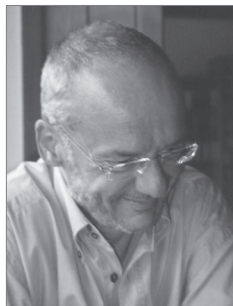


Dirk Fiedler

Macht – Wahn – Sinn (?)

Ein personzentrierter Blick auf Psychosen und ihre Behandlung



Dirk Fiedler
Tel. 069 – 83 83 67 75
www.of-psychoweb.de

Dipl.-Psych. Bis 1989 in der stationären Entwöhnungsbehandlung von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigen. 1989 bis 2000 tätig in der Sozialpsychiatrie in Offenbach, seit 2000 niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut in Offenbach. Supervisor, GwG-Ausbilder und Leiter der Suchtweiterbildung „Sozialtherapie GwG“, die von der Deutschen Rentenversicherung anerkannt ist. Seit 2002 Delegierter und Vorsitzender des Ausschusses für ethische Fragen und Berufsordnung.

„Schwarzes Auge, schwarzes Auge“, murmelte der erste mich düster anblickende Patient, dem ich in der psychiatrischen Abteilung des Offenbacher Klinikums begegnete. Das war 1989. Der Patient war mir etwas unheimlich – und zugleich versuchte ich zu verstehen, was er ausdrücken wollte. Ich fragte ihn, ob er deprimiert sei. Er reagierte lebhaft und antwortete: „Der versteht was“. Seit dieser Begegnung hatten wir ein freundliches Verhältnis, und ich machte meine erste Erfahrung, dass symbolische oder wahnhaftige Aussagen von Psychose-Patienten einen Sinn haben können. Viele ähnliche Erfahrungen, die mir bis dahin fremd waren, folgten. Und ich erlebte, von welcher unterschiedlichen Seiten Macht ausgeübt wurde: durch Anweisungen, durch Medikation - legale Gewalt, die mir teilweise sinnvoll, aber manchmal auch unangemessen erschienen.

Im Verlauf der letzten Jahre als niedergelassener Psychotherapeut waren mir diese Erfahrungen immer wieder als unersetzlich und hilfreich präsent. Problembereiche kristallisierten sich für mich immer deutlicher heraus, so dass ich jetzt an einem Punkt angelangt bin, an dem ich meine Beobachtungen und Wahrnehmungen konzeptionalisieren und öffentlich – und damit anderen zugänglich – machen kann. In meine konzeptuelle Arbeit fließen auch meine Auseinandersetzungen mit der neueren Literatur ein. So habe ich gelernt, Fragen der Medikation sorgfältiger abzuwägen und noch stärker den psychosozialen (Behandlungs-) Kontext zu beachten, wie es gemeindenahere Interventionsstrategien in Skandinavien nahe legen. Bei all dem bin ich den Patienten dankbar, die mich gelehrt haben, welches Glück es ist, wenn das Wunderwerk Gehirn so funktioniert, dass wir unser Leben selbst-

ständig gestalten und auch genießen können.

Als Einstieg in die Thematik stelle ich zunächst den Machtaspekt vor seinem historischen Hintergrund dar, da er im Zusammenhang mit der Thematik eine wichtige Rolle spielt.

Macht

Machtausübung begleitet den Umgang mit psychisch Kranken seit jeher. Ausgliedern, verachten, unterbringen in Einrichtungen, Kontrolle, gewaltsame Umgangsweisen waren über Jahrhunderte vorherrschende Umgangsformen mit schwer psychisch Kranken. Und sie sind es z.T. heute noch.

Die Nazi-Zeit

Das Nazi-„Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933 kodifizierte die Vernichtung von Angehörigen der „erblich minderwertigen Bevölkerungsschicht (negative Auslese)“. Dazu wurden „die Erbkranken und die Asozialen“ gezählt, die durch „ausmerzende Maßnahmen“ bekämpft werden sollten. Zwangssterilisiert konnte werden, wer an folgender Krankheit litt: „1. Angeborener Schwachsinn 2. Schizophrenie, 3. Zirkuläres Irresein, 4. Erbliche Fallsucht, 5. Erblicher Veitstanz, 6. Erbliche Blindheit, 7. Erbliche Taubheit, 8. Schwere körperliche Missbildung, 9. Schwerer Alkoholismus.“ (12) Auch in anderer Weise abweichende Menschen (Juden, Homosexuelle, Sinti, Roma, politisch Oppositionelle) wurden bekanntermaßen systematisch verfolgt und vernichtet.

Einerseits scheinen diese extrem menschenfeindlichen Jahre im Nachhi-

nein ein starkes sozialpsychiatrisch/psychotherapeutisches Engagement als Echo nach sich zu ziehen, andererseits bedeutet psychisch schwer krank zu sein auch heute noch oft

- sozialen Tod
- Zwangseinweisung
- Zwangsbehandlung
- gesetzliche Betreuung
- zwangsweise Medikation

Die Wende durch Emil Kraepelin und Ludwig Binswanger

Eine Wende in der wechselvollen Geschichte der Ausgliederung wie auch der karitativen Hilfe für psychisch Kranke bewirkte Emil Kraepelin. Der deutsche Psychiater konstituierte Ende des 19. Jahrhunderts das biologisch-medizinische Modell der Schizophrenie und die strikte Trennung von psychisch Gesunden und Irren im deutschsprachigen Raum (http://de.wikipedia.org/wiki/Emil_Kraepelin). 1896 etablierte er den Begriff der „endogenen Psychose“ und der „Dementia Praecox“. Das war zwar ein Erkenntnisfortschritt bedeutete aber immer noch ein Machtverhältnis über psychisch Kranke. Damals war das breite Spektrum der Schwere einer Störung, die Abgrenzung von unterschiedlichen Verläufen und von Erscheinungsformen in verschiedenen Kulturen noch nicht erkannt worden.

Aber auch seinerzeit entstand bereits eine Alternative wie die in Binswangers Klinik „Bellevue“ in Kreuzlingen am Bodensee seit 1857 (http://de.wikipedia.org/wiki/Ludwig_Binswanger). Dort nahm zunächst der Großvater 15 reiche und gebildete „geistesranke“ Patienten mit Kontakt zur Familie des Arztes auf. Ab 1910 arbeitete Binswanger dann mit psychoanalytischem, individualisiertem Therapieanspruch – immer auch zwangsweise, aber immerhin mit dem Anspruch keine Therapieform anzuwenden, die den Willen der Patientinnen brechen konnte. Programmatik für die Daseinsanalyse verwendete Ludwig Binswanger Georg Wilhelm Friedrich Hegels Satz: „Die Individualität ist, was ihre Welt als die Ihrige ist“.

Der Kranke sollte zu Wort kommen können, und zwar er selbst – es gehe nicht um die Worte über ihn. Es ging darum, sprachliche Äußerungen der Kranken unbedingt ernst zu nehmen, denn nur darüber könne sich der Arzt eine erhöhte Klarheit über das verschaffen, was es am Kranken wahrzunehmen gebe.

Von kalten Bädern zu Psychopharmaka

Weitere Stationen der Machtausübung im 19. Jahrhundert waren die „Opiumkur“ wie auch kalte Bäder, Schläge und Fesselung, das Einwickeln in nasse Tücher zur Beruhigung, glühende Eisen und Aderlass (7). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstanden dann mildere Formen des Umgangs mit Kranken, wie z. B. Arbeitstherapie, Rehabilitation und Schlaftherapie, in den 1930er Jahren die „Insulinschockbehandlung“, „Elektrokrampftherapie“ (heute wieder aktuell!) und Lobotomie, d.h. operative Durchtrennung von Hirnnerven.

Werden Medikamente verordnet, die die Emotionalität, das Denken und die Selbststeuerung des Kranken beeinflussen, stellt dies ebenfalls eine Ausübung von Macht dar, selbst wenn es den Betroffenen erlaubt wird, der Einnahme zuzustimmen oder sie abzulehnen. Ab 1952 wurden Antipsychotika und Antidepressiva mit bis heute umstrittener Wirksamkeit eingeführt. Einerseits helfen die Medikamente vielen Patientinnen, außerhalb der Kliniken zu leben und zu arbeiten. Und zahlreiche engagierte Psychiaterinnen betrachten die Medikation als Voraussetzung für die Fortschritte in der Enthospitalisierung schwer psychisch Kranker. Andererseits zeigen Studien jedoch, dass eine Langzeitmedikation mit Neuroleptika dem Patienten mit guter Prognose mehr schadet als nutzt. Weitere Studien besagen, dass statistisch die Verläufe von Psychosen unter Medikation nicht besser sind als diejenigen ohne Medikation (1; 15).

Bisher gelang es nicht, eine differenzielle Behandlungsstrategie für die jeweilige Subpopulation von Patienten zu evaluieren, in der eine frühestmögliche Reduktion und/oder Ausschleichen

von Medikation die beste biologische Behandlungsstrategie darstellt. In dieser Hinsicht gibt die „S3 Leitlinie Schizophrenie“ eine generalisierte zwei- bis fünfjährige Mindestdauer der Gabe von Neuroleptika vor, bei Ersterkrankungen ein Jahr, die durchaus kognitive, emotionale und soziale Schäden hervorrufen kann (<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/038-009.htm>).

Extrapyramidal-motorische Symptome unter „typischen“ Neuroleptika haben z.B. unerwünschte Nebenwirkungen zur Folge wie

- Frühdyskinesien (Zungen-Schlund-Krampf, Blickkrampf) – Stunden bis Tage später
- Neuroleptika-induziertes Parkinsonoid (Rigor, Tremor, Akinese) – nach Wochen oder bei Dauerbehandlung
- Spätdyskinesien – nach Jahren bis Jahrzehnten bei kumulativer Neuroleptikadosis
- malignes neuroleptisches Syndrom (massiver Rigor, Schwitzen, Fieber, Thrombose- und Emboliegefahr) – selten.

Seit 1990 setzen Behandler/innen auch nebenwirkungsärmere, sog. atypische Neuroleptika ein, die jedoch auch Nebenwirkungen verursachen. Hierzu gehören z.B. Gewichtszunahme, kognitive Einschränkungen, Depressionen (2). Ein sicherlich nicht unwesentlicher Nebenasspekt: Diese Medikamente sind teuer. Sie werfen hohe Gewinne ab und verbrauchen damit Gelder, die im Personalbereich fehlen.

Auch die „Behandlungsleitlinie Schizophrenie“ fokussiert die medikamentöse Behandlung. Erschreckend an der S3 Leitlinie Schizophrenie für mich ist jedoch die Empfehlung für „Elektrokrampftherapie“ als „Ultima Ratio“. Gleichzeitig lehnen die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger psychodynamische Therapien wie auch die Gesprächspsychotherapie wegen „mangelnder Evidenz“ ab. Sie subsumieren vielfältige Behandlungsansätze un-

ter „Kognitive Verhaltenstherapie“, was jedoch dem Behandlungsalltag häufig widerspricht. Die genannten Interventionen sind vielmehr aus den Erfahrungen von Klinikern erwachsen und am wenigsten auf dem Boden einer Theorie. Die Forderung der Psychotherapie-richtlinien nach einem theoretisch begründeten Behandlungskonzept scheint hier nicht mehr zu gelten und ich frage mich: Aus welchem theoretischen Kontext werden verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte bei Psychosen abgeleitet? Token Konzepte, also Behandlungen mit Belohnungssystematik entsprechend der Lerntheorie des operanten Konditionierens sind zwar theoretisch abgeleitet, stellen aber nur einen geringen Teil praktizierter Behandlungen dar und dienen vornehmlich der Verhaltenskontrolle. Die in der „S3 Leitlinie“ formulierten Interventionsgrundsätze und Behandlungsziele sind zwar im Wesentlichen sinnvoll zusammengestellt, aber weder nach spezifischer Indikation unterschieden, noch konstitutiv für Verhaltenstherapie.

Realität im Klinikalltag

Erlebnisse aus meinem Klinikalltag beleuchten die Macht- und Sinnproblematik, wenn z. B. die unterschiedlichen Machtmittel übermäßig oder zum unbeabsichtigten Schaden von Patienten eingesetzt werden. Und es wird deutlich, wie von Patienten real erlebte Machtverhältnisse das Krankheitsgeschehen bzw. Krankheitserleben prägen. Hierzu einige Beispiele:

- Stationär: Eine 35-jährige Frau wird von Polizisten mit Handfesseln auf die Station gebracht. Sie ist ruhig und versichert, dass sie sich ruhig verhalten werde, wirkt geordnet und kooperativ (eine häufige Wirkung, wenn sich die Kliniktür hinter Patienten schließt). Sie wird auf Grund der vorangegangenen Auffälligkeit in der Stadt entgegen ihren Bitten fixiert, und der Behandler injiziert ein Beruhigungsmittel. Die Frau ist währenddessen weiterhin ruhig.
- Stationär: Ein 31-jähriger Patient wird unterernährt, verwahrlost, verwirrt und paranoid stationär mit rich-

terlichem Beschluss aufgenommen. Er reagiert auf die medikamentöse Behandlung im Verlauf von Wochen dramatisch positiv mit scheinbar völligem Verschwinden der paranoiden Symptomatik. Er wirkt psychisch geordnet und orientiert, aber auch extrem dünnhäutig, anhänglich mit starken frei flottierenden Ängsten. Nach vier Monaten erfolgreicher Behandlung suizidiert er sich durch Sprung von einem Hausdach.

- Ambulant: Eine 28-jährige Frau, die bereits stationäre psychiatrische Behandlungen mit Medikation und Besserung der Symptomatik hinter sich hatte, wird von der psychiatrischen Ambulanz in die Praxis überwiesen. Sie klagt über Kontrolle durch die Mutter, über die massive Abwertung durch den Vater und über Geringschätzung und Gängelung durch Arbeitskollegen. Sie ist extrem misstrauisch mir gegenüber und wechselt von vertraulichen und traurigen Mitteilungen – über ihre erlebte Abwertung, über ihre Mühe sich zu konzentrieren und zu arbeiten, über ihre Einsamkeit – hin zu offen aggressivem In-Frage-Stellen meiner Kompetenz und meines Wohlwollens. Die Vorberichte enthalten Schilderungen von paranoiden Prozessen, in deren Verlauf sie nicht mehr arbeitsfähig war, die Mutter bedrohte und schlug und Arbeitsstellen verloren hatte. Nach drei Sitzungen brach sie den Behandlungsversuch ab, als ich sie nach ihrer Versichertenkarte zu Beginn des Quartals fragte, was sie als unzumutbar aggressiv empfand. Nach meinem Verständnis war sie durch tatsächliche Machtverhältnisse vorgeschädigt.
- Ambulant: Ein 39-jähriger Patient, der zu Hause vereinsamt, unter Verfolgungsängsten und Beeinflussungsideen leidet und kontakt- und leistungsfähiger werden möchte, wird von einer Psychiaterin überwiesen. Er lässt sich freundlich und zugewandt auf den Erstkontakt und weitere Gespräche ein, mit ihm erlebe ich einen guten Kontakt und die anamnestische Arbeit lässt ihn mir vertrauter werden. Zunehmend schaut er sich irritiert im Behandlungsraum um, bis

mir deutlich wird, dass er das Gespräch paranoid erlebt, Stimmen aus den Ecken hört, die ihm Angst machen. Er ist überfordert mit der Nähe und dem Aussprechen seiner Konflikte, so dass wir übereinkommen, die Behandlung nicht weiter zu führen. Auch er war deutlich durch Insuffizienzerleben und ihn beherrschende Beziehungen vorgeschädigt und fürchtete um seine Integrität.

Begriffsklärungen

Bevor ich zu den Aspekten Wahn und Sinn komme, kläre ich zum gemeinsamen Verständnis einige Begriffe.

Psychose

bezeichnet eine Gruppe schwerer psychischer Störungen, die mit einem (zeitweiligen) weitgehenden Verlust des Realitätsbezugs einhergehen. Der Begriff wurde 1845 von Ernst von Feuchtersleben, einem Wiener Professor der Psychiatrie, erstmals verwendet.

Psychotische Symptome

- akustische Halluzinationen, Dialogische Stimmen, kommentierende Stimmen, Gedankenlautwerden
- Halluzinationen auf anderen Sinnesgebieten wie optische, olfaktorische (Geruchs-) oder gustatorische (Geschmacks-) Halluzinationen
- schizophrene Ich-Störungen wie Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Willensbeeinflussung
- Wahnsystem und Wahneinfall, Wahnwahrnehmung
- leibliche Beeinflussungserlebnisse – Coenästhesien: „Mein Kinn fehlt, ich habe keinen Bauch mehr, es manipuliert jemand an meiner Wirbelsäule“.

Wahn

Wahn ist ein Teil psychotischen Erlebens, der mir einmal als feste Überzeugung begegnete, vom Geheimdienst verfolgt, von Satelliten beobachtet oder aus dem Fernseher angesprochen zu werden, ein andermal als Vorstellung,

in einer Welt neben einer anderen zu leben, in der es von Monstern wimmelt oder eine Welt zu sehen, die von Comicfiguren belebt war. Mir ist es mehrmals schwer gefallen, angstvolle reale Kriegserlebnisse mit Verfolgung und blutigen Szenen von den wahnhaften Schilderungen aktueller Gegenwart bei ein und derselben Patientin zu unterscheiden; ähnlich schwer fiel mir gelegentlich das Paranoide vom Realen bei der Schilderung negativer Behördenerfahrungen zu trennen.

Der Begriff Wahn repräsentiert eine Überzeugung, die nicht subkulturell (s.u.) bedingt sein darf und

- logisch inkonsistent ist oder wohlbestätigtem Wissen über die reale Welt widerspricht und
- trotz gegenteiliger Belege aufrechterhalten wird, weil die persönliche Gewissheit der Betroffenen so stark ist, dass sie rational nicht mehr zugänglich sind.

Jedoch, nicht alles „wohlbestätigte Wissen über die reale Welt“ ist „wahr“. Beispiele sind der Hexenwahn oder Marienwahn, und am anderen Pol ein Wahn, der keiner war: „und sie dreht sich doch!“ von Nicolaus Copernicus. Manchmal verbirgt sich hinter „Wahn“ etwas, das den anderen nicht oder noch nicht zugänglich oder verständlich ist. Es gibt auch Theorien, dass Verhaltensweisen von „wahnhaften“ psychiatrischen Patienten manchmal lediglich durch „dem Diagnostizierenden unbekannt“ (oder unverständliche) Erfahrungen zustande kommen, die aber durchaus erklär- und verstehbar sind. (<http://www.icd-code.de/icd/code/ICD-10-GM-2009.html>)

Sinn

Es gab immer wieder Bemühungen, in den scheinbar sinnlosen, wahnsinnigen Inhalten von Psychosen einen Sinn zu sehen. Damit beschäftigten sich über die Jahrzehnte schon viele Therapeuten und Wissenschaftler, von denen

ich einige beispielhaft erwähnen möchte.

- Von 1924 bis 1938 war **Paul Federn** als Vertreter Freuds Vizepräsident der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung (http://de.wikipedia.org/wiki/Paul_Federn). Er arbeitete eigene Auffassungen zum Verständnis der Psychosen aus. Dabei ging es ihm um die Stärke und die Qualität des von ihm so bezeichneten Ichgefühls, um wechselnde Ichgrenzen und um affektive Besetzungen des Ich. Als Ichgefühl bezeichnete er eine Qualität des Erlebens, durch die ein Erlebnisinhalt als zum Ich, und nicht zur Umwelt gehörig empfunden wird. Im Ich-Erleben sind Federn zufolge lebensbejahende und destruktive Komponenten wirksam, entsprechend der Libido und dem Todestrieb Freuds. Abgesehen von deren Zusammenspiel kann das Ich-Erleben aber auch insgesamt geschwächt sein, wenn die Ich-Grenzen nicht ausreichend besetzt sind durch Empfindungen, die das Ich als sicher zu sich selbst gehörig verstehen und die seine Kontinuität in Raum und Zeit sowie seine Einheit als Handelndes ausmachen. Eine relative Ich-Schwächung findet Federn zufolge regelmäßig im Traum statt, bei dem die Ich-Grenzen durchlässig werden. Die Schwäche der affektiven Besetzung des Ich ist für Federn das Hauptmerkmal der Psychosen. Damit setzte er sich deutlich von Freud ab, für den die Psychose aus einem Übermaß an „narzisstischer Ich Libido“ hervorgeht. Durch Versagung oder Verlust finde ein Rückzug der Libido ins Ich statt, eine neue innere Welt werde in der Psychose geschaffen. Der typische Narzisst jedoch – so hält Federn entgegen – hätte trotz so genannter „Selbstbezogenheit“ eben kein Selbst, auf das sich ein echter Bezug richten könnte; seine Selbstbezogenheit wäre bloßer Schein einer Beziehung. Statt einer Realitätsprüfung, bei der das Innerpsychische vom Außerpsychischen differenziert wird (wie von Freud für das normale psychische Funktionieren beschrieben), findet bei der Psy-

chose lediglich die Unterscheidung des zum Ich und des nicht zum Ich Gehörigen statt, so dass die Ich fremden Erlebnisinhalt, von denen das Ich nun überschwemmt wird, zugleich als „wirklich“ empfunden werden. Ziel der Therapie der Psychosen ist für Federn die Stärkung der affektiven Besetzung des Ichs und der Ich Grenzen, das „Einsparen“ von Energie für diese Besetzung; nicht die Aufhebung der Verdrängungen, sondern die Schaffung neuer; insgesamt ein stützendes, helfendes Vorgehen des Therapeuten, das weitgehend auf psychoanalytische Deutungen verzichtet.

- Basierend auf der Fallstudie Daniel Paul Schrebers schrieb **Sigmund Freud** 1910/11 den Aufsatz „Psychoanalytische Bemerkungen zu einem autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia Paranoides)“, der 1911 erschien (8). Darin entwickelte er seine Sicht der Paranoia, indem er Schrebers Fall für die These nutzte, dass der männlichen Paranoia ein homosexueller Konflikt zugrunde liege. Diese Deutung zeigt m. E. auch die historische Relativität von Deutungen, in diesem Fall die Subsumierung von Bedeutungen unter verdrängte Sexualität in einer Zeit der sexuellen Tabuisierungen.
- Bereits in den 1950-er Jahren beschrieb die in die USA emigrierte Psychoanalytikerin **Frieda Fromm-Reichmann** (9) – neben anderen Zeitgenossen wie H. S. Sullivan – erlebensnah Behandlungen und Behandlungsgrundsätze bei schizophren Erkrankten. Sie verstand dabei „den Schizophrenen als eine Person, die in der frühen Kindheit schwere Traumata erlitten hat“ (ebd. S. 142). Das erscheint mir aus heutiger Sicht ein zu enges Ursachenverständnis, ähnlich begrenzt wie ihre Feststellung, „unter den heutigen Bedingungen der Erziehung, die ja vom Familienleben bestimmt wird, ist in der Regel einer der Eltern für die schädigenden Erlebnisse verantwortlich, deren Bedrohung zu groß ist, um durch andere, positive Einflüsse aus-

geglichen zu werden“ (ebd. S. 119). Diese Verallgemeinerung entsprang vermutlich ihren Erfahrungen aus Behandlungen mit schizophrenen Patienten, mit denen Kommunikation und therapeutische Beziehung wie auch Übertragung kindlicher Beziehungserfahrungen gelang. Diese oft traumatisch erlebten Erfahrungen beschreibt sie eindrucksvoll in Fallbeschreibungen, in denen deutlich wird, wie differenziert sie die Erlebniswelt psychotischer Patienten und deren oft schwer verständliche und verzerrte Symbolisierungen verstand. Sie beschrieb ebenso einfühlsam die Gefühle bzw. Gegenübertragungen von Psychotherapeuten bei diesen Patienten und förderliche Interventionsstrategien. Aus ihren Erfahrungen „erwuchs die psychopathologisch wichtige Einsicht, daß der Unterschied zwischen gesunden, neurotischen und psychotischen Personen mehr graduell als prinzipiell ist“ (ebd. S. 125). Eine modern anmutende Feststellung, die ich teile.

- Nach dem Psychoanalytiker **Stavros Mentzos** (13) sind psychotische Symptome sinnvolle Schutz- und Kompensationsmechanismen sowie Abwehrmechanismen, die weit davon entfernt sind, nur passiv erlitten zu werden. Unerträgliche innerseelische Spannungszustände werden so modifiziert, dass sie für die Patientin erträglicher sind, wenn auch auf Kosten der Realitätswahrnehmung und der sozialen Anpassung. Die Therapeutin hilft, dass der von einer Psychose Betroffene in der Beziehung er selbst sein kann, um psychotische Dilemmata (s.a. Binder und Binder) abzumildern oder sogar aufzulösen, er kann korrigierende Erfahrungen in der Psychotherapie machen.
- Autoren wie **Zubin und Spring** (2), **Ciampi, Nuechterlein et al.** übernahmen das Vulnerabilitäts-Stressmodell zur Erklärung der multifaktoriellen psycho-sozio-biologischen Entstehung der Schizophrenie. Demnach zeichnen sich Schizophrenie gefährdete Menschen durch einen Mangel an Resilienz, also eine beson-

dere Vulnerabilität und Sensibilität („Dünnhäutigkeit“) aus, welche im ungünstigen Fall im Verein mit stressvollen lebensgeschichtlichen, situativ-sozialen und/oder körperlich-hormonellen Belastungen zum Ausbruch einer Psychose führt. Studien zum Diathese-Stress-Modell waren anfangs sehr widersprüchlich, aber mittlerweile geht man davon aus, dass ein Zusammenhang zwischen Vulnerabilität – Stress und Psychosen besteht. So wurde der Einfluss von Stress auf die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindendachse (HHNA) untersucht. Die HHNA wird unter anderem verantwortlich gemacht für die Regulation des Neurotransmitterhaushaltes im Gehirn. Biologische Prozesse können in Wechselwirkung mit psychischer Erregung ein Ungleichgewicht von Dopamin, Adrenalin, Serotonin und Co. hervorrufen. (http://de.wikipedia.org/wiki/Vulnerabilit%C3%A4ts-Stress-Modell_-_cite_note-PMID:_12122422-0)

- Unter anderem von **Brown** (s.a. 11) stammt das Konzept der Expressed Emotion, das besagt, dass hohe Emotionalität in einer Familie im Sinne von Überfürsorglichkeit/Selbstaufgabe und/ oder Kritik die Erkrankung von Betroffenen begünstigt bzw. Symptome verstärkt.
- **Bateson und Jackson** veröffentlichten 1960 das Kommunikationsmodell des „Double-Bind“ (3), das eine paradoxe Kommunikation kennzeichnet wie z.B. mit missbilligender Mimik verbale Zustimmung zu äußern.
- Auch **Patiententinnen** versuchen, einen Sinn durch Deutungen zu schaffen, dass z.B. die Erkrankung durch die erste Medikation entstanden sei.
- Wahn und Halluzinationen können analog zu traumhaften Inhalten verstanden werden, die sich im Wachzustand ausbreiten und nicht willentlich abzustellen sind (s. a. Federn).

- Alle oben beschriebenen Sinngebungen reflektieren einen Teil von „Wahrheit“ gesunden und gestörten menschlichen Erlebens. In der Behandlung der Person suche ich jeweils konkret zu erfassen, in welchem psychischen, körperlichen und sozialen Kontext der Mensch lebt, denkt und fühlt, ohne dass ich letztendlich eine vollständige Erklärung für Normen oder Abweichungen erreichen kann, es sind immer nur Annäherungen, weil das Erleben der Menschen subjektiv und nie vollständig symbolisiert ist.

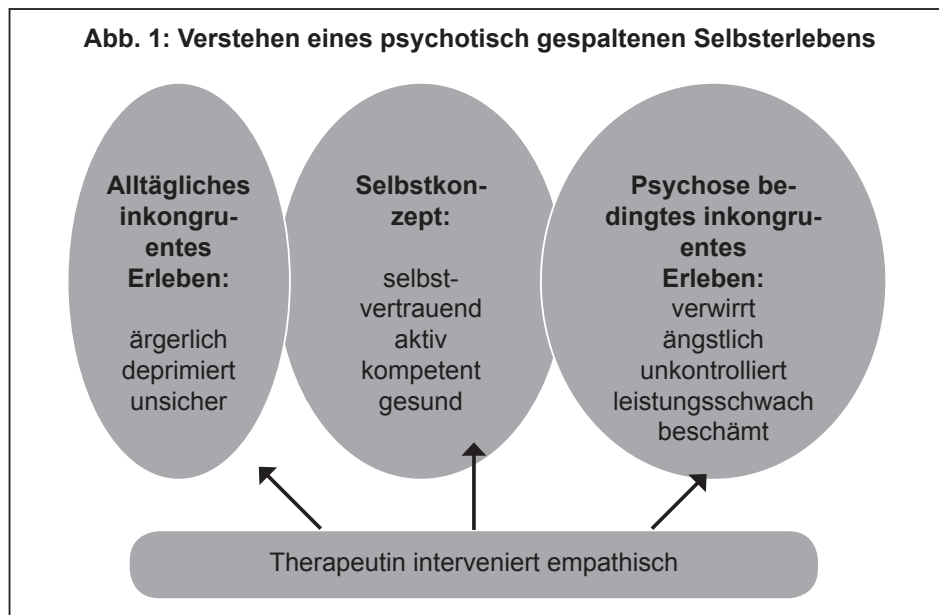
Personzentriertes Verständnis psychotischen Erlebens

Binder & Binder erarbeiteten in ihren „Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie“ (4) Positionen zu einer Fülle von Themen zu psychotischem Erleben. Das waren für mich wegweisende Hilfen zum Verstehen und Behandeln dieser Patienten/innen. Binder & Binder bearbeiteten die Macht/Ohnmacht-Thematik, das Hierarchisierungsdefizit, das Nähe/Distanz-Problem, die mangelnde Ich-Abgrenzung, das Zeiterleben, und sie beschrieben sinnhafte Zusammenhänge von Wahnthemen des Liebeswahns, Eifersuchtswahns und religiösen Wahns im Beziehungsgeschehen.

In kausalem Zusammenhang schrieben sie von „schizopräsenten“ Familien und bestimmten Kommunikationscharakteristika in den Familien, wobei sie nicht unterschieden zwischen Ursachen und Folgen der Erkrankung. Nach meinen Erfahrungen fassten sie die Zusammenhänge zu spezifisch als ursächlich für Schizophrenie, stellten also eine Spezifitätshypothese auf, die für keine psychische Störung wissenschaftlich evaluiert werden konnte; die beschriebenen Defizite der Patienten/innen und Charakteristika der Familien gelten ähnlich auch für andere psychische Störungen.

Jobst Finke (6) stimme ich zu, wenn er in einem Kapitel über paranoide Psychosen feststellt, dass sich weder eine einheitliche Persönlichkeitsstruktur, noch

Abb. 1: Verstehen eines psychotisch gespaltenen Selbsterlebens



eine typische Inkongruenzkonstellation bei paranoid psychotisch Erkrankten feststellen lasse.

Abgeleitet von Rogers' Persönlichkeitstheorie skizziere ich nachfolgend ein vereinfachtes störungsspezifisches Schema

1. Das **Selbstkonzept** ist fragmentiert in „alte“, d.h. **vor der Erkrankung entwickelte Ideale** von z.B. Leistungsfähigkeit, Selbstkontrolle, Aussehen, Beziehungen, Familie und frühere **Erfahrungen** von Fähigkeiten, Freude und Vergnügen, Denken und Fühlen, auch von negativen Gefühlen und Schwierigkeiten, die bewältigt wurden. Das Selbstkonzept konnte auch erweitert werden durch Erfahrungen, die sowohl kongruent als auch inkongruent auf eine alltägliche Weise waren.
2. **Inkongruent** dazu sind **aktuelle**, wiederum in sich **fragmentierte Erfahrungen** von Verwirrtheit, zeitweise auch klarem Denken, von Angst und Wahnhaltungen, Halluzinationen vermischt mit Wirklichkeit aus unserer Sicht, subjektiv aber komplette Wirklichkeit; Erfahrung von Grenzüberschreitungen von außen durch Maßregelung oder Kritik, durch paranoides Erleben gegenüber anderen Menschen und auch von innen durch imperative, beschimpfende

oder kommentierende Stimmen, meist mit negativen Inhalten, auch halluzinierte Erfahrungen von bedrohlichen Körperveränderungen. **Inkongruenzen stärkeren Ausmaßes** spielen oft eine Rolle für den Ausbruch einer Psychose, extreme innere Spannungen durch unterschiedliche innere und äußere Einflüsse. Viele Patienten haben eine Geschichte von Vernachlässigung, Gewalt oder Drogen. **Medikamentöse, psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung** kann ebenfalls extreme Inkongruenz hervorrufen durch die Gewahrwerdung der eigenen Krankheit/Störung/Verwirrtheit und eingeschränkter Fähigkeiten zum Arbeiten, Fühlen, Denken, zu Kontakt und Beziehung. Weitere Inkongruenzen können durch **schädlichen Konsum oder Abhängigkeit** von Alkohol oder Drogen das Selbstkonzept und das Selbsterleben chaotisieren. Einerseits soll z. B. Alkohol Ängste und Spannungen mildern, Wohlbefinden und Kongruenzgefühle steigern, die Stimmung anheben und Antriebsschwächen beseitigen – und bewirken das auch oft (16) –, andererseits verschlimmert der Konsum Realitätsverkennungen, Verwirrung, Kontrollverluste über eigene Wahrnehmung und eigenes Verhalten. Der Mensch wird passiver, die psychotische Verwir-

rung steigert sich. Dieses komplexe psychische Geschehen müssen Psychotherapeutinnen sich vergegenwärtigen, um angemessen verstehen und differenziert intervenieren zu können. Weiter kompliziert werden die Einflüsse auf das Erleben von diesen Patienten durch die Wechselwirkungen zwischen Suchtmittel und Medikation, oft wird die Wirkung der Medikamente geschwächt und die Wirkung von Suchtmitteln verstärkt. Abb. 2 stellt vereinfacht dar, auf welchen Ebenen sich Erleben, Verstehen und Interventionen bewegen. (S. 40)

3. **Kongruentes Erleben** kann sich auch in manischen Phasen, religiösem Wahn oder Glückspsychosen äußern.
4. **Aktualisierung** ist durch fluktuierende und fragmentierte Gewahrwerdung der Innen- und Außenwelt instabil, auf den Selbsterhalt gerichtet oder wahnhaft expansiv, auch aggressiv in paranoider Verkennung oder manischem Größenwahn oder beglückt in religiösem Wahn oder in einer Manie. (Selbst-) Aktualisierung kann sich – bei Krankheitseinsicht, d. h. bei Integration der Erfahrungen in das Selbstkonzept – in angemessen sich selbst schonendem, schützendem und selbstförderlichem Verhalten äußern.
5. Daraus ergeben sich folgende **Interventionen**: Basal ist, dass wir dem Patienten dadurch helfen, dass wir die verschiedenen Fragmente des Selbst- und Fremd-Erlebens und des Selbstkonzeptes kongruent annehmen. Wie immer ist das nur möglich in einer wertschätzenden und vertrauensvollen Beziehung. Das führt bei günstigem Verlauf, dann wenn wir ausreichende Affekt- und Inkongruenztoleranz erreichen, zu einem höheren Niveau von Bewusstheit über sich selbst und Bezugspersonen, zu Krankheitseinsicht bzw. Realitätsprüfung und Realitätsdifferenzierung, zur rationalen Distanzierung von Wahnhaltungen, zu Integration und Einordnung der verschiedenen Anteile des Erlebens und ihrer subjektiven Bedeutung in das Selbstkonzept. Daraus

folgt eine realistischere Einschätzung der Möglichkeiten für persönliche Entwicklung, für Leistung und Einkommen, Beziehungen, Behandlung – letztlich zu Lebensqualität. **Heilung** bedeutet das noch nicht, aber wie die Aufzählung zeigt, sind das bereits sehr hohe Anforderungen an psychische Leistungen der Person. Finke (6) benennt das Überwinden von Selbstwertkrisen und Festigen des Identitätserlebens als Ziele, verbunden mit der Fähigkeit, die durchgemachte Erkrankung nicht verleugnen zu müssen. Wenn Finke jedoch darüber hinaus geht und als Therapieziel die „Wahnauflösung durch konstruktive Bewältigung von Beziehungskonflikten“ aufführt, so halte ich das nur bei dem kleinen Teil von Patienten für möglich, bei dem es sich um eine passagere psychotische Krise handelt. Ich selbst habe das noch bei keinem/r Patienten/in erlebt – aber Erkenntnisse hängen ja immer von der Stichprobe von Menschen ab, die ich kenne oder mit denen ich arbeite. Empirisch ist jedenfalls eine Drittelung bekannt, nach der ca. ein Drittel der psychotisch Erkrankten einen guten Verlauf bis hin zu Symptommfreiheit erreichen (vgl. 2). Eine Behandlung kann aber auch zu bitteren Erkenntnissen für den Menschen führen, auch zu suizidalen Tendenzen.

Rogers

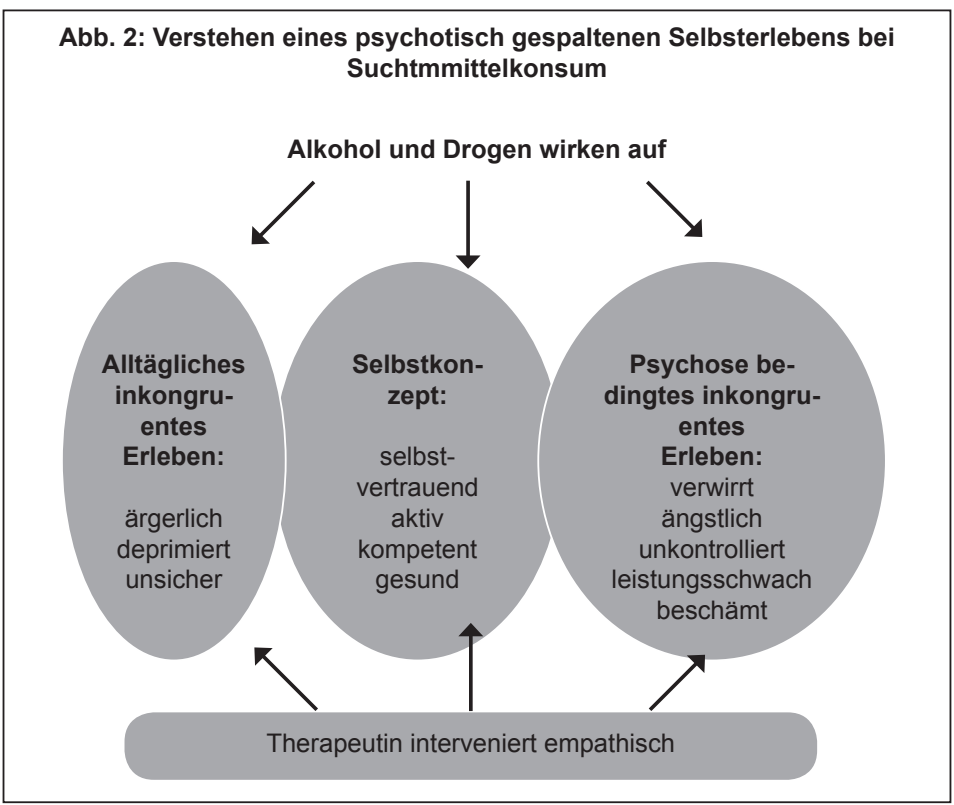
Rogers geriet 1948/49 selbst in eine schwere Krise mit psychotischen Tendenzen, zehn Jahre bevor er im Wisconsin Projekt die Gesprächspsychotherapie bei Schizophrenen evaluieren wollte. Er behandelte eine Patientin mit Psychose, die von ihm drei Sitzungen pro Woche forderte und ihn auf eine Weise unter Druck setzte, sie anzunehmen und zu verstehen, dass er sich nicht mehr abgrenzen konnte und ihre Realität mit seiner vermischte. Er flüchtete vor ihr und brauchte viele Monate, um sich u.a. durch eigene Therapie zu erholen (10). Rogers' Erfahrung zeigt, wie wichtig es ist, sich in der Behandlung von Psychosen über die eigene innere Realität und den äußeren sozialen und psychi-

schen Kontext bewusst zu sein; die eigene Kongruenz ist essentiell, um die therapeutische Beziehung professionell und unversehrt gestalten zu können. Denn er mochte diese Patientin nicht besonders und er war gefangen in einem reduzierten nicht-direktiven Konzept, das er dogmatisch umsetzte.

Im **Wisconsin Projekt** 1959-1963 verfolgte er mit seinem Team die Hypothese, dass auch schizophrene Erkrankte durch Einzeltherapie in signifikant höherem Ausmaß einen therapeutischen Prozess erleben würden als Kontrollpersonen im üblichen therapeutischen Klinik Programm. Die Stichproben wurden sogar hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bildung vergleichbar gemacht und Gruppen mit unterschiedlichem Schweregrad der Erkrankung zugeteilt (N=48, acht klientenzentrierte Therapeuten, alle Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet). Mit Gendlin entwickelte er die Experiencing Skala, die Prozesse wurden für Therapeuten, Patienten und für deren Interaktion von Beobachtern nach einer Systematik eingeschätzt, was damals neu war. Sie fanden eine hohe Korrelation zwischen der Verwirklichung von Em-

pathie und Kongruenz mit der Verbesserung des Zustandes von Klienten, wenn diese zu einer Selbstauseinandersetzung in der Lage waren. Aber die Ergebnisse waren nicht signifikant und nicht eindeutig, u. a. wegen institutioneller Spannungen, Widerständen von Psychiatern, Diebstahl von Daten und Erpressung durch Teammitglied Truax sowie Teamkonflikten. Rogers beschrieb das Projekt als „das zweifellos schmerzhafteste und qualvollste Projekt meines gesamten Berufslebens“ (10).

Wichtig erscheint mir die Unterscheidung von Belastbarkeit und psychischer Gesundheit der Klienten bzw. Patienten, von ihrer Fähigkeit zur Aktualisierung: Ist es sinnvoll, Inkongruenzen zu fokussieren oder belastet das zu sehr? Wann ist es notwendig, sich psychotherapeutisch stützend oder auch ohne „Therapieanspruch als Weiterentwicklung“ auf basale Fürsorge bzw. deren therapeutische Unterstützung, wie z. B. im Wohnheim, betreuten Wohnen, in einer Werkstatt für Behinderte zu begrenzen? Hilfreich ist eine Diagnose von Selbstkonzept, Selbstideal, Inkongruenzen und Aktualisierung (-sfähigkeit). Dabei halte ich es



für sinnvoll, die Inkongruenzquellen entsprechend dem Differentiellen Inkongruenz Modell DIM nach Speierer (14) zu unterscheiden: psychotisches Erleben hat demnach komplexe Ursachen:

1. Wie weitgehend handelt es sich um eine dispositionelle Inkongruenz, also eine stark biologisch begründete, möglicherweise genetisch disponierende Verletzlichkeit?
2. Inwieweit spielen lebensgeschichtliche Ereignisse und Belastungen eine Rolle, z.B. Traumata verschiedenster Art?
3. In welchem Ausmaß spielen klassisch kommunikativ verursachte Inkongruenzen z.B. durch Empathie- und/oder Wertschätzungsdefizite eine Rolle?

Die verschiedenen Ebenen wirken m. E. regelmäßig in komplexer Weise zusammen und wirken sich auf das Ausmaß der Schädigung der organischen Aktualisierung und deren Chronizität aus.

Drei Fallvignetten

Im Folgenden beschreibe ich Fallvignetten, die v.a. Schwierigkeiten in der Behandlung psychotisch gestörter Menschen aufzeigen, auf den Sinn der Symptomatik, den Sinn der Behandlung, die Begrenztheit von Entwicklungen aufmerksam machen und Fragen aufwerfen.

Herr A.: Sexueller Missbrauch und Schizophrenie

H. A., 32 Jahre, in der 13. Klasse vor dem Abitur an Schizophrenie erkrankt, einziges Kind der Mittelschichteltern. H. A. erlebte die Beziehung zu einem älteren Bekannten der Familie traumatisch, der ihn mit 14 Jahren sexuell missbraucht habe. Er empfand Ekel, auch vor den damit verbundenen Berührungen. Während 10 Jahren wiederholte stationäre Behandlungen, abwechselnd mit tagesklinischen Behandlungen, Werkstatt für Behinderte, Versuche eine be-

gonnene Ausbildung zu beenden und das Abitur auf dem Abendgymnasium nachzuholen – immer wieder versuchte H. A. das frühere realitätstüchtige Selbsterleben nach seinem Selbstkonzept wiederherzustellen und überforderte sich dabei regelmäßig.

Derealisations- und Depersonalisationssymptome, wie „ich rutsche am Bordstein entlang, spüre mein Gesicht nicht, alles ist so real, ich halte die Möbel nicht aus“, auch coenästhetische Beschwerden wie „mein Kinn, meine Brust ist weg; mein Kopf sitzt nicht fest; alles ist Schwachsinn, wenn ich meine Stirn und mein Kinn nicht fühle und alle sehen mich deshalb an.“ Diese körperlichen Symptome führte der Pat. in klareren Kontakten auf die körperlichen Missbrauchserfahrungen zurück. Er strich zur Selbstvergewisserung über seine Stirn und hielt sich den Kopf bzw. den Bauch. H. A. litt auch unter negativ kommentierenden Stimmen, vielleicht ein Symptom des negativen Selbstkonzeptes, von Schuld- und Versagensgefühlen.

Dass er bei mir schimpfen und klagen konnte, entspannte ihn, ebenso wie das ruhigere Besprechen von Situationen und des Alltags, der Erkrankung und seiner extremen Verunsicherung. Dies gehörte zu seinen wenigen Begegnungen, in denen er positiven empathischen Kontakt erlebte – er litt stark unter Einsamkeit und Leeregefühlen.

Dass wir seinen Symptomen eine seelische Bedeutung geben konnten, beruhigte ihn ebenfalls, und es milderte in verblüffendem Maß die psychotische Symptomatik während vieler Gespräche: das Verstehen von (psychotischen) Wahrnehmungen und Gefühlen als negatives Bild von sich selbst, als Identitätsunsicherheit – in symbolischer Sprache ausgedrückt. So verstand ich seinen sexuellen Kontakt mit einer anderen psychisch kranken Frau, aus dem ein Kind entstand, als Suche nach Liebe und nach Wirklichkeit. Das Kind kam später in eine Pflegefamilie, weil weder er noch die Kindesmutter in der Lage waren, das Kind zu versorgen. Es gelang H. A. nur sporadisch Kontakt mit der Mutter des

Kindes, mit dem Kind oder mit anderen Betroffenen im Rahmen der Selbsthilfegruppe. Stabile Bezugspersonen waren Eltern und Behandler.

Dauernde Ambivalenzen bestimmten sein Handeln – Grundlage war das fragmentierte Selbsterleben und Selbstkonzept, das keine Kontinuität zuließ. Irritierend war Herrn A.'s zeitweise gute Ausdrucksfähigkeit und klares Denken, immer wieder gefolgt von einem Versuch, sich als gesund zu definieren und so zu handeln, die Medikation abzusetzen. Immer wieder mündeten diese Versuche in heftigen paranoiden, aggressiven, schwer depressiven und suizidalen Krisen.

Fazit nach zehn Jahren Behandlung: Herr A. konnte keine psychische Gesundheit entwickeln; zeitweise entlastete und stabilisierte die Behandlung seinen labilen psychischen Zustand. Hierbei spielte das Zusammenwirken von therapeutischer Beziehung plus Netzwerk von Psychiater, betreutem Wohnen, Werkstatt für Behinderte, Medikation, Eltern eine entscheidende Rolle. Es erscheint mir im Rückblick als eine über viele Jahre andauernde Krisenintervention.

Es bleiben Fragen: War der sexuelle Missbrauch Ursache oder Auslöser der Erkrankung, war die Erkrankung bereits ein Versuch, aus einer erlebten inneren Isolierung auszubrechen, die ihrerseits bereits Symptom der beginnenden Psychose war? Hat meine Behandlungsstrategie, Realitätskontakt durch kleine Schritte der Planung des Alltags und durch Kontakte zu suchen, durch verbessertes Selbstverstehen des Patienten seine innere Integration und seine Selbststeuerung zu fördern und dadurch auch seelisch zu entspannen – also sowohl Strukturierung als auch Arbeit an Inkongruenzen – eine Aussicht auf Erfolg in Richtung Gesundheit gehabt? War der Versuch einer Vermittlung zwischen Selbstideal und Selbsterleben sinnvoll?

Alkoholabhängigkeit und Psychose

Ein Beispiel für einen relativ positiven Verlauf bietet ein 48-jähriger Patient B.

mit Alkoholabhängigkeit und paranoider Psychose, der bereits in seiner Ausbildung an einer Psychose erkrankte und stationär behandelt wurde, seine Ausbildung dennoch beenden konnte und in seinem Beruf arbeitete. Ein weiteres Mal wurde er nach der Scheidung von seiner ersten Ehefrau psychotisch und stationär behandelt. In den Folgejahren wurde er alkoholabhängig, indem er täglich Alkohol konsumierte, um leistungsfähig zu sein – er arbeitete nebenher noch im Rettungsdienst – um sich von Belastungen zu entspannen und seine Stimmung zu heben. Als er dann wegen der Trennungsdrohungen seiner Frau und anlässlich der Bemerkung einer Kollegin über Alkoholiker seinen Alkoholkonsum beendete, entwickelte er Entzugserscheinungen wie Zittern, Schweißausbrüche, Schlaflosigkeit, Konzentrationsstörungen. Nach dem Entzug wurde er dann wiederum psychotisch mit Ängsten, dass seine Kinder geklont würden, dass Mächte aus dem Weltraum ihn manipulieren würden. Er fühlte sich bedroht, zeitweise mit manischen Größenphantasien und expansivem Verhalten aggressiv oder großspurig und verschwenderisch. Nach der stationären Behandlung kam er in meine ambulante psychotherapeutische Behandlung. Die psychotische Symptomatik lässt sich auch als Symbolisierung eines Lebensgefühls in Abhängigkeit von machtvoller Außensteuerung in Verbindung mit dem Entzug von alkoholinduziertem entspanntem Kompetenzgefühl und guter Stimmung verstehen.

H. B. blieb über die Jahre alkoholabstinent, er arbeitete, nahm seine antipsychotische Medikation und erholte sich sehr, sehr langsam in seinem Selbstvertrauen, seiner Selbstsicherheit und brauchte lange, um weniger dünnhäutig, ängstlich und misstrauisch zu sein. Er litt bis zum Ende der Behandlung unter eingeschränkter emotionaler Erlebnisfähigkeit – teils durch die Medikation, teils als Nachwirkung der Psychose wie ich vermute – und war froh, dass er über die Jahre hinweg immer sicherer wurde und seinen Arbeitsplatz halten konnte. Im Gespräch wirkte er oft starr und brauchte merklich lange, um auf meine Interventionen zu reagieren. Mit der be-

ruflichen Arbeit und den familiären Aufgaben mit zwei Kindern war er so ausgelastet, dass für Vergnügungen vor allem kein seelischer Raum übrig blieb, sein Schlafbedürfnis war hoch und nahm mit der Zeit nur langsam ab. Die Symptomatik dieses Patienten zeigte eine Symbolik erlebter bedrohlicher Fremdbestimmung und direkte Aus- und Nachwirkungen psychotischer Ängste und eingeschränkter positiver emotionaler Erlebnisfähigkeit. Er machte eine Entwicklung hin zu einem suchtmittelfreien und stabilen Alltagsleben mit Arbeits- und Handlungsfähigkeit, jedoch mit relativ wenig freudvoller Lebensqualität, wobei seine starke Gewichtszunahme durch die Neuroleptika noch als das geringste Übel erschien.

Paranoide Schizophrenie

Ein Beispiel mit positiver Lebensqualität bei chronisch paranoider Schizophrenie ist Patient C., 39 Jahre alt, während des Zivildienstes vor 18 Jahren erkrankt, als er zum ersten Mal verliebt in eine Frau war und zu glauben begann, dass seine Mitmenschen seine Gedanken lesen und ihn bei seinen sexuellen Praktiken beobachten könnten.

Die paranoiden Wahnvorstellungen wurden immer bedrängender, später ergänzt durch den Wahn, sexuell abartig, ein „Kinderschänder“ zu sein, er „hörte“ die Menschen ihn deswegen beschimpfen, wurde auch aggressiv und erlitt eine Reihe von Zwangsaufenthalten und Zwangsbehandlungen. Mittlerweile sind zwei Ausbildungen gescheitert, er ist berentet und bedauert das, ist sich über den wahnhaften Charakter eines Teils seiner Gedanken im Klaren. Er ist in der Selbsthilfebewegung aktiv, nimmt seine neuroleptische und sedierende Medikation und fühlt sich dennoch (immer weniger) schuldig wegen seiner phantasierten sexuellen Abartigkeit, hat manchmal Angst, dass seine Gedanken gelesen werden können und benötigt zur Selbstversicherung gelegentlich psychotherapeutischen Kontakt. Gleichzeitig hat er ein hohes Maß von Selbstfürsorge entwickelt, lässt es sich so gut gehen wie möglich, ruht viel, spielt Fußball, besucht stundenweise eine Tages-

stätte, liest, hört Musik und ist geistig wach und reflektiert. Mittlerweile hat er eine hohe psychische Stabilität ohne stationären Behandlungsbedarf erreicht, sein Wahnerleben ist minimal.

Resümee

Es sind Beispiele der Entwicklung von Menschen mit psychotischen Erkrankungen, die die Sinnfrage auf unterschiedlichen Ebenen stellen. Sie verdeutlichen, dass Lebensqualität als Behandlungsziel unterschiedliche Niveaus erreicht, Abhängigkeiten beinhaltet, und den Sinn von Medikation und Psychotherapie nur in der Abwägung erschließen lässt.

Hoffen lassen skandinavische Behandlungsansätze, in denen Teams aufsuchend im sozialen Umfeld arbeiten. Diese Teams suchen Familien in krisenhaften Entwicklungen von Psychosen auf und intervenieren je nach Situation und Möglichkeiten der Beteiligten mit allen Familienangehörigen gemeinsam im Gespräch oder auch mit Einzelnen, sie beziehen die Patienten in transparente Kommunikation ein. Ein Leitsatz ist dabei, dass die Krankheiten, die die höchsten gesellschaftlichen Kosten verursachen für ihre erfolgreiche Behandlung auch hohe Ausgaben beanspruchen dürfen.

Ähnlich wie die Erfahrungen mit Soteria Projekten (s.u.) werden erstaunlich gute Entwicklungen dokumentiert, die nahe legen, dass es mit ausreichendem personellen, flexiblen und beziehungsorientierten Aufwand möglich ist, mit minimaler Medikation und erst sekundär, wenn es nicht zu vermeiden ist, schwere psychische Störungen für alle Beteiligten zufriedenstellend zu behandeln (1, 15).

Soteria ist eine alternative stationäre Behandlung von Menschen in psychotischen Krisen, d.h. weniger Zwangsmaßnahmen, zurückhaltender Umgang mit neuroleptischer Medikation, wohnliche Einrichtung und offene Stationsführung. Entwickelt wurde dieses alternative Behandlungsmodell im Zuge der Antipsychiatrie-Bewegung seit den

1960er Jahren. Die erste Einrichtung dieser Art wurde 1971 in Kalifornien (USA) vom Psychiater Loren Mosher (*1933; †2004) gegründet, musste jedoch nach 12 Jahren wegen Einstellung staatlicher Hilfen geschlossen werden. In Bern (Schweiz) führte 1984 der Schizophrenieforscher Luc Ciompi die Soteria in Europa ein.

In Deutschland gibt es in Zwielfalten (seit 1999) und München (seit 2003) Soteria-Einrichtungen. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Soteria>)

In diesem Zusammenhang möchte ich das Unverständnis von Pete Sanders zitieren, wie er es auf den Fortbildungstagen der GwG 2010 darstellte, nämlich dass Familieninterventionen in der psychotherapeutischen Praxis nicht von den Krankenkassen bezahlt werden. Das sei in England undenkbar. Dort werde die familiäre Beziehungsarbeit hoch geschätzt und es würden von vornherein 15 Familieninterventionen bezahlt. In der örtlichen Nachbarschaft würden Paten für psychisch Kranke geworben, die sich um Hilfestellungen bemühten.

Macht Wahn Sinn?

Sie konnten die vielschichtigen Antworten auf diese Frage ansatzweise verfolgen: Sicherlich macht Wahn Sinn! Er weist auf mögliche Ebenen menschlichen Selbst- und Welterlebens hin, auf die körperliche und seelische Befindlichkeit in sich selbst und in der realen Welt; auf erlebte und erlittene Beziehungs- und Selbsterfahrungen; auf die körperlich-biologische Basis; auf die familiäre Geschichte und auf einen sozialen/ gesellschaftlichen Kontext, der subjektiv empfundene Bedrohungs- oder Glücksszenarien real erscheinen lässt – auch als Ausübung von Macht.

Ich plädiere für einen personenzentrierten Einsatz der geschilderten Machtmittel mit einer sorgfältigen Abwägung von Nutzen und Schaden für die Menschen, in einer verständnisvollen und wertschätzenden Umgangsweise, die auch bizarres Verhalten und wahnhaftes Erleben gelten lassen kann. Nicht jeder Wahn ist verstehbar, aber auch dass

wir uns bemühen zu verstehen, gibt der Beziehung und dem Menschen einen Wert. Und das ist sicherlich eine der vornehmsten Aufgaben personenzentrierter professionellen Handelns.

Literatur

- 1 Aderhold, V. (Hsg.): Psychotherapie der Psychosen, Psychozial Verlag, Gießen 2003.
- 2 Bäuml, J.: Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES). Stuttgart; New York, Schattauer 2005.
- 3 Bateson, G.: Schizophrenie und Familie. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1996
- 4 Binder Ute, Binder J.: Studien zu einer Störungsspezifischen Klientenzentrierten Psychotherapie. Verlag Dietmar Klotz, Eschborn 1991.
- 5 Dörner, Klaus; Plog, Ursula: Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Psychiatrie-Verlag Rehbürg-Loccum 1983.
- 6 Finke, J.: Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Thieme (2004).
- 7 Foucault, Michel: Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt a.M. : Suhrkamp, 1969.
- 8 Freud, S.: Zwei Fallberichte. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1997.
- 9 Fromm-Reichmann, Frieda: Psychoanalyse und Psychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart 1978.
- 10 Groddeck, Norbert: Carl Rogers. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 2006.
- 11 Jandl, M.: Expressed Emotion. Bedeutung der Angehörigen- und Patientensicht für das Stresserleben der Angehörigen psychiatrisch ersthospitalisierter Patienten im 3-Jahresverlauf. Dissertation LMU München, 2009. http://edoc.ub.uni-muenchen.de/10031/1/Jandl_Mitja.pdf
- 12 Reichsausschuß für Volksgesundheitdienst Berlin: Krankenpflegelehrbuch. Georg Thieme Verlag, Leipzig 1943.
- 13 Mentzos, S.: Das Bipolaritätsmodell und die dilemmatische Struktur der Psychosendynamik, in: Haebler, Dorothea von; Matejek, N.; Müller, T. (Hg.): Perspektiven und Ergebnisse der psychoanalytischen Psychosentherapie. Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie, Bd. 17. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2007.
- 14 Speierer, Gert-Walter): Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Roland Asanger Verlag, Heidelberg 1994.
- 15 Weinmann, S.: Erfolgsmythos Psychopharmaka, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2008
- 16 Zeiler, J.: Schizophrenie und Alkohol. Springer Verlag Berlin, Heidelberg, 1990

<http://www.icd-code.de/icd/code/ICD-10-GM-2009.html>

<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/038-009.htm> (Leitlinie Schizophrenie)
http://de.wikipedia.org/wiki/Ludwig_Binswanger
http://de.wikipedia.org/wiki/Paul_Federn
http://de.wikipedia.org/wiki/Emil_Kraepelin
<http://de.wikipedia.org/wiki/Soteria>