

Psychotherapie und helfende Beziehung statt Psychiatrisierung – Alternative Wege bei schweren seelischen Krisen¹

Peter Lehmann & Uta Wehde

Zusammenfassung: Symposiumsbeiträge zur Arbeit mit Psychiatriebetroffenen in Richtung Empowerment und betroffenendefinierter Recovery. Die Autorinnen und Autoren plädieren dafür, sich einer persönlichkeitsverändernden Behandlung mit psychiatrischen Psychopharmaka zu enthalten und eine entpathologisierende Sprache sowie die Rehistorisierung und Rekonstruktion dessen zu praktizieren, was Psychiatrie üblicherweise als von der Lebensgeschichte abgekoppeltes, nicht verstehbares Symptom behandelt. Ernstnehmen, Eingehen auf die lebensgeschichtlichen Zusammenhänge und Rückführung der Exkommunizierten in die Kommunikation sind die Voraussetzung, um Menschen bei der Überwindung von schweren Lebensproblemen und innerem Seelenschmerz beizustehen.

Schlüsselwörter: Empowerment, Entpathologisierung, humanistische Antipsychiatrie, humanistische Psychotherapie, Psychiatriereform, Psychoedukation

Psychotherapy and supportive relationship instead of psychiatrization: Alternative approaches in severe emotional crises

Abstract: Symposium contributions about working with users and survivors of psychiatry toward empowerment and self-defined recovery. The authors argue for avoiding treatment with personality-changing psychotropic drugs. Instead, they propose the use of de-medicalizing language and the contextualization and reconstruction of what psychiatry usually treats as incomprehensible symptoms unattached to one's life history. Taking people seriously, dealing with the complexities of people's life histories, and leading the excommunicated back into communication are the prerequisites to supporting people in overcoming severe life problems and inner mental pain.

Keywords: de-medicalization, empowerment, humanistic anti-psychiatry, humanistic psychotherapy, psychiatric reform, psychoeducation

Statt eines Vorworts

Psychotherapie wird einerseits als Ergänzung zu psychiatrischen Psychopharmaka angesehen oder in ihrer verhaltenstherapeutischen Variante „Psychoedukation“ gar als Sicherstellung von Compliance. Andererseits gelten wirksame psychotherapeutische Maßnahmen zur Konfliktaufdeckung und -verarbeitung unter dem persönlichkeitsverändernden Einfluss von Psychopharmaka als unwirksam oder zumindest erheblich behindert. Angesichts einer durchschnittlich um drei Jahrzehnte gesenkten Lebenserwartung bei langfristiger Neuroleptika-Einnahme besteht dringender Handlungsbedarf. *Karin Roth, Theodor Itten, Anna Emmanouelidou, Martin Urban und Wilma Boevink* plädieren daher an diejenigen, die ein ernsthaftes Interesse an der Arbeit mit Men-

schen in schweren psychischen Krisen in Richtung Empowerment und (betroffenendefinierter) Recovery haben, für eine entpathologisierende Sprache und für die Rehistorisierung und Rekonstruktion dessen, was Psychiatrie üblicherweise als von der Lebensgeschichte abgekoppeltes, nicht verstehbares Symptom behandelt. Es ist höchste Zeit für die Überwindung der antitherapeutischen Wirkungen psychiatrisch-psychopharmakologischer Behandlung sowie für eine Wertschätzung der Erfahrungen und Erkenntnisse insbesondere derjenigen Menschen mit schweren psychischen Krisen, die ihre psychiatriebezogenen Probleme überwunden haben.

¹ Copyright 2011 by Peter Lehmann & Uta Wehde.

Die Texte sind die überarbeiteten Beiträge des gleichnamigen Symposiums am 6. März 2010 beim 26. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung: „... Beziehungsweise Psychotherapie“, organisiert von der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 5.–9. März 2010 an der Freien Universität Berlin. Wilma Boevink konnte leider nicht zum Symposium anreisen und stellte dankenswerter Weise ihren geplanten Beitrag für diese Publikation zur Verfügung. Ursula Zingler, engagierte Psychiatrie-Erfahrenere, Trägerin des Bundesverdienstkreuzes am Bande und langjährige aktive Teilnehmerin bei DGVT-Kongressen, wäre als Ersatz in Frage gekommen, sie hatte ihre Kongressteilnahme bereits angemeldet. Leider starb sie völlig unerwartet am 18. Januar 2010. Ihrem Andenken soll die Reihe der folgenden Beiträge gewidmet sein. Mehr zu Ursula Zingler im Internet unter www.bpe-online.de/zingler.htm.

Einführung

Menschen mit schweren psychischen Krisen werden oft psychiatrisiert. Sie erhalten diverse Diagnosen psychischer Krankheit und entsprechend psychiatrische Psychopharmaka, vor allem Antidepressiva und Neuroleptika. Spätestens seit den Publikationen des Psychiaters Volkmars Aderhold über die hohe Mortalität psychiatrisch behandelter Patientinnen und Patienten (auch in der *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* – siehe Aderhold, 2007) darf der Tatbestand einer durchschnittlich um drei Jahrzehnte gesenkten Lebenserwartung bei langfristiger Neuroleptika-Einnahme als bekannt vorausgesetzt werden. Defizit-Syndrom, Fettleibigkeit, Hypercholesterinämie (erhöhter Cholesteringehalt im Blut), Diabetes, erhöhte Apoptose (Sichabstoßen von Zellen aus dem Gewebe, d. h. Zelltod), erhöhte Suizidalität, tardive Dyskinesien und Psychosen als Neuroleptika-Auswirkungen sowie deutlich erhöhte Sterblichkeit vor allem bei Verabreichung von Neuroleptika in Kombination mit anderen Medikamenten stellen häufige Gesundheitsrisiken für die Behandelten dar.

Schon bei den ersten Selbstversuchen mit Neuroleptika flackerte bei Psychiatern flüchtig ein Lichtlein auf, dass Psychopharmaka möglicherweise zur Chronifizierung der Probleme beitragen und nicht gerade zur Stärkung der Selbstheilungskräfte führen. So schrieb Klaus Ernst von der Universitätsklinik Zürich, der zu Beginn der fünfziger Jahre des letzten Jahrhunderts systematische Selbstversuche mit dem Neuroleptikaprototyp Chlorpromazin (derzeit noch als Chlorazin® in der Schweiz im Handel) an sich selbst und an seiner Ehefrau Cécile durchführte:

Wir sind uns aber klar darüber, dass das Mittel die gesamte und nicht nur die krankhafte Affektivität dämpft. Eine solch umfassende Dämpfung könnte vielleicht auch diejenigen Impulse erfassen, die Selbstheilungstendenzen entspringen. Einzelne freilich unkontrollierbare Eindrücke bei akut Erkrankten ließen uns sogar die Frage aufwerfen, ob nicht unter der medikamentösen Apathisierung eine Stagnation der psychotischen Entwicklung auftreten kann, die nicht bloß das Rezidivieren [Wiederauftreten – d. A.], sondern auch das Remittieren [Rückbilden – d. A.] betrifft. (Zitiert nach Itten, 2007, S. 254f.)

Auf die mentalen Folgen der Neuroleptikaverabreichung ging später auch der schwedische Mediziner Lars Martensson ein. Da Neuroleptika das limbische System angreifen – ein sehr altes und ursprüngliches System, das eng mit Lernprozessen verknüpft ist und für die Vorgänge eine wichtige Rolle spielt, die mit den Begriffen Emotion, Motivation und Trieb verbunden sind –, können Menschen unter Neuroleptika-Einfluss ihre Probleme nicht mehr verarbeiten und beginnen möglicherweise zu glauben, ohne Neuroleptika nicht mehr vernünftig weiterleben zu können, so Martensson:

Die neuroleptischen Medikamente führen spezifische Veränderungen im limbischen System herbei, die einen Menschen anfälliger für Psychosen machen. Dies ist, wie wenn dieser einen Psychose-verursachenden Wirkstoff ins Gehirn eingebaut hätte. Diese Wirkung der neuroleptischen Medikamente mag mit der Zeit mehr oder weniger nachlassen, wenn das Medikament abgesetzt wird. Aber dann kann es zu spät sein. Wegen der psychotischen Symptome, die Nachwirkungen der Medikamente sind, wurde die Schlussfolgerung bereits gezogen: „Er braucht das Medikament.“ Die Falle ist zugeschnappt. (Martensson, 1988, S. 5)

Dass zum Leidwesen der Pharmaindustrie und von ihr gesponserter Psychiater und deren Wasserträger immer wieder Menschen mit schweren psychischen Krisen dieser Falle entkommen, zeigen deren öffentlich gemachten Erfahrungen. Olga Besati beispielsweise macht in ihrem Bericht über ihr Hineingleiten in die psychopharmakologische Abhängigkeit und deren Überwindung, die sie im Alleingang schaffte, ihren Leidensgenossen und -genossinnen Mut:

Wir sind auf uns selbst Gestellte, aufgerufen, verantwortlich zu leben. Wir sind nicht nur von anderen Verurteilte, von anderen Geknebelte. Wir haben immer mehr Kräfte (auch Selbstheilungskräfte) zur Verfügung, als wir an dunklen Tagen glauben mögen. (Besati, 2008, S. 172)

Normale Psychiater und Psychologen hören Berichte von Betroffenen über ein selbstständiges und erfolgreiches Absetzen von Psychopharmaka nicht besonders gerne, schließlich gilt das Dogma, dass die Betroffenen Compliance zeigen müssen – das heißt, sie sollen sich dem psychiatrischen Behandlungsregime unterwerfen und die verordneten Psychopharmaka auf Dauer einnehmen. Ein markantes Beispiel hierfür ist Bernd Behrendt, Diplom-Psychologe an der Uni-Psychiatrie in Homburg, mit seinem „psychoedukativen Therapieprogramm zur Krankheitsbewältigung für Menschen mit Psychoseerfahrung“, erschienen im dgvt-Verlag. Hier unterweist er Gruppenleiter, Betroffenen das einfältige biomedizinische Krankheitskonzept einzutrichtern, wonach psychische Probleme maßgeblich von gestörter Informationsverarbeitung im Gehirn herühren. Der an sich vernünftige Ansatz, bewusst zu leben, Warnsignale aufziehender Krisen wahrzunehmen und sich entsprechend zu schützen soll in das Herstellen von Compliance umgemünzt werden, damit die Betroffenen ihre Neuroleptika trotz unerwünschter Wirkungen brav dauerhaft schlucken und bloß nicht absetzen (Behrendt, 2009a, S. 24). Auch den Betroffenen erklärt dieser Psychologe in seinem für sie verfassten Heft „Meine persönlichen Warnsignale“ ihre Psychosen als Produkt von Stoffwechselstörungen, die zwar maßgeblich genetisch bestimmt, jedoch psychopharmakologisch und speziell mit *atypischen* Neuroleptika risikoarm zu korrigieren seien, da bei diesen „keine oder nur geringe Nebenwirkungen“ (Behrendt, 2009b, S. 40) auftreten.

Für Menschen in schweren psychischen Krisen stellt sich die Situation meist fatal dar. Sie werden in aller Regel nicht über die tatsächlich vorhandenen, möglichen und nicht auszuschließenden Risiken aufgeklärt. Ihnen werden riskante Substanzen angeboten, an deren Zulassungsverfahren für den Pharmamarkt profitorientierte Firmen beteiligt sind, finanziell von ihnen abhängige oder gesponserte Mediziner sowie staatliche Gesundheitsbürokraten, aber keine Betroffenenvertreter. Kommt es zu Schäden, tragen die Geschädigten bei Schmerzensgeld- und Schadenersatzklagen die Beweislast alleine. Aufgrund inter- und intraindividuelle Wirkungsunterschiede lässt sich nie voraussagen, wie eine bestimmte Dosis eines Präparats wirken wird, geschweige denn eine Kombination unterschiedlicher, in ihrer Wirkungsüberlagerung und in ihren Wechselwirkungen unberechenbarer Psychopharmaka. Alle psychiatrischen Psychopharmaka haben das Potenzial, abhängig zu machen, wobei die Verordner mit Ausnahme der Benzodiazepine die potenzi-

ell abhängig machende Wirkung der Substanzen abstreiten. Stationäre Einrichtungen zur klinischen Unterstützung bei Absetzproblemen von psychiatrischen Psychopharmaka sind Fehlanzeige (Ausnahme Benzodiazepine). Und kein Psychopharmakon, weder ein altes noch ein neues, kann psychische Probleme sozialer Natur lösen – im Gegenteil, aller Erfahrung nach erschweren sie die Lösung dieser Probleme. Nach Absetzen der Substanzen, wenn es überhaupt dazu kommt, sind in aller Regel die Bedingungen schlechter, um die ursächlichen, den Einsatz der psychiatrischen Psychopharmaka herbeigeführten Probleme zu bewältigen.

Es besteht dringender Handlungsbedarf. Allerdings geht es nicht nur um die scheinbar einfache Frage „Psychiatrie oder Psychotherapie?“ So lange sich Psychotherapeuten als Gehilfen von biologisch orientierten Psychiatern verstehen und mit modellbasierten psychotherapeutischen Herangehensweisen diese lediglich darin nachahmen, menschliche Schwierigkeiten auf die eine oder andere Art als technische Probleme zu handhaben, sind Skepsis und Vorsicht gegenüber ihren Offerten geboten.

In der Vergangenheit gab es immer wieder einzelne Psychiater und Psychologen mit einem humanistischen Menschenbild, beispielsweise Loren Mosher und John Perry (siehe z. B. Wehde, 1991, S. 46–50) oder den Psychologen David Goldblatt, wie Mosher ein Schüler von Ronald D. Laing. In dem von Goldblatt gegründeten (und mittlerweile wegen Finanzproblemen wieder abgewickelten) „Burch-House“, einem richtungsweisenden Alternativprojekt nahe der US-amerikanischen Kleinstadt Littleton, New Hampshire, arbeiteten in den 90er Jahren bis zu vier vollzeitbeschäftigte Therapeutinnen und Therapeuten, die meistens zu verabredeten Zeiten ins Haus kamen, sowie Praktikantinnen und Praktikanten, in der Regel Studentinnen und Studenten der Psychologie oder Sozialarbeit, die viel Zeit mit den Bewohnerinnen und Bewohnern verbrachten und mit ihnen in schweren psychischen Krisen zusammenlebten (Goldblatt, 1995a). Dort verzichtete man weitgehend auf psychiatrische Psychopharmaka und psychotherapeutische Großmannsucht, so Goldblatt:

Wir teilen nicht die Ansicht, dass emotionale Störungen biologische Ursachen haben, von Ausnahmefällen abgesehen, deswegen ist der Einsatz von Medikamenten bei einem Menschen in Not eher die Ausnahme als die Regel. (Goldblatt, 1995b, S. 330) Viele Experten legen es darauf an, dem armen Patienten weismachen, dass sie es sind, die er für seine Heilung braucht. Damit machen wir die Sache

eigentlich nur schlimmer. Bei einer Psychose werden all diese Barrieren niedergerissen. Die Rollenaufteilung, wie sie sich beim Expertentum ergibt, muss aufgegeben werden zugunsten einer Haltung, nach der zwei gleichberechtigte Personen in einer Leidenssituation zusammenkommen, in der eine der Personen sich verloren hat. Zu glauben, man habe die Antwort auf Probleme einer anderen Person oder wisse, was für sie am besten sei, ist gleichfalls eine gefährliche Position. Dies deshalb, weil man unrealistische Erwartungen weckt und dem Therapeuten eine gottähnliche Rolle zuweist und die Illusion nährt, dass er oder sie dem Patienten überlegen sei. (Goldblatt, 1995c, S. 229)

Nicht wir sind es, die Menschen heilen, sie selbst tun dies. Den Glauben zu unterstützen, Heilung komme von außen, macht das Problem für die Zukunft nur noch schwieriger. Menschen in emotionaler Not können, und das tun sie auch, ihre Schwierigkeiten überwinden, indem sie in einem sie unterstützenden Umfeld den Heilungsprozess selbst vorantreiben. Das Problem besteht darin, für Menschen in psychischer Not ein stabiles Umfeld zu schaffen, das sich nicht einmisch, sondern eher Hilfe anbietet. Zu verstehen, wie man sich um einen anderen Menschen kümmern kann, ohne sich in den Prozess, den er durchläuft, einzumischen, ist mit das Schwierigste, was für die Praxis therapeutischen Handelns zu lernen ist. (Goldblatt, 1995b, S. 331)

Dass sich Psychologen auch nach der Jahrtausendwende – zumindest im Ausland – in humanistischer Weise mit Menschen, die unter schweren psychischen Krisen leiden, auseinandersetzen können, zeigt der britische Psychologe und Psychiatriepflegefachmann Peter Watkins in seinem Recovery-orientierten Plädoyer nach vier Jahrzehnten Berufspraxis. Es würde den Betroffenen mehr helfen, wenn Therapeuten unter Verzicht auf vorgegebene Lösungswege und unter der befreienden Annahme des Nicht-Wissens der Fähigkeit der Menschen vertrauen, ihren Problemen eine Bedeutung zuzuordnen und Entscheidungen zu treffen, die ihr Leben letztendlich erträglicher machen. Watkins orientiert sich an der kritischen Psychiatriebewegung der zurückliegenden Jahre, an der auch humanistisch orientierte Psychiater und Sozialwissenschaftler wie Ronald D. Laing, Michel Foucault, Peter Breggin, Phil Thomas, Marius Romme, Loren Mosher oder Pat Bracken beteiligt waren, und an der von der American Psychological Association verlegten Studie „So wirkt Psychotherapie – Empirische und praktische Folgerungen“, in der das Vertrauen auf die Selbstheilungskräfte der Menschen mit schweren psychischen Krisen eine maßgebliche Rolle spielt (Hubble et al.,

2001). So fordert er, Menschen in psychischer Not in humanistischer Weise zu unterstützen und Betroffene, die ihre Probleme und die Psychiatrie überwinden haben, als Experten für sich selbst in aktiver Rolle wertzuschätzen, von ihren Erfahrungen zu lernen und die – weit über die bloße Betonung der Hoffnung auf Symptomlinderung und Genesung hinausgehende – familiäre, spirituelle und kreative Dimension des Recovery-Prozesses in die eigene Praxis zu integrieren (Watkins, 2009). Dies ist sicher nicht einfach, werden doch in der akademischen Ausbildung in aller Regel gesellschaftlich verbreitete Stereotypen verstärkt, in „psychisch Kranken“ Menschen als inkompetente und hilfsbedürftige Fälle mit der Anlage zur Minderwertigkeit und Gemeingefährlichkeit zu sehen.

Für Menschen mit psychischen Krisen, die ihre Erfahrungen mit therapeutischer Hilfe verarbeiten und in ihr weiteres Leben integrieren wollen, geht es letztlich um eine therapeutische Praxis, die auf vorgegebene Lösungswege verzichtet und bereit ist, im Zustand des Nicht-Wissens der Fähigkeit der Menschen zu vertrauen, ihren Problemen eine eigene Bedeutung zuzuordnen und eigene Entscheidungen zu treffen, die zu einem erträglicheren oder gar erfüllenden Leben führen. Es geht also um

- die Überwindung der antitherapeutischen Wirkungen einer möglichen psychiatrischen Behandlung,
- um eine entpathologisierende Sprache, die aus dem Behandlungsobjekt Patient wieder einen handlungsfähigen Menschen macht, der sich aktiv mit sich selbst, seiner Umwelt und seinen Beziehungen zu ihr auseinandersetzt – alleine, in organisierter Selbsthilfe oder mit therapeutischer Unterstützung,
- um die Rekonstruktion dessen, was Psychiatrie üblicherweise als von der Lebensgeschichte abgekoppeltes, nicht verstehbares Symptom behandelt,
- um die Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Krisen in humanistischer Weise sowie die Einbeziehung und Wertschätzung der Experten per Erfahrung, um von ihren Erfahrungen zu lernen.

Karin Roth, Theodor Itten, Anna Emmanouelidou, Martin Urban und Wilma Boevink präsentieren in ihren Beiträgen zu aktuellen Tendenzen einer humanistisch orientierten Psychotherapie wertvolle Ansätze, bei schweren seelischen Krisen Psychotherapie zur helfenden Beziehung zu machen.

Literatur

- Aderhold, V. (2007). Mortalität durch Neuroleptika. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 39 (4), 897–907.
- Behrendt, B. (2009a). „Meine persönlichen Warnsignale“ – Ein psychoedukatives Therapieprogramm zur Krankheitsbewältigung für Menschen mit Psychoseerfahrung: *Arbeitsbuch für Gruppenleiter* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Behrendt, B. (2009b). *Meine persönlichen Warnsignale – Ein psychoedukatives Therapieprogramm zur Krankheitsbewältigung für Menschen mit Psychoseerfahrung: Arbeitsbuch für Gruppenteilnehmer* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Besati, O. (2008). Widrigkeiten. In P. Lehmann (Hrsg.), *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern* (3., aktualisierte und erweiterte Auflage) (S. 169–172). Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag.
- Goldblatt, D. (1995a). Burch House, Inc., Bethlehem, New Hampshire: history and description. In R. Warner (Ed.), *Alternatives to the hospital for acute psychiatric treatment* (pp. 155–168). Washington, DC/London: American Psychiatric Association.
- Goldblatt, D. (1995b). Die Psychose durcharbeiten. In T. Bock, D. Buck, J. Gross, E. Maß, E. Sorel & E. Wolpert (Hrsg.), *Abschied von Babylon – Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie* (S. 325–332). Bonn: Psychiatrieverlag.
- Goldblatt, D. (1995c). Zwei Wochen des Dabeiseins – Die Integration der Psyche in die Person. In T. Bock, D. Buck, J. Gross, E. Maß, E. Sorel & E. Wolpert (Hrsg.), *Abschied von Babylon – Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie* (S. 223–230). Bonn: Psychiatrieverlag.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (Hrsg.). (2001). *So wirkt Psychotherapie – Empirische und praktische Folgerungen*. Dortmund: verlag modernes lernen.

- Itten, T. (2007). Psychotherapie statt Psychiatrie? Keine Qual der Wahl. In P. Lehmann & P. Stastny (Hrsg.), *Statt Psychiatrie 2* (S. 250–262). Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag.
- Martensson, L. (1988). Sollen Neuroleptika verboten werden? *Pro Mente Sana Aktuell*, 3/1988, 3–15.
- Watkins, P. N. (2009). *Recovery – wieder genesen können: Ein Handbuch für Psychiatrie-Praktiker*. Bern: Hans Huber.
- Wehde, U. (1991). *Das Weglauffhaus – Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene: Erfahrungen, Konzeptionen, Probleme*. Berlin: Antipsychiatrieverlag.

Zu den AutorInnen

Peter Lehmann, geb. 1950 in Calw (Schwarzwald). Dr. h. c. (Thessaloniki), Dipl.-Sozialpädagoge, Autor und Verleger in Berlin. Bis September 2010 langjähriges Vorstandsmitglied im Europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen. Publikationen u. a.: *Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen* (6. Aufl. 2010); *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern* (3. Aufl. 2008).

Uta Wehde, geb. 1963, Psychologin, seit 1994 Geschäftsführerin der Ambulanten Dienste e. V. Berlin. 1989 Gründungsmitglied des Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e. V., Konzeptionierung und Realisierung des Berliner Weglauffhauses, Vorstandstätigkeit bis 2001. 2002 Gründungsmitglied von Für alle Fälle e. V., seither im Vorstand. Psychiatriekritische Veröffentlichungen und Beiträge auf Kongressen und Tagungen. Autorin von *Das Weglauffhaus – Zufluchtsort für Psychiatriebetroffene: Erfahrungen, Konzeptionen, Probleme* (1991).

Korrespondenzadressen

www.peter-lehmann.de
uta.wehde@gmx.de

„Ich“, das Wunder des „Du“

Karin Roth

Zusammenfassung: Relationale Verstehenstraditionen gehören in der Bundesrepublik Deutschland nach wie vor nicht zum Mainstream. Dabei bieten sie ein enormes Potenzial, gerade wenn es darum geht, PsychiatriepatientInnen bei der Beendung von langjährigen Beziehungen zur Psychiatrie zu unterstützen. Anhand eines Beispiels aus meinen therapeutischen Gesprächen mit chronisch psychiatrisierten Menschen möchte ich aufzeigen, wie Dialoge im Geiste eines Denkens in Beziehungen zur Entwicklung von Alternativen zur Psychiatrie beitragen können, zu Empowerment und zur Auflösung von Chronizität.

Schlüsselwörter: Sozialer Konstruktivismus, Entpsychiatisierung, Auflösung von Chronizität, Dialog, relationales Denken, Empowerment, Psychotherapie

„I“: the miracle of “you”

Abstract: Rational comprehension traditions remain outside the mainstream in Germany despite the fact that they display great potential in supporting psychiatric patients end their long-term dependence upon the psychiatric system. Using examples from my therapeutic sessions with chronically psychiatrized people I hope to demonstrate how dialog in the spirit of thought in relations can support empowerment, dissolution of chronicity and the development of alternatives beyond psychiatry.

Keywords: Social constructionism, de-psychiatrization, dissolution of chronicity, dialog, relational thinking, empowerment, psychotherapy

Relationale Verstehenstraditionen gehören hierzulande nach wie vor nicht zum Mainstream. Dabei bieten sie ein enormes Potenzial, insbesondere wenn es darum geht, PsychiatriepatientInnen dabei zu unterstützen, langjährige Beziehungen zur Psychiatrie zu beenden. Anhand eines Beispiels aus meinen therapeutischen Gesprächen mit chronisch psychiatrisierten Menschen möchte ich deutlich machen, wie Dialoge im Geiste eines Denkens in Beziehungen zur Entwicklung von Alternativen zur Psychiatrie beitragen können, zu Empowerment und zur Auflösung von Chronizität.

Ich beginne mit einem Satz aus der Bochumer Arbeitsgruppe für Sozialen Konstruktivismus und Wirklichkeitsprüfung (BOAG): „Sprache, du Elixier des Lebens ... in wohlwogenen Dosierungen kannst du helfen, so manches Gefängnis in Möglichkeitsräume zu verwandeln“ (BOAG, 1995). Die BOAG war es, die in mir Anfang der 90er Jahre die Faszination für ein Denken weckte, das sich von der Suche nach Antworten abwendet und stattdessen das Befragen der Sprache selbst in den Fokus nimmt, das Befragen der Sprechgewohnheiten und die Rekonstruktion und Dekonstruktion der Prozesse der sozialen Konstruktion von Selbst und Welt. Dieses

Denken ist mir Zuhause geworden und Grundlage auch meiner therapeutischen Tätigkeit. Alternativen zur Psychiatrie sind möglich, hierzulande jedoch nach wie vor selten zu finden. Psychiatrische Praxis in Deutschland ist vielerorts durch fehlende Vielfalt von Denkmodellen über „psychische Krankheiten“ und damit verknüpfte Behandlungstraditionen gekennzeichnet. Schlagworte wie „Recovery“ und „Neuroleptikadebatte“ sind seit einiger Zeit in der Sozialpsychiatrie en vogue. Die darin transportierten Inhalte wurden von Peter Lehmann bereits Anfang der 80er Jahre veröffentlicht, allerdings in der BRD jenseits der Selbsthilfebewegung kaum wahrgenommen! In der deutschsprachigen psychiatrischen Forschung ist nach wie vor ein mangelnder Akut im Bereich *Konstruktion, Dekonstruktion und Rekonstruktion von Illness Narratives und Narrative Identity zu verzeichnen*. Täglich werden unzähligen jungen PsychiatriepatientInnen (die noch nicht chronifiziert sind) alternative Denkwege vorenthalten. Behandlung, die chronifiziert. Ein Großteil meiner Tätigkeit besteht aus Aufklärung über effektive Hilfen zur Entospitalisierung und Entchronifizierung, aus Aufklärung über Wege der Aktivierung von Eigenbewegung und Selbsthilfepotenzial. Alternativen sind möglich.

Doch kontinuierliche gute Unterstützung im Sinne von Empowerment ist für den Ausstieg aus chronischen Beziehungen zur Psychiatrie unabdingbar. „Es gab sich Dir in die Hand: ein Du, an dem alles Ich zu sich kam“, schreibt Paul Celan. Ein Du ist notwendig, damit Selbsthilfe und Verzicht auf selbst-pathologisierende Sprache gelingt.

Michael hatte Praktika in verschiedensten Bereichen begonnen und abgebrochen. Daraufhin war ihm der Satz gesagt worden: „Für Sie kommt jetzt nur noch die Werkstatt für behinderte Menschen in Frage“. Dieser Satz hatte sich eingebrannt. Er schleppte ihn mit sich. Er war Anfang 20.

Im kindlich-jugendlichen Alter zwischen 12 und 15 hatte er den amerikanischen Hip-Hop-Gangster-Lifestyle gelebt: exzessiver Marihuana-Konsum, Waffenbesitz und Drogendeals. Dem Gefängnis wegen krimineller Umtriebe war er damals nur knapp entgangen. Eine Klassenkonferenz führte dazu, dass er mit 15 den Marihuana-Konsum völlig aufgab. Folgen dieses Bruchs waren – in seinen Worten: „akute Depression, absolute Apathie, Angstzustände und generalisierte Sozialphobie“. Er mied fortan sämtliche Sozialkontakte, ging nicht mehr aufs Gymnasium, ging gar nicht mehr in die Schule und wurde schließlich in eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung eingewiesen. Die Zeit in dieser Einrichtung beschrieb er mir rückblickend ein paar Jahre später: „Dort fühlte ich mich von allen Pflichten entbunden. Ich konnte tun und lassen was ich wollte und rutschte schnell in die Manie: Umtriebigkeit, Rotlichtleben, Betteln, Techno-Leben, Leben in Hotels und zwischendurch zwei Zwangseinweisungen. Mit 17 dann die 180-Grad-Drehung: Ich entschied mich zu einem Neuanfang.“ Er ging freiwillig in eine andere Stadt, in eine private „Einrichtung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche“. Dort erlebte er seine Volljährigkeit.

Mit Anfang 20 zog er in eine eigene Wohnung, nahm ambulante und gesetzliche Betreuung in Anspruch und sagte, er sei manisch-depressiv. Er schluckte Psychopharmaka. Gegen die „Manie“. Vor allem gegen die „Manie“, denn die Potenziale, die er in seinen „manischen“ Phasen als Jugendlicher entwickelt hatte, machten ihm und anderen Angst. Angst machte ihm auch der Gedanke, noch einmal die Entgegnung der Psychiatrie erfahren zu müssen: „Ich war ein Haldol-Zombie. Das will ich nie mehr erleben.“ Ich schaute ihn an. Sein Gesichtsausdruck war starr. Er saß mir gegenüber. Er war Anfang 20. Er ging nur noch ganz selten auf die Straße. Er konnte Menschenmengen nicht ertragen. Also machte er die Nacht zum Tag. Tagsüber schlief er.

Durch psycho-edukative Programme hatte er gelernt, alleine einkaufen zu gehen, es unter Menschen auszuhalten, für kurze Augenblicke. Er zwang sich dazu.

Jetzt hatte er genug davon, wollte sich nicht mehr zwingen. „Du willst ja nur nicht – du könntest alles, wenn du nur wolltest“, wurde ihm oft entgegengeschleudert. Auch dieser Satz hatte sich in ihm eingebrannt.

Man stirbt stets an einem frustrierten Wort, dachte ich, als ich ihm zuhörte.

Immer wieder brach Wut aus ihm heraus. Er pauschalisierte und generalisierte. Ich hörte zu. Es war Lebendigkeit in ihm und Energie, fühlbar, aber nicht sichtbar, aufgrund der Psychopharmaka-Maske, die er seit Jahren trug. Es war unsere erste Begegnung. Ein Informationsgespräch zum Kennenlernen. Irgendwo war er über das Wort „Alternativen“ gestolpert und über meine Telefonnummer. Er wusste nichts über Alternativen zur Psychiatrie. Er wusste auch nicht, was er genau brauchte, aber er wusste genau, dass die Hilfe, die er bis jetzt bekommen hatte, nicht mehr half. Als hätte er Klavierspielen nach Noten gelernt nur, ohne dass die Musik ihn innerlich bewegt. Ab einem gewissen Punkt kommt man dann nicht mehr weiter. Tritt auf der Stelle. Aber er hatte sich die Kraft bewahrt, gegen den Satz anzurennen: „Du willst ja nur nicht, du bist selbst Schuld!“ Er wollte doch.

Aber nicht so.

Wir entschlossen uns zu gemeinsamen Gesprächen. Die gut gemeinten Warnungen seiner engsten Bezugspersonen erreichten mich einige Tage später per Telefon: „Versprechen Sie sich nicht zu viel davon, er wird auch Sie fallen lassen, nach kurzer Zeit, so macht er das bereits seit ein paar Jahren, wir kennen ihn. Er sucht immer nur seinen Vorteil. Wenn es darum geht, eine Freundin zu besuchen, dann kann er auf einmal problemlos auf die Straße gehen und Zug fahren, ja, so ist das.“

Was passiert mit einem Menschen, dem der Satz gesagt wird: „Sie sehen es ja selbst, Sie sind nicht ausbildungsfähig“?

Was passiert mit einem Menschen, dem nicht geglaubt wird? Wie wird er sich in Zukunft zu anderen in Beziehung setzen?

Im Moment reichte Michael die Schuld zurück an die Beschuldiger. Zwei Perspektiven, die jahrelang unverändert im Widerstreit blieben.

Ein Denken jenseits von Schuld und jenseits von Kampf um Wahrheit als Alternative? Der amerikanische Philosoph Nelson Goodman schreibt in seinem Buch *Ways of Worldmaking* (Weisen der Welterzeugung):

Wenn ich dir eine Frage stelle über die Welt, dann sagst du mir, deine Antwort hänge von der jeweiligen Perspektive ab, die du wählst. Was aber, wenn ich auf eine Antwort dränge, die jenseits aller Bezugsrahmen angesiedelt wäre ... Was kannst du mir dann antworten? (Goodman, 1978, S. 3 – Übersetzung K. R.)

Was können wir jenseits aller Bedeutungstraditionen und Alltagstheorien über Ereignisse, über die Welt und über uns selbst sagen? Folgen wir Goodman, dann heißt die Antwort: Nichts. Wir leben in Denktraditionen und jenseits davon ist Schweigen.

Wenn wir unsere gewohnten Brillen aufsetzen, innerhalb unserer gewohnten Sichtweisen bleiben und auf die uns vertraute Weise trennen – zum Beispiel zwischen richtig und falsch, gesund und krank – dann bleibt das Leben für uns relativ vorhersehbar. Bedeutungstraditionen liefern uns einen bestimmten Blickwinkel auf Ereignisse, auf die Welt und auf uns selbst. Damit verknüpft sind immer auch bestimmte Handlungswege und bestimmte Problemlösungsversuche – indem wir sie wählen, schaffen wir Wirklichkeiten und tragen aktiv zur Aufrechterhaltung dieser oder jener Denktradition bei.

Goodman zufolge sind Bedeutungen und Ansichten über Ereignisse, die Welt und uns selbst nichts Festes und nichts jenseits von Traditionen Auffindbares, sondern etwas von uns Gemachtes. Dies impliziert, dass jegliche Aussage über Ereignisse, die Welt und uns selbst lediglich ein Weg des Begreifens ist und dass alles, was wir für „selbstverständlich“ ansehen, auch angezweifelt werden kann. Alles könnte immer auch anders sein. Denn unsere Sichtweisen auf Ereignisse, die Welt und uns selbst sind aus dieser Perspektive lokale und zeitlich begrenzte Übereinkünfte zwischen Personen: Etwas, das Menschen *miteinander tun* – nicht trennbar von den gesellschaftlichen, historischen und aktuellen Personen-Raum-Zeit-Zusammenhängen, in denen sie entstehen. Und sie sind nie neutral, immer mit Werten aufgeladen.

Ihm, Michael, waren die Sätze gesagt worden: „Du suchst immer nur deinen Vorteil. Du willst doch gar nicht! Deine Freundin kannst du besuchen, aber du hältst keine Schule durch und brichst alles ab, sobald etwas von dir gefordert wird, was dir nicht passt.“

Ihm war auch der Satz gesagt worden: „Sie müssen ein Leben lang Psychopharmaka einnehmen, zur Prophylaxe.“

Abhängig von der Sprache und den Worten, die wir wählen, kann unser Gegenüber sich von uns ab-

wenden, uns wüst beschuldigen, uns in den Arm nehmen, uns anlächeln oder sogar wieder Hoffnung schöpfen. Gerade dann, wenn wir an einem bestimmten Punkt nicht weiter kommen, kann es sinnvoll sein, sich im Dialog über Verstehenstraditionen Gedanken zu machen und alles, was damit verknüpft ist: Über die Art und Weise, wie wir über uns selbst sprechen und über die Welt, über die anderen und über Ereignisse in der Welt; wieso wir in diesem Moment, in diesem Gespräch, mit diesem konkreten Gegenüber, zu diesem Zeitpunkt, bei dieser konkreten Problematik gerade diese Worte wählen und mit welchen Konsequenzen für uns selbst und für unsere Beziehungen. Verstehenstraditionen legen uns keine Fesseln an. Dennoch: Erlebte Gewalt, Erniedrigung, Entwürdigung, Folter und Vernichtung kann nicht ungeschehen gemacht werden. Es gibt Schmerz, der bleibt, trotz guter Therapie, trotz liebevoll erfüllender Beziehung. Sich wechselnde Schlüssel zu finden für das Tor zu der erlebten Gewalt, vielleicht ist das die Kunst ...

Ich war neugierig. Ich wollte Michael kennenlernen. Ich wollte zum Beispiel wissen, was ihm wichtig war, welche Geschichten, welche Themen, welche Werte, welche Ziele er hatte, was ihm Kraft gab, wo seine Wunden lagen und wo seine Stärken. Mich interessierte, wie er sich selbst, seine Beziehungen und seine Welt herstellte, warum er diese oder jene Beschreibungssprache wählte, in welchem Kontext dies passierte und mit welchen Effekten dies für ihn verbunden war. Ich wollte verstehen, warum er so geworden war, wie er im Moment war.

Michael und ich trafen uns drei Jahre lang regelmäßig einmal im Monat für jeweils zwei bis drei Stunden zu gemeinsamen Gesprächen. Zwischendurch telefonierten wir manchmal. Er wusste, dass er mich anrufen kann, wenn es brennt.

Er war ebenfalls neugierig. Er wollte alles wissen über Alternativen zur Psychiatrie weltweit. Er wollte wissen, warum ich Alternativen anbiete und wie ich überhaupt dazu gekommen war. Er fragte mich auch, ob ich schon „psychisch kranke Menschen“ „geheilt“ hätte und ob das überhaupt möglich sei. Er bat mich um Kontaktherstellung zu Menschen mit der gleichen Diagnose und zu Menschen, die sich mit ähnlichen Schwierigkeiten herumschlügen wie er – mit dem Gefühl, nicht auf die Straße gehen zu können. Er suchte Menschen, die diese Barrieren überwunden hatten. Nach etwa einem Jahr bat er mich um Literatur aus der Selbsthilfeszene und erhielt zusätzliche Unterstützung von zwei freien Mitarbeiterinnen meines Instituts, die anfangs kostenlos im Rahmen eines Praktikums mit ihm Ge-

sprache führten und die sich später dann dazu beiderklärten, ihn einmal monatlich weiterzubegleiten.

Er hielt seine Termine immer ein. Sein anfängliches Hauptziel war, diese Unmöglichkeit loszuwerden, sich draußen frei bewegen zu können. Er hatte nur ein Wort für diesen seinen Zustand, den er wie etwas erlebte, das ihn überfiel und das er nicht kontrollieren konnte: „Extremes Unwohlsein“. Er fühlte „es“ körperlich. Meine Versuche, Konkreteres über diesen Zustand zu erfahren, scheiterten anfangs, er hatte keine anderen Worte dafür. Wir sprachen darüber, wann und in welchem Kontext „es“ zum ersten Mal aufgetreten war, ob dies plötzlich geschehen war oder schleichend. Wir suchten nach Sinn, wir suchten nach Ausnahmen. Dieser Zustand des „Unwohlseins“ baute sich nur mit wenigen einzelnen Menschen ab und nur innerhalb geschlossener Räume, niemals draußen.

Jeder neue Aspekt, der während unserer Gespräche aufblitzte, jede neue Facette und Geschichte war Anlass für neue Fragen, Neugier, neue Versuche zu verstehen, neue De-Konstruktionen und neue Re-Konstruktionen: Es dauerte zum Beispiel anderthalb Jahre, bis Michael das, was ihn „befiel“, wenn er hinaus gehen musste, mit anderen Worten benennen konnte als mit dem Wort „Unwohlsein“. Er füllte „es“ nach und nach mit Inhalten, brachte „es“ in Verbindung mit vielen seiner Erfahrungen, zum Beispiel mit eigenen Befürchtungen, mit Zuschreibungen von anderen Menschen, mit Selbstwert, Scham, Angst zu versagen und Schutz davor, Angst vor Kriminalität und Kontrollverlust, Angst vor Blamage, Angst vor Zwangspsychiatisierung. Er warf auch das Thema *genetische Vorbelastung* ins Spiel. Seine biologische Mutter hatte sich im psychiatrischen Kontext umgebracht, er hatte keine Erinnerung an sie und wusste nicht viel über sie. Über seinen biologischen Vater wusste er noch weniger. Nach und nach kamen immer mehr Aspekte in Betracht und auch Bewegung in die Ziele, die Michael sich setzte. Er ergriff immer mehr Initiative, handelte. Nach etwa zwei Jahren begann er Dinge zu tun, die für ihn lange Zeit undenkbar schienen: Er fing wieder an, Fitness-Übungen durchzuführen und Fahrrad zu fahren; er steigerte seine Fahrradtouren innerhalb kürzester Zeit auf täglich eine Stunde; er bildete sich via Internet weiter; er baute Kontakte und Netzwerke zu anderen Psychiatrie-Betroffenen auf; er nahm Privatunterricht in asiatischer Kampfkunst; er fand einen Psychiater, der ihn zusammen mit seinem Hausarzt und mir beim langsamen Absetzen der Psychopharmaka unter-

stützte; er veranlasste erfolgreich die Auflösung der gesetzlichen Betreuung, beendete nach insgesamt drei Jahren die Inanspruchnahme unserer Unterstützung und machte sich im Groß- und Einzelhandel selbstständig.¹ Er plant, mit den Erträgen Projekte im Bereich Alternativen zur Psychiatrie zu finanzieren.

Ich habe während dieser drei Jahre nie versucht, Michael zu etwas zu drängen oder ihn von etwas zu überzeugen. Und ich war nicht diejenige, die die Gesprächsinhalte bestimmte. Ich war da, präsent, *mit* ihm. Und ich versuchte im Dialog mit ihm, sein Verstehen zu verstehen. Fragen wie diese waren zum Beispiel relevant: Wie wird etwas gesagt? Was wird gewichtet? Was bleibt unerwähnt? In welchem Zusammenhang? Mit welchem Ziel? Mit welchem Effekt? Welche Stimmen werden unterdrückt? Welche Denkweise wird gar nicht mehr hinterfragt? Wem nutzt dies? Wer oder was wird dadurch bevorzugt, was wird an den Rand gedrängt? Was für Konsequenzen hat das und für wen? Welche Zukunft wird mit dieser oder jener Art der Selbst- und Weltkonstruktion hergestellt?

Michael veränderte sich. Seine Denk- und Handlungsrahmen waren bunter, zahlreicher und flexibler geworden. Er fühlte sich nicht mehr gefangen oder „befallen“, im Gegenteil: Er war derjenige, der (mit) bestimmte und wir hatten während unserer Gespräche verschiedenste Schlüssel erfunden, zum Umgang mit Wunden, die nicht leicht vernarben. „Das ‚Ich‘ ist das Wunder des ‚Du‘“, sagt Edmond Jabès. Im Dialog hatten wir neue Wirklichkeiten geschaffen. Der Marburger Dichter Friedrich G. Paff² schreibt über den Dialog:

... das ist die Chance neuer Begegnung ... die Chance alle Schablonen fallenzulassen ... offen zu sein ... zuzulassen, das heißt gerade nicht zu, sondern aufmerksam auf noch Abwesendes ... die Chance glücklicher Dialoge, die Verzauberung sind immer auch, Verwandlung. In Sprache, mit Sprache, durch Sprache. Nicht glückliche Dialoge, nicht stattgefundene Dialoge sind Versteinerungen, Engpässe, Blockaden, die auf solche Verwandlung hoffen und warten, oft ein Leben lang ... die Chance, neue Räume zu schaffen,

¹ Die Selbstständigkeit aufzubauen war all die Jahre Michaels Ziel geblieben, auch in den Jahren bevor ich ihn kennenlernte, auch in den Zeiten, in denen er nicht in der Lage war, sich zu konzentrieren. Und immer war er der Ansicht gewesen, dass er dieses Vorhaben auch ohne Schulabschluss verwirklichen könne. Kaum jemand glaubte ihm. Er hielt dennoch an diesem Traum fest.

² Siehe www.friedrich-g-paff.de.

nicht allein, sondern nur in Beziehungen, in einem Gegenüber und in einem Dritten gelösten aufgelockerten freien Barrierewegräumen und -schmelzen ... die Chance, Fesseln lösen zu können, wo man im Fallen des Abgrunds von Flügeln getragen wird, die man noch gar nicht gekannt.

Zum Schluss möchte ich Elie Wiesel sprechen lassen, mit einem weiteren Beispiel. Es stammt aus seinem kostbaren Buch *Gezeiten des Schweigens* (1962, S. 231 –237):

Bisweilen war Michael nahe daran, den Mut zu verlieren: Werde ich eines Tages diese Mauer, dieses Dunkel durchstoßen können? Dieser junge Mensch hat eine Vergangenheit: Werde ich sie kennenlernen? Sein Schweigen birgt Freuden, Befürchtungen, Hoffnungen, Küsse von Frauen und Demütigungen, die ihm Erwachsene zugefügt haben. Wird er sich mir öffnen? Michael wußte nichts von alledem mit Ausnahme dessen, was seine Augen ihm vermitteln konnten: Konnte er sprechen, begreifen? Hatte er einen Namen? Hatte er jemals ein Ich gehabt?

Michael ließ nicht locker. Die ihm zur Verfügung stehenden Mittel waren bescheiden. Höhlenmenschen besaßen mehr. Er verfügte nicht einmal über ein Stückchen Eisen, über einen spitzen Stein, um Bilder an die Wand zu malen. Michael verlor jedoch nicht den Mut. Ich habe zwar nichts, aber wenn schon? Ich werde mit meinen bloßen Händen die Nacht verscheuchen, ich werde die schwarze Spinne töten, die unser Schweigen versiegelt. ...

Vergebens. Der Junge blieb mit gesträubten Haaren stumm und atmete die Luft einer anderen Welt. ... Der Junge bewohnte ein Reich, zu dem Michael keinen Zugang hatte. Wo er war, taten Folter und Liebkosungen kaum eine Wirkung. Michael wappnete sich daher mit neuer Geduld. Er durfte unter keinen Umständen lockerlassen.

Der Tag, an dem der Junge mit einemmal Arabesken in die Luft zeichnete, war einer der glücklichsten in Michaels Leben. Seine Augen füllten sich mit Tränen. Somit war nicht alles rettungslos verloren und versandet. Er hätte am liebsten Gott auf Knien gedankt. Er tat es indes nicht, sondern nahm die Hand des Jungen in die seine, drückte sie stark, sehr stark und murmelte gerührt: „Danke, Freund. Danke.“ Zwar verharren seine Intelligenz, seine Persönlichkeit noch im Nebel, aber Michael wurde schon zuversichtlicher. Nun sprach er mehr, als wolle er im Innern des anderen Gedanken und Werte bis zu dessen Erwachen anhäufen. Michael verglich sich mit einem Landarbeiter: Monate trennten die Saat von der Ernte. Im Augenblick säte er. In diesem Augenblick, mein Junge, gibt es in der Welt Paare, die sich zu umarmen glauben, andere, die sich wirklich umarmen; Herzen, die stark schlagen, weil sie bei einem Menschen sein möchten, der soeben abgereist ist. In der wilden Landschaft eines Landes,

das erwacht oder entschlummert, gibt es eine Frau – wer sie auch sein mag –, die man aus irgendeinem Grunde steinigt und die keine Verteidigung gegen die Menschen hat. Es gibt einen Menschen – wer es auch sein mag –, den man aufgibt, was auch der Gegenstand seiner Forderung sein mag, und der nichts mehr von den Menschen erwarten kann. Trotzdem sage ich dir: Die Freundschaft existiert, sie entsteht und überträgt sich wie eine kostbare Geheimformel von Herz zu Herz, von Mund zu Mund. Ich weiß: Die Wege der Seele, verschlungen wie sie sind, kennen oft nur die Nacht – eine weite, nackte Nacht ohne Leidenschaft. Und trotzdem sage ich dir: Man entkommt ihr. Die schönsten Werke verdanken ihre Entstehung dieser Nacht.

Ich weiß, mein Junge: Es ist nicht leicht, ewig unter dem Zeichen der Frage zu leben. Aber wer behauptet, daß die wesentliche Frage ihre Antwort finden kann? Das Wesen des Menschen besteht darin, Frage zu sein, und das Wesen der Frage besteht darin, ohne Antwort zu sein. Aber sagen: „Was, Herr? Was, Welt? Was, Freund?“ heißt bejahen, daß ich jemanden habe, mit dem ich sprechen, den ich bitten kann, mir eine Richtung zu weisen. Die Tiefe, der Sinn, das Salz des Menschen besteht darin, die Frage immer mehr von innen her zu stellen, das Dasein einer von ihm ungewußten Antwort immer inniger zu fühlen.

Der Mensch hat das Recht, das Leben, sein Leben, aufs Spiel zu setzen; er braucht sich deshalb noch nicht mit dem Schicksal verbündet zu haben, um seine tiefe Bedeutung zu bewahren. Er muß wagen, er kann wagen, dem Schicksal entgegentreten, zu begreifen suchen, was es fordert; er muß immer wieder seine Frage stellen, immer wieder die Augen zum anderen, zum Freund erheben: Wenn zwei Fragen einander gegenüberstehen, ist es schon viel. Es ist schon ein Sieg. Die Frage, die Forderung, der Schrei, das Weh in der Seele, im Blick verlöschen nicht.

Was ich dir sage, was ich dir hier übermittle, mein Junge, stammt von einem Freund – dem einzigen, den ich gehabt habe. Er ist tot oder auch verhaftet. Er hat mich die Kunst und die Notwendigkeit gelehrt, mich am Menschlichen festzuklammern, das Menschliche nie aufzugeben. Wer den Engel spielen will, macht nur Grimassen.

Im Innern des Menschen finden wir unsere Frage und die Kräfte, sie einzukreisen oder aber sie zu verallgemeinern. In eine Art von Nirwana flüchten – sei es die verstandesmäßige Gleichgültigkeit oder die krankhafte Unempfindlichkeit – heißt sich dem Menschen auf die ungereimteste, nutzloseste und bequemste Weise entgegenstellen. Der Mensch ist nur Mensch unter Menschen. Es ist schwieriger, ein Mensch zu bleiben, als sich zu übertreffen suchen. Wähle diese Schwierigkeit. Sag dir, daß selbst Gott sich vor dem selbstgeschaffenen Bild schwach fühlt.

Gleichgültig sein – gleichviel aus welchem Anlaß – heißt nicht nur die Gültigkeit, sondern auch die Schönheit der Existenz leugnen. Verrate, und du bist Mensch, quäle deinen Nächsten, und du bist noch immer Mensch. Das Böse ist menschlich, die Schwäche ist menschlich, aber die Gleichgültigkeit ist es nicht.

Man wird dir zweifellos sagen, daß die anderen nur spielen und sich verkleiden. Und wenn? Spring auf die Bühne, geselle dich zu den Schauspielern und spiele mit. Bleib nicht am Fenster stehen. Gib dein Versteck auf, aber suche nicht Höhen zu erreichen, wenn du dich dadurch von Kindern entfernst, die Durst haben, und von Müttern, die keinen Tropfen Milch in ihren Brüsten haben. Die wahren Höhen sind wie die wahren Tiefen: Du findest sie unter uns, in der schlichten, reinen Zwiesprache, in einem Blick, der angefüllt ist mit Sein. Eines Tages wird das Eis brechen, und du wirst lächeln: Das wird für mich der Beweis unserer Kraft, unseres Paktes sein. Dann wirst du dich schütteln, die Schatten werden von dir abfallen wie das Fieber von einem Kranken. Du wirst die Augen öffnen und dir sagen: „Ich fühle mich besser, mein Leiden ist von mir gewichen, ich bin ein anderer geworden.“

Literatur

- Bochumer Arbeitsgruppe für Sozialen Konstruktivismus und Wirklichkeitsprüfung (BOAG) (1995). *Was Sie schon immer über Sozialen Konstruktivismus wissen wollten und auch zu fragen wagten – Briefe aus den Jahren 1987–1995, nebst Antworten*. Verfügbar unter <http://boag-online.de/pdf/boagap12.pdf>.
- Goodman, N. (1978). *Ways of worldmaking*. Indianapolis: Hackett.
- Wiesel, E. (1962). *Gezeiten des Schweigens* München/Esslingen: Bechtle. (Original erschienen 1962: *La Ville de la Chance*. Paris: Editions du Seuil.)

Zur Autorin

Karin Roth, geb. 1969. Diplom-Rehabilitationswissenschaftlerin, Systemische Therapeutin und Beraterin/SG. 1998 bis 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Dortmund. Intern assoziiertes Mitglied der International NRW Research School Education and Capabilities. 2005 gründete sie das Yael ELYA INSTITUT. Leitung des bundesweiten Projekts „Selbstbestimmt Leben mit Persönlichem Budget – das unabhängige Selbsthilfenetzwerk“, seit 1994 Engagement für Alternativen zu Drehtürpschicht und Heim. Mitglied der Systemischen Gesellschaft; Mitglied im Fachausschuss Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie; Mitarbeit und Mitglied im Maison d'Espérance e. V. (Val d'Hérault, Südfrankreich/Alternative zur Psychiatrie); Mitglied von ForSeA – bundesweites, verbandsübergreifendes Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.; Mitglied von MindFreedom International. Buchveröffentlichung: *Geschichte und Entwicklung des European Network of Users, (Ex-)Users and Survivors of Psychiatry* (Berlin, 1998). Buchübersetzung: *Einführung in den Sozialen Konstruktivismus* von Kenneth & Mary Gergen (Heidelberg, 2009).

Korrespondenzadresse

E-Mail: karin.roth@yael-elya.de
Internet: www.yael-elya.de



INTERAKTIVE FORTBILDUNG

Klicken Sie sich rein:

www.afp-info.de



Alle Artikel sind von der
Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
akkreditiert und damit bundesweit anerkennungsfähig!

Vom geteilten Selbst zur Stimme der Erfahrung

Theodor Itten

Zusammenfassung: In diesem Beitrag schildere ich die Erfahrung eines geteilten Selbst und die heilende Möglichkeit einer psychotischen Episode in der Psychotherapie, wenn der Psychotherapeut der inneren Stimme der Erfahrung eines Betroffenen folgt. Annahmen zur seelischen Gesundheit, die zum Teil von Leben und Werk des schottischen Psychoanalytikers Ronald D. Laing (1927–1989) inspiriert sind, werden anhand einer Fallgeschichte dargestellt.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, psychotische Episode, R. D. Laing, Heilung

From the divided self to the voice of experience

Abstract: In this article I describe the experience of the divided self and the healing possibilities of a psychotic episode in psychotherapy, when the psychotherapist follows the client's inner voice of experience. Conclusions regarding mental health which were partially inspired by the Scottish psychoanalyst Ronald D. Laing (1927–1989) are illustrated using a case history.

Keywords: Psychotherapy, psychotic episode, Ronald D. Laing, healing

Unser Seelenleben, unsere Gemütsverfassung wird im Altgriechischen als *psychein*, „hauchen, atmen, blasen, leben“ benannt. Psyche ist daher der ursprüngliche Name für unseren Lebens-Hauch, das Odem der Dichter und Dichterinnen. Als Psychotherapeut (*therápon* = Diener/Gefährte) begleite ich in einer Heilbehandlung das Freiwerden des Lebenshauches von Menschen, die mich in ihrer Seelennot aufsuchen. „Ich bin leer“, „In mir ist nichts“ – das sind Sätze, die ich während einer psychotherapeutischen Behandlung häufig von Patientinnen und Patienten höre, wenn ich sie frage, was sie jetzt gerade in ihrem Körper wahrnehmen. Manche erleben diese Leere als unangenehm, vor allem nach einer Trauer- und Trennungsphase. Andere erzählen, dass sie die Leere als eine innere Ruhe in einem leiblichen Innenraum spüren und oft als angenehm und wohligh erleben.

Im Verlauf meiner dreißig Berufsjahre habe ich die primäre Wichtigkeit der Wahrnehmung dieser Leere als Ich-Raum-Erfahrung im Inneren des Seelenraumes festgestellt. Es gilt, diesen Seelenraum hegend und pflegend zu schützen. Die Leere kann weit, ruhig und angenehm sein. Sie wird als innere Geborgenheit erlebt. Sie kann aber auch unangenehm, verstörend und beunruhigend wirken. Was geschieht da im „Innersten meines Innersten?“

Annahme 1: Um unsere seelische Gesundheit zu erhalten, besitzen wir in uns einen leeren und ruhigen Innenraum. Es geht darum, diesen Ort des erlebbaren Seelenfriedens zu hegen, zu pflegen und

schützend zu erhalten. In der Psychotherapie können wir lernen zu erkennen, dass dieser Raum gut ist, dass es diese Leere braucht, um gesund zu werden, gesund zu sein – damit wird auch deutlich, was uns fehlt. Die moderne Neurowissenschaftsforschung über das Bewusstsein und Unbewusste des Menschen zeigt, dass unser Gehirn im Bereich seiner inneren Kommunikation mit sich selbst Lücken nicht erträgt und immer versucht, diese zu schließen. Was bedeutet das für die Selbstbesinnung auf die innere Leere?

Annahme 2: Seelische Gesundheit ist eine von innen heraus gelebte Gesundheit, nicht eine von außen verordnete. Psychotherapie ist neben anderen Formen der Seelsorge und Seelenheilkunst eine wichtige moderne Möglichkeit, sich um die Gesundheit und die kontextbezogene Gesundheitsvorsorge zu kümmern.

Am Anfang seines Buches *Das geteilte Selbst*, 1960 in London erschienen, schreibt der Autor und Psychiater Ronald D. Laing (1927–1989), der dieses Buch zwischen seinem 25. und 28. Lebensjahr verfasst hat, Folgendes:

Das Wort schizoid bezieht sich auf ein Individuum, dessen Totalität der Erfahrung in zweierlei Hinsicht gespalten ist: An erster Stelle ist da ein Riss in der Beziehung zu seiner Welt und an zweiter Stelle ein Bruch in der Beziehung zu sich selbst. Ein solcher Mensch kann sich selbst nicht als „zusammen mit“ anderen oder als „zu Hause in“ erfahren, sondern erfährt sich im Gegenteil in verzweifelterm Alleinsein

und Isolation; mehr noch, er erfährt sich nicht als vollständige Person, sondern vielmehr als auf verschiedene Arten „gespalten“, vielleicht als eine Seele, die mehr oder weniger dürtig einem Körper verbunden ist, als zwei oder mehr Ichs und so weiter. (Laing, 1981, S. 13)

Laing hat das Buch im gleichen Alter geschrieben wie Emil Kraepelin (1856–1926) sein *Lehrbuch Psychiatrie*, in dem dieser das Konzept der Dementia praecox entwickelte. Es muss etwas sein mit 28-jährigen Psychiatern, dass sie sich gerade in diesem Lebensalter derart in Szene setzen. Eugen Bleuler (1857–1939) war der erste Schweizer Psychiater, der Sigmund Freuds Psychoanalyse an „seine“ psychiatrische Universitätsklinik Burghölzli in Zürich brachte und praktizierte. Mit seiner Beschreibung der Schizophrenie versuchte Bleuler die Diagnose des vorzeitigen Verblödens zu ersetzen. Für ihn war die Ambivalenz eines der Hauptsymptome dieses Leiden des zerrissenen Herzens. Seine eigene Schwester war auf der anderen Seite der Normalen und er versuchte, sie mit dieser Metapher des zerrissenen Herzens zu schützen. Die Ambivalenz ist ja schon immer da: Innenwelt und Außenwelt. Die Erfahrungsbrücke des Verhaltens bestimmt, was ich aus meinem Inneren herauslasse. Von der Außenwelt kommen erlaubte und unerlaubte Themen in mich hinein. Manchmal wird die Brücke hochgezogen und die inneren und äußeren Lebensufer sind vorübergehend nicht verbunden. Stille, Ruhe, Leere, Pause usw. sind Begriffe, die wir für diese Seelenstimmung gebrauchen.

Stellen Sie sich vor, Bleuler hätte nicht ein griechisches Wort für das Schutzkonzept verwendet, sondern das „gebrochene oder zerrissene Herz“. Dann hätten unsere Vorfahren doch gemerkt: das gehört ins Leben, und die medizinisch-psychiatrische Wissenschaft hätte nicht hundert Jahre sinnlose Forschung betreiben müssen, die vielen Menschen zusätzlich das Leben erschwerte, zum Teil mit irreparablen Schäden durch die Psychopharmaka, Elektroschocks oder an-

dere psychiatrische Behandlungsmaßnahmen der jeweiligen Zeit.

Nun denn, Laing begründet in seiner Studie zum geteilten Selbst seine soziale und existenzielle Phänomenologie, welche die Beschaffenheit der Erfahrung einer Person über ihre Welt und sich selbst zu charakterisieren versucht. Es ging ihm darum, unser Sehen dessen, wie wir die Anderen sehen, also unseren Blick – Diagnose = Durchblick – als das zu erkennen, was er ist, unser konditionierter Blick, wenn wir das „In-der-Welt-Sein“ des anderen Menschen betrachten. In der Psychiatrie ist dieser diagnostische Blick nach bestimmten Lehrbüchern und Glaubenssätzen trainiert. Jedoch kommen der Sinn und unser Verständnis für die Anderen als Andere aus dem Betrachten der Menschen, die unsere Hilfe als Psychotherapeuten und -therapeutinnen in Anspruch nehmen, und aus dem Hineinhören in ihren Lebenskontext. Wir betrachten das Verhalten des Anderen, das unser Erlebnis wird. Die Art und Weise, wie ich die Andere und den Anderen als Andere erlebe, prägt mein Verhalten ihr oder ihm gegenüber. Die interpersonale Phänomenologie geht weg vom Krankheitsbild und beschäftigt sich mit der Lebenswelt, in der seelisches Leiden vorkommt. Der Sinn des Leidens wird erkundet. Wir leben und werden gelebt und das Unbewusste regiert (mit). Also braucht es auch die Frage, wozu mir das passiert, was passiert.

Die Wirkfaktoren in der modernen Psychotherapie, untersucht 2001 in einer großen Metaanalyse von Asay und Lambert, zeigen folgende empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren (vgl. Tabelle 1).

Was bedeuten diese Resultate für uns Patienten und Patientinnen bzw. für uns Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen? Der Unterschied, der zur Heilung führt, liegt in der Interaktion zwischen den Menschen, denn es sind nicht die Menschen an sich, die verschieden sind. Ob wir Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, Psychoanalyse oder Körperpsychotherapie betreiben, spielt letztlich nur eine untergeordnete Rolle. Das Wichtigste in der

Tabelle 1: *Wirkfaktoren in der modernen Psychotherapie*

Methoden und Konzeptfaktoren	15%
Erwartungs- & Placebo-Effekte	15%
Psychotherapeutische Beziehung	30%
Patientinnen- und Patientenfaktoren und extra-therapeutische Veränderungen	40%

Psychotherapie sind die therapeutische Beziehung sowie der Lebens- und Bildungskontext der Patienten und Patientinnen. Das Geteilte gehört ja zusammen. Wir haben die Dualitäten Innen und Außen, Privat und Öffentlich, Sein und Nicht-Sein, Wahr und Falsch, und, und, und. Wir reden von Achtsamkeit versus Einsamkeit.

Zum Beispiel ist da Galens (129–199 n. Chr.) klassische Typologie der vier Temperamente: Sanguiniker, Choleriker, Melancholiker und Phlegmatiker. Die Ureinwohner in Amerika hatten mit ihren achtfachen Medizinrädern zwischen Luft, Feuer, Wasser und Erde die Heilkräfte der Geistesmacht, der Träume, der Lebenschoreographie und des Ahnen-Selbst ausgebreitet. Wir wissen, dass die Kelten, die Chinesen und andere Urvölker alle vielseitig begabt in ihren Heilungsverfahren waren und nicht monomisch dual fixiert wie in unserer Zivilisation.

Zur Illustration meiner Zugangsweise folgt eine Geschichte aus meiner Praxis, die diesen kurzen Betrachtungen vom geteilten Selbst eine Stimme der Erfahrung anfügt. Hören wir auf das, was die Personen, die in unsere Praxen kommen, selbst zu sagen haben.

Der in dieser Geschichte auftretende junge Mann ist 1981 geboren. Ein Kollege von mir, der Freund seines Vaters, rief mich an. Er schildert Folgendes: Der 21-jährige und ältere der beiden Söhne seines Freundes sei nach dem Abitur in eine Sinnkrise geraten und momentan nicht fähig, sich eine Tagesstruktur zu geben. Seine innere Müdigkeit sei so groß, dass er nichts mehr auf die Reihe kriege. Gut, sage ich, ich treffe diesen jungen Mann gerne in meiner psychotherapeutischen Praxis in Sankt Gallen.

Zur ersten Konsultation erscheint er in Begleitung seines Vaters. Er fühlt den Leistungsdruck, der von seinen Eltern ausgeht, und seine Angst, zu versagen. Zusammen mit seinem zwei Jahre jüngeren Bruder ist er in einer Hippiekomune aufgewachsen. Seine Eltern sind beide Jahrgang 1955. Selbstverständlich ist die ganze Lebensgeschichte bis hierhin viel komplexer und reichhaltiger, als ich es hier anreißer. Im Aufnehmen seiner primären Geschichte merke ich die Spannung zwischen dem Laissez faire der Hippiezeit und den Leitungserwartungen der Moderne. Im vergangenen Sommer hatte er bei der Schwester seines Vaters einen einwöchigen Neo-Schamanen-Kurs besucht, was ihm eine neue Sinnoption gab. Jetzt kommt er als Schamane zu mir, mit Rastafarizopf und einer leicht anarchistischen

Weltanschauung. Wir plaudern über die andere Welt und mögliche Reisen dahin.

Seine Tante ruft ein paar Tage später besorgt bei mir an. Ich plaudere gerne mit ihr über die Inhalte und Rituale, die sie in ihren Seminaren vermittelt. Schamane werden und sein ist eine komplexe, geheimnisvolle und je nach Kontinent und Ethniediffizile kontextual mythosbezogene und langwährende Ausbildungsangelegenheit. Mein Ethnologielehrer Francis Huxley (geb. 1923) hat mich in meiner Ausbildung zum Psychotherapeuten vertieft über diese Heilertradition (siehe Huxley & Narby, 2001) unterrichtet. Schamanen können ja gleichzeitig in zwei Welten sein. Sie haben eine Welthypothese, die sie glauben und annehmen.

Zurück zu meinem Klienten: Sein inniger Glaube, dass er nun ein Schamane geworden sei, wird in der Familie als psychotischer Schub angesehen (als eine Psychose wird das Verhalten einer Person bezeichnet, die in unserer Erfahrungswelt nicht direkt und einfach verstanden wird.) Da er beruflich gerne Zauberer, Clown und Pantomime werden möchte, ist sein Auftritt für mich in diesem Kontext verständlich. Ich spiele mit. In den folgenden Psychotherapiestunden lasse ich ihn nach einem Eingangsgespräch auf dem Futon, am Boden liegend, Platz nehmen. Mir geht es vor allem um seine Erdung, er soll sich genug Atem lassen, so kann er sich in Ruhe im Inneren spüren. Sein Gefühl des Zuhause-Seins stellt sich auf dem Futon öfter ein. Neben den alltäglichen Geschichten aus der Familie und aus Freundeskreisen bekomme ich seine Träume, Visionen und Wünsche zu hören, die er zugleich selbst deutet.

Im Herbst besteht er wunschgemäß seine Prüfung an einer renommierten Clown-Schule. Dieses Resultat erleichtert ihn sehr. Er hat sich damit eine neue Perspektive gegeben. 14 Sitzungen bis Jahresende. Die Themen Geltungsdrang, Gesehen- und Gehört-Werden, die viele Energie und Spannung im Körper, die nach außen drängt. Er übt viel Kung Fu. Der Frühling kommt und geht. Im Juni '04 kommt wieder einmal sein Vater mit. Seit zwei Wochen wieder eine „psychotische Episode“, so sein Bericht. „Oho“ sagt er. Ich organisiere auf Bitten des Vaters und Sohnes seine Visite und den Eintritt in die Soteria Bern.

Nach einer Weile fliegt er aus der Soteria raus. Er hat eine Ärztin geohrfeigt. Landet in der Psychiatrischen Klinik Waldau, Bern. Ich be-

suche ihn dort. Wir gehen im Gelände spazieren. Die Clown-Schule hat er aufgegeben. „Weshalb hast du die Ärztin geschlagen?“ ,frage ich. „Ich wollte wissen, wie sie reagiert.“

Nach dem Austritt aus der Waldau im September kommt er wieder zu mir in die Psychotherapie. Schildert, wie die Beziehung zum Bruder sich positiv entwickelt, er eine Freundin im Wallis besucht und viel Lebensenergie in sich spürt. Im Frühling '05 frisch verliebt. In einem Traum trifft er sich mit Dreadlocks auf einem Flachdach, „sein zweites Ich“, wie er sagt. Es zieht ihn in die Berge, wo er die Weitsicht hat. Sein Horizont ist der August. Da beginnt er ein Praktikum in einer heilpädagogischen Großfamilie. Zwischendurch spricht er über sein Gefühl, dessen Quelle in ihm wie versiegt sei. Wir reflektieren seine Erfahrungen in der so genannten psychotischen Episode.

Nach seinem Austritt aus der stationären Psychiatrie nimmt er auf Anraten seiner Psychiaterin ein Psychopharmaka-Sandwich von Fluctin® (Antidepressivum, Wirkstoff Fluoxetin – d.A.), das ihn nach oben heben soll, und Zyprexa® (Neuroleptikum, Wirkstoff Olanzapin – d.A.), das ihn wieder nach unten drückt. Im März '06 nimmt er nur noch 2.5 mg Temesta® (Benzodiazepin-Tranquilizer, Wirkstoff Lorazepam – d.A.). Fühlt sich dadurch immer etwas müde, nicht so fit, nicht so ganz da, wie er sagt. Ich gebe ihm das Buch „Psychopharmaka absetzen“ von Peter Lehmann mit. Sein Vater schenkt der Psychiaterin ein Exemplar. Ich habe stets mehrere Exemplare bei mir in der Praxis, die ich ausleihen kann. Ende April '06 sind die Medikamente abgesetzt. Er arbeitet und hat eine Tagesstruktur mit Siesta. Zusammen mit seinen Eltern machen wir einen Rückblick auf die 43 Therapiestunden. Sein Selbstwertgefühl ist gut, er hat eine neue Beziehung mit einer Frau, die er in der Soteria kennenlernte. Zuerst geht es aufgen Italien, dann ist Geldverdienen dran und zum Abschluss eine Reise nach Skandinavien.

Ein Jahr später schreibt mit sein Vater: „B. ist während eines sechsmonatigen Gemeinschaftseinsatzes wieder in Schwung gekommen. Er ist wieder sehr kreativ. Seit Monaten hat er eine feste Freundin ... Nach der Sommerpause beginnt er mit seinem Studium der Pädagogik in Basel. Wir sind sehr erleichtert, dass er wieder Perspektiven gefunden hat.“ 2008 besucht er mich. Er ist im vierten Semester und wohlauf. Wir plaudern in meinem Büro über seine Er-

fahrungen in der Psychotherapie und sagen einander Lebewohl.

Viele Menschen können nicht richtig unterscheiden zwischen den drei Psy's und sind ebenso verwirrt wie einige Berufsleute in diesen drei Schaffens- und Wissenschaftsfeldern.

- Psychiatrie – Nosos – übt den wissenschaftlichen, diagnostischen Blick und benennt das Phänomen dessen, was als störend erlebt wird.
- Psychologie – Norma – Messen und Vergleichen der Normalität(en), die in einem sozial-kulturellen Kontext erkannt werden können.
- Psychotherapie – Pathos – ist der begleitete Weg der Wandlung (*metanoia*).

Wenn diese unterschiedlichen Aufgaben der drei Felder vermisch werden, gibt es immer wieder Chaos, Stigmatisierung und große zwischenmenschliche Unzufriedenheit. Laing schreibt über seine Berufsgruppe, die Psychiater:

Es passiert nur zu leicht, dass er sich von seinen eigenen Phrasen benebeln lässt und schließlich in seiner Diagnose eine Erklärung sieht und nicht eine soziale Strategie oder – möglicherweise – eine spekulative Vermutung. Wenn das geschieht, wird die Wahrheit von eben dem verdunkelt, was sie eigentlich erhellen sollte. Es ist unverständlich, daher ist es unheimlich, daher ist es psychotisch, weil es unheimlich ist, weil es psychotisch ist, weil es *unverständlich* ist. (Laing, 1989, S. 50)

Es ist unsere Aufgabe als Betroffene, Berufsleute und Angehörige, klar zu denken, der Stimme unserer Erfahrungen zu vertrauen und ihr Gehör zu verschaffen. Doch die Tatsachen unseres Lebens sind vernetzt. Erlebbare durch diese verschiedenen Typen von Wahrnehmungen. Laing nennt dies *das Prinzip der Unentscheidbarkeit*. Unsere menschliche Erfahrung ist bedingt, relativ und begrenzt (und nicht nur in Jahren).

Da wir uns stets innerhalb dieses bedingten, relativen, begrenzten Bereiches befinden, können wir das Ausmaß seiner Bedingtheit, seiner Relativität und seiner Grenzen nicht unbedingt, absolut und endgültig bestimmen. (Ebd., S. 82)

Gemeinsam mit meinem Lehrmeister Ronald Laing plädiere ich daher für einen realistischen Blick. Wir als Psychotherapeuten sind keine Problemlöser, sondern können Mitmenschen beistehen, damit diese aus ihren schweren psychischen Krisen ge-

stärkt ihr eigenes Leben, in dieser Bedingtheit, gut genug leben können.

Literatur

Laing, R. D. (1981). *Das geteilte Selbst*. München: dtv.

Laing, R. D. (1989). *Die Stimme der Erfahrung*. München: dtv.

Huxley, F. & Narby, J. (2001). *Shamans through time – 500 years on the path to knowledge*. New York: Penguin Putnam.

Zum Autor

Theodor Itten, geb. 1952, freischaffender psychoanalytischer und integrativer leiborientierter Psychotherapeut und klinischer Psychologe in Hamburg sowie Sankt Gallen. Autor des Buches *Jähzorn – Psychotherapeutische Antworten auf ein unberechenbares Gefühl* (2007, Springer-Verlag Wien).

Korrespondenzadresse

Theodor Itten
Am Kaiserkai 12
20457 Hamburg
E-Mail: info@ittentheodor.ch
Internet: www.ittentheodor.ch

Psychotherapie als Haltung des Nicht-Wissens

Vom Dabeisein zur sozialen Veränderung: Die Erfahrung von Thessaloniki

Anna Emmanouelidou

Zusammenfassung: Psychotherapie wird in kritischen Kreisen nach wie vor als eine Methode kritisiert, die das Soziale ausblendet, zur Individualisierung gesellschaftlicher Probleme führt, das Individuum als problematische Existenz „repariert“, fertige Lösungen liefert und dadurch zur weiteren Schwächung und Kontrolle der Menschen mit psychischen Schwierigkeiten beiträgt. Aus diesem Grund wird sie häufig abgelehnt und nicht als Therapie der Wahl akzeptiert. In diesem Beitrag wird eine Möglichkeit dargestellt, als PsychotherapeutIn mit der Haltung des Nicht-Wissens neue Aspekte des Lebens der Betroffenen ans Licht zu bringen. Dabei werden Wege zur Problemlösung von den Betroffenen selbst gefunden. TherapeutInnen stellen lediglich Fragen und schlagen gegebenenfalls Wege zur Durchführung von Änderungen vor. Diese Haltung entspricht dem radikal konstruktivistischen systemischen Ansatz, sie basiert auf sozialer Solidarität und eröffnet ein Feld des sozialen Dialogs. Indem die Betroffenen als die ausschließlichen ExpertInnen für ihr eigenes Leben angesehen werden, werden sie in politische und andere Aspekte des psychosozialen Umfelds einbezogen. Zudem stelle ich die Praxis dieser Psychotherapie beim Aufbau psychosozialer Initiativen in Thessaloniki dar (speziell das Observatorium zu Menschenrechten in der Psychiatrie).

Schlüsselwörter: Betroffenenorientierung, konstruktivistischer Ansatz, Paradigmenwechsel, Psychotherapie, Respekt, systemische Theorie, Thessaloniki

Psychotherapy as an attitude of nescience – From being with to social change: The experience of Thessaloniki

Abstract: Psychotherapy is often criticized as a method that ignores the social and instead leads to an individualization of social problems, labels individuals as problematic and “repairs” them, and delivers prepackaged solutions, which result in further dependence and control of people with emotional problems. Because of this psychotherapy is often rejected and not considered to be an ideal therapy. In this article I present a new chance for psychotherapists to utilise an attitude of nescience to bring new aspects from the lives of clients to light. Through this process they develop new solutions to their problems on their own. Therapists only pose questions and suggest paths to complete the desired changes. This method is inductive to the radical constructivist view point, built upon social solidarity and embraces social dialogue. When clients are treated as the main experts for their lives they are automatically incorporated in all aspects of their psycho-social environment. Additionally, I present a description of this method in the context of psychosocial initiatives in Thessaloniki.

Keywords: User-orientation, constructivism, paradigm change, psychotherapy, respect, systemic theory, Thessaloniki

So genannte Psychotherapeuten sollen „wissen“. Das besagt das System, das sie ausbildet und sie zu Lösungsexperten ernannt. Sie sollen wissen, was ein Problem ist und was nicht, wie das heißt, wo es herkommt und wovon es abhängt. Sie glauben zu wissen bzw. wird ihnen eingeredet zu wissen, „was

man hat“, wie das Syndrom heißt, wo die Fehler und wo die Lösungen sind. Sie wissen, wie ein Problem zu lösen ist. Manchmal wissen sie die Lösung für viele Probleme – für viele Probleme mehrerer Menschen sogar. In diesem Fall schreiben sie Bücher über Krankheitsbilder und Lebens- bzw. Therapie-

ziele. Psychotherapeuten werden dann in einen Teufelskreis verwickelt und tun unentwegt so, als wüssten sie, woraus das Leben anderer Menschen besteht – meistens ihnen völlig unbekannter Menschen mit komplizierten und individuell unterschiedlichen Biografien, was nun mal typisch für Menschen ist. Experten für das Leben der anderen, für das fremde Leben? Experten der Heilung von komischen so genannten Krankheiten, die nirgendwo, das heißt in keinem Gehirn- oder anderen Körperteil zu finden sind? Experten für Lösungen, die in der Praxis erfahrungsgemäß nie oder fast nie zum Erfolg führen? Aber ganz oft Experten für einen Misserfolg, den sie in ihrer inneren Verzweiflung dann „Therapieresistenz“ nennen, um weiterarbeiten zu können.

Diese Art von Psychotherapie, die ausgesprochen häufig praktiziert wird, wird von den Betroffenen oft als repressiv, als Gehirnwäsche oder als Aneinandervorbeireden empfunden und schnell abgelehnt. Dann fühlen sich die Psychotherapeuten von ihrer Klientel ungerecht behandelt, missverstanden, gekränkt ... Letztendlich tun sie doch ihr Bestes, sie sind weder schuld, dass jemand verrückt wird, noch verpflichtet, ihn oder sie wieder heil zu machen ...

Dann tauchen komische Begriffe wie „Krankheitseinsicht“, „Therapieresistenz“, „chronische Krankheit“ oder „Non-Compliance“ auf, bis zu dem unmöglichen Punkt, dass im ICD-10 (V 15.81) und dem DSM IV (Z91.1) eine spezielle Verschlüsselung mit dem Namen „Nicht-Befolgung ärztlicher Anordnungen“ erscheint! Die Betroffenen fühlen sich dann noch weniger respektiert, noch schlechter behandelt, noch aggressiver den Experten gegenüber und verhalten sich noch weniger compliant, noch weniger krankheitseinsichtig und natürlich noch weniger heilbar ...

Wir stehen vor zwei gekränkten und verzweifelten Menschengruppen, die beide guter Absicht sind, beide etwas voneinander wollen, es beide nicht kriegen und darum beide Hass und Frust aufeinander entwickeln können.

In diesem Licht kann man verstehen, warum moderne (im Gegensatz zu postmodernen) psychotherapie- und psychiatriekritische Profis Psychotherapie belächeln, politisch ablehnen und sich auf rein psychosoziale Maßnahmen als Hilfemaßnahmen stützen – um leider auch dort oft genug Misserfolge zu erleben, zumindest was die Emanzipation der Klienten und Klientinnen vom Gesundheitssystem angeht.

Wenn man die beschriebene Dynamik sorgfältig betrachtet, liegt der Knackpunkt gerade in der Idee vom „Wissen“ auf der Seite derjenigen, die das Ge-

schilderte nicht selbst erleben. Das bildet die entfremdende Option der traditionellen Psychotherapie, die meines Erachtens die Beziehung zwischen Therapeuten und Klienten ungleich, abhängigkeits- und machtbetont und daher für die Ziele einer Veränderung (s. „Heilung“) uneffektiv gestaltet. Ändert man diese Grundeinstellung, eröffnet sich eine andere Welt, die einiges neu möglich macht.

Therapie als Haltung des Nicht-Wissens ist eine Grundannahme des systemischen konstruktivistischen Ansatzes der zweiten kybernetischen Phase, die ziemlich spontan – und dementsprechend erleichtert schön – auf die Empowerment- und Recovery-Theorie der Betroffenenbewegung trifft. Ein systemisch denkender Psychotherapeut der zweiten kybernetischen Ordnung weiß ganz viel NICHT. Er oder sie *weiß nicht*, ob etwas Krankhaftes dahinter steckt, wenn man ungewöhnliche Erfahrungen macht, ungewöhnliche Sachen hört, sieht oder denkt. Er oder sie *weiß nicht*, ob dies ein Problem ist und wenn ja, für wen. Er oder sie *weiß nicht*, was eine Lösung für welches Problem sein kann. Man *weiß nicht* warum und nicht wohin. Was aber in diesem Prozess noch entscheidender ist, ist *dass man kein Problem damit hat, nichts zu wissen*. Wir Psychotherapeuten der zweiten kybernetischen Ordnung können locker damit umgehen, weil wir den Menschen vertrauen. Ein systemisch denkender Psychotherapeut vertraut auf die grundlegende Fähigkeit des Menschen, sein Leben im Griff zu haben respektive wieder in Griff zu bekommen. Er, der Psychotherapeut der zweiten kybernetischen Ordnung, versteht so genannte psychische Störungen als kommunikative Muster, die zum Teil für bestimmte Lebensschwierigkeiten mehr oder weniger effektive Lösungsversuche sind, allerdings mit einigen Nebenwirkungen, die die Betroffenen bewältigen wollen. Er glaubt, dass die Lösung im Potenzial des Menschen enthalten ist und lediglich vorübergehend blockiert ist. Unsere Arbeit als gute Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen besteht darin, mit den Leuten ins Gespräch zu kommen, um dazu beizutragen, dass diese Blockade gelöst wird. Was das Problem ist und was die Lösung, was das Ziel ist und was der Weg dorthin, weiß nur der Betroffene. Was sind wir denn? Worin sind wir Profis? Worin besteht unser Expertentum?

Wir glauben, nicht in den gegebenen Antworten, sondern in den gestellten Fragen Experten zu sein. Wir verstehen es gut, aufschlussreiche Fragen zu stellen, die das Potenzial unserer Kommunikationspartner und -partnerinnen wecken. Wir behaupten, Fragen stellen zu können, die einen Unterschied in

der klinischen Landschaft und in der Denkweise der Klienten und Klientinnen etablieren, und sogar einen Unterschied, der den Unterschied macht. Die Antworten auf solche Fragen können von Mensch zu Mensch komplett verschieden sein, je nach Biografie, eigener Entscheidung usw. Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen begleiten jede Antwort mit demselben Respekt und versuchen, ihre Klienten und Klientinnen in Richtung Realisierung von selbstentwickelten Lösungen zu stärken. Sie bieten ihre eigenen Hypothesen an und hören vorsichtig den Geschichten zu, die ohne Weiteres als wahr akzeptiert werden. Wir sind keine Detektive auf der Suche nach „der“ Wahrheit, sondern Menschen, die den Lebenswahrheiten unserer Mitmenschen mit Respekt zuhören und fragen, wie wir ihnen behilflich sein können. Wir bleiben in den Grenzen, die unsere Klienten und Klientinnen uns zuweisen und haben keinesfalls den Anspruch, ihre Lebensmanager zu werden. Kluge Kommunikationspartner und -partnerinnen zu sein ist uns schon viel, weil wir zutiefst an die Möglichkeiten der Menschen glauben, sich selbst zu helfen.

Diese Betrachtungsweise beinhaltet noch einen Aspekt, der mit der oben genannten Grundannahme eng zusammenhängt. Die Frage: „Wie kann ich Ihnen behilflich sein?“ ist für fast jede Antwort offen. Und wenn die Antwort lautet: „Bitte schützen Sie mich vor der Psychiatrie“, oder: „Bitte helfen Sie mir, andere Menschen kennenzulernen“, nehmen wir dies als Auftrag genauso an wie etwa: „Bitte helfen Sie mir, meine Kraft in mir zu entdecken“, oder: „Ich würde so gerne meiner Mutter verzeihen“. *Systemische Psychotherapie ist respektlos Ideen gegenüber (im Sinne von Cecchin), auch gegenüber der Idee der Psychotherapie selbst.* Systemische Psychotherapie ist Hilfestellung im Sinne von Unterstützung der Betroffenen zum Empowerment jeder Art, das heißt der Selbstermächtigung, die nur sie selbst bewerkstelligen können. Wir können mit den Leuten über Vergangenheit und Zukunft sprechen, genauso wie über Methoden, wie sie ihre Menschenrechte schützen können, politische Aktivitäten organisieren oder andere Menschen kennenlernen. Wichtig hier ist das Wort „Methoden“: Weil wir nichts anstelle der Betroffenen machen wollen oder können. Angelegenheiten, die sie betreffen, sollen sie selbst erledigen. Aber wir sind dafür da, um über Methoden zu reden und hilfreiche Informationen zu vermitteln, durch die sie ihre Ziele erreichen können. Dabei handelt es sich um eine philosophische Grundhaltung und nicht um eine Psychotechnologie, selbst wenn effektive Methoden aus ihr abgeleitet werden können.

Gerade diese philosophische Grundhaltung ist der Punkt, an dem systemische Psychotherapeuten und -therapeutinnen auf sozialpolitische Aktionen treffen. Weder als Besserwisser noch als Retter, sondern als solidarische Mitdenker, die in sozialpolitischen Aktionen auch sich selbst und ihre eigenen Interessen als Bürger oder professionell Tätige sehen, versuchen wir auch hilfebedürftigen Menschen zur Seite zu stehen – bezahlt, in den Grenzen und in dem Auftrag, den sie selbst uns geben. Wir wissen, dass wir oder unsere Lieben uns morgen auf der hilfebedürftigen Seite befinden können, daher ist diese Haltung eine natürlich bewusste, die am Wohl der gesamten Gesellschaft orientiert ist.

Unsere Methode schlägt sich auch in einem psychotherapeutischen Gespräch nieder. Zuhören, was diejenigen wollen, die zu uns kommen: „Wie kann ich Ihnen behilflich sein?“, „Woran würden Sie merken, dass Ihr Ziel erreicht wurde?“. Information liefern. Praktische Infrastruktur zur Verfügung stellen. Vorschläge machen. Optionen aufzeigen.

Auf diesem Weg begann 2003 eine Gruppe von Bürgern und Bürgerinnen in Thessaloniki, meist Professionelle im Gesundheitssystem, aber auch Journalisten, Juristen, Ingenieure und im Laufe der Zeit auch Psychiatriebetroffene, das *Observatorium für Menschenrechte in der Psychiatrie* zu gründen (Informationen siehe im Internet unter www.paratiritiripsy.org). Zusätzlich ist jede Person willkommen, die an der Philosophie und der Ziele der Aktion Anteil nehmen möchte. Obwohl das Observatorium in Thessaloniki angesiedelt ist, kann es auch Fragen und Klagen aus dem ganzen Land aufnehmen und in Kooperation mit anderen Organisationen entsprechende Aktionen ausführen. Die Gründung lief stufenweise, vorsichtig und mit Hauptinteresse daran, dass wir nicht als Anführer, sondern eher *als Lautsprecher für solche Anliegen auftreten, die sozial schwach vertreten sind.* Wir haben eine lautere Stimme, eine sozial stärkere Position, die einiges zu Gehör bringen könnte.

Obwohl in Griechenland in den letzten Jahren Gesetze verabschiedet wurden, die Menschen mit psychischen Krisen vor Benachteiligung schützen sollen, gelingt dies in der Praxis nicht. Psychische Krisen, psychisches Leid und von der Norm abweichendes Verhalten werden als inhaltsleere Krankheiten eingestuft, über die die betroffenen Personen zudem keine Kontrolle haben, weshalb Systeme der sozialen Kontrolle und Unterdrückung die Therapie und Behandlung übernehmen müssten. Solche Me-

thoden, die mit Zwang und Gewalt verbunden sind, sind unter professionell Tätigen sehr verbreitet und werden durch Unwissenheit und Ängste der Bürger erleichtert. Die Behandlungsmethoden tragen dazu bei, dass psychische Krisen wie Straftaten betrachtet werden: Psychisch krank geltenden Menschen spricht man das Recht ab, für sich selbst zu sprechen, man entwertet ihre Persönlichkeit, Fähigkeiten, Wünsche, Träume und persönlichen und sozialen Rechte, man bestraft sie, indem man ihr Leben kontrolliert.

Das Observatorium nimmt von Betroffenen und anderen Bürgern Beschwerden, Klagen und Fragen auf, die den psychosozialen Bereich betreffen, und macht sie zu sozialen Anliegen. Mit offiziellen Schreiben ans Gesundheitsministerium, Veranstaltungen, durch die Presse, mittels Organisation von Kleingruppen, die sich für das Thema interessieren, durch Öffentlichkeitsarbeit, Unterstützung von Betroffenen vor dem Gericht oder gegenüber der Psychiatrie *wollen wir das Megaphon werden, das die von den Betroffenen gewählten Lösungen fördert und fordert*, natürlich sofern dies gesetzlich und ethisch vertretbar ist. Wir machen nichts, wonach wir nicht gefragt werden, auch wenn wir es manchmal gern anders hätten. Wir fragen, was wir tun können und sollen, schlagen Methoden und Möglichkeiten vor und unterstützen die Leute dabei, ihren Weg selbst zu gehen. Wir können natürlich mit unseren Auftraggebern über andere Aspekte sprechen, wenn wir es für wichtig halten. Denn wir sind gleichberechtigte Kommunikationspartner und keine bloßen Werkzeuge der Betroffenen. Wir können gegebenenfalls Diskussionsthemen mit ihnen eröffnen. Aber mit ihren Informationen oder ihrem Anliegen tun wir nur das, was sie uns erlauben oder von uns wollen. Mehr nicht.

Derzeit laufen im Rahmen unserer Arbeit in Thessaloniki folgende Aktionen – alle mit der Grundphilosophie, die ich beschrieben habe:

- ▶ Politische Aktionen gegen Menschenrechtsverletzungen in psychiatrischen Privatkliniken und in Anstalten für Erwachsene sowie für autistische Kinder: Ziel ist die Beendigung der Menschenrechtsverletzungen und die Informierung der Betroffenen über ihre Rechte und Möglichkeiten.
- ▶ Schaffung eines Netzwerks zur Unterstützung von Menschen, die Psychopharmaka absetzen wollen. Neben der Haupttätigkeit, der persönlichen Unterstützung durch Gespräche, sind wir dabei, eine Liste mit Ärzten, Psychologen, Juristen und anderen professionell Tätigen zu erstellen, die bereit sind, Menschen auf diesem Weg zu begleiten.
- ▶ Aktion gegen die Psychopharmaka-Verabreichung an Kinder in einem SOS-Dorf unserer Gegend.
- ▶ Registrierung von psychiatrischen Testamenten und vergleichbaren psychiatrischen Vorausverfügungen in Griechenland. Wir bieten zudem an, im persönlichen Gespräch über diese Möglichkeiten zu informieren.
- ▶ Unterstützung von Psychiatriepatienten und -patientinnen vor Gericht, die um ihre Freilassung aus der Psychiatrie kämpfen. Zuletzt haben wir einen Mann unterstützt, der zu Unrecht in der Forensik untergebracht war.
- ▶ Organisation von Veranstaltungen und Publikationen über Alternativen.

Die Grundsätze unserer Aktionen sind:

- ▶ Die persönlichen und sozialen Rechte der Bürger, seien sie an einem gewissen Punkt ihres Lebens Nutzer bzw. Opfer psychosozialer Dienstleistungen oder nicht, gelten unabhängig von wissenschaftlichen und anderen Theorien sowie Glaubenshaltungen. Über Menschen- und Bürgerrechte kann nicht verhandelt werden.
- ▶ Die Verletzung dieser Rechte bedeutet eine persönliche und soziale Gewaltausübung gegen die Betroffenen.
- ▶ Das bestehende psychosoziale System ist größtenteils so strukturiert, dass es politische Gewalt und persönliche Entwertung der Betroffenen inner- und außerhalb der Institutionen produziert und reproduziert.
- ▶ Durch psychiatrische Gewalt werden unvermeidlich, wenngleich mit verschiedenen Masken, nicht nur die Betroffenen, sondern auch ihre Familien sowie psychosozial Tätige beeinflusst, wenn Letztere in ihrem Arbeitsbereich gezwungen werden, die Rechte ihrer Mitmenschen zu verletzen, die sich in Lebenskrisen befinden. Dies vergiftet die Kultur der gesamten Gesellschaft, die die Formen von Gewalt und Ausschluss gegen ihre schwächsten Mitglieder übernimmt. Wir behaupten, dass sich eine solche Situation der kollektiven Unmoral auf die gesamte Gesellschaft kränkend auswirkt.
- ▶ Als sensibilisierte und besorgte Bürger wollten wir nicht einfach die Hände in den Schoß legen und bloß hoffen, dass diese Probleme immer nur die anderen betreffen.

Ein wichtiger Punkt in diesem Prozess war 2007 die Gründung eines Büros auf dem Gelände der staatlichen psychiatrischen Klinik in Thessaloniki. Wir konnten auch einen Angehörigenverein zum Mitmachen bewegen. Anders als in Deutschland sind in Griechenland Angehörigenvereine (noch) nicht von Pharmafirmen abhängig (oder nur gelegentlich schwach unterstützt). In unser Büro kommen überwiegend stationär untergebrachte Psychiatriebetroffene, um mit uns zu reden. Wir hören zu, was sie von uns wollen. Wir informieren sie über ihre Rechte, mögliche Perspektiven und Alternativen. Das braucht Zeit, Geduld und Selbstbeherrschung für Menschen, die – wie die meisten von uns – so gern sozial und politisch aktiv sein und immer gleich loslegen wollen. Es ist eine Herausforderung für die Profis unter uns wie für alle anderen auch: unwissend bleiben, mit offener Neugier von den anderen lernen und uns mit ihnen solidarisch erklären.

So sehen wir uns und so möchten wir von denen, die wir in der Psychotherapie oder im Observatorium für Menschenrechte in der Psychiatrie unterstützen auch gesehen werden: offen für die Diskussion und mit dem Selbstbewusstsein aktiver Bürger, die nur über sich selbst verfügen, nicht aber über andere.

Zur Autorin

Anna Emmanouelidou, geb. 1967 in Griechenland, Mutter von zwei Söhnen, Klinische Psychologin (Dr. phil., M.Sc.), systemische Psychotherapeutin (IGST). Sie studierte Philosophie und Psychologie in Griechenland und Deutschland. Zwischen 1992

und 2001 hat sie in Süddeutschland in der Psychiatrie gearbeitet und ist dort mit der Psychiatriebetroffenenbewegung und verschiedenen Alternativprojekten in Kontakt gekommen. 1996 bis 1999 war sie Vorstandsmitglied der DGSP Rheinland-Pfalz. Seit 2001 lebt sie wieder in Thessaloniki und ist Gründungsmitglied des „Griechischen Observatoriums für Menschenrechte in der Psychiatrie“ (2006) (www.paratiritiripsy.org) sowie des „Netzwerkes zur Unterstützung von Menschen, die Psychopharmaka absetzen wollen“ (2008). Sie arbeitet im Zentrum für Psychische Gesundheit in Thessaloniki sowie als niedergelassene Psychotherapeutin.

Weitere Arbeitsschwerpunkte: Entwicklung von Reformen in der Psychiatrie und Alternativen zur Psychiatrie; Menschenrechte in der Psychiatrie; Empowerment und Unterstützung von Betroffenen gegen Psychiatriegewalt; systemisches Denken im psychosozialen Bereich; kritische Auseinandersetzung mit psychiatrischen Psychopharmaka. Veröffentlichungen: zahlreiche Artikel in Fachzeitschriften; „Βγαί νοντας από τα ψυχοφάρμακα – Εμπειρίες επιτυχημένης διακοπής νευροληπτικών, αντικαταθληπτικών, λιθίου, καρβαμαζεπίνης και αγχολυτικών“ (*Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern*, Edition Nissides, Thessaloniki 2008; hrsg. gemeinsam mit Peter Lehmann); Übersetzungen aus dem Deutschen, u. a. *Unendliche und endliche Psychiatrie* (Schweitzer & Schumacher, 1996).

Korrespondenzadresse

E-Mail: annaemmanouelidou@web.de

Beziehungsorientierte Behandlung im Lichte der Bindungstheorie

Martin Urban

Zusammenfassung: Die Forderung nach einer „beziehungsorientierten Behandlung“ ist in der neueren psychiatrischen Literatur häufig zu lesen, in der Praxis jedoch selten realisiert. Ausgehend von der Bindungstheorie John Bowlbys (1907–1990) wird dargestellt, dass vertrauensvolle Beziehung das Wichtigste ist, was ein Mensch in Krisensituationen braucht. Ferner lässt sich ableiten, warum das Herstellen einer solchen Beziehung bei Menschen mit seelischen Störungen oft gerade zum Problem wird – „Bindungsstörungen“ sind hier fast die Regel und haben meist eine lange Vorgeschichte. Aus der Bindungstheorie lässt sich aber auch ableiten, wie diese Beziehungsstörungen überwunden werden können und was dies von Seiten des Therapeuten und des gesamten Personals im psychiatrischen Hilfesystem erfordert. „Psychiatriereform“ ist aus dieser Sicht vor allem eine Frage der Einstellung bzw. der entsprechenden (Aus- und Fort-)Bildung des Personals.

Schlüsselwörter: Beziehungsorientierte Behandlung, Bindungstheorie, Beziehungsstörungen, Psychiatriereform

Relationship oriented treatment based in the perspective of the attachment theory

Abstracts: While the demand for a relationship-based approach to treatment has often been voiced in new psychiatric literature, it has seldom found an echo in practice. Using the attachment theory of John Bowlby (1907–1990) as a touchstone, I demonstrate that trusting relationships are the most important factor when dealing with people in crisis situations. By extension, one can see how the development of such relationships to people with mental disorders can often develop to a problem: „Attachment disorders“ are almost the rule and often have a long history. With the attachment theory one can see how these attachment disorders can be overcome and what this requires from the therapist and the entire staff in the mental health system. From this perspective, „psychiatric reform“ is a question of the approach, education and further training of the staff.

Keywords: Attachment theory, psychiatric reform, relationship disorders, relationship oriented treatment

Die Forderung nach einer „beziehungsorientierten Behandlung“ ist zu einem Modewort in der sozialpsychiatrischen Literatur geworden. In der Praxis, meine ich, ist sie bis heute jedoch selten realisiert. Was man in den psychiatrischen Einrichtungen oder auch in der Psychotherapie mit den Klienten zu tun hat oder welches „Programm“ durchgeführt wird, steht weit im Vordergrund gegenüber der Frage, wie man mit dem psychisch „kranken“ Menschen umgehen sollte, wie die Beziehung zu gestalten ist. Dabei ist Psychotherapie oder auch sozialpsychiatrisches Handeln aus einer „psychotherapeutischen Grundhaltung“ (dazu später noch – wir veranstalten dazu gern

besuchte Seminare) nichts anderes als der bewusste und gezielte Einsatz menschlicher Beziehungen zur Überwindung (oder „Heilung“) seelischer Störungen.

Psychotherapie in der Psychiatrie – ist das nicht eine Illusion? Speziell bei einer psychotischen Störung: „... da sollten Sie lieber die Finger davon lassen!“ Diesen Rat kann man bis heute immer wieder hören, von Ärzten und anderen Profis in der Psychiatrie. Das wühle den Betroffenen zu sehr auf, er habe eine erhöhte Vulnerabilität und müsse vor emotionalen Erschütterungen geschützt werden.

Ich möchte hier kurz meine Gegenmeinung darstellen, dass nämlich Psychotherapie ein unver-

zichtbares Mittel bei der Behandlung von psychotischen Störungen ist. Ich habe diesen Standpunkt schon vor vielen Jahren in ein paar Thesen zusammengefasst (Urban, 2000):

Psychotherapie bei Psychosen – Zehn Thesen

1. Psychosen sind keine „fremden Welten“, in die sich manche Menschen aufgrund unerfindlicher Dysfunktionen des Gehirns verirrt haben, sondern *seelische Ausnahmezustände*, in die jeder von uns geraten kann. Es gibt Beweise dafür aus Kriegs- oder Gefangenschaftssituationen, wo Menschen, die sonst ganz „normal“ funktionierten, die Welt plötzlich seltsam verändert erlebten, den Realitätskontakt verloren. Der Psychiater Erich Wulff schildert das in seinen Erinnerungen vom Ende des Zweiten Weltkriegs und aus seinen späteren Erlebnissen in Vietnam. Ebenso ging es dem Schriftsteller und Fliegerpionier Saint-Exupéry, als er nach einer Notlandung in der Wüste tagelang ohne Wasser herumirrte: Er fing an zu halluzinieren. Wenn die *Gefühle* mit der Verarbeitung des Erlebten überfordert sind, geraten Wahrnehmung und Denken durcheinander.
2. Psychotische Symptome (Halluzinationen, Wahnphänomene) haben Abwehrcharakter, ebenso wie neurotische Symptome – sie sind unvollkommene Bewältigungsversuche. Trotz ihrer kreativen Aspekte sind sie zunächst als Ausdruck der Erschütterung oder überbordender Angst zu werten.
3. Warum reagieren manche Menschen leichter psychotisch, manche nie in ihrem Leben? Das „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ (Zubin, Ciompi) nimmt körperliche *und* seelische Dispositionsfaktoren an; der Auslösung der Psychose geht demnach regelmäßig eine Stressbelastung voraus, die die Psyche des Betroffenen überfordert. „Keine Psychose fällt aus heiterem Himmel“! – Sowohl die auslösende Krise als auch ein Teil der Dispositionsfaktoren sind also *psychischer* Natur.
4. Unabhängig von der Möglichkeit oder Notwendigkeit einer körperlichen Behandlung (mit Psychopharmaka) besteht daher die Notwendigkeit psychologischer Hilfe = Psychotherapie, das heißt, „Hilfe mit psychologischen Mitteln“.
5. Folgende psychotherapeutische Zielsetzungen sind möglich/notwendig:
 - a) Verarbeitung des Schockerlebnisses, psychotisch krank zu werden („Wie konnte ich so verrückt sein?“), inklusive Sinndeutung der Erlebnisse
 - b) Verarbeitung der auslösenden Krisensituation
 - c) Bearbeitung der eventuell vorhandenen Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung, die zur Krise führten
 - d) Rückfallprophylaxe: Erkennen der Krisenvorzeichen, Erlernen eines Krisenmanagements.
6. Daraus ergeben sich die anzuwendenden psychotherapeutischen Methoden:
 - a) „Psychoedukation“ (Aufklärung über Symptome und Störungsbilder) sowie persönliche Aufarbeitung der subjektiven Erlebnisse (Krankheits- und Kränkungserlebnis; tiefenpsychologische Analyse der psychotischen Inhalte, die wie Träume zu entschlüsseln sind)
 - b) gesprächstherapeutisch-psychodynamische Analyse der Krisensituation
 - c) Training mangelnder Fähigkeiten (Verhaltenstherapie), Stärkung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl; Lernen, besser mit Gefühlen umzugehen; Beziehungen klären (systemischer Ansatz); „nachholende Persönlichkeitsentwicklung“
 - d) Situations- und Verhaltensanalyse der Auslösesituation; Erarbeiten eines Programms zur individuellen, selbstinduzierten Verhaltensmodifikation
7. Daraus ergibt sich: Psychotherapie der Psychosen muss methodenübergreifend und integrativ sein.
8. Bis hierhin scheint alles klar zu sein – aber was geschieht, wenn der Patient keine Psychotherapie will? Und wie kann er die wollen, wenn er zum Beispiel rings um sich Feinde sieht, Angst vor Nähe hat, sein „Kranksein“ (Gestörtsein) verleugnet? Aus diesen störungsbedingten, psychosespezifischen Schwierigkeiten in der *Motivation* ergibt sich die Notwendigkeit von „indirekter“ (oder: institutioneller) Psychotherapie. „Wenn der Patient nicht zur Psychotherapie kommt, muss die Psychotherapie zum Patienten kommen“ (N. Greve). Dies erfordert eine „psychotherapeutische Grundhaltung“ des gesamten Personals in den psychiatrischen Einrichtungen sowie ein

gezieltes, theoriegeleitetes therapeutisches Handeln in jeder speziellen Situation.

9. Daraus folgt, dass unabhängig von und vor der Möglichkeit formaler Psychotherapie (im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien der Krankenkassen) in allen Phasen des Behandlungs- und Rehabilitationsprozesses psychotherapeutische Hilfe angeboten werden muss. Sie ist der „rote Faden“ der Psychose-Behandlung.
10. Das bedeutet, dass in allen Phasen der stationären Behandlung (beginnend mit der Akutstation!), aber auch in allen Bausteinen des ambulant-komplementären psychiatrischen Hilfesystems (Sozialpsychiatrische Dienste, Tagesstätten, Betreutes Wohnen und berufliche Reha-Einrichtungen) psychologisch-psychotherapeutische Hilfe vorgehalten werden muss.

Wenn alle Patientinnen und Patienten auf die ihnen gemäß notwendige, dem Stand der Wissenschaft entsprechende Hilfe ein Recht haben, dann hat jeder Mensch mit einer psychotischen Störung Anspruch auf eine psychotherapeutisch fundierte Behandlung. Diese ihm nicht zu gewähren, erfüllt demgemäß den Tatbestand der *unterlassenen Hilfeleistung*. Das mag überspitzt klingen, aber meines Erachtens ergibt sich dieser Schluss mit zwingender Logik. Und meine persönlichen Erfahrungen als Psychotherapeut mit Menschen, die Psychosen erlebt hatten, bestätigt mir, dass Psychotherapie in diesem Anwendungsbereich nicht nur notwendig, sondern in den meisten Fällen auch hilfreich ist.

Wie muss nun die psychotherapeutische Beziehung aussehen – speziell bei Menschen, die an einer psychotischen Störung leiden?

Welche Art von Beziehung braucht ein Mensch in der (psychotischen) Krise? Folgerungen aus der Bindungstheorie

Immer wieder wird herausgestellt, wie schwierig es oft ist, eine tragfähige Beziehung mit Menschen aufzubauen, die an jener „Schizophrenie“ genannten seelischen Störung leiden. Von „Krankheitsuneinsichtigkeit“ ist die Rede, von mangelnder Compliance, von Widerspenstigkeit. Sigmund Freud erklärte sie für nicht analysierbar – was für ihn so viel bedeutete wie „untherapierbar“. Günter Ammon sprach von den „Unerreichbaren“. Woran liegt das: Haben diese Menschen eine gestörte Wahrnehmung und reagieren sie deshalb in zwischenmenschlichen

Kontakten oft so befremdlich? Also Kontaktstörungen aufgrund einer – wie auch immer zustande gekommenen – Störung der Gehirnfunktionen? Oder könnte es umgekehrt sein, dass zwischenmenschliche Kontakte es waren, die sie verstört haben, die ihr Denken und Fühlen durcheinander brachten? Immerhin hat schon mal ein Psychoanalytiker die These aufgestellt, eine Psychose sei „eine Extremreaktion nach einer Beziehungskatastrophe“ (Kipp, Unger & Wehmeier, 1996).

Angesichts solcher sich heftig widersprechender Hypothesen – die die Theorie und Praxis der Psychiatrie bis heute bekanntlich sehr heftig bewegen –, wird es gut sein, sich mit den wissenschaftlichen Grundlagen zu befassen, die uns zur Entstehung von menschlichen Beziehungen und speziellen Beziehungsformen vorliegen. Ich meine die Ergebnisse der *Bindungsforschung* und die daraus entwickelte *Bindungstheorie*, wie sie John Bowlby seit den fünfziger und sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts vorgelegt hat (Bowlby, 1969, 1973, 1980).

Es muss an dieser Stelle vermerkt werden, dass Bowlbys Forschungen bis heute in der Theorie und Praxis sowohl der Psychotherapie und erst recht der Psychiatrie nicht die gebührende Beachtung gefunden haben – wenn man bedenkt, dass es doch hier immer und wesentlich um Beziehungen geht! Das haben wir dem psychoanalytischen Zirkel um Anna Freud in London zu verdanken, wo Bowlby selbst Mitglied war. Als er im Jahr 1960 Grundgedanken seiner Theorie in einer psychoanalytischen Zeitschrift veröffentlichte, wurden diese als „zu biologisch“, „zu behavioristisch“ abgestempelt und wütend bekämpft. Danach wurden er und seine Theorie von der psychoanalytischen Gesellschaft totgeschwiegen, konsequent nicht mehr zitiert – „wie mit einem Dissidenten in der Stalinistischen Ära“, bemerkt ein zeitgenössischer Autor (Holmes, 1995). Nur in der Entwicklungspsychologie bzw. „child psychology“ (wie man international sagt) wurde weiter in dieser Richtung geforscht und viel Interessantes zu Tage gefördert. Erst seit etwa zehn bis fünfzehn Jahren gibt es eine Wiederentdeckung der Bindungstheorie bzw. eine Neuentdeckung ihrer Bedeutung für die Psychologie der Erwachsenen und für die Psychotherapieforschung, mit einer zunehmenden Flut von Veröffentlichungen.

Grunderkenntnisse der Bindungstheorie

John Bowlby (1907–1990) war Kinderarzt in London. Nach dem Zweiten Weltkrieg hatte er von der WHO den Auftrag erhalten, eine Untersuchung über die

Kinder in Londoner Heimen anzustellen, oft Kriegswaisen oder Opfer zerrütteter sozialer Verhältnisse, um herauszufinden, was ihnen fehlt und wie man ihnen besser helfen könnte.

Bowlby beschreibt das Erste und Wichtigste, was das Kind zu einer gesunden emotionalen Entwicklung braucht, als „Bindung“ („attachment“). Es handelt sich um die enge Beziehung, die das Kleinkind zu seiner primären Bezugsperson (normalerweise der Mutter) aufbaut, danach in abgestufter Weise auch zu anderen Personen. Dieses Verhaltenssystem entspringt einem angeborenen Bedürfnis oder *Trieb*. Das Bindungssystem wird aktiviert, wenn das Kind Angst spürt, Fremdes bzw. Bedrohliches erlebt oder Schmerzen erleidet. Dann sucht das Kind die Nähe der Mutter, signalisiert das Bedürfnis nach Nähe und Schutz. Die dabei gemachten Erfahrungen – von Geborgenheit oder Enttäuschung – werden gespeichert und bestimmen als „inneres Arbeitsmodell“ das künftige Kontaktverhalten des Kindes (in der heutigen Computersprache würden wir sagen: es handelt sich um ein erworbenes „Programm“). Zu beachten ist, dass es hier um ein primäres Bedürfnis nach *Sicherheit* geht, unabhängig vom Bedürfnis nach Nahrung und dem Lusterleben an der Mutterbrust, das aus der Sicht der Psychoanalyse die entscheidende Komponente beim primären Beziehungsaufbau des Säuglings ist.

Entsprechend den Erfahrungen also, die die Kinder machen, wenn sie den Schutz der Mutter suchen – wie viel Zuwendung, Trost und Geborgenheit sie erleben oder wie stark und wie oft sie in diesem Grundbedürfnis enttäuscht werden –, entwickeln die Kinder unterschiedliche Typen des Bindungsverhaltens. Um diese „*Bindungstypen*“ zu beobachten und diagnostizieren zu können, schuf Bowlby zusammen mit Mary Ainsworth ein standardisiertes Setting, die „fremde Situation“ („the strange situation“): Die Mutter und ihr Kind, im Alter von anderthalb bis zwei Jahren, werden in eine Art Wartezimmer gebracht, wo das Kind nach kurzer Eingewöhnungsphase gewöhnlich in der Spielecke zu spielen anfängt. Dann wird die Mutter herausgerufen. Alle Kinder reagieren in dieser Trennungssituation mit Anzeichen von Stress. Sie rufen nach der Mutter, laufen an die Tür und klopfen dagegen, weinen auch und lassen sich nur mit Mühe von einer fremden Tante, die vorher dazu kam (einer Mitarbeiterin des Untersuchungsteams), beruhigen und zum Weiterspielen bewegen. Wenn die Mutter zurückkommt, laufen sie auf sie zu, signalisieren ihr, wie schlimm das war, schimpfen auch mit ihr, aber

lassen sich von der Mutter trösten und auf den Arm nehmen; danach spielen sie weiter. Das ist der optimale Fall eines „*sicheren Bindungsmusters*“, das bei ca. 60% der Kinder zu beobachten ist.

Bei einer kleineren Gruppe von circa 20% der Kinder kann man herzzerreißende Szenen erleben: Sie geraten bei der Trennung außer sich, weinen und schreien, ohne sich im Geringsten trösten zu lassen, toben an der Tür, werfen sich auf den Boden, strampeln und schlagen mit dem Kopf an. Wenn die Mutter zurückkommt, schlagen sie nach ihr, wollen nicht auf den Arm bzw. wenn die Mutter dies erzwingt, stemmen sie sich dagegen und wenden sich ab. Dieses Verhalten signalisiert ein „*unsicher-ambivalentes Bindungsmuster*“.

Eine dritte Gruppe, wieder etwa 20%, reagiert im Gegensatz dazu weit weniger emotional: Die Kinder schauen zwar nach der Tür, spielen aber weiter und zeigen auch bei der Rückkehr der Mutter keine starke Gemütsbewegung. Bowlby meinte erst, dass es sich hierbei um besonders reife, in der Selbstständigkeit fortgeschrittene Kinder handelt. Er musste später jedoch erkennen, dass es sich hier um eine andere Ausdrucksform von Bindungsunsicherheit handelt: das „*unsicher-vermeidende Bindungsmuster*“. Es findet sich offenbar bei Kindern, die schon zu viel enttäuscht worden sind und bereits gelernt haben, sich emotional abzuschirmen, auf innere Distanz zu gehen, um neue Enttäuschungen zu vermeiden.

Die weitere Forschung hat gezeigt, dass diese Bindungstypen sehr stabil über die Zeit erhalten bleiben, vom Kleinkind bis ins Erwachsenenalter. Längsschnittstudien, die in Deutschland von dem Ehepaar Klaus und Karin Grossmann (2004) durchgeführt wurden, reichen mittlerweile über mehr als 20 Jahre, also vom Baby- bis ins Erwachsenenalter; die Übereinstimmung über diesen Zeitraum hinweg betrug um 90%. Ebenso hoch ist auch die Übereinstimmung zwischen dem Bindungstyp der Eltern (den man schon vor der Geburt des Kindes mit Hilfe des AAI, des *Adult Attachment Interviews*, bestimmt hat) und dem des Kindes. Das bedeutet: Wie wir als Erwachsene über familiäre Bindungen denken, wie wir uns in Partnerschaft und Kindererziehung verhalten, wie viel Nähe wir zulassen, suchen oder meiden, das ist in höchstem Maße beeinflusst durch unsere eigenen frühkindlichen Erfahrungen bzw. durch die entsprechenden Verhaltensweisen unserer Eltern. Immerhin verbleibt uns eine Chance von 10%, um uns diesbezüglich weiterzuentwickeln – falls wir nicht schon zu den glücklichen 60% der „sicher Gebundenen“ gehören!

Tabelle 1: *Verteilung von sicheren und unsicheren Bindungsmustern (gemessen mit AAI), verglichen in Normalbevölkerung und klinisch auffälligen Gruppen*

	Normalbevölkerung	Klinische Gruppen
Sichere Bindung	55–65%	13%
Ds = dismissing (unsicher-vermeidend)	15–20%	41%
E = enmeshed/preoccupied (unsicher-ambivalent)	10–20%	46%

Anmerkung: Nach einer metaanalytischen Studie (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1966): 14 Studien, N = 688 (vgl. Buchheim, 2005).

Für den klinischen Bereich sind folgende Befunde von besonderer Bedeutung: Bei Personen, die an einer psychischen Krankheit oder Störung leiden, liegt der Prozentsatz der unsicheren Bindungsmuster wesentlich höher als in der Normalbevölkerung. Tabelle 1 zeigt die hier beobachtete Verteilung:

Man sieht, dass die beiden unsicheren Bindungsmuster (die im *Adult Attachment Interview* etwas andere Bezeichnungen tragen) in der Gruppe der Personen mit psychischen Störungen ungleich häufiger vorkommen, nämlich zusammen 87% ausmachen. Das heißt, der allergrößte Teil der Menschen, die eine psychische Störung entwickeln, hatte (mit 90%-iger Wahrscheinlichkeit) schon als Kind ein unsicheres Bindungsmuster! Obwohl diese unsicheren Bindungsmuster, wie Bowlby betont, noch nicht pathologisch, also Varianten „normalen“ Verhaltens sind, stellen sie doch einen *Risikofaktor erster Ordnung* für psychische Erkrankungen dar. Das bedeutet: Ohne eine sichere Bindung in der Kindheit hat der Mensch ein vielfach höheres Risiko, psychische Störungen zu entwickeln.

Anwendung auf die therapeutische Beziehungsgestaltung

Was sagen uns diese Forschungsergebnisse für die Behandlung von Psychosen, für den Umgang mit Menschen in einer psychotischen Krise? Wahrscheinlich erfahren wir hier nichts grundlegend Neues, aber vielleicht stellt sich uns das schon Bekannte in neuem Zusammenhang dar.

Was ist eine Psychose? Sicher *nicht nur* eine Stoffwechselstörung im Gehirn, aber vermutlich auch *nicht immer* das Ergebnis einer „Beziehungskatastrophe“. Eine einfache Definition könnte – im Anschluss an das zu Anfang Gesagte – lauten: Eine Psychose

ist ein seelischer Ausnahmezustand, der – sofern er nicht auf eine chemische Vergiftung zurückzuführen ist – durch seelische Erschütterungen ausgelöst wird, die mit den üblichen Verarbeitungsmitteln der Psyche nicht mehr aufgefangen werden können. Es geht also um *emotionale* Erschütterungen, durch die dann auch das Denken und der Realitätsbezug der betreffenden Person durcheinander geraten. Und das ist etwas, was grundsätzlich jedem von uns passieren kann. „Wer über gewisse Dinge den Verstand nicht verliert, der hat keinen zu verlieren!“ – so sagte schon Gotthold Ephraim Lessing vor über 200 Jahren; damals gab es noch keine Psychiatrie! (in: Emilia Galotti, 1782).

Was also braucht ein Mensch in einer psychotischen Krise – das heißt, wenn er eine emotionale Erschütterung erlebt, die er nicht mehr zu verarbeiten vermag?

Erstens: In einer solchen Situation ist bei jedem Menschen, auch dem Erwachsenen wie bei dem Kind in Not, das *Bindungssystem aktiviert*. Das heißt, der Mensch sucht die Nähe einer Vertrauensperson. Das ist keine pathologische Abhängigkeit oder kindliche Regression, sondern ein normales Verhalten, das einem uns angeborenen Grundbedürfnis, einem biologisch angelegten Trieb entspringt. Jeder Mensch in einer seelischen Krise braucht also zuerst die Nähe einer Bezugsperson, die bereit ist zuzuhören, vielleicht etwas Tröstendes zu sagen, aber vielleicht auch nur still da zu sein, wenn es nichts mehr zu sagen gibt. Wenn der Betroffene nichts mehr sagen kann oder möchte, weil seine Gedanken und Gefühle zu sehr durcheinander geraten sind. Oder wenn er abweisend oder gar feindselig reagiert, weil er verängstigt, enttäuscht oder traumatisiert ist. Dass dann jemand da ist, jemand der einen nicht als „verrückt“ behandelt, der einem vielmehr das Gefühl vermittelt, dass diese Krise vorübergehen wird, ja einen Sinn

haben kann, den man vielleicht eines Tages zu entschlüsseln vermag.

Das ist übrigens ziemlich genau das, was man in der Soteria machen soll: einfach „dabei sein“ – *to be with*. Nur dass die Vertreter dieses bemerkenswerten Modells einer alternativen Psychiatrie den Zusammenhang mit der Bindungstheorie noch nicht entdeckt haben – in dem Buch von Ciompi und Mitarbeitern „Wie wirkt Soteria?“ (2001) kommen die Wörter „Bindung“ oder „Bindungstheorie“ nicht vor!

Eine solche Bezugsperson können Freunde oder Angehörige sein, oder der Partner, wenn eine echte Vertrauensbeziehung besteht (und wenn der Betreffende nicht gerade die Erschütterung ausgelöst hat!). Das können aber auch Profis sein, wenn sie denn einen vertrauensvollen Kontakt anzubieten vermögen und nicht gleich mit einer Spritze daher kommen oder mit einem Unterbringungsbeschluss drohen. Die Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen sollten sich bewusst sein, dass dieses Angebot eines vertrauensvollen Kontaktes das Wichtigste ihres Handelns ist, ja das „hochpotenteste“ Therapieinstrument überhaupt, weil es der Bedürfnisstruktur des Menschen entspricht und seiner tiefsten Sehnsucht entgegenkommt. Umgekehrt wird ein Verpassen dieser Chance und ein bloß äußerliches Agieren auf der Ordnungs- oder Machtschiene den verstörten Menschen in seinem „unsicheren Bindungsmuster“ bestärken. Das kann dann tatsächlich zu einer „Beziehungskatastrophe“ führen, zu einem immer stärkeren Rückzug in das eigene Innere wie in einen Luftschutzbunker, wo dann nur noch das Kopfkino läuft und aus der Krise eine chronische Psychose wird.

Zweitens: Das Grundbedürfnis nach Nähe kann durch eine ebenso große und aktuell wirksamere *Angst vor Nähe* überlagert sein. Diese entsteht durch entsprechende Erfahrungen von Verlassen-Sein, die schon sehr früh einsetzten und offenbar traumatischen Charakter hatten. Das ist nicht immer *Schuld* der Eltern oder gar nur der Mütter! Auch Krankheiten des Kindes oder allgemeine Notzeiten – man denke an Kriegs- oder Flüchtlingsschicksale – können solche Auswirkungen haben. Aber leider gibt es auch Familienkonstellationen, in denen das Kind eine feindselige, bedrohliche Umwelt erlebt. Wir hören häufig genug die Schreckensnachrichten von verhungerten oder misshandelten Kleinkindern. Das Phänomen des „Verfolgungswahns“ stellt nicht ohne weiteres ein Hirngespinnst kranker Individuen dar, sondern spiegelt wohl nicht selten die trauma-

tische Urerfahrung einer bedrohlich erlebten Umwelt wider.

Von Menschen mit einer solchen Urerfahrung können wir nicht erwarten, dass sie auf unsere Kontaktangebote ohne weiteres mit Offenheit und Vertrauen eingehen können. Im Gegenteil: Oft erleben wir hier Misstrauen und Rückzug, ja auch schroffe Zurückweisung. Wenn in den Leitlinien zur Schizophreniebehandlung zu lesen ist, eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung sei die Voraussetzung der Psychotherapie, so verkennt dies die Schärfe des Problems: Die Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung ist hier nicht Voraussetzung, sondern Hauptgegenstand und Ziel der Therapie!

Für den praktischen Umgang mit an einer psychotischen Störung leidenden Menschen heißt dies: Wir dürfen sie mit unserem Nähe-Angebot nicht überfahren! Dr. Dümpelmann von der Fachklinik Göttingen-Tiefenbrunn erzählte uns in einem Workshop die Fallgeschichte eines jungen Mannes, der in einer psychotischen Eigenwelt gelebt hatte und völlig verunsichert und verschlossen auf die Station kam. Ein junger, freundlicher Arzt nahm sich seiner an, worauf der Patient auftaute, ja unglaubliche Fortschritte zu machen schien – bis er eines Tages fluchtartig verschwand und nie mehr auftauchte. Offenbar hatte die ungewohnte Nähe bei ihm tief liegende Ängste und ein Grundgefühl von Bedrohung mobilisiert.

Der Hamburger Psychologe Thomas Bock (2006) erzählte einmal das Beispiel eines „widerspenstigen“ Patienten, der nach einem gelungenen Erstkontakt zwar immer wieder in die Ambulanz kam, allerdings völlig unregelmäßig und stets ohne Voranmeldung. Nach gängigen Regeln mangelt es hier an einem verlässlichen therapeutischen Bündnis, das viele Psychotherapeuten zur Bedingung machen. Ich sehe darin jedoch keinen therapeutischen Misserfolg, auch nicht teilweise – vielmehr ist dies offenbar gerade *die* Form von Kontakt und Nähe, die der junge Mann gerade noch zulassen konnte. Dass er überhaupt immer wieder kam, aus eigener Initiative, ist gewiss ein großer Erfolg! Und wohl mit Bedacht musste er unangemeldet kommen – nur so behielt er die *Kontrolle* über die entstandene Beziehung. Mir selbst fallen in diesem Zusammenhang drei meiner Psychotherapie-Patienten ein, die die Diagnose „schizophrene Psychose“ hatten, denen ich – so glaube ich wenigstens – ein gutes Stück weiterhelfen konnte. Dabei war es unvermeidlich, dass wir uns emotional näher kamen. Alle drei Patienten haben danach irgendwann den Kontakt

zu mir mehr oder weniger radikal abgebrochen. Ich kann das akzeptieren und sehe darin keinen Misserfolg.

Mit dem Stichwort „Kontrolle“ kommen wir zu einem dritten, wichtigen Punkt, der sich ebenfalls aus der Bindungstheorie ergibt. Das Kind braucht nicht nur „Bindung“ (als Inbegriff von Sicherheit, Zuwendung und Liebe), sondern auch die Chance zur Entwicklung von *Autonomie und Freiheit* – und auch das von ganz früh an. Bowlby sah das Bindungssystem komplementär zu einem anderen Verhaltensprogramm, dem Explorationssystem. Wenn das Kind nicht Angst oder Schmerzen oder Hunger hat, möchte es nicht allzu lange auf dem Schoß der Mutter sitzen bleiben, sondern will – einem ebenso angeborenen Trieb folgend – die Welt erkunden. Es krabbelt herum, öffnet alle Schubladen, die es erreichen kann, drückt alle Knöpfe der Fernbedienung, bis sich eine Wirkung einstellt oder öffnet den Kühlschrank und beobachtet mit freudigem Interesse, was passiert, wenn es ein Ei herunterfallen lässt. Die Mutter wertet das als „ungezogen“ oder mindestens störend, aber aus der Perspektive des Kindes ist das ein spannendes, gelungenes Experiment mit der Schwerkraft!

Zwei Dinge braucht der Mensch: Liebe und Freiheit. Elterliche Liebe, die das Kind umsorgt, ihm aber nicht auch die Freiheit gibt, eigene Erfahrungen zu sammeln und seine eigenen Wege zu finden, würde seine Entwicklung zu einer gesunden Persönlichkeit gefährden. Menschen, die einen „Beeinflussungswahn“ entwickeln, haben wohl schon sehr früh die Grunderfahrung des „Übermächtig-Werdens“ gemacht. Es gibt leider Väter und Mütter, die auch noch ihre adoleszenten oder gar erwachsenen Kinder „fernsteuern“ möchten. Die ihnen vorschreiben, was sie denken, fühlen oder tun sollen. Demgegenüber betonte schon Bowlby mit seinem Konzept der „Feinfühligkeit“ als Grundtugend der Bindungsperson (englisch „sensitive responsiveness“), dass die Impulse vom Kind ausgehen und wir auf diese *antworten* müssen. Der Babyforscher Daniel Stern (1985) geht soweit, zu sagen, dass sich durch diesen frühen Dialog ein „Kern-Selbst“ im Kleinkind ausbildet, das die Wurzel des späteren Identitätsgefühls darstellt. Es bedarf keiner großen Fantasie, um sich vorzustellen, was passiert, wenn diese Phase der Ich- und Identitätsentwicklung verpasst wird oder misslingt – dies ist offenbar die Wurzel späterer „Ich-Störungen“, zu denen man ja gerade die psychotischen Störungen zählt.

Was folgt daraus für den Umgang mit Menschen in einer psychotischen Krise? Jede Art von Frei-

heitsberaubung, Zwangsmaßnahmen oder Entscheidungen über den Kopf des Betroffenen hinweg sind *strikt kontraindiziert*, sind Gift für diese Menschen. Weil sie das Gefühl der Fremdsteuerung – die Wurzel des Beeinflussungswahns – verstärken. Das heißt nicht, dass man niemals Zwang anwenden darf, zum Beispiel wenn Betroffene dies in Vorausverfügungen für sich selbst fordern (siehe das Psychiatrische Testament von Theresja Krummenacher, die mittels Fixierung gehindert werden möchte, sich in verwirrtem Zustand etwas anzutun; Ziegler, 2007, S. 332–334) oder indem man die Stationstür geschlossen hält, wenn ernsthafte Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt – aber man muss es den davon Betroffenen peinlich genau erklären. Doch das ist erst ein Aspekt. Auch jede Form von Fremdbestimmung löst beim Patienten zumindest inneren Widerspruch aus. Das gilt schon für die Diagnose: Auf die Definition: „Sie haben eine Psychose!“ sagt oder denkt sich der Patient: „Was soll denn der Quatsch – die anderen spinnen doch!“. Erst recht gilt das, wenn wir versuchen, dem Patienten einen „Therapieplan“ oder gar weitergehende Lebensplanungen aufzudrücken, die er nicht selbst mitbestimmt hat. „Verhandeln statt behandeln“ – diese fortschrittliche Maxime bekommt hier ihre theoretische Begründung und die daraus folgende Verbindlichkeit.

Die therapeutischen Interventionen müssen bewusst darauf abzielen, dem Menschen in der psychotischen Krise zu versichern, dass die angebotene Hilfe in jedem Fall seine Persönlichkeit respektieren und ihn in seinem Bedürfnis nach Autonomie und Selbstwert stärken wird.

Zusammenfassung und Ausblick

Wir haben einmal gelernt, dass so genannte schizophrene Erkrankungen eine Verlaufs-Wahrscheinlichkeit aufweisen, die sich auf etwa drei Drittel verteilt: Bei einem Drittel bleibt es bei einer vorübergehenden Episode, ein weiteres Drittel hat weitere Episoden, ohne eine fortschreitende Verschlechterung des Gesamtzustandes und ein letztes Drittel chronifiziert. Gehört das zur Natur der „schizophrenen Erkrankung“? Oder ist das vielleicht nur das traurige Resultat dessen, was wir allzu lange falsch gemacht haben im Umgang mit Menschen, die eine psychotische Krise erleiden?

Es ist zweifellos von entscheidender Bedeutung, dass wir verstehen, was ein Mensch in der Krise, speziell in einer psychotischen Krise braucht. Wie muss ein therapeutischer Umgang mit Menschen in solchen Situationen aussehen? Aus den vorausge-

gangenen Ausführungen ist wohl deutlich geworden, dass es sich hierbei nicht um ein technisches Know-how handelt, vielmehr um eine menschliche Grundhaltung – die gleiche, die im Grunde auch Angehörige und Freunde der erkrankten und befremdlich gewordenen Person entgegenbringen sollten und können. Es sind drei einfache Grundregeln, die jeder lernen kann und in denen man doch nie ausgelernt hat. Es sind Elemente einer „psychotherapeutischen Grundhaltung“, wie wir sie etwa in den Fortbildungsreihen der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) zu vermitteln versuchen:

1. Eingehen auf das hinter der ersten Ablehnungsfront verborgene Bedürfnis nach Nähe und Kontakt. Bereitschaft, sich auf ihre paradoxe Weise der Kommunikation einzulassen. Sich nicht abschrecken lassen von der Fremdartigkeit ihres Verhaltens und ihrer Interaktionen. Ihre psychotischen Äußerungen nicht als irrelevante Produktionen eines kranken Gehirns abtun, vielmehr sie als verschlüsselte Botschaften eines Hilfesuchenden, aber von abgründigen Ängsten geplagten Menschen annehmen und zu verstehen versuchen.
2. Anerkennen des Bedürfnisses nach mehr Distanz, als uns vielleicht vernünftig oder wünschenswert erscheint. Das heißt zugleich: Respektieren der verletzenden Vorerfahrungen dieses Menschen. Vorsichtige Schritte zur Überwindung dieser Distanz anbieten, so dass korrigierende emotionale Erfahrungen möglich werden – wohl wissend, dass dies lange Zeit und geduldiges Begleiten „aus sicherer Distanz“ erfordern kann.
3. Striktes Respektieren der Autonomiebedürfnisse dieses Menschen, Verzicht auf Hauruck-Lösungen, die die Selbstbestimmungsrechte des sich in seiner Autonomie, ja in seiner Identität bedrohten Menschen außer Kraft setzen würden. Stattdessen: Stärkung dieses kostbaren Pflänzchens – des Autonomiebedürfnisses, das den Kern unserer Individualität ausmacht.

Es geht also um menschliche Grundtugenden und Grundregeln menschlicher Kommunikation, freilich mit gewissen Akzentsetzungen, die die Vorerfahrungen eines seelisch leidenden Menschen berücksichtigen. Wir haben diese aus der Bindungstheorie abgeleitet, weil hier, in der Entwicklung des Kindes, die Grundlinien stabiler oder eben instabiler seelischer Gesundheit besonders deutlich werden. Das, was ein Kind braucht, um sich seelisch gesund zu entwickeln, braucht

auch der erwachsene Mensch, um seelisch gesund zu bleiben, und das braucht erst recht auch der seelisch angeschlagene Mensch, um wieder gesund zu werden. Der Mensch ist seinem Wesen nach auf Kommunikation angewiesen, eine gesunde Persönlichkeit kann sich nur im Dialog entfalten und braucht den Dialog, um „human“ zu bleiben. „Der Mensch wird durch das Du zum Ich“, so fasst Martin Buber diese Erkenntnis zusammen. Dass dies auch für den Menschen mit einer psychotischen Störung gilt, absolut und sofort, nicht erst *nach* der Krise, wenn er „wieder vernünftig geworden“ ist, das ist der Schlüssel zum Verständnis einer therapeutischen Grundhaltung.

Literatur

- Bock, T. (2006). *Eigensinn und Psychose – „Noncompliance“ als Chance*. Neumünster: Paranus.
- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 9–52.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: attachment*. New York: Basic Books. (Deutsch erschienen 1975: *Bindung – Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler).
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books. (Deutsch erschienen 1976: *Trennung – Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind*. München: Kindler.)
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3: loss, sadness and depression*. New York: Basic Books. (Deutsch erschienen 1983: *Verlust – Trauer und Depression*. München: Kindler.)
- Buchheim, A. (2005). Methoden der Erwachsenen-Bindungsforschung und Ergebnisse zu Bindung und Psychopathologie: Implikationen für die Psychiatrie. In M. Urban & H.-P. Hartmann (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychiatrie* (S. 32–45). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ciampi, L., Hoffmann, H. & Broccard, M. (Hrsg.). (2001). *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet*. Bern: Hans Huber.
- Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2004). *Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Holmes, J. (1995). Something there is that does not love a wall: John Bowlby, attachment theory and psychoanalysis. In S. Goldber, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 19–45). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

- Kipp, J., Unger, H.-P. & Wehmeier, P.M. (1966). *Beziehung und Psychose*. Stuttgart: Thieme.
- Stern, D. E. (1992). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books. (Deutsch erschienen 1992: *Die Lebenserfahrung des Säuglings*, Stuttgart: Klett-Cotta.)
- Urban, M. (Hrsg.). (2000). *Psychotherapie der Psychosen – Konzentrische Annäherungen an den Weg der Heilung*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- van Ijzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 8–21.
- Ziegler, L. (2007). Voraussetzungen für den Fall der Psychiatrisierung – „Die Rechte eines Flohs“. In P. Lehmann & P. Stastny (Hrsg.), *Statt Psychiatrie 2* (S. 331–343). Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag.

schen und sechs Jahre in einer psychosomatischen Klinik gearbeitet. Er war von 1989 bis 2009 in eigener Praxis in Esslingen bei Stuttgart tätig und leitete 12 Jahre lang eine Nachsorgeeinrichtung „Therapeutische Wohngemeinschaften“, die heute von einem Selbsthilfeverein von Betroffenen weitergeführt wird (Offene Herberge e. V., Stuttgart). Er ist Leiter der Fachgruppe „Klinische Psychologen in der Psychiatrie“ im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) und Sprecher des Fachausschusses Psychotherapie in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP). Dezember 2007 Gründung des Vereins Maison d’Espérance e. V., Eröffnung des ersten Hauses im Val d’Hérault, Südfrankreich, im April 2008. Autor bzw. (Mit-)Herausgeber zweier Bücher: „Psychotherapie der Psychosen – Konzentrische Annäherungen an den Weg der Heilung“ (Lengerich, 2000) und „Bindungstheorie in der Psychiatrie“ (Göttingen, 2005). Mehr zum Maison d’Espérance unter www.maisondesperance.eu.

Zum Autor

Martin Urban, geb. 1939, Diplom-Psychologe und Psychotherapeut, hat sieben Jahre in einer psychiatri-

Korrespondenzadresse

E-Mail: martin.urban.es@web.de

Vom psychopathologischen Objekt zum Menschen mit Geschichte¹

Wilma Boevink

Zusammenfassung: Psychosen als eine Krankheit zu akzeptieren heißt, die Hände in den Schoß zu legen. Der vorliegende Beitrag zeigt auf, dass es jedoch heilsam sein kann, psychotische Erfahrungen zu benennen, davon zu erzählen und ihre Bedeutung zu ergründen. Bei diesem Prozess ist psychotherapeutische Unterstützung für „Psychotiker“ dringend notwendig.

Schlüsselwörter: Entpsychiatisierung, Psychiatriereform, Psychose, Psychotherapie, Recovery, Selbsthilfe

From a psychopathological object to a human being with history

Abstract: Accepting psychosis as an illness means laying back and doing nothing. However, this contribution demonstrates that it can be beneficial to name psychotic experiences, narrate them and explore their sense. During this process, psychotherapeutic support for the “psychotic” individual is badly necessary.

Keywords: De-psychiatrization, psychiatric reform, psychosis, psychotherapy, recovery, self-help

Psychosen als eine Krankheit zu akzeptieren heißt, die Hände in den Schoß zu legen. Stattdessen kann es heilsam sein, die psychotischen Erfahrungen zu benennen, davon zu erzählen und ihre Bedeutung zu ergründen. Dabei kann psychotherapeutische Unterstützung für „Psychotiker“ von großer Bedeutung sein.

In Deutschland wird oft bewundernd auf die Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener in den Niederlanden verwiesen. Projekte, die von Betroffenen gesteuert werden, erfreuen sich zunehmender Beliebtheit. Auf vielen Gebieten beginnen Psychiatrie-Erfahrene, ihre Leitungsfähigkeit zu zeigen. Allen Aktivitäten liegt als Triebkraft die Überzeugung zugrunde, dass die eigenen Erfahrungen eine andere Perspektive auf Symptome und psychische Probleme – wie zum Beispiel Stimmenhören oder Selbstverletzung – eröffnen und damit eine andere, wahrscheinlich bessere Dienstleistung als das reguläre psychosoziale Versorgungsangebot ermöglichen können. Selbsthilfe und betroffenenegesteuerte Initiativen sind eine Antwort auf die Tatsache, dass sich unsere Eigenheit, unsere Erfahrung und unser Wissen in der regulären psychosozialen Versorgung kaum widerspiegeln. Für die Betroffenen, individuell und kollektiv, verschiebt sich der Schwerpunkt: Weg vom Agieren gegen die Macht der anderen und vom Reagieren auf ihre Tagesordnung, hin zur Besinnung auf die immer stärker werdenden eigenen Kräfte.

Recovery-Initiativen

In den letzten Jahren habe ich an einem Recovery-Projekt der Langzeitversorgung teilgenommen, wo ich mit acht Betroffenen intensiv zusammengearbeitet habe. Wir neun trafen uns jahrelang alle zwei Wochen, um über unsere Versuche, mit anhaltenden psychischen Problemen zu leben, Erfahrungen auszutauschen. Es war ungewohnt, in einer anderen Rolle als der des Patienten über psychische Beschwerden zu diskutieren, zumal aus einer Perspektive von Selbstinitiative und Selbsthilfe, so vertraut war uns die Terminologie der Profis von Krankheiten und Symptomen.

Die Aufforderung, die Patientenrolle gegen andere, selbst zu schaffende Rollen zu tauschen, bekam durch die Form der Treffen Nachdruck. Wir saßen an Tischen, die wie bei einem Managementtreffen im Kreis aufgestellt waren, wir hielten uns an eine vorab vereinbarte Tagesordnung und führten Protokolle. Die Mitglieder erzählten, was sie in den vorhergehenden Wochen beschäftigt hatte. Erfahrungen wurden ausgetauscht und man gab einander

¹ Diesem Beitrag liegt der Artikel „Mitreden – mitmachen – selbst aktiv werden: Wie in den Niederlanden Psychiatrie-Erfahrene Partizipation neu definieren“ zugrunde, erschienen in: Psychosoziale Umschau, 18. Jg. (2003), Nr. 3, S. 37–39; im Internet verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/recovery.htm.

Tipps und Ratschläge über den Umgang mit Hindernissen bei eigenen Versuchen, neue Lebensperspektiven zu gewinnen. Das Besprechen des Protokolls der letzten Sitzung schuf Distanz zu diesen Erfahrungen und eröffnete den Weg zu ihrer Systematisierung. So entstanden inhaltliche Leitlinien zu den Themen Recovery-Prinzipien, Unterstützungsressourcen, Umgang mit Psychopharmaka, Beziehung zu Therapeuten, Urlaub, das Versorgen von Haustieren etc.

Im Verlauf des Projekts entstand bei den Mitgliedern der Wunsch, ihr erworbenes Wissen an die Öffentlichkeit zu tragen. Es wurden verschiedene Initiativen entwickelt, wie Präsentationen und Diskussionsnachmittage für Mitbetroffene, Untersuchungen innerhalb der eigenen Einrichtung, Seminare für Wohnbetreuer oder ein Kurs von Erfahrenen für Erfahrene zum Thema „Beginnen mit Recovery“.

Das Projekt, das ich hier skizziere, beruht im Grunde auf zwei Prinzipien:

- ▶ Wir boten den Teilnehmern und Teilnehmerinnen Werkzeuge an, mit denen sie eine neue Sicht auf ihr Leben entwickeln können – mit daraus neu zu entdeckenden Sinnzuschreibungen.
- ▶ Wir gaben ihnen Gelegenheit, die Patientenrolle zu verlassen, ohne das Gespräch über ihre Psychiatrie-Erfahrungen abzublocken. Dadurch wurde ihnen bewusst, was sie tun können, um sich selbst zu helfen. Sie lernten, den Anteil der Profis am eigenen Recovery-Prozess kritisch zu reflektieren und vermehrten daneben ihr Erfahrungswissen. Sie entfernten die stigmatisierende Diagnose und Prognose sowie dazugehörige Vorschriften aus ihrem Selbstbild, ihrem Denken und Handeln. Das Verlassen der Patientenrolle bedeutet dabei keineswegs die Leugnung des realen psychischen Leidens. Im Gegenteil, die Krankheitsidentität wird eingetauscht gegen eine selbstgewählte Identität, eine Geschichte in eigener Sprache und mit selbstgewählten Strategien sowie die Chance, mit bleibenden Verletzungen leben zu können.

„Nicht für unsere Patienten“

Im Recovery-Projekt haben wir nichts Neues entwickelt. Es hat Wissen und Arbeitsweisen ans Licht gebracht, die schon lange in der Betroffenenbewegung vorhanden waren. In der Art, wie das Projekt sich entwickelt hat, erkenne ich viel von dem wieder, was ich selbst in zufälligen, informellen oder organisierten Kontakten von Mitpatienten, von Experten

durch Erfahrung oder von Aktivisten gelernt habe. Diese Lektionen haben mit Hoffnung, mit Selbstwert und Eigensinn sowie der Kraft des Kollektivs zu tun. Entgegen der Behauptung mancher Profis sind diese Lektionen weder an Diagnosen noch an Patientenmerkmale wie Dauer der „Krankengeschichte“ oder Schwere der Symptome gebunden.

Eine der Reaktionen auf unseren Ansatz ist, dass er nur für eine Elite chronisch-psychiatrischer Patienten geeignet sei: „Toll, was ihr gemacht habt, aber unsere Patienten wären damit überfordert.“ Für die meisten Patienten gäbe es keine Hoffnung, sie seien zu krank oder zu behindert.

Über die Menschen, mit denen ich zusammengearbeitet habe, sagt man – nachdem sie die Regie über ihr Leben wieder in ihre eigenen Hände genommen haben –, sie seien von Anfang an keine typischen chronischen Patienten gewesen. Das erinnert mich stark an die Art und Weise, wie in der Psychiatrie immer wieder Beweise für den verheerenden Verlauf der „Krankheit Schizophrenie“ gesucht wurden. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe haben sich von ihrem vorgegebenen Schicksal als chronische Patienten befreit. Das beweist für manche Profis nicht, dass dies tatsächlich möglich ist, es beweist lediglich, dass sie von Anfang an keine chronischen Patienten gewesen seien. Da frage ich mich natürlich, aus welchem Grund die Betroffenen dann so lange in der Langzeitversorgung gehalten wurden und was man dort die ganze Zeit gemacht hat.

Nicht länger eine Störung mit Versorgungsbedarf

Wir haben mit der Erneuerung unseres Psychiatriesektors einschließlich des dazu gehörenden oder anschließenden Psychotherapieangebots noch einen weiten Weg vor uns. Umso wichtiger ist es, dass wir in der Psychiatrie-Erfahrenenbewegung unseren Sektor verlassen. Es gibt mehr in unserer Gesellschaft als nur den Psychiatriesektor. In einem wunderschönen Essay über Selbstbestimmung und Bedarfssteuerung weisen Ed van Hoorn, Conny Bellemakers und Yolan Koster-Dreese (2003) darauf hin, dass die Frage „Was will ich mit meinem Leben und welche Versorgung und Dienste brauche ich, um mich so gut wie möglich zu meinen bleibenden Verletzlichkeiten oder psychischen Behinderungen verhalten zu können?“ im Mittelpunkt stehen muss. Wir lassen uns nicht auf eine Störung mit psychiatrischem Versorgungsbedarf reduzieren. Wir sind ganzheitliche Personen mit einem

Leben, das gelebt werden will, auch wenn es Teile gibt, die es möglicherweise notwendig machen, professionelle Versorgung oder Dienstleistung in Anspruch zu nehmen. Diese Notwendigkeit macht uns zu Nutzern psychiatrischer Angebote. Und es kommt nicht darauf an, wo wir uns die Angebote holen, die wir brauchen. In jedem Fall steht die Fortsetzung des Lebens, das wir uns wünschen, im Mittelpunkt – die Versorgung spielt nur eine funktionale Rolle.

In diesem Sinne wäre ich gerne eine Nutzerin psychiatrischer Angebote, aber vorerst ist dies eine einseitige politische Behauptung, die wenig mit der Realität zu tun hat. Man kann sich zwar zum Nutzer der Psychiatrie erklären, doch dazu braucht man auch ein Gegenüber, das sich nutzen lässt, im positiven Sinn des Wortes. Und davon sind wir noch Lichtjahre entfernt.

Lasst uns also in der Betroffenenbewegung selbst anfangen. Lasst uns weiterhin einander unsere Geschichten erzählen. Geschichten, in denen wir uns selbst erkennen und durch die wir unsere Eigenheit und Identität wiederfinden. Geschichten, von denen wir sagen können: So ist mein Leben, das bin ich, auf diese Art kannst du mir helfen. Unsere Geschichten haben nicht nur für uns selbst Wert. Unsere Geschichten bieten den Profis – einschließlich der Psychotherapeuten – die Gelegenheit, zu lernen, in einer neuen Sprache zu kommunizieren, in einer Sprache, die sowohl Nutzer als auch Dienstleister verstehen. Aus unseren Geschichten können sie lernen, was sie tun können und was sie unterlassen sollen, um uns auf unserem Weg beizustehen, vom psychopathologischen Objekt zum Menschen mit Geschichte zu werden.

Literatur

- van Hoorn, E., Bellemakers, C. & Koster-Dreese, Y. (2003). *De kleine zelfbeschikking en de herovering van vraagsturing: Essay over alledaagse zelfbeschikking en de (on)mogelijkheden van vraagsturing*. Amsterdam: IGPB.

Zur Autorin

Wilma Boevink, geboren 1963, Sozialwissenschaftlerin, Professorin für Recovery an der Hanze Universität Groningen. Aktiv in der niederländischen Psychiatriebetroffenenbewegung. Ehemaliges Vorstandsmitglied im Europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen (ENUSP). Arbeitet am Trimbos-Institut für Psychiatrie und Abhängigkeit. Leiterin einer betroffenenkontrollierten Ausbildungs- und Beratungsgruppe zu den Themen Recovery, Empowerment und Expertentum durch Erfahrungswissen. Seit 2006 Vorsitzende von Stichting Weerklank, der niederländischen Organisation von Menschen, die Stimmen hören und psychotische Erfahrungen haben. Buchveröffentlichungen u. a.: „Samen werken aan herstel. Van ervaringen delen naar kennis overdragen“ („Zusammenarbeit für Recovery: Vom Erfahrungsaustausch zur Wissensanwendung“; Utrecht, 2002, Co-Autorin); „Stories of Recovery: Working together towards experiential knowledge in mental health care“ („Recovery-Geschichten – Zusammenarbeit in Richtung Erfahrungswissen im psychosozialen Bereich“; Hrsg., Utrecht 2006).

Korrespondenzadresse

E-Mail: wboevink@trimbos.nl

Nachwort¹

Willst du etwas wissen, frage einen Erfahrenen und keinen Gelehrten, so lautet ein chinesisches Sprichwort. Hierzulande würde man vielleicht salopper sagen: Die Wahrheit über die Katzen erfährst du von den Mäusen. Was sollen wir nach allem Gesagten zusammenfassend noch empfehlen, außer sich allen Mut zusammenzuraffen und sich die Erfahrungen mit Psychiatrie und Psychotherapie aus der Perspektive von Betroffenen zu Gemüte zu führen? Dabei ist es so einfach, es gibt beeindruckende Literatur. Hier einige Vorschläge:

- ▶ *Boevink, Wilma (Hrsg.): Recovery-Geschichten – Das gemeinschaftliche Erarbeiten von Erfahrungswissen in der Psychiatrie.* Psychiatrische Langzeitpatienten und -patientinnen beschreiben, wie sie an ihrer Genesung arbeiteten und dabei eine völlig neue Sichtweise auf sich selbst entwickelten: wie sich ihr Augenmerk von Krankheit, Symptomen und Patientsein verschob in Richtung Ausschöpfen der eigenen Möglichkeiten und Rückgewinnung einer selbstbestimmten Lebensführung, wie sie ihr Erfahrungswissen erwarben und Methoden zu seiner Weitergabe an Mitbetroffene und an Betreuerinnen und Betreuer erarbeiteten (2006).
- ▶ *Buck-Zerchin, Dorothea Sophie: Auf der Spur des Morgensterns – Psychose als Selbstfindung.* Mehr als 30 Jahre nach ihrem letzten Anstaltsaufenthalt beschreibt die Autorin Dorothea Buck, Ehrenvorsitzende des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, bildhaft ihr Verrücktwerden und ihre Psychiatrisierung (2005).
- ▶ *Hausotter, Alfred: Der GottTeufel – Innenansicht einer Psychose.* Offene und detaillierte Beschreibungen von vier psychotischen Episoden von Mitte der siebziger bis Mitte der achtziger Jahre in Österreich, frei von störenden Wertungen. Die Innenansichten eines Wahns werden – eingebettet in den ganz normalen Wahnsinn von Familie, Schule, Bundesheer und Psychiatrie – beklemmend folgerichtig. Ein Buch von Mut, Eigensinn und Selbstheilung und davon, wie Psychiatrie und Psychopharmaka dem im Wege stehen (2008).
- ▶ *Kempker, Kerstin (Hrsg.): Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglauffhaus.* Wenn Psychiatriebetroffene der Verwahrung und Chemotherapie den Rücken kehren und Krisen ohne Psychopharmaka durchstehen. Bericht über die ersten Jahre der Praxis im Berliner Weglauffhaus, der bundesweit einzigen öffentlich finanzierten antipsychiatrischen Zufluchtsstätte – samt Erfahrungsberichten (1998).
- ▶ *Kempker, Kerstin: Mitgift – Notizen vom Verschwinden.* Mutmachendes Buch für Betroffene und Familien: auch der abgeschriebenste „Fall“ kann es schaffen, den psychiatrischen Sumpf zu verlassen und nach Jahren der (behandlungsbedingten) Suizidalität wieder auf eigene Füße zu kommen. Autobiographischer Bericht über eine Jugend in der Psychiatrie, über das Verschwinden in den Gedanken, über die Bedeutung und die Last der Wörter und darüber, wie die Psychiatrie sie mit Psychopharmaka und Elektroschocks auslöschen will (2000).
- ▶ *Klafki, Hannelore: Meine Stimmen – Quälgeister und Schutzengel. Texte einer engagierten Stimmenhörerin.* Dokument des Wirkens einer außergewöhnlichen Frau – u. a. mit ihren leidenschaftlichen Vorträgen zum Thema Stimmenhören, ihren ungeschminkten biographischen Erinnerungen, ihren von trockenem Witz durchsetzten psychiatriekritischen Texten und ihren ausdrucksstarken Plastiken. Ihre Stimmen – Quälgeister wie Schutzengel – haben Hannelore Klafki „... zu einer Powerfrau erzogen, ich hab irgendwann beschlossen aufzuhören, Opfer zu sein.“ Stimmenhörende Menschen, so die Botschaft der Autorin, wollen nicht länger ausgegrenzt und ausschließlich mit Psychopharmaka ruhiggestellt werden, sondern den Sinn ihrer Stimmen entdecken lernen, damit sie in Frieden mit ihnen leben können. Sie fordert Fachleute, aber auch die Öffentlichkeit zum Umdenken auf (2006).
- ▶ *Lauveng, Arnhold: Morgen bin ich ein Löwe – Wie ich die Schizophrenie besiegte.* Buch einer „krankheitseinsichtigen“, inzwischen als Psychologin arbeitenden ehemaligen „Schizophrenen“, in dem diese ihre Erfahrungen mit ihren verrückten Gedanken, Bildern und Stimmen sowie die fast zehn Jahre währende entwürdigende und diskriminierende Behandlung in der Psychiatrie bis hin zu ihrer völligen Wiederherstellung und Arbeitsfähigkeit beschreibt (2008).
- ▶ *Lehmann, Peter (Hrsg.): Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin*

¹ Copyright 2011 by Peter Lehmann & Uta Wehde.

und *Tranquilizern*. Das weltweit erste Buch zum Thema „Erfolgreiches Absetzen von Psychopharmaka“. Erfahrungsberichte von 31 Betroffenen aus aller Welt und ergänzende Artikel von zwölf PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen, PsychiaterInnen, HeilpraktikerInnen und sonstigen Professionellen aus dem In- und Ausland, die beim Absetzen helfen (2008).

- *Lehmann, Peter & Stastny, Peter (Hrsg.): Statt Psychiatrie 2*. Das große Buch über Alternativen zur Psychiatrie in aller Welt. 61 Psychiatriebetroffene, Mediziner, Therapeuten, Juristen, Sozialwissenschaftler, Psychiater und Angehörige von allen Kontinenten berichten von ihrer alternativen Arbeit, ihren Erfahrungen, Zielen und Erfolgen. Das Buch informiert über die aktuellen Ansätze von Selbsthilfe und Alternativen im Falle akuter Verrücktheit sowie Wege zu einer Behandlung, die die Menschenrechte respektiert. Völlig überarbeitete Neuauflage. Mit dem biographisch orientierten Artikel „Was hilft mir, wenn ich verrückt werde?“ mit Berichten von 14 Psychiatriebetroffenen aus aller Welt (2007).
- *Rameder, Rolf: Der verlorene Sohn*. In seinem Buch bringt der in Wien lebende Autor, Jahrgang 1948, verschiedene Leidenserfahrungen in selbstmitleidlosen Szenen inbrünstig, brüsk, schamlos wahrhaftig und direkt zu Wort. Sein Humor entfesselt die quälenden und niederschmetternden Fragen des Sinns seines Seins. Keiner seiner Erfahrungsbereiche, ob in Gefängnis, Psychiatrie, Psychotherapie, Politik und Journalismus, wird verschont, wenn er sich durch das Geröll seiner Erinnerungen gräbt, die ihn fortgesetzt überrollen und in der sich die Gemeinheiten der normalen psychosozialen Gemeinschaft herrlich widerspiegelt (2010).
- *Reuter, Elisabeth: Gehirn-Wäsche – Macht und Willkür in der „systemischen Psychotherapie“ nach Bert Hellinger*. Authentischer und reflektierter Bericht über die Suggestion von sexuellem Missbrauch, reaktionären Aufstellungshokuspokus à la Hellinger und weitere Spielarten therapeutischer Manipulation (2005).
- *Stein, Vera: Abwesenheitswelten – Meine Wege durch die Psychiatrie*. Die Autorin verlebte vier Jahre ihrer Jugend auf geschlossenen Abteilungen. Trotz verheerender Neuroleptika-Auswirkungen (u. a. Sprachverlust) und ständigem Kampf zwischen Flucht, Zwang und Verzweiflung beobachtet sie ihre Umgebung ungeheuer scharf und oft liebevoll. Spannender, detail-

reicher und erschreckender Bericht aus dem Innern der Psychiatrie der 70er Jahre (2005).

- *Stöckle, Tina: Die Irren-Offensive – Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieüberlebenden*. Über die Entwicklung einer Alternative zur Psychiatrie vor dem Hintergrund umfangreicher Interviews zur Biographie von Psychiatriebetroffenen und über die Praxis der frühen, in dieser Form nicht mehr bestehenden Irren-Offensive Berlin (2005).

Peter Lehmann & Uta Wehde, Berlin

Literatur

- Boevink, W. (Hrsg.). (2006). *Recoverygeschichten – Das gemeinschaftliche Erarbeiten von Erfahrungswissen in der Psychiatrie*. Utrecht: Trimbo-instituut. Informationen unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/pdf/recovery.pdf.
- Buck-Zerchin, D. S. (2005). *Auf der Spur des Morgensterns – Psychose als Selbstfindung* (erweiterte Neuauflage). Neumünster: Paranus.
- Hausotter, A. (2008). *Der Gott Teufel – Innenansicht einer Psychose* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Linz: Editon pro mente.
- Kempker, K. (Hrsg.). (1998). *Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus*. Berlin: Antipsychiatrieverlag.
- Kempker, K. (2000). *Mitgift – Notizen vom Verschwinden*. Berlin: Antipsychiatrieverlag.
- Klafki, H. (2006). *Meine Stimmen – Quälgeister und Schutzengel: Texte einer engagierten Stimmenhölerin*. Berlin: Antipsychiatrieverlag.
- Lauveng, A. (2008). *Morgen bin ich ein Löwe – Wie ich die Schizophrenie besiegte*. München: btb.
- Lehmann, P. (Hrsg.). (2008). *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern* (3., aktualisierte und erweiterte Auflage). Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag.
- Lehmann, P. & Stastny, P. (Hrsg.). (2007). *Statt Psychiatrie 2*. Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag.
- Rameder, R. (2010). *Der verlorene Sohn*. St. Gallen: i-books.
- Reuter, E. (2005). *Gehirn-Wäsche – Macht und Willkür in der „systemischen Psychotherapie“ nach Bert Hellinger*. Berlin: Antipsychiatrieverlag.
- Stein, V. (2005). *Abwesenheitswelten – Meine Wege durch die Psychiatrie* (3. Auflage). Tübingen: Attempto.
- Stöckle, T. (2005). *Die Irren-Offensive – Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieüberlebenden* (Neuauflage). Berlin: Antipsychiatrieverlag.

Zu den AutorInnen

Peter Lehmann, geb. 1950 in Calw (Schwarzwald). Dr. h. c. (Thessaloniki), Dipl.-Sozialpädagoge, Autor und Verleger in Berlin. Bis September 2010 langjähriges Vorstandsmitglied im Europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen. Publikationen u. a.: *Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen* (6. Aufl. 2010); *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern* (3. Aufl. 2008).

Uta Wehde, geb. 1963, Psychologin, seit 1994 Geschäftsführerin der Ambulanten Dienste e. V. Berlin.

1989 Gründungsmitglied des Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e. V., Konzeptionierung und Realisierung des Berliner Weglaufhauses, Vorstandstätigkeit bis 2001. 2002 Gründungsmitglied von Für alle Fälle e. V., seither im Vorstand. Psychiatriekritische Veröffentlichungen und Beiträge auf Kongressen und Tagungen. Autorin von *Das Weglaufhaus – Zufluchtsort für Psychiatriebetroffene: Erfahrungen, Konzeptionen, Probleme* (1991).

Korrespondenzadressen

www.peter-lehmann.de
uta.wehde@gmx.de