



Trialog statt Monolog

Konzepte der Beteiligung von Anfang an

Dortmund 15.6.2011

Prof. Dr. Thomas Bock

Universitätsklinik Eppendorf, Irre menschlich Hamburg

Übersicht

1. Dialog - Basis von Beteiligung

Ziele, Voraussetzungen, Wirkung, Ebenen

2. Anthropologische Aspekte - Teilhabe als Mensch

Von unzulässigen Vereinfachungen zu gemeinsamer Entängstigung

3. Sinn-Bedürfnis - Weg zur inneren Teilhabe

Hamburger SuSi-Projekt - dialogische Forschung

4. Psychose und Eigensinn - Respekt statt Ausschluss

„Höllenhunde“ vor der Psychiatrie?

5. Neue Ideen integrierter Versorgung

Mehr Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen

Ausgangsthese

- Wege zur Beteiligung werden am Anfang gebahnt oder blockiert. Entscheidend sind Krankheits- und Therapieverständnis inkl. Versorgungsstruktur.
- Beteiligung an der eigenen Genesung und Ex-In-Idee müssen sich ergänzen.

(1) Wesen des Dialogs

besonderer Sprachraum - lehrreich für Beteiligung

- Begegnung auf *Augenhöhe* - als Experten
- *Wechselseitige* Fortbildung
- Abbau *wechselseitiger* Vorurteile
- Austausch *subjektiver* Perspektiven
- Ringen um *offenes* Verständnis
- Entwicklung gemeinsamer Sprache
- „Herrschaftsfreier Diskurs“ (Habermas)
- *Dialog* üben – auch für den Alltag
- Empowerment vor Compliance (vgl. Psychoedukation)

Individuelle Wirkung

- Therapie ohne Absicht (Erfahrene)
- Familientherapie ohne Familie (Angehörige)
- Dreifach-Supervision ohne Bezahlung (Profis)
- Rechtzeitige Verunsicherung (Studierende)

Diverse Paradoxien!

- Veränderung möglich, weil nicht Bedingung/Ziel
- Verstehen aus Entfernung leichter

Verschiedene Ebenen des Dialogs und der Beteiligung

- **Psychose-Seminar:** wechselseitige Fortbildung, Übung
- **Praxis:** Behandlungsvereinbarung, Initiale Behandlungskonferenz
- **Antistigma-Projekte:** z.B. Irre menschlich Hamburg
- **Forschung:** z.B. Hamburger SuSi-Projekt
- **Theorie:** Respekt vor Subjektivität, anthropologische Sicht
- **Lehre, Fortbildung, Zeitschriften:** z.B. „InBalance“
- **Qualitätssicherung:** z.B. dialogische Beschwerdestellen
- **Psychiatrieplanung:** Beiräte, PSAG, Integrierte Versorgung
- **Dialogforen anderer Diagnosen:** Borderline, Bipo, Zwang
- **Peer-Beratung:** Experienced-INvolvement + Angehörigen-Peers

Teilhabe der Angehörigen

- **Eltern:** *Was haben wir falsch gemacht?* Balance zw. Bindung und Autonomie
- **Geschwister:** *Warum er/sie, nicht ich?* „Überlebensschuld“ Katalysatorfunktion!
- **Partner:** Krankheit oder Beziehung? *Warum tut er/sie mir das an?* Balance zwischen Nähe und Distanz
- **Kinder:** mystische Sicht. *Wie kann ich Mama/Papa retten?* Entlastung, Beistand in Krisen
- **Freunde/Peers:** *Wieso verändert er/sie sich?* Passt er/sie noch zu uns? Aktive Info und Einbeziehung

Psychose und Sprache

Zitate Studie „Naturgeschichten“

„Ich glaube, dass man auf (einige) Medikamente verzichten könnte, wenn man die Sprachdimension erweitern würde, also versucht die psychotischen Elemente noch mehr in Sprachen und Bildern rüberzubringen Das Eindimensionale, das halten wir Psychotiker nicht aus!Psychiater sollten nicht Manuale lesen, sondern Weltliteratur“ (Bock, Lichtjahre, 2003)

(2) Vereinfachung verhindert Teilhabe von Anfang an

- *„Warum ist Herr x psychotisch?“ - „Er hat eine Psychose“*
- *„Warum ist Frau M. so aufgeregt?“ - „Sie agiert. / Sie ist manisch“.*
- *„Oh nicht schon wieder ein Borderliner, die spalten das Team“.*
- *„Frau P. hört Stimmen. Sie hat eine Schizophrenie“.*
- *„Herr S. nimmt die Pillen nicht. Er ist noncompliant“.*

„Wie gesund ist krank?“

innere Teilhabe statt Entfremdung

- **Ängste:** zunächst (Selbst)Schutz vor Gefahr, *Risiko:* Verselbständigung, Verallgemeinerung, Zuspitzung, Lähmung und Panik
- **Zwänge:** Rituale geben Halt, Schutz vor Zerfall *Gefahr:* Einengung, Blockade, Gefängnis
- **Depression:** emotionaler Totstellreflex, Schutz *aber:* Eigendynamik, Verlust von Zeitgefühl, Verzweiflung, Leere, Selbstgefährdung
- **Manie:** Flucht nach vorne, raus aus Überanpassung *aber:* übers Ziel hinaus, ohne Halt - eigene Maßstäbe finden; Ungewöhnliches in Alltag, statt für Manie

Anthropologische Aspekte Psychosen

Was haben Psychosen mit dem Mensch-sein zu tun?

- Jede Psychose ist anders Symptome erzählen Geschichten
- Jedem Menschen möglich Schwellen für Überflutung u. Reizentzug
- Durchlässigkeit in beide Richtungen „paranoidhalluzinatorisch“
- Wie Traum - ohne Schutz des Schlafs Wunsch- u. Angstanteile
- Rückgriff auf kindliche Wahrnehmung Warum jetzt wieder?
- In Zeiten, die für jeden kritisch Verlust an Selbstverständlichkeit
- Spannungsfelder, die für jeden gelten, existentieller
z.B. Nähe und Distanz, Anpassung und Widerstand, Bindung und Autonomie

Psychosen auch anthropologisch verstehen

„Menschen müssen im Unterscheid zu anderen Lebewesen um ihr Selbstverständnis/-gefühl ringen. Es gehört zu unseren Möglichkeiten, an uns zu zweifeln und dabei auch zu verzweifeln, über uns hinaus zu denken und uns dabei auch zu verlieren ...

Wer darüber psychotisch wird, ist also kein Wesen vom anderen Stern, sondern zutiefst menschlich“.

(trialogischen „blauen“ Broschüre: „Es ist normal, verschieden zu sein“)

(3) Eigensinn und Psychose

- **Sinne gehen eigene Wege**
Nerven im Hörzentrum nur zu 1/3 vom Ohr
- **Suche nach Eigenem und nach Sinn**
Verbindung von Psychotherapie *und* Sozialpsychiatrie
- **Psychose als Form des Eigensinns**
Unverständlichkeit als „letzter Hort von Eigenheit“, Respekt nötig,
Kreativer Umgang mit Strukturen (z.B. Integrierte Versorgung)
- **eigener Sinn der Psychose**
Subjektive Bedeutung, Sinn-Bedürfnis (s. Hamb.SuSi-Projekt)

Ist Eigensinn für Sie lebenswert/anstrengend?

Empfinden Sie sich als eigensinnig?

Ebenen des subjektiven Sinn

Entstehung
der Psychose

*„Meine Psychose hat mit meiner
bisherigen Lebenserfahrung zu tun.“*

**Bezug zu
Lebensereignissen**

*„Psychose ist vom Himmel
gefallen*

**Unbelastete
Vergangenheit**

Symptom-
erleben

*„In meiner Psychose fühle ich mich
lebendiger.“*

positiv

*„In meiner Psychose war ich
stark verunsichert.“*

negativ

Auswirkungen
der Psychose

*„Seit meiner Psychose besseren Zugang zu
meinen inneren Impulsen.“*

positiv

*Seit meiner Psychose habe ich das
Vertrauen in mich verloren.“*

negativ

Antworttendenzen

- Über 75% sehen Lebensereignisse in Zusammenhang mit der Entstehung der Psychose.
- Knapp 50% erleben die Psychose auch positiv.
- Nur knapp 40% stimmen eher negativen Auswirkungen der Psychose zu.
- 60% betonen auch konstruktive Veränderungen, die mit der Psychose einhergehen.

Zusammenhänge

- Wer Bezug zu Lebensereignissen herstellt, betrachtet aktuelle Symptome eher positiv und die Zukunft eher optimistisch.

Auftrag an Psychotherapie (Salutogenese/Kohärenz)

- Wer Symptome als belastend erlebt, befürchtet auch eher negative Auswirkungen.

Auftrag an Psychiatrie (Beistand, Entlastung)

Vergleich mit anderen schweren Erkrankungen?

„Ist der Mensch 'auf der Suche nach Sinn' fündig geworden, dann wird er glücklich. Auf der anderen Seite wird er dann aber auch leidensfähig. Leiden bringt nämlich den Menschen nicht an und für sich zur Verzweiflung. Sondern nur Leiden, das ohne Sinn zu sein scheint, führt zur Verzweiflung.“

VIKTOR FRANKL

(4) Teilhabe auch für Eigensinnige?

„Höllenhunde“ am Eingang der Psychiatrie

„Krankheitseinsicht“

Patient denkt wie Arzt

- Vorleistung des Patienten?

oder

- primär unsere Aufgabe?

Wer nimmt Einsicht in was?

„Compliance“

Patient tut, was Arzt will

- Unterwerfungsritual des Patienten?

oder

- Ergebnis gemeinsamer Anstrengungen?

Wieviel Eigensinn tut gut?

Noncompliance oder Eigensinn?

Noncompliance

- Krankheitsmerkmal?
- Schlechte Prognose?
- Misslungene Kooperation

Eigensinn

- Herausforderung
- Ringen um Autonomie
- Lebensqualität

Andere Kooperationskultur:

- Unbedingter Gehorsam - schlechtes Zeichen
- Eigensinn - Ringen um Identität gute Prognose, Besonderes Beziehungsangebot
- Teilhabe braucht Partnerschaft

(5) Eigensinnige Strukturen: Psychiatriereform auf halbem Weg

- Beseitigung inhumaner Zustände in Anstalten!
- Sozialpsychiatrische Institutionen!
Tageskliniken, Ambulanzen, „Komplementäre“ Institution.
- Personenzentrierung!
vom Wohnheim zum Betreuten Wohnen, von WfB zur geschützten Arbeit
aber
- Politische Grenzen?
Finanzierungsstrukturen, Probleme mit Wohnraum, Arbeit, Stigma
- Beziehungsqualität, -kontinuität?
Reduktionistisches oder anthropologisches Verständnis? Teilhabe?
Partizipation oder Patriarchat? Psychotherapie ein Privileg?
- Experienced-INvolvement
Peer-Berater, Genesungshilfe; zweite Ebene der Partizipation

Irre menschlich Hamburg

Beispiel für eine „trialogische Bürgerinitiative“

- Trialogischer Verein u. Uniklinik-Projekt
- Info für Journalisten „aus erster Hand“
- Schulprojekte (Toleranz und Sensibilität)
- Betriebsprojekte
- Fortbildung Gesundheitsberufe, Lehrer, Pastoren, Polizei,
neu: Wohnungswirtschaft, Quartiere
- Kulturprojekte, Ausstellungen, Filme u.a.

www.irremenschlich.de

Beispiel: *EX*perienced-*In*volvement

Einsatz Erfahrener in Versorgung

- Als Genesungsbegleiter
- Im Hometreatment
- Bei „eigensinnigen“ Patienten
- Als Peer-Berater in psychosoz. Versorgung
- Als Peer-Berater in Schulen
- In Beschwerdestellen, Qualitätssicherung

.....

www.ex-in.de

ENperienced-INvolvement Curriculum

- EU-Förderung in 6 Ländern
- Grund- und Aufbaukurse mit je 6 Modulen
z.B. recovery, Trialog, empowerment, Versorgungsstruktur
- Vom Ich- zum Wir-Wissen
- 2 Praktika, Portofolio
- Die eigenen Stärken / Ziele entwickeln

ENperienced-INvolvement Umsetzung

- Je 5 Generation in Hamburg und Bremen
- Trainerkurse, Tandemkonzept
- Einsatz von Peers in vielen Bereichen
- Peerprojekt „Gesundheitsmetropole“ Hamburg
- Ziel: Finanzierung ARGE, Träger, Kassen

Voraussetzungen für Beteiligung

von Anfang an - Zusammenfassung (1)

- Teilhabe erfordert mehr Selbstverständlichkeit im Umgang mit psychischen Besonderheiten.
- Krankheitseinsicht ist zunächst Profi-Aufgabe, Kooperation das Ergebnis gemeinsamer Arbeit, Eigensinn bedeutet Lebensqualität.
- Sinn-Bedürfnis ernst nehmen als Weg zu mehr Kohärenz
- Beteiligung kann nur gelingen, wenn auch die Angehörigen teilhaben (direkt oder indirekt)
- Beteiligung hat Basics: Gruppenarbeit, Angehörigenarbeit, Förderung von Selbsthilfe

Voraussetzungen für Beteiligung

von Anfang an - Zusammenfassung (2)

- Teilhabe braucht Räume für Eigenheit und Sinn
Psychotherapie + Sozialpsychiatrie/Sozialraum
- Teilhabe braucht Integrierte Versorgung aber mit
anderer Haltung nicht die alte Psychiatrie in die Wohnzimmer
- Teilhabe hat politische Voraussetzungen,
erfordert Wohnraum, Arbeit, Zugang zu Kultur
- Teilhabe gelingt über gemeinsame dialogische
Aktivitäten z.B gegen Vorurteile, für Aufklärung
- Eine Kultur der Teilhabe braucht Erfahrene als
Peer-Helfer, Genesungshelfer usw.

Gründe für Zusammenarbeit

Stellungnahme einer Betroffenen bei Dachverbands-Tagung

„Ich will in meinem So-Sein angenommen, in meinem Geworden-sein, verstanden und in meiner Lebensperspektive ermutigt werden“

Gwen Schulz, Ex-In, Irre menschlich Hamburg

*„Das Einzige, das mich von meinen
psychotischen Patienten unterscheidet,
ist meine Fähigkeit, sie gesünder zu sehen,
als sie das z.Z. können“.*

Prof. Thea Schönfelder, Pionierin der Familientherapie

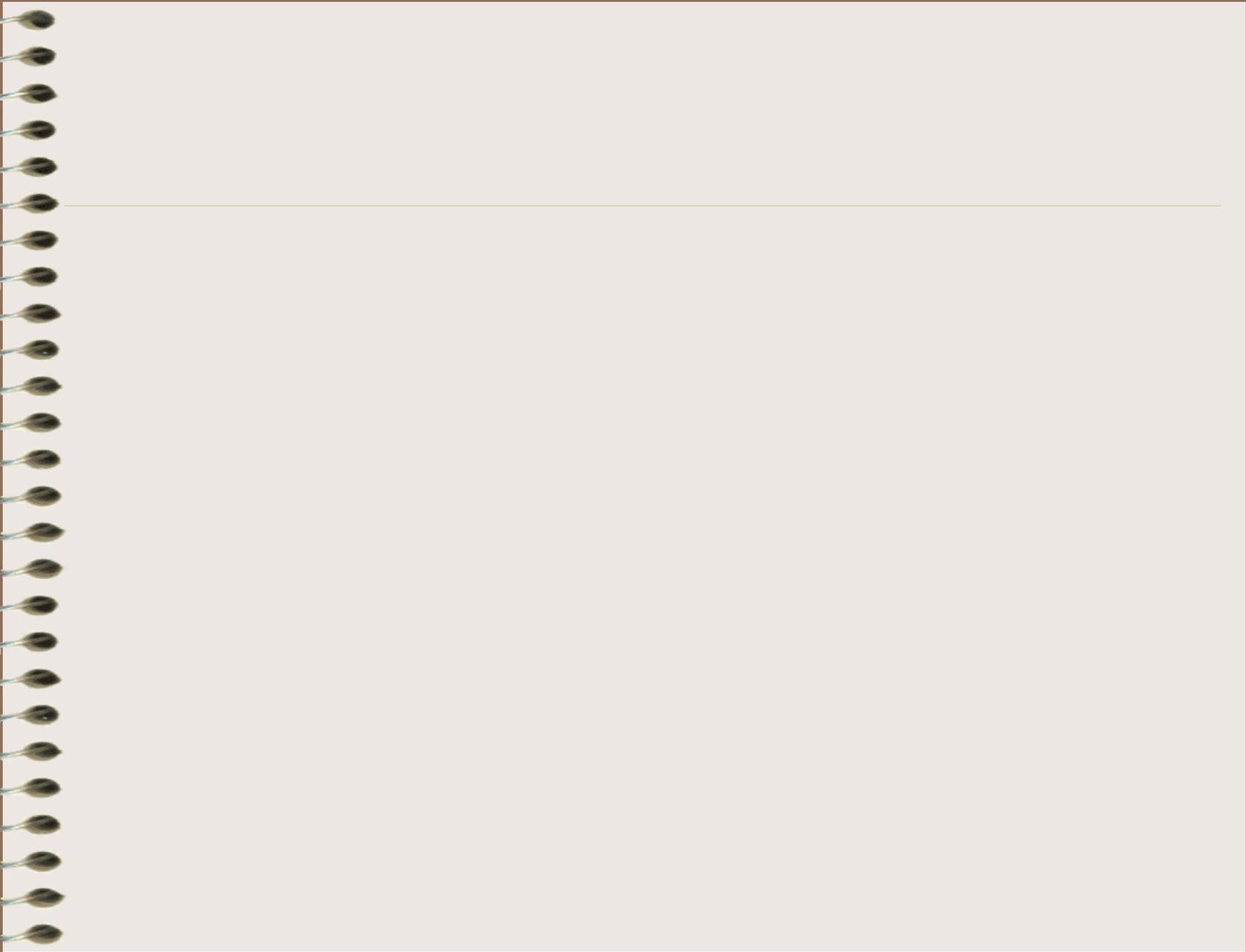
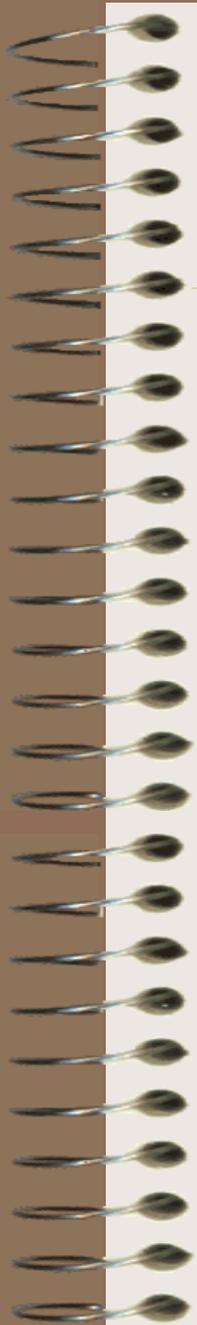
Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Zur Anzeige wird der QuickTime™
Dekompressor „TIFF (LZW)“
benötigt.

„Noncompliance“ als Beziehungsangebot

Beispiel:

„Der Kellergeist“



Unzulässige Vereinfachungen

in der Theorie

- „Psychosen werden *nicht* vererbt“
Vulnerabilität, gen. Potential 50%, Gene müssen „geweckt“ werden
- „Hirnstoffwechsel verursacht *keine* Psychosen“ somat.
Eigendynamik *nach* psych. Belastung, Gehirn „gebahnt“
- „Familienatmosphäre (HEE) und Rückfälle“ keine
Ursache, sondern Wechselwirkung. Entlastung entscheidend
- Rückfälle vermeiden? - nicht um jeden Preis
Vermeiden des Lebens? Zunahme Negativsymptome/Depression?

Exkurs: Teilhabe + Stigmatisierung

Definition: „Zuordnung negativ bewerteter Merkmale“ geschieht durch uns!

- **Ein historisches Problem** Vorurteile von heute = Fehler der Psychiatrie von gestern: *Verantwortung der Psychiatrie*
- **Ein aktuelles Problem** abhängig von Sprache/Beziehung in der Psychiatrie: *nur im Dialog glaubwürdig*
- **Ein kulturelles gesellschaftliches Problem** abhängig vom Menschenbild - *präventive Aufgaben*

Neuroleptika: Grenzen wahrnehmen

Behandlung oft = Pharmakotherapie, Psychotherapie vorenthalten

- Ein Teil auch ohne Medikation wieder gesund
- 10-15% Non-responder
- Ergebnisse zu Wirksamkeit interessensabhängig
- Nebenwirkungen + Toxizität (Typika/Atypika)
- Wirkung abhängig von subjektive Sinn
- Placeboeffekt verweist auf Bedeutung v. Hoffnung
- Compliance auch abh. von Chemie der Beziehung
- Psychol. Nebenwirkung: z.B. bzgl. Verantwortung

Psychosen: „Beziehungs-Test“ für Psychotherapie

- **VT:** vom Konditionieren zur Kognition
 - **GT:** von der Enthaltbarkeit zur Präsenz
 - **PA:** Von der Unsichtbarkeit zum Gegenüber
 - **Systemik:** Vom „Kaltschneuzigen Managen“ zur offenen Anteilnahme
 - **Familientherapie:** „Parteilich“ für alle
-

- 
- Im Umgang mit Psychosen werden alle Psychotherapieschulen „beziehungsfähiger“.
 - Alle brauchen Respekt für Subjektivität, Psychose-Inhalten, Biographie, Beziehung, familiären/sozialen Rahmen.
 - Die „Gruppe der Schizophrenen“ braucht die Gruppe der Psychotherapeuten.
 - Integration von Fühlen, Denken, Handeln: Es ist kein Zufall, dass Psychosen uns zusammenführen!

Abschlussthesen

- Gute Psychiatrie braucht Psychotherapie, doch Psychotherapie braucht mehr als Pathologie.
- Leitlinien fordern Psychosen-Psychotherapie, die Realität ist anders. Einzel-, Familien-, Gruppensetting
- Psychose-Erfahrene brauchen eine besondere Wahrnehmungs- und Beziehungskultur.
Respekt vor Eigensinn und Sinnbedürfnis
- Um das zu verwirklichen, müssen sich Haltungen und Rahmenbedingungen ändern.
Ausbildung, Abrechnung, Strukturen
- Integration gerade bei Psychosen-Psychotherapie!
Es ist (k)ein Wunder, dass wir es gerade hier schaffen

(1) Wesen und Ziele des Dialogs

ein sehr besonderer Sprachraum

- Begegnung auf *Augenhöhe* - als Experten
- *Wechselseitige* Fortbildung
- Abbau *wechselseitiger* Vorurteile
- Austausch *subjektiver* Perspektiven
- Ringen um *offenes* Verständnis
- Entwicklung gemeinsamer Sprache
- „Herrschaftsfreier Diskurs“ (Habermas)
- *Dialog* üben – auch für den Alltag

Rahmenbedingungen

- Öffentlicher Raum
- Gemeinsame Einladung
- Zeitrahmen
- Größe
- Bescheidenheit der Profis
- Moderation
- Bemühen um gemeinsame Sprache

Individuelle Wirkung

- Therapie ohne Absicht (E)
- Familientherapie ohne Familie (A)
- Dreifache Supervision ohne Bezahlung (P)
- Rechtzeitige Verunsicherung (S)

Diverse Paradoxien!

- Veränderung möglich, weil nicht Bedingung/Ziel
- Verstehen aus Entfernung leichter

Qualitätsmerkmale

Psychoseseeminare

Psychoedukation

Teilnehmer:

- Dialog

- Schiz. Patienten

Inhalt:

- Geschichten, subjekt. Perspekt.

- Wissen, allg. Ps.-verständnis

Ziel:

- Empowerment

- Compliance

Lernen:

- Wechselseitig

- Einseitig

Themen:

- Gemeinsam

- Ärztlich definiert

Rollen:

- Offen

- Traditionell

Sprache:

- Allgemein

- Klinisch (?)

Anonymität:

- Möglich

- Unüblich

Teilnahme:

- selbstbestimmt

- Indikation

Sicht/Fragen verschiedener Angehöriger

- **Eltern:** *Was haben wir falsch gemacht?* Balance zw. Bindung u. Autonomie, „Gleichzeitigkeit“ - mobile Krisenintervention
- **Geschwister:** *Warum er/sie, nicht ich?* „Überlebensschuld“, Enttäuschung - Einbindung, Katalysatorfunktion!
- **Partner:** *Warum tut er/sie mir das an?* Krankheit o. Beziehung? *Was kann ich tragen?* Balance zw. Nähe und Distanz, eigene Grenzen
- **Kinder:** *Wie kann ich Mama/Papa retten?* mystische Sicht. Entlastung, Beistand in Krisen - Entlastung von Schuldgefühl
- **Freunde/Peers:** *Wieso verändert er/sie sich? Passt er/sie noch zu uns?* Funktion, Drogen? - Aktive Info, Einbeziehung

Zwei Kulturen

Behandlung

Untersuchen

Objektivität

Wissen anwenden



Triolog

Suchen

Subjektivität

Geschichten erzählen



(2) Verschiedene Ebenen des Dialogs

- **Psychose-Seminar** wechselseitige Fortbildung, Übung
- **Praxis** Behandlungsvereinbarung, Initiale Behandlungskonferenz
- **Antistigma-Projekte** z.B. Irre menschlich Hamburg
- **EXperienced Involvement** Einsatz Erfahrener in der Praxis
- **Theorie** Respekt vor Subjektivität, anthropologische Sicht
- **Forschung** z.B. Hamburger SuSi-Projekt
- **Lehre, Fortbildung, Zeitschriften** z.B. „InBalance“
- **Qualitätssicherung** z.B. dialog. Beschwerdestellen
- **Psychiatrieplanung** Beiräte, PSAG, Integrierte Versorgung
- **Dialogforen anderer Diagnosen** Borderline, Bipo

Praxis: Behandlungsvereinbarung

Verschiedene Ebenen des Dialogs (1)

- Entstanden im Psychoseseminar Bielefeld
- Reduktion von Zwangsmaßnahmen
- Einbeziehung von Dritten
- Mehr Kontinuität
- Mitgestaltung
- Empowerment

Vertrauensbildende Maßnahme

Praxis: Initiale Behandlungskonferenz

Verschiedene Ebenen des Dialogs (2)

Insbesondere für Ersterkrankte:

- Gemeinsame Absprachen als Basis
- Alle Beteiligte selbstverständlich einbeziehen
- Bezug zu alltäglichen Konflikten
- Wieder-Aneignung psychotischer Symptome
- Behutsame Diagnostik / Medikation
- Home treatment

Je früher, desto vorsichtiger

„Irre menschlich Hamburg“

Verschiedene Ebenen des Dialogs (3)

- **Wurzeln:** Kinderbücher Bettelkönigin/Pias, Psychoseseminar: vom Abbau wechselseitiger Vorurteile zum gemeinsamen Kampf gegen öffentliche Vorurteile
- **Basis:** Dialog von Erfahrenen, Angehörigen, Profis - nur gemeinsam glaubwürdig
- **Struktur:** Gemeinnütziger Verein, Anbindung Uniklinik
- **Entscheidend:** Authentische Informationen und Begegnung



Aufgaben „Irre menschlich Hamburg“

- **Fortbildung für Journalisten** Info aus 1.Hand
- **Infoprojekte in Schulen** Mehr Toleranz u. Sensibilität
- **Infoprojekte mit Firmen** u.a. Wohnungswirtschaft
- **Fortbildung** Gesundheitsberufe, Lehrer, Jugendhilfe
Pastoren, Polizisten, Wohnungsfirmer
- **Tage der offenen Tür** „Psychiatrie macht Schule“
- **Kultur, Hörfunkspot, Website**



Angebot an Schulen

- Beratung von Lehrern
- Bereitstellung von Medien
- Informations- und Begegnungsprojekte
 - Psychosen, Depression u. Manie, Selbstverletzung, Essstörungen, Drogen, Persönlichkeitsstörungen u.a.
- In Schwerpunktschulen
 - Langfristige Perspektive „seel. gesunde Schule“
 - Peer-Beratung
 - Info für Lehrer, Eltern

Irre
menschlich



Hamburg

Ziele der Schulprojekte

Prävention *und* Teilhabe

- Abbau von Vorurteilen
- Zuwachs von Toleranz im Umgang mit anderen
- Zuwachs an Sensibilität im Umgang mit sich selbst
- Auseinandersetzung mit Krankheit ...
- ... und mit Lebenszielen und – konflikten

Für ReferentInnen

- Teilhabe, „Inklusion“
- Zuwachs an Selbstbewusstsein

Irre
menschlich



Hamburg

Beispiel: *EX*perienced-*IN*volvement

Verschiedene Ebenen des Dialogs (4)

- EU-Projekt (Curriculum mit ind. Portfolio)
 - Vom Ich- zum Wir-Wissen,
 - Nutzen des Erfahrungswissens
 - Arbeit mit recovery, empowerment, Dialog u.a.
- Einsatz (vgl. Ex-user im Suchtbereich)
 - Als Genesungsbegleiter, Peer-Berater
 - beim betreuten Wohnen, in Kliniken usw.
 - im Hometreatment bei eigensinnigen Patienten
 - In Beschwerdestellen, Qualitätssicherung
 - In Jugend- und Altenhilfe

(3) Sinn-Bedürfnis ernst nehmen

Dialog in der Forschung

Extrempositionen:

- *“Psychosen sind sinnlos und zufällig. Hirnstoffwechsel entgleist ohne Bezug zum Erleben. Symptome zu hinterfragen, sinnlos und schädlich”.*
- *“Psychotische Erfahrung verschafft ungewohnten und überwältigenden Zugang zu unbewussten Erlebnissen und Konflikten. Aufarbeitung notwendig für nachhaltige Stabilisierung. Symptomreduktion mit Medikamenten kann helfen, doch nur im Rahmen einer tragenden, reflektierenden Beziehung, um das Erlebte zu integrieren”.*

Kann man subjektiven Sinn erfassen?

Hamburger SuSi-Projekt

- Expertenbefragung, Fokusgruppen,
- Fragebogen, Probelauf bei ca. 100 Patienten
(Hamburg / Oldenburg; ambulant / stationär / Dialog)
- Faktorenanalyse
- Validierung durch 10% Tiefeninterviews
- 2. Untersuchung an 450 Befragten
(aus 15 Regionen, 3 Ländern)
- Verbindung mit Lebensqualität, Schwere der Erkrankung, Krankheitskonzept

Große Resonanz, Enormes Sinn-Bedürfnis

Ebenen des subjektiven Sinn

Entstehung
der Psychose

*„Meine Psychose hat mit meiner
bisherigen Lebenserfahrung zu tun.“*

**Bezug zu
Lebensereignissen**

*„Psychose ist vom Himmel
gefallen*

**Unbelastete
Vergangenheit**

Symptom-
erleben

*„In meiner Psychose fühle ich mich
lebendiger.“*

positiv

*„In meiner Psychose war ich
stark verunsichert.“*

negativ

Auswirkungen
der Psychose

*„Seit meiner Psychose besseren Zugang zu
meinen inneren Impulsen.“*

positiv

*Seit meiner Psychose habe ich das
Vertrauen in mich verloren.“*

negativ

Antworttendenzen

- Über 75% sehen Lebensereignisse in Zusammenhang mit der Entstehung der Psychose.
- Knapp 50% erleben die Psychose auch positiv.
- Nur knapp 40% stimmen eher negativen Auswirkungen der Psychose zu.
- 60% betonen auch konstruktive Veränderungen, die mit der Psychose einhergehen.

Zusammenhänge

- Wer Bezug zu Lebensereignissen herstellt, betrachtet aktuelle Symptome eher positiv und die Zukunft eher optimistisch.

Auftrag an Psychotherapie (Salutogenese/Kohärenz)

- Wer Symptome als belastend erlebt, befürchtet auch eher negative Auswirkungen.

Auftrag an Psychiatrie (Beistand, Entlastung)

Vergleich mit anderen
schweren Erkrankungen?

Zitat „Sinn und Leid“

„Ist der Mensch 'auf der Suche nach Sinn' fündig geworden, dann wird er glücklich. Auf der anderen Seite wird er dann aber auch leidensfähig. Leiden bringt nämlich den Menschen nicht an und für sich zur Verzweiflung. Sondern nur Leiden, das ohne Sinn zu sein scheint, führt zur Verzweiflung.“

(V. Frankl, 1997, S. 265)

(4) Dialog schützt vor Vereinfachungen in der Praxis

- *„Warum ist Herr x psychotisch?“ - „Er hat eine Psychose“*
- *„Warum ist Frau M. so aufgeregt?“ - „Sie agiert.“*
- *Frau P. hört Stimmen. - Sie hat eine Schizophrenie.*
- *Herr S. nimmt die Pillen nicht. Er ist noncompliant.*
 - objektivierende/stigmatisierende Sprache
 - keine Beziehung, kein Verstehen

Schutz vor Vereinfachung

in der Theorie

- „Psychosen werden *nicht* vererbt“
Vulnerabilität, Potential, Gene wecken
- „Hirnstoffwechsel verursacht *keine* Psychosen“
„Biologische Narbe“, Gehirn „gebahnt“
- „Familienatmosphäre (HEE) und Rückfälle“
keine Ursache, Wechselwirkung
- Rückfälle vermeiden? - nicht um jeden Preis
Zunahme Negativsymptome/Depression

„Wie gesund ist krank?“

eine Übersicht

- **Ängste:** zunächst (Selbst)Schutz vor Gefahr,
Risiko: Verselbständigung,
Verallgemeinerung, Zuspitzung, Lähmung und
Panik
- **Zwänge:** Rituale geben Halt, Schutz vor Zerfall
Gefahr: Einengung, Blockade, Gefängnis
- **Depressionen:** emotionaler Totstellreflex, Schutz
aber: kognitive/affektive Teufelskreise,
Verzweiflung, Leere, Selbstgefährdung

- **Manien:** Flucht nach vorne, aus Überanpassung, Grenzen sprengen o. Befreiung, Abwehr Verzweiflung
aber: Selbstgefährdung, sozialer Schaden
- **Psychosen:** Reizoffenheit/ Dünnhäutigkeit, Traum ohne Schlaf, Rückgriff kindliche Wahrnehmung, Wiederbeleben von Vergangenheit, extremer Eigensinn, *bis zum:* Verlust eigener Grenzen

Komorbidität - Addieren oder verstehen?

Anthropologische Aspekte von Psychosen

„Menschen müssen im Unterscheid zu anderen Lebewesen um ihr Selbstverständnis/-gefühl ringen. Es gehört zu unseren Möglichkeiten, an uns zu zweifeln und dabei auch zu verzweifeln, über uns hinaus zu denken und uns dabei auch zu verlieren ... Wer darüber psychotisch wird, ist also kein Wesen vom anderen Stern, sondern zutiefst menschlich ...“.

(dialogischen „blauen“ Broschüre: „Es ist normal, verschieden zu sein“)

(5) Umgang mit Eigensinn

„Höllenhunde“ am Eingang der Psychiatrie?

„Krankheitseinsicht“

Patient denkt wie Arzt

- Vorleistung des Patienten?

oder

- primär unsere Aufgabe?

Wer nimmt Einsicht in was?

„Compliance“

Patient tut, was Arzt will

- Unterwerfungsritual des Patienten?

oder

- Ergebnis gemeinsamer Anstrengungen?

Wieviel Eigensinn tut gut?

Noncompliance oder Eigensinn?

Noncompliance

- Krankheitsmerkmal?
- Misslungene Kooperation
- Schlechte Prognose?

Eigensinn

- Besond. Beziehungsangebot
- Ringen um Autonomie
- Lebensqualität (Rössler 2001)

Andere Kooperationskultur:

- Unbedingter Gehorsam = schlechtes Zeichen
- Eigensinn, Ringen um Beziehung = gute Prognose,

Zitat „Psychose und Sprache“

„Ich glaube, dass man auf Medikamente verzichten könnte, wenn man die Sprachdimension erweitern würde, also versucht die psychotischen Elemente noch mehr in Sprachen und Bildern rüberzubringenDas Eindimensionale, das halten die Psychotiker nicht aus!

Psychiater sollten nicht Manuale und Diagnoseschlüssel lesen, sondern Weltliteratur!“

Herr Adam, psychoseerfahren, lange unbehandelt (Bock „Lichtjahre“ 2003)

Zitat „Psychose und Erfahrung“

„Beim zweiten Mal hatte ich nur die Erfahrung vom ersten mal, beim 14 Mal die Erfahrung von 13 Psychosen. Die Angst wurde immer kleiner. ... Die großen Dinge im Leben - Geburt, Heirat, Trennung, Kündigung - habe ich hinter mir. Was kann jetzt noch kommen, das eine Psychose wert ist?“

Frau Beta, Lichtjahre 2003

Zitat „Psychose-Erleben“

„Ich sehe mein Leben dann ein bißchen aus anderer Perspektive, auch vom Ende, vom Tod her.... Es ist alles ein Wunder, ein ungemeines Ineinander. Es gibt keine Grenzen, keine Unterschiede, es hat alles mit allem Verbindung, und das kann man spüren, dass ist ganz großartig“.

Frau Dora „Lichtjahre“ 2003

Zitat „Krankheitseinsicht“

„Ich wurde zweihundertprozentig psychiatrisiert: Sie haben mir die Sätze aus dem Gehirn genommen, sie verdreht, und mir dann wieder eingesetzt. Ich habe eine totale Gehirnwäsche hinter mir.... Das ist so als ob man gegen ein Regime kämpft, das einen unterdrückt, und man dann von einer Partei unterstützt wird, die einem auf solche Weise hilft, dass es einem extrem unangenehm ist.“

Herr Gross, Lichtjahre 2003

Von der evidence based zur
Experienced based medicine

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

Trialogische Bücher: Stimmenreich, Achterbahn der Gefühle

Website: www.trialog-psychoseseminare.de

Aus dem Trialog lernen

- **Was bedeutet Trialog?** Im Psychoseseminar und darüber hinaus
Ziele, Voraussetzungen, Wirkung, Geschichte, Vergleich mit Edukation
- **Schutz vor Vereinfachungen**
Gelassenheit, vollständige Wahrnehmung, Dialogfähigkeit
- **Den Menschen ganzheitlich sehen**
anthropologische Aspekte von Psychosen
- **Widersprüchliche Konzepte überprüfen**
Versuch Krankheitseinsicht, Compliance neu zu definieren
- **Strukturelle Lehren**
Einbeziehung der Familie, Kontinuität

Eigensinn und Psychose

- Sinne gehen eigene Wege

Nerven im Hörzentrum nur zu 1/3 vom Ohr

- eigener Sinn der Psychose

Subjektive Bedeutung, Sinn-Bedürfnis (s. Hamb.SuSi-Projekt)

- Suche nach Eigenem und nach Sinn

Verbindung von Psychotherapie *und* Sozialpsychiatrie

- Psychose als Form des Eigensinns

Unverständlichkeit als „letzter Hort von Eigenheit“

„Noncompliance“ als Beziehungsangebot

Beispiel:

„Der Kellergeist“