

# Protokoll zum Altenburger Trialog vom 11. Oktober 2011

## ***Thema : Psychose und Partnerschaft – Trialogische Vertiefung***

Die Moderation hatte Frau Dr. Katrin Hinkel inne und das Protokoll führte Herr Rainer Stötter.

### **Inhaltsverzeichnis**

Protokoll zum Altenburger Trialog vom 11. Oktober 2011.....	1
Thema : Psychose und Partnerschaft – Trialogische Vertiefung.....	1
Diskussion.....	1
Einleitung.....	1
Reflektion des letzten Psychoseseminars.....	1
Psychose und Partnerschaft.....	2
Die Schuldfrage.....	5
Partnerschaft und Internet.....	6
Definitionen.....	8
Co-Abhängigkeit.....	8
Der Trialog.....	8
Soteria.....	8

### **Diskussion**

#### ***Einleitung***

Nach einer kurzen Einführung und dem Verweis auf die beim letzten Psychoseseminar erstellte Themensammlung, welche nochmals aushing, gibt Frau Dr. Hinkel der angeregten Diskussion der 9 Teilnehmer freien Lauf. Zu diesem Psychoseseminar finden sich keine weiteren Zusatzmaterialien auf der Webseite. Das Protokoll ist nicht durchgehend chronologisch aufgebaut, da versucht wurde, Gemeinsames zu bündeln.

Als Partner kommen viele Personen in Frage – es geht dabei sowohl um den Partner, ein Familienmitglied oder auch den Arzt, der den Betroffenen in der Psychose begleitet .

#### ***Reflektion des letzten Psychoseseminars***

Ein Teilnehmer befand das letzte Psychoseseminar als unbefriedigend. Der Vortrag hätte das Thema Kommunikation, welches er als Dreh- und Angelpunkt jeder Partnerschaft ansieht, gerne vertieft gehabt.

Das letzte Psychoseseminar war zu vortragslastig, so dass zu wenig Raum für eine angeregte Diskussion gegeben war.

Es ging viel zu theoretisch um ein mit Leben zu füllendes Thema.

Demgegenüber bemerkt ein Profi, dass das Ende des letzten Seminars eindrucksvoll war durch die Aussagen eines Pärchens, welches in einem Dutzend Jahren eine lange Entwicklung gemeinsam durchlaufen hat. Der dabei getätigte Lernprozess führte mit einer guten Aufklärungsarbeit dazu, dass eine ungekünstelte, schöne Beziehung zustande kam, die auch tragfähig wurde trotz der Psychose und der damit verbundenen Krisen des Partners, in denen kein Zugang mehr möglich war zum in der Krise Befindlichen. Dennoch brach der Kontakt nicht ganz ab und es kam während der kritischen Episode wenigstens ein Arbeitsbündnis zustande. Es entwickelte sich im Lauf der Jahre ein lockerer Umgang mit der Erkrankung.

### ***Psychose und Partnerschaft***

Ein Betroffener erzählt von seinen Erfahrungen mit der Familie. Er fühlte sich alleingelassen und hilflos den ihn mit guten Ratschlägen überhäufenden Eltern ausgeliefert. Eine adäquate Reaktion war nicht möglich, da die Schlagfertigkeit und Fähigkeit, sich zu wehren während der Krise verloren waren.

Ein Betroffener merkt an, das Thema sei hervorragend geeignet gewesen für einen weit größeren als dem erschienenen Kreis. Insbesondere die Angehörigen und die Profis könnten schließlich nur profitieren von der Teilnahme an diesem Psychoseseminar. Sie hätten einiges Nützliches mitnehmen können für den weiteren Umgang mit den Betroffenen.

Falls die Kommunikation nicht mehr möglich ist und ein neuer Schub angesetzt hat, dann sollte der Betroffene umgehend einen Arzt aufsuchen und im Notfall in der akuten Phase den Aufenthalt in einer Klinik anstreben. Auch bei einem organischen Leiden wäre dies ja schließlich das reguläre Vorgehen.

Es wird nochmals diskutiert, was eine Psychose denn nun sei und wie sie sich auswirkt (siehe letztes Protokoll).

Es entsteht eine Diskussion, wie denn zu verfahren sei, wenn der Betroffene nicht mehr beherrschbar ist und seine Psychose voll auslebt. Eine Zwangseinweisung kommt in Frage, wenn der Betroffene für sich selbst oder für andere eine Gefahr darstellt. Letzteres ist sehr schwer zu beurteilen. Ein Angehöriger berichtet, dass ein Gefühl der Machtlosigkeit entsteht und das Gefühl, ein Verräter zu sein.

Dies wäre jedoch nur beim ersten Mal nötig. Denn nach der Ersterkrankung kann man sich informieren bei einem Profi, wie man sich am besten verhalten soll.

Es ist auch wichtig, nach der Krise über die Krise zu sprechen und sich auszutauschen über das, was alles passiert ist. Dazu gehört es auch, Verletzungen anzusprechen und sich auf ein Vorgehen zu einigen, wann welche Hilfen in Anspruch zu nehmen sind, wenn eine erneute Krise auftritt. Dann müsste sich auch niemand wie ein Verräter vorkommen, weil ja klar ist, dass der Andere mit dem angesagten Vorgehen einverstanden war.

Es ist wichtig, sich nach dem Abklingen der akuten Phase zusammensetzen und – eventuell unter Inanspruchnahme eines Profis – das Geschehen zu reflektieren und Vereinbarungen zu treffen, was in welcher Phase zu geschehen habe und welche Maßnahmen gegebenenfalls einzuleiten sind. Dieses Vorgehen sichert den Angehörigen ab, da er dann ja auch im Sinne des kranken Partners handelt und keine einsamen Entscheidungen treffen muss. Gegenseitige Verletzungen sind anzusprechen, um sie später vermeiden zu können.

Viele Allgemeinärzte zeigen wenig Verständnis, haben keine Zeit und sind auch nicht genügend geschult, um ein psychisches Leiden zu identifizieren und die nötigen Maßnahmen zu ergreifen. Auch kommt es nicht allzu selten vor, dass der gesunde Partner sich nicht interessiert für den erkrankten Partner und seine Problematik.

Was macht die Psychose mit der Beziehung? Es kommt – zumindest bei der Ersterkrankung – zur Überforderung, Ängste kommen auf, es kommt zu beidseitig erlebten Verletzungen und man fühlt sich als gesunder Partner wie ein Versager, weil man nicht helfen kann, eventuell den Anderen sogar fallen lässt.

Co-Abhängigkeit zeichnet sich dadurch aus, dass man den Drang hat, dem Erkrankten zu helfen und nach außen hin die jeweilige Krankheit zu vertuschen, um nicht isoliert und gemieden zu werden. Der Partner wird sozusagen co-abhängig. Zur Co-Abhängigkeit folgt eine Definition am Ende des Protokolls

Ein Angehöriger wirft ein, dass Eltern vor ihren Kindern nicht Reißaus nehmen können und sich wie ein Lebenspartner einfach vom kranken Part trennen können, räumt jedoch den Wunsch nach einer solchen Ablösung ein.

Ein Betroffener berichtet von der langsam vorangeschrittenen Erkrankung von einem kritischen Ereignis an bis zum Ausbruch der Krankheit. Die Eltern boten Hilfe an, leider jedoch die falsche. Es kam zu nutzlosen Ratschlägen wie „Reiß Dich zusammen“ oder „Geh unter die Leute“, die sich für den Betroffenen wie Fausthiebe auswirkten, der sich immer mehr zurückgezogen hat. Weder der Partner noch die Eltern haben aktiv geholfen und sich um den Erkrankten wirklich gekümmert. Der Betroffene erfuhr keine Zuneigung und keinen Rückhalt, niemand nahm ihn beispielsweise in den Arm oder hatte Verständnis mit ihm. Beim Versuch zu verstehen, wie die Krankheit zustande kam, hat der behandelnde Arzt in der Nachbehandlung enorm weiter geholfen.

Es ist nach wie vor nicht üblich, sich beraten zu lassen, wenn das Verhalten sich ändert. Kein Profi kann vor Ausbruch der Krankheit beurteilen, was noch kommen wird und das Erkennen und Deuten der Frühwarnsignale fällt sehr schwer.

Allgemeinärzte bemerken oft nichts.

Die Krankheit passiert jedoch zuerst einmal daheim.

Im Schnitt bleibt eine Psychose sieben Jahre unbehandelt und unerkant. Die Krankheit wird meistens totgeschwiegen. Da der Erkrankte sein Verhalten meist auf

lange Zeit hin ändert und nicht schlagartig, bekommt das Umfeld das Geschehen gar nicht so recht mit. Menschen, die dem Betroffenen jedoch nach längerer Zeit begegnen, bekommen solche Änderungen mit und können signalisieren, dass mit dem Betroffenen etwas nicht stimmt.

Gleiche Ereignisse können bei verschiedenen Menschen verschiedene Reaktionen hervorrufen wegen der verschiedenen Vulnerabilität. Die Spannbreite ist enorm. Den Einen lässt das Ereignis kalt und beim Anderen kommt es zum Ausbruch der Krankheit. Dies zeigt sich am Vulnerabilitäts-Stress-Modell (siehe letztes Protokoll). Auch ein Arzt kann deshalb nur schwer die sich anbahnende Krankheit erkennen. Psychosen sind oft falsch angesetzte Lösungsansätze für Probleme und Lebenskrisen. Da es sich um Lösungsversuche handelt, sehen Betroffene ihre Psychose und deren Inhalte als in sich schlüssig und logisch an. Viele Angehörigen gehen die Psychose mit. Ein Betroffener meint, es sei grundfalsch, mitzugehen. Der Gesunde soll sich zwar voller Verständnis mitfühlend zeigen und seiner Betroffenheit Ausdruck verleihen, doch soll er den Kranken nicht in seinen ganz offensichtlich falschen Wahrnehmungen bestärken.

Man muss gemeinsam eine Strategie lernen und möglichst viel kommunizieren (siehe Kommunikationsregeln im letzten Protokoll). Nur so kann man einander verstehen und nachvollziehen.

Es wird zu wenig kommuniziert in der Psychiatrie im Allgemeinen. Über das Zustandekommen der Psychose und ihre Inhalte wird so gut wie nie gesprochen. Die Betroffenen berichten kaum von den Inhalten, weil sie das Gefühl haben, dies sei irrelevant für den Arzt und auch für ihr Umfeld.

Der gesunde Partner kann bei fehlender Kommunikation nicht mit der Psychose des Anderen umgehen und schottet sich dann ab. Er bekommt es mit der Angst zu tun, weil er den kranken Partner nicht mehr nachvollziehen kann. Er hört schließlich beispielsweise keine Stimmen und ihm scheinen die Hände gebunden. Er kann entweder mitziehen oder den Anderen fallen lassen und sich räumlich trennen. Erst nach der räumlichen Trennung hat der Betroffene, der in einer Suchtproblematik verstrickt war und eine drogeninduzierte Psychose an den Tag legte dann auch letzten Endes professionelle Hilfe in Anspruch genommen. Solange der Süchtige einen Rückhalt hatte, sah er keine Veranlassung, sein konsumierendes Verhalten zu ändern und Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Wer nicht als Angehöriger in der Situation steckt, der kann das Geschehen ohnehin nicht nachvollziehen. Wer nicht als Betroffener in der Situation steckt, der kann das Geschehen ohnehin nicht nachvollziehen.

Vor der Pause folgt eine kurze Diskussion zum Wesen des Dialogs (siehe Definition am Ende des Protokolls).

Ein Betroffener wirft ein, dass Bevormundung durch den gesunden Partner nur

störend ist, auch wenn diese gut gemeint ist. Man soll dem Betroffenen nicht immer unter die Nase reiben, was er zu tun oder zu lassen hat.

Durch den Ausfall des kranken Partners tritt in der Familie der Verlust einer Funktion auf, der nur schwer kompensiert werden kann. Ein Betroffener schildert, wie die Tochter sich nur schwer auf dem zeitweiligen Verlust reagieren konnte. Die Tochter wollte nicht plötzlich erwachsen sein und handeln, sondern weiterhin das Kind, die Tochter sein.

Es käme ja doch nur darauf an, lieb und ehrlich gegeneinander zu sein. Ehrlichkeit bedeutet auch, negative Gefühle zu kommunizieren.

### **Die Schuldfrage**

Ein Angehöriger gesteht, dass es ihm schwerfalle, es mit dem in der Krise befindlichen Partner auszuhalten. Man sollte ihm ja eigentlich aufmerksam zuhören und ihn regelmäßig anrufen, wenn er örtlich getrennt ist. Selbstzweifel und Selbstvorwürfe erheben sich, ob man ein guter Partner sei, wenn man ja doch nicht helfen kann.

Als gesunder Partner habe ich eine Rolle inne, die durch die Krankheit des kranken Partners überstrapaziert wird. Aufwallende Hassgefühle, weil der Kranke in seiner Krise mein Leben ruiniert, und das heftige Gefühl der Ablehnung des kranken Partners wecken wiederum tiefe Schamgefühle, weil ich den anderen ja alleine lasse damit es mir gut geht. Es ist schlimm für den Betroffenen zu hören, dass er die anderen nur kaputt macht.

Die Schuldfrage wird aufgeworfen. Kann der gesunde Partner denn Schuld haben?

Es gibt verschiedene Arten, mit der Krise umzugehen. Der biologistische Ansatz beschreibt die Erkrankung als reine Stoffwechselstörung und bekämpft sie durch Gabe von Neuroleptika. Ein anderer Ansatz wäre es, Verständnis aufzubringen für die Situation und das Erleben des Betroffenen. Der systemische Ansatz sieht den Betroffenen als Symptomträger für das gesamte soziale System und als schwächstes Glied, welches an den Spannungen innerhalb des sozialen Gefüges zerbricht. Demnach wäre das System sehr wohl mit schuld am Ausbruch der Krise des Betroffenen.

Die Bitte an die gesunde Mutter, an einer Familientherapie teilzunehmen, und damit als Auslöser Verantwortung zu tragen für den Ausbruch der Krise, bewirkte, dass diese in Tränen ausbricht und meint „Ich bin doch nicht verrückt, sondern Du!“ Ein anderer Auslöser waren Probleme mit der Partnerschaft. Erst eine ausgedehnte Paartherapie führte zu einem offeneren und liebevolleren Umgang miteinander. Das Verhältnis zueinander besserte sich zunehmend und die Beziehung wurde dadurch erst so richtig tragfähig.

Die Diskussion zur Schuldzuweisung und zur Schuldfrage kann vermieden werden. Der gesunde Partner kann nämlich versuchen, zu verstehen, weshalb der Andere mit einer Psychose reagiert. Doch kann es auch extrem belastend sein, dorthin zu schauen. Es tut weh, zurückzublicken und es kommt zu Formulierungen wie „Wenn ich das gewußt hätte, dann hätte ich anders gehandelt“.

Es fällt schwer, sich als Angehöriger zu outen. Man erlebt dann Ausgrenzung und wird von der Umwelt gemieden wie ein Aussätziger.

Es gibt eine Klinik, die die Betroffenen daheim belässt und dafür die Angehörigen aufnimmt. Andere Kliniken verfolgen den Ansatz der Soteria (siehe Definition am Ende des Protokolls).

Die Suche nach dem subjektiven Sinn der Krisen beinhaltet das Verständnis, dass Krisen sinnfällig sind und auch die verrückten Handlungsweisen des Erkrankten für ihn einen in sich schlüssigen Sinn ergeben. Der Betroffene reagiert also in seinem verrückten System adäquat auf die Eindrücke, welche sich ihm aufzwingen. Das innere System passt jedoch nicht überein mit der Welt der anderen Menschen.

High expressed emotions (siehe letztes Protokoll) spielen eine große Rolle. Betroffene, die einer hochkritischen Umgebung ausgesetzt sind, erleiden öfter eine Krise als Betroffene, die sich in einem eher gelassenen Umfeld bewegen.

### ***Partnerschaft und Internet***

Die Teilnehmer wenden sich nun dem Thema Partnerschaft und Internet zu. Als Beispiele werden der Chat und facebook aufgezählt. Ein Profi erzählt die Geschichte eines jungen Mannes, der sich nach drei Wochen mit der Chatpartnerin, die er noch nie getroffen hat, verlobt und nach weiteren drei Wochen leidet wie ein Hund, weil diese mit ihm wieder Schluss gemacht hat.

Es verändert sich in unserer Zeit etwas in den Beziehungen. Geht wirklich mit dem neuen Medium Internet die Informationsvielfalt verloren, die durch Gestik, Mimik usw. vermittelt wird und auf eine eingetippte Buchstabenreihe heruntergebrochen wird? Emoticons übertragen auch Gefühle.

Es wird zur Mode, Unangenehmes wie Schlussmachen via Mail oder SMS mitzuteilen, ohne dem anderen dabei ins Gesicht sehen zu müssen.

Man bekommt durch das Internet in seiner Isolation viel leichteren Zugang zur community.

Rollenspiele verfälschen das wahre Ich. Ist der Chatpartner etwa von vornherein als Lügner anzusehen oder ist das eine unhaltbare Unterstellung? Auf der anderen Seite wird beim Schreiben das Geschriebene zur hautnah erlebten Realität und man lebt das Gefühl, von dem man sich tragen lässt.

Auch früher gab es schon Brieffreundschaften, die in einer Ehe kulminierten, weil sich im Briefwechsel die beiden Partner gefunden haben. Und heutzutage kommen immer mehr Leute durch das Internet zusammen.

Im Chat kann die Hemmschwelle, etwas zu sagen was man sich sonst verkneifen würde, stark sinken. Der Chat kann weitaus intensiver sein als eine normale Begegnung, da man sich in ein, zwei Stunden soviel austauschen kann wie ansonsten in mehreren Wochen. Ein anderer Teilnehmer ist der Meinung, dass es mühsamer sei, erst mühevoll den Text zu tippen, anstatt beispielsweise fünf Minuten zu telefonieren.

In manchen Chats geht es zu wie in einem Kaufladen. Die Chatter haben ihre Basisdaten eingegeben und der Automat vermittelt in Sekundenschnelle an Leute mit ähnlichen Interessen. In der „Realität“ fällt dies ungleich schwerer – man muss sich erst mühsam an den anderen herantasten, seinen Status auskundschaften und seine Interessen herausfinden.

Die ins Internet eingestellten Bilder sind eher Trugbilder, weil sie ja unbeweglich sind. Videokonferenzen sind eher die Seltenheit, weil die Chatter vor dieser Art der Kommunikation eher zurückschrecken.

Ein chatungeübter Profi erschrickt immer, wenn ihm die Anwesenheit eines Bekannten angezeigt wird und er dann kommunizieren soll. Er verläßt dann lieber fluchtartig den Chat, weil er nicht so recht weiß, was er mit dem Anderen bereden soll.

Emoticons; Smilies und Kürzel im Chat haben eine klare Bedeutung, die sich dem Chatexperten ganz klar erschließt. Neulinge tun sich schwer damit, die Nuancen herauszulesen und das Geschriebene richtig zu deuten.

Man muss aufpassen, dass man jung bleibt und mit der Zeit Schritt hält.

## **Definitionen**

### ***Co-Abhängigkeit***

Co-Abhängigkeit bezeichnet ein psychiatrisches Konzept, nach dem manche Bezugspersonen eines Suchtkranken durch Tun oder Unterlassen seiner Sucht Vorschub leisten. Die Personen sind zwanghaft in Verhaltensweisen festgefahren, die verhindern, dass die Sucht erfolgreich behandelt wird. Co-Abhängige sollen ebenfalls psychotherapeutisch behandelt werden. Krankhafte Formen solchen Verhaltens werden als Persönlichkeitsstörung angesehen. Andererseits wird diese Einordnung eines Fehlverhaltens auch kritisiert, weil "offizielle" psychiatrische Diagnosen die soziale Ausgrenzung der Betroffenen fördern können.

### ***Der Trialog***

Im Trialog kommen alle zusammen, die bei einer psychischen Krise oder Erkrankung bzw. einer Behandlung direkt oder indirekt beteiligt sind. Dies sind die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen und die professionellen Helfer. Alle drei Gruppen treffen sich, um gleichberechtigt ihre teilweise sehr unterschiedlichen Interessen zu verhandeln und zu diskutieren. Die Betroffenen und ihre Angehörigen sind dabei keine passiven Objekte der Behandlung oder Psychiatriepolitik mehr. Vielmehr haben sie die Möglichkeit, sich auf gleicher Augenhöhe einzubringen und mitzugestalten. Zum Ziel hat der Trialog eine personenorientierte psychiatrische Behandlung und mehr Demokratisierung in der Psychiatrie.

Nur im Trialog können die Fachleute ein der Realität näheres Krankheitsverständnis erlernen. Ein echter offener Trialog lebt davon, dass die Betroffenen den Angehörigen und den Profis ihr (psychotisches) Erleben so authentisch wie nur möglich schildern, aber auch die Umstände, welche sie in die Psychose gebracht haben.

Alle drei Gruppen sind Lernende und bereit zu einem Wechsel der Perspektive im Denken wie im Handeln. Denn erst wenn wir die Sichtweise aller beteiligten Gruppen kennen, können wir gemeinsam nach ganz anderen Lösungen suchen.

### ***Soteria***

Soteria (v. griech. „Rettung“, auch: Wohl, Bewahrung, Heil) ist eine alternative stationäre Behandlung von Menschen in psychotischen Krisen, d.h. weniger Zwangsmaßnahmen, zurückhaltender Umgang mit neuroleptischer Medikation, wohnliche Einrichtung und offene Stationsführung.

Entwickelt wurde dieses alternative Behandlungsmodell im Zuge der Antipsychiatrie-Bewegung seit den 1960er Jahren. Die erste Einrichtung dieser Art wurde 1971 in Kalifornien (USA) vom Psychiater Loren Mosher (\*1933; †2004) gegründet, musste jedoch nach 12 Jahren wegen Einstellung staatlicher Hilfen geschlossen werden. In Bern (Schweiz) führte 1984 der Schizophrenieforscher Luc Ciompi die Soteria in Europa ein.



In Deutschland gibt es in Zwiefalten (seit 1999) und München (seit 2003) Soteria-Einrichtungen. Mehrere Kliniken in Deutschland - Aachen, Friedberg, Gießen, Hannover und Langenfeld - haben mit Erfolg Soteria-Elemente in psychiatrische Akutstationen eingebunden.

Eine theoretische Basis dieser Therapieform ist die Affektlogik nach Luc Ciompi

Soteria ist in einem kleinen heimartigen Gebäude mit nicht mehr als zehn Betten (einschließlich zweier Mitarbeiter-Plätze) untergebracht. Dies soll eine normale Atmosphäre schaffen. Die Patienten werden „Bewohner“ genannt und sollen ganzheitlich in ihrer Psychose begleitet werden mit bis zu einer 1:1 Betreuung rund um die Uhr. Die Mitarbeiter sollten ideologiefrei die Psychose positiv bewerten. In der Soteria bemüht man sich um die Schaffung einer kognitiv-affektiven Beruhigung und Ausgeglichenheit. Die Mitarbeiter und Bewohner gestalten ihre Beziehung gleichwertig, es gibt wenig Rollendifferenzierung und wenig Hierarchie.

Es gibt keine formale Therapie, die Mitarbeiter stützen oder fordern je nach aktueller Befindlichkeit der Bewohner. Es soll eine Ersatzfamilie auf Zeit geschaffen werden. Eine personelle und konzeptuelle Kontinuität ist für die Bewohner und ihre Angehörigen wichtig, da dies in einer meist angstbesetzten Psychose mehr zur Beruhigung beiträgt als beispielsweise ein Aufenthalt auf Akutstationen mit häufig wechselnden Bezugspersonen und Behandlungsvorstellungen. Wichtig sind die gemeinsame Entwicklung konkreter Behandlungsziele und das alltagsorientierte Leben und Lernen in der Gemeinschaft (gemeinsames Kochen, Putzen, Freizeitgestaltung usw.).

Es gibt keine starren Stationsregeln, Konflikte werden in einer interpersonellen Grenzsetzung ausgehandelt. Eine enge Zusammenarbeit mit Angehörigen, weiteren Bezugspersonen und Betreuern ist ein wichtiger Aspekt des Ansatzes. Ein vorsichtiger Einsatz von Psychopharmaka hat sich als vorteilhaft erwiesen, um die Verarbeitung der Psychose zu ermöglichen, aber nicht zu verhindern. Eine ausreichende individuelle Aufenthaltszeit ist zur Aufarbeitung einer Psychose und zur konstruktiven Integration für den weiteren Lebensweg erforderlich.