

VASK

Nachrichten Nr. 11



Inhalt:

1. Editorial
3. Und wer hilft uns?
7. Mein Weg in die Gesundheit
11. Aktionsbündnis psychische Gesundheit, Schweiz
13. Schlafapnoe
14. Moderne Marktforschung
16. «Drehtür-Psychiatrie» ein Mythos
18. Sprache und Eigenverantwortung
20. Depression und Angststörungen, unterschiedliche
und gemeinsame Symptome
21. Unterschiede in Partnerpräferenzen
24. Zwangsstörungen
27. Angst um den Arbeitsplatz
34. Neustart im Dachverband
37. Warum ich mich bei der VASK engagiere

Impressum

VASK Nachrichten Ausgabe Nr. 11

Teilgesponsert durch ASTRA Zeneca

Illustrationen: Esther Emmel[†]

September 2013

Redaktion: VASK Zürich

Druck: Arbeitszentrum am See, Wädenswil / Auflage: 1'200

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser



Ein Schwerpunktthema in dieser Nummer sind Begriffe und Symptome einiger psychopathologischer Phänomene.

Als Angehörige haben wir im Vergleich zur sonstigen Bevölkerung in der Regel bereits überdurchschnittliche Kenntnisse. Trotzdem meinen wir, ist ein tieferer Einblick, eine Repetition lohnend und aufschlussreich.

Desgleichen verhält es sich mit dem Weckruf eines verzweifelten Angehörigen aus Deutschland an die Öffentlichkeit. Seine Schilderungen, Erlebnisse, seine Nöte und Sorgen sind uns bestens und schmerzlich bekannt. Er spricht uns aus dem Herzen, wir fühlen und solidarisieren uns mit ihm.

Die neudeutschen Worte wie «Recovery» und «Peers» sind aktuelle Begriffe, welche gegen das Vorurteil «einmal krank, immer krank» ankämpfen. Insbesondere macht sich pro mente sana dafür stark. Die Mitbeteiligung von «Peers» bei deren Anlässen zeigt, dass viele ehemals psychisch Beeinträchtigte wieder gesund werden können und nicht alleine dass; als Gesundete sind sie besonders geeignet, Kranke zu betreuen.

Wir haben das Privileg, dass eine Betroffene, eine «Peer» sich in dieser Ausgabe zu Worte meldet, offen ihre Geschichte erzählt, alle Stationen ihrer gehabten Krankheit und der Gesundung offen darlegt, auch der schwierige Weg mit den Behörden, die Kämpfe mit den Versicherungen authentisch aufzeigt. Dafür zollen wir ihr Respekt.

Ebenfalls nicht selbstverständlich ist die ehrliche Hinterfragung eines Psychiaters bezüglich seiner Sprache und deren Umgang mit den Patienten. Er stellt fest, dass die Pflegenden, die Ärzte sprachlich oft noch im alten Muster der Bevormundung verhar-

ren, obwohl die moderne Psychiatrie eine Haltung lehrt, welche auf Eigenverantwortung und Selbstbestimmung des Patienten setzt. «Durch die Sprache wird eine Haltung deutlich» ein Satz in diesem Artikel der besticht.

Hand auf's Herz, haben Sie nicht auch schon zwei- oder dreimal nachgesehen ob Sie Ihre Haustüre abgeschlossen haben, sich dabei selber ertappt bei der nochmaligen Kontrolle des Vorhandenseins Ihres Portemonnaies? Ich zum Beispiel habe nach dem Diebstahl meiner Handtasche, dessen Inhalt mir fast das «halbe Leben» bedeutete, des öfteren mich vergewissert, ob mein Ersatzschlüsselbund wirklich noch da ist, im Tram und Bus meine Tasche mit Argusaugen beobachtet. Leide ich deshalb an einer Zwangsstörung? Kaum, wir alle denke ich, können in Situationen oder in einer Phase der Verunsicherung mehrmals etwas kontrollieren. Diese Kontrolle hat aber nichts zu tun mit dem in diesem Heft beschriebenen Leiden von Menschen. Sie ist keinesfalls vergleichbar mit einer Zwangsstörung, welche den ganzen Menschen in seinem Tun beherrscht und schwer belastet.

Wir können einen positiven Neubeginn des Dachverbandes VASK Schweiz verzeichnen. Nach einer Krise und dem Rücktritt des Dachverbandspräsidenten haben sich mehrere regionale, kantonale VASKen zur Mitarbeit im Dachverband bereit erklärt. Der Schlüssel dazu ist die Erkenntnis, dass das Mitmachen eine unabdingbare Voraussetzung für das Gedeihen und den Zusammenhalt aller VASKen ist. Mehr über Sinn und Zweck des Dachverbandes und vieles Andere mehr, lesen Sie in dieser Ausgabe.

Der Vizepräsident der VASK Zürich, Ralf Eschweiler, muss sich leider wegen familiärer Belastung bis zur GV 2014 von seinem Amt dispensieren lassen, was bedauerlich aber verständlich ist. Bis dahin stellen sich folgende Vorstandsmitglieder als Ansprechpersonen zur Verfügung. Es sind dies: Felix Uttinger und Geni Gomringer.

Für die Redaktion: Ruth Dual

Und wer hilft uns? Fragen über Fragen!

Die Angehörigenvereinigung Kempten-Oberallgäu, APK-Deutschland, hat sich mit einer mehrseitigen Schrift an die Öffentlichkeit gewandt und verschiedene Problemkreise angesprochen, respektive Fragen, Wünsche und Hoffnungen formuliert, welche Angehörige tagtäglich beschäftigen. Ziel dieser Aktion war ein Plädoyer für ein verbessertes Verständnis der Bürger und der Politik gegenüber der Situation von Angehörigen. (Anmerkung der Redaktion)

Nachstehend Ausschnitte daraus:

Zu den Belastungen im Alltag

Können Sie sich vorstellen, wie das ist, wenn sie mit einem lieben angehörigen Menschen zusammenleben müssen,

- der immer wieder von tiefster Mut- und Hoffnungslosigkeit befallen, von panischen Ängsten überwältigt, von quälenden Vorstellungen gepeinigt wird
- der in seinem Lebensrhythmus gestört, die Nacht zum Tag und den Tag zur Nacht macht, so dass Sie nie zur Ruhe kommen
- der sich wie eine Klette an Sie hängt, für den Sie unablässig Haltepunkt und Klagemauer sein sollen
- der sich zugleich gegen diese Abhängigkeit wehrt, für den Sie Aggressionsobjekt und Sündenbock sind, der Ihnen endlos immer die gleichen Vorwürfe macht
- der viel häufiger in Untätigkeit verharrt, herumliegt und -sitzt, vor sich hinstarrt, sich auf keine Tätigkeit konzentrieren kann, vor Ihren Augen abstumpft und versackt
- der umgekehrt, sich in einer Phase ganz toll und überlegen fühlt, hemmungslos redet und Pläne schmiedet, sein Geld hinauswirft, Schulden macht
- bei dem Sie, wenn er eine Arbeitsstelle hat, jeden Morgen zittern, ob er überhaupt aufsteht und zur Arbeit geht, ob

er sie aus plötzlicher Entmutigung hinwirft, ja ob er wieder nach Hause kommt

Können Sie sich vorstellen wie das ist,

- wenn Sie kaum aus dem Haus gehen, jedenfalls nicht zu zweit fortgehen können (und sich dabei schon glücklich schätzen dürfen, wenn Sie noch zu zweit sind)
- wenn Sie nicht wissen, wie Sie Ihren Kranken behandeln sollen, ob streng wie ein ungezogenes Kind, ob duldsam, weil er doch nichts dafür kann, wenn Sie darüber von Experten keine oder widersprüchliche Ratschläge erhalten
- wenn Sie sich immer von neuem quälen, ob Sie dieses oder jenes falsch gemacht hätten
- wenn sie immer stärker Ihre Hilflosigkeit erleben, gerade als Angehöriger auf Grenzen des Helfenkönnens stossen, weil die gewachsenen Bindungen zu eng sind, weil in der gemeinsamen Wohnung dem Kranken «die Decke auf den Kopf fällt»
- wenn Sie vom ständigen Auf und Ab zwischen neuer Hoffnung und bitterer Enttäuschung allmählich zermürbt werden und doch nicht verzweifeln dürfen, von glücklichen Besserungen hören und Rückfälle erdulden müssen
- wenn hinter all dem die grösste Sorge steht – und Angehörige psychisch Kranker sind in der Regel schon ziemlich alt: Was wird sein, wenn wir nicht mehr leben

Wenn Sie sich das einigermaßen vorstellen können, dann verstehen sie unsere Fragen:

WER HILFT MIR HELFEN? WER HILFT MIR?

- warum gibt es keine dauernd einsatzbereiten Kriseninterventionsdienste
- warum gibt es nicht mehr gemeindliche Hilfsdienste überhaupt, die Hausbesuche machen, uns Angehörige unterstützen

- warum gibt es nicht die Erholungshilfe für Angehörige, die Kurzzeitunterbringung zu ihrer zeitweiligen Entlastung
- warum gibt es nicht mehr Wohngemeinschaften, ein differenziertes Wohnangebot bis hin zur Einzelwohnung mit jeweils angemessener Betreuung

Und alle diese Fragen stellen Sie mit besonderem Nachdruck, wenn Sie auf dem **LANDE** wohnen.

Zu den Problemen in der Öffentlichkeit

Manche von uns erfahren Hilfe von guten Verwandten und Freunden. Diese gibt es aber nicht überall, häufig treffen wir:

- auf Aussenstehende, die ein Nicht-Können für Faulheit, eine isolierte Wahnidee für ein allgemeines «Spinnen» halten, die spöttisch von der «Klapsmühle» reden
- auf Menschen, die in der Zeitung von einem kranken Gewalttäter lesen, die ihr Bild vom psychisch Kranken danach formen und nicht wissen, dass auf einen viele tausende Kranke kommen, die still leiden und niemandem gefährlich werden
- auf Bekannte, die bei einem Besuch sich wundern, dass der angeblich Kranke doch so nett und vernünftig geredet habe, es also nicht so schlimm um ihn stehen könne und nicht miterleben, was sich nach ihrem Weggang abspielt

Zu den Erfahrungen mit Ärzten, Kliniken

Wir bewundern ihren Einsatz und erfahren oft viel Verständnis. Wir erleben aber auch,

- dass sie uns die Auskunft verweigern, obwohl wir es sind, die letztlich für den Patienten sorgen, ihn verantwortlich vertreten müssen
- dass ein Arzt zwar ins Haus kommt, wenn ein Patient wegen Fieber nicht aufstehen kann, nicht aber, wenn er wegen einer Depression oder einer Wahnidee in weit stärker-

- rem Masse gehindert ist, das Haus zu verlassen
- dass wir nicht rechtzeitig über eine bevorstehende Entlassung informiert werden, oder dass plötzlich der Kranke zum Wochenendurlaub vor der Tür steht
 - dass er, mit Medikamenten gestützt, aus der Klinik entlassen wird und doch noch nicht selbständig in Freiheit leben kann

Dann verstehen Sie unsere Fragen:

- warum können Angehörige nicht enger einbezogen und besser informiert werden
- warum gibt es nicht mehr Therapieplätze
- warum gibt es nicht mehr Übergangseinrichtungen und -hilfen

*Menschen, die an die Menschen glauben,
sind eine Kraft für sie.
Sie brauchen kein Wort zu reden.
Sie strahlt aus ihnen heraus
und ist die grösste Hilfe, die einem Menschen
von Menschen zuteil werden kann.*

Albert Schweizer

*Mit allem was lebt, sind wir durch
Wesensverwandtschaft und Schicksalsgemeinschaft
verbunden.*

Albert Schweizer

Mein Weg in die Gesundheit

Persönliche Stationen der beruflichen Reintegration einer Betroffenen.

Vor etwas mehr als 3 Jahren hatte ich meinen Zusammenbruch und erhielt die Diagnose sehr schwere Depression mit Angststörungen. Lesen Sie nachstehend meine Schilderung der Stationen, die ich selbst während des Krankheitsverlaufs und der Rekonvaleszenz bisher durchlebt habe.

Wie so oft begann auch meine Hospitalisierung im Kriseninterventionszentrum (KIZ), anschliessend folgte ein 5-monatiger Klinikaufenthalt und danach eine 3-monatige ambulante Behandlung in der Tagesklinik. Dies waren die ersten wichtigen Stationen zur Gesundung und mein Zustand hat sich in dieser Zeit stark verbessert.

Es war zwar eine anstrengende und intensive Zeit, aber dieser Weg ist von den jeweiligen Institutionen vorgegeben und es war immer schon sehr früh klar wie der nächste Schritt aussieht. Der schwierigere Teil kam für mich erst danach. Wie geht es weiter, wenn zwar keine stationäre Behandlung mehr nötig ist, aber man noch immer krank und nicht arbeitsfähig ist? Die Ungewissheit, was als Nächstes passiert, das Gefühl kein Teil der Gesellschaft zu sein, nirgendwo dazu zu gehören; ich fühlte mich teilweise sehr verloren.

Nun lebte ich wieder zu Hause in meiner Wohnung und besuchte ambulante Gruppen-, Kunst- und Ergotherapien und natürlich die Psychotherapie. Ich konnte mich viel stärker stabilisieren, wartete gespannt darauf den Weg der beruflichen Reintegration zu starten. Nach einem Jahr hatte ich endlich das erste Gespräch mit meiner IV-Betreuerin. Wir kamen überein, dass ein Arbeitstraining im Bereich des Möglichen lag und ich erhielt die Gutsprache der IV dafür.

So startete ich mit dem Arbeitstraining bei der ESPAS und absolvierte dort während 18 Monaten die verschiedenen Stufen. Ich begann mit einer Präsenzzeit von 2 Stunden am Tag und konnte das Pensum bis auf 70% steigern. Die verschiedenen Stufen des Arbeitstrainings waren in 3-monatige Abschnitte unterteilt. Für jede weiterführende Stufe war ein Standortgespräch mit der IV nötig, um die Gutsprache für die nächsten 3 Monate zu erhalten.

Diese Gespräche fanden immer erst sehr kurzfristig in den letzten zwei Wochen der 3-monatigen Gutsprache statt. Bis dahin wusste ich nie, ob es für mich überhaupt weitergeht. Bei vielen anderen Teilnehmern, die ich im ESPAS kennengelernt hatte, wurde das Arbeitstraining aus unterschiedlichen Gründen irgendwann abgebrochen. So lebte ich mit der ständigen Angst, dass dies auch bei mir der Fall sein könnte. Dies schürte natürlich ungemein die Unsicherheit und machte es noch viel schwieriger die nötige Selbstsicherheit und das Vertrauen für den ersten Arbeitsmarkt zurück zu gewinnen.

Anschliessend an das Arbeitstraining folgte dann ein erstes Praktikum. Ich fand eine tolle Stelle an der ETH Zürich. Dort konnte ich in einem realen Umfeld meine Belastbarkeits- und Konzentrationsfähigkeit testen und weiter verbessern. Gleichzeitig begann ich mit einer berufsbegleitenden Weiterbildung, da die Rückkehr in meinen alten Beruf aus gesundheitlicher Sicht nicht möglich war. Für diese Umschulung kämpfte ich mehr als ein Jahr bei der IV. Dort stiess ich lange Zeit auf taube Ohren und meine IV-Betreuerin entschied, dass eine Umschulung in meinem Fall nicht indiziert sei. Auf Anraten der VASK und der pro mente sana beauftragte ich eine Anwältin. Glücklicherweise hatte ich schon vor vielen Jahren eine Rechtsschutzversicherung abgeschlossen und erhielt von der Versicherung eine ausgezeichnete Anwältin, die auf Sozialversicherungsrecht spezialisiert ist. Dies änderte einiges im Umgang mit der IV. Nach vielen Bemühungen seitens der Anwältin erhielt

ich dann tatsächlich doch einen positiven Entscheid und die Weiterbildung wird nun von der IV finanziert. Darüber bin ich natürlich überaus glücklich, gleichzeitig finde ich es aber sehr bedenklich, dass meine Situation mit einem Rechtsvertreter an meiner Seite von der IV plötzlich ganz anders beurteilt wurde. Nun habe ich das erste Praktikum bereits beendet und konnte letzte Woche in das zweite Praktikum am Universitätsspital Zürich starten. Dieses dauert nun nochmals 6 Monate und das nächste Ziel wäre dann eine Festanstellung im ersten Arbeitsmarkt.

Damit eine solche berufliche Reintegration möglich ist, benötigt es natürlich flankierende Massnahmen. Einerseits die IV für die Finanzierung und die sozialen Institutionen, welche die Arbeitstrainings durchführen. Andererseits werden natürlich auch Anforderungen an die Wirtschaft gestellt. Diese muss Praktikumsplätze zur Verfügung stellen und bereit sein, einem ehemals kranken Menschen eine Chance für den Wiedereinstieg zu geben. Dafür erhalten die Unternehmen aber eine Arbeitskraft die hoch motiviert ist und sich voller Elan in die Arbeit stürzt.

Die berufliche Reintegration beinhaltet natürlich auch noch weitere Schwierigkeiten. Zum Beispiel ist es für die sozialen Institutionen, welche die Arbeitstrainings anbieten, sehr problematisch Aufträge aus der Wirtschaft zu erhalten. Aber das Training kann natürlich nur richtig durchgeführt werden, wenn die Teilnehmer auch genügend Aufgaben zu erledigen haben, was leider meiner persönlichen Erfahrung nach meist nicht der Fall ist. Ich bekam während des Arbeitstrainings fast gar nie Aufträge, sondern musste mir selbst Arbeit aus meinem privaten Umfeld suchen.

Ausserdem gestaltet sich die Suche nach einem Praktikumsplatz sehr schwierig. Das Stigma der psychischen Erkrankung in der Gesellschaft ist noch immer immens. Viele Unterneh-

men fürchten sich davor psychisch Kranke einzustellen. Einmal krank – immer krank. Das ist leider noch oft die Vorstellung von psychischen Erkrankungen. Hier braucht es eine verstärkte Kooperation mit den Wirtschaftspartnern, damit den Patienten der Weg zurück ins Arbeitsleben vereinfacht wird.

Ausserdem ist das ganze System der Wiedereingliederung sehr bürokratisch. Wie bereits angesprochen, muss für jede Kostengutsprache der IV gekämpft werden. Als Betroffener besitzt man oft nicht die Kraft und Stärke für diesen Kampf; man ist auf Unterstützung angewiesen. Oft sind es die Angehörigen die hier einen riesigen Anteil übernehmen. Ich hatte das Glück auf eine fantastische Maltherapeutin und den ständigen Rückhalt und die tatkräftige Unterstützung meiner grossartigen Familie zählen zu können. Ohne sie hätte ich diesen Weg niemals so weit gehen können.

Dies ist ein weiterer Grund, weshalb Organisationen wie die VASK so wichtig sind. Auch bei der beruflichen Wiedereingliederung unterstützt die VASK die Angehörigen mit Ratschlägen aus langjähriger Erfahrung. Davon profitieren schlussendlich nicht nur die Angehörigen sondern auch der Betroffene selbst.

*Weit geht der Mensch in seinem Verlangen.
Für seine Wünsche geht er halb so weit.
Für seine guten Absichten ein paar Schritte.
Doch der Weg zu sich selbst,
ist ihm meistens zu lang.*

Linard Bardill

Aktionsbündnis Psychische Gesundheit Schweiz

Ruth Dual

Bereits im Herbst 2008 wurde das Aktionsbündnis Psychische Gesundheit Schweiz gegründet. Dieses Bündnis versteht sich als ein Netzwerk verschiedenster Organisationen aus dem Gesundheitsbereich. Das Bündnis will auf der politischen Ebene Vorschläge einbringen und Unterstützung anbieten um die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung zu fördern und zu verbessern, aber auch, um psychischen Krankheiten vorzubeugen und alles zu unternehmen, dass diese – auch in Zeiten knapper werdender materieller Ressourcen – adäquat behandelt werden. Die Bevölkerung soll für die zentrale Bedeutung sensibilisiert werden, damit jeder Bürger begreift, dass die psychische Gesundheit eine persönliche, familiäre, berufliche und gesellschaftliche Ressource bedeutet. Auf diesen Grundsätzen basierend hat der Vorstand zusammen mit den Mitgliederorganisationen des Aktionsbündnisses beschlossen, eine schweizweite Petition zu lancieren. Die Petition «Für uns alle – gegen Ausgrenzung» soll möglichst breit gestreut werden und ein Zeichen setzen, damit in der Schweizer Politik den Anliegen und Fragestellungen von Mental Health genügend Nachdruck verschafft wird. Die Petition stellt drei Forderungen auf, nämlich eine breite, landesweite Entstigmatisierung in die Wege zu leiten, die Prävention und Behandlung von psychischen Erkrankungen denen von körperlichen Erkrankungen gleichzusetzen – wie es eigentlich in der Bundesverfassung verlangt wird – und die Integration psychisch kranker Menschen in unserer Gesellschaft vollumfänglich umzusetzen.

Dem Bündnis gehören 67 Organisationen aus der Psychiatrie, Pflege, Betroffene, Angehörige, regionale und nationale Organisationen an.

Was konnte in den fünf Jahren realisiert werden?

Während den 5 Jahren wurden politische Stellungnahmen und Vernehmlassungen im Bereich Psychische Gesundheit und Krankheit erstellt.

2010 wurde eine Tagung in Bern mit Politikern und Experten zum Thema Entstigmatisierung durchgeführt.

2012 wurde mit gut 12'000 Unterschriften eine Petition mit dem Titel «Für uns alle – gegen Ausgrenzung» den eidgenössischen Räten eingereicht. Diese Petition verlangt, dass Bund und Kanton besser über psychische Gesundheit informieren sollen. Weiter forderte das Bündnis den Ständerat auf, am 1. Juni 2012 auf das Präventionsgesetz einzugehen. Im Ständerat wird einstimmig ein Postulat basierend auf der Petition verabschiedet. Leider kam es im Nationalrat zu einem Minderheitsantrag.

2013 Lancierung einer parlamentarischen Gruppe «Psychische Gesundheit» unter der Federführung von Aktionsbündnis und Ypsilon. Alle grossen schweizerischen Organisationen helfen bei diesem Projekt mit.

*Es gibt nur ein Mittel sich wohl zu fühlen:
Man muss lernen, mit dem Gegebenen
zufrieden zu sein und nicht immer das verlangen,
was gerade fehlt.*

Theodor Fontane

Schlafapnoe, eine Störung mit Folgen

Barbara Winter

Während der Pubertät erkrankte unser Sohn an einer schizotypischen Störung. Er hatte das Glück, einen Tagesplatz im KJPD (Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst) zu bekommen. Dort besuchte er nach seinen Möglichkeiten die Schule und wurde auch mit Medikamenten behandelt. Seither nimmt er regelmässig diverse Psychopharmaka ein, die es ihm auch ermöglichten, die Matura erfolgreich zu bestehen. Ein Studium konnte er jedoch nicht abschliessen, hat aber seither immer gearbeitet. In letzter Zeit war er immer müde, ohne Antrieb, konnte sich kaum konzentrieren und am Morgen nicht aufstehen, kam deshalb sehr oft zu spät zur Arbeit und schlief auch sitzend tagsüber ein.

Wir machten uns grosse Sorgen, denn so konnte es nicht weitergehen, sollte er seine Stelle behalten können. Man erwog die Medikamente zu wechseln, da man eine Nebenwirkung vermutete. Sein Psychiater wollte jedoch noch die Schlafqualität im Schlaflabor prüfen lassen, da unser Sohn durch die Medikamente recht zugenommen hatte und er auch stark schnarchte.

Es wurde bei ihm eindeutig eine Schlafapnoe festgestellt. Durch sein starkes Schnarchen hatte er sehr lange «Aussetzer» der Atmung und somit zu wenig Sauerstoff.

Die Schlafapnoe (SAS) ist ein Beschwerdebild das durch Atemstillstände, sogenannte Apnoen, während des Schlafes verursacht wird und in erster Linie durch eine ausgeprägte Tagesmüdigkeit bis hin zum Einschlafzwang sowie einer Reihe weiterer Symptome und Folgeerkrankungen gekennzeichnet ist.

In der Folge erhielt er von der Lungenliga ein Sauerstoffgerät mit einer Gesichtsmaske, die er während der Nacht trägt.

Seither ist er wie ausgewechselt, voller Energie, kann sich besser konzentrieren und am Morgen ohne grosse Probleme aufstehen.

Da viele Kranke durch die Psychopharmaka an Gewicht zunehmen, häufiger und stärker schnarchen, sollte bei Müdigkeit und Konzentrationsmangel vermehrt (auch durch das Engagement von Angehörigen) an eine Schlafapnoe gedacht werden und diesbezügliche Abklärungen vorgenommen werden.

Geduld ist die Wurzel aller Tugenden.

Gregor der Grosse

Moderne Marktforschung

Ruth Dual

Neulich hatte ich Gelegenheit an einer Veranstaltung teilzunehmen, deren Botschaft für mich Neuland bedeutete und erstaunliche Einblicke in die raffinierte Marktforschung ermöglichte. Ein paar Eckpfeiler dieses Kongresses möchte ich Ihnen nicht vorenthalten.

Wussten Sie, dass der Marktwert einer Ware im Bewusstsein des Verbrauchers liegt? Der Wert einer Marke wird dort gemessen wo er entsteht: Im Kopf und Herz des Konsumenten. So habe die strategische Markenführung für jedes grössere Unternehmen eine zentrale Bedeutung. Denn die Marke sei ein oft unterschätzter Faktor für den Kaufentscheid. Für starke

Marken sind Konsumenten bereit, höhere Preise zu bezahlen. Nur Marken, die sich ständig auf allen Ebenen weiterentwickeln, behaupten sich langfristig im Markt und bleiben für die Konsumenten interessant. Vier Pfeiler machen für Fachanalytiker den Erfolg starker Marken aus:

Differenzierung	Die Einzigartigkeit der Marke
Relevanz	Die individuelle Wichtigkeit der Marke
Wertschätzung	Das Ansehen der Marke
Vertrautheit	Die Kenntnis über die Marke

Regelmässig erforscht wird auch die Frage von Favoriten-Marken spezifischer Konsumentensegmente sowie die Eigenschaft, welche die Marke darstellt.

So ist zum Beispiel im Jahre 2012 für Leute über 50 Jahre die traditionellste Marke: **Ovomaltine**. Für 18–29 jährige Männer die bodenständigste Marke: **Beobachter**. Für Mütter die kundenorientierteste Marke: **Migros**. Für Männer die einfachste Marke: **IKEA**. Für Singles die beste Marke: **Coca-Cola**. Für Leute über 50 Jahre die prestigeträchtigeste Marke: **Rolex**. Für die Gesamtbevölkerung die sinnlichste Marke: **Lindor**. Dito, die stilvollste Marke: **Giorgio Armani**. Für Studenten die einfachste Marke: **Comella**. Die Liste könnte beliebig ergänzt werden.

Einmal sich mit einer völlig anderen Branche zu befassen war spannend. Oder hat Marketing im Grunde nicht doch viel mit Tiefenpsychologie zu tun?

Wer nicht an Wunder glaubt, ist kein Realist.

David Ben Gurion

«Drehtür-Psychiatrie» ein Mythos

Ergebnisse zweier Studien zur Nutzung des psychiatrischen Angebotes

Neun von zehn Patienten mit psychischen Störungen können die psychiatrische Klinik nach einer oder zwei stationären Behandlungen dauerhaft verlassen. So lautet ein Hauptresultat aus zwei Studien, die das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) zur Nutzung des stationären psychiatrischen Angebots in der Schweiz durchführen liess. Damit widerlegen die Untersuchungen die verbreitete Annahme, dass viele Psychiatriepatienten schon kurze Zeit nach ihrer Entlassung wieder in die Klinik eintreten müssten. In diesem Zusammenhang wird auch von «Drehtür-Psychiatrie» gesprochen. Damit soll auf Lücken im ambulant-psychiatrischen Versorgungsnetz aufmerksam gemacht werden, unter denen vor allem Chronischkranke leiden.

Dass es sich bei der «Drehtür-Psychiatrie» mehr um einen Mythos als um ein grosses Problem handelt, zeigt eine weitere Zahl in der von Ulrich und Hannah Frick vom Zürcher Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung durchgeführten Studie: Nur einer von zehn Patienten befindet sich besonders lang und oft in stationärer Behandlung. Sie gelten in der wissenschaftlichen Terminologie als «Heavy Users» mit überdurchschnittlicher Ressourcennutzung. Es wäre zu prüfen, schreibt das Obsan, ob das Versorgungsangebot für diese kleine Patientengruppe mit speziell zugeschnittenen Interventionen optimiert werden könnte.

Von den 8 Prozent «Heavy Users» mussten 5 Prozent wiederholt bis dauerhaft hospitalisiert werden. Bei den übrigen 3 Prozent war das Problem anders gelagert. Sie mussten nach dem Aufenthalt in der Psychiatrie wegen körperlicher Probleme in «gewöhnliche» (somatische) Spitäler eingeliefert werden.

Auch diesem Aspekt – wie sich psychiatrische und somatische Hospitalisationen zueinander verhalten – sind die Forscher in ihrer Untersuchung den verschiedenen «Patientenkarrieren» in der Schweiz nachgegangen.

Gestützt auf die Zahlen des Bundesamtes für Statistik stellten sie etwa fest, dass zwischen 1998 und 2006 auf knapp 185'000 Patienten rund 764'000 stationäre Behandlungen fielen. Der Löwenanteil davon wurde in somatischen Kliniken erbracht (65%). Interessanterweise war dieses Verhältnis zwischen somatischen und psychiatrischen Spitalaufenthalten unabhängig davon, ob die Forscher die ersten Klinikaufenthalte der Personen oder die 18. Einweisung analysierten.

Was die Datenanalyse ebenfalls zeigt: Zwischen 2003 und 2006 haben sich die Chancen für Psychiatriepatienten verbessert, so dass sie längere Zeit ausserhalb von Kliniken verbringen können. Das bedeutet, dass sich das Phänomen der «Drehtür-Psychiatrie» in jüngster Zeit zusätzlich abgeschwächt hat. Die Gründe dafür liegen laut Obsan in der verbesserten ambulanten Versorgung und wirksameren Behandlungen.

Quelle: NZZ

*Wenn der Mensch so viel Vernunft hätte wie Verstand,
wäre alles viel einfacher.*

Linus Carl Pauling, Chemiker

Sprache und Eigenverantwortung

Dr. med. Benjamin Dubno, Oberarzt Erwachsenenpsychiatrie ipw

Ein Ehemann verhält sich wie ein Kind, weil er sich von seiner Ehefrau wie ein Kind behandelt fühlt. Die Frau ihrerseits behandelt den Mann wie ein Kind, weil sich dieser wie Eins aufführt. Dies ist ein Beispiel wie eine Eskalation beginnen kann, denn wie man erkennt, handelt es sich um ein zirkuläres Geschehen, der Mann wird immer kindischer, die Frau immer strenger. Wird keiner von seiner Position abweichen, endet dies im Ehestreit. Läuft eine solche Eskalation ab, spielt es nach einer gewissen Zeit keine Rolle mehr wer eigentlich damit begonnen hat. Dieses Beispiel stammt von Paul Watzlawick aus seinem Buch «Menschliche Kommunikation». Es lässt sich leicht auf andere soziale Umstände übertragen, beispielsweise auch auf die Situation auf einer psychiatrischen Akutabteilung, wo Patienten noch bis vor kurzer Zeit bevormundend behandelt wurden. In der modernen Akutpsychiatrie steht die Eigenverantwortung des Patienten im Mittelpunkt der Behandlung, dies im Gegensatz zur custodialen Psychiatrie, in der dem Patienten gesagt wurde was er alles zu tun hat und was nicht. Dieser Haltungswechsel gegenüber dem Patienten wirkt daher eskalationspräventiv, der Patient fühlt sich ernst genommen und verhält sich dementsprechend. Diese Haltung spiegelt sich in verschiedenen Bereichen. So kann mit Hilfe von Verhandlungsvereinbarungen mit dem Patienten abgemacht werden, wie er in Krankheitsphasen behandelt (in beiden Sinnen des Wortes) werden möchte. Auf einer offenen Abteilung fühlt sich der Patient nicht wie ein Gefangener. Dieser Haltungswechsel muss jedoch zuerst auf unserer Seite stattfinden. Neben den bereits erwähnten Änderungen des Behandlungssettings nimmt die Sprache eine wichtige Rolle ein, denn durch sie wird in Berichten, an Rapporten und vor allem dem Patienten gegenüber unsere Haltung vermittelt. Betrachtet man aber diese Sprache genauer, fällt auf, dass sie nach wie vor die frühere Haltung dem Pati-

enten gegenüber ausdrückt. So kann man beispielsweise immer wieder in Berichten lesen, dass ein Patient die körperliche Untersuchung verweigert hat. Von Eigenverantwortung kann dann nicht gesprochen werden. Um unsere moderne Haltung auszudrücken, wäre also richtig zu sagen, dass der Patient die Untersuchung abgelehnt hat. Werde ich zu einem Nachtessen eingeladen sagt schliesslich auch niemand, dass ich das Dessert verweigert habe. Es macht eben einen Unterschied bezüglich der Haltung gegenüber dem Patienten und somit der Beziehung zu ihm, ob wir sagen, ein Patient kehrte nicht aus einem Ausgang zurück oder er ist aus der Klinik entwichen, ob er kooperativ oder gut führbar ist, ob es ihm einfach gut geht oder er gut funktioniert. Schliesslich sprechen wir über Menschen und nicht über Maschinen. Auch unsere beschreibende Sprache der Psychopathologie ist nicht frei von solchen sprachlichen Haltungsfehlern. So schlägt Andreas Knuf von der pro mente sana in seinem Text «Krankheitsbewusstsein als Schlüssel zu Selbsthilfe und Selbstbestimmung bei psychotischen Krisen» sehr zu recht vor, den Begriff der Krankheitseinsicht mit dem des Krankheitsbewusstseins zu tauschen, denn Krankheitseinsicht suggeriere, dass der Patient doch endlich zu Einsicht und Vernunft kommen soll, als ob ein Mensch in einer psychotischen Krise einen bewussten Einfluss auf sein Erleben hätte. Selbstverständlich lassen sich nicht alle Eskalationen so verhindern, doch die Psychiatrie ist das medizinische Fach in dem die Sprache den grössten Stellenwert hat, dementsprechend soll sie gepflegt werden.

Depression und Angststörungen, unterschiedliche und gemeinsame Symptome

<p>Eine Depression geht einher mit Desinteresse, Teilnahmslosigkeit, verlangsamtem Denken und Handeln, mit sozialem Rückzug, Hoffnungslosigkeit, Morgentief, Konzentrationschwäche und mangelndem Selbstvertrauen. Gemeinsame Symptome beider Erkrankungen sind: Erschöpfungszustände, Verstimmung, Reizbarkeit, Schlaf- und Appetitstörungen, Kritikempfindlichkeit.</p>		<p>Angststörungen und Depressionen gehen zwar oft Hand in Hand, dennoch zeigen sich teilweise unterschiedliche Symptome. Bei Angststörungen sind dies: Erwartungsangst, vegetative Erregung, nervöse Spannungszustände, Muskelverspannungen, Rastlosigkeit, Verspannungsschmerzen.</p>
Depression	Gemeinsam	Angststörung
<p>Desinteresse Teilnahmslosigkeit Verlangsamtes Denken und Handeln Sozialer Rückzug Hoffnungslosigkeit Morgentief Konzentrationschwäche Mangelndes Selbstvertrauen</p>	<p>Erschöpfung Verstimmung Reizbarkeit Schlafstörungen Appetitsstörungen Kritikempfindlichkeit</p>	<p>Erwartungsangst Vegetative Erregung (z.B. erhöhte Herzschlagfrequenz, Schwindel, Kurzatmigkeit) Nervöse Spannungszustände Muskelverspannung Rastlosigkeit Verspannungsschmerzen</p>

(David Nutt et al. Generalized anxiety disorder, diagnosis, treatment and it's relationship to other anxiety disorders. Martin Dunitz Ltd. 1998)

Sind Unterschiede in Partnerpräferenzen zwischen Männern und Frauen auf unsere evolutionäre Vergangenheit zurückzuführen?

Dr. David Weiss



Männer und Frauen haben oft unterschiedliche Präferenzen bei der Partnerwahl. Wie können solche Unterschiede in der Partnerpräferenz zwischen Männern und Frauen erklärt werden? Es gibt unterschiedliche Erklärungsansätze für dieses Phänomen.

Eine populäre Erklärung bietet der evolutions-psychologische Ansatz. Dieser geht davon aus, dass wir in unserer evolutionären Entwicklung geschlechts-

spezifischen reproduktiven Zwängen ausgesetzt waren, die zu Unterschieden in der Partnerpräferenz zwischen Männern und Frauen geführt haben. Unsere Partnerpräferenzen, also das was wir bei potentiellen Partnern attraktiv finden, sind demnach durch die evolutionäre Entwicklung in unseren Gehirnen «festgeschrieben». Weiter wird davon ausgegangen, dass angesichts der Tatsache, dass Frauen die Kinder zur Welt bringen und Männer ihnen dabei helfen müssen diese aufzuziehen, somit Frauen und Männer unterschiedliche Eigenschaften beim anderen Geschlecht bevorzugen. Demnach würden Frauen Partner bevorzugen, die Macht, Status und Ressourcen (z.B. Vermögen) besitzen, also Eigenschaften, die für das Aufziehen von Nachkommen zuträglich sind. Männer dagegen würden eher Partnerinnen bevorzugen, die attraktiv und fruchtbar erscheinen, sowie Eigen-

schaften zum erfolgreichen Aufziehen von Nachkommen vorweisen (z.B. adäquate Fähigkeiten in Haushalt und Küche).

Ein anderer Ansatz hingegen, stellt die Rolle von gesellschaftlichen Faktoren zur Erklärung von Partnerpräferenzen in den Mittelpunkt. Demnach sollten die oben genannten Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Partnerwahl dann besonders stark ausgeprägt sein, wenn sie in Gesellschaften leben, in denen kaum Gleichberechtigung herrscht. Im Gegensatz dazu sollten die Unterschiede zwischen Männer und Frauen in solchen Gesellschaften besonders klein sein, welche sich durch einen hohen Grad an Gleichberechtigung auszeichnen. Es wird davon ausgegangen, dass Geschlechtsunterschiede in der Partnerwahl auf die Verteilung von und dem Zugang zu Ressourcen (z.B. Bildung, Vermögen) zurückzuführen sind. Diese Idee – dass die ungleiche Stellung der Geschlechter in der Gesellschaft vorhersagt, was Männer und Frauen bei potentiellen Partnern attraktiv finden – wurde von Marcel Zentner und Klaudia Mitura von der University of York in Grossbritannien erforscht. Dazu verglichen die Wissenschaftler in zwei Studien den Zusammenhang zwischen geschlechtsabhängigen Statusunterschieden und Partnerpräferenzen zwischen verschiedenen Ländern. In einer ersten Studie befragten Zentner und Mitura 3'177 Personen aus 10 Ländern mit niedrigen (z.B. Finnland) und hohen (z.B. Türkei) geschlechtsspezifischen Unterschieden in Bezug auf die Gleichstellung von Frauen und Männern. Diese strukturellen Unterschiede zwischen Frauen und Männern in einem Land wurden durch den Global Gender Gap Index (GGI) erfasst. Die Forscher fanden heraus, dass geschlechtsspezifische Präferenzen in der Partnerwahl, wie sie der evolutionspsychologische Ansatz vorhergesagt, in den Ländern am stärksten ausgeprägt sind, in denen es die grössten Unterschiede in der Gleichberechtigung zwischen Männern und Frauen gibt. Dagegen gab es in Ländern in denen Frauen und Männer die gleichen Rechte besaßen, kaum geschlechtsspezifische Präferenzen

in der Partnerwahl. Demnach ist die Präferenz der Frauen für Partner mit Macht, Status und Ressourcen auf eine relative Benachteiligung dieser Frauen zurückzuführen. Haben Frauen in etwa die gleichen Rechte wie Männer, werden Attraktivität und Aussehen auch für Frauen zentral in der Partnerwahl. Diese Ergebnisse konnten in einer zweiten Studie mit 8'953 Teilnehmenden aus 31 Ländern bestätigt werden. Zentner und Mitura gehen davon aus, dass die zunehmende Gleichstellung der Geschlechter geschlechtsspezifische Unterschiede in der Partnerwahl reduzieren wird. Diese Erkenntnisse lassen Zweifel an der bisher verbreiteten Erklärung aufkommen, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in Partnerwahl-Präferenzen auf evolutionsbedingte Unterschiede in männlichen und weiblichen Gehirnen zurück zu führen sind. Diese Befunde deuten darauf hin, dass evolutions-psychologische Einflüsse nicht unsere Präferenzen und Einstellungen, sondern unsere Anpassungsfähigkeit geformt haben: d.h. die Fähigkeit, unsere Verhaltensweisen und Einstellungen relativ schnell zu ändern und optimal an kontextuelle und gesellschaftliche Veränderungen anzupassen.

*Viele kleine Leute an
vielen kleinen Orten, die
viele kleine Schritte tun,
können das Gesicht der
Welt verändern.*

Afrikanisches Sprichwort

Menschen mit Zwangsstörungen

Weltweit leiden etwa 2 bis 3 Prozent der Bevölkerung unter behandlungsbedürftigen Zwängen. Männer und Frauen sind gleichermassen betroffen. Zwangsstörungen sind psychische Störungen, bei denen sich diesen Menschen Gedanken und Handlungen aufdrängen, die zwar als quälend empfunden werden, aber dennoch umgesetzt werden müssen, auch wenn sie übertrieben oder vollkommen sinnlos sind. Das Krankhafte ist nicht der Inhalt der Zwänge, sondern ihr beherrschender Charakter. Typische Beispiele sind Waschzwang, Kontrollzwang, Ordnungszwang und Zwangsgedanken.

Die häufigsten Zwangsstörungen:

Kontrollzwang

Die Frage, ob man nun die Haustüre geschlossen hat, das Bügeleisen, die Herdplatte abgestellt hat, wird mehrfach kontrolliert. Ein Zwangsgedanke beruht unter anderem auf der Angst vor physischer Gewalt gegen einen selbst oder gegen andere. Beispiel: Man befürchtet, dass der Partner mit dem Auto verunglückt ist und ruft daher wiederholt Krankenhäuser oder die Polizei an.

Waschzwang

Der Betroffene wird von der Angst beherrscht, er könne durch Schmutz, Keime, Strahlung, Gifte, Schaden nehmen. Ein ständig wiederholtes Waschen der Hände oder der Kleidungsstücke, das Sterilisieren von Gegenständen oder das Abwischen der Türklinken können die Folgen sein.

Sozial unangepasstes Verhalten

Die Angst vor dem Ausrufen peinlicher Sachen, Angst vor dem Verlust der persönlichen Kontrolle und in der Folge dauerndes Fragen, ob das Verhalten in bestimmter Situation akzeptabel war.

Sexualverhalten

Übermäßige Beschäftigung mit Sexualorganen, unakzeptables sexuelles Verhalten.

Horten und Sammeln

Sammeln und Aufbewahren nutzloser Dinge. Man kann nichts wegwerfen (Messie-Syndrom).

Datenschutz

Angst vor Missbrauch mit den persönlichen Daten.

Beispiel: Briefe und Werbung werden in kleinste Teilchen zerrissen bevor sie weggeworfen werden. Und allenfalls wieder mühsam zusammengesetzt um sicherzugehen, dass nichts von anderen gelesen werden kann.

Verlust

Die dauernde Kontrolle, ob man nicht etwas verloren hat (Portemonnaie, Handy, Brille, Wertsachen etc).

Teilausschnitte aus der Broschüre «Angsterkrankten»
von Dr. med. Josef Hättenschweiler/ Dr. med. Paul Höck

Der quälende Alltag Betroffener (Beispiele)

Wann immer David Beckham, internationaler Fussballstar und Werbeikone, in einem Hotel übernachtet, gibt er vorher Anweisungen, wie das Zimmer eingerichtet sein muss, wo die Möbel zu stehen haben. Leidet der Star an einer Zwangsstörung? «Ja» hat er zugegeben und angefügt, dass auch alle Softdrinks im Kühlschrank in exakter Reihenfolge zu stehen haben damit «alles perfekt ist». Beckham hat versucht, sich dieses krankhafte Verhalten abzugewöhnen. Bisher ohne Erfolg.

Peter M. muss vor dem Schlafengehen das Licht mehrmals ablöschen. Oder er wäscht sich die Hände dreissig Mal, bevor er die Wohnung verlässt. Die Zwangsstörung lässt ihn zudem fürchten, er könne aus Unachtsamkeit jemanden umbringen.

Etwa, wenn er beim Zeitungslesen zuletzt die Todesanzeigen anschaut. In der schlimmsten Phase seiner Erkrankung blieb Peter M. den ganzen Tag im Bett, um ja nichts Falsches zu tun. Schliesslich musste er sogar sein Studium abbrechen.

Der amerikanische Millionär Howard Hughes war eine der bekanntesten Persönlichkeiten, die unter einer schweren Zwangsstörung litten (sein Leben wurde verfilmt). Bevor er Mitte der Siebzigerjahre starb, lebte er in einem sterilisierten Zelt, in totaler Isolation, aus Angst vor Kontamination. Der Fussboden seines Zimmers musste von seinen Angestellten täglich mit weissen Tüchern ausgelegt werden, sie selbst mussten das Essen mit weissen Handschuhen servieren. Die Vorhänge waren dauernd zugezogen, weil er fürchtete, das Sonnenlicht würde Krankheitskeime erzeugen.

Ausschnitte aus dem Journal «Wendepunkt»

ANGST...

um den Arbeitsplatz, am Arbeitsplatz, vor der Arbeit

Prim. Dr. Rainer Gross, Facharzt für Psychiatrie

Wer von uns kann denn guten Gewissens behaupten, sich ständig persönlich weiter zu entwickeln, immer lebenslang lernen zu wollen, genug für seine körperliche Fitness zu tun etc.

Kundenorientierung durch Lächeln

Und für diese geforderte Anpassung an die neue Arbeitswelt gibt es sehr viele Bezeichnungen, die kaum jemand von uns ohne Überforderung – und damit ohne Angst – immer leisten kann: Eine dieser Anpassungs-Vokabeln ist die kundenorientierte Persönlichkeit.

Dazu ein Beispiel aus dem öffentlichen Bereich:

Die Labour-Regierung unter Tony Blair erliess 2007 für die Krankenschwestern des NHS einen Lächeln-Erlass: Sie sollten während ihrer Arbeit mehr lächeln, um die Zufriedenheit ihrer Kunden zu fördern. Auch eine Überprüfung beziehungsweise Qualitätssicherung dieser Massnahme wurde angedacht: Ein Lächel-Index sollte die Smiley-ness zwischen verschiedenen Individuen und Abteilungen vergleichbar machen, dementsprechend dann Förderungen oder Sanktionen...

Aber auch das Beispiel der verordneten Kundenorientierung durch Lächeln ist natürlich komplizierter: Wahrscheinlich werden dieselben englischen Krankenschwestern, die sich zu Recht gegen diesen Lächeln-Erlass wehrten, ihrerseits nach Dienstschluss auch einkaufen gehen und spätestens als Kundinnen erwarten, dass auch eine erschöpfte Kassiererin an der Supermarktkasse freundlich zu ihnen ist...

Jeder ist seines Glückes Schmied

Im sozialtherapeutischen Bereich waren ja noch vor wenigen Jahren für uns handlungsleitend die Schlagworte des Empo-

werment, der Hilfe zur Selbsthilfe, der Autonomie-Förderung. Vielleicht haben wir schon damals etwas zu einseitig die Autonomie idealisiert, bei dieser Förderung der Freiheit die Sicherheitsbedürfnisse unserer Patienten etwas unterschätzt.

Die Autonomen «Ich AGs»

Auch im Sprachgebrauch der helfenden und beratenden Berufe hat diese Rhetorik der Freiheit, der unbedingten Autonomie und der Optimierung der Persönlichkeit durch Beratung Einzug gehalten: Sehr viele TherapeutInnen bieten auch Coaching an, am liebsten (weil am besten vermarktbar) natürlich Beratung und Coaching für Führungskräfte. Fast schon amüsantes Beispiel: Ein Therapeuten-Kollege bewarb sich an unserer Abteilung als Supervisor. Auf seiner Visitenkarte fungierte er als Experte für die Führung von Führungskräften!

Aber solche Wort-Blasen bedienen sichtlich auch ein Bedürfnis auf Klienten-Seite: Sehr viele Menschen würden weiterhin nicht in Psychotherapie gehen, weil sie ja nicht krank oder deppert seien. Sie lassen sich jedoch gern coachen: Hier geht es ja angeblich um die Beratung von prinzipiell starken und gesunden Persönlichkeiten in schwierigen Situationen. Auch Supervision ist eventuell noch tolerierbar, Therapie: Nein, danke! (Speziell Psychoanalyse: Ganz besonders nein, danke – Analyse ist aufwändig, lang und führt im Erfolgsfall zur Erkenntnis, dass wir nicht einmal gegenüber unserem eigenen Unbewussten wirklich autonom sind – geschweige denn unabhängig von anderen geliebten, gehassten oder gefürchteten Personen). Dazu passt auch die Beliebtheit des Begriffs Burn-out.

Erschöpfungs-Depression

Ich bestreite keineswegs die Realität des Leides vieler Burn-out-Opfer. Allerdings ist nicht allgemein bekannt, dass Burn-out keine anerkannte Diagnose nach ICD-X ist. Die Realität dieses sehr leidvollen Zustandsbildes wurde früher mit dem Begriff Erschöpfungs-Depression beschrieben – mit fast iden-

tischen Vokabeln wie jetzt eben Burn-out. Was ist der Unterschied? Burn-out impliziert die vorangegangene intensive oder eben schon zu grosse Anstrengung – impliziert auch das Leiden an einer objektiven Überforderung – Depression hingegen klingt für sehr viele Betroffene immer noch ein bisschen nach, Schwäche bzw., selber Schuld. Selber Schuld deshalb, weil wir ja bekanntlich immer selbst dafür verantwortlich sind, uns stark und leistungsfähig zu erhalten...

Ermutigung zu einer distanzierten nicht resignativen Betrachtung

Meine bisherigen Ausführungen waren eine zugegebenermassen etwas ungeordnete und polemisch gefärbte Diagnostik der derzeitigen Arbeitswelt und unserer Ängste in der Arbeit und um die Arbeit. Zur Vermeidung einer resignativen Haltung versuche ich aber im Folgenden zumindest einige Ansätze zur Beantwortung der Frage: Was tun? Was können wir für unsere Klienten und sehr wohl auch für uns selbst angesichts dieser Problematik leisten? Zumindest können wir versuchen, gemeinsam mit unseren Patienten nicht zu resignieren, vielmehr zumindest ansatzweise die Situation distanziert zu betrachten.

Ihr da oben – wir da unten

Die erste Bedingung dafür wäre für mich ein Versuch, die unselbige Spaltung zwischen psychischer Innenwelt und realer Aussenwelt zu problematisieren: Ängste am Arbeitsplatz sind fast nie nur ein persönliches intrapsychisches Problem, sehr selten aber auch ausschliesslich ein strukturelles Problem ohne Eigenanteil. Daher ist meiner Ansicht nach Beratung und speziell Psychotherapie immer auch eine soziale, ja eine sozialpolitische Tätigkeit. Sie ist dies auch und gerade dann, wenn in einer Therapie soziale und politische Fragen völlig ausgeblendet werden: Dann nämlich dient die Therapie der Verfestigung der herrschenden Machtverhältnisse und wird dadurch zur Legitimationsagentur. Natürlich ist auch die gegensätzli-

che Extrem-Position keine therapeutische: Ein Therapeut ist nicht dann besonders politisch, wenn er seine Klienten nur zum Widerstand gegen unzumutbare Arbeitsbedingungen aufwiegelt.

Das Ziel wäre also nicht, in der Therapie politisch zu agitieren, sehr wohl aber politische und soziale Verhältnisse im Hinterkopf zu behalten als Hilfe beim Sortieren der Ursachen und Anlässe für Arbeitsleid und Ängste. Je grösser nämlich die Angst, desto stärker die Versuchung zur Regression (auch bei Therapeuten!). Regression aber ist ganz allgemein definiert der Rückschritt in Richtung früherer Verhaltensweisen und Problemlösungsstrategien. Ein beliebtes Modell der Regression und Spaltung wäre die Polarisierung zwischen wir da unten und ihr da oben.

Angst und Depressionen blockieren

Wenn Angst und Depression zu stark werden, wird oft jede Anstrengung zur Änderung der Aussenbedingungen vertagt, weil man zuerst die eigenen Fehler oder Schwächen überwinden will oder weg therapiert haben will.

Im Gegensatz dazu beharren viele verbitterte und misstrauische Opfer der Arbeitswelt darauf, dass zuerst die Kollegen, der Chef, die Institution einsehen müssen, wie unrecht sie an ihnen gehandelt hätten. Erst nach Entschuldigung und Wiedergutmachung könnten sie daran denken, ihren subjektiven Eigenanteil zu bearbeiten, erst dann könnten sie ihre Opferrolle eventuell modifizieren.

Beide Verweigerungshaltungen zementieren die Ängste und das Leid in der Arbeit. Die ersten Schritte müssen wohl wir setzen, so lange der Leidensdruck bei uns liegt und nicht bei der Institution. Ein solcher wichtiger erster Schritt kann neben dem Auseinanderdifferenzieren von äusserer und innerer Ätiologie der Angst oft auch schon der Versuch einer analyti-

schen Zerlegung der Gesamtproblematik darstellen: Solange wir an einem grossen, allumfassenden und übermächtigen Problem oder Gegner leiden, bleiben wir oft gelähmt. Wenn wir aber die Situation in einzelne Komponenten zerlegen können, im Idealfall verschiedene Ängste oder Anlässe zur Empörung auch nach Prioritäten reihen können, wird die Situation zumindest ansatzweise begreifbar, überschaubar und damit oft auch leichter veränderbar.

Auswege: verstehbar/erklärbar/bewältigbar/sinnvoll

Wie in so vielen Bereichen unseres Lebens gilt auch hier die Grundregel der Salutogenese: Bekanntlich hat Aaron Antonovsky sein Prinzip der Salutogenese, also der Herstellung oder Wiederherstellung von Gesundheit am Zentralbegriff der Kohärenz festgemacht. Der wichtigste Faktor um psychisch gesund zu bleiben oder wieder zu werden, ist ein Gefühl von Kohärenz. Als kohärent empfinden wir unser Leben aber dann, wenn wir es als

1. verstehbar/erklärbar (kognitive Komponente)
2. bewältigbar (emotionelle Komponente) und
3. im Idealfall auch noch sinnvoll empfinden (spirituelle Komponente).

Das bedeutet im Umkehrschluss: Wenn wir unsere Situation am Arbeitsplatz als nicht mehr verstehbar, von uns auch nicht bewältigbar und die gesamte Arbeit als vollkommen sinnlos empfinden, wirkt dies nicht salutogenetisch, sondern pathogen, also Krankheit verursachend!

Kreativität braucht Raum und Zeit

Aber – so wird uns doch immer suggeriert – es kommt doch primär auf uns an, ob wir eine Arbeit als sinnlose Belastung oder aber als kreative Herausforderung sehen? Wie ist das also mit der allseits geforderten Kreativität am Arbeitsplatz?

In fast allen Leitbildern und Annoncen werden kreative Mitarbeitende gesucht und gefordert. Kreativität allerdings ist nicht auf Knopfdruck und schon gar nicht durch Überforderung herstellbar. Speziell Einladungen à la: «Ich möchte jetzt von jedem von Ihnen in der nächsten Stunde zumindest eine kreative Idee hören...» führen eher zur Lähmung als zur kreativer Leistung.

In vielen Arbeitsverhältnissen werden gerade durch Rationalisierungsdruck und quantitative Überforderung die Grundbedingungen jeglicher Kreativität zerstört. (Stichworte: Erhöhung der Fallzahlen, vermehrte Auslastung, gleiche Arbeit nach Personalreduktion). Um kreativ zu sein, brauchen wir ausreichend Raum und Zeit, brauchen Denkräume zum Fantasieren, zum Entwickeln von Modellen ohne sofortige Verpflichtung auf Nützlichkeit und Zielgerichtetheit.

Immer besser, immer schneller, immer höher, immer weiter

Die dem kapitalistischen System inhärente Logik des immer mehr tendiert zur Zerstörung der eigenen personellen Ressourcen durch Erschöpfung: Erlauben Sie mir das Beispiel eines Marathon-Läufers. (Hier kenne ich mich persönlich einigermassen aus.) Wir können uns wahrscheinlich darauf einigen, dass zum Bewältigen einer Marathon-Distanz ein gewisser Fleiss beziehungsweise Trainingsaufwand und eine nicht unbeträchtliche Motivation erforderlich ist. Marathonläufer würden also in meinem Bild eben nicht den faulen und unwilligen Mitarbeitern entsprechen, eher den hochmotivierten Wunsch-Arbeitskräften.

Wenn ich aber einen Marathon gelaufen bin und erschöpft und doch ein bisschen stolz im Ziel einigermassen zufrieden bin mit meiner Zeit und mir dann jemand sagen würde: «Gut gemacht, im nächsten Jahr aber brauchen wir eine Steigerung um zehn Prozent! Das heisst, du musst nicht zweiundvierzig, sondern sechsundvierzig Kilometer in derselben Zeit laufen!»

Dann würde ich als ersten Reflex einmal sagen: «Das geht nicht und kann nicht gehen.» Im zweiten Schritt würde ich einer solchen Aufforderung sicher die Frage entgegenhalten, wie oft der Betreffende denn selbst schon einen Marathon gelaufen sei.

Im Arbeitsleben aber mussten die meisten von uns lernen, mit ähnlich absurden Anforderungen umzugehen: Wenn wir ein Projekt gut absolviert haben – dann bedeutet das, dass wir im nächsten Projekt noch etwas mehr liefern müssen. Trotz aller rationalen Einsicht fällt es uns extrem schwer, solche Anforderungen zurückzuweisen, uns dagegen zu wehren.

Es ist schon wichtig, die immer neuen Anforderungen von plus 10 Prozent als nicht gerechtfertigt, nicht zumutbar zu empfinden – und dies im Idealfall auch zu sagen. Zumindest sollte man das Scheitern an solchen unerfüllbaren Überforderungen nicht primär als individuelles Versagen begreifen. Fast niemand von uns kann solche Forderungen durchgehend erfüllen. Fast alle von uns haben genügend Schwächen, um bei Bedarf leicht verunsichert zu werden.

Solidarität

Nur noch ein letzter Hinweis auf eine alte politische Tugend, die derzeit fast nur mehr belächelt wird: Solidarität (Etymologie: lat. solidus bedeutet fest, verlässlich, solid).

Wenn wir in einem ersten Schritt uns solidarisch auch zu unseren eigenen schwachen Teilen, unseren Abhängigkeiten und Mängeln bekennen können und diese nicht nur beseitigen und optimieren wollen – dann wird uns durch diese intrapsychische Solidarität unserer Schwächen auch die Solidarität mit anderen, als schwächer empfundenen Mitarbeitenden leichter fallen: Allein gerät man schneller in Panik, in Angst vor Arbeitsplatzverlust etc. Gemeinsames Handeln, Solidarität mit den heute Schwächeren ist auch (ganz ökonomisch gedacht)

eine gute Investition in unsere eigene psychische Gesundheit. Dies gilt meiner Ansicht nach für unsere Patienten ebenso wie für uns.

Wie fast immer hat ein kluger Mensch das alles schon viel schöner gesagt, Sie erlauben mir ein letztes Zitat:

Die fast unlösbare Aufgabe besteht darin, weder von der Macht der anderen, noch von der eigenen Ohnmacht sich dumm machen zu lassen.

Neustart im Dachverband VASK Schweiz

Ruth Dual

Die VASK CH wurde 1998 gegründet. Hauptzweck und -ziel dieses ins Leben gerufenen Gremiums ist:

- Die VASK soll ein Ansprechpartner auf nationaler Ebene sein
- Einsitze von VASK Vertretungen in nationale Organisationen werden ermöglicht und sind wichtig, damit die VASK ihre Anliegen umfassender kundtun kann
- Eine schweizweit einheitliche Öffentlichkeitsarbeit, ein einheitlicher Auftritt soll den Bekanntheitsgrad steigern und den Zusammenhalt aller VASKen stärken
- Die regionalen, kantonalen VASKen sollen durch einen Dachverband besser koordiniert und unterstützt werden

Die VASK Schweiz hatte seit ihrer Gründung meist einen mehr oder weniger schwierigen Stand. Die Akzeptanz für dieses Gremium war nicht in allen regionalen VASKen gleich gross, seine Existenz gar teilweise umstritten, die Erwartungen an den Dachverband sehr hoch. Das Präsidium war zudem sehr schwierig zu besetzen. Aus diesen Gründen wollte man 2006 allen VASKen in der Schweiz nochmals folgende «Gretchenfrage» stellen: «Wollen wir einen Dachverband und was erwarten wir von ihm?»

Diese Analyse wurde einer in Vereinsfragen professionellen Person übertragen. Diese führte die Befragungen über die Bedürfnisse der einzelnen Vereine durch, eruierte die Stärken und Schwächen, die Vor- und Nachteile eines Dachverbandes, erkundete die möglichen politischen und vereinstechnischen Auswirkungen, nicht zuletzt berücksichtigte er die finanziellen Vorteile des Zusammenschlusses (der Dachverband wird von der Agile Suisse unterstützt).

Das Fazit dieses Projektes, respektive die abschliessende Antwort auf diese Frage war sehr deutlich, einstimmig und klar: «Ja, wir wollen den Dachverband VASK CH beibehalten».

Eine der Voraussetzung für sein künftig gutes Funktionieren wurde deutlich, nämlich der grösstmögliche Einbezug der regionalen VASKen in den Vorstand. Sollte künftig genügend Transparenz und gute Kommunikation zwischen dem Dachverband und der Basis herrschen, müssten regionale VASKen Mitglieder in den Dachverbandsvorstand delegieren können. Diese Voraussetzung konnte vorerst nicht erfüllt werden und der Vorstand blieb personell und ressourcenmässig marginal.

Als grosser Hoffnungsträger wurde 2009 Charles Biedermann als Dachverbandspräsident gewählt. Er sollte nun den Dachverband zu aller Zufriedenheit führen und Leute zur Mitarbeit motivieren. Leider wurde diese Hoffnung nicht erfüllt. Schon bald kam es im Vorstand zu Spannungen und zu Austritten wegen diametral verschiedenen Auffassungen bezüglich Vereinsführung und vor allem in der Frage: «Wie weit sollen, müssen VASK-Mitarbeitende ehrenamtlich arbeiten und welche Tätigkeit wird finanziell abgegolten.» Der Konflikt konnte auch durch eine Supervision nicht beigelegt werden und Charles Biedermann trat im Herbst 2012 als Präsident VASK CH zurück.

Die vier verbliebenen Vorstandmitglieder appellierten nun an die regionalen VASKen und setzten ihnen ein Ultimatum

bezüglich Mitarbeit fest. Jetzt wurde die Mitverantwortung, respektive die besagte Voraussetzung allen jäh bewusst und erkannt. Verschiedene regionale VASKen waren nun bereit Einsitz in den Vorstand zu nehmen. Erfreulicherweise hat sich Armin Spühler, Spiez (von der VASK Bern) als Präsident zur Verfügung gestellt und hat bereits sehr gute Arbeit geleistet. So ist nun aus der Krise etwas Positives gediehen und wird weiter zur Stabilität führen.

Neuer Vorstand Dachverband:

Armin Spühler	Präsident
Bruno Facci	VASK Ostschweiz
Daniela Näf	VASK Graubünden
Felix Uttinger	VASK Zürich
Gerhard Schmutz	VASK Bern
Urs Würsch	VASK Aargau

Heidi Eichenlaub, Buchhaltung
Lilian Keller Würmli, Homepage
Marlis Cueni, Sekretariat
Neuer Sitz des Dachverbandes: Zürich

*Glück ist kein Geschenk der Götter,
es ist die Frucht einer inneren Einstellung.*

Erich Fromm

Warum ich mich bei der der VASK engagiere

Yvonne Aebli, Sekretariat VASK Zürich

Nach einem Leben mit eigenen und mit Schulkindern, nach meiner Tätigkeit in der Psychiatrie und zuletzt in einem Pflegeheim suchte ich, pensioniert, eine sinnvolle Aufgabe wo ich einen Beitrag an eine gute Sache leisten könnte. Da erfuhr ich von einer Freundin, dass auf dem Sekretariat der VASK Hilfe nötig sei. Ich konnte zwar ein wenig mit einem Computer umgehen, hatte aber keine Erfahrung mit Büroarbeit. Entsprechend sah meine Hilfe auch aus. Edith, die damalige Sekretärin, erinnert sich gewiss noch an «Was kann ich als Nächstes tun? Wie muss ich das machen? Ist es so richtig?». Ich glaube, ich habe Edith eher versäumt, als dass ich eine grosse Hilfe war.

Mittlerweile habe ich nebst dem was mir Marlis zu tun gibt, zwei Bereiche, die ich selbstständig erledige, einmal die Mitgliederkartei – Ein- und Austritte – und dann die Bearbeitung all der eingehenden Erfassungsbogen für die Statistik. Das befriedigt mich sehr. Ich freue mich jede Woche auf den Nachmittag in der VASK.

Die Frage aber, warum ich mich bei der VASK engagiere, ist noch zu beantworten. Zur VASK bin ich zufällig gekommen, denn ich bin keine betroffene Angehörige. Ich betrachte die Arbeit auf dem Sekretariat als Dank dafür, dass ich diese Bürde nicht tragen muss.

*Die Kranken geben bei weitem nicht so viel Geld aus zur
Gesundung als die Gesunden, um krank zu werden.*

J.N. Nestroy

VASK Schweiz Suisse Svizzera Svizra

Schweizerischer Dachverband der kantonalen und regionalen VASK Vereinigungen der Angehörigen von psychisch Kranken



VASK Schweiz

Dachverband
Langstrasse 149, 8004 Zürich
044 240 12 00
info@vask.ch
www.vask.ch



VASK Schaffhausen

Webergasse 48, 8200 Schaffhausen
052 625 55 80 (werktags, ohne Gewähr)



VASK Aargau

Postfach 432/P1, 5201 Brugg
Zürcherstrasse 241, 5201 Brugg
056 222 50 15 (Mo 9.30–11.30, Do 9.30–11.30)
info@vaskaargau.ch
www.vaskaargau.ch



VASK Ticino

C.P. 130, 6934 Bioggio
078 809 22 44
vaskticino@gmail.com
www.vaskticino.ch



VASK Bern

Post: Postfach 8704, 3001 Bern
Büro: Marktgasse 36, 3011 Bern
031 311 64 08 (Mi 9.00–11.00, Fr 13.00–15.00)
sekretariat@vaskbern.ch
www.vaskbern.ch



VASK Zentralschweiz

Postfach 534, 6210 Sursee
041 921 60 48 (Mo 14.00–16.00, Fr 14.00–16.00)
info@vask-zentralschweiz.ch
www.vask-zentralschweiz.ch



VASK Graubünden

Postfach, 7208 Malans
081 353 71 01 (Mo 8.30–11.30, Do 14.00–17.45)
vask.graubuenden@bluemail.ch
www.vaskgr.ch



VASK Zürich

Langstrasse 149, 8004 Zürich
044 240 48 68 (Di 10.00–14.00, Do 15.00–18.00)
info@vaskzuerich.ch
www.vaskzuerich.ch



VASK Ostschweiz

Bahnhofplatz 5, Postfach 2238, 9001 St. Gallen
071 866 12 12 (werktags, ohne Gewähr)
info@vaskostschweiz.ch
www.vaskostschweiz.ch



Association Le Relais Genève

Maison des Association
Rue des Savoises 15, 1205 Genève
Permanence téléphonique
022 781 65 20 (Mo+Fr 13.30–16.00)
info@lerelais.ch
www.lerelais.ch