

# „Wie können selbst betroffene Profis den Dialog bereichern?“

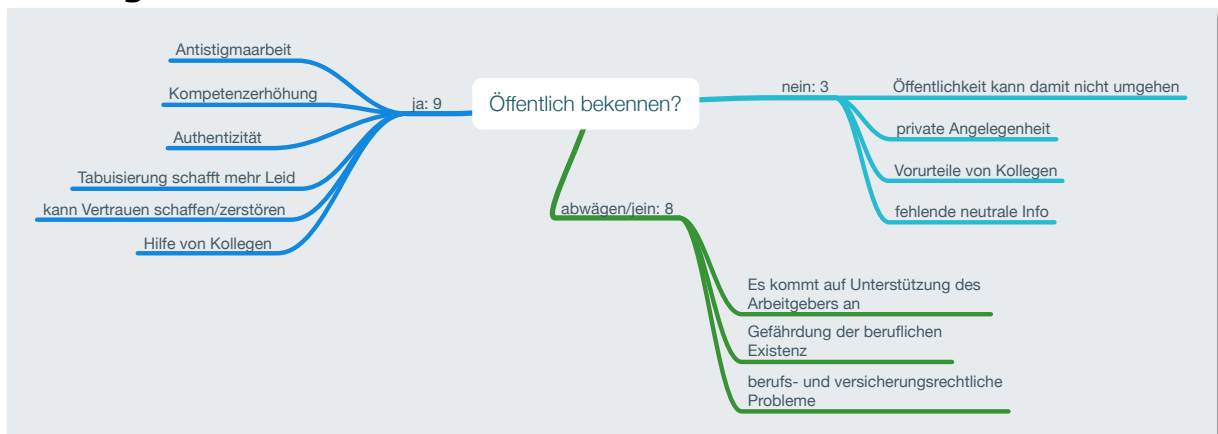
## Vorstellung Arbeitsgruppe und Workshop

Bei der Jahrestagung 2016 der DGBS in Chemnitz wurde erstmalig von unserer aktuell 7-köpfigen Arbeitsgruppe „Selbst betroffene Profis“ ein Workshop angeboten mit dem Thema: **„Wie können selbst betroffene Profis den Dialog bereichern?“**

Das Fragezeichen im Titel dieser Veranstaltung war von der Gruppe ganz bewusst gesetzt worden. Obwohl sich die meisten Gruppenmitglieder auch anderweitig in der DGBS engagieren, führen wir als Gruppe ein reges, jedoch eher im Verborgenen angesiedeltes Dasein, denn die bipolare Erkrankung von Professionellen ist vielerorts (noch) ein Tabu-Thema. Erste Schritte zur Sichtbarwerdung sind unsere Beiträge auf der Website der DGBS unter der Rubrik „Betroffene Profis“, die allgemein für jeden zugänglich sind, Beiträge im Newsletter sowie unsere offenen Gruppentreffen an der Jahrestagung.

Sehr erfreulich fanden wir, dass sich zu unserem ersten Workshop 22 Teilnehmerinnen und Teilnehmer einfanden. Hier sollen nun die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung im Rahmen des Workshops vorgestellt werden, wobei ein Teilnehmer keine Auswertung seines Fragebogens wünschte. Die somit erhobenen 21 Teilnehmer-Daten und die beigefügten Mindmaps spiegeln die dialogische Ausrichtung der Tagung „en miniature“ wieder. Es nahmen 2 Angehörige sowie 2 im Gesundheitswesen Tätige ohne eigene oder familiäre Betroffenheit teil. 10 Teilnehmer gaben an, Betroffene aus dem Gesundheitswesen zu sein, wobei 5 auch gleichzeitig Angehörige von Betroffenen sind. 8 Anwesende waren betroffene Profis und überschneidend mit den 8 ordneten sich 6 Menschen auch noch den Angehörigen zu.

## Frage: Sollen sich im Gesundheitswesen Tätige zu Ihrer Bipolaren Störung öffentlich bekennen?



Die Entscheidung für Pro oder Kontra bei der Frage zu mehr Öffentlichkeit bei Gesundheitsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern mit der Diagnose einer bipolaren Erkrankung fällt am Workshop-Beginn in den ausgeteilten Fragebogen knapp aus: Mehr Öffentlichkeit wird 9 mal uneingeschränkt befürwortet. 8 der Befragten dagegen können sich nicht eindeutig festlegen, ob das Thema öffentlich mehr diskutiert werden sollte. 3 Befragte wollen keine größere Öffentlichkeit als bisher. Die Gründe für Ihre Ablehnung sind: Dies sei einerseits eine private Angelegenheit der Betroffenen oder auch die Öffentlichkeit könne nicht adäquat damit umgehen, da es bisher keine neutralen Informationen zur Bipolarität von Betroffenen gebe, die im Gesundheitsbereich tätig sind. Eine Ablehnung blieb unbegründet.

Die häufigsten Gründe für mehr Öffentlichkeit sind aus Sicht der Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmer die damit einhergehende Entstigmatisierung aller Betroffenen, nicht nur die der betroffenen Gesundheitsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern. Eine anhaltende Tabuisierung dieses Themas schaffe u.U. noch mehr Leid. Auch wird eine Modellfunktion bei z.B. betroffenen Ärztinnen und Ärzten genannt, die auch anderen Erkrankten Mut machen könne. Die Authentizität des betroffenen Gesundheitsmitarbeiters könne auch eine Vertrauensbasis zum Patienten/Klienten erzeugen. Wenn kein Tabu Informationen blockiere, könnten informierte Kolleginnen und Kollegen den erkrankten Gesundheitsmitarbeiter im besten Fall unterstützen. Einschränkend wird jedoch vermerkt: sofern die Kollegen keine Vorurteile gegenüber bipolar erkrankten Kolleginnen/Kollegen verspüren.

## Zahlenmäßige Auswertung Mindmaps

In den Mindmaps sind Gewichtungen, Hauptnennungen und Unterschiede zwischen den befragten Berufsgruppen erkennbar.

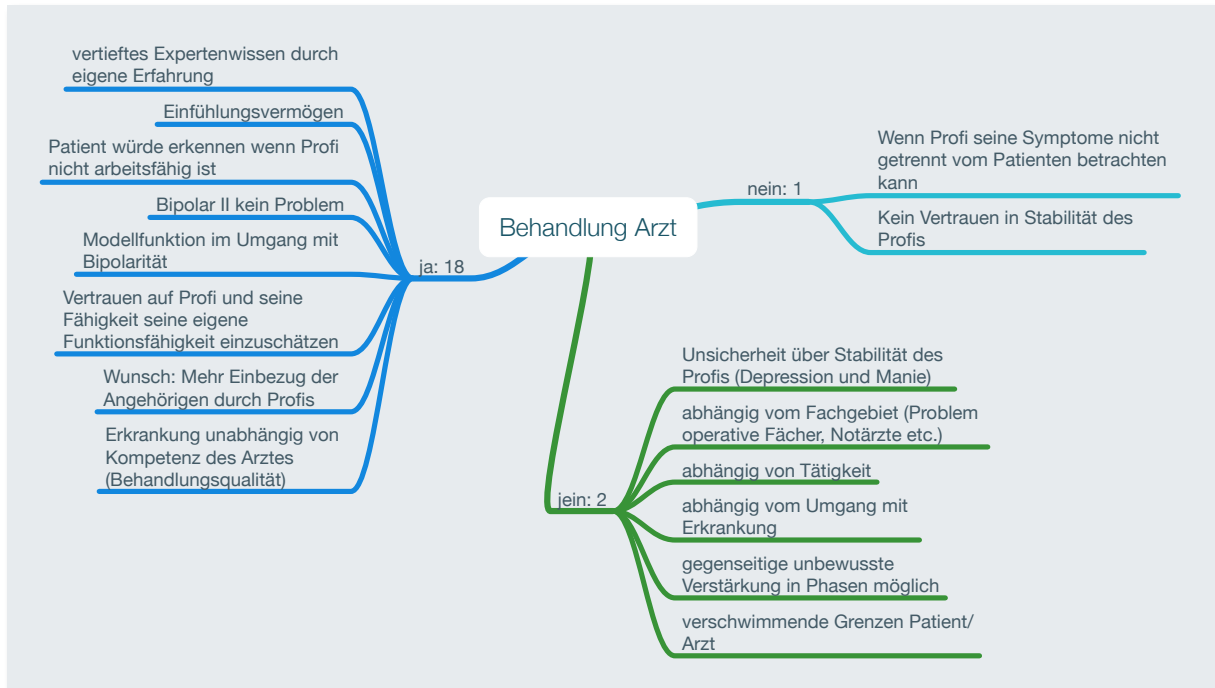
## Würden Sie sich von einer Krankenschwester/einem Krankenpfleger mit BS behandeln lassen?



Unstrittig war die Frage nach Bipolarität und fachgerechter und vertrauensvoller Behandlung bei der Berufsgruppe der Krankenschwestern/Krankenpfleger: Hier würden sich 20 der Befragten uneingeschränkt behandeln lassen. Nein-Stimmen gab es keine; nur 1 Teilnehmer hatte Bedenken, ohne diese näher auszuführen. Begründet

wurde das durchweg positive Votum mit der geringeren Patienten-Verantwortung in der Berufsgruppe der „Pfleger“.

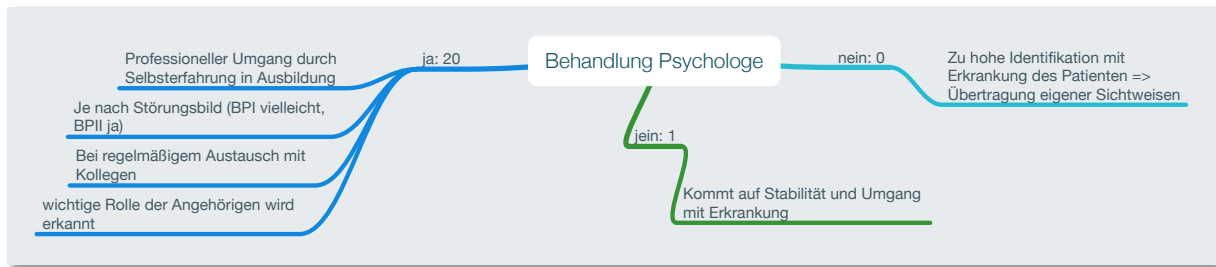
## Würden Sie sich von einer Ärztin/einem Arzt mit Bipolarer Störung behandeln lassen?



18 von 21 stimmen der Frage zu, dass bipolare Ärztinnen und Ärzte Patienten behandeln sollen. Für ein generelles Berufsverbot von bipolaren Ärzten und Ärztinnen war keiner der Anwesenden, da z.B. die Behandlungsqualität außerhalb akuter Erkrankungsphasen nicht durch die Bipolarität von Behandlern geschmälert wird. Die meisten Workshop-Teilnehmer äußerten sogar die Hoffnung, dass sich betroffene Behandler differenzierter und weitreichender in bipolare Patientinnen und Patienten hineinversetzen können und dadurch der Behandlungsgewinn u.U. für die Patienten größer sein kann. Sie würden vielleicht auch Angehörige mehr in die Behandlung mit einbeziehen, weil sie deren Bedeutung/Mitarbeit am Genesungsprozess aus eigener Erfahrung höher einschätzen können. Eine ungenügende Selbsteinschätzung der Behandler bestünde aber in den Erkrankungsphasen vor allem bei bipolar-I-Erkrankten, hingegen weniger bei bipolar II. Sorge bereitete auch der Gedanke, dass die Grenzen zwischen Patienten und Ärzten nicht mehr klar definiert sind und z.B. manische Behandler ihre Patienten in deren Manie noch verstärken könnten.

2 Teilnehmer wünschten explizit keine Behandlung durch einen bipolar erkrankten Arzt bzw. Ärztin. Begründet wurde dies mit der Annahme, dass depressiv oder manisch erkrankte Ärztinnen und Ärzte ihre Arbeitsfähigkeit selbst nicht mehr ausreichend einschätzen und z.B. krank am Patienten weiterarbeiten würden. Auch wurde im Hinblick auf die Belastungen des ärztlichen Berufsstandes eine mangelnde Stabilität, verursacht durch die Bipolarität, vermutet.

## Würden Sie sich von einer Psychologin/einem Psychologen mit Bipolarer Störung therapieren lassen?



Eindeutig fällt das Votum bei bipolaren Psychologen/ Psychologinnen aus: 20 der Befragten würden sich bei Betroffenen in psychologische Behandlung begeben. 1 Teilnehmer schränkte ein, dass er sich nur therapieren ließe, wenn der Behandler stabil sei und durch sein Verhalten zeige, dass er mit der eigenen Erkrankung umgehen könne. Keiner der Befragten würde grundsätzlich eine psychologische Therapie bei einem Betroffenen für sich ausschließen wollen.

Bei der Berufsgruppe der Psychologen wird von den Workshop-Teilnehmern angenommen, dass sich diese in regelmäßigem Austausch mit Kollegen befinden und während ihrer Ausbildung ein tiefergehendes Bild über ihre Person erhalten haben. Sie würden somit eine ausgeprägte Fähigkeit zur Eigenreflexion besitzen. Kritisch wird die Reflexionsfähigkeit nur bei Bipolar-I-erkrankten Behandlerinnen und Behandlern gesehen; bei Bipolar-II-Erkrankten sei dies unproblematischer. Auch hier nehmen Befragte an, dass betroffene Psychologinnen und Psychologen eher bereit sind, Angehörige in die Behandlung mit einzubeziehen.

### **Gegenüberstellung Argumente der Workshop-Teilnehmer / „betroffene Profis“**

In der Vorbereitung des Workshops hatten wir als Gruppe „Selbst betroffene Profis“ unsere Pro- und Kontra-Argumente sowie persönliche Eindrücke, die wir während unserer Arbeit im Gesundheitswesen gesammelt hatten, notiert. Als Gruppe interessierte es uns, ob wir mit unserer subjektiven Sichtweise eklatant von den Einschätzungen der Workshop-Teilnehmer abweichen oder ob wir im Gegensatz dazu in manchen Einschätzungen und Sichtweisen übereinstimmen werden.

Bei den im Workshop erhobenen Pro-Argumenten stimmen wir z.B. bei der Vorbildfunktion bis hin zum „Hoffnungsträger“ überein. Auch teilen wir die Hoffnung auf mehr Ent-Stigmatisierung aller Betroffener durch unsere Öffentlichkeitsarbeit. Wir sehen uns selbst auch in einer Vermittlerrolle zwischen Angehörigen, Betroffenen und Professionellen. Wir erleben gleichzeitig einen persönlichen und einen professionellen Blick auf erkrankte Menschen, wie es unsere Patienten/Klienten auch von uns erwarten.

Ergänzend zur Auswertung des Workshop-Fragebogens nehmen wir folgendes an: Unser Fachwissen hilft uns in der Akzeptanz einer Phasenprophylaxe, die wir als Basismedikation betrachten. Wir wissen vieles über Psychoedukation aufgrund unserer medizinischen/psychologischen Ausbildung/Tätigkeit, einschließlich dem Nutzen einer systematischen Selbstbeobachtung, wodurch wir vielleicht insgesamt weniger Krankheitsphasen erleben müssen. Aufgrund unseres Fachwissens können wir vermutlich unsere Erkrankung und ihre oft genetische (Mit)-Ursache leichter akzeptieren. Auf jeden Fall hat die bipolare Erkrankung unsere Einstellung zu gelebten Werten und zum Leben an sich nachhaltig verändert.

Trotz vieler Vorteile, die wir als bipolar erkrankte Profis haben, überwiegen in unserer eigenen Sammlung zahlenmäßig eher die Kontra-Argumente. Wir teilen mit den Workshop-Teilnehmern die Annahme, dass wir Stigmatisierung und Vorurteile zu befürchten haben bis hin zur Ausgrenzung durch Kolleginnen und Kollegen. Auch teilen wir die Sorge, dass wir durch unsere Dauermedikation weniger leistungsfähig sind bis hin zu kognitiven und affektiven Beeinträchtigungen. Wir sind gefährdet, weil wir an uns selbst hohe Erwartungen stellen, uns eher Selbst- und Schuldvorwürfe machen und häufig Sorge vor der Bewertung anderer haben. Vereinzelt haben wir auch erlebt, dass wir von unseren eigenen Behandlern zu viel Eigenverantwortung und zu wenig Aufklärung erhalten haben, weil wir z.B. selbst Experten sind. Aus Schamgefühl oder Hilflosigkeit könnten wir u.U. auch zur Selbstmedikation greifen, was wir nicht als optimal bis schädlich für uns selbst ansehen.

### **Resümee des Workshops aus Sicht der „Selbst betroffenen Profis“**

Nach Diskussionen in Kleingruppen zum Thema „Wie können selbst betroffene Profis den Dialog bereichern?“ wurden die Ergebnisse auf Flipcharts präsentiert.

Es wurde für uns deutlich, dass Interesse an der Mitarbeit unserer Gruppe innerhalb der DGBS besteht, wobei wir uns noch auf der Suche befinden, wo und wie wir uns hilfreich und zielführend einbringen können. Auch wurde deutlich, dass es den Workshop-Teilnehmern manchmal nicht präsent war, dass betroffene Profis nicht nur Profis und Betroffene sind, sondern oft auch Angehörige von Betroffenen. Da die Vererbung bei der Bipolaren Störung eine nicht unwesentliche Rolle spielt, war dies zu erwarten. Trotzdem ist unsere „dialogische Betroffenheit“ bisher oft unbeachtet geblieben. Deshalb wurde sie von uns im Workshop thematisiert, weil eine eindeutige Rollenzuordnung in der DGBS schwerer fällt und bei uns auch mehrdimensional gedacht werden muss.

Für uns betroffene Profis ist der bestehende Dialog in unserer Person und in unserer Familie gelebter Alltag. Deshalb kam in der Diskussion die Idee auf, betroffene Profis z.B. als Vermittler einzusetzen, da wir viele Argumente aus unseren 2-3 gleichzeitig vorhandenen Rollen kennen und

authentisch verschiedene Parteien ergreifen können. Das würde die in der DGBS praktizierte dialogische Haltung, die jede Beraterin und jeder Berater einnehmen soll, authentisch verstärken; vorausgesetzt der betroffene Profi hat die Bereitschaft, eine offene Haltung gegenüber dem Ratsuchenden einzunehmen und ist in der Lage, einen Perspektivwechsel in der Beratung vorzunehmen. Es wurde dann auch der Wunsch geäußert, dass wir als Gruppe dialogisch mit Angehörigen Veranstaltungen anbieten. Auch wurden ein Beispiel genannt, wo betroffene Profis bereits dialogisch tätig sind: Innerhalb einer multiprofessionellen Gruppe, die mit aufsuchender Arbeit zuhause bei Erkrankten z.B. eine Krankenhaus-einweisung verhindern kann.

## **Schlussdiskussion**

In der Schlussdiskussion wurden als wichtigste Vorteile bei betroffenen Gesundheitsmitarbeiter/-innen genannt: Mehr Einfühlungsvermögen, mehr Kenntnisse über die Erkrankung sowie aus der eigenen Betroffenheit heraus auch eine intensive Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild. Würde mehr Öffentlichkeit hergestellt werden, würde dies eindeutig zur weiteren Ent-Stigmatisierung des Krankheitsbildes beitragen und könnte für andere Betroffene eine Vorbildfunktion darstellen.

Als problematische Punkte und/oder Kritikpunkte bei der Berufstätigkeit von Betroffenen im Gesundheitswesen wurde die drohende Stigmatisierung nach einem „Outing“ von den Teilnehmern/-innen ebenso gesehen wie die manchmal belastende und überfordernde 3-fach Rolle. Ein großes Problem sei eben immer auch eine mögliche Instabilität bei bipolar Betroffenen; gerade wenn in akuten depressiven oder manischen Krankheitsphasen am Patienten/Klienten gearbeitet würde, wurden von den Workshop-Teilnehmerinnen und -Teilnehmern Ängste und große Bedenken geäußert.

Die Workshop-Teilnehmer empfehlen uns, die Öffentlichkeitsarbeit unserer Gruppe weiter fortzusetzen. Wir sollen dabei auch unsere gute Arbeitsleistung in gesunden Phasen betonen. Gleichzeitig sollen wir überlegen, wie wir mit erkrankten Kolleginnen und Kollegen umgehen bzw. wie wir unsere Aufmerksamkeit auf die Arbeitsfähigkeit von betroffenen Profis richten können.