

Psychisch Kranksein

Die subjektive Innensicht des Patienten

Psychiatrie in der Gesellschaft - historischer u. aktueller Befund

LWL-Tagung Münster 15.5.2014

Prof. Dr. Thomas Bock,

Universitätsklinik Hamburg, Irre menschlich Hamburg

Übersicht

1. Subjektivität im Zentrum - Psychoseseminar
2. „Objektive Sicht“ - Zunahme (sozialer/innerer) Distanz
3. Anthropologische Sicht - gegen Vereinfachung?
4. Sinn-Bedürfnis - Aneignung statt Entfremdung
5. Psychose und EigenSinn - Konsequenz Peerarbeit u.a.

Triolog als Basis - Film (5 Min)

(1) Subjektivität im Zentrum

Wesen der Psychoseminare / des Dialogs

- Begegnung auf *Augenhöhe* - als Experten
- *Wechselseitige* Fortbildung
- Abbau *wechselseitiger* Vorurteile
- Austausch *subjektiver* Perspektiven
- Ringen um *offenes* Verständnis
- Entwicklung gemeinsamer Sprache
- „Herrschaftsfreier Diskurs“ (Habermas)
- *Dialog* üben – auch für den Alltag

Individuelle Wirkung

- Therapie ohne Absicht (E)
- Familientherapie ohne Familie (A)
- Dreifache Supervision ohne Bezahlung (P)
- Rechtzeitige Verunsicherung (S)

Diverse Paradoxien!

- Veränderung möglich, weil nicht Bedingung/Ziel
- Verstehen aus Entfernung leichter

Qualitätsmerkmale

Psychoseseeminare Psychoedukation

<u>Teilnehmer:</u>	• Trialog	• Schiz.Patienten
<u>Inhalt:</u>	• Geschichten, subjekt.Perspekt.	• Wissen, allg. Ps.- verständnis
<u>Ziel:</u>	• Empowerment	• Compliance
<u>Lernen:</u>	• Wechselseitig	• Einseitig
<u>Themen:</u>	• Gemeinsam	• Ärztlich definiert
<u>Rollen:</u>	• Offen	• Traditionell
<u>Sprache:</u>	• Allgemein	• Klinisch (?)
<u>Anonymität:</u>	• Möglich	• Unüblich
<u>Teilnahme:</u>	• selbstbestimmt	• Indikation

Verschiedene Ebenen des Trialogs

- **Psychose-Seminar** wechselseitige Fortbildung, Übung
- **Praxis** Behandlungsvereinbarung, Initiale Behandlungskonferenz
- **Antistigma-Projekte** z.B. Irre menschlich Hamburg
- **EXperienced Involvement** Einsatz von PeerBeratern
- **Theorie** Respekt vor Subjektivität, anthropologische Sicht
- **Forschung** z.B. Hamburger SuSi-Projekt
- **Lehre, Fortbildung, Zeitschriften** z.B. „InBalance“
- **Qualitätssicherung** z.B. trialog. Beschwerdestellen
- **Psychiatrieplanung** Beiräte, PSAG, Integrierte Versorgung
- **Verbände, Psychiatriepolitik** Foren anderer Diagnosen

Zwei Kulturen

Behandlung
Untersuchen
Objektivität
Wissen anwenden



Trialog
Suchen
Subjektivität
Geschichten erzählen



(2) Wie geschieht Stigmatisierung?

- „Stigmatisierung = Zuordnung negativer Merkmale“
- Vorurteile von heute - Fehleinschätzung Psychiatrie gestern
- Verantwortung der Psychiatrie für Sprache, Begegnung / Trialog entscheidend

Krankheitskonzept und Vorurteile

(Angermeyer&Schomerus 2012)

- Zunahme soziale Distanz und Zunahme biologisches Modell!
- Reduktionismus verstärkt soziale *und* innere Distanz
- „Schuldzuweisung“ nicht (mehr) entscheidend - Annahme fehlender Kontrolle
- Häufigkeit in Bevölkerung eher überschätzt!

Was hilft gegen Vorurteile?

- Begegnungsprojekte
- Dialogische Fortbildungen
- Annahme fließender Übergänge
- Anthropologische Sicht
- Gesellschaftliches Engagement für Sensibilität und Toleranz z.B. Irre menschlich Hamburg

Psychose und Sprache

Zitate Studie „Naturgeschichten“

„Ich glaube, dass man auf (einige) Medikamente verzichten könnte, wenn man die Sprachdimension erweitern würde, also versucht die psychotischen Elemente noch mehr in Sprachen und Bildern rüberzubringen Das Eindimensionale, das halten wir Psychotiker nicht aus!Psychiater sollten nicht Manuale lesen, sondern Weltliteratur“ (Bock, Lichtjahre, 2003)

(3) Schutz vor Vereinfachung?

- *„Warum ist Herr x psychotisch?“ - „Er hat eine Psychose“*
- *„Warum ist Frau M. so aufgeregt?“ - „Sie agiert.“*
- *Frau P. hört Stimmen. - Sie hat eine Schizophrenie.*
- *Herr S. nimmt die Pillen nicht. Er ist noncompliant.*
 - objektivierende/stigmatisierende Sprache
 - keine Beziehung, wenig Verstehen

Unzulässige Vereinfachungen

in der Theorie

- Psychische Erkrankungen *nicht* zu reduzieren auf Genetik + Stoffwechsel
- Rückfälle vermeiden um jeden Preis - und das Leben gleich mit: ein Weg in die Depression?
- 30 - 70 % der Menschen psychisch krank!??

„Wie gesund ist krank?“

Menschheit krank oder Krankheit menschlich?

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

Anthropologische Sicht

Philosophie des Dialogs?

„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“)

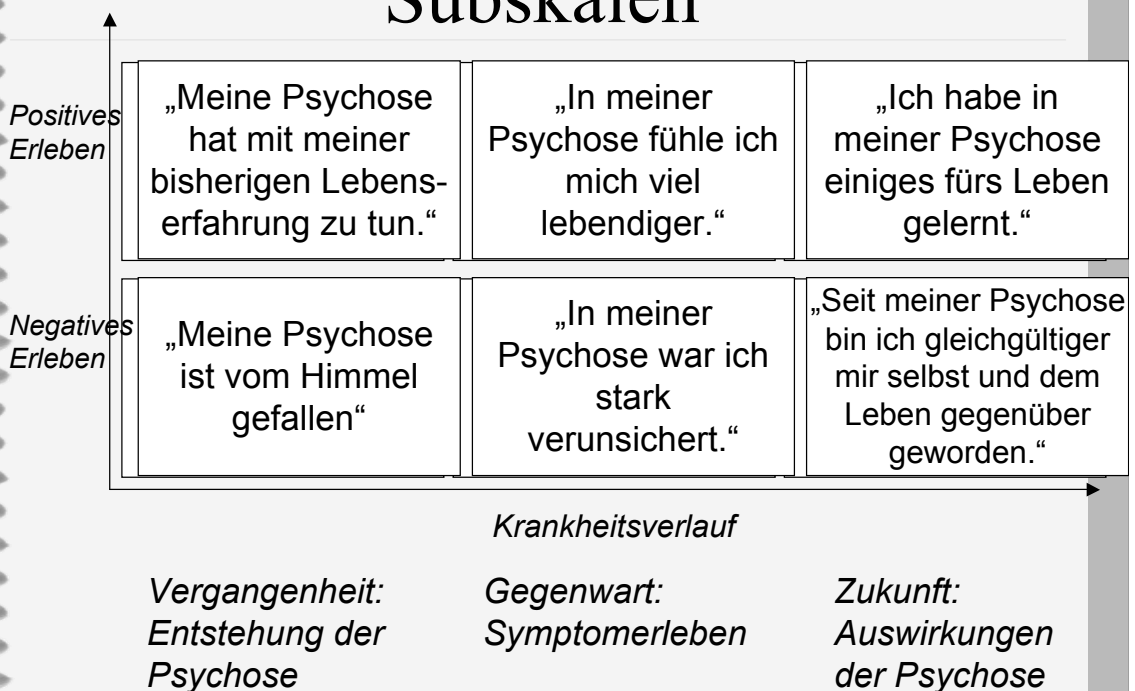
(4) Sinn-Bedürfnis bei Psychosen?

Dialog in der Forschung

Gegenpositionen:

- *“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”.* (D.Buck)

Aufbau des Fragebogens: Subskalen



Studien - Übersicht

- **SuSi1:** Entwicklung und Pilotierung des Fragebogens (N=90), 2005
- **SuSi2:** Multicenter-Stichprobe (N=423): Validierung. Untersuchung Zusammenhang Krankheitskonzepten, Lebensqualität, Symptomatik u.a., 2008
- **SuSi3:** Erweiterung auf Angehörige und Therapeuten, Befragung zusammenhängender Triaden, 2010
- **SuSi/Psychose-Seminare:** Auswirkungen von Psychose-Seminaren auf Sinnkonstruktion, Recovery und Empowerment, trialogische Befragung, 2011/2012
- **Weitere:** Transkultureller Vergleich, Übertragung auf Bipolare Störung, Angehörigen-Version, Prognose Psther

Einschätzung?

- Wieviel % sehen Lebensereignisse in Zusammenhang mit der Entstehung der Psychose?
- Wieviel % erleben die Psychose auch positiv?
- Wieviel % betonen auch konstruktive Veränderungen, die mit der Psychose einhergehen?

Antworttendenzen

- Ca. 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.

Zusammenhänge

- Wer Bezug zu Lebensereignissen herstellt, betrachtet aktuelle Symptome und Zukunft eher optimistisch.
Auftrag an Psychotherapie (Salutogenese/Kohärenz)
- Wer Symptome als belastend erlebt, befürchtet auch eher negative Auswirkungen.
Auftrag an Psychiatrie (Beistand, Entlastung)

Vergleich mit anderen schweren Erkrankungen?

Zitat zu Sinn und Leid

„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

gerade neu erschienen:



(5) Eigensinn und Psychose

Praktische Konsequenzen?

- **Sinne gehen eigene Wege**
Nerven im Hörzentrum nur zu 1/3 vom Ohr
- **eigener Sinn der Psychose**
Subjektive Bedeutung ernst nehmen, Sinn-Bedürfnis Raum geben
- **Suche nach Eigenem und nach Sinn**
Verbindung von Psychotherapie *und* Sozialpsychiatrie
- **Psychose als Form des Eigensinns**
Unverständlichkeit als „letzter Hort von Eigenheit“ vs. Höllenhunde am Eingang der Psychiatrie „Krankheitseinsicht“ + „Compliance“

Umgang mit Eigensinn

„Höllenhunde“ am Eingang 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?
- Mislungene Kooperation
- Schlechte Prognose?

Eigensinn

- Besond. Beziehungsangebot
- Ringen um Autonomie
- Lebensqualität (Rössler 2001)

Andere Kooperationskultur:

Krankheitseinsicht i.e.S. fördert Depression/Suizidalität

Eigensinnige Krankheitskonzept Lebensqualität

Zitat „Krankheitseinsicht“

„Ich wurde zweihundertprozentig psychiatrisiert: Sie haben mir die Sätze aus dem Gehirn genommen, sie verdreht, und mir dann wieder eingesetzt. Ich habe eine totale Gehirnwäsche hinter mir.... Das ist so als ob man gegen ein Regime kämpft, das einen unterdrückt, und man dann von einer Partei unterstützt wird, die einem auf solche Weise hilft, dass es einem extrem unangenehm ist.“

Herr Gross, Lichtjahre 2003

Aus dem Dialog lernen

Voraussetzungen für Subjektorientierung

- Begegnung auf Augenhöhe: Respekt vor Verschiedenheit. Wertschätzung für Eigensinn.
- Gemeinsame Sprache: Den ganzen Menschen sehen
- Mehr Psychosenpsychotherapie: Methoden integrieren und individualisieren
- Integrierte Versorgung: andere Belohnungsmechanismen, mehr Kontinuität,
- Peer-Beratung: Beitrag zu mehr Selbstwirksamkeit, recovery-Orientierung

Zwei Visionen


- Ausweitung ICD, Reduktionismus, Fixierung auf Krankheitseinsicht/Compliance, Klinik als Burg, wenig Kontinuität, Betreuer als Zufuhrdienst, Marktwirtschaftl. Zersplitterung, Schwer Kranke benachteiligt!
- Dialogforen, Irre menschlich-Projekte: Begriffliche Abrüstung, Toleranz/Sensibilität, gemeinsame Sprache, open dialog, Integrierte Versorgung mit Peers (E/A), Menschenrechtskonvention, Betreuer als „Garanten“

*Eine Psychiatrie, die ein immer engeres
Modell auf immer mehr Menschen anwendet,
muss in einer Legitimationskrise landen.*

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit



SuSi-Fragebogen

 © Bock et al. 2010

Hamburger SuSi-Fragebogen zu subjektivem Sinn und Bedeutung von Psychosen - Fragebogen für Psychose-Erfahrene

Auf den folgenden Seiten werden Aussagen zu Ihrer Psychose getroffen.

Wenn Sie der Meinung sind, eine Aussage trifft zu, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen mit der 1 an. Wenn Sie meinen, die Aussage trifft eher zu, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen mit der 2 an. Kreuzen Sie bitte das Kästchen mit der 3 an, wenn Sie denken, diese Aussage trifft eher nicht zu, und kreuzen Sie das Kästchen mit der 4 an, wenn Sie der Meinung sind, dass diese Aussage nicht zutrifft. Kreuzen Sie bitte nur in den vorgegebenen Feldern an; andere Antworten können nicht ausgewertet werden.

Antworten Sie möglichst spontan, ohne lange zu überlegen. Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten. Uns interessiert lediglich ihre persönliche Meinung.

Am Ende jedes Abschnitts haben Sie auch die Gelegenheit, in Ihren eigenen Worten Ihr Erleben zu beschreiben. Wenn Sie möchten, können Sie hier eine Antwort schreiben, Sie müssen es aber nicht.

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die Entstehung Ihrer Psychose

1 = Trifft zu 2= Trifft eher zu 3 = Trifft eher nicht zu 4 = Trifft nicht zu

1	Meine Psychose hat mit meiner bisherigen Lebenserfahrung zu tun	1	2	3	4
2	Es ist kein Zufall, dass ich gerade zu diesem Zeitpunkt psychotisch wurde	1	2	3	4
3	Im Rückblick ist es mir verständlich, warum ich psychotisch wurde	1	2	3	4
4	Vor meiner Psychose hatte ich meine Gefühle im Griff	1	2	3	4
5	Meine Psychose wurde durch Kindheitserlebnisse beeinflusst	1	2	3	4
6	Der Beginn meiner Psychose hängt mit bestimmten Ereignissen zusammen	1	2	3	4
7	Vor meiner Psychose war mein Leben gut geregelt	1	2	3	4
8	Vor meiner Psychose hatte ich Vertrauen in mich	1	2	3	4
9	Vor meiner Psychose konnte ich mich auf meine Wahrnehmungen verlassen	1	2	3	4
10	Vor meiner Psychose war ich ganz zufrieden mit meinem Leben	1	2	3	4
11	Mein Behandler würde meinen Ansichten in den genannten Punkten größtenteils zustimmen	1	2	3	4
12	Meine Verwandten/Bezugspersonen würden meinen Ansichten in den genannten Punkten größtenteils zustimmen	1	2	3	4

Bei der Entstehung meiner Psychose spielte eine Rolle, dass...
(bitte eigene Ideen eintragen)

13

Sechs SuSi-Subskalen:

Entstehung der Psychose:
Kohärenz vs. Unverständnis

Akutes Symptomerleben:
Bereicherung vs. Belastung

Langfristige Auswirkungen:
Konstruktiv vs. destruktiv