



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter www-klett-cotta.de

ZU DIESEM BUCH

Menschen in bedrohlichen Lebenskrisen oder akuten psychotischen Schüben benötigen mehr als nur Medikamente. In der Regel sind sie aber mit einer »normalen« Psychotherapie überfordert. Speziell für diese PatientInnen eignet sich der neue Behandlungsansatz der »Stabilisierenden Psychotherapie«. Das Gefühl, jetzt in Sicherheit zu sein und die Koordinaten des eigenen Lebens wiederzugewinnen, sind die wichtigsten Ziele, die am besten im zwischenmenschlichen Kontakt vermittelt werden. Das Konzept geht von den Grundsätzen des PITT-Programms (Luise Reddemann) aus und modifiziert es für die Bedürfnisse von PatientInnen der Psychiatrie und der therapeutischen Notfallversorgung.

Peer Abilgaard, Prof. Dr., ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Diplom-Musikpädagoge. Er ist als Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am HELIOS-Klinikum Duisburg, akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Düsseldorf.

Peer Abilgaard

Stabilisierende Psychotherapie in akuten Krisen

Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie
(PITT) für die Psychotherapeutische
Grundversorgung in psychiatrischen Kliniken,
Ambulanzen und Beratungsstellen

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2013 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: Hemm & Mader, Stuttgart

Titelbild: Paul Klee, »Abstraktion eines Motivs aus Hammamet, 1914«

Gesetzt aus der Minion von Kösel, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Kösel, Krugzell

ISBN 978-3-608-89122-5

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Für Raphael

Inhalt

Vorwort von <i>Luise Reddemann</i>	11
Vorbemerkung	13
1. Einführung: Psychotherapeutisches Arbeiten in der Akutklinik, in Institutsambulanzen und Beratungszentren	15
1.1 Keine akute Krise ähnelt einer anderen	16
1.1.1 Charlotte A.	16
1.1.2 Daniel W.	18
2. Kurze Einführung in die Neurophysiologie	23
2.1 Affektregulation, ein Thema, das fast alle psychiatrischen Diagnosen betrifft	25
2.1.1 Konzepte der mehreren Ichs	26
2.2 Neurophysiologie der Stressverarbeitung	30
2.3 Neurophysiologische Wirkprinzipien von Psychotherapie ..	37
2.3.1 Neuroplastizität	38
2.3.2 Imagination	42
2.3.3 Spiegelneurone	43
2.4 Neurophysiologische Wirkprinzipien von therapeutischer Beziehung	44
2.5 Flow, Glück und Achtsamkeit im Hirnscanner	48
2.6 Zusammenfassung: Patienten mit traumatischer Stressreaktion brauchen auch und gerade aus der Perspektive der Neurophysiologie immer Kontrolle	53

3.	Überlebenskunst	56
3.1	Der Resilienzbe­griff in der Psychotherapie	58
3.2	Berücksichtigung von Grundbedürfnissen	60
3.3	Das Brügger Modell	63
3.4	Anregungen aus PITT, der Positiven Psychologie, der Hypnotherapie und der Psychotherapie-Outcome-Forschung für die Grundversorgung von Menschen in akuten Krisen	68
4.	Äußere Sicherheit	72
5.	Psychosozialer Stress bei ambulanten und stationären Behandlungen	80
5.1	Krankheitsimmanenter Stress und Therapie- bzw. institutionsinduzierter Stress	81
5.2	Konsequenzen für den Umgang mit Menschen mit verminderter Stresstoleranz in psychiatrischen Kliniken ...	82
5.3	Stressarmes Stationssetting	84
5.3.1	Allgemeine Aspekte zur Stressreduktion auf der Station	84
5.3.2	Schutzraum Akutstation mit SOTERIA-Elementen ..	85
5.3.3	»PsychPV« in der »Nach-Enquetezeit«	88
5.3.4	Allgemeine Überlegung zur Stressvermeidung bei psychotherapeutischen Interventionen	89
6.	Stationen einer stressarmen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung	95
6.1	Aufnahmegespräch	95
6.2	Umgang mit traumatischen Erlebnissen im Aufnahme­gespräch	110
6.3	Standardisierte Untersuchungstools	112
6.4	Diagnosen und Grenzen des Diagnosebegriffes	115
6.4.1	Der Nutzen von Diagnosen	116
6.4.2	Psychiatrische Diagnosen können schaden	117

6.4.3	Komplexe Traumafolgestörung als »schwierige Diagnose«	119
6.5	Körperliche Untersuchung	123
6.6	Übergabe auf Station	125
6.7	Visite	128
6.8	Therapieplanung und Therapieverlauf	133
6.9	Wenn Therapie nicht gelingt	136
6.10	Über den Umgang mit Dissoziation	137
6.11	Über den Umgang mit Suizidalität	142
6.12	Entlassung	145
7.	Konzepte einer aufsuchenden Versorgung	149
7.1	Home-Treatment	149
7.2	Psychiatrisch-psychotherapeutische Belegbetten	150
8.	Therapeutische Angebote in akuten Krisen	151
8.1	Einzelgespräche	153
8.1.1	Arbeit mit heilsamen inneren Bildern	154
8.1.2	»Freudetagebuch«	156
8.1.3	Arbeit mit »verletzten inneren Anteilen«	158
8.1.4	Arbeit mit »verletzenden Anteilen«	163
8.2	Gruppenangebote	166
8.2.1	Ressourcengruppe	170
8.2.2	Genussgruppe (Euthyme Therapiegruppe)	173
8.2.3	Imaginationsgruppe	175
8.2.4	Achtsamkeitsgruppe	184
8.2.5	Filmgruppe	191
8.3	Kreativtherapeutische Angebote	192
8.4	Körpertherapeutische Angebote	196
8.5	Integration von pharmakotherapeutischen Interventionen in eine psychotherapeutische Grundhaltung	197
8.5.1	Auswahl der Medikation für Patienten in akuten Krisen	198

8.5.2	Aufklärung zur Pharmakotherapie	200
8.5.3	Beachtung der Applikationsform	201
8.5.4	Verlaufskontrolle	202
8.6	Psychoedukation	203
9.	Über Takt und Taktgefühl	206
9.1	Takt ermöglicht Kommunikation auf einem sicheren Fundament	207
9.2	Der spiegelnde Takt im therapeutischen Setting	209
10.	Anhang	214
10.1	Kurz-Manual	214
10.1.1	Kurz-Manual für Erstgespräche mit akut Traumatisierten nach L. Reddemann (modifiziert nach P. Abilgaard)	214
10.2	Checklisten und Formblätter	216
	Danksagung	234
	Literatur	235

Vorwort

In den 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts brachte die Psychiatrie-Enquete große Fortschritte, die ich hautnah miterleben durfte. Das Verstehen schwerer psychischer Erkrankungen fiel uns allerdings nicht leicht. So nahmen wir die neuen Konzepte zum Verständnis vor allem der Borderline-Persönlichkeitsstörung begierig auf. Aber erst die Einordnung gerade schwer behandelbarer Störungsbilder als Folge gravierender, vor allem frühkindlicher, Traumatisierungen brachte aus meiner Sicht einen großen Durchbruch. Hier stehen wir allerdings erst am Anfang der Umsetzung des Wissens in die Praxis. Bessel van der Kolk meint, dass, »obwohl wissenschaftlich nachgewiesen wurde, dass die meisten stationär behandelten Psychatriepatienten in ihrem Leben sexuelle Belästigung, Missbrauch oder Misshandlungen erlebt haben«, die Konsequenzen aus diesem Wissen auf starken Widerstand stoßen würden. Er fordert, »uns damit auseinandersetzen, wie wir unsere Behandlungen in Zukunft gestalten wollen, und sie aufgrund dieser Überlegungen möglicherweise radikal zu erweitern.« (Van der Kolk 2011 S. 499–500)

Peer Abilgaard hat es unternommen, van der Kolks Überlegungen in die Behandlungspraxis umzusetzen. Seine langjährigen Erfahrungen auf diesem Gebiet stellt er in diesem Buch dar.

Er nutzt die neueren neurobiologischen Erkenntnisse zur Stressforschung, auch die Forschungen über extremen Stress, die unter anderem darauf hinauslaufen, Patientinnen und Patienten durch die Behandlung nicht noch weiteren Stress zuzumuten, solange es nicht unbedingt erforderlich ist. Darüber hinaus geht er neue Wege, die PatientInnen helfen können, mit sich und ihrem Stress in verträglicher Weise umzugehen.

Hierbei greift Peer Abilgaard auf einige Elemente der von mir entwickelten Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie, PITT, zurück. Diese Elemente können auch im Umgang mit nicht im engeren Sinn traumatisierten Patienten eingesetzt werden, sondern auch bei Menschen, die unter akuten oder chronischen Belastungen anderer Art leiden.

Ein wesentliches Element des PITT-Ansatzes ist die Vorstellung, dass unser Selbst aus mehr als einem Ich besteht. Diese Überlegung ist nicht neu. C.G. Jung hat mit seiner Komplextheorie einen ersten Ansatz dieses Denkens zur Verfügung gestellt, ihm folgten viele andere. So auch Paul Federn und dessen Schüler John Watkins, der das Modell für die Ego-State-Therapie entwickelt hat. Hier wie in anderen ähnlichen Ansätzen geht es jeweils darum, das Ich als vielgestaltig oder polyphon zu begreifen. Daraus ergibt sich eine andere Art des Umgehens von »Ich mit mir«. Vor allem unterstützt dieses Konzept ein Arbeitsbündnis auf Augenhöhe zwischen Therapeut und dem erwachsenen Ich des Patienten. Ein Anliegen, das die Nach-Enquete-Ära stark auszeichnete, damals eher in einer sozialpsychiatrischen Variante. Des Weiteren geht es in der PITT um Ressourcen- und Progressionsorientierung, um den Patientinnen und Patienten dabei zu helfen, aus ihrer Eigenmacht heraus mit sich selbst selbstwirksam umgehen zu lernen.

Peer Abilgaard beschreibt sehr anschaulich und anhand vieler klinische Beispiele, wie das PITT-Konzept im klinischen psychiatrischen Alltag angewendet werden kann, sodass es sowohl für PatientInnen wie für BehandlerInnen zu einer spürbaren Entlastung führen kann.

Es braucht allerdings die Bereitschaft zum Gespräch, zum Sicheinlassen auf den Patienten, also auch Zeit. Es ist zu hoffen, dass dieser Ansatz angesichts von Fallpauschalen auch weiterhin umgesetzt werden kann.

Luise Reddemann

Vorbemerkung

Psychische Not kann sich jederzeit und allerorten ereignen. Sie kann aus völliger Gesundheit heraus geschehen, wie das etwa die Besucher der Duisburger Loveparade 2010 erleben mussten, sie kann sich aber auch als Prozess ereignen, wenn Menschen mit immer wiederkehrenden belastenden Erfahrungen zu tun haben. Die Wege aus dieser Not sind oft sehr verzweigt, und für die Betroffenen wird das Leid durch das Umherirren im Gesundheitssystem nicht selten noch größer. Wichtige erste Ansprechpartner sind häufig Beratungsstellen, Notfallseelsorger, Hausärzte, Notärzte und natürlich die in der Regelversorgung tätigen Kliniken der Akutpsychiatrie. Dieses Buch ist aus der Perspektive des Akutpsychiaters und Psychotherapeuten geschrieben und will mit Fallbeispielen, die auch auf andere Bereiche gut übertragbar sind, illustrieren, wie psychotherapeutische Akutversorgung schon beim ersten Kontakt gut gelingen kann.

Vordringlichstes therapeutisches Ziel in der Akutsituation ist die Stabilisierung von Patientinnen und Patienten. Konkret bedeutet dies die Wiederherstellung der Fähigkeit zur Selbstberuhigung und in der Folge, die verloren gegangene Fähigkeit, den Alltag bewältigen zu können, wiederzuerlangen. Dies kann dann auch eine gute Voraussetzung sein, um später eine (ambulante) Psychotherapie beginnen zu können. Der Begriff der Stabilisierung hat seine bedeutsamsten Wurzeln in der Traumatherapie und gilt bis heute vielen Helfenden in der Zusammenarbeit mit komplex belasteten Menschen als wichtigster Therapieschritt. Menschen, die Hilfe in Institutionen suchen, welche auf Kriseninterventionen spezialisiert sind, haben überdurchschnittlich häufig erheblich belastete Biografien. Das muss nicht heißen, dass auch eine Traumafolgestörung vorliegt. Wenn sich Therapeutinnen und Therapeuten mit Grundlagen der Stabilisierung auskennen, wie sie beispielsweise in traumatherapeutischen Ausbildungen gelehrt werden, können ihre Patientinnen und Patienten meiner klinischen Erfahrung nach sehr davon profitieren, auch und gerade wenn die Beschwerden sehr komplex sind. Dass ein Zuviel an Stabilisierung schädlich sei, habe ich im Behandlungsalltag bislang nicht erlebt, eher schon, dass manche Interven-

tionen im Klinik- und Praxisalltag den Stress der Betroffenen weiter steigern. Insofern möchte dieses Buch auch dafür werben, mit wachem Blick den Behandlungsalltag so zu verändern, dass Behandler und Behandelte gute haltgebende Beziehungen aufbauen können.

Maßgeblich inspiriert bin ich durch die Arbeit von Luise Reddemann. Ihr Konzept der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) ist in vielen Teilaspekten für die Behandlung von Menschen in akuten Krisen, auch über die Diagnosegrenzen der Traumafolgestörung hinaus, sehr geeignet und hat sich in vielen Jahren in Klinik und Ambulanz sehr gut bewährt.

1. Einführung: Psychotherapeutisches Arbeiten in der Akutklinik, in Institutsambulanzen und Beratungszentren

1973 stellte die von der Bundesregierung eingesetzte Enquete-Kommission ihren Zwischenbericht zur Lage der Patientinnen und Patienten in den deutschen psychiatrischen Kliniken vor: Dieser schilderte die Lage der Betroffenen als **elend**. Es wurde festgestellt, »*daß eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen leben müssen*«. Die wichtigste Forderung der Sachverständigenkommission war die nach »*Sofortmaßnahmen zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse*«.

Seither sind fast 40 Jahre vergangen, und einiges hat sich verändert. Dank des Engagements von Helfern, Betroffenen und deren Angehörige wurden neue Versorgungsmodelle entwickelt, manche große »Anstalt« wurde dezentralisiert, ambulante Angebote ausgebaut, und viel ist auch seitdem über die Behandlungsmethoden in den Akutkliniken geforscht worden. Biologische und pharmakotherapeutische Konzepte wurden weiterentwickelt. Bei so viel Aufbruch und Fortschritt ist meiner Wahrnehmung nach die Entwicklung von Psychotherapie-Konzepten für Menschen in akuten seelischen Krisen, wie sie beispielsweise in psychiatrischen Krankenhäusern, Beratungsstellen und Notfallambulanzen nachgefragt wird, nicht in dem gleichen Maße weiterentwickelt worden. Gleichzeitig ist der Ausbildungsstand der Helfenden in diesen Bereichen maximal heterogen, was nicht nur den unterschiedlichen Berufsgruppen geschuldet ist. Während beispielsweise der Begriff der Resilienz, der seelischen Widerstandskraft, an vielen Ausbildungsinstituten für Klinische Psychologie fest etabliert ist, vermisst man ihn im Rahmen universitärer Curricula noch immer. Der Autor schreibt aus der Sicht des Kliniklers, der seit 25 Jahren viele Erfahrungen aus unterschiedlichen beruflichen Perspektiven über die Versorgungsrealitäten sammeln konnte.

Dieses Buch möchte dazu beitragen, alle in psychiatrischen Akut-

einrichtungen therapeutisch Tätigen in ihrer psychotherapeutischen Grundhaltung zu unterstützen, und praktische Hilfen aufzeigen, wie sich das Behandlungsangebot weiter verbessern lässt.

1.1 Keine akute Krise ähnelt einer anderen

1.1.1 Charlotte A.

Ich hatte gerade sechs Wochen zuvor meine neue Stelle als Chefarzt im Katholischen Klinikum Duisburg (heute HELIOS-Klinikum Duisburg) angetreten. Eine erste Bewährungsprobe sollte die Versorgung möglicher Hilfesuchender sein, die Duisburg am 24. Juli 2010 anlässlich der Loveparade besuchen wollten. Wir gingen davon aus, dass wir es an diesem schönen Sommerwochenende vornehmlich mit eher jugendlichen Tänzerinnen und Tänzern zu tun bekommen sollten, die sich körperlich überanstrengt hatten, vielleicht auch von diversen Rauschmitteln beeinträchtigt waren und die neben viel Flüssigkeit eine basale medizinische Überwachung hätten brauchen können. Als uns gegen 16:00 Uhr die ersten Nachrichten der sich abzeichnenden Katastrophe ereilten, war unser Team vor ganz neue, bis dahin nicht gekannte Aufgaben gestellt.

Wir mussten erkennen, dass unsere Kapazitäten für ein solches »Großschadensereignis« nicht ausgelegt waren und dass der Umgang mit den Hilfesuchenden auch inhaltlich maximal herausforderte. Schnell wurde uns klar, dass die seelische Not, von der uns die Hilfesuchenden an diesem Tag berichteten, sich nur schwer in das diagnostische Schema einer psychiatrischen Akutklinik einordnen ließen: Depressionen, Psychosen, Angst und Zwangsstörung, Abhängigkeitserkrankungen, das alles sind Krankheitsbilder, die den Alltag einer solchen Einrichtung bestimmen. Patientinnen und Patienten können mit einer soliden, leitliniengerechten Behandlung rechnen. Traumafolgestörungen hingegen waren vielen Helferinnen und Helfern unserer Klinik in dieser schweren Ausprägung bislang nicht begegnet. Was uns in dieser Situation besonders geholfen hat, war der Umstand, dass einige wenige sich in diesem Spezialgebiet der Psychologie und Psychiatrie eigenständig fortgebildet hatten; und dann auch die klinische Erfahrung der Teams, die wussten, dass schwere seelische Krisen häufig krankheitsunterhaltend wirken

können. Manchmal lösen sie eine Erkrankung auch aus. Der Umgang mit solchen Krisen ist seit Bestehen der Einrichtung ein fester Bestandteil unseres therapeutischen Selbstverständnisses, wurde aber vielleicht bis zu diesem Einsatz nie so klar gewürdigt.

Für den praktischen Umgang mit den Opfern der Loveparade entwickelten wir noch am gleichen Tag ein Kurz-Manual, das sich weitestgehend am PITT-Konzept von Luise Reddemann orientierte und nichts anderes versuchte, als diejenigen therapeutischen Schritte für Menschen, die unter komplexen Traumafolgestörungen leiden, auch für jene nutzbar zu machen, die **akut** traumatisiert sind (Original-Manual im Anhang).

Unter dem Eindruck dieser schrecklichen Ereignisse akuter Traumatisierung entstand der Wunsch bei mir und meinem Team, zukünftig auch im psychiatrischen Alltag dem Aspekt der Würdigung von seelischen Krisen und ihrer Stabilisierung noch mehr Raum zu geben.

Besonders in Erinnerung geblieben ist mir die achtzehnjährige Abiturientin, Charlotte H. Sie kam einen Tag nach dem Ereignis zu uns in die psychiatrische Institutsambulanz. Begleitet wurde sie von ihrem etwa gleichaltrigen Freund. Sie saß da wie versteinert, leichenblaß. Als sie dann doch zu reden anfang, sagte sie, dass sie schlimme Dinge erlebt und gesehen habe dass es ihr nicht möglich sei, darüber zu sprechen. Nun habe sie Angst, dass man ihr wahrscheinlich sowieso nicht helfen könne, da sie nicht darüber sprechen könne.

Es tat ihr gut zu hören, dass es für die Behandlung keine Voraussetzung sei, über alles zu reden, und dass es wahrscheinlich als eine Art Schutz zu verstehen sei, die schrecklichen Bilder nicht immer wieder vor dem inneren Auge ablaufen sehen zu müssen. Bei dem Begriff der »Inneren Bilder« nickte sie zustimmend. Auf die Frage, ob es angesichts der schwierigen Situation denn auch vielleicht nur kurze Momente gäbe, wo sie von diesen Bildern nicht zu sehr geplagt sei, dachte sie zunächst lange nach, antwortete dann aber, dass das beispielsweise so sei, wenn sie mit ihrem Hund auf dem Rheindeich spazieren ginge. Ansonsten sei ihr Leben seit 24 Stunden eine einzige Höllenfahrt. Sobald sie ein Martinshorn höre oder das Brummen eines Helikopters, fange sie unwillkürlich an zu zittern und verliere völlig die Fassung. Das kenne sie so von sich überhaupt nicht und sie habe große Angst, verrückt zu werden. Ich ver-

suchte der jungen Frau zu erklären, dass sie Dinge erlebt hätte, die in ihrer Schrecklichkeit außerhalb des normalen Erlebens stünden, und dass Körper und Psyche nun mühsam versuchten, diesen Horror zu verarbeiten. Die Symptome, die sie dabei an sich bemerkte, seien Teil dieser Verarbeitung und es sei sehr wahrscheinlich, dass sie schon bald abklingen würden. Sie müsse keine Sorgen haben, dauerhaft an den Folgen dieser Erschütterung zu leiden.

So trivial, wie sich das vielleicht in der Nacherzählung anhört, waren meine Erklärungen für die junge Frau in ihrer Notsituation keineswegs. Sichtlich beruhigt, dass ein außergewöhnliches Ereignis auch außergewöhnliche Symptome machen kann, verließ sie die Institutsambulanz mit dem Versprechen, am nächsten Tag wiederzukommen.

Am Folgetag ging es ihr ein wenig besser. Sie sagte, dass sie nun bereit sei, auch Details der Erlebnisse bei der Loveparade zu berichten. Ich empfahl ihr, nur darüber zu sprechen, wenn sie den Eindruck habe, dass sie das erleichtern würde, ermutigte sie, sich nicht unnötig zu konfrontieren. Sie war erstaunt, ging sie doch davon aus, dass, je mehr man sich mit dem Schrecken beschäftige, desto schneller würde man »abhärten« und wieder in das normale Leben zurückfinden. Sie ließ sich auf meine Frage nach weiteren »guten Ausnahmen« ein und berichtete, dass es ihr am gestrigen Abend noch gutgetan hätte, zusammen mit ihrer Mutter für die Familie zu kochen. Wir kamen überein, dass sie in der nächsten Zeit möglichst viele Situationen herbeiführen sollte, die solche »gute Ausnahmen« darstellten. Es keimte sogar so etwas wie Humor auf, als sie antwortete: »Mein Hund und meine Mutter werden das schon mitmachen!«

In den folgenden vier Wochen kam sie noch acht Mal für kurze Gesprächskontakte zu uns in die Klinik und berichtete, wie gut es ihr tue, ganz eigenständig individuelle Schutzräume aufzubauen. Nach dieser Zeit war sie vollständig beschwerdefrei.

1.1.2 Daniel W.

Die folgende Geschichte ereignete sich 12 Jahre früher während meiner Ausbildungszeit als Assistenzarzt in einer psychiatrischen Klinik in der Nähe von Köln. Die Menschen, denen ich hier begegnete, waren nicht minder in eine akute Notsituation geraten, nur dass die Entstehung der seelischen Not eine lange Vorgeschichte hatte. Diese kennen und ver-

stehen zu lernen hatte einen wesentlichen Anteil daran, Herrn W. zu stabilisieren.

Es war so gegen drei Uhr, als drei Personen in die Notaufnahme der Klinik kamen. Ein besorgtes Elternpaar mit seinem 19-jährigen Sohn: Daniel W. Er sei zwei Tage zuvor von der Bundeswehr nach Hause geschickt worden, weil er plötzlich »komisch« gewesen sei; hätte von allen Menschen verlangt, dass man mit ihm – in Deutschland geboren – nur noch polnisch sprechen dürfe, da Polnisch die Sprache der Liebe sei. Die Eltern erzählten, dass sie aus Polen stammten; ihr Sohn sei aber in Deutschland aufgewachsen, spreche die Sprache der Eltern und Großeltern kaum. Der junge Mann selber war sehr ungehalten, als ich ihn begrüßte und auf Deutsch ansprach. Ich solle damit aufhören und polnisch reden, nur dann würde sich in der Welt alles zum Guten wenden ...

Was folgte, war das übliche Prozedere einer nächtlichen Aufnahme auf die geschützte Akutstation unter den Bedingungen einer Zwangseinweisung, da Herr W. unsere Einschätzung, dass eine krankheitsbedingte Störung vorliege, nicht teilte und sofort wieder nach Hause gehen wollte. Die Bedingungen auf der Station waren hinsichtlich Ausstattung und Behandlungsangebot durchaus repräsentativ für eine deutsche Akutpsychiatrie mit Versorgungsauftrag in der Regelversorgung. Mit der Ausnahme, dass der zuständige Chefarzt systemische Familiengespräche anbot. Nach etwa einer Woche Behandlung, auch unter Hinzuziehung einer fundierten Pharmakotherapie, erfolgte das erste dieser Familiengespräche. Herr W. zeigte bis dahin keine Besserung seiner Wahnideen, war allenfalls weniger erregt, wenn man im Gesprächskontakt deutsch mit ihm sprach. Auf das Gespräch freute er sich, obwohl er am Anfang sagte, dass er nur zum Zuhören gekommen sei.

Zuerst schilderte der Vater seine Sicht der aktuellen Situation. Er mache sich Sorgen, dass sein Sohn ein »Psycho« sei. Vielleicht sei er aber auch einfach zu »weich« erzogen worden. Er habe schon als Grundschulkind immer seine Sachen anderen Kindern gegeben, habe sein Taschengeld weggeschenkt und sei dabei nicht »korrigierbar« gewesen. Auf die Frage, wie er sich in Deutschland beheimatet fühle, antwortete der Vater, dass es ein gutes Land sei: Es gäbe gute Arbeit mit guter Bezahlung. Alles andere interessiere ihn nicht so sehr.

Die Mutter des Indexpatienten folgte dem Gespräch bis dahin sehr bedrückt. Pflichtete ihrem Mann dann aber bei, dass ihr Sohn schon ein

sehr sensibler Mensch gewesen sei, der auch immer mehr an ihr als am Vater geangen habe. Sie selbst fühle sich in Deutschland nicht sehr wohl. Sie sei vor allem ihrem Mann zuliebe hier. Später ergänzte sie, dass ihre Mutter ihr geraten hätte, nach Deutschland zu gehen, zumal die Familie mütterlicherseits deutsche Wurzeln habe. Die Mutter habe diesen Wunsch selber nie verwirklichen können, da ihr Ehemann – also der Großvater des Indexpatienten, mütterlicherseits – von den Nazis gefoltert worden sei.

Unser Patient folgte dem ganzen Gespräch sehr konzentriert, völlig frei von der Unruhe, die wir bei ihm während des stationären Aufenthaltes bis dahin kennengelernt hatten.

In der sich anschließenden Reflektionsphase (nach dem Modell des »Reflecting Teams« von Tom Andersen 2011) stellte der Moderator der Familie folgende Hypothese zur Verfügung: Daniel sei auch aus seiner Sicht ein sehr großzügiger Mensch, der sehr auf das Wohl der Menschen um ihn herum bedacht sei. Das, was wir als Außenstehende bei ihm als »verrückt« erlebten, mache durchaus einen Sinn, wenn man sich bemühe, weitergehende Kontexte der Persönlichkeit herzustellen, beispielsweise seine Biografie und die der vorhergehenden Generationen zu beleuchten. Daniel sei vielleicht seit vielen Jahren sehr in Sorge um das Glück der Mutter, spüre vielleicht oft ihre Traurigkeit, die sich zu einem guten Teil aus ihrer Entwurzelung nähre. In seinem Streben, der Mutter zu helfen, habe er versucht, eine polnische Welt für sie in Deutschland zu erschaffen, vielleicht in der Art und Weise, wie im Film »Good-bye Lenin« die Kinder einer nach der Wende aus dem Koma erwachten Frau, in Sorge um ihre psychische Stabilität, für sie die Illusion des Sozialismus aufrechterhielten.

Die Umdeutung der psychotischen Symptome als etwas Verstehbares, vielleicht sogar etwas Sinnvolles, wurde von der Familie mit spürbarer Skepsis aufgenommen. Ein Wunsch zu weiterem Austausch bestand zunächst nicht.

Daniel W. aber, zurückgekehrt auf die Station, war in den folgenden Tagen deutlich nachdenklicher, konnte sich auf andere Standpunkte einlassen, wirkte dabei ruhiger, manchmal fast gelöst, stabil! Verfehlt wäre es, von einer Wunderheilung zu sprechen, aber es war doch für alle im Team deutlich spürbar, dass die psychotherapeutische Intervention, die zum Ziel hatte, den in der Krise befindlichen Menschen zu verstehen, neue Türen geöffnet hatte. Daniel W. verließ die Klinik nach acht

Wochen. Ausgerüstet mit einem ambulanten Helfernetz und mit Medikation, die jedoch deutlich unter der Dosis für vergleichbar schwer erkrankte Menschen lag.

Warum ist mir dieser eine Fall so eindrücklich im Gedächtnis geblieben? Weil er meine Sichtweise auf die psychiatrische Behandlung von Menschen in Krisen, sogar in seiner extremsten Form der Psychose, nachhaltig verändert hat. Ich habe mich nochmals neu gefragt, was Menschen helfen kann, Wege aus akuten Krisen zu finden, auch abseits des Forschungsmainstreams, der meiner Ansicht nach mit seiner Fokussierung auf die »Evidenzbasierung« viel Evidentes auspart.

Was war bei der Geschichte von Daniel W. anders als bei anderen Patientinnen und Patienten? Vielleicht dass er mit einem Therapeuten zusammenkam, der versuchte, etwas zu **verstehen**, der dies auf dem Boden größter Wertschätzung tat, der ihn als Menschen wahrnahm, der versuchte, eine große Belastung ganz individuell zu lösen. Es war ein Therapeut, der den Aufbau verlässlicher Beziehungen zwischen allen am Behandlungsprozess Beteiligten als wichtigsten Wirkfaktor von Stabilisierung wahrnahm und der Medikation und psychotherapeutisches Handeln nicht als Gegensatzpaar verstand.

Diese Begegnung liegt nun 12 Jahre zurück. Inzwischen gab es viele andere Begegnungen, bei denen ich viel Neues lernen konnte. Heute erscheint es mir auch wichtig, dass Menschen, die schwere Belastungen in ihren Lebensgeschichten aufweisen, ganz anders zu behandeln sind als jene, die unter neurotischen Störungen leiden. Ich halte es für unabdingbar, den Geschichten der Hilfesuchenden mit einem »beidäugigen Blick« zu begegnen: das heißt, sowohl ihr individuelles Leid zu würdigen als auch ganz persönliche Stärken. Für Helfer in akuten Krisen ist es zudem essenziell, zunächst einmal äußere Sicherheit herzustellen, bevor die wie auch immer geartete »Aufarbeitung« von intrapsychischen Prozessen beginnen kann. Da viele der Hilfesuchenden außerordentlich sensibel auf Stress reagieren (was neurophysiologischen Veränderungsprozessen geschuldet ist), der auch vom Behandlungssetting ausgehen kann, muss man als Ersthelfer ganz besonders darauf achten, mit einem möglichst stressfreien Behandlungsangebot aufzuwarten. Wichtiger Richtungsgeber in der therapeutischen Begegnung ist folglich die unbedingte Wahrung der Würde des Gegenübers. Eine solche

psychotherapeutische Grundhaltung kann dann eine gute Basis sein, die individuelle seelische Widerstandskraft (Resilienz) der Hilfesuchenden zu stärken mit dem Ziel, die Selbstberuhigungsfähigkeit wiederherzustellen.