

Chronizität als Barriere?

Die Hürden, die der psychotherapeutischen Behandlung schizophrener erkrankter Patienten im Wege stehen, sind in unterschiedlichen Bereichen zu suchen – erst an letzter Stelle jedoch bei diesen selbst.

Renate Schernus

Vorbemerkung

Es ist sicher sinnvoll zu fragen, ob es Barrieren¹ gibt, die Menschen, die nicht nur vorübergehend von Schizophrenie betroffen sind, daran hindern könnten, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, von wem oder was diese Barrieren ausgehen, und ob sie zu Recht oder zu Unrecht bestehen.

Es ehrt den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten und seinen Sinn für Realitäten, dass er tapfer das Thema möglicher Barrieren aufgreift und sich weder unreflektiert von der derzeit gerade modischen Inklusionseuphorie mitreißen lässt, noch moralisch unanfechtbare Statements zum allumfassenden, psychotherapeutischen Einschließungswillen abgibt.

Psychotherapeutische Angebote für schizophrene erkrankte Menschen sind notwendig

Zunächst einmal möchte ich auf Grund langjähriger eigener psychotherapeutischer Arbeit und auch gestützt von internationalen wissenschaftlichen Studien² grundsätzlich Folgendes festhalten: für Menschen die durch die erschütternde Erfahrung einer schizophrenen Erkrankung hindurch gegangen sind und bisweilen auch für Menschen, die noch in solche Erfahrungen verstrickt sind, ist Psychotherapie nicht nur möglich, sondern in ganz besonderer Weise notwendig.

Sie stehen oft nicht nur ratlos vor den irritierenden Inhalten des psychotischen Erlebens, sondern müssen sich auch mit massiven Folgeproblemen auseinandersetzen, unter anderem mit Stigmatisierungen durch ihr privates oder berufliches Umfeld. Sie brauchen ggf. Unterstützung darin heraus zu finden, was die allgemein geteilte Wirklichkeitswahrnehmung ist und welche Wahrnehmungen psychotisch gefärbt sind. Andere wiederum brauchen ein Gegenüber, das die psychotischen Wahrnehmungen nicht entwertet, sondern in die Kommunikation einbindet ohne sie zu korrigieren. Schwierig ist es für die Betroffenen, die eigenen Belastungsgrenzen ganz neu auszutarieren. Sehr oft sehen sie sich gezwungen, von ihren bisherigen Lebensplänen Abschied zu nehmen. Völlig neue Fragen stellen sich. Zum Beispiel: wie ordne ich das Geschehen in meine bisherige Lebensgeschichte ein? Hat das Erlebte einen Sinn, der sich erschließen lässt? Gibt es Erlebnisse oder Bedingungen, die die Psychose ausgelöst haben und möglicher Weise immer wieder auslösen? Wie werde ich mit den Schamgefühlen fertig wegen der verrückten Sachen, die ich während der Psychose gesagt oder getan habe und wie mit den Schuldgefühlen - auch wenn mir gesagt wird, dass man für diese Krankheit nichts könne?

¹ Der Begriff „Barriere“ wird hier umgangssprachlich verwendet, nicht in Anlehnung an die ICF-Systematik

² Dazu: S. Klingberg: Psychotherapie bei Psychosen: Gefährlich und undurchführbar oder leitliniengerecht und wirksam? http://www.lpk-bw.de/archiv/news2012/pdf/2012-06-26-klingberg-tuebingen-lpk_bw.pdf

D. von Haebeler/H. Freyberger: (Hg.) Schwerpunktheft „Schwere psychische Störungen“, Psychotherapeut 4/2013

V. Aderhold, Yrjö O. Alanen et al. Psychotherapie der Psychosen – Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien, Psychosozial-Verlag, Gießen 2003

J. Cullberg: Therapie der Psychosen – Ein interdisziplinärer Ansatz, Psychiatrie Verlag, Köln 2008

Es gibt also Gründe genug, bei all diesen Schwierigkeiten psychotherapeutische Hilfestellung in Anspruch zu nehmen. Aber gilt das auch für sogenannte *chronisch* schizophren erkrankte Menschen?

Als chronisch werden gewöhnlich Zustände bezeichnet, an denen ein Mensch dauerhaft oder häufig wiederkehrend leidet. Dies ist allerdings eine sehr formale Definition. Im Zusammenhang mit Schizophrenie hat der Begriff eine stigmatisierende Aura, in der Unheilbarkeit, Unbeeinflussbarkeit, Arbeitsunfähigkeit, Angewiesenheit auf Sozialhilfe usw. mitschwingen. Dieses negative Bedeutungsumfeld könnte dazu verleiten, Barrieren für Psychotherapie vorschnell und einseitig bei den Klienten selbst zu suchen. Das jedoch scheint mir nicht zulässig, da es mehrere Seiten gibt, von denen her sich Barrieren ergeben können.

Barrieren sind (mindestens) von drei Seiten her möglich

Barrieren könnten auf Seiten der Psychotherapeuten gesucht werden oder auf Seiten des Systems im Rahmen dessen Psychotherapie organisiert wird. Erst wenn kritisch in diese Richtung geschaut wurde, soll der Frage nachgegangen werden, ob Barrieren auch bei den Klienten selbst liegen können.

1. Barrieren auf Seiten der Psychotherapeuten

Als Barrieren auf psychotherapeutischer Seite können angesehen werden: Mangelndes Wissen über die zu berücksichtigende besondere Verletzlichkeit schizophrener erkrankter Menschen und vor allem mangelnde Erfahrungen im Umgang mit ihnen. Damit zusammenhängend: mangelnder Respekt vor notwendigen individuellen Selbstschutzleistungen und Copingstrategien, die nicht ohne Gefährdung für die Betroffenen aufgebrochen werden dürfen. Auch Ängste, den Klienten Raum zu geben, über Inhalt und Sinn des psychotischen Erlebens³, über Halluzinationen, Stimmen und Wahnideen zu sprechen, können einen heilsamen Kontaktaufbau verhindern.

Eine weitere Barriere kann in einseitiger Fixierung auf die eigene psychotherapeutische Schulausrichtung gesehen werden statt einer Haltung, die sich an den ganz individuellen Bedürfnissen des Klienten ausrichtet. Denn trotz struktureller Ähnlichkeiten ist jedes schizophrene Erleben höchst persönlich und sehr unterschiedlich gefärbt. Zu einer Blockade kann auch Ungeduld führen, wenn schnelle, womöglich messbare Behandlungserfolge ausbleiben und sich stattdessen der langwierige Aufbau einer tragfähigen vertrauensvollen Beziehung als notwendig erweist. Eine weitere Barriere kann die Neigung von Psychotherapeuten sein, ihr eigenes Handwerkszeug als *alleiniges* Hilfsmittel anzusehen. Nicht zuletzt ist eine - häufig übertriebene - Furcht vor Notfallsituationen und Ausfallkosten zu nennen. Letzteres leitet bereits über zu den systembedingten Barrieren.

2. Systembedingte Barrieren

Die unterschiedlichen Ausbildungsgänge zum Psychotherapeuten vermitteln zu wenig Spezialkenntnisse über Psychosen, insbesondere über schizophrene Psychosen und die inzwischen vielfach belegten Möglichkeiten ihrer psychotherapeutischen Beeinflussung. Ferner müsste bereits in der Ausbildung die Notwendigkeit, mit Netzwerken zu arbeiten und multiprofessionelle Zugänge zu Lösungen zu suchen, vermittelt werden. Letzteres müsste dann konsequenterweise auch bei den Abrechnungsmöglichkeiten berücksichtigt werden.

³ Dazu: H. Hansen (Hrsg.): der Sinn meiner Psychose: 20 Frauen und Männer berichten Paranus Verlag, Hamburg 2013

Eine historisch bedingte, sich immer noch auswirkende, Barriere besteht darin, dass sich die Psychiatrie lange Zeit als rein somatisch orientierte Disziplin verstand. Psychosen wurden einseitig als körperlich begründbare Krankheiten angesehen und nicht als seelische Krisen mit Bezug zur Biographie des Betroffenen. Infolgedessen nahmen und nehmen die Neuroleptika leider allzu oft noch eine dominierende Stellung in psychiatrischen Therapiekonzepten ein. Lange Zeit bestand eine strikte Trennung von Psychiatrie und Psychotherapie als unterschiedliche Fachdisziplinen. Jede Disziplin bildete ihre eigenen institutionellen Strukturen aus und gründete jeweils eigene Fachgesellschaften. Das hat Auswirkungen bis heute. Auch in der Sozialpsychiatrie wurden die psychotherapeutischen Möglichkeiten lange Zeit kaum anerkannt.

Dass Neuroleptika in hohen Dosierungen auch die Fähigkeit der Betroffenen zu einer - ggf. psychotherapeutisch begleiteten - Aufarbeitung der Psychose verstellen können, wurde und wird oft nicht berücksichtigt. In den letzten Jahren wird glücklicherweise von unterschiedlichen Seiten intensiv darauf gedrungen, Neuroleptika in möglichst niedriger Dosierung zu verwenden und sowohl die Gabe als auch die Dosierung im Gespräch mit den Betroffenen auszuhandeln.⁴ Viele niedergelassene Psychotherapeuten sehen sich immer noch, ähnlich wie auch die psychosomatischen Kliniken und psychotherapeutischen Abteilungen, lediglich für neurotische oder allenfalls persönlichkeitsgestörte Patienten zuständig. Dieses Problem, verbunden mit der Unkenntnis der aktuellen Leitlinien zur Behandlung von Psychosen, besteht umgekehrt jedoch auch bei den Zuweisern.

Insbesondere bei chronisch schizophren erkrankten Menschen ist die kooperative Abstimmung mit vorbehandelnden oder mit behandelnden Kollegen zum Beispiel Ärzten, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern etc. oft unabdingbar. Denn für diese Personengruppe sind außer Psychotherapie meist noch Unterstützungsleistungen notwendig, die von anderen Berufsgruppen geleistet werden müssen. Das System, in dem die niedergelassenen Psychotherapeuten organisiert sind, fördert diese Kooperation nicht ausreichend. Außerdem sind die Psychotherapierichtlinien zu unflexibel und immer noch zu sehr auf Einzeltherapien bezogen, ein niedrigschwelliger Zugang ist bisher kaum möglich, die Wartezeiten sind extrem lang. Letzteres stellt insbesondere für psychisch kranke Menschen, bei denen Psychotherapie, z. B. als Anschlussbehandlung an einen Klinikaufenthalt sinnvoll wäre, eine erhebliche Barriere dar.

3. Barrieren auf Seiten chronisch schizophren erkrankter Menschen

Eine „chronische“ Schizophrenie nach der oben erwähnten Definition kann m. E. nicht als Barriere gelten, die man den betroffenen Menschen selbst zurechnen sollte. Denn warum sollten Menschen mit wiederkehrenden Psychosen nicht wie jeder andere das Recht haben, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, ebenso Menschen, die dauerhaft Stimmen hören oder an anderen Begleiterscheinungen leiden. Das ist schlicht gesetzlich so geregelt: Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist es, den Gesundheitszustand der Versicherten zu erhalten, wieder herzustellen oder zu verbessern (§ 1 SGB V). Alle Versicherten haben grundsätzlich den gleichen Anspruch.

Aber müsste es nicht als Barriere angesehen werden, wenn ein Mensch nicht dazu in der Lage ist, Termine einigermaßen regelmäßig einzuhalten, wenn er sich in Gesprächen nicht 5 Minuten lang

⁴ Dazu: Neuroleptika absetzen- eine Broschüre für Psychose-Erfahrene, Angehörige und Professionelle aller Berufsgruppen, Hg.: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Köln 2014

konzentrieren kann, wenn er nicht ansatzweise formulieren kann, was er sich als mögliches Ergebnis der Therapie vorstellt, wenn er imaginäre Feinde als sein einziges Problem bezeichnet, also keinesfalls irgend ein Problem bei sich selbst sieht? Und könnte nicht als Barriere gelten, wenn Verdrängungsleistungen zur Aufrechterhaltung der seelischen Stabilität dienen, wozu bisweilen auch das einseitige Verständnis der Psychose als rein somatisches Geschehen gehören kann. Und wäre in solchen Fällen Psychotherapie nicht sogar kontraindiziert? Und müssten dann nicht andere als die klassischen psychotherapeutischen Hilfen angeboten werden, zum Beispiel eine ambulante Alltagsbegleitung, Haushaltshilfen, Hilfen bei der Suche nach einer passenden Arbeit oder Beschäftigung, Ergotherapie, eine angemessene Pharmakotherapie oder nicht zuletzt auch die Vermittlung zu Selbsthilfegruppen oder zu selbst psychiatrie-erfahrenen Peer-Beratern? Manche an einer Schizophrenie erkrankte Menschen begegnen Professionellen, insbesondere auch Psychotherapeuten mit einem grundsätzlichen Misstrauen hinsichtlich deren Authentizität. Sie erkennen rasch eine eher aufgesetzte Freundlichkeit und wittern - ob zu Recht oder zu Unrecht - Entwertung im Hintergrund. Hier kann der Hinweis auf die Möglichkeit, psychiatrie-erfahrene Peer-Berater in Anspruch zu nehmen, hilfreich sein. Z. B. die so gen. Genesungsbegleiter, die die inzwischen in vielen Regionen angebotene EX-IN-Ausbildung durchlaufen haben. (EX-IN = Experience Involvement)⁵

Jedoch ein Mensch mit den genannten oder ähnlichen Problemen wird sich aller Erfahrung nach gar nicht für eine Psychotherapie interessieren und wenn doch, stünden ihm ein Erstgespräch, bzw. probatorische Sitzungen wie jedem anderen zu, in dem/denen zu klären wäre, um was es ihm geht, und ob dies mit den Mitteln der Psychotherapie und unter den derzeit gegebenen Systembedingungen zu erreichen ist oder doch besser mit anderen Mitteln, wobei nicht zuletzt auch an die Möglichkeiten der Psychiatrischen Institutsambulanz zu denken wäre oder an stärker institutionsbezogene Formen psychotherapeutischer Hilfe.⁶ Denn in einem erweiterten Verständnis von Psychotherapie sollte psychiatrisches Handeln immer auch gleichzeitig psychotherapeutisches Handeln sein.

Aus alledem ist m. E. zu folgern, dass Barrieren, die chronisch schizophren erkrankte Menschen von einer für sie sinnvollen Psychotherapie fern halten können, nicht so sehr bei diesen selber zu suchen sind, sondern eher in Haltung und Ausbildung von Psychotherapeuten und in Mängeln des Systems.

Erschienen in Projekt Psychotherapie 02/2015 – Das Magazin des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten e.V.

⁵ Dazu: B. Jahnke: EX – IN Kultur-Landschaften - Zwölf Gespräche zur Frage: wie gelingt Inklusion? Paranus Verlag 2014

⁶ Dazu: H. Elgeti: Zur Integration von Sozialpsychiatrie und Psychotherapie – Wie lässt sich ambulante psychotherapeutische Behandlung in schwierigen Fällen organisieren? Soziale Psychiatrie Heft 4/1998