

Warum sind die Erfahrungen von Psychiatrieerfahrenen für Professionelle wichtig?

Klaus Weise

Was ich Ihnen sagen möchte, gründet sich auf persönliche Erfahrungen vor allem in der Psychiatrieerfahrenen Szene. Dort stellt sich psychisches Kranksein und die Psychiatrie ganz anders dar, als in unserem professionellen Kontext, es ist eine andere Welt. Deren Kenntnis ist aber Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Gestaltung psychiatrischer Hilfen.

Das Thema, das mir Frau Dr. Munk gestellt hat, hat mich auf den ersten Blick irritiert. Die Frage, warum die Erfahrungen der Patienten für uns wichtig sind, erschien mir paradox. Ist das nicht eine Selbstverständlichkeit, die man nicht begründen muss? Was kann für den Arzt wichtiger sein, noch dazu in der Psychiatrie, in der es um die Erfahrungswelten der betroffenen Menschen geht? Auf den zweiten Blick hat es mir dann aber gefallen, weil gerade diese Paradoxie ein Schlaglicht wirft auf die Psychiatrie, ihr Menschenbild, ihr Krankheitsverständnis und ihren Umgang mit den Patienten. Für mich und vor allem auch für die Betroffenen liegt hier eines der Kernprobleme der Psychiatrie. Es geht um das naturwissenschaftliche Krankheitsverständnis, das den Patienten als Person und verantwortliches Subjekt mit seiner Geschichte und seinen Erfahrungen ausblendet. Dazu gehört auch das für den Patienten Wichtigste, das Erleben der Psychose und unserer psychiatrischen Interventionen. Wie tiefgehend und einschneidend die Erfahrungen mit der Psychiatrie für die Betroffenen sind, zeigt sich darin, dass sie sich als „Psychiatrieerfahrene“ definieren, das heisst, dass das, was mit ihnen geschieht, für ihre Identität bestimmend ist und andere Charakteristika, ihre Individualität, soziale Rollen etc. verdrängt.

Ich habe die Defizite des naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnisses am Beginn meiner Tätigkeit mit Enttäuschung erlebt. Ich bin Psychiater geworden, weil mich Menschen und ihre Schicksale interessierten und bekam es nun mit trockenen diagnostischen und symptomatologischen Kategorien nach Kurt Schneider zu tun, hinter denen der Mensch verschwand. Dieses Krankheitsverständnis ist, denke ich, nur die halbe, ich würde sogar sagen weniger als die halbe Wahrheit, weil sie die Wahrheit des Betroffenen nicht berücksichtigt. Ich will zunächst auf die Folgen dieser Perspektive eingehen, weil sich vor allem daraus die Bedeutung der Erfahrungen der Betroffenen ergibt. Es geht dabei um einen Trend, der mir gegenwärtig als Mainstream erscheint. Dabei bin ich mir bewusst, dass es auch andere Entwicklungen gibt. Ich möchte vier Aspekte aufzeigen.

1. Die psychotischen Erlebnisse werden nicht in ihrem Wesen gesehen, als sinnhafte Äußerungen eines Subjekts, die einen verstehenden Zugang erfordern,

als Appell an Verständnis ebenso wie als Wunsch sich selbst zu verstehen. Sie werden vielmehr verfremdet zu klinischen Symptomen eines organismischen Krankheitsprozesses, die zu beobachten und zu klassifizieren sind mit dem Ziel kausale Zusammenhänge zu erfassen und sie beherrschbar zu machen. Da die Psychose aufs Engste mit der Person und ihrer Geschichte verflochten ist, trifft das den ganzen Menschen, der zum Objekt wird, Persönlichkeit und Würde verliert und von Verständigungsprozessen abgekoppelt wird. An die Stelle der einmaligen Individualität treten Merkmale, die der Betroffene mit anderen gemeinsam hat: Symptome und Diagnosen. Das Gesagte trifft besonders auch auf die modernen Diagnosesysteme zu, in denen alles Menschliche ausgelöscht ist. Diese verdinglichende Wirkung des medizinischen Krankheitsverständnisses wird heute noch spezifisch verstärkt durch die alle Bereiche durchdringende Ökonomisierung, die Verwandlung eines Menschen mit psychischem Leiden in einen Kunden. Die medizinisch diagnostische Brille, die wir mit unserer professionellen Qualifizierung aufgesetzt bekommen, bestimmt aber nicht nur unsere Wahrnehmung in Richtung des medizinischen Modells auf Kosten der subjektiven Erfahrungen der Betroffenen. Sie prägt auch das Bild, das der Patient uns entgegen hält im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung. Dabei ist zu bedenken, dass die Psychose die intimsten Bereiche der Persönlichkeit betrifft, die den Menschen zutiefst berühren. Ihre Reduzierung auf abstrakte klinische Symptome wird als verletzendes Unverständnis, als Abwertung und Verunglimpfung erlebt. Das hält den Patienten auch oft ab, uns die Inhalte seiner psychotischen Erlebnisse mitzuteilen. Es ist so verständlich, dass sich der Widerstand der Betroffenen vor allem gegen die diagnostische Etikettierung richtet. Damit wird ein Zugang zum Patienten und seiner Psychose blockiert, ich würde sogar sagen, der wichtigste, der über das Verstehen, den Dialog.

2. Mehr oder weniger rasch fügen sich die meisten Patienten in einem Prozess der Selbstobjektivierung, der Abspaltung der psychotischen Erfahrungen der Autorität und der Definitionsmacht der Experten, ein Geschehen, das durch Psychopharmaka noch verstärkt wird. Das ist eine Identifikation mit dem Aggressor, die Verdrängung des Traumas psychiatrischer Interventionen. Damit wird dem Betroffenen ein ihm fremdes Verständnis seiner selbst und seiner Psychose übergestülpt auf Kosten seiner Identität. Auch der Patient wird so in der Auseinandersetzung mit der Psychose und den ihr zugrunde liegenden Widersprüchen, mit den Gründen eigenen Verhaltens behindert, sein Selbsthilfepotential gelähmt. Ich habe es immer als ganz schlimm empfunden, wenn Patienten ihre psychotischen Erfahrungen in der verfremdenden Terminologie unserer Psychopathologie darstellen. Aus der Labelingforschung ist ja bekannt, dass die diagnostische Etikettierung zu destruktiven Veränderungen der Identität und des Selbstbildes des Patienten führen.

3. Der Objektstatus der Betroffenen bedingt eine Asymmetrie im Therapeut-Patient-Verhältnis, hierarchische Beziehungen und strukturelle Machtverhältnisse in psychiatrischen Institutionen, die gemildert, auch in der

Gemeindepsychiatrie bestehen. Das bedeutet die Verlagerung von Kompetenz und Verantwortung auf die Professionellen auf Kosten des Selbsthilfepotentials, es entstehen auch hier Mechanismen von Hospitalismus und Ausgrenzung.

4. Die Umdefinition der Erfahrungen der Betroffenen zu Krankheitssymptomen wird von Angehörigen und dem Umfeld dankbar aufgenommen, weil sie zur Entlastung von Schuldgefühlen und Verantwortung führt, mit dem Ergebnis, dass der Patient auch im sozialen Raum von Verständigungsprozessen abgekoppelt wird. Störende, unbequeme, von den Eltern nicht akzeptierte Erlebnis- und Verhaltensweisen werden der Krankheit zugerechnet, die Beziehungen in der Familie zusätzlich gestört und die Wirksamkeit familiärer Ressourcen behindert.

In der Verobjektivierung des Patienten und der dadurch bedingten tiefen Kluft zwischen dem medizinischen Krankheitsmodell und dem subjektiven Krankheitsverständnis der Betroffenen sind die meisten Probleme der Psychiatrie begründet. So sind die antipsychiatrischen Tendenzen in der Psychiatrieerfahrenenbewegung im Grunde nur eine Antithese, ein Komplement zu einer Psychiatrie, die die Person des Betroffenen ausblendet. Die notwendige Kooperation der Psychiatrie mit der Psychiatrieerfahrenenbewegung wird erschwert. Auch die Schwierigkeiten mit Krankheitseinsicht und Compliance haben hier eine Ursache. Ich kann nicht Einsicht in ein Krankheitskonzept und seine therapeutischen Konsequenzen erwarten, die so wenig mit dem Erleben der Patienten zu tun haben. Das Problem ist also weniger die mangelnde Einsicht der Betroffenen, sondern das ungenügende Verständnis von Seiten der Psychiatrie, die Inkompatibilität von medizinischem Modell und subjektivem Krankheitsverständnis.

In diesen Zusammenhängen liegen auch Gründe für Zwang und Gewalt in der Psychiatrie, für Zwangseinweisungen, Zwangsbehandlungen und anderes. Hinzu kommt, dass solche für den Betroffenen in hohem Maß seelisch traumatisierenden Erlebnisse in der Psychiatrie nicht die genügende Beachtung finden. Gespräche über ihre Ursachen und Folgen, ihre Aufarbeitung scheinen mir eher die Ausnahme als die Regel zu sein, sie werden von beiden Seiten tabuisiert. Auch in der Forschung sind diese Probleme unterrepräsentiert.

Die Verfremdung seelischer Vorgänge mit ihren Folgen betrifft nicht nur die Menschen mit psychotischen Störungen des schizophrenen Formenkreises sondern alle Formen seelischer Erkrankungen. Sie ist vielmehr eine unvermeidliche „Nebenwirkung“ eines wissenschaftlichen Zugangs zur Welt im Rahmen instrumenteller Vernunft, der heute noch in Psychiatrie und Psychotherapie mit einem störungsspezifischen, diagnostisch-symptomatologisch orientierten Vorgehen dominiert. Das heisst natürlich nicht, dass ein solches naturwissenschaftliches Vorgehen überflüssig ist. Notwendig ist aber, dass es dialektisch aufgehoben wird in einer humanistischen Perspektive, einer teilnehmenden Beziehung. Beide Zugänge zur Wirklichkeit stehen in einem Komplementaritätsverhältnis.

Der zweite Hauptangriffspunkt der Psychiatrieerfahrenenbewegung ist die Psychopharmakotherapie. Auch hier spielt nach meinen Erfahrungen die Unterschätzung des Erlebens der Patienten eine wichtige Rolle. Das beginnt schon damit, dass von Seiten der Psychiatrie und Pharmaindustrie einseitig die somatischen Nebenwirkungen beachtet werden. Die psychischen Folgen werden, wenn überhaupt, am Rande, meist nur in Form depressiver Störungen erwähnt. Für Betroffene viel einschneidender sind aber die Abstumpfungen des Gefühlslebens, ein Zombiedasein und Störungen der Identität, die noch dazu nicht selten als Krankheitssymptome missdeutet werden.

Noch wichtiger ist aber, dass im Rahmen des medizinischen Modells die Medikamente als Hauptbehandlungsstrategie eingesetzt werden mit der Vorstellung, die psychotischen Symptome und den ihnen zugrunde liegenden Krankheitsprozess zu eliminieren, so wie ein Tumor entfernt wird. Ich denke hier vor allem an die unsäglichen Aufklärungsschriften der Pharmaindustrie mit ihrer Simplifizierung der Psychosen, ihrer Reduzierung auf Transmitterdisbalancen. Sie werden fast überall in Kliniken und psychiatrischen Praxen toleriert und bestimmen die „Aufklärung“ von Patienten und Angehörigen.

Für die Betroffenen sind die Symptome, wie ich schon erwähnt habe, Erfahrungen von existenzieller Bedeutung. Sie erleben es als Eingriff in ihre Autonomie und ihre Persönlichkeit, wenn das psychotische Erleben unter Umgehung ihrer Person einfach ausgelöscht werden soll. Dabei spielt auch eine Rolle, dass die psychotischen Inhalte viel öfter als wir das erfahren, beglückenden und sinngebenden Inhalt haben. Es ist eine andere Situation, wenn Psychopharmaka eingesetzt werden im Rahmen eines psychotherapeutischen Konzeptes mit dem Ziel, den Betroffenen die Auseinandersetzung mit dem psychotischen Erleben und seinen Zusammenhängen zu erleichtern. Die Zahl der Patienten, die sich dem medizinischen Zugriff und der Deutungsmacht der Psychiatrie entziehen, nimmt zu. In der Regel ist aber damit der Verlust an Hilfe verbunden für die die Psychiatrie das Monopol hat. Es gibt noch viel zu wenig Alternativen in Form von Weglaufhäusern, Psychiatrieerfahrenenvereinen u.a. Das hier dargestellte Problem wurde in der Psychiatrie schon frühzeitig reflektiert und Wege zu seiner Lösung gesucht. Das waren zunächst die phänomenologischen, anthropologischen und daseinsanalytischen Richtungen, später die psychiatrische Antipsychiatrie. Von hier gingen auch für mich die entscheidenden Impulse aus. In der Breite der Psychiatrie wurden sie jedoch kaum wirksam. In den Diskussionen zur Psychiatriereform wurde schon frühzeitig gefordert eine Psychiatrie, die sich primär nicht gründet auf Diagnosen und Symptome, sondern auf die subjektiven Erfahrungen der Betroffenen. Mir scheint, dass dieser Aspekt der Reform, die Respektierung des Patienten als Subjekt, seine Emanzipation im Versorgungssystem gegenüber den strukturellen Reformen vernachlässigt wird, obwohl er der grundlegendere ist, weil es um den Patienten und seine Rechte, seine Würde und Selbstbestimmung

geht. Ansätze dazu gab es mit den Bemühungen um die Therapeutische Gemeinschaft.

Sie werden mir entgegen halten, dass es heute ein mehrdimensionales Krankheitsverständnis gibt, dass die Auffassung von der biopsychosozialen Natur psychischer Störungen Allgemeingut ist und damit auch die psychische Dimension berücksichtigt wird. Diese Konzepte haben aber einen hohen Grad an Beliebigkeit und führen zu einer Pseudoharmonisierung produktiver Widersprüche über das Wesen der Psychose. Oft sind sie nur Feigenblatt für ein einseitig somatisches Krankheitsmodell. Die psychischen Phänomene werden zergliedert, kategorisiert und im Rahmen eines übergeordneten medizinischen Krankheitsverständnisses auf eine Ebene neben somatische und klinische Befunde gestellt. Dem wird damit auch die Person des Betroffenen untergeordnet mit den erwähnten Folgen. Lebensweltliche und biographische Sinnzusammenhänge der psychotischen Erfahrungen bleiben ausgeblendet. Ein Fortschritt dem gegenüber ist der personenzentrierte Ansatz, bei dem individuelle Aspekte ins Blickfeld kommen. Abgesehen von seiner Defizitorientiertheit ist aber auch damit das ganzheitliche authentische Erleben der Betroffenen ebenso wenig zu erreichen wie ihre verantwortliche Mitarbeit bei der individuellen Behandlung und im Fortgang der Psychiatriereform. Im Folgenden stütze ich mich auf Überlegungen von K. Holzkamp. Er bezeichnet es als subjektorientiertes Vorgehen, wenn vom professionellen Standpunkt individuelle Denk- und Handlungsmuster untersucht werden, mit dem Ziel der Veränderung durch Therapie und Rehabilitation, ein Vorgehen im Sinne von Kontrollwissenschaft. Mir scheint, dass das auch auf das personenzentrierte Vorgehen zutrifft. Hieraus wird verständlich, dass in der Psychiatrieerfahrenenbewegung kein so prinzipieller Unterschied gemacht wird zwischen der alten und der neuen Psychiatrie, zwischen medizinischer und Gemeindepsychiatrie, dass von gemeindepsychiatrischem Ghetto und sozialpsychiatrischer Zwangsbehandlung gesprochen wird. Auf der einen Seite ist das sicher ungerecht und für uns frustrierend, weil die Unterschiede zwischen Anstalts- und Gemeindepsychiatrie, die Erfolge der Reform eklatant sind. Diese Haltung der Psychiatrieerfahrenen hat aber hier ihren realen Kern. Zwar hat sich der Inhalt der Psychiatrie um die psychosoziale Dimension erweitert, sie ist aber Wissenschaft im traditionellen Sinn geblieben, Wissenschaft, die ihren Gegenstand zum Objekt macht mit dem Ziel der Verfügbarmachung. Der Patient wird durch unsere professionelle Brille gesehen, es bleibt, um einen Begriff von Martin Buber zu verwenden, bei einer verdinglichenden Ich-Es-Beziehung und damit bei dem Herrschaftsanspruch der Psychiatrie. Dies spiegelt sich auch wieder in den meisten Umfragen bei Patienten. Gefordert werden immer wieder die Akzeptanz als Mensch, nicht als Fall; individuelle Behandlung; Wärme und menschliche Zuwendung; Selbstständigkeit. Die Alternative zum subjektorientierten Vorgehen ist, so Holzkamp, „Wissenschaft vom Subjektstandpunkt“, d. h. vom Standpunkt des Betroffenen. Dabei geht es um die Erfassung der sozialen Wirklichkeit der eigenen Person (einschließlich der

Psychose), wie sie vom Betroffenen selbst wahrgenommen werden. Das erfordert die Dezentrierung unserer professionellen Perspektive, die Abschaltung diagnostischen Denkens. Diese Perspektive ist nur dem Patienten selbst zugänglich, der damit auf die Seite des Untersuchers wechselt, zum „Mitforscher“ wird (K. Holzkamp). Das fordern die Betroffenen, wenn sie als Experten in ihrer Sache ernst genommen werden wollen. Ein solcher Zugang bedeutet zumindest eine Relativierung professioneller Macht und Kompetenz. Mir scheint, dass hier auch die Ursachen liegen für den Widerstand gegen diesen Aspekt der Psychiatriereform, im Gegensatz zu den strukturellen Reformen der Gemeindepsychiatrie, die Herrschaftsverhältnisse unberührt lassen. Das Holzkamp'sche Konzept spielt in der Psychiatrie bisher leider kaum eine Rolle.. Für unsere Praxis war ein Vorgehen mit einem ganz anderen theoretischen Hintergrund hilfreich, mit dem wir uns auch einer Psychologie oder Psychopathologie vom Standpunkt des Patienten, also vom Subjektstandpunkt annähern können. Ich meine die personenzentrierte Gesprächstherapie nach C. Rogers, die auch die soziale Natur des Menschen einbezieht. Hier geht es darum, sich über empathisches Verhalten in den Patienten einzufühlen. Das heisst, die Welt mit seinen Augen zu sehen als sein alter Ego, seine Erfahrungen, auch die Psychose, ganz ernst zu nehmen in ihrer subjektiven Funktion, mit ihrem Realitätsgehalt. Die Dynamik geht nicht wie traditionellerweise vom Therapeuten zum Patienten, sondern umgekehrt vom Patienten zum Therapeuten im Rahmen einer dialogischen, einer intersubjektiven Ich-Du-Beziehung. Das scheint mir eine Voraussetzung zu sein für den Zugang zu den authentischen Erfahrungen des Patienten und zu den Sinnzusammenhängen des psychotischen Geschehens, zur Emanzipation des Patienten im Sinne von Empowerment und Ressourcenorientierung. Ohne eine solche Wendung bleibt auch der viel zitierte Dialog mehr oder weniger ein professioneller Monolog.

Am Schluss möchte ich noch einmal zusammenfassen, was ein solcher Zugang bringt und welche Konsequenzen er hat. Das wichtigste ist, und das gilt, denke ich, jenseits aller theoretischen Unterschiede, dass sich der Patient als Person mit seiner Psychose, d. h. seinem Anderssein angenommen fühlt, dass er nicht zum Objekt entwürdigt wird. Von Anderen angenommen zu werden, ist aber die entscheidende Voraussetzung für seelisches Wachstum und Reifung und damit auch für die Bewältigung der Psychose: Der Mensch wird am Du zum Ich (M. Buber). Alle Umfragen unter Betroffenen unterstreichen die Bedeutung dieses Problems.

Ein solcher Zugang öffnet auch eine Perspektive, die der medizinischen übergeordnet sein sollte, die Psychose als extreme, verschlüsselte, aber verstehbare und sinnbezogene Äußerung eines Subjekts, als Krise im biographischen und lebensweltlichen Zusammenhang, Psychose auch als zweite innere Wirklichkeit, entstanden aus einer unerträglichen Realität, als Flucht, aber auch als Versuch der Krisenbewältigung und Sinnfindung, d. h. als kreativer Akt.

Daraus ergibt sich ist eine alte Forderung der Psychiatrie (K. P. Kisker) und von Psychiatrieerfahrenen: die nach Psychotherapie als Hauptbehandlungsstrategie noch vor der Psychopharmakotherapie. Damit sind nicht gemeint Psychoedukation oder andere verhaltenstherapeutische Interventionen, die noch im Rahmen eines medizinischen Krankheitsverständnisses zu sehen sind. Richtungsweisend erscheinen mir die Erfahrungen mit dem Soteriakonzept oder auch in Weglaufhäusern. Als hilfreich haben sich hier erwiesen eine kontinuierliche akzeptierende, warmherzige Begleitung, ein Dabeisein in der Krise, einführendes Verständnis. Es geht um die Gestaltung einer hilfreichen Beziehung, die den Betroffenen die Kraft gibt die psychotischen Erfahrungen zu entschlüsseln und sich mit den ihnen zugrunde liegenden Widersprüchen auseinander zu setzen. Sie deckt sich weitgehend mit den Basisdimensionen der Gesprächstherapie: Empathie, Wärme, bedingungsfreie Akzeptanz und Echtheit. Das ist eine Beziehung, die oft verwechselt und diskriminiert wird als allgemeines, uniformes Gut- und Edelmenschentum. Ich denke hier an die alte Diskussion um die „Neue Einfachheit“. Mir scheint, dass hier ein Denkfehler vorliegt. Es geht um eine auf die einmalige Individualität des Betroffenen spezialisierte Leistung, die ein hohes Maß an Training, an Kompetenz und auch an Kontrolle erfordert. Wie schwierig das ist, hat jeder erfahren, der seine Patientengespräche mit den gesprächstherapeutischen Skalen kontrolliert hat. Der Vorwurf der Uniformität wäre eher diagnosespezifischen Interventionen zu machen, die unterschiedlichste Individuen gleich behandeln. Das Problem ist, welche Rolle und Bedeutung man dem Subjekt des Betroffenen, seiner Individualität und Kompetenz im Falle psychischen Krankseins gibt. Die Beziehung, um die es hier geht, ist genauer betrachtet, nichts anderes als menschliches Alltagsverhalten, nicht wie es in der Regel vorkommt, wohl aber als Idealtypus in Freundschaft, Partnerschaft, der Seelsorge und anderen Formen intimer menschlicher Beziehungen, d. h. eine besondere Form der Ich-Du-Beziehung (M. Buber). Das steht natürlich im Widerspruch zu dem üblichen naturwissenschaftlichen Vorgehen mit Objektivierung, Standardisierung, Exaktheit etc. Ich denke aber, dass eine solche „unprofessionelle“ Haltung in der Psychiatrie zur Professionalität gehört. Hier geht es eben nicht nur um Objekte, sondern um das Subjekt des Patienten und seine Erfahrungen, die sich uns entziehen, wenn sie zum Objekt gemacht werden.