

Protokoll zum Altenburger Dialog vom 13. September 2011

Thema : Psychose und Partnerschaft

Impulsgeber war Frau Dr. Schaefer, die Moderation hatte Frau Dr. Katrin Hinkel inne und das Protokoll führte Herr Rainer Stötter.

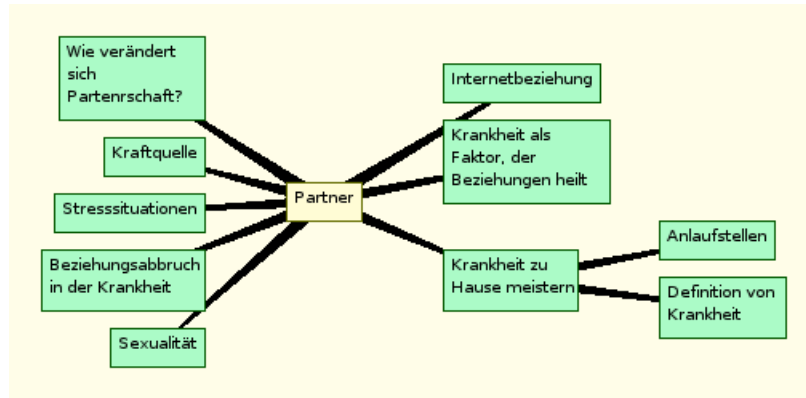
Nach der Einführung von Frau Dr. Hinkel hält Frau Dr. Schaefer vor den 19 Teilnehmern einen einstündigen Impulsvortrag zum Thema Partnerschaft, die sie wirkungsvoll mit Folien hinterlegt. Zu diesem Vortrag finden sich keine Zusatzmaterialien auf der Webseite. Das Protokoll ist nicht durchgehend chronologisch aufgebaut, da versucht wurde, Gemeinsames zu bündeln.

Inhaltsverzeichnis

Protokoll zum Altenburger Dialog vom 13. September 2011.....	1
Thema : Psychose und Partnerschaft.....	1
Themensammlung zu Psychose und Partnerschaft.....	2
Definition von Partnerschaft.....	2
Bindungsbedürfnis und Autonomiebedürfnis.....	2
Spannungs- und Zeit-Diagramm.....	2
Vulnerabilitäts- und Stress-Modell.....	3
High expressed emotions	3
Definition einer Psychose.....	4
Ursachen einer Psychose.....	4
Unterteilung von Psychosen :	5
Die vier Pfeiler der Kommunikation.....	5
Kommunikationsregeln und Sprecherfähigkeiten.....	6
Sprecherfähigkeiten.....	6
Zuhörerfähigkeiten.....	6
Diskussionsrunde.....	7

Nach der Feststellung, dass als Partner viele Personen in Frage kommen – das kann der Lebenspartner sein, ein Angehöriger, ein Helfer usw. -, veranstaltet Frau Dr. Schaefer zunächst eine Themensammlung, um die Interessen der Zuhörer herauszufinden und auch, um zu zeigen, wie vielschichtig das Thema Partnerschaft sein kann.

Themensammlung zu Psychose und Partnerschaft



Definition von Partnerschaft

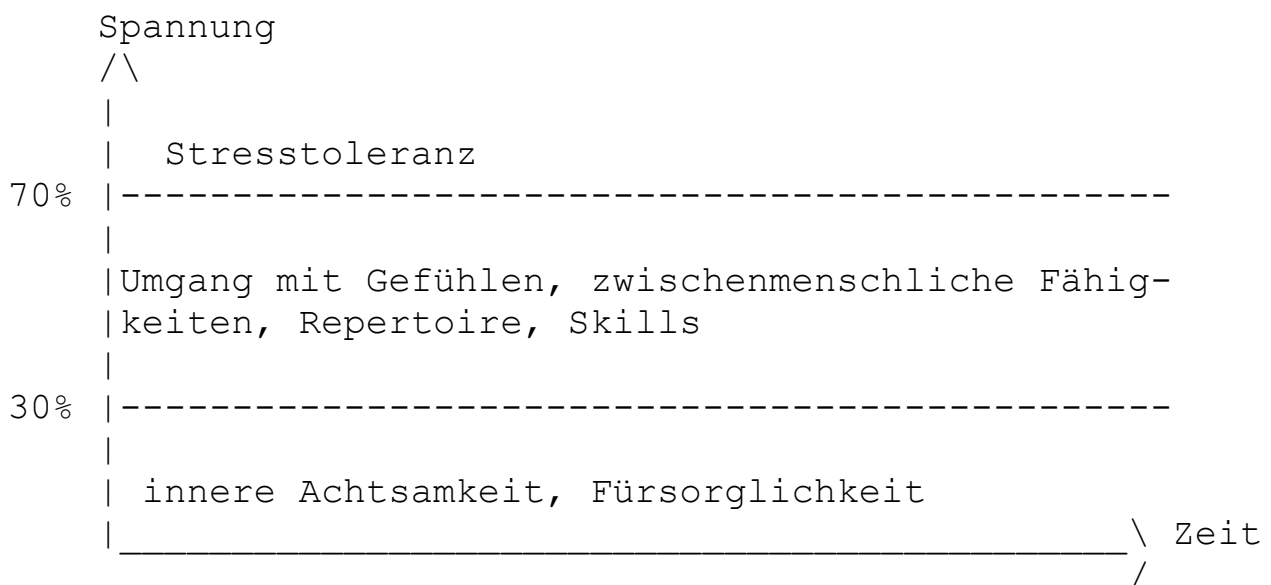
Zur Definition von Partnerschaft wird auf den losen Kontakt verwiesen, auf die sich einstellende Beziehung und die daraus resultierende Partnerschaft.

Bindungsbedürfnis und Autonomiebedürfnis

Es existieren verschiedene Bedürfnisse: Zum einen ist da das Grundbedürfnis nach Partnerschaft, also ein Bindungsbedürfnis. Die Spiegelung des Gegenübers ist schon beim Neugeborenen zu beobachten. Wir sind also nicht zum Einsiedler geboren. Zum anderen besteht das Bedürfnis, etwas aus sich selbst heraus zu tun, also das Streben nach Autonomie.

Stress spielt bei jedem eine Rolle, man kann sich nämlich nicht verstecken.

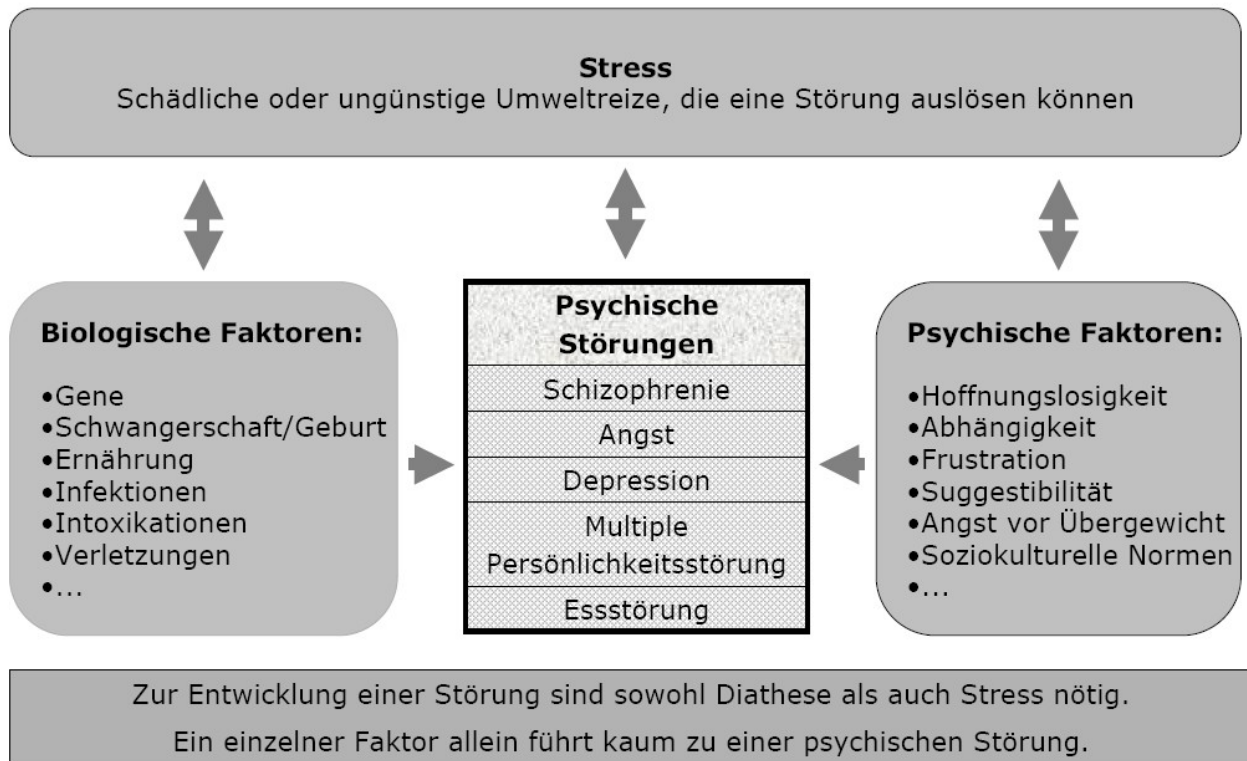
Spannungs- und Zeit-Diagramm



Bei der 70 %-Marke ist die Kommunikation gestört.

Vulnerabilitäts- und Stress-Modell

Das Diathese-Stress-Modell



Nach der Ersterkrankung werden die Betroffenen empfindlicher und verletzbarer.

Mögliche Reaktionen auf einen als Bedrohung empfundenen Angriff auf einen selbst sind 1) Selbst anzugreifen wie eine Ratte, 2) zu fliehen oder 3) der Totstellreflex wie beim Igel.

Die Stressspirale befeuern

- Das Nichtbeachten statt Filtern / Ausfiltern von Frühwarnsymptomen
- Trugwahrnehmungen z.B: akustische
- life events (Schwellensituationen), welche die Routine durcheinanderbringen
- tragende Kontaktpersonen fallen weg

Es folgen Empfehlungen über Formen, wie man sich austauschen kann.

High expressed emotions

Das Expressed Emotion-Konzept (EE) ist eine Theorie, die Aussagen über den Therapieverlauf bei psychiatrischen Erkrankungen wie der Schizophrenie innerhalb der Familienbindungen empirisch belegt. Angehörige haben demnach entscheidenden Einfluss auf den Krankheitsverlauf. In einem Testverfahren kann ermittelt werden, ob

die Angehörigen einem high-expressed-emotion- oder low-expressed-emotion-Status angehören, dazu wird das Camberwell Family Interview angewandt.

High-Expressed-Emotions (HEE) bedeutet dabei, dass die Familienangehörigen gegenüber dem Patienten übermäßig häufig Kritik äußern, Feindseligkeiten zeigen oder von einem emotionalen Überengagement gekennzeichnet sind.

Der Einfluss auf den Verlauf von Schizophrenie wurde mittlerweile nachgewiesen. So modulieren die "expressed emotions" die Rückfallquote (Patienten aus sogenannten High-Expressed-Emotions-Familien (HEE) haben eine Rückfallquote von 76% pro Jahr). Möglicherweise gelten ähnliche Aussagen bei Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen.

Definition einer Psychose

Als Psychose bezeichnet man eine schwere psychische Störung, die mit einem zeitweiligen weitgehenden Verlust des Realitätsbezugs einhergeht. Der Begriff wird üblicherweise in Abgrenzung zum Begriff Neurose verwendet, und zwar für psychische Störungen, die schwer sind, sich nicht oder zumindest nicht alleine durch Psychotherapie beeinflussen lassen und sich nicht ohne weiteres aus einem lebensgeschichtlichen Kontext heraus ableiten lassen. Vor allem die letzte Aussage zeigt allerdings deutlich die Theoriegebundenheit des Begriffs.

Ursachen einer Psychose

Grundsätzlich sind die Ursachen der nichtorganischen Psychosen bis heute nicht bekannt. Familiäre Häufungen (über 50 % Wahrscheinlichkeit, an einer schizophrenen Psychose zu erkranken, wenn beide Eltern erkrankt sind) könnten für genetische Faktoren sprechen, die Wirksamkeit von Auslösern im Verhalten kranker Eltern ist aber nicht auszuschließen. Nicht wissenschaftlich nachgewiesen ist auch die Gegenposition, die eine genetische Disposition in Abrede stellt und ausschließlich sogenannte frühe Störungen in der Kindheit als Grund ansieht. Immerhin geben neuere Untersuchungen Hinweise auf eine tatsächliche frühe Schädigung, allerdings früher als bisher angenommen, nämlich im ersten Drittel der Schwangerschaft.

Danach erhöht beispielsweise der Tod eines nahen Angehörigen der Mutter im ersten Trimenon (die ersten 13 Wochen der Schwangerschaft) das Risiko des Ungeborenen, später an Schizophrenie zu erkranken, signifikant. In den beiden späteren Schwangerschaftsdritteln auftretender Stress scheint dagegen keine Auswirkungen auf dieses Risiko zu haben.

Die aktuell gebräuchlichste Arbeitshypothese ist das oben angeführte Vulnerabilitäts-Stress-Modell, das bei vorhandener (genetischer oder vorgeburtlich entstandener) Disposition aktuellen Stress als Auslöser annimmt.

Unterteilung von Psychosen :

1. Organische Psychosen
 1. aufgrund von Hirnerkrankungen (Demenz, raumfordernde Prozessen),
 2. aufgrund von Hirnverletzungen (Schädel-Hirn-Trauma),
 3. aufgrund von exogen zugeführten Substanzen (Medikamenten, Drogen).
 4. die Ursachen bei den organischen Psychosen werden unterschieden in:
 1. primäre: das Gehirn direkt schädigende (Epilepsie, Gehirntumor, Störungen des Neurotransmitterhaushaltes)
 2. sekundäre: das Gehirn indirekt schädigende (Stoffwechselkrankheiten-Diabetes, Intoxikationen durch schädigende Substanzen-Alkohol, Medikamente, Drogen; organische Schäden an Leber, Nieren)
5. Unterscheidung von
 1. akuten organischen Psychosen: die Symptomatik bei den akuten organischen Psychosen verschwindet mit der Behebung (Heilung) der zu Grunde liegenden, verursachenden Schädigung.
 2. chronischen organischen Psychosen: bei den chronischen organischen Psychosen bleibt die Symptomatik auch nach Behebung der verursachenden, zu Grunde liegenden Ursache (Schädigung) weiter bestehen.
2. Nichtorganische Psychosen:
 1. Psychosen des schizophrenen Formenkreises (aufgrund der Vielfalt der hier zu beobachtenden Symptomatik wird diese Formulierung heute üblicherweise anstelle des Begriffes Schizophrenie verwendet)
 2. affektive Psychosen (hierunter fallen der Wechsel zwischen Manie und Depression und oft auch einfache, schwere Depressionen)
 3. die Mischform der sogenannten schizo-affektiven Psychose.

Die vier Pfeiler der Kommunikation

- Mitteilung: Es wächst mir alles über den Kopf
- Appell: Hilf mir!
- Sachinformation: Es ist alles zuviel.
- Beziehungsaspekt: Alles muss ich alleine machen, Du hilfst mir nicht
→ Selbstoffenbarung : Ich bin überfordert

Kommunikationsregeln und Sprecherfähigkeiten

Sprecherfähigkeiten

- Blickkontakt halten und zugewandt sein
- Übereinstimmung verbal und non-verbal
- ICH: Gefühle, Wünsche, Ansichten
- Verärgerung direkt ansprechen und Vorschläge dagegen vorbringen
- Vermeide die Wort „immer“, „nie“ und nicht verallgemeinern
- problematisches Verhalten beschreiben
- keine Kritik üben
- vom Hier und Jetzt sprechen
- kein Ergebnis vorwegnehmen („Gedankenlesen“)
- Wünsche auf Veränderungen konkret formulieren
- Wo Kritik ist, sollte auch Lob sein

Zuhörerfähigkeiten

- Interesse zeigen
- Blickkontakt halten
- Wesentliches zusammenfassen
- Perspektivwechsel
- offene Fragen klären
- nicht verurteilen
- Lob und Kritik
- eigene Gefühle zurückmelden
- hinterfragen
- ausreden lassen

Diskussionsrunde

In der Partnerschaft will man zusammen affektiv sein. Man delegiert zueinander und stellt sich auf den anderen ein.

Herr Willi (Zweier-Willi) „Ich bin so weil Du so bist und Du bist so, weil ich so bin“

Ein Teilnehmer fragt sich, ob für psychisch Kranke eine Partnerschaft überhaupt zu empfehlen ist, da Partnerschaften oft mit Konflikten zu tun haben. Der Partner kann Helfer aber auch Stressor sein.

Ein Teilnehmer hat derzeit eine schwere organische Krankheit in der Familie. Trotz der Professionalität ist man gefangen, der ganze Familienverbund ist wie erstarrt. Wenn es einen Angehörigen betrifft, dann ist man auch als Profi nur ein Mensch.

Ein Teilnehmer meint, wenn man mit sich im Reinen sei, sei man auch ein guter Partner. Andere Funktionen überfordern. Er gibt allen den Ratschlag, seine Kommunikationsregeln zu befolgen: Vermeidung der Worte „kein“, „man“, „eigentlich“, „aber“. Er spielt mit Frau Dr. Schaefer ein kurzes Rollenspiel, um sein Konzept zu veranschaulichen.

Was ist zu tun, wenn ein Partner nicht mehr will und „die Schnauze voll hat“? Fragt sich ein weiterer Teilnehmer. Wie ist darauf zu reagieren? Man kann den anderen schließlich verstehen und muss ja nicht alles kommentieren. Als gesunder Mensch müsse man obendrein die Ruhe bewahren.

Bei der Ersterkrankung ist es am Schwierigsten, ansonsten sind die Angehörigen ja vorbereiteter und auch informierter.

Ein Teilnehmer fordert, als Betroffener wie ein Erwachsener behandelt zu werden und dazu sei es auch nötig, dass der Betroffene trotz der Krise noch wie ein Erwachsener handelt. Zusammen mit einem Partner könne man die Krankheit auch viel besser vermeiden, weil der Partner ja eine Beobachtungs- und Kontrollfunktion haben kann, sobald die Frühwarnsignale bekannt sind.

Falls der Betroffene nicht mehr tragbar ist für seine Familie, dann ist es an der Zeit, in die Klinik überzuwechseln, stellt ein Betroffener fest. Ein anderer Teilnehmer fügt an, dass sich dies ja bei einer organischen Krankheit genauso verhält: Der Schlaganfall wird auch nicht daheim in den eigenen vier Wänden auskuriert, sondern zunächst in der Klinik. Gegen den Vergleich von organischem und psychischem Leiden verwehrt sich dann ein Angehöriger.

Übereinstimmung herrscht jedoch zu der These, dass die Krankheitseinsicht sowohl in Sachen Partnerschaft als auch in Sachen Klinikaufenthalt sehr wichtig ist.

Beziehungen haben ein inheräntes Gefüge – die Krankheit im Allgemeinen und die Krise im Speziellen verändern dieses Gefüge, ad die Partnerschaft nicht mehr nach den gewohnten Regeln funktioniert.

Ein Teilnehmer fragt sich, wann man als Kranker am Besten die Krankheit dem

Gegenüber offenbart. Beim One-Night-Stand sei das ja eher hinderlich und unbrauchbar. Ein Betroffener antwortet, er habe da kein Problem, dem Partner oder Arbeitgeber von vornherein reinen Wein einzuschenken. Das sei auch die beste Art, gemeinsam mit der Krankheit umzugehen. Mehrheitlich wird davon ausgegangen, dass es am Besten sei, gleich von Anfang an ehrlich zu sein. Dies gelte nicht nur für die Partnerschaft, sondern auch für den Arbeitgeber. Ein Angehöriger merkt an, diese Selbstoffenbarung sei auch gar nicht so wild, weil der andere ohnehin nicht wisse, was wirklich auf ihn zukommt, wenn er sich auf den Kranken einläßt.

Zum Abschluss gibt Frau Dr. Schaefer noch Buchempfehlungen wie etwa „Psychose und Partnerschaft“ (Helene und Hubert Beitler) und die „Therapie der Zweierbeziehungen“ (Willi). Es wird noch auf die Webseite des Vereins Einblicke e.V. verwiesen, auf der viel Material zum Thema zu finden ist.