

Anthropologische Aspekte psychischer
Erkrankungen - Konsequenzen für Psychotherapie
Was würde Diotima dazu sagen?

Prof. Dr. Thomas Bock, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf
Bundespsychotherapeutenkammer - Berlin, 7. Mai 2010

Wer war Diotima?

Lehrerin, Priesterin, Geliebte ...?

Was ist sie für wen? Für Sie, für mich?

Oder z.B. für Hölderlin

Übersicht

- Unzulässige Vereinfachungen
- Wie gesund ist krank?
- Begegnung mit SuSi Subjektiver Sinn von Psychosen
- Höllenhunde vor der Psychiatrie?
- Perspektiven des Dialogs
- Ungerechte oder „Integrierte“ Versorgung?
Herausforderung an die Psychotherapeuten-Kammer

(1) Unzulässige Vereinfachungen in der Praxis

- *„Warum ist Herr x psychotisch?“ - „Er hat eine Psychose“*
- *„Warum ist Frau M. so aufgeregt?“ - „Sie agiert.“*
- *„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“.*

Diotima₍₁₎:

*„Die Gespräche mit Sokrates gingen tiefer.
Seine Fähigkeit zum Dialog - alles umsonst?
..... Lasst den Psych-iatros nicht allein.“*

Irre
menschlich



Hamburg

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 jede Preis
Vermeiden des Lebens? Zunahme Negativsymptome/Depression?

Diotima₍₂₎:

„Ich weiss nicht, ob Eure Gehirnströme viel besser sind als unsere Körpersäfte. Doch in jedem Fall vergesst Ihr die Theorie: Was für einen Sinn macht all Euer Wissen ohne die Philosophie? Wissen Eure Bio-Logen eigentlich noch, dass sie es mit der Lehre vom Leben zu tun haben.“

Irre
menschlich



Hamburg

„30-50% psychisch krank“

Wie krank sind wir wirklich?

- Zahlen immer Interessensgeleitet
- Was nimmt zu - Krankheit oder Behandlung?
- Diagnosen immer großzügiger? insbes. von Psychotherapeuten?
- Schwere Erkrankungen nehmen kaum zu Suizidalität eher ab
- Erkrankung früher? - kulturelle Akzelleration!
- Depression und Geschlecht: Jungen holen auf
- Unterschiede nach sozialer Schicht Häufigkeit und Verlauf
- Gesellschaft krank oder Krankheit menschlich?

Diotima⁽³⁾:

- *„Welche Diagnose würdet Ihr dem geben: Arbeitsscheuer Wahrheitsfanatiker, distanzloser Provokateur, geht anderen mit penetranten Fragen auf den Geist?“*
- *„Oder dem: Hat jegliche Verteidigung aufgegeben, nimmt seinen Tod in Kauf? (und wird vielleicht dadurch unsterblich)“*

Irre
menschlich



Hamburg

(2) „Wie gesund ist krank?“

anthropologischer Verstehensansatz

- **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 ohne Befreiung, *aber:* Selbstgefährdung, sozialer Schaden
- **Borderline:** „Grenzgänger“, Dauer-Pubertät? schwierige Balance von Bindung und Autonomie, *bis zu:* Selbstverletzung, Fremdgefährdung
- **Psychosen:** Reizoffenheit/ Dünnhäutigkeit, Traum ohne Schlaf, Rückgriff kindliche Wahrnehmung, Extremer Eigensinn, *bis zum:* Verlust eigener Grenzen

Komorbidity:

Addieren oder verstehen?

Symptome als Bewältigungsstrategie?

- z.B. Zwang als Schutz vor Psychosen
- Depression als Folge von Psychosen (inkl. Behandlungsfehlern)
- Wahn als Erklärung von Halluzination
- Wechselwirkung Psychose und Sucht

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“)

Zwei Kulturen

Psychiatrie
Medizin

Psychotherapie
Dialog



Diotima₍₄₎:

„Wie wäre es mit einer Vereinigung der beiden? Halbgott und Fabelwesen - bei uns ging das noch!“

Irre
menschlich



Hamburg

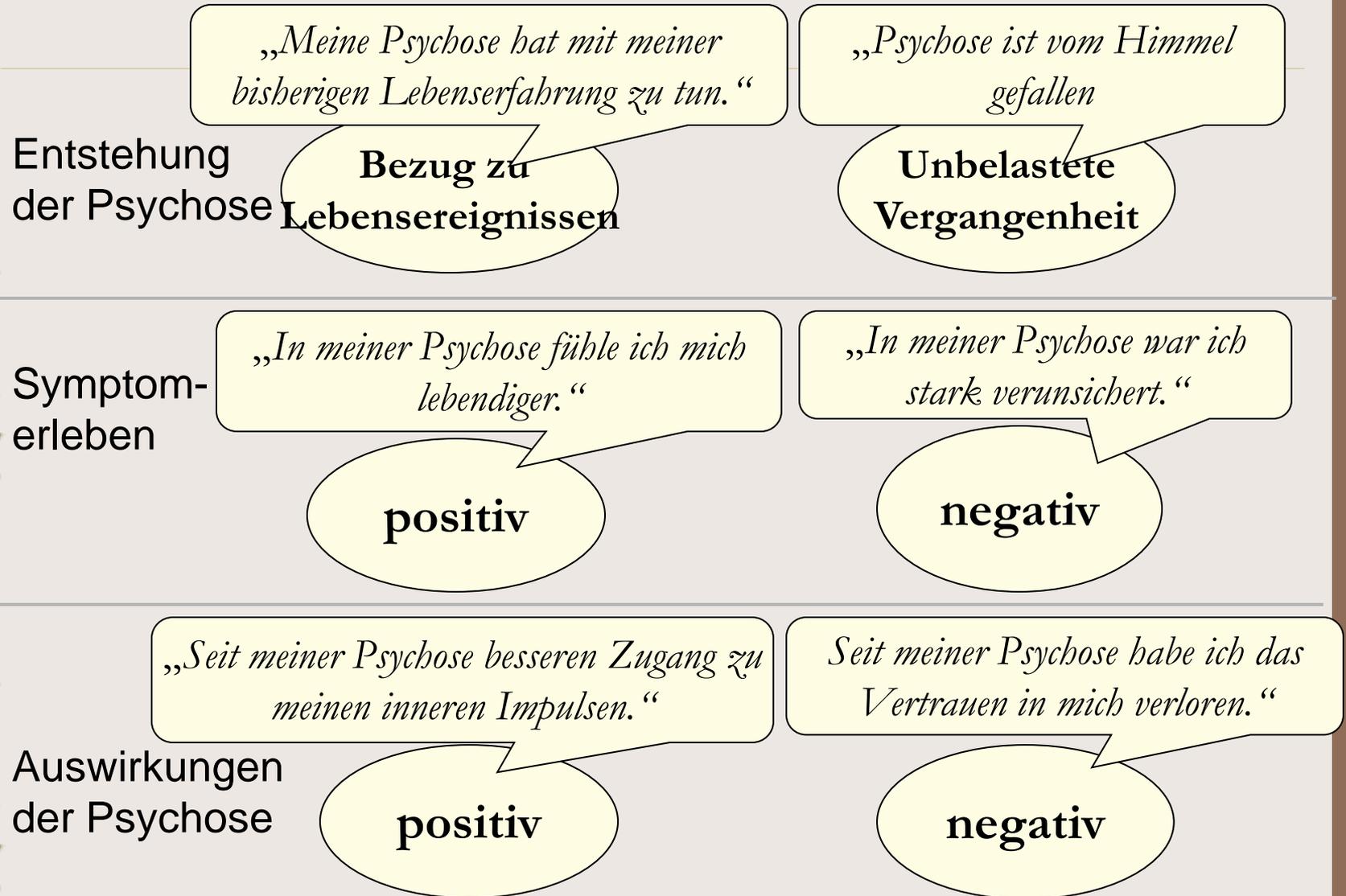
(3) Auf der Suche nach Sinn

Hamburger SuSi-Projekt

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.*

Ebenen des subjektiven Sinn



Antworttendenzen

- Über 80% sehen Lebensereignisse in Zusammenhang mit der Entstehung der Psychose.
 - Knapp 50% erleben die Psychose auch positiv.
 - 60% betonen auch konstruktive Veränderungen, die mit der Psychose einhergehen.
 - *Vor allem:* Wer Bezug zu Lebensereignissen herstellt, betrachtet aktuelle Symptome eher positiv und die Zukunft eher optimistisch.
- *Auftrag an Psychotherapie (Salutogenese/Kohärenz)*

„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

Diotima⁽⁵⁾:

*„Den Sinn wissen oft nur die Götter
Zumindest meistens, doch deren Unsinn war
zutiefst menschlich. Am wichtigsten ist der
Eigensinn“*

Irre
menschlich



Hamburg

(4) Eigensinn und Psychose

- Sinne gehen eigene Wege
- Eigener Sinn der Psychose
- Ringen um Eigenheit und Sinn
- Extrem Form des Eigensinns

Umgang mit Eigensinn

„Höllenhunde“ vor 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

Diotima⁽⁶⁾:

„Den Zusammenhang von Eigensinn und Lebensqualität kann ich bestätigen! Da gab es bei uns extreme Beispiele. Nicht nur Sokrates. Denkt nur an Diogenes.“

Irre
menschlich

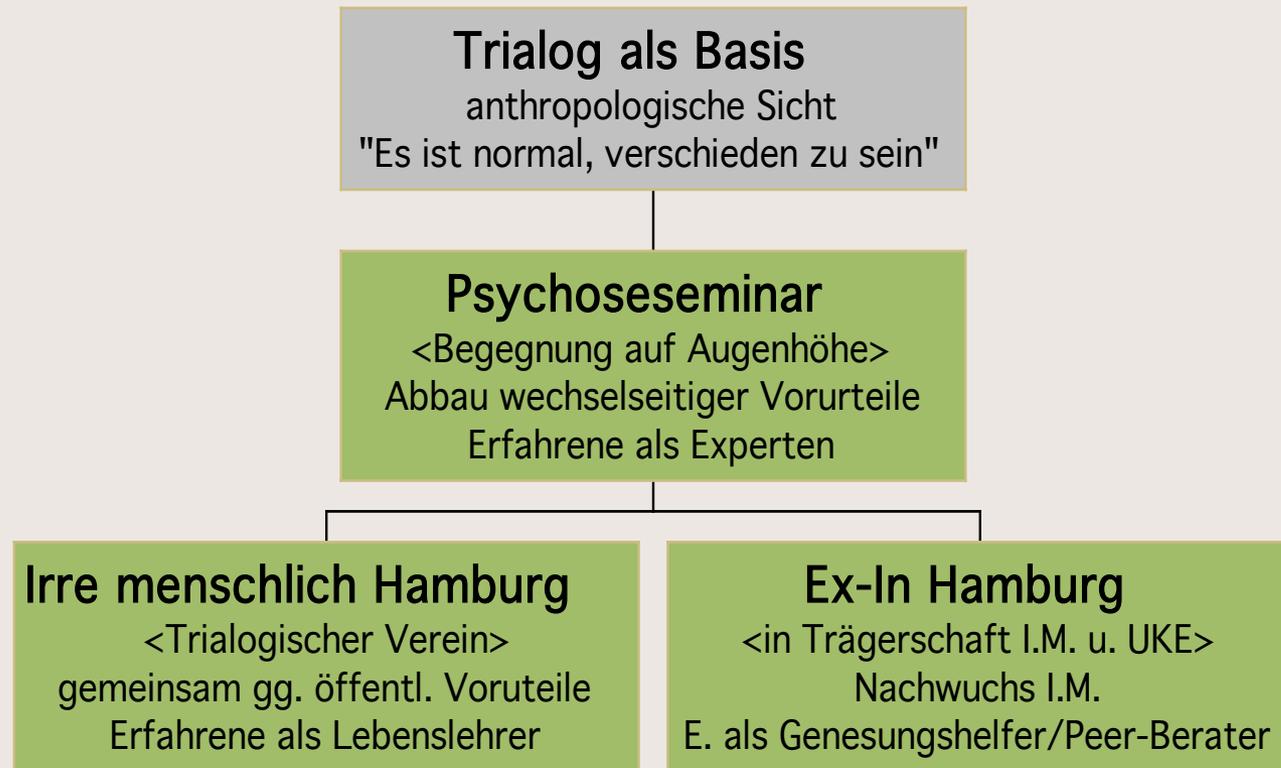


Hamburg

(5) Perspektiven: Trialog u. Partizipation

- **Begegnung als Experten**
Psychoseseмиаре (20 Jahre), Trialogforen für Bipolare, Borderliner
- **Gemeinsam gegen öffentliche Vorurteile**
Irre menschlich Hamburg u.a. (10 Jahre): Begegnung/Prävention in Schulen, Betrieben, Kirchen u. Kultur // trialog. Fortbildung für Lehrer, Gesundheitsberufe, Jugendhilfe, Polizei, Wohnungswirtschaft
- **Trialog im Alltag**
Behandlungsvereinbarungen, „Open dialog“ bei Ersterkrankten
- **Lehre und Forschung**
Weltkongress „Abschied von Babylon“, Hamburger SuSi-Projekt
- **Psychiatrieplanung**
Qualitätssicherung, Beschwerdezentren (5 Jahre), Integrierte Versorg.
- **Experienced Involvement**
Beteiligung Erfahrener als „Lebenslehrer“ und „Peer-Berater“

Gemeinsam für Toleranz und Sensibilität



Irre menschlich Hamburg e.V.

Ehrung im Hamburger Rathaus



„Bettelkönigin“ als Lebenslehrerin

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

Hildegard Wohlgemuth,
Referentin von „Irre
menschlich Hamburg“,
hört seit einem Kriegs-
ereignis Stimmen, vor
allem die von 26 Kindern.

Hauptperson und Gestalterin
des Kinderbuchs
„Bettelkönigin“

Diotima⁽⁷⁾:

*„Eigentlich waren wir damals schon so eine Art
Trialog:*

- Ich war ja auch so eine Art Lebens-Lehrerin*
- Sokrates wäre heute vielleicht Pate der
EXperienced INVOLVEMENT- Bewegung*
- Nur Xanthippe habt ihr ganz schön stigmatisiert,
sie war eigentlich eine ganz patente Frau.“*

Irre
menschlich



Hamburg

Antiker Trialog

Sokrates

Provokateur, Wahrheitsfanatiker
arbeitslos, geht anderen
mit seinen Fragen auf den Geist

Xanthippe

Ehefrau des Sokrates
kritisiert ihn, sehr emotional
"High expressed emotions"?

Diotima

Vertraute des Sokrates
Unklare Position!
Lehrerin, Priesterin, Geliebte?

(6) Psychiatriereform auf halbem Weg

- Beseitigung inhumaner Zustände in Anstalten!
- Sozialpsychiatrische Institutionen!
Tageskliniken, Ambulanzen, „Komplementäre“ Institutionen
- Personenzentrierung!
vom Wohnheim zum Betreuten Wohnen, von WfB zur geschützten Arbeit
aber
- Politische Grenzen?
Macht großer Institutionen, Probleme mit Wohnraum, Arbeit, Stigma
- Beziehungsqualität, -kontinuität?
Reduktionistisches oder anthropologisches Verständnis
- Exklusivität der Psychotherapie

Probleme der Finanzierung

Deutsche Krankheit: Fragmentierung von Kosten/Zuständigkeit

- Trennung Psychiatrie u. Psychosomatik
- Trennung Kranken- u. Sozialhilfe
- Trennung ambulant - stationär
- Hoher Kostenanteil stationär gebunden
- 10% der Patienten - 50% der Behandlungstage

Ungerechtigkeit i.R. der KV

Melchinger in „Neurotransmitter“ 2/2008

- Psychotherapie: 3/4 der Kosten für 28 % Patienten, amb. Psychiatrie: 1/4 für 72 % der Patienten
- Zeitaufwand Nervenarzt 30 Min, Inst.amb. 4 Std., Psychotherapeut 10 Std. + / Quartal
- F1, F2, F3 Diagnosen: viele unbehandelt, hohe Abbruchrate, kaum Psychotherapie
- Je kränker, desto weniger Ressourcen/Qualifikation
- Auslese wissenschaftlich nicht begründbar!
Vorurteile, Bequemlichkeit der Psychotherapeuten?

Hamburger Modell

der Integrierter Versorgung (DAK, AOK,)

- Jahrespauschale auf Basis der Kosten 2007
- für alle Klinik-Leistungen: stationär, tagesklinisch, ambulant
- Plus Hometreatment-Team (1:15) inkl. Psychotherapie, 24 Std. tel. erreichbar
- Zunächst für Patienten mit akuter oder langfristiger Psychose-Erfahrung / Bipolarer Störung
- Plus Bonus für beteiligte Facharzt-Praxen
- Kooperation mit amb. Pflege, Psychotherapie, sozialpsychiatrischen Diensten

Neue Belohnungsmechanismen

- Statt „Full-house“-Prinzip Belohnung guter ambulanter Arbeit - inkl. HomeTreatment
- Umwidmung von stationär gebundenen Ressourcen möglich
- Zusammenarbeit mit ärztl./psther. Praxen und Gemeindepsychiatrie „lohnt“ sich
- Hometreatment *und* Krisenbetten als Perspektive (Behandeln, wo es am wenigsten Angst macht)

Vorteile

„win - win - win“-Vertrag

Patienten / Angehörige

- Anderer Kontext, Einbeziehung Familie
- Kontinuität, Verbindlichkeit, Krisenintervention
- Weniger Einweisung + Zwang
- Mehr Kontakte (11x), Psychotherapie (10x), Lebensqualität

Klinik

- Flexibler Einsatz von Ressourcen,
- Planungssicherheit

Kassen

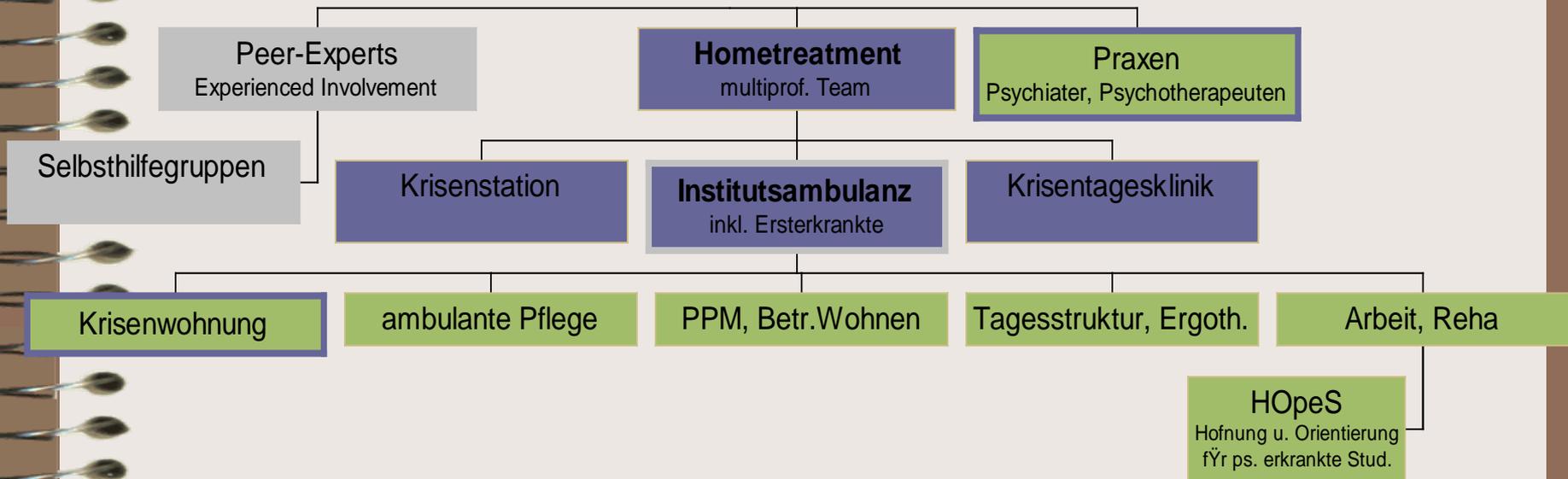
- Kostendeckelung, -transparenz
- Langfristig Kostensenkung

Diotima⁽⁸⁾:

*„Damals war das alles nicht so aufgeteilt.
Was war ich nicht alles gleichzeitig:
Zuflucht, Sinn-Sucherin, Priesterin,
Therapeutin, Lehrerin, Philosophin - doch
letzteres waren wir ja eigentlich fast alle...“*

Modell der Vernetzung

Integrierte Versorgung - Hamburger Modell



Anforderungen an Psychotherapie

i.R. einer „Integrierten Versorgung“

- Flexibilität bzgl. Zeit, Dauer, Frequenz, Ort, Setting
- Sektorübergreifende Kontinuität
- Kontext wahren, Angehörige einbeziehen (Trialog)
- Je früher, desto vorsichtiger - Erstkontakt prägt
- Sprache wichtig, Entstigmatisierung beginnt bei uns
- Keine Fixierung auf Symptomreduktion - Recovery!
- Respekt vor Eigensinn als Ressource

Vernetzung notwendig!

Auftrag an Psychotherapeuten(kammer)

- Integrierte Versorgung *inkl.* Psychotherapie
- Beide I.V. Verträge verknüpfen: Krankenhausfinanzierung ändern *und* Zugang Gemeindepsychiatrie zu SGB 5 (s. Dachverband)
- Kassen zu mehr Abstimmung untereinander bringen
- Einseitige Interessen verhindern
(z.B. Janssen-Cilag in NRW: *nicht* „Bock zum Gärtner machen“)
- Ausbildung der Psychotherapeuten verbessern!
- Gutachterpraxis reformieren
- Ziffern für Kooperation u. Netzwerkgespräche

Zusammenfassung

- Psychotherapie darf Psychiatrie nicht allein lassen; *und* muss sich selbst vor Vereinfachungen hüten.
- Psychisch Kranke mit Bedürfnissen und Konflikten wahrnehmen: Anthropologische Sicht stärkt die Psychotherapie.
- Es gibt *keine* psychische Krankheit, die *nicht* von Psychotherapie profitiert.
- Psychotherapeuten müssen (wieder) mehr für wirklich psychisch Kranke da sein und nicht nur für fast Gesunde!
- Dafür brauchen sie Qualifikation *und* Vernetzung ... sowie mehr Engagement der Kammer!

Zitat Prof. Thea Schönfelder

Pionierin der Familientherapie

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

Anlässlich des Diotima-Preises bedanke ich mich stellvertretend bei Dorothea Buck (Psychoseseminare), Robert Dorner, Angela Urban, Rolf Scheffel (Irre menschlich Hamburg), Gyöngyver Sielaff, Jörg Utschakowski (Experienced-Involvement), Martin Lambert, Gunda Ohm (I.V.-Modell Hamburg), vor allem bei meinem psychotherapeutisch reichen Ambulanz-Team im UKE - sie alle und viele mehr sind Mit-Preisträger

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit