

PSYCHIATRISCHE PSYCHOTHERAPIE, SOZIALE BEWÄHRUNG UND INTEGERATION

Referat an der PSAG-Fachtagung „Integration von psychisch kranken Menschen“

vom 19. Oktober 2011

Einleitung

Das Tagungsthema der Integration ist in der Psychiatrie stets präsent: Jede schwerere psychische Krankheit bedeutet eine Stück Desintegration mit dem Doppelaspekt Auseinanderfallens des inneren wie des sozialen Zusammenhaltes. Und psychiatrische Interventionen sollten idealerweise wieder ein Stück Integration in diesem doppelten Sinn erreichen. Dieser Doppelsinn bildet ein Leitmotiv dieses Referats. Hinzu kommt, dass wir in der Psychiatrie oft verschiedene Behandlungselemente integrieren müssen. Dazu möchte ich in diesem Vortrag versuchen, eine gemeinsame Zielvorstellung der für „Psychotherapie“ und „sozialpsychiatrische Hilfe“ zu entwickeln: für die Arbeit mit psychisch kranken Menschen, die Hilfe verschiedener Instanzen brauchen.

Nehmen Sie es als Skizze einer Konzeptarbeit aus meiner persönlichen Sicht: Bei meiner Arbeit in der Praxis, die ich seit meiner Pensionierung als Klinikarzt führe, habe ich es häufig mit Patienten zu tun, die in ihren sozialen Aufgaben versagen. Das ist mir deutlicher aufgefallen als 35 Jahre zuvor, als ich schon einmal eine Praxis betrieb. Die verfügbaren Hilfen sind heute ungleich vielfältiger, differenzierter und besser zugänglich, aber in der Gesellschaft sind zugleich manche Hürden für Patienten, die sich wieder bewähren wollen, deutlich höher geworden. Die Konsequenzen beschäftigen mich in meiner täglichen Arbeit mit meinen Patienten.

Zu Frage der Integration haben mich vor zehn Jahren empirische Befunde frappiert, die vor N. Baer aus Statistik der Kant. Psychiatrischen Klinik Liestal an den Tag gebracht hat (und sicher heute noch gelten): Das war ein Vergleich von stationären Patienten von 18 – 65 Jahren mit und ohne Erwerbsarbeit: Die Patientengruppe mit Arbeit zeigte wesentlich kürzere Aufenthaltsdauern als die Vergleichsgruppe ohne Arbeit und im Fall von Wiedereintritte viel längere Intervalle zwischen den Eintritten. Diese sehr signifikanten Unterschiede mit grossen Fallzahlen bestanden unabhängig von der Schwere des klinischen Bildes! Ich interpretiere das so: Erwerbsarbeit bedeutet soziale Bewährung und entfaltet daher eine starke integrierende Kraft. Die gleiche Untersuchung zeigte allerdings, dass eine Mehrheit der stationären Patienten nicht mehr erwerbstätig war bzw. die Arbeit während des Klinikaufenthaltes verlor und damit eine wesentliche Ressource der Integration entbehren musste. Arbeit ist steht in unser Gesellschaft besonders „integrationsmächtig“, aber Bewährung beschränkt sich keineswegs darauf. Sehr wichtig sind auch Rollen und Aufgaben im Rahmen der Familie (daran können sich Frauen besser als Männer halten), allenfalls in Vereinen oder in einer organisierten Freizeitaktivität, die wie PrimaVista an die Öffentlichkeit tritt.

Bewährung

Vielleicht sticht Ihnen in meinem Titel das Wort „Bewährung“ etwas in die Nase. Es ist kein Fachwort und klingt etwas moralisch, ja altmodisch. Wie bin ich darauf gekommen? „Psychotherapie und soziale Integration“ wäre doch einfacher und kürzer gewesen. „Integration“ ist aber ein abstrakter, sehr

weitläufiger, auch diffuser und inflationär gebrauchter Begriff. Wohl erscheint er mir unverzichtbar, weil er sowohl intrapsychische wie gesellschaftliche Prozesse in Richtung Ganzheit deckt (lat. „integer“ = „ganz“, „unversehrt“): Unterschiedliche Elemente werden zu etwas Ganzen zusammengefügt, gehen in einem Ganzen auf. Integration hat aber die Qualität eines nie vollständig erreichbaren Ideals, und spendet uns keinen operierenden Gehalt. Darum suchte ich noch ein handfesteres, deutsches (nicht lateinisches oder englisches) Wort, um eine zentrale Bedingung der Integration anzugeben - ein Wort, welches auch Patienten unmittelbar verstehen und ein hinreichend konkretes Ziel bezeichnet, das alle Beteiligten gemeinsam angehen können. Und bin eben auf „Bewährung“ gestossen. Ich versuche eine Definition: *Soziale Bewährung bedeutet mehr als Anpassung und Leistung. Sie ist die aktive Erfüllung einer wesentlich sozial definierten Aufgabe, bzw. positiven Rolle. Bewährung wird erreicht dank Verantwortung für diese Aufgabe, die als sinnvoll angenommen wird, und führt zu einer Anerkennung der Person. Bewährung braucht Realitätssinn, enthält das Element der Dauer und Zuverlässigkeit und erfordert das Durchhalten von Belastungen und Frustrationen.* Soziale Bewährung bildet so einen Kern der inneren und äusseren Integration.

Der Begriff der Bewährung verbindet *Notwendigkeit*, die in der Realität der Aufgabe steckt, mit einer Zustimmung, welche aus einem Element einer *Wahl* erwächst. Es ist diese Verbindung, die zur Übernahme von Verantwortung führt. Bewährung kann nicht allein auf Fremdbestimmung gründen.

Eine Frau, die psychotische Episoden erlitten hat, wird ungewollt schwanger. Sie *entschliesst* sich, das Kind auszutragen und ihm eine möglichst gute Mutter zu sein. Die Bedürfnisse des Kindes, einmal geboren, sind dann unausweichliche Notwendigkeiten für die Mutter, denen sie sich stellen muss. Vielleicht benötigt sie Hilfe, erleidet Krisen. Hauptsache, sie kann auf die Dauer ihre Aufgabe wahrnehmen.

Ein Patient, der lange zuhause passiv mit negativen Gedanken herumgelegen ist, will „endlich aus dem Loch herauskommen“. Vom Arzt lässt er sich daraufhin in ein Tageszentrum vermitteln. Dort muss er sich der Notwendigkeit stellen: er muss die Regeln und Rituale der Einrichtung einhalten und sich in die Gruppe einfügen. Für den Patienten ist das Moment der Wahl hier vielleicht schwach und diffus. Da braucht es sog. „Motivationsarbeit“ um ihn bei der Stange zu halten: d.h. das Bewusstsein seiner Wahl aufzurichten, damit er die Anforderungen nicht nur als Zwang und Willkür erlebt, sondern als Aufgabe akzeptiert. Das ist die Kippe, ob er abspringt oder sich - auf dem Niveau des Tageszentrums - bewähren kann.

Man sieht: die Frage der Bewährung stellt sich auf ganz unterschiedlichen Niveaus und Aufgaben. In der Rehabilitation ist es natürlich essentiell, eine Rolle und ein angemessenes Leistungsniveau zu finden, welches Bewährung verspricht, und Hilfen nutzen zu lernen. Das kennen Sie bestens. Manchmal ist es ein längerer Prozess bis dorthin und diesen Prozess sollte man bereits als eine erste Phase der Bewährung verstehen: Der Klient muss sich da zuerst mit der Realität seiner Einschränkung auseinandersetzen – schon das wird nicht jeder durchhalten - und oft schmerzvollen Verzicht auf frühere Ansprüche und Perspektiven leisten. Er muss diese Tatsache soweit zu eigen machen – also *integrieren*, dass er sich auf bescheidenere Aufgaben und mühevollen Aufbauarbeit einlassen, sie also *wählen* kann. In diesem Prozess braucht er vielleicht intensive Hilfe, aber diesen Schritt zur Wahl und zur Übernahme von Verantwortung kann ihm niemand abnehmen.

Diese soziale Bewährung als Element sowohl der äusseren wie inneren Integration wird bei der Hilfe für eine bestimmte Zielgruppe zum Angelpunkt: Psychisch erkrankte Patienten, die sich in einer dekompenzierten sozialen Lage befinden, d.h. *gescheitert* sind, und nun spezielle, institutionelle Hilfe brauchen. Die aber nicht jede Autonomie verloren haben und in der Lage sind, Psychotherapie mindestens ansatzweise zu nutzen. (Sozial besser integrierte Patienten kommen allein mit ambulanter psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung aus. Noch schlechter Integrierte, die sich durch-

gehend versorgen lassen müssen, sind von einer sozialen Bewährung weit entfernt.) Diese Charakteristik deckt sich übrigens weitgehend mit der Zielgruppe der PSAG.

Das Scheitern

Auf das soziale Scheitern, als Gegensatz zur Bewährung, möchte ich hier zuerst näher eingehen: Ich meine ich nicht einfach einen Misserfolg, eine ungenügende Leistung oder Fehlanpassung, sondern eine tiefgreifende, schmerzliche Erfahrung des Versagens: ein Stossen an Grenzen, welches das Selbst erschüttert und einen eingeschlagenen Weg unversehens und schuldhaft verbaut. Dieses Scheitern geschieht also im Rahmen sozialer Bedingungen und Beziehungen und ist, auch wenn – oder gerade wenn psychisch Krankheit im Spiel ist, nicht allein als individuelles Versagen zu sehen.

Mich hat dieses Scheitern im Lebenslauf von psychisch erkrankten Menschen zunehmend beeindruckt. Es wird m.E. von den professionellen Helfern zu wenig gewichtet. Darum verbreite ich mich hier etwas zu dieser Problematik. Allerdings gehört das Scheitern zur menschlichen Existenz und ist an sich nichts Pathologisches. Es wäre illusionär, ein Leben ohne Scheitern führen zu wollen.

Das Scheitern greift die Person in der Regel auf einer Ebene an, die wir als „narzisstisch“ bezeichnen: also jene zentralen Struktur des persönlichen Erlebens, die man mit dem Begriff des „Selbst“ fassen kann. Das Selbst ist gekränkt ja beschädigt. Je mehr es zuvor schon in Gefahr war, umso mehr hat die Kränkung traumatische Qualität. Scheitern bedeutet eine Krise und führt zunächst Reaktionen, die man der Normalpsychologie und nicht einer spezifischen psychischen Störung zuordnen sollte. Diese Reaktionen sind uns allen aus eigenem Erleben vertraut. (Erinnern Sie sich einen Moment an ein eigenes Scheitern!...) Enttäuschung und Beschämung sind obligatorisch und stehen wohl zuoberst auf der Liste. Es folgen Entwertung und Ohnmachtsgefühle, Schuldgefühle, das Selbstvertrauen ist unterminiert. Die Kränkung verursacht Wut, die in der Ohnmacht des Scheiterns kaum eine gute Abfuhr findet. Aus allem entsteht Angst, die verschiedene Richtungen nehmen kann: Angst: weiter zu versagen, die Wertschätzung und Liebe anderer zu verlieren etc., oder sie verbleibt als diffuse Lebensangst. Gegen solche schmerzlichen und bedrohlichen Gefühle wird jeder unmittelbar psychische Abwehr mobilisieren: Regression in Form von Flucht (alles hinschmeissen) oder Passivität (kann die Situation nicht fassen, mag nicht mehr), Bagatellisierung/Verleugnung (es ist nicht so schlimm, kann jedem passieren, war kein Versagen sondern nur ein bisschen Pech), Externalisierung (andere sind schuld, selber ist man Opfer). Im guten, gesunden Fall wird man diese unmittelbare Reaktion nicht in unbedachte Aktion umsetzen, mit der Zeit Abstand gewinnen, das Scheitern realistisch zu deuten beginnen und sich neu orientieren: eine psychische Arbeit der Integration. Das leisten auch psychisch Kranke unter günstigen Umständen, aber sie tragen grössere Risiken, dass ein Scheitern sie aus der Bahn wirft:

Sie kennen solche Geschichten: Ein begabter junger Mann geht mit einem frischen Universitätsdiplom zu einem Stage ins Ausland und wird dort psychotisch. Er schafft die Rückreise mit Müh und Not, kommt kurz in die Klinik. Eine bereits zugesagte qualifizierte Stelle kann er nicht antreten. Nach einigermaßen abgeklungenen Akutsymptomen sitzt er nun daheim, lässt sich wie ein Kind von seiner Mutter versorgen, anstatt eine viel versprechenden Karriere zu beginnen. Er grübelt die ganze Zeit an seinen gescheiterten Plänen herum.

Psychische Erkrankung ist zirkulär mit Scheitern verknüpft: als Ursache ebenso wie als Folge, wobei die Pathologie, die zum Versagen führte, nun auch die Verarbeitung des Scheiterns behindert, dessen Folgen die Pathologie nähren. So knüpft sich ein Teufelskreis zu einer Dynamik der sozialen wie psychischen Abwärtsspirale und Desintegration. Die Mechanismen sind dabei unterschiedlich (evtl. „störungsspezifisch“):

„Klassisch“ beim Trinker, der ein Problem mit Alkohol überdeckt, schliesslich in der Arbeit versagt, das Scheitern mit noch mehr Alkohol weggespült, die Stelle verliert, sein Frau läuft davon etc... Eine bipolar Erkrankte hat in ihrer manischen Grandiosität ihre gehobene Berufsstellung gründlich kompromittiert und die Familie an den Rand ihrer Tragfähigkeit gebracht. In der Vorahnung eines schrecklichen Scheiterns klammert sie sich an die manische Abwehr möglichst lange, lehnt eine wirksame Behandlung vehement ab und macht noch mehr kaputt. Der Absturz in Depression ist dann umso heftiger.

Zu den eigentlichen Symptomen oft Aktionen von Symptomqualität: Der Patient bleibt zuhause liegen, meldet sich nicht mehr. Oder er präsentiert unvermittelt völlig neue Ziele, die er nicht diskutieren lässt. Oder die Arztbesuche nehmen überhand, der Substanzkonsum steigt massiv. Im schlimmsten Fall manifestiert sich Suizidalität. Stets bildet das Scheitern einen Knotenpunkt in solchem Verlauf. Das sieht man aber nicht immer klar, wenn sich solche Symptome und Aktionen in den Vordergrund drängen und Aufmerksamkeit und Massnahmen erheischen.

Das Scheitern hat zieht Angehörige und Helfer mit. Bei diesen hat es grundsätzlich dieselben Folgen wie beim Patienten selber: Sein Versagen ist auch ihr Versagen als Eltern, als Partner, als professioneller Helfer. Sie reagieren auch mit derselben Palette von Gefühlen, auch mit Wut auf den Versager, und mit denselben Abwehren. – besonders beliebt scheint bei Professionellen ein Stück Verleugnung zu sein - und damit rückt auch das Scheitern in den Hintergrund.

In einem Tageszentrum wird eine chronisch schizophrene Patientin in anderthalb Jahren geduldiger Arbeit so weit aufgebaut, dass sie auf eigenen Entschluss eine Stelle sucht und tatsächlich in einem Supermarkt als Kassiererin angestellt wird. Allerdings wird sie nach einem Monat wegen eines Fehlers in der Abrechnung wieder entlassen. Die Patientin scheint das Ereignis leicht zu nehmen und sitzt darauf wieder im Tageszentrum - ohne Perspektive. Das Team ist aber bitter enttäuscht, nur gesteht man sich das nicht ein. Es gibt keine Konfrontation mit dem Ereignis, was man rationalisierend mit der Angst begründet, die Patientin werde das nicht aushalten und dekompensieren. Die Supervision bringt an den Tag, dass auch die eigene Wut und Kränkung im Team Angst machen.

Verfestigung in Chronizität

Wenn sich solche symptomatischen Reaktionen auf Scheitern zu einer dauernden Abwehr verfestigen, dient das der Stabilisierung. Aber es bedeutet den Ausgang der Krise in Chronizität und Behinderung. Dazu einige Aspekte:

- Es bilden sich neben Symptomen abwehrende *Haltungen* unterschiedlicher Art heraus: z:B. Rückzug, Ressentiment, passiver Anspruch, Resignation und Entwertung. In solchen Haltungen wird meist Aggression – manchmal ein heimlicher Rachewunsch - eingefroren. (Man suche hinter solchen Haltungen stets nach einem Scheitern.)
- Man kann zwei Formen des chronischen Verlaufs unterscheiden, allerdings vermischen sie sich oft: Der eine Typ ist durch *Vermeidung* gekennzeichnet (vgl. Fallbeispiel oben). Das ist leicht zu verstehen. Eine neue Herausforderung erweckt die Erfahrung des Scheiterns und damit eine (oft durchaus berechnete) Angst vor dessen Wiederholung. Wenn nun eine solche Herausforderung – z.B. ein Arbeitsversuch – „droht“, aber die Geschichte des Scheiterns abgewehrt im Dunkeln geblieben ist, sieht man nur eine „rätselhafte“ Verschärfung der Symptome, Abbrechen des Kontaktes, vielleicht eine Krise an verschobenen Fronten (z.B. im Team).
Beim anderen Typ kommt es zur *Wiederholung* des Scheiterns, weil immer wieder gleiche Situationen gesucht und die gleichen eingepägten Muster inszeniert werden, die zum Versagen füh-

ren. Diese Wiederholungstendenzen gehören zu den grossen therapeutischen Herausforderungen. (FREUD sprach schon vom „Wiederholungszwang“.) Wir Spezialisten sehen diese Patienten ja oft erst spät, nach solchem vielfachem Scheitern. Darum gehe hier etwas genauer darauf ein:

- In diesem Fall wurde *Scheitern selbst zum Symptom*. Darin sind ungelöste Konflikt- und Problemlagen verpackt. Die Art der Problematik ist individuell unterschiedlich, aber es gibt typische Formen, z.B.:
 - Ablösungsprobleme sind besonders häufig. Die Schritte in Selbständigkeit sind bei unseren Klienten oft schon in der frühen Kindheit kompromittiert. Die Patienten hängen sich an helfende Personen oder Einrichtungen. Krisen, die stets unmittelbar um den Zeitpunkt eines neuen Rehabilitationsschrittes auftreten, der mehr Selbständigkeit bringen soll, sind ein klarer Hinweis auf solche Probleme. Das Scheitern erlaubt die Rückkehr in eine abhängige, versorgte, sichere Position.
 - Probleme der Autonomie und Selbstbehauptung. Diese Patienten erleben bestimmte Anpassungsanforderungen als Zwang zu einer unerträglichen Unterwerfung und Selbstaufgabe und sie müssen dagegen ankämpfen – das geht aber nicht offen. Im Scheitern steckt ein Stück Empörung und der Ausdruck von verdeckter Aggression.
 - Probleme um Grösse und Ohnmacht Bei Menschen mit narzisstischer Problematik von pathologischem Ausmass hängt der Selbstwert davon ab, eine überragende Bedeutung zu erlangen und bewundert zu werden. Oft verführen sie ihre Umgebung anfangs dazu, die grossartigen Erwartungen mitzuspielen. Irgendwann stossen sie durch Egoismus, Rücksichtslosigkeit, Rechthaberei etc. an und bekommen Schranken gewiesen. Da brechen sie zusammen, fallen in totale Entwertung und in ohnmächtige Wut, die gefährlich werden kann. ... Bis sie wieder Gelegenheit zu einem erneuten Aufschwung finden.
 - Probleme der Selbstgrenzen und – Auflösung betreffen Menschen mit einem psychotischen Leiden, deren Selbstintegrität prekär ist. Sie geraten unversehens in Situationen, in denen sie sich von Auflösung bedroht fühlen, meist wenn ihnen jemand zu nahe kommt (ohne böse Absicht und ohne es zu merken). Da bleibt als „Notfallreaktionen“ gegen die Bedrohung nur wahnhaftige Verarbeitung (die oft nicht kommuniziert wird) verbunden mit Flucht oder Blockade.

Was brauchen psychisch erkrankte bzw. behinderte Menschen mit einer Geschichte des Scheiterns?

Es klingt banal, wenn ich jetzt erkläre, dass die professionelle Hilfe Menschen mit der einer Geschichte des sozialen Scheiterns vor allem die Befähigung und Möglichkeit der Bewährung eröffnen sollte. ‚Daran arbeiten wir schliesslich ohnehin!‘ könnte ich fast hören. Ich versuche etwas hinter diese Banalität zu kommen: Es geht zunächst um eine kleine, aber bedeutsame Akzentverschiebung in der Rehabilitation: Bewährung bedeutet eben mehr als das funktionelle Ziel eines bestimmten Leistungsniveaus, um z.B. eine produktive Arbeit erbringen oder eine Wohnsituation selbständig zu bewältigen. Wesentlich ist es für diese Klienten, *aus dem Teufelskreis des Scheiterns heraus zu kommen*. Das kann nachhaltig nur durch eine soziale Bewährung geschehen, die eine Wiedergutmachung der narzisstischen Kränkung bedeutet. Dazu muss eine ehrliche Chance mit einer Aufgabe angeboten werden, die zu bewältigen ist *und zugleich den Ansatz einer Identifikation* und Bestätigung bietet. Das hat auch einen Beziehungsaspekt: Steht dort, wo der psychisch erkrankte Mensch sich bewähren soll, eine Person oder eine Gruppe zur Verfügung, die Identifikation ermöglichen?

Ein mehrfach sozial gescheiterter Patient muss auf dem Weg zur Bewährung einen komplexen Prozess durchmachen können: vordergründig um das Leistungsniveau zu finden, das seinen verfügbaren Ressourcen entspricht; das bedeutet oft einen schmerzlichen Abschied von höheren Erwartungen, von Lebensentwürfen vor Ausbruch der Krankheit, Auseinandersetzung mit der Erkrankung und mindestens teilweise psychische Integration des Handicaps. Ebenso wichtig ist aber die *Aufarbeitung des Scheiterns* selber – des untergründigen Musters, von dem ich sprach, der Ereignisse des Scheiterns und der psychischen Folgen des Versagens (eben: Kränkung, Scham, Vermeidung etc.). Und es braucht besonders bei und nach neuen Rehabilitationsschritten (z.B. an einem Arbeitsplatz) eine zuverlässige Begleitung, welche über die stützende Funktion hinausgeht: In der Bewährungssituation aktualisiert sich nämlich die Problematik des Scheiterns zwangsläufig, das muss man sehr genau im Auge behalten und, so gut es geht, laufend ansprechen. Wird das übergangen, steigt wegen der Wiederholungstendenz das Risiko eines erneuten Scheiterns erheblich.

Hier wird eine wichtige Aufgabe für die Psychotherapie klar. Sie hat einen Brennpunkt in der Bearbeitung dieser zentralen Problematik. Das bedeutet einen inneren Prozess, der immer ganz nah an den Auseinandersetzungen mit der äusseren Realität, in der sich der Patient abmüht, abläuft; aber dabei vor allem die andere Ebene der inneren Bewältigung anspricht. Psychiatrische Psychotherapie bedeutet mit nicht einfach eine Psychotherapie mit Patienten, die eine schwerere psychische Störung haben und darum auch medizinisch-psychiatrische Behandlungselemente brauchen, sondern diese recht spezifische Aufarbeitung des Scheiterns und seiner Hintergründe. Der Therapeut muss sich dieses Verständnis erarbeiten und auch in Phasen und Zuständen, in denen der Patient sich dem nicht öffnen kann, erhalten.

Wenn auch die sozialpsychiatrischen Helfer bei ihrer vorwärts gerichteten, praktischen Arbeit diese Geschichte des Scheiterns beachten, werden sie ebenfalls die Frage der Bewährung ins Zentrum rücken. Somit kann eine gemeinsame Arbeits- und Zielkonzeption zwischen Psychotherapeuten und sozialpsychiatrischen Helfern entstehen.

Scheitern und Bewährung der Behandlung

Bisher habe ich die Frage von Scheitern und Bewährung der Patienten vorwiegend als Problem dargestellt, das irgendwie im Patienten festgemacht ist und dort quasi als Objekt der Behandlung harrt. Aber das Problem durchdringt die therapeutischen Beziehungen und die Behandlungsprozesse selber und führt dort ebenfalls zu Misserfolgen (wie schon im Beispiel der Kassiererin angedeutet). Doch davon ist selten die Rede. Natürlich stellt man lieber Erfolge dar und veröffentlicht entsprechende Berichte.

Die alltägliche Arbeit mit psychisch kranken oder behinderten Menschen sieht oft anders aus, als im Marketing dargestellt. Wir erleben leider immer wieder Rückschläge und Misserfolge und müssen eigentlich stets auf diese gefasst sein. Darüber reden und publizieren wir nicht gerne, es könnte als Inkompetenz ausgelegt werden. Die Erfahrung, das Risiko, die Drohung des Scheiterns teilen wir genau genommen mit unseren Patienten. Das hat vielfache Gründe, bzw. muss auf verschiedenen Ebenen analysiert werden:

- Die klinische Manifestation vieler psychischer Erkrankungen ist wechselnd. Wo kein kontinuierlicher Verlauf ist und/oder wo – z.B. durch Psychose - der innere Zusammenhalt der Person angegriffen ist, kann auch kaum kontinuierlich aufgebaut werden. (Darauf gehe ich nicht näher ein.)

- Wir arbeiten in und mit der Beziehung zu unseren Klienten. Wenn das kein leeres Wort sein soll, öffnen wir unsere Wahrnehmung und Empathie und nehmen auf, was dem Pat. bewusst und auch weniger bewusst ist; und unsere eigene Wahrnehmung läuft ja teilweise auch unterhalb der Bewusstseinschwelle. Damit kommt es regelmässig zu einer Spiegelung bzw. Inszenierung der Erfahrung und Ängste, die der Patient einbringt. Ist er schon wiederholt gescheitert, wird sich Scheitern auch in der Behandlung wiederholen – mindestens andeutungsweise. Ebenso trage ich als Therapeut oder Betreuer meine Erfahrung mit ähnlich gelagerten Fällen hinein. Ohne es recht zuzugeben, ahne ich bei manchen Patienten ja recht schnell, dass es mühsam wird bzw. schief gehen könnte, und das trifft dann irgendwann auch ein. (Ebenso wird es gut gehen, wenn ein Patient milde positive Gefühle erzeugt). Erwartungen der Betreuenden beeinflussen den Verlauf in starkem Masse, das weiss man auch empirisch. Genau genommen handelt es sich um solche Kreisprozesse. Hat sich der Patient in einer chronischen Abwehrhaltung und Symptomatik stabilisiert, und erwarte ich auch nichts anderes mehr, wird sich in der Behandlung leicht eine blockierte Situation ergeben, in der es weder vorwärts noch rückwärts geht. Damit bin ich/sind wir vom Scheitern bedroht: Genauer: es geht jetzt nicht allein darum, dass der Patient „draussen“ sozial scheitert, sondern, dass mit ihm diese „meine“ Therapie / „meine“ Betreuung scheitert. Auch wenn ein Patient den Kontakt abbricht, sich verschlechtert, sich lange nicht bewegt, einen Arbeitsversuch schmeisst, akut psychotisch wird, einen Suizidversuch macht, etc., dann fällt das ja auf mich: meine professionelle und menschliche Qualifikation. Jetzt muss ich dieses Scheitern erleben und verdauen. Auch hier setzt nun meine Abwehr ein und vernebelt das Bild.

Bei der Erarbeitung dieses Referats, war ich oft blockiert und bekam etwas Angst, es nicht zustande zu bringen. Es wurde mir dann klar: Ich versuchte das Problem aus meinen konkreten Erfahrungen mit Therapien herauszuholen, und repräsentierte mir damit auch das eigene Scheitern, das mich dann lähmte.

- Integration gilt auch als eine Aufgabe der Gesellschaft, die Menschen neu oder wieder aufnehmen soll. Wie steht es mit deren Angebot von Bewährungschancen an psychisch Erkrankte? Das Bild erscheint mir reichlich widersprüchlich: Unsere Gesellschaft bietet ihnen gleichzeitig, nebeneinander einladende, und abweisende, ausschliessende Elemente: Das institutionelle System von Hilfen – zu dem wir alle gehören - ist ausgebaut, differenziert und finanziert. Die Ausgrenzungen von psychisch Kranken und Behinderten bestehen aber weiterhin und nehmen tendenziell zu. Eine Wirtschaft, die laufend wenig qualifizierte Arbeit auslagert, hat strukturelle Mühe, Leistungseingeschränkte aufzunehmen. Besonders stossend ist die politisch motivierte Diskriminierung in der IV-Debatte als „Scheininvaliden mit blossen Befindlichkeitsstörungen“ und „Sozialschmarotzer“ und der damit verbundene kategorische Ausschluss von Patienten, die angeblich keine objektive Pathologie aufweisen können. Diese widersprüchliche Gleichzeitigkeit ist natürlich alles andere als integrationsfördernd und wirkt in unsere Arbeit mit den Patienten hinein.

Eine Patientin, Verkäuferin in einem Warenhaus, wird mir vom Hausarzt überwiesen. Wegen „burnout“ ist sie von ihm krankgeschrieben. In der Therapie zeigen sich rasch parallele Konflikte in der Ehe und am Arbeitsplatz, die sich eingrenzen lassen, aber wohl ihre Zeit zur Bearbeitung brauchen. Es geht der Patientin bald etwas besser und ich ermutige sie, mit dem therapeutischen Rückhalt wieder in die Arbeit einzusteigen, da ein langfristiger Rückzug ihre innere und äussere Situation eher verschlechtern werde. Sie hat einen Casemanager vom Betrieb gestellt bekommen, der sie ebenfalls ermuntert. Ich bescheinige ihr also 50% Arbeitsfähigkeit, sie überwindet ihre grossen Ängste und erscheint zur Arbeit. Nach ein paar Tagen erhält sie aber die Kündigung. Die Frau hat die Behandlung bei mir abgebrochen. Ich fürchte, sie hat sich von allen, auch von mir, verraten gefühlt. (Ich habe analoge Erfahrungen auch mit anderen Patienten gemacht.)

Auch wenn der therapeutische Kontakt erhalten bleibt, ist in Fällen massiver Rückweisung die Kränkung so tief, dass es kaum mehr Fortschritte gibt und der Pat. weitere Bewährungsversuche verweigert – mehr oder weniger verhüllt in eine Depression und somatische Störungen. Dies scheint ein recht häufiger Verlauf zu sein bei Migranten, die sich aktiv um Integration bemüht haben und bewährt haben, denen aber letztlich die erhoffte Integration versagt wird.

Ein Asylant, Lehrer in seiner Heimat, hatte hier Deutsch gelernt und Weiterbildungskurse an der Universität besucht. Aber nie einen entsprechenden Job bekommen. Er wurde chronisch depressiv, kompliziert mit Schmerzstörung, erhielt eine Rente. Aber bei einer IV-Revision wird ihm jeder Leistungsanspruch wieder abgesprochen. Der Patient kommt nun nicht mehr aus seiner zunehmend vermüllten Wohnung heraus. Anläufe zur Aktivität bricht er ab, weil etwas in ihm sagt: „es hat doch keinen Wert“. Auch die Termine bei mir kann er nicht zuverlässig wahrnehmen. Einer Überweisung an eine Tagesstätte kommt er nicht nach: Ich muss als Vertreter der hiesigen Gesellschaft sein Scheitern selber erleben.

- Auf die Dauer ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass man von Personen oder Instanzen, deren Hilfe man braucht, auch einmal ungut behandelt wird, objektives Versagen und Unrecht erleidet. Das bietet sich als Gelegenheit zur Externalisierung an (auch für Betreuende): Es sind dann diese anderen, die versagt haben, die unverständlich, bürokratisch, inkompetent gehandelt haben – und das ist Realität. Der eigene Beitrag zum Versagen bleibt dann verdeckt. Das erlittene Unrecht kann man gleichzeitig als Schutzschild vor der Erkenntnis des eigenen Versagens vor sich hertragen. Trotz unseren Bemühungen erscheint dann der Patient vom Pech und Unrecht geradezu verfolgt und bleibt ein Opfer. Und ausserdem kann es leicht passieren, dass man selber unversehens zu dem wird, der einen Fehler macht.

Ein Patient, der mich wiederholt zu aktivem Handeln trieb, das dann nichts fruchtete, erklärte mir: „Sie haben mich das letzte Mal bedrängt mit der Arbeitsfrage. Ich fühlte, sie verstehen mich nicht mehr. Ich hatte wieder Angstzustände, konnte zwei Nächte nicht schlafen und musste wieder mehr Temesta einnehmen. Jetzt bin ich viel zu abgeschlagen, um zur Sozialstelle x zu gehen.“ Das liess mich nicht kalt, mein Versagen war die Ungeduld, die mich gepackt hatte. Gleichzeitig musste ich jetzt meinen Zorn kontrollieren. Ich habe darauf wohl zu lange keine Konfrontation mehr gewagt.

Besonders schwierig wird es natürlich, wenn zusätzlich die Bewährungsmöglichkeiten auch von aussen blockiert sind, z.B. durch ein sich dahinschleppendes IV-verfahren. Dann wird es oft unmöglich, noch etwas zu bewegen.

Spezifische Bedingungen der psychiatrischen Psychotherapie

Ich komme jetzt auf spezifische Probleme, die sich in der psychiatrischen Psychotherapie ergeben: Ich beziehe mich nur auf länger dauernde, regelmässige ambulante Settings. Ich muss hier meinen Psychotherapiebegriff kurz erläutern: eine wesentlich sprachliche Arbeit, die dem Patienten zu besserem Verständnis und Bewältigung seiner Problematik verhilft. Der Therapeut stützt sich dabei auf bestimmte theoretische Konzepte, die sein Denken strukturieren (bei mir sind das psychoanalytische Konzepte). In Therapien mit sozial dekompenierten Patienten geht es aber praktisch nicht darum, bestimmte schulmässige Methoden genau zu applizieren, denn das setzt hinreichend stabile äussere Verhältnisse voraus. In unseren Fällen muss man sich den individuellen Möglichkeiten und dem Verlauf anpassen. Unerlässlich muss der Therapeut aber beim „*psychotherapeutischen Diskurs*“ eine gewisse reflektierende Distanz halten: Fragen, die offen bleiben dürfen, Abstand von unmittelbarer Aktion. Insgesamt geht es mit darum, dem Patienten Spielraum zur Reflexion – gerade auch des eigenen Scheiterns - und zu eigenen Antworten, aufbauender Aktivität und Entwicklung zu eröffnen.

Nun kommen psychiatrische Patienten zum Psychiater, der hierzulande eine sowohl ärztliche wie psychotherapeutische Identität hat, und damit einen recht umfassenden Anspruch einbringt und auslöst. (Bei Psychologen, die in einem psychiatrischen Kontext arbeiten, kann sich das Problem sehr ähnlich stellen.) Gemäss offizieller Terminologie bieten wir „integrierte psychiatrische-psychotherapeutischen Behandlung“ an. Hier also muss ich als Psychiater integrieren: gemeint sind biologisch-medikamentöse, psychotherapeutische und soziale Interventionselemente. So sinnvoll das ist, gibt es doch wegen der Heterogenität dieser Elemente Probleme: Patienten wenden sich meist zuerst an meine ärztliche Rolle, die schon allein wegen der Medikamente gefragt ist. Sie appellieren auch mit ihrer sozialen Bedürftigkeit, und ich muss darauf eingehen, weil ihre Not mich bewegt und ich anders in keinen tragenden Kontakt komme. Hier bin ich unmittelbar zum Handeln aufgefordert, manchmal gedrängt und gezwungen: als machtvolle Figur, die nun für die Patienten aktiv werden soll, während sie passiv und machtlos bleiben. Da muss man z.B. Zeugnisse und Berichte abgeben, welche direkte Folge für ihre materielle Existenz haben, muss andere Hilfen ins Netz nehmen, mit Angehörigen und Arbeitgebern direkten Kontakt aufnehmen und die Erwartungen und Ängste dieser Personen mit einbeziehen. Gerade die sozialpsychiatrische Problematik erfordert also viel Aktivität. Das ergibt einen ganz anderen Diskurs als den psychotherapeutischen, nämlich den „*Diskurs des tatkräftig eingreifenden, wissenden Arztes*“, der als schützende und rettende Elternfigur auch Beistand, Sozialarbeiter und Anwalt sein soll. *Psychiatrische Psychotherapie bedeutet, diese beiden Diskurse im Wechsel einzusetzen.* Dabei sind allerdings Widersprüche zu überbrücken, weil die Aktivität in den beiden Diskursen so unterschiedlich gehandhabt wird. Das Gefälle läuft Richtung Arztdiskurs, denn er wird von aussen immer wieder angesprochen und ist mit seinem Machtgradienten auch recht verführerisch: Dem Psychiater-Arzt gibt er den narzisstischen Gewinn, den Patienten die scheinbare Sicherheit in Passivität und Abhängigkeit und den Bezugspersonen die Möglichkeit, Verantwortung zu delegieren. Dieses Rollenverhältnis kann sich leicht chronisch verfestigen und aktive Schritte zur sozialen Bewährung verhindern. (Die Abhängigkeit, in welcher der Patient verharret, entspricht wahrscheinlich einem alten Muster, das bereits zum Scheitern geführt hat.) In der psychiatrischen Psychotherapie muss man also die richtige Balance finden zwischen diesen Diskursen und bei jedem Patienten in jeder Phase des Verlaufs mit neu einstellen.

Praktische Konsequenz: Bei seiner psychotherapeutischen Arbeit mit dem Patienten sollte der Psychiater wenn möglich nicht als Case Manager das Betreuungsnetz zusammenhalten oder den Patienten als Sozialarbeiter beraten müssen. Er sollte aber die äussere Realität, in welcher der Patient sich bewegt, selber gut kennen und mit hinreichender Objektivität in die Reflexion einbringen können. Helfen Sie ihm als sozialpsychiatrische Akteure dabei! Fordern Sie nicht nur den „Arztdiskurs“ – der in Notfällen gefordert ist - sondern suchen Sie auch Verbindung mit dem Psychotherapeuten in ihm. Dazu ist direkte Kommunikation notwendig. Nicht allein bei der Überweisung oder beim Management allfälliger Krisen, sondern möglichst regelmässig, zum Austausch über die Facetten der Realität, in denen der Patient lebt, und über das Verständnis, welches wir mit den Patienten gewonnen haben.

Das Unintegrierbare

Am Schluss möchte ich die Probleme der Integration noch etwas vertiefen: Sie haben mit dem Irrationalen zu tun, das sich weder therapeutisch noch organisatorisch aus der Welt schaffen lässt. Es gibt im Menschen Unintegrierbares, Unverdauliches. Wo es auftaucht, stossen Bemühungen um Verstehen und Integration an Grenzen. Zum Beispiel akutpsychotisches Erleben oder schwere Gewalterfah-

rungen haben diese Eigenschaft der Unverdaulichkeit als überwältigende Ereignisse ohne sinnvollen Zusammenhang. Sie sitzen als Brocken irgendwie fest, besonders wenn traumatische Erlebnisse aus früher Kindheit darin verwickelt sind. Medikamente sind oft nötig, um sie im Schach zu halten - das können sie leisten, mehr nicht. Eine wirkliche psychische Integration gelingt in grösserem Umfang nur unter günstigen Verhältnissen in langen Prozessen – wohl nie vollständig. (Genau genommen haben wir alle in uns den Rest des Anderen, Fremden, Unintegrierten, wo wir uns selber nicht kennen, das uns allenfalls in Träumen begegnet.) Psychiatrische Psychotherapie heisst darum oft, sich zu bescheiden und einen Umgang damit zu finden, bessere Kontrolle mit einer Abwehr, die nicht selber wieder zum Problem wird. Psychoedukation und Kenntnis der Krankheit – deren diagnostische Benennung als erster Schritt - sind wichtig: auf einer kognitiven Ebene nützlich, aber das allein bleibt von beschränkter Wirkung. Mehr erreichen kann man nur in einer therapeutischen Beziehung. Hier ist es ein wichtiger Schritt (der lange nicht immer gelingt), dieses Unintegrierte in den Blick zu bekommen, den Brocken wahrzunehmen, als Last anerkennen und nicht einfach wegzuschauen. Das kann bereits sehr hilfreich sein.

Der junge Mann mit frischem Unidiplom, den ich schon erwähnte, zwei Jahre später: Er hat schon zwei weitere akutpsychotische Episoden durchgemacht, gerade nachdem er eine Weile scheinbar erfolgreich wieder in einem geschützten Arbeitsprozess stand. Nach der letzten Episode nahm die Krise aber eine gute Wendung, indem der Pat. sich aus der realen Versorgungssituation durch die Mutter löste und als mildere Versorgungsvariante zu seinem Vater zog – die Eltern sind geschieden. Gleichzeitig passierte etwas in der Therapie: Der Pat. konnte mir seine tiefen, psychotisch gefärbten quälenden Zweifel an seiner sexuellen Orientierung gestehen: Er wisse nicht ob er heterosexuell oder homosexuell sei. Das habe ich nicht als Problem zum Lösen aufgefasst, sondern als so einen „Brocken“, den ich ihm als „Schatten der Psychose“ bezeichnete, und der nun im Dialog seinen Platz hat. Nun nahm der Pat. wieder einen Anlauf zu einer regulären Stelle, diesmal mit realistischer Einschätzung seiner Situation und erhielt eine Volljob in einem Callcenter. Das war mit erheblichen Ängsten eines erneuten Versagens verbunden, zusätzlich aktualisierten sich die psychotischen Sensationen, fremde Leute sähen ihm seine sexuellen Probleme an. Das konnte aber in der Therapie offen zur Sprache kommen. Wesentlich ist: Er ist nicht abgesprungen und stolz auf sein Durchhalten. Er konnte sich stabilisieren und erhielt gute Qualifikationen, obwohl ihn die eintönige Arbeit nicht befriedigt.

Ich sprach von „Unverdaulichem“, „Brocken“, „Schatten“: Man kann dieses Unintegrierbare nur in einer metaphorischen Sprache aufzeigen. Manchen gelingt es auf kreativem Weg, in einer gestalterischen Form, etwas davon auszudrücken. Mir geht es darum, dass manchen Patienten soziale Bewährung trotz und mit diesen unintegrierten Brocken dann möglich wird, wenn diese – und das damit verbunden Leiden - Thema der Kommunikation werden. Das bringt zumindest auf der Diskursebene, in der therapeutischen Beziehung, doch ein Stück Integration. Auf dieser therapeutischen Basis macht es dann Sinn, in der sozialpsychiatrischen Hilfe mit den Konzepten von Ressourcenorientierung und Empowerment zu arbeiten (welche sonst leicht zu leeren Schlagworten degenerieren).

Auf sozialer Ebene zeigt sich das Unintegrierte offensichtlicher: Gesellschaften grenzen sich ab gegenüber Gruppen oder Verhaltensweisen, die sie für unintegrierbar halten. Aber welche Gruppe stigmatisiert und ausgegrenzt wird, mag ändern und lässt sich manipulieren, was der aktuelle Wahlkampf deutlich zeigt. Diese sozialen Prozesse verweisen auf das Unintegrierbare, das jeder in sich fürchten muss und darum externalisiert. Psychisch Kranke sind stets besonders von diesen stigmatisierenden Ausgrenzungen gefährdet, weil schwere psychische Krankheit eben diese unintegrierbare Irrationalität tatsächlich entbindet. Sie hat deswegen eine grundlegende Erschütterung im sozialen Gefüge zur Folge, die oft objektiv an Grenzen des Tragbaren führt. (Das sollten wir nicht verleugnen, auch nicht in Antistigma-Kampagnen.) Vor Illusionen sei gewarnt: Wenn man sich für die Integration

von psychisch Kranken einsetzt, kämpft man gegen ein Gefälle. Wir müssen das tun im klaren Bewusstsein, dass dies ein Stück weit Sisyphus-Arbeit bedeutet.

Soziale Integration ohne Grenze ist nicht möglich. Die Frage ist, wie offen oder flexibel diese Grenzen sind. Vor Generationen waren sie starr und strikt. Da wurden psychisch Kranke auf Dauer in geschlossenen Anstalten interniert. Das Bild wirkt noch nach. Die Grenzen sind aber heute glücklicherweise offener, allerdings auch weniger klar und im Effekt widersprüchlicher. Es gibt heute Chancen: nicht immer optimale und nicht für alle, aber immerhin hinreichend gute Chancen für viele. Soziale Bewährung ist für den psychisch erkrankte Menschen, die einmal in den Bereich dieser Grenzen gefallen sind, ein Schlüssel, ein oft entscheidende Öffner solcher Grenzen. Professionelle Hilfe von psychotherapeutischer wie von sozialpsychiatrischer Seite kann Bewährung unterstützen. Ich meine aber, dass über die Bewährung hinaus Klient seinen eigenen Weg zur Integration selber weiter gehen muss - in welchen Teil der Gesellschaft auch immer er führen mag. Die Sozialpsychiatrie bleibt, wenn der Klient seine Bewährung leistet, stehen und kann ihm bei seiner weiteren sozialen Integration quasi hinterher winken - vielleicht in sporadischen Kontakten. Etwas anders sieht es bei der Psychotherapie aus: Sofern sie - was nicht immer der Fall sein muss – eine vertiefte innere Integration zum Ziel hat, wird sie den Patienten weiter begleiten. In diesem Fall steht der reflektierende therapeutische Diskurs ganz im Vordergrund. Die vordem psychiatrische Psychotherapie „entpsychiatrisiert“ sich sozusagen. Psychiatrie kann sich jedenfalls bei „bewährten Patienten“ auf eine präventive Funktion zurückziehen: Erhaltungsmedikation, sofern nötig, und eine Reservestellung für allfällige Krisen. Für das allein genügt ein weitmaschiger Kontakt. Aber auch das ist eine vornehme Aufgabe.