

Th. Bock und E. Nika

Zum Verhältnis von Psychotherapie und Sozialpsychiatrie aus der Perspektive des Dialogs im Psychoseseminar

Zusammenfassung Psychoseerfahrene, Angehörige und Therapeuten fordern in sogenannten Psychoseseminaren eine Ergänzung der Psychopathologie um anthropologische Aspekte. Die anthropologische Sichtweise auf Psychosen wird dargestellt und aus dem Dialog heraus begründet. Sie erscheint geeignet, die Verständigung zwischen (Sozial-) Psychiatrie und (psychoanalytischer) Psychotherapie zu fördern. Konsequenzen für die Psychosentherapie werden diskutiert, vor allem hinsichtlich der Gestaltung von Sprache, der Reflexion von Macht, der Wertschätzung von Alltagsbegebenheiten und der Integration von Pharmakotherapie. Vorrangige gemeinsame Aufgabe von Sozialpsychiatrie und Psychotherapie ist dabei, die Psychiatrie dialogfähig zum machen. Pharmakotherapie und Psychoedukation, derzeitiger Mainstream, werden das alleine nicht bewirken können und damit für sich selbst zum Problem.

Schlüsselwörter: Sozialpsychiatrie, Psychotherapie, Dialog, Psychoseseminare, anthropologisches Psychoseverständnis.

Les rapports entre la psychothérapie et la sociopsychiatrie, du point de vue du dialogue en séminaires de psychoses

Résumé Pour devenir productives, les controverses sur les psychoses – leur interprétation et leur thérapie – devront se dérouler hors du schéma causes biologiques ou sociales, médicaments psychotropes ou psychothérapie. Le conflit d'opinions ne date pas d'aujourd'hui, mais il faut s'en libérer pour considérer l'opposition de deux pôles plus importants. La question centrale est celle du contraste distance ou proximité: faut-il qu'en tant que thérapeute, je garde mes distances et fournisse au patient des explications globales, ou suis-je disposé à tenter avec lui de comprendre sa situation individuelle? Lorsque je travaille avec une personne qui a une expérience de la psychose, vais-je plutôt souligner des aspects pathologiques ou anthropolo-

For the understanding of psychotherapy and social psychiatry from the perspective of the dialog in the "psychosis-seminar"

Abstract People with experience of psychosis, their relatives and professionals demand in the so called "psychosis-seminar" a completion of psychopathology with anthropological aspects. The anthropological perspective is presented and founded from the dialogue. This perspective appears to be suitable to promote the understanding between social psychiatry and (psychoanalytical) psychotherapy. The consequences for psychotherapy are discussed in particular concerning the formation of speech, the reflexion of power, the appreciation of every-day-events and the integration of pharmacotherapy. The dominating binding task of social psychiatry and psychotherapy is to make psychiatry ready for dialogue. Pharmacotherapy and psychoeducation, two actual mainstream methods, are not capable to achieve this effect alone and therefore become a problem on their own.

Keywords: Social psychiatry, psychotherapy, psychosis-seminar, anthropological understanding.

giques, l'altérité ou la parenté? Les questions que nous posons concernant notre image de l'homme ne dépendent après tout pas des priorités que nous fixons en thérapie; elles peuvent donc contribuer à un rapprochement entre sociopsychiatrie et psychothérapie.

Ce n'est pas par hasard que nous avons choisi de baser nos considérations sur les séminaires de psychoses, lieu de dialogue. La psychiatrie doit encore faire l'apprentissage du dialogue, à de nombreux niveaux. Dans ce sens, revenir à une 'culture du traitement' de type psychologie des profondeurs peut être utile. L'approche mainstream – pharmacothérapie et éducation – aboutit à un cul-de-sac lorsqu'elle est pratiquée de manière isolée.

Dialog – Kontext des Psychoseminars

Psychoseminare sind Foren für einen gleichberechtigten Erfahrungsaustausch und wechselseitige Fortbildung zwischen Experten aus eigenem Erleben bzw. eigener Anschauung und Experten durch Ausbildung und Beruf. Psychoseerfahrenen, Angehörigen und Profis versuchen im Dialog eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, das Verstehen wechselseitig zu erweitern und vorurteilslos neue Hilfsstrategien zu entwickeln. Dabei erweist sich die gleichberechtigte Begegnung als die wichtigste „Neuentdeckung“ in dieser Hinsicht.

Der Kontext aus dem die Psychoseminare entstanden sind, ist *psychotherapiefreundlich*. Ausgangspunkt ist eine gewisse professionelle Bescheidenheit, dass es keine allgemein gültige Erklärung für schizophrene oder affektive Psychosen gibt und entsprechend auch kein allgemein richtiges Behandlungskonzept. Vielmehr bedarf es eines individuellen therapeutischen Bündnisses, eines Dialogs bei der Zielsetzung, ein Ringen um Verständnis, wobei soziale Bedingungen und subjektive Perspektiven der Beteiligten gleichermaßen wichtig sind.

Sich als Partner mit Respekt zu begegnen, ist Voraussetzung für jede Psychosentherapie. Doch das Psychoseminar selbst ist nicht mit Psychotherapie zu verwechseln, es gibt keine Indikation und keinen Kostenträger, es geht nicht um die Absicht des Helfens und den Druck der Veränderung. Im Psychoseminar stehen Austausch und „Verschränkung“ der subjektiven Perspektiven im Vordergrund. Dabei werden Geschichten erzählt und gehört, entworfen und inszeniert – ein möglicherweise heilsamer Prozess des Sich-immerwieder-neu-Entdeckens und -Entwerfens. In einer meist wohlwollenden Atmosphäre werden psychotische Erlebnisse eher spielerisch erzählt und eher beiläufig integriert – sozusagen eine Therapie ohne Absicht. Zwischen oft eher fremden Patienten und Angehörigen laufen Verständigungsprozesse, gerade weil der Blick nicht durch allzugroße Nähe verstellt ist und man dem fremden Kind, Vater, Mutter usw. seine eigenen Gefühle und Wahrnehmungen leichter abnimmt als dem nahen Verwandten – sozusagen Familientherapie ohne Familie. Und die professionellen Mitarbeiter, erst recht die StudentInnen erleben eher nebenbei eine Erweiterung des eigenen Horizonts, staunend, wie sich jenseits von direkter Verantwortung in akuter Situation der Blick weitet und mehr Gelassenheit entstehen lässt – sozusagen eine dreifache Supervision ohne teure Bezahlung. Inzwischen gibt es über 100 solche Seminare in Deutschland, d.h., regelmäßig treffen sich etwa 3000 Menschen, um in dieser etwas anarchischen Weise einen gleichberechtigten Austausch zu pflegen (Bock, 1997b).

Anthropologische Aspekte – zur Philosophie von Psychotherapie

Die folgenden Thesen zum Psychoseverständnis sind in Inhalt und Sprache typisch für den Dialog im Psychoseminar. Sie sollen Psychosen nicht verharmlosen, aber der rein pathologischen Betrachtung entgegenwirken. Sie helfen, in der therapeutischen Begegnung gemein-

same statt trennende Erfahrungen zu betonen, und können vielleicht auch zu mehr Gelassenheit verhelfen. Für einen Psychotherapeuten, der etwas anderes will als die Übertragung medizinischer Kategorien auf die Psyche mögen sie selbstverständlich sein (Zaumseil, 1997).

1. Jede Psychose ist anders,

so wie jeder Traum anders ist. Sie ist nur im individuellen biographischen Kontext und unter Berücksichtigung der subjektiven Perspektive und der konkreten sozialen Situation zu verstehen. Alle Klassifizierungen von Psychosen sind unzureichende Hilfskonstruktionen. Monokausale Theorien greifen zu kurz.

2. Psychosen sind in jedem Menschen angelegt

Wir erleben Ähnliches im Traum – mit dem wichtigen Unterschied, dass wir durch den Schlaf geschützt sind. Wir kennen aus der Kindheit Phasen, in denen wir alles auf uns beziehen und die Richtung von Emotionen nicht wesentlich unterscheiden. Bei Kindern halten wir das für eine notwendige Entwicklungsphase, bei Erwachsenen sprechen wir von Paranoia. Vielleicht gibt es entwicklungspsychologische Gründe, warum jemand auf frühere Wahrnehmungsformen zurückgreift. Möglicherweise greifen Stimmenhörer auch „ontogenetisch“/historisch betrachtet auf frühere Entwicklungsstufen der Menschheit zurück.

3. Für jeden kritische Phasen

Psychosen treten vor allem in Zeiten auf, die für jeden Menschen kritisch sind, z.B. Loslösung von den Eltern, Bindung an einen Partner, Abschluss einer Ausbildung, Geburt eines Kindes, Verlust eines Partners usw. Zeiten, in denen eine Neuorientierung ansteht, bergen für dünnhäutige Menschen das Risiko, sich vorübergehend zu verlieren. In diesem Sinne sind Psychosen auch als Entwicklungskrisen zu verstehen.

4. Für alle relevante Themen

Psychosen enthalten inhaltlich bedeutsame Symbole und Prozesse, sind Ausdruck einer zutiefst menschlichen Ambivalenz, stehen für die Sehnsucht des Menschen nach Transzendenz und transportieren Themen von grundlegender Bedeutung, z.B. die Balance zwischen sozialem Angewiesensein und unentrinnbarer Einsamkeit. Diese Themen verdeutlichen grundlegend menschliche Konflikte, auch wenn diese nicht für alle Menschen so existentielle Bedeutung haben wie für psychoseerfahrenere.

5. Dünnhäutigkeit in beide Richtungen

Psychosen bedeuten Dünnhäutigkeit in beide Richtungen, nicht nur von Innen nach Außen, wenn Unterbewusstes zur Halluzination wird, sondern auch von Außen nach Innen, wenn unsere notwendige Abwehr gegen reale Risiken und Gefahren durchlässig wird. Psychoseerfahrenere Menschen reagieren also nicht nur auf innere Konflikte, sondern auch auf reale äußere

Gefahren, auf die tatsächliche Dramatik des Lebens, die wir gewohnt sind zu verdrängen.

6. Körper als Spiegel der Seele

Selbstverständlich gibt es bei Psychosen körperliche Begleiterscheinungen, hinterlassen Psychosen auch körperliche Spuren. Die einseitige Suche nach körperlichen Ursachen verstellt den Blick auf den Körper als Spiegel der Seele. Die Wechselwirkung zwischen Körper und Seele ist subtiler und komplexer als bisher angenommen. So können sich Transmitter durch psychische Prozesse verändern und nicht nur umgekehrt, können auf Psychotherapie reagieren und nicht nur auf Medikamente. Möglicherweise erlaubt diese differenzierte Sicht, die die gesamte Biographie und vor allem die subjektive Perspektive wertschätzt dem Psychoseerfahrenen, Neuroleptika um so selbstverständlicher anzunehmen und umso pragmatischer einzusetzen. Immerhin muss er sein meist viel komplexeres Selbstverständnis nicht aufgeben und kann mit Recht auf eine umfassende – eben psychotherapeutische – Beziehung bestehen.

7. Aktives Handeln

Multifaktorielle Bedingtheit gilt als der kleinste gemeinsame Nenner der verschiedenen Disziplinen. Sie greift dennoch zu kurz; denn Psychosen sind zugleich auch immer Ausdruck aktiven Handelns. Die Grundprinzipien menschlichen Handelns sind in Psychosen nicht außer Kraft gesetzt, sie funktionieren auf existentieller Ebene weiter. Aus dieser Perspektive erscheint eine paranoide Vorstellung auch als Kanalisation von Angst, Stimmen als sozialer Kompromiss, und sich unverständlich zu machen als letzter Hort von Eigenheit. Die Psychose selbst ist Ausdruck einer rätselhaften Inszenierung, das soll und kann das Leid nicht leugnen. Diesen Aspekt zu vernachlässigen, bedeutet aber, einen Verstehenszugang nicht zu nutzen (Bock, 1999).

Therapie – Supervision von Selbsthilfe?

Die stärkere Beachtung anthropologischer Aspekte hat Konsequenzen, sie entscheidet mit darüber, ob Verwandtschaft oder Fremdheit, Nähe oder Distanz die therapeutische Beziehung prägen, ob ein innerer Selbst-Bezug wächst oder die innere Leere verstärkt wird, ob die Spaltung des eigenen Erlebens vertieft oder ihr entgegengewirkt werden kann. Die folgenden Überlegungen zum Verhältnis von Selbst- und Fremdheilung betreffen ebenfalls Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, wenn auch vielleicht auf unterschiedliche Weise.

1. Selbstregulation immer schon vorher

Versuche, der aufbrechenden Spannungen Herr zu werden und zu einer neuen Balance zu kommen, finden immer schon lange vor professioneller Hilfe statt, und hören nie auf. Selbst in akutesten Psychosen lassen sich „Inseln der Klarheit“ finden. Selbsthilfe ist eine sehr komplexe und individuelle Angelegenheit mit wider-

sprüchlichem Charakter. Was in dem einen Moment hilfreich ist (z.B. Rückzug) kann im nächsten selbst zum Problem werden. So gesehen ist Selbsthilfe nicht einfach trainierbar, bedarf aber u.U. der „Supervision“. Versuchsweise sollten wir Psychotherapie als Supervision von Selbsthilfe begreifen.

2. Hilfe geschieht immer „innen“

Was in welcher Weise hilfreich ist, entscheiden weder Psychiater, noch Psychotherapeuten. Das Selbstbild, die innere Haltung zum Wirkstoff, die therapeutische Beziehung entscheiden wesentlich mit. Die Komplexität des individuellen Geschehens lässt eine individuelle Prognose kaum zu. Davidson und Strauss (1992) untersuchten unerwartet genesene Langzeitpatienten, um den Heilerfolg zu erklären. Doch sie fanden ... nichts, ihre Untersuchung hatte zunächst kein Ergebnis – in erster Linie eine Beruhigung! Nach sehr genauen subjektorientierten Interviews sahen die Wissenschaftler die Rekonstruktion eines gesunden Selbstbildes aufgrund authentischer Erlebnisse als für die Genesung entscheidend an.

3. Ökologische Bedingungen

sind wichtiger als gezielte Interventionen. Psychoseerfahrene fordern in mehreren Umfragen im Psychoseminar vor allem: Raum, Zeit, Ruhe, Natur, also genau das Gegenteil von dem, was eine normale Akutstation bietet.

4. Symptomebeseitigung kein Selbstzweck

Symptome zu beseitigen kann und darf nicht unser einziges Ziel sein. Oft ist gerade dieses Ziel nicht oder nur auf Umwegen zu erreichen oder auch in dieser Absolutheit fragwürdig. Ähnlich wie das Fieber in der somatischen Medizin Entzündungen anzeigt, stehen Psychosen für innere Konflikte. Und so wie wir fiebersenkende Mittel nicht sofort und um jeden Preis einsetzen, sollten wir auch mit Neuroleptika vorsichtig sein. Gerade die neue Vielfalt an Neuroleptika erlaubt eine feinere Abstimmung mit dem Patienten: Welche Stimmen sind leichter zu ertragen als die Nebenwirkungen, welche sollen zumindest leiser werden und welche erfordern unsere volle Aufmerksamkeit? Nur der Dialog führt zu einer angemessenen Balance zwischen symptomorientierten und verstehenden Verfahren.

5. Rückfallvermeidung nicht um jeden Preis

Wir sind allzu gewohnt, Rückfälle ausschließlich als Chronifizierungsrisiko zu sehen und versuchen deshalb, sie auf jeden Fall zu vermeiden. Manchmal mag die Situation keine Alternative zulassen. Doch dürfen wir nicht übersehen, dass für viele Psychoseerfahrene ein risikoloses auch ein armes Leben bedeutet und wir sie mit einer zu einseitigen Zielsetzung in Depression oder Noncompliance treiben.

Das folgende Zitat einer Psychoseerfahrenen legt nahe, Psychosen wie Rückfälle im Suchtbereich auch

als Erfahrungsschatz zu sehen und Therapie etwas gelassener auf die Früherkennung und Begleitung von Krisen auszulegen. „*Einmal ist die Psychose immer das erste Mal. Beim zweiten Mal hat man schon die Erfahrung vom ersten Mal. ... Beim 15. Mal hat man die Erfahrung von 14 Malen, dann braucht man die Psychiatrie nicht mehr.*“ (Bock, 1997a).

6. Verknüpfung von öffentlichen und privaten Ressourcen

Vor allem die Klinische Psychiatrie, aber auch die individuelle Psychotherapie ignorieren weitgehend die Notwendigkeit, bei der längerfristigen Begleitung von Psychoseerfahrenen öffentliche und private Ressourcen stärker miteinander zu verbinden. Das derzeitige Modell „Volle Versorgung über immer kürzere Zeit, um dann alle Verantwortung umgehend wieder den Angehörigen zu übergeben“, ist absurd. Und auch eine Psychotherapie, die Angehörige grundsätzlich ausklammert und damit oft noch Loyalitätskonflikte anheizt, greift zu kurz. Bei genauem Hinsehen gibt es eine bunte Vielfalt von soteriaähnlichen Hilfesystemen auf privater Basis. Diese zu stützen und zu sichern, sollte unser Ziel sein. Als ein Beispiel für eine kreative Kombination privater und professioneller Hilfen sei hier das Modell Moosbach erwähnt (Sachse 1998), wo eine psychoanalytisch orientierte Psychiaterin zusammen mit einem Selbsthilfenetzwerk die gesamte Akutversorgung inkl. Krisenintervention organisiert.

7. Beziehung wichtiger als Technik

In dieser Hinsicht konnten alle Psychotherapeutischen Verfahren von Psychoseerfahrenen lernen:

- Die Verhaltenstherapeuten mussten merken, dass sich psychotische Symptome, z.B. Halluzinationen nicht wegkonditionieren oder löschen lassen, und fanden den Weg vom operanten Konditionieren zur kognitiven Arbeit mit subjektiven Deutungsmustern.
- Die Psychoanalytiker mussten sich von ihrem klassischen Setting, (Couch ohne Blickkontakt-, dessen Absurdität bei psychotischen Patienten augenfällig wurde, verabschieden und zu üblicheren Begegnungsformen (zurück-)kommen.
- Die Gesprächstherapeuten konnten lernen, dass Zurückhaltung nicht alles ist, sondern der Therapeut als Person erkennbar bleiben oder werden muss.
- Die Systemtherapeuten mussten begreifen, dass sie Systeme nicht managen können, ohne Beziehung zu riskieren.

Diese Linie ließe sich beliebig fortsetzen: Der Umgang mit Menschen in existentiellen Krisen erlaubt den verschiedenen Therapieschulen sich auf wesentliche menschliche Umgangsformen zu besinnen.

Sprache und Macht

Wir können die Psychiatrie nicht ersatzlos auflösen, aber wir müssen lernen, sie zu entpsychiatrisieren. Wir

müssen Macht abgeben, vor allem Definitionsmacht. Psychiatrie muss dialogischer und subjektorientierter werden. Krankheitseinsicht ist nicht etwas, was wir von Patienten verlangen sollten oder was wir ihnen antrainieren können, es ist unsere Aufgabe! Es geht nicht um Einsicht in eine abstrakte und verallgemeinerbare Krankheit, sondern um Einsicht in das Leben selbst. Compliance ist nichts, was wir von anderen fordern können wie ein Unterwerfungsritual, sondern etwas was nur in einem gemeinsamen Vertrauensprozess wachsen kann. Bei strukturellen Änderungen muss es vor allem darum gehen, Beziehungskontinuität zu ermöglichen, auch über verschiedene Strukturen hinweg. Dabei müssen wir lernen, Psychiatrie von ihrer ambulanten Seite her zu denken und sie in einen psychotherapeutischen Kontext einzubinden. Vor allem aber kommt es auf eine innere Deinstitutionalisierung an.

Wenn Psychosen auch zu verstehen sind als eine Art „unfreiwillige Ideologien“, in denen nur die eigene Realität und Sprache zählt, dann ist es wenig sinnvoll, wenn Psychiater oder Psychotherapeuten einen eigenen Anspruch von Unfehlbarkeit dagegenhalten. So entsteht vielleicht eine „folie a deux“, aber keine konstruktive Beziehung. Nur wer bereit ist, Normalität zugunsten Verrücktheit aufzugeben, kann den umgekehrten Weg fördern.

Je weiter wir uns vom psychiatrischen Kontext entfernen, desto vielfältig erscheint das psychotische Erleben: „*Meine Psychose war für mich wie ein mehrgipfliger Berg, Gipfel der Verwirrung, aber auch ein Gipfelerlebnis, wo sich Bestimmtes offenbart. ... Alles liegt dann unter einem ... eine Art Erhabenheitsgefühl, eine Erlösung von Grauem, Banalem und Langweiligem. Man schaut auf das Leben an sich und auf das Grundlegende, vielleicht auch auf das allen Gemeinsame. Ich sehe mein Leben dann aus einer anderen Perspektive – vom Ende, vom Tod her.*“ (Bock, 1997a).

Dieser Vielfalt des Erlebens sind die gängigen diagnostischen Manuale nicht gewachsen. Ihre Sprache ist arm. Wir sollten Sprache wieder mehr zur spielerischen Annäherung benutzen und nicht nur zum Einordnen von Symptomen (Stratenwerth und Bock, 1998). Die Empfehlung eines Psychoseerfahrenen an Psychiater und Psychotherapeuten lautet entsprechend: Lest nicht die Manuale, lest mehr Weltliteratur. „*Man muss die Sprache weiterentwickeln, damit auch Psychotiker in die sprachliche Kultur integriert werden können. Ich glaube, dass man auch auf einige Medikamente verzichten könnte, wenn man die Sprachdimension erweitern würde, also versuchen würde, die psychotischen Elemente noch mehr in Sprache und Bild rüberzubringen. Das Eindimensionale halten Psychotiker nicht aus.*“ (Bock, 1997a).

Psychotherapie und Alltag – Beispiel aus einer Gruppentherapie

Frau Stern geht seit mehreren Wochen in eine spezielle psychotherapeutische Gruppe für MDE-Patienten. Nur Menschen, die in beide Stimmungsrichtungen extreme Erfahrungen, also nur Menschen mit bipolarer Störung

dürfen daran teilnehmen. Die Idee dabei ist: Wenn immer beide Erfahrungen in der Gruppe repräsentiert sind, kann die jeweils nicht gelebte Seite nicht völlig verdrängt werden und wird so unmerklich eine Tendenz zur Mitte verstärkt. Anfangs wurde eher sachlich und thematisch z.B. über Auslöser, Einfluss- und Steuerungsmöglichkeiten, Reaktionen der Angehörigen usw. gesprochen. Inzwischen sind die Inhalte persönlicher geworden: Es geht nun z.B. um Teufelskreise in der Depression, geheime Sehnsüchte in der Manie und um den Versuch, durch die Integration von nicht gelebten Anteilen Depression und Manie das Wasser abzugraben.

*Geburtstagsmanie –
eine biologische Gesetzmäßigkeit!*

Frau Stern traut sich inzwischen, ihr persönlichen Erlebnisse in den Mittelpunkt zu stellen und die Gruppe insgesamt um ihre Meinung und ihr Mitgefühl zu bitten. Seit vier Jahren ist sie regelmäßig an ihrem Geburtstag manisch geworden. Mit deutlichem materiellen und sozialen Schäden, folgender Depression und massiven Selbstzweifeln. Ihre Familie, ihr Mann und ihre zwei relativ kleinen Kinder, halten zu ihr. Dennoch macht sich Frau Stern große Sorgen um deren Belastbarkeit und möchte gerne verstehen, welcher Teufel sie reitet. Oder ob sie sich damit abfinden muss, dass ihre Biologie trotz Medikation jedes Jahr mindestens einmal Kapriolen schlägt.

In mühsamer Kleinarbeit und durch genaues Nachfragen gelingt es ihr folgende Zusammenhänge zu rekonstruieren: Frau Stern fühlt sich verpflichtet, zu ihrem Geburtstag Freunde *und* Eltern einzuladen. Dabei war und ist es schwer, es in jeder Hinsicht den Eltern, insbesondere der Mutter rechtzumachen. Inzwischen braucht die Mutter nur ihre Hilfe anzubieten, dann gerät Frau Stern schon unter großen inneren Druck. Sie nimmt die erwartete Kritik – an Vorbereitung, Freunden, Lebensstil insgesamt schon vorweg. Zur Abwehr und Kompensation dieser von ihr selbst noch gesteigerten Kritik läuft sie zur „Höchstform“ auf. M.a.W. sie wird manisch. So gelingt es ihr subjektiv (!) gleichzeitig, alles zu schaffen *und* die Maßstäbe der Mutter als für sie ungeeignet abzutun. Objektiv (!) erreicht sie das krasse Gegenteil dessen, was sie will: Die Mutter fühlt sich in Kritik *und* Fürsorge bestätigt. Subjektiv berührt Frau Stern das zwar in diesem Moment überhaupt nicht. Sie fühlt sich großartig und glaubt, alles bestens zu schaffen. Außerdem hat sie in diesem Zustand keine Mühe, alle potentiellen Kritiker einschließlich der Eltern nachdrücklich *mundtot* zu machen. Die Verzweiflung kommt später.

Eine banale Revolution

Die Gruppe rät Frau Stern, Eltern und Freunde diesmal *nicht* zusammen einzuladen. Frau Stern wehrt massiv ab, kann und will das den Eltern nicht zumuten. Es bedarf großer Überredungskunst der ganzen Gruppe, damit Frau Stern sich erlauben kann, es diesmal anders zu versuchen. Viele in der Gruppe kennen das Dilemma

solcher Familienfeiern und wissen, dass getrennte Einladungen letztlich allen Beteiligten guttun. Das Ausladen der Eltern, die sich selbstverständlich schon rechtzeitig angemeldet haben (um zu helfen, um das Schlimmste zu verhüten usw.) wird im Rollenspiel geübt. Frau Stern hat großes Lampenfieber. Zum Glück zieht der Ehemann – erleichtert – am gleichen Strang. Die Eltern reagieren, wie erwartet, spitz und unfreundlich, fügen sich aber der neuen Vorgabe. Frau Stern plant den Geburtstag nur mit und für die Freunde – ausschließlich nach eigenen Maßstäben. Die Eltern kommen zwei Wochen später. Zu diesem Zeitpunkt sind sie nicht mehr beleidigt, sondern können sich freuen, nun die ungeteilte Aufmerksamkeit zu genießen. Frau Stern wird zum ersten Mal seit vier Jahren an ihrem Geburtstag nicht manisch (Bock, 2000).

Ungewöhnliches in den Alltag, statt in die Manie

Es ist erstaunlich, vielleicht sogar erschreckend, welche banale Kleinigkeit mitentscheidet, ob die Manie wieder „ihren Lauf nimmt“. Die lebensnahe Alltäglichkeit der Zusammenhänge lässt zugleich schmunzeln über die Großartigkeit mancher professioneller Theorien. Wäre Frau Stern wieder manisch geworden, wäre das vermutlich ein Beleg gewesen für die biologische Eigendynamik der Manie, die psychotherapeutisch eben doch nicht korrigierbar ist.

Umgekehrt mag es Psychotherapeuten geben, die vor der Banalität der Zusammenhänge fliehen. Denen wäre dann zuzusagen, dass der geschilderte Konflikt selbstverständlich nicht nur banal ist, sondern typisch für viele Menschen, die ihre eigenen Maßstäbe (noch) nicht gefunden haben, nicht finden durften oder ihnen nicht trauen. Und das gilt für Menschen mit bipolarer Störung ganz besonders. Der geschilderte Konflikt macht deutlich, dass es gerade bei manischen Patienten nicht darauf ankommt, sie zu zähmen oder zu kontrollieren. Das geschieht im Alltag ohnehin schon viel zu viel. Es ist wichtiger, ihnen zu ermöglichen, Widerspruch und Auflehnung, ungewöhnliche Wünsche und Bedürfnisse im Alltag unterzubringen, statt sie in übersteigerter Form für die Manie aufzuheben (Bock, 1998).

**Psycho- und Pharmakotherapie –
kein Gegensatz mehr?**

Mehr Dialogfähigkeit der Psychiater dürfte im Übrigen auch der Pharmakotherapie nicht schaden. Denn wenn Psychoseerfahrene unkooperativ werden, dann ist das nicht nur den Medikamenten und ihren Nebenwirkungen zuzuschreiben *und erst recht nicht einfach nur* Ausdruck der Erkrankung, sondern zu einem hohen Anteil Ergebnis einer nicht gelungenen Beziehung. Ob aber eine (therapeutische) Beziehung gelingt entscheiden beide Seiten, entscheiden die Anschlussfähigkeit des Menschenbildes und der Sprache, die Offenheit für die Sicht hinter den Dingen/Symptomen, die Reflexion der eigenen Position und die Bereitschaft zu (strukturübergreifender) Kontinuität. Aus professioneller Sicht könnte man auch sagen, die Pharmakotherapie ist psychotherapeutisch einzubinden. Oder (nach einem

Gedanken von Prof. E. Rüther, Direktor der Psychiatr. Universitätsklinik Göttingen): Der Einsatz von Neuroleptika und die mit ihnen verbundene emotionale Beeinträchtigung der Patienten lässt sich nur verantworten, wenn vorher eine ausreichend tragfähige emotionale Beziehung hergestellt worden ist, die die Beeinträchtigung kompensieren hilft. D.h., Psychiatrie und Psychotherapie sind noch ganz anders zu integrieren als derzeit gedacht.

Organisatorische Basis von Psychosentherapie

Psychosentherapie erfordert eine große Flexibilität hinsichtlich Dichte, Häufigkeit und Dauer sowie auch hinsichtlich des Inhalts der Arbeit und der Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Die Art der Abrechnung von Praxen niedergelassener Psychiater und Psychotherapeuten steht dem in quantitativer und qualitativer Hinsicht entgegen. Die Finanzierung multiprofessioneller Teams mittels einer Fallpauschale bieten den Institutsambulanzen wesentlich mehr Spielraum, wenn die Höhe ausreichend ist. Nur so ist es möglich, das Lebensumfeld aufzusuchen, Angehörige und Familien einzubeziehen und niedrigschwellige und anspruchsvolle, alltagsorientierte und psychotherapeutische, aufarbeitende und stabilisierende Angebote bzw. Behandlungsphasen angemessen zu verknüpfen. In naher Zukunft wird auch der Kostendruck im stationären Bereich dazuführen, dass gerade spezialisierte Angebote nicht mehr auf Stationen beschränkt, sondern strukturübergreifend vorgehalten werden. Die Integration soziotherapeutischer Maßnahmen und die Einführung von extra abrechenbaren niederfrequenten Angeboten für freiberuflich Tätige sind zwar halbherzig, weisen aber in dieselbe Richtung. Wünschenswert erscheint, dass zumindest niedergelassen tätige Psychiater und Psychotherapeuten einerseits und Institutsambulanzen andererseits enger als bisher kooperieren und ihre Tätigkeit wechselseitig absichern helfen. Psychotherapie muss integrierter und selbstverständlicher Teil der ambulanten und stationären Schizophreniebehandlung sein. Eine Reduktion der Behandlungsrichtlinien auf

Pharmakotherapie und Psychoedukation, wie von der DGPPN angedacht (Gaebel und Falkau, 1998), wäre eine Katastrophe. Und die KollegInnen, die Psychoedukation betreiben, müssten die ersten sein, die aufschreien; denn nicht die zeitlich begrenzte Information hat langfristige Wirkung, sondern die begleitende Beziehung.

Literatur

- Bock Th (1997a) Lichtjahre – Psychosen ohne Psychiatrie, Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von unbehandelten Psychoseerfahrenen. Psychiatrieverlag, Bonn
- Bock Th et al (1997b) Es ist normal, verschieden zu sein. Psychoseseinare – Beitrag zum Dialog. Psychiatrieverlag, Bonn
- Bock Th (1998) Achterbahn der Gefühle – Leben mit Manien und Depressionen. Herder, Freiburg
- Bock Th (1999) Stimmenhören – neue Wege zu Akzeptanz und Umgang. In: Denkanstöße 2000 – ein Lesebuch aus Philosophie, Kultur und Wissenschaft. Piper, München
- Bock Th (2000) Alltag und Manie. In: Die Farben des Alltags. Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie, Literatur, Kunst 16: 130–134
- Davidson L, Strauss JS (1992) Sense of self in recovery from severe mental illness. Br J Med Psychol 65: 131–145
- Gaebel W, Falkau P (1998) Behandlungsleitlinien für Schizophrenie, Praxisleitlinien für Psychiatrie und Psychotherapie, Bd 1. Steinkopf, Darmstadt
- Mentzos St (Hrsg) (1997) Psychose und Konflikt. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Sachse L (1998) „Heilsame Erfahrungen“ – die ungewöhnliche Arbeit einer Psychotherapeutin und die Entstehung von Selbsthilfe. Paranus-Verlag, Neumünster
- Stratenwerth I, Bock Th (1998) Die Bettelkönigin (Großstadt-Märchen um eine verrückte Frau). Kore-Verlag, Freiburg (ausgezeichnet mit dem „schizophrenia-reintegration-award 98“)
- Zaumseil M, Leferink K (Hrsg) (1997) Schizophrenie in der Moderne, Modernisierung der Schizophrenie. Psychiatrieverlag Edition Narrenschiff, Bonn

Korrespondenz: PD Dr. Thomas Bock, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Hamburg, Martinistraße 52, D-20246 Hamburg, Bundesrepublik Deutschland, Fax 040-4203-5455, e-mail: bock@uke.uni-hamburg.de

PD Dr. Th. Bock, geb. 1954, Dipl.-Psych., Therapeutischer Leiter der Sozialpsychiatrische Ambulanz/Psychosenambulanz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Hamburg; mit Dortothea Buck Mitbegründer der Psychoseseinare; Fachbuch- und Kinderbuchautor, u.a. Lichtjahre, Stimmenreich, Im Strom der Ideen (Psychiatrieverlag), Achterbahn der Gefühle (Herder), Stimmenhören (Piper), Bettelkönigin (Kore), Pias lebt gefährlich (Psychiatrieverlag).

Dr. Evangelia Nika, geb. 1971, Ärztin, psychiatrische und psychotherapeutische Weiterbildung (PA), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Hamburg.