

Beitrag des Psychoseseminars für Aus- und Weiterbildung

Kurze Bestandsaufnahme

Autor: Thomas Bock

Stand: Oktober 2020

Wir möchten alle LeserInnen und Psychoseseminare bitten, uns bei der Aktualisierung dieser Skizze zu helfen. Schicken Sie uns bitte aktuelle Erfahrungen und neue Beispiele an: bock@uke.de.

Die Qualität künftiger Psychiatrie wird von der Qualität der Lehre bzw. Berufsausbildung mitbestimmt. Wird die Ausbildung von traditionellen Patientenvorfürungen oder von dialogischen Foren geprägt, lernen künftig in der Psychiatrie Tätige die Patienten nur im akuten Zustand oder auch später im biographischen Rückblick kennen – das Ergebnis wird verschieden sein. Psychoseseminare sind für Studenten und Auszubildende eine gute Gelegenheit, zu einem frühen Zeitpunkt, d.h. vor der Verfestigung allzu machtvollen Tuns und allzu abgehobener Ansprüche, die Bedeutung der subjektiven Sicht und die notwendige und unvermeidliche Verschränkung der Perspektiven kennenzulernen.

Aber auch die Weiterbildung psychiatrisch oder psychotherapeutisch Tätiger kann von der besonderen Kommunikationsform des Dialogs im Psychoseseminar profitieren.

Die biographische Perspektive und das Nebeneinander von Betroffenen- und Angehörigensicht bleiben sonst vielen Psychiatrietätigen verschlossen. Und die Wahrnehmung von akuten *und* eher stabilen Phasen ist durch die starke Arbeitsteilung zwischen klinischem und komplementärem, ambulantem und stationärem Bereich auch nur wenigen möglich. Der Aufbau kontinuierlicher Behandlungsbeziehungen wird durch das Psychoseseminar zwar nicht ersetzt, seine Sinnhaftigkeit aber unmittelbar einsichtig.

In diesem Kontext wird verständlich, dass das Hamburger Psychoseseminar 1994 den begehrten Fischer-Appelt-Preis der Universität Hamburg für besondere Verdienste in der Lehre gewann. Inzwischen wird die Teilnahme am Psychoseseminar auch im Rahmen der Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie anerkannt. Im annähernd herrschaftsfreien Diskurs des Psychoseseminars wird die Psychiatrie mit ihren »alten Hüten« konfrontiert. Die Widersprüchlichkeit einiger zentraler Begriffe soll hier anhand von vier Fragen verdeutlicht werden:

Was ist »Krankheitseinsicht«? Wer hat in was Einsicht zu nehmen?

Die meisten psychiatrischen und psychotherapeutischen Strategien machen Krankheitseinsicht mehr oder weniger explizit zur Voraussetzung. Die meisten Verlaufsstudien sehen hier eine wesentliche Variable für günstige Prognosen. Was aber ist Krankheitseinsicht? Eine moderne Form der Hospitalisierung oder eine Chance zur Selbstbestimmung? Wer hat Einsicht zu nehmen und in was? Begreift man Psychosen in ihrem biographischen Zusammenhang, nicht nur als somatisches, sondern zugleich als seelisches und soziales Produkt, begreift man sie gar in einem Sinnzusammenhang, dann lässt sich Einsicht nicht verordnen oder trainieren, sondern nur behutsam und gemeinsam im Dialog von zwei oder – unter Beteiligung der

Angehörigen – drei Partnern entwickeln. Dafür Kommunikationsstrukturen zu entwickeln und zu erproben, die dann auch in der Situation des Einzelnen Beachtung finden, kann Sinn und Aufgabe eines Psychoseminars sein.

Reicht es, sich an »Symptomen« zu orientieren?

Der Alltag in der Psychiatrie weist im Umgang mit Psychosen häufig eine denkwürdige Pathologie auf: Psychosen werden als Symptom gesehen und bekämpft. Maßstab des Erfolgs ist ausschließlich das Verschwinden der Symptomatik. Das geschieht mit einer Unbedingtheit und Rigorosität, wie sie sich kein Internist im Umgang mit Fieber mehr leisten könnte. Er sucht die Hintergründe des Fiebers und senkt es nur, wenn es selbst gefährlich wird. Mindestens das ist auch im Umgang mit Psychosen zu verlangen. Doch die leichte Verfügbarkeit von Neuroleptika und der klinische Kontext der Behandlung verhindern, dass nach Kontext und Sinn einer Psychose halbwegs offen gefragt und gesucht werden kann. Wie können Profis einen Teil der Voreingenommenheit wieder verlieren? Woher kommen die Anstöße, um bei einer mehr philosophischen oder auch nur phänomenologischen Betrachtung psychotischen Geschehens mithalten zu können?

Erlaubt die klinische Situation eine vollständige Wahrnehmung?

Wer in einer klinischen Einrichtung arbeitet, lernt psychoseerfahrene Menschen nur im Ausnahmezustand kennen. In der künstlichen Situation einer Klinik ist die Wahrnehmung der individuellen Besonderheiten und vielleicht auch der anstrengenden Eigenart eines Menschen und seiner sozialen Gewordenheit kaum möglich. Dem klinischen Blick erscheint alles als Ausdruck von Krankheit.

Eine differenzierte Wahrnehmung und Sprache werden erheblich erschwert. Die Selbstdarstellung des Patienten wird dabei u.U. so subtil geprägt, dass der einzelne Mitarbeiter auch bei gutem Willen der gemeinsamen Prägung kaum entkommen kann. Im ausschließlich klinischen Kontext wird so die Bindung an die Krankheit nicht gelockert oder gelöst, sondern mehr oder weniger unbemerkt verfestigt. Wie derselbe Mensch im Nachhinein über seine Psychose denkt, wie er sie biographisch einordnet und zu verstehen sucht, wie sich sein Leben verändert oder auch nicht, das alles bleibt verborgen. Eine realistische und nicht ständig von angstvoller Unter- oder größenwahnsinniger Überschätzung professioneller Hilfsmöglichkeiten geprägte Einstellung kann so kaum entstehen. Die Korrektur oder Ergänzung der ausschließlich klinischen Sicht braucht einen eigenen Ort und setzt eine gewisse Unabhängigkeit von therapeutischer Verantwortung voraus.

Ist »Psychotherapie« von Psychose möglich?

Lange Zeit lehnten PsychotherapeutInnen psychoseerfahrene Menschen als Kunden/Klienten ab. Verschiedene theoretische Annahmen dienten der Begründung: So sprachen viele Psychoanalytiker Psychoseerfahrenen die Fähigkeit zur Übertragung ab, statt eben dieses Konzept zu erweitern bzw. zu überprüfen. Inzwischen dürfte klar sein, dass eher das Gegenteil der Fall ist: Psychoseerfahrene »übertragen« eher zu viel als zu wenig, weil die persönlichen Grenzen ohnehin durchlässiger sind als gewohnt. Insofern brauchen gerade psychoseerfahrene PsychotherapeutInnen, die als Personen mit Eigenarten erkennbar bleiben, die sich nicht hinter Methoden verstecken und nicht hinter einer Nebelwand des Schweigens. Die Verhaltenstherapie traute sich zwar immer schon zu, auch mit psychotischen Menschen zu arbeiten, doch

vernachlässigt das Training von Verhalten die Besonderheit der Person. Entsprechend bleibt dem Psychoseerfahrenen nur die wenig identitätsstiftende Rolle des Schülers, dessen Defizite mittels Trainings zu beseitigen sind. Eine tragende dialogische Beziehung kann nur gegen die Vorgaben der Methode entstehen.

So kann man den Eindruck gewinnen, dass Psychose-Erfahrene PsychotherapeutInnen aller Schulen an Ihre Beziehungsfähigkeit und die verschiedenen therapeutischen Schulen an ihre philosophischen Wurzeln. Vielleicht sind gerade Psychoseerfahrenere in der Lage, den PsychotherapeutInnen deutlich zu machen, dass es nicht reicht, die medizinische Behandlungsbeziehung zu kopieren.

Inzwischen ist mit der Konzeption des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie eine wichtige Weiche in diese Richtung gestellt worden. Beide Aspekte können und sollen zusammenwachsen. Damit dies nicht nur zu einer noch eindeutigeren Unterordnung der Psychotherapie unter die »eigentliche« medizinische Behandlung, sondern umgekehrt zu einer Emanzipation der Behandlungsbeziehung führt, brauchen wir »herrschaftsfreie« Orte der Begegnung und des wechselseitigen Lernens.

Für psychotherapeutisch tätige Mitarbeiter bietet der Austausch im Psychoseseminar eine ungeahnte Möglichkeit, den Doppelcharakter der Psychose als Störungs- und vorläufiger Lösungsversuch in seiner vollen Ambivalenz zu erfassen und frühe Balance- und Selbstheilungsversuche des einzelnen kennenzulernen. Das ist in seiner Bedeutung kaum zu unterschätzen, denn für alle Therapien gilt, dass am schonensten und besten die wirken, die an den Selbstheilungskräften ansetzen.

2014 konnte erreicht werden, dass Psychotherapie bei Psychosen als Pflichtleistung der Kassen anerkannt wird. Nun kommt es darauf an, dass die Ausbildungscurricula entsprechend geändert werden und alte wie neue PsychotherapeutInnen befähigt werden, auch Menschen mit Psychoseerfahrung angemessen zu begleiten. Der Deutschsprachige Dachverband Psychosen-Psychotherapie (DDPP) widmet sich dieser Aufgabe. Er organisiert auch regelmäßige schulenübergreifende Symposia.

Trialogische Elemente im Studium

Inzwischen gibt es gute und bewährte Formate von trialogischen Elementen in Studium, so z.B. das Seminar *Klinische Psychologie* im Dialog der Uni Hamburg, das in sechs thematischen Halbtags-Blöcken Selbsterfahrung, die Reflexion anthropologischer Aspekte und unmittelbare Begegnung mit Erfahrenen verbindet.

Beim *Antistigma-Modul für Medizin-Studierende* werden zusätzliche Anregungen und Übungen zum Thema Vorurteile/Stigmatisierung eingefügt zum eigenen Stigmapotential, zum Erleben von Diskriminierung Dritter bis hin zur Stigmarelevanz verschiedener Diagnosen.

Wesentliches Element ist in jedem Fall die Begegnung mit Menschen, die eigene Erfahrung mit oder Miterleben von Psychosen, Depressionen, Manien, Persönlichkeitsstörungen u.a. mitbringen. Außerdem ist ein wichtiges Ziel, den fließenden Übergang von gesund und krank angemessen und anschaulich zu vermitteln.