren eigenen Anteil an einem Streit mit einer Kollegin wahrzunehmen.

Annahme oder Akzeptanz ist mehr als das reine Anerkennen. Ich nehme dann eine Situation oder eine Eigenschaft von mir als gegeben an, ohne sie zu verurteilen. Akzeptanz bedeutet nicht, dass man die aktuelle Situation gut finden oder gar lieben muss. Es bedeutet aber, selbst zu Dingen „Ja“ zu sagen, die ich mir nicht so wünsche, wie sie sind. Diese Annahme auch des Unangenehmen nennt Marsha Linehan treffend die „radikale Akzeptanz“ (1996).

Aus einer spirituellen Perspektive gibt es darüber hinaus noch eine weitere Form der Annahme, die manchmal auch als Hingabe bezeichnet wird, und eine innere Haltung beschreibt, bei der jeglicher innerer Widerstand verschwunden ist – ganz gleich, was passiert. „Nicht mein Wille geschehe, sondern Dein Wille“, mit diesem Zitat von Jesus Christus wird in unserem Kulturkreis diese Form der bedingungslosen Hingabe beschrieben, mit der es wohl leichter ist, schwere Schicksalsschläge oder Krankheit, Alter und Tod anzunehmen.

Fälschlicherweise wird Annahme oft als Resignation und damit als das Gegenteil

von Empowerment (Knuf 2006) verstanden. Dabei bedeutet Annahme nicht, sich einer unangenehmen Situation zu fügen, ohne sich um Veränderung zu bemühen. Nach meiner Erfahrung ist der Grund für ein geringes Empowerment psychiatrierfahrener Menschen nicht das Akzeptieren ihrer Lebenssituation, sondern gerade das Nicht-Akzeptieren. Der daraus entstehende innere Kampf führt zu Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und Passivität. Menschen resignieren nicht deshalb, weil sie ihre Situation annehmen, sondern sie resignieren, weil sie ihre Situation nicht akzeptieren können und ihre Versuche, diese zu verändern, fehlgeschlagen sind. Resignation ist oft die Folge eines Festhaftens an einer nicht zu ändernden Situation. Es gelingt dann eben nicht, neue Lebensmöglichkeiten zu entdecken, wie die amerikanische Recovery-Vertreterin Patricia Deegan in ihrem Zitat, das ich oben aufgeführt habe, deutlich macht.

Aus der Annahme dessen, was ist, gelingt oft eine sehr wirkungsvolle und zielorientierte Handlung. Wer beispielsweise im Stau steht, der wird keine sinnvolle Handlungsstrategie entwickeln, wenn er den Stau nicht „annimmt“ und sich stattdessen darüber ärgert. Akzeptiert er hingegen, dass er nun mal im Stau steht, kann er ruhig überlegen, ob es für ihn die Möglichkeit gibt, eine Umleitung zu nutzen. Und selbst wenn es keine Umleitung gibt, wird er deutlich entspannter am Zielort ankommen als jemand, der den Stau innerlich nicht akzeptieren konnte und stundenlang Ärgerhormone produziert hat.

Eine Erkrankung anzunehmen bedeutet nicht, sich einzureden, dass sie irgendwie gut ist für die betroffene Person. Hinter dieser Haltung steht im Gegenteil sogar meistens ein Nicht-Akzeptieren dessen, was ist. Fast alle betroffenen Menschen wünschen sich, dass sie nicht mehr psychisch krank sind, und dieser Wunsch ist wichtig, um Veränderungsprozesse überhaupt zu ermöglichen. Annehmen bedeutet vielmehr, sich nicht als Person dafür zu verurteilen, dass man diese Erkrankung hat. Es ist eine Haltung von: „Ich weiß,

Fälschlicherweise wird Annahme oft als Resignation verstanden.

Ohne das schlichte Anerkennen ist keinerlei Veränderung möglich.



FOTO: WERNER KRÜPER

dass ich anfällig für psychische Krisen bin, aber ich verurteile mich nicht dafür. Ich bin genauso viel wert wie andere Menschen auch.“ Eine solche Haltung zu gewinnen, kann sehr schwer sein. Wem dies gelingt, der kann stolz auf sich sein und verdient den Respekt seiner Umgebung.

Herausforderungen für psychiatrienerfahrene Menschen

Psychisch kranken Menschen fällt es nicht schwerer als anderen, sich und ihre Situation anzunehmen, ihnen stellen sich vielmehr größere Herausforderungen zur Annahme als den meisten anderen Menschen (Knuf und Bridler 2008). Die Erfahrungen und Empfindungen, die es anzunehmen gilt, sind immens, und professionell Tätige machen sich diese geradezu unbeschreibliche Herausforderung oft nicht wirklich klar. Zunächst einmal müssen psychisch kranke Menschen die Symptome ihrer Erkrankung bewältigen und annehmen und die Einschränkungen, die mit ihnen verbunden sind – beispielsweise Konzentrationsstörungen als Folge längerdauernden Stimmenhörens. Neben der Bewältigung der Symptome muss die Tatsache angenommen werden, dass ich krank bin und eine bestimmte Diagnose erhalten habe („Ich bin schizophren“, „Ich habe eine Borderline-Erkrankung“).

Weiter muss die Tatsache der Behandlung angenommen werden, also die Tat-

sache, schon einmal in einer Psychiatrie behandelt, möglicherweise sogar fixiert oder zwangsmedikamentiert worden zu sein. Schmerzlich ist die Erfahrung der erlittenen Verluste (Arbeitsplatzverlust, Trennung von Lebenspartnern usw.) und die Bewältigung des „ungelebten Lebens“. Unter ungelebtem Leben lässt sich all das verstehen, was jemand aufgrund seiner Erkrankung nicht leben konnte, etwa die Gründung einer Familie mit Kindern oder der Aufbau einer beruflichen Karriere usw. Ich kann hier nur andeuten, welche unglaubliche Herausforderung sich darin verbirgt, diese Grenzen anzunehmen, nicht zu hadern, zerbrochene Lebensentwürfe loszulassen und andere Lebensperspektiven zu entwickeln. Während die Coping-Forschung und -Arbeitsweise der konventionellen Psychiatrie vor allem darauf ausgerichtet ist, mit Symptomen zurechtzukommen, zeigt sich im Recovery-Ansatz, dass zur Gesundung die Bewältigung von Verlusten, Einschränkungen, sozialen Ausgrenzungen usw. oft viel zentraler ist. Gerade die Annahme von Verlusten und des ungelebten Lebens ist für viele Menschen eine Herausforderung, der sie ohne Unterstützung nicht gewachsen sind.

Beispiel: Selbststigmatisierung

Selbststigmatisierung ist die negative Beurteilung der eigenen Person aufgrund einer psychischen Erkrankung. Ob sich

jemand selber stigmatisiert, scheint von zwei Faktoren abzuhängen (Corrigan und Watson 2002). Zum einen muss sich der Betroffene mit der stigmatisierten Gruppe identifizieren („Die reden schlecht über schizophrene Menschen. Ich hab auch diese Diagnose, also meinen die auch mich“). Zum anderen muss er die stigmatisierenden Einschätzungen für berechtigt halten, er muss also selber auch von ihrem Wahrheitsgehalt überzeugt sein („Na klar kann man schizophrenen Menschen nichts zutrauen“). Nur wer von diesen beiden Annahmen überzeugt ist, wird sich selber stigmatisieren. Alle anderen verhalten sich entweder indifferent gegenüber Stigmatisierungen („Ist mir doch egal, was die über Schizophrene sagen, ich gehöre ja nicht dazu“) oder sind über die Stigmatisierung empört („Das stimmt doch gar nicht, was da über psychisch Kranke gesagt wird“). Studien zeigen (Schöny et al. 2004), dass die Stigmatisierungstendenz Betroffener anderen Betroffenen gegenüber nicht geringer ist als beispielsweise die von Medizinstudenten gegenüber psychisch Kranken. Damit ist die Gefahr der Selbststigmatisierung sehr groß.

Eine besonders häufig vorkommende Folge der eigenen psychischen Erkrankung sind Schamgefühle. Es gibt zahlreiche Gründe für Schamgefühle bei psychisch beeinträchtigten Menschen. Der Betroffene kann sich dafür schämen, dass er überhaupt psychisch erkrankt ist. Weiter können Schamgefühle auftreten aufgrund des Verhaltens während der akuten Krisenzeit, vor allem bei Erinnerungslücken oder bei aggressivem oder moralisch zweifelhaftem Verhalten. Große Schamgefühle verursacht auch die Tatsache, in einer psychiatrischen Klinik gewesen zu sein, besonders dann, wenn es dort zu Gewalt- und Zwangsmaßnahmen kam. Schamgefühle sind völlig normal und treten zumeist erstmals dann auf, wenn jemand aus seiner psychotischen Welt wieder auftaucht. Sie zeigen dann, dass der betroffene Mensch wieder in der Lage ist, sich in andere Menschen hineinzuversetzen. In dieser Phase sind sie damit eigentlich Zeichen dafür, dass jemand seine psychotische Krise überwunden hat, sie verdienen damit eine Wahrnehmung und positive Würdigung. Wenn sie länger an-



FOTO: WERNER KRÜPER

halten, haben sie jedoch zahlreiche negative Folgen. Wenn wir uns schämen, würden wir am liebsten vor Scham im Boden versinken, möchten uns den Blicken der anderen entziehen, ja geradezu unsichtbar sein. Vor Scham kann man sich verstecken, sich von anderen zurückziehen, was bis zur sozialen Isolierung reichen kann. Diese typischen Schamreaktionen treten natürlich auch bei Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. mit Psychiatrieerfahrung auf. Teilweise haben diese Reaktionsweisen große Ähnlichkeit mit Symptomen der auslösenden psychischen Erkrankung und werden daher manchmal damit verwechselt. Zieht sich jemand von seiner Umwelt zurück aufgrund einer psychotischen Erkrankung und der damit verbundenen Negativsymptomatik? Oder ist der Rückzug Folge der ihn belastenden Schamgefühle? Dies klar zu unterscheiden, ist kaum möglich. Die klassische Psychiatrie ist aber schnell versucht, entsprechende Verhaltensweisen zu pathologisieren und als Teil einer psychiatrischen Erkrankung zu interpretieren.

Selbststigmatisierung ist die auf die eigene Person projizierte Fremdstigmatisierung, insofern ist Fremdstigmatisierung immer zuerst da und wird dann sekundär zur Selbststigmatisierung. Daher liegt es

nahe zu glauben, man müsse lediglich die Fremdstigmatisierung bekämpfen, wenn man etwas für von Stigmatisierung betroffene Menschen tun möchte. Für den einzelnen Betroffenen verhält es sich aber genau umgekehrt: Fremdstigmatisierung wirkt nur, wenn sich der betroffene Mensch selbst auch stigmatisiert, andernfalls lassen ihn die Zuschreibungen der Umgebung relativ unberührt. Es gibt in unserer Gesellschaft auch Gruppen, die zwar von außen stigmatisiert werden, sich aber selbst nicht stigmatisieren und daher gegenüber der Fremdstigmatisierung relativ immun sind. Dies gilt beispielsweise für Mitglieder sogenannter Sekten oder für große Teile der Schwulen- und Lesbenbewegung. Daher ist es wichtig, Klienten eine Hilfe bei der Überwindung ihrer Selbststigmatisierung zu geben (Knuf 2006). So eine Unterstützung sollte etwa

in psychoedukative Programme integriert werden, wie das in den USA bereits geschieht. Im Einzelkontakt kann Klienten zudem geholfen werden, ihre individuellen Stigmaüberzeugungen, mit denen sie aufgewachsen sind, kritisch zu hinterfragen, um sie nicht gegen sich selbst zu wenden. Konkrete Fragen hierzu können beispielsweise sein: Mit welchen stigmatisierenden Überzeugungen gegen-

über psychisch kranken Menschen sind sie aufgewachsen? Was denken sie über andere psychisch kranke Menschen?

Achtsamkeits- und annahmeorientierte Behandlungsansätze

Vor allem in den humanistischen Therapiemethoden hat die Akzeptanz des Gegebenen schon seit jeher eine große Rolle gespielt. Im Psychiatriekontext haben sich vor allem die anthropologischen Ansätze um ein Verständnis und damit auch um die Annahme psychischer Erkrankungen bemüht, ohne jedoch den Mainstream der Psychiatrie maßgeblich beeinflussen zu können. Seit den 1980er-Jahren wurden in den USA Behandlungsmethoden entwickelt, die auf das Annehmen dessen, was ist, abzielen. Mittlerweile beeinflussen diese Ansätze auch die Psychiatrie im deutschsprachigen Raum maßgeblich (Michalak und Heidenreich 2004). Diese sogenannten achtsamkeits- und annahmeorientierten Behandlungsmethoden gehen ursprünglich auf das buddhistische Konzept der Achtsamkeit zurück, wie es schon Buddha vor 2500 Jahren beschrieben hat. Achtsamkeit lässt sich folgendermaßen definieren (Anderssen-Reuster 2007): „Achtsamkeit ist ein Prozess, bei dem die Aufmerksamkeit nicht-wertend auf den gegenwärtigen Augenblick gerichtet ist. Sie nimmt wahr, was ist, und nicht, was sein soll. Das heißt:

Sie ist einerseits nüchtern, real, desillusionierend, andererseits annehmend, integrierend, und vielleicht sogar auf mütterliche Weise liebevoll.“

Zentral ist in diesen Ansätzen also nicht eine

Veränderung, sondern die Annahme des gegenwärtigen Moments und dessen, was momentan ist. Menschliches Leid resultiert nach buddhistischem Verständnis nicht aus den Widrigkeiten des Lebens, sondern aus der Ablehnung der Menschen gegenüber dem Gegebenen. Maßgeblich zur Entwicklung und Verbreitung dieser Ansätze beigetragen hat Jon Kabat-Zinn, der bereits vor über 25 Jahren ein praktikables Acht-Wochen-Programm zur Förderung von Achtsamkeit entwickelte (Kabat-Zinn 2006) und dies zunächst bei Patienten mit Stressstörungen praktizierte. Im Psychatriebereich hielt das Achtsamkeitskonzept durch die Dialektisch-Behaviorale-Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Erkrankung Einzug, die heute wohl weltweit verbreitetste Therapiemethode bei Menschen mit Störungen der Emotionsregulation. In diesem Ansatz spielen Achtsamkeitsübungen eine zentrale Rolle. In den letzten 15 Jahren wurden Konzepte für weitere Störungsbilder erarbeitet, so für Angststörungen oder Sucht.

Speziell zur Behandlung von Menschen mit Depressionen wurde die „Mindfulness Based Cognitive Therapie“ (MBCT) entwickelt, auf Deutsch „Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie“. Auch dieses Programm dauert acht Wochen, enthält ebenfalls Achtsamkeitsmeditationen und fördert eine annehmende Grundhaltung sich selbst und dem Gegebenen gegenüber. Daneben werden Informationen über Depressionen vermittelt sowie Techniken, die helfen, sich von typischen depressiven Gedanken zu distanzieren. Die bisher gebräuchliche kognitive Verhaltenstherapie hat den Klienten vermittelt, schädliche (negative) Gedanken durch positive Gedanken zu ersetzen, die Gedanken also nicht anzunehmen, sondern ihnen beispielsweise durch „Stopp-Befehle“ beizukommen. Die achtsamkeitsbasierte Depressionstherapie vermittelt hingegen,

Zentral ist nicht eine Veränderung, sondern die Annahme des gegenwärtigen Moments.

die negativen Gedanken zu beobachten, diese aber nicht zu bewerten und sich vor allem nicht mit ihnen zu identifizieren. Die trainierten Methoden zielen nicht in erster Linie auf Veränderung, sondern auf Akzeptanz – und zwar zunächst eine Akzeptanz im Kleinen, die in herausfordernden Situationen eine Akzeptanz im Großen erleichtert. Studien zeigen, dass die Rückfallhäufigkeit von Menschen, die bereits mehrere depressive Krisen hatten, durch das MBCT-Programm um etwa 50% abnimmt.

Seit Kurzem liegen auch Manuale vor, die sich gerade im pflegerischen Alltag gut integrieren lassen und vor allem Anregungen für die Arbeit im Gruppen bieten (Boden und Rolke 2008). Außerdem gibt es leicht verständliche Einführungen für Klienten (Knuf 2010, Williams et al. 2009).

Beispiel: ACT in der Psychosebehandlung

Anhand des Beispiels von Menschen mit Psychoseerfahrung möchte ich zeigen, wie eine annahmeorientierte therapeutische Arbeit aussehen kann. Die „Acceptance and Commitment Therapy“ (ACT), die in den USA bereits sehr verbreitet ist, hat mittlerweile ihre Methoden speziell für die Arbeit mit psychoseerfahrenen Menschen angepasst und ihre Wirksamkeit bereits belegt (Bach 2004).

Von der klassischen Psychiatrie werden Symptome wie akustische Halluzinationen oder wahnhaftige Überzeugungen als Ausdruck einer schweren psychischen Erkrankung interpretiert und gelten oft als nicht einführbar. Von der ACT werden sie nicht in dieser Form beurteilt, sondern als extreme Formen von Phänomenen betrachtet, die jeder-

mann kennt, nämlich sich in bestimmte Gedanken einzuspinnen, die sich nicht mit der Realität decken. Die Überzeugung „Mein Arbeitskollege mag mich nicht, er ist immer so kurz angebunden, wenn er mit mir spricht“ und die wahnhaftige Überzeugung, dass mich der Arbeitskollege vergiften will, unterscheiden sich nicht

qualitativ, sondern nur in ihrer Intensität. In beiden Fällen hält der Betroffene einen Gedanken für die Realität und kann nicht mehr erkennen, dass es sich lediglich um einen Gedanken und nicht um eine Tatsache handelt. Psychoseerfahrene Menschen machen also eine Erfahrung, die in milder Ausprägung eigentlich jeder kennt.

Als das eigentliche Problem wird nicht der Gedanke oder die wahnhaftige Überzeugung an sich betrachtet, sondern wie mit ihnen umgegangen wird. Tauchen außerhalb einer akuten Krise milde psychotische Empfindungen auf, so versuchen Betroffene oft, diese zu ignorieren, sich abzulenken und sich nicht mit den Überzeugungen zu beschäftigen, sie also nicht anzunehmen. Dementsprechend werden sie oft gegenüber Fachpersonen auch nicht kommuniziert, etwa weil ein psychoseerfahrener Mensch befürchtet, dass die Medikation erhöht wird, wenn er seinem behandelnden Arzt von den wieder aufkommenden Stimmen berichtet. Diese Vermeidung ist aber nicht die Lösung, sondern das eigentliche Problem. Das Nicht-Wahrnehmen-Wollen von Frühwarnzeichen erhöht die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Krise. Rückzugsverhalten und der starke Konsum etwa von Kaffee, Alkohol oder Zigaretten ersetzen die akutpsychotische Symptomatik und behindern den Genesungsprozess.

Annahme hingegen würde bedeuten, dass die psychotischen Symptome nicht länger ignoriert oder verdrängt würden, sondern wahrgenommen und anerkannt werden könnten. In der Therapie wird ver-

Der Betroffene hält einen Gedanken für die Realität und kann nicht mehr erkennen, dass es sich nicht um eine Tatsache handelt.

sucht, die hinter den psychotischen Überzeugungen stehenden Empfindungen wahrzunehmen. Beispielsweise wird versucht, dem Klienten zu helfen, die Ängste oder den Ärger zu spüren, die sich hinter der Überzeugung befinden, der Arbeitskollege wolle den Betroffenen vergiften. Außerdem wird versucht, die Identifikation oder „Fusion“ mit den gedanklichen Überzeugungen aufzulösen und eine Distanzierung zu bewirken. Dazu sind verschiedenste Techniken entwickelt worden. Achtsamkeitspraxis und Meditation bewirken zudem einen inneren



FOTO: WERNER KRÜPPEL

Menschen ist eine sehr kraftvolle Energie, die Veränderung und auch Gesundheit ermöglicht. Das Sich-angenommen-fühlen durch die Menschen des Umfeldes hilft dem Betroffenen, sich selber anzunehmen. Es gilt: „Wenn andere

mich so annehmen, wie ich bin, dann ist es für mich viel leichter, mich selber so anzunehmen, wie ich bin.“ Und umgekehrt gilt wohl auch: „Wenn andere mich bewerten, verurteilen, dann bewerte und beurteile ich mich selber auch.“

Mit Annahme ist übrigens nicht gemeint, am anderen alles zu mögen. Ich arbeite beispielsweise lieber mit einem Klienten, der selber an der Lösung seiner Probleme arbeitet, anstatt sich bei mir nur über sein Umfeld zu beklagen. Annahme bedeutet, keine Verurteilung für diese Verhaltensweisen zu haben, dabei aber durchaus zu sehen, dass diese beispielsweise schädlich für den weiteren Gesundheitsprozess des Klienten sind.

In unserer professionellen Rollenidentität bemühen wir uns natürlich um eine annehmende Grundhaltung. Ebenso wie wir versuchen, ressourcenorientiert oder nutzerorientiert zu arbeiten, so möchten wir dem anderen auch mit Wertschätzung und Akzeptanz begegnen. Doch wenn wir ehrlich sind, stellen wir fest, dass wir natürlich sehr wohl Beurteilungen treffen und negative Gefühle haben: Wir sind genervt, verärgert, ungeduldig oder unterdrücken diese Impulse und werden dann vielleicht gelangweilt, unengagiert oder maskenhaft. Studien zeigen uns beispielsweise, dass Fachpersonen psychisch kranke Menschen in ähnlicher Weise stigmatisieren wie es die Bevölkerung tut, und dass im psychiatrischen Kontext gesunde Menschen schnell für krank gehalten werden, also sogar eine überdurchschnittliche negative Bewertung stattzufinden scheint (Lauber et al. 2006).

Annahme können wir uns nicht vornehmen. Wir können nicht an einer zweitägigen Fortbildung teilnehmen und anschließend wissen wir, wie es funktioniert, die anderen Menschen anzunehmen. Annah-

me ereignet sich eher, wenn bestimmte Bedingungen gegeben sind. Wir können viel tun, um eine annehmende Grundhaltung bei uns zu ermöglichen, aber wir können sie nicht machen. Zentral für die Annahme der

anderen scheint die Akzeptanz der eigenen Person zu sein. Daher sind Selbsterfahrung und die Reflexion der eigenen Bewertungsprozesse vielleicht die wichtigsten Elemente, um andere Menschen annehmen zu können. Es ist hilfreich, in Teams eine Kultur der Annahme zu praktizieren, in der sich die Mitarbeitenden untereinander und von den Vorgesetzten wertgeschätzt und angenommen fühlen. Es gilt: „Wenn ich mich als Mitarbeitender angenommen fühle, dann ist es für mich viel leichter, meine Klienten anzunehmen.“ Zentral ist auch die Wahrung unserer eigenen Belastungsgrenzen und zwar sowohl im dienstlichen wie auch im privaten Bereich. Wenn wir dauerhaft überfordert sind, geraten wir schnell in eine übermäßig beurteilende Haltung und können dann mit schwierigen Situationen und herausfordernden Klienten nicht mehr gelassen umgehen. Die annahme- und achtsamkeitsbasierten Therapiemethoden verstehen sich nicht nur als Unterstützung für Klienten, sondern ebenso für Helfende. Regelmäßige Achtsamkeitspraxis bewirkt eine gelasseneren und weniger bewertende Grundhaltung, im Privaten wie Beruflichen. Teams, die sich um eine annahmeorientiertere Grundhaltung bemühen, empfehle ich zunächst kritisch zu reflektieren, wann ihnen Annahme

nicht gelingt: Welche Klienten kann ich nicht leiden und warum? Welche Eigenschaften welcher Klienten bringen mich an meine persönlichen Grenzen/machen mich wütend usw.? Wodurch stigmatisieren wir psychisch kranke Menschen? Ich gebe diese Empfehlung, weil die Gefahr besteht, dass Teams ihr eigenes Profi-Image mit einer „Das machen wir doch schon ganz gut“-Haltung zu beruhigen versuchen und sich dann mit dem Thema nicht wirklich

Achtsamkeitspraxis und Meditation bewirken zudem einen inneren Abstand zu gedanklichen Überzeugungen.

Wir sind genervt, verärgert, ungeduldig oder unterdrücken diese Impulse.

Abstand zu gedanklichen Überzeugungen. So werden Gedanken oder Halluzinationen als das erkannt, was sie sind, nämlich einfach nur Gedanken oder die Illusion einer Sinneswahrnehmung.

Studien zeigen, dass Klienten, die an der ACT-Therapie teilnehmen, eher von Symptomen berichten. Sie verbergen diese nicht mehr und nehmen sie besser wahr. Gleichzeitig haben sie aber eine größere innere Distanz zu Wahngedanken und Halluzinationen und können diese länger als solche erkennen.

Wie lässt sich Annahme im pflegerischen Alltagshandeln fördern?

Um unseren Klienten die Selbstakzeptanz und die Annahme ihrer Lebenssituation zu erleichtern, sind sowohl eine annahmeorientierte Grundhaltung wie auch konkrete Methoden hilfreich.

Wenden wir uns zunächst der Grundhaltung zu: Wohl jeder Mensch weiß aus Krisen- oder Krankheitszeiten, wie hilfreich es ist, wenn man sich von seinem Umfeld angenommen fühlt. Es ist eine der tiefsten Sehnsüchte des Menschen, so angenommen und akzeptiert zu werden, wie er ist. Annahme durch uns selber und durch andere

konfrontieren. Ich empfehle auch dringend, das Thema auf eine möglichst persönliche Art und Weise zu reflektieren: Was an mir kann ich annehmen? Was nicht?

Neben einer annahmeorientierten Grundhaltung gibt es auch viele konkrete Methoden, die Klienten bei der Akzeptanz dessen, was ist, unterstützen. Als ein Beispiel möchte ich hier die Trauerarbeit vorstellen, die erforderlich ist, um real erlittene Verluste oder ungelebtes Leben zu bewältigen und die gegenwärtige Situation annehmen zu können.

Trauer beschreibt einen emotionalen Prozess, eine Loslösung von etwas Verlorenem. Sie wird gemeinhin mit dem Verlust von Menschen in Verbindung gebracht, aber wir müssen ebenso trauern um Dinge, Lebensphasen, Lebenschancen, Träume, soziale Kontakte usw., die wir verloren haben. Es gibt wohl keinen Genesungsweg ohne Trauer und deshalb dürfte es auch keine psychiatrische Arbeit geben ohne Trauerunterstützung. Wenn Trauer nicht gelingt, scheitert die Genesung. Betroffene bleiben dann an ihre Vergangenheit gebunden („Alles soll wieder so sein wie früher“) und können sich nicht für Neues öffnen. In meinen Augen ist Trauer eines der großen Tabus der gegenwärtigen Psychiatrie. Klienten fällt es oft sehr schwer, ihre Trauer zuzulassen und mir scheint, dass das Hilffsystem sich dieser Trauerverleugnung anschließt. Anders jedenfalls kann ich mir die geringe Sensitivität von uns Fachpersonen für dieses Thema nicht erklären. Ein sehr erfahrener Psychiatriepfleger berichtete mir, dass ihm während seiner Ausbildung vermittelt worden sei, er solle einen schizophrenerkrankten Menschen nie auf die durch die Erkrankung erlittenen Verluste ansprechen, da er sonst Suizidimpulse schüren würde. Aus Angst vor dem beim Klienten aufkommenden Schmerz wird dieses Thema also tabuisiert, allerdings zu einem enormen Preis: Wenn Trauerprozesse nicht gelingen, kommt es zu einer chronischen Trauer, die mit zahlreichen negativen Folgen verbunden ist, beispielsweise sozialem Rückzug, Zukunftsverschllossenheit, depressiver Symptomatik. Hinzu kommen iatrogene Faktoren, die Trauerprozesse erschweren. So steht zu befürchten, dass viele Psychopharmaka, die einen

emotional-dämpfenden Effekt haben, Trauerprozesse behindern. Außerdem besteht die Gefahr, dass im psychiatrischen Kontext Symptome eines natürlichen Trauerprozesses – wie beispielsweise starke Emotionen und ein schneller und häufiger Wechsel von Gefühlen – pathologisiert werden. Fachpersonen sollten sich der Wichtigkeit von Trauer im Genesungsprozess bewusst sein. Sie sollten wissen, woran Trauerprozesse

Wenn Trauer nicht gelingt, scheitert die Genesung.

erkannt und wie sie hilfreich begleitet werden können. Trauerbegleitung ist nicht in erster Linie handlungsorientiert, es geht vielmehr um ein gemeinsames Aushalten und Tragen des Schmerzes – und das unter Umständen über einen längeren Zeitraum. Doch gerade dieses passiv erscheinende Mittragen fällt uns in einem auf Veränderung und Effektivität ausgerichteten Arbeitsalltag oft sehr schwer. Es gelingt nur, wenn wir uns emotional von unseren Klienten berühren lassen, was wiederum die Unterstützung innerhalb des Teams und eine hinreichende eigene Psychohygiene voraussetzt.

LITERATUR

- 1 Anderssen-Reuster U (Hrsg.). Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik, Schattauer, Stuttgart. 2007
- 2 Bach P. ACT with the Seriously Mentally Ill. In: Hayes S, Strosahl K. A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. 2004. 185–208
- 3 Boden M, Rolke D. Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen. Psychiatrie-Verlag, Bonn. 2008
- 4 Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practise*, 2002; 9: 35–53
- 5 Deegan P. Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1996; 19/3: 91–98
- 6 Kabat-Zinn J. *Gesund durch Meditation*. Fischer, Frankfurt. 2006
- 7 Knuf A. Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus. Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. *Soziale Psychiatrie*, 2004; 1

- 8 Knuf A. *Empowerment und psychiatrische Arbeit*. Psychiatrie-Verlag, Bonn. 2006
- 9 Knuf A, Bridler S. *Recovery konkret*. Psychosoziale Umschau, 2008; 4: 26–29
- 10 Knuf A. *Ruhe da oben! Der Weg zu einem gelassenen Geist*. Arbor, Freiburg. 2010
- 11 Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scand*, 2006; 113: 51–59
- 12 Linehan M. *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. CIP-Mediendienst, München. 1996
- 13 Luoma J, Hayes S, Walser R. *ACT-Training. Acceptance & Commitment Therapie: ein Handbuch*. Junfermann, Göttingen. 2009
- 14 Michalak J, Heidenreich T. *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie*. Ein Handbuch. Dgvt, Tübingen. 2004
- 15 Segal Z, Williams M, Teasdale J. *Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression*. Dgvt, Tübingen. 2008
- 16 Schöny W, De Col C, Grausgruber A, Meise U. Die österreichische Antistigmakampagne. In: Gabel W, Möller H-J, Rössler W (Hrsg.). *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung*. Kohlhammer, Stuttgart. 2004. 265–285
- 17 Williams M, Teasdale J, Segal Z. *Der achtsame Weg aus der Depression*. Arbor, Freiburg. 2009



Andreas Knuf

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassener Psychotherapeut. Langjährige Tätigkeit im Psychiatriebereich, zahlreiche Veröffentlichungen

gen zu Empowerment, Recovery und Borderline. Im Herbst 2010 ist sein neues Buch „Ruhe da oben! Der Weg zu einem gelassenen Geist“ (Arbor-Verlag) erschienen.

Kontaktadresse:

Praxengemeinschaft am Bodanplatz
Bodanplatz 3
78462 Konstanz
Tel.: 07531-1224979
andreas.knuf@gesundungswege.de
www.gesundungswege.de

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0030-1266765
Psych Pflege 2010; 16: 241-247
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York · ISSN 0949-1619