

Kohärenzen des Vertrauens in der Psychiatrie

Warum psychiatrische Therapie auch in Zukunft ein Wagnis bleiben muss

Werner Vogd, Berlin

Zusammenfassung:

Muss sich aufgrund der zunehmenden medizinischen Erfolge der Psychiatrie die Frage: „was sind die Bedingungen, unter denen Psychiatrie heilen kann?“ neu stellen? Anhand von Interviewsequenzen mit einer Psychiatriebetroffenen und einer Therapeutin wird herausgearbeitet, dass Begriffe wie Vertrauen, Wahrhaftigkeit und Beziehung selbst in der ‚Biologischen Psychiatrie‘ nicht nur eine abstrakte Qualität darstellen, sondern unter der anthropologischen Voraussetzung der grundlegenden Fremdheit zwischen Ich und Du weiterhin die tragende Säule der therapeutischen Arbeit darstellen müssen. Beziehung muss weiterhin gewagt werden und stellt immer auch ein Risiko dar, dennoch besteht keine Alternative zur heilenden Bewusstheit als dieses zu versuchen.

1. Chancen der ‚Biologischen Psychiatrie‘: Biologie der Beziehung oder beziehungsloser Biologismus

Die Neurobiologie ist mehr und mehr in der Lage, die physiologischen Korrelate unseres Erlebens aufzuzeigen. Die Psychiatrie kann mittlerweile stolz auf einige Erfolge in der biologischen Therapie psychischer Krankheit zurückblicken¹. Beispielsweise wirken die atypischen Neuroleptika antipsychotisch ohne die hässlichen Nebenwirkungen kognitiver und motorischer Einschränkungen der traditionellen Psychopharmaka und erlauben so eine Rehabilitation in Familie und Beruf, ohne dass gleich die Krankheit am deutlich sichtbaren Stigma der Parkinson'schen Muskelbewegung erkannt wird². Im Sinne der überwiegend naturwissenschaftlich orientierten Schulmedizin kann nun auch psychisches Leiden als eine organische Krankheit verstanden werden, die entsprechend nach den Regeln der ärztlichen Kunst behandelt werden kann.

Der biologische Reduktionismus erleichtert, weil er eingängige Erklärungen liefert. Seine Semantik vereinfacht die wahre Komplexität psycho-somato-sozialer Prozesse. Dennoch lassen sich auch in einem biologischen Modell die phänomenologischen Fragen nach dem Bewusstsein und dessen Inhalt, dem Verhältnis von Subjekt und Objekt sowie die Frage nach der Natur und Qualität von Beziehungen nicht tilgen. Denn wie *Maturana* in seiner Biologie des Erkennens aufgezeigt hat, muss das Nervensystem heute als ein dynamisches Netzwerk gesehen werden, das sich in seiner Plastizität selbst in jeder Interaktion mit seiner Umwelt verändern kann. Geistiges wird zum Physischen und Physisches wird zum Geistigen:

¹ G. Blaeser-Kiel drückt dies im Deutschen Ärzteblatt kürzlich folgendermaßen aus: Die Psychiatrie verfügt »mittlerweile über ein Technik-Repertoire, das ihrem Ansehen im Umkreis der anderen Kliniken und der Öffentlichkeit mächtig aufgeholfen hat. Die biologischen Verfahren - unter ihnen auch wieder in vernünftiger Indikation eingesetzte Elektrokrampftherapie - sind befriedigend differenziert, auch in ihren bedenklichen Neben- und Spätwirkungen eingesehen. Die Psychopharmakologie hat nicht nur die institutionelle Visitenkarte der Psychiatrie verschönt und der Milieuthérapie ein Tor für viele aufgestoßen; sie trieb und treibt auch die neurobiologische Forschung zu Ergebnissen, deren Abstand vom klinisch Beobachtbaren stetig geringer wird«, in: Deutsches Ärzteblatt 96 (33): 2070-2071.

² Siehe auch M. Lambert/D. Naber/Ch. Perro/S. Moritz/M. Krausz, Chancen neuer Therapien schizophrener Patienten am Beispiel moderner Antipsychotika, in: Psychiatrische Praxis 26 (1999) Sonderh. 1, 30-35.

“Die menschliche Existenz ist eine kontinuierliche Transzendenz, nicht im Sinne von Hinausgehen in einen fremden Raum, sondern im Sinne dieser Dynamik, in welcher unsere Körperlichkeit sich in dem Maße wie unsere Beziehungen verändert und umgekehrt”.³

2. Beziehung als Brücke zwischen kategorial Verschiedenem

In *Maturanas* Theorie, die insbesondere durch Niklas *Luhmanns*⁴ Rezeption in sozialwissenschaftlichen Kreisen breit diskutiert wird, erhält die soziale Interaktion für den Menschen auch in biologischer Hinsicht eine existenzielle Bedeutung, denn er versteht und gestaltet seine Wirklichkeit primär im gemeinsamen In-der-Sprache-sein. Seine Wirklichkeit muss dabei gleichzeitig als eine biologische, psychologische und soziale Konstruktion begriffen werden. Biologisch gestaltet sich Realität in dem Sinne, dass jedes menschliches Erleben seinerseits neurophysiologische Prozesse bahnt, die wiederum im Gehirn kognitive Prozesse prädispositionieren, die weiteres Erleben ermöglichen. Diese wiederum stellen auf der psychischen Ebene phänomenologisch als Bewusstsein dar, was als Denken und Erleben weitere Denk- und Erlebnisprozesse induziert. Das Denken seinerseits kann wiederum nur innerhalb einer kulturellen Matrix sprachlich-symbolischer Ausdrucksgestalten stattfinden, die als kommunikative Handlungen gesellschaftlicher Prozesse sozial konstruiert werden. Die Schnittstelle zwischen diesen drei Dimensionen menschlicher Realität ist die Kommunikation. Hier berühren sich die körperliche, die geistig-psychische und die sozial-gesellschaftliche Realität.

Diese drei Realitätsebenen sind, wenngleich sie sich in Beziehung durchdringen können, kategorial grundsätzlich voneinander verschieden. Es gibt keine direkte Verbindung zwischen meinem Bewusstsein und dem Bewusstsein des anderen (ich kann den Schmerz des anderen nicht fühlen), aber ebenso wenig hat das Selbstbewusstsein, wie *Luhmann* aufzeigt⁵, einen direkten Zugriff zu den körperlichen Vorgängen (eine Vorstellung macht noch nicht gesund). Die physiologische Wirksamkeit eines Medikamentes muss nicht, wie am Phänomen des Placebos deutlich wird, mit der subjektiv erfahrenen Wirkung übereinstimmen.

Eine Verbindung zwischen den kategorial verschiedenen Ebenen kann nur durch die Konstruktion einer ‚Beziehung‘ erzeugt werden, und diese wiederum kann nur über ‚Kommunikation‘ gestiftet werden: die Verbindung zwischen Psychischem und Sozialem etwa durch sprachliche und nonverbale Kommunikation; die Verbindung zwischen Körper und Geist etwa über Körperempfindungen, aber auch durch bildgebende Verfahren moderner Diagnostik.

Beziehung stellt dabei immer den Versuch dar, eine Verbindung zu etwas zu finden, zu dem kategorial kein Zugriff besteht⁶. Der andere ist per se fremd. Ebenso ist man sich letztlich selbst fremd. Die Welt der Ideen ist anders als die Welt der Physis. Unser Bewusstsein hat keinen direkten Zugriff zu dem, was wirklich ist⁷.

³ H. R. Maturana, Neurophilosophie, in: J. Fedrowitz/D. Matejovski/G. Kaiser, *Neuroworlds. Gehirn - Geist - Kultur*, Frankfurt a. Main 1994, 170.

⁴ Siehe N. Luhmann, *Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie*, 4. Aufl., Frankfurt a. Main 1993.

⁵ N. Luhmann, *Medizin und Gesellschaftstheorie*, in: *MMG* 8 (1983), 168-175.

⁶ Luhmanns Systemtheorie bezeichnet dieses Phänomen anlehnend an Maturana als strukturelle Koppelung selbstreferenziell geschlossener Systeme.

⁷ Unsere Situation hinsichtlich der Welterkenntnis ähnelt immer den Gefangenen in Platons Höhlengleichnis. Immanuel Kants transzendentalphilosophische Überlegungen lieferten uns den Beweis der Subjektabhängigkeit allen Erkennens. Karl Poppers wissenschaftstheoretische Überlegungen machten uns deutlich, dass wir keine endgültigen wahren positiven Aussagen über die Wirklichkeit treffen können, sondern nur beweisen können, was nicht stimmt (Falsifikationsprinzip).

Die Vermittlung zwischen den Systemebenen kann nur über Kommunikation stattfinden. Diese greift auf unterschiedliche Codesysteme zurück, etwa auf die spezifischen Modalitäten der Sinnessysteme (Empfindungen, Farben) und auf die sprachliche und symbolische Semantik von Zeichensystemen, die als soziale Kommunikation Gesellschaft ermöglichen und als inneren Dialog Selbstbewusstheit gestatten. In diesen ‚Gesprächen‘ können dann auch der eigene Körper, das eigene Selbst und andere Menschen und die Gesellschaft thematisiert werden, wengleich immer nur in symbolischer Repräsentation.

Wenn wir diese anthropologische Disposition anerkennen, bedeutet dies auch, dass »Verstehen« eher die Ausnahme als die Regel darstellt. Die Übereinstimmung der eigenen symbolischen Wirklichkeit mit den Kontingenzen der Realität ist nicht selbstverständlich. Das Gefühl der Einheit von Sein und Bewusstsein, die Erfahrung, sich im Einklang mit sich selbst zu befinden, sich authentisch zu erleben, ist ebenso wenig alltäglich wie das Ereignis des gegenseitigen Verstehens, dem Gefühl der Kohärenz der eigenen symbolischen Wirklichkeit mit der symbolischen Wirklichkeit des anderen, dem Erlebnis, sich im Spiegel des anderen selbst zu offenbaren.

Menschliches Leben ist sozusagen immer bedroht, nicht im Einklang mit sich zu stehen und verlangt ständig nach neuer Aktualisierung, nach neuer Selbstfindung. Um mit *Wittgenstein* zu sprechen:

”Die Lösung des Problems, das Du im Leben siehst, ist eine Art zu leben, die das Problemhafte zum Verschwinden bringt. Daß das Problem problematisch ist, heißt, daß Dein Leben nicht in die Form des Lebens paßt. Du mußt dann Dein Leben verändern, und paßt es in die Form, dann verschwindet das Problematische”.⁸

Die Kunst des Lebens erscheint dabei als die Fähigkeit, Bewusstsein mit der Realität, Erfahrung und Verstehen, die symbolische Welterfahrung mit der Welt *an sich* in Einklang zu bringen. Letztlich handelt es sich hier um die Frage des sinnhaften Bezugs zur Welt, wenn man die Form »Sinn« mit *Luhmann* als die »Differenz von Aktualität und Möglichkeit« bezeichnet⁹. Sinn verlangt ständig danach, die eigenen Begrenzungen zu überwinden, neue Bezüge herzustellen. Diese Transzendenz kann nur stattfinden, wenn das Gefängnis der eigenen Symbolwelt, der Linguakäfig, überwunden werden kann. Sprache kann nur dann über sich selbst hinaus wachsen, wenn Beziehung zum anderen entsteht, wenn in der Anreicherung der eigenen Symbolwelt durch die lebendigen Ausdrucksformen des fremden anderen ein Drittes entsteht, in dem sich Erleben und Erfahrung in einer neuen Form harmonisieren können. Erst in der Begegnung mit dem anderen kann auch die Beziehung zu sich selbst eine neue Kohärenz gewinnen. Das Gefühl verstanden zu werden, heißt dann auch immer sich selbst zu verstehen, indem die Reflexion im anderen, unabhängig von wirklichen Motiven oder vom Erleben, einen neuen und lebendigen Sinnbezug zur eigenen Wirklichkeit erzeugt. Aktualität und Möglichkeit, Form und Inhalt finden für einen Moment zueinander, bilden Sinn als Beziehungsform.

Die Erfahrung von Kohärenz zwischen den verschiedenen Schichten von Leben und Erleben ist ein wesentlicher Parameter geistiger Gesundheit. Nach den Arbeiten von *Antonovsky* ist die sinnhafte Konsistenz der Lebenspraxis gar ein zentraler Prädiktor von Gesundheit überhaupt¹⁰.

⁸L. Wittgenstein zitiert nach M. Kroß, Klarheit als Selbstzweck. Wittgenstein über Philosophie, Religion, Ethik und Gewißheit, Berlin 1993, 108.

⁹N. Luhmann, Die Gesellschaft der Gesellschaft, Frankfurt a. Main 1998, 50.

¹⁰ Antonovsky entwickelte hierfür das psychologische Konstrukt ”*sense of coherence*”. Dieses wird aus den drei Faktoren Verstehbarkeit (comprehensibility), Handhabbarkeit (manageability) und Bedeutsamkeit (meaningfulness) gebildet. Siehe A. Antonovsky, Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well, San Francisco/London 1988.

3. Therapie als Supervision der Beziehung zu sich selbst

Ein Mensch mit psychischen Problemen kann, wie jeder andere auch, nicht aus seinem eigenen selbsterzeugten symbolischen Universum hinaustreten. Auch wenn Außenstehende das Problematische sehen, entsprechende Ursachen diagnostizieren und bei ihm eine angemessen erscheinende Therapie implementieren wollen, kann beim Betroffenen Krankheitseinsicht nicht vorausgesetzt werden. Seine fehlende Einsicht und die sich daraus ergebende mangelnde Compliance sind jedoch in der Regel nicht als Widerstand oder gar als Ausdruck seiner Krankheit zu sehen, sondern stellen unter dem Blickwinkel der kategorialen Differenz zwischen dem Selbst und dem Anderen eine verständliche Konsequenz dar. Wenn ich es gut meine, heißt es nicht, dass der andere es gut verstehen muss. Missverständnisse entstehen. Anstelle diese bekämpfen zu wollen (was natürlich ihrer Natur nach wenig Erfolg haben wird), könnten diese Verständigungsschwierigkeiten gerade als die anthropologische Voraussetzung von Begegnung begriffen werden, als eine Aufgabe, durch Beziehung eine Brücke zwischen Verschiedenem zu schlagen.

Psychotherapie kann unter diesem Blickwinkel nicht mehr als eine Intervention oder (Be-)Handlung, in der der andere auf den richtigen Pfad gebracht wird, angesehen werden, sondern könnte im Sinne von *Buchholz* als »Supervision schlechter Selbstbehandlungsversuche verstanden werden«¹¹. Kein Patient kommt »in eine professionelle Behandlung wegen einer Krise oder eines Problems«, sondern erst dann, wenn alle »Selbstbehandlungsversuche« gescheitert sind, dass heißt, wenn in der Beziehung zu sich selbst und anderen keine funktionierende Ordnung mehr aufgebaut werden kann. Diese Beschreibung würde einerseits dem Rechnung tragen, dass die Autonomie des Patienten in dem Sinne unantastbar bleiben muss, als dass für den Therapeuten kein Zugriff auf sein Erleben besteht. Andererseits könnte nun die seelsorgerische Dimension der Spiegelung von Bewusstsein in der Fremdheit des anderen als konstitutives Element einer jeden therapeutischen Begegnung begriffen werden¹².

4. Psychiatrieerfahrungen

Beziehung existiert nicht als Abstraktum, sondern manifestiert sich immer nur im konkreten Gegenüber. Als relationales Gebilde ist sie physisch nicht fassbar. Beziehung ist gewissermaßen unsichtbar, dennoch lassen sich ihre Spuren finden: Erinnerungen und Erfahrungen kondensieren gelebte Beziehungserfahrung und reflektieren Beziehungsqualitäten, zu sich selbst und auch zu anderen. Die folgenden Interviewausschnitte können in diesem Sinne als Erfahrungsprotokolle verstanden werden. Das Material entstammt einer qualitativen Studie mit dem Titel "Das Bild der Psychiatrie in unseren Köpfen"¹³, in der anhand von 20 Interviews mit Personen in unterschiedlicher Stellung in und zur Psychiatrie (Psychiatriebetroffene, Angehörige, Psychiater, Pfleger und Laien) Probleme und Chancen einer modernen Psychiatrie nachgezeichnet werden.

Zwei Menschen aus dem Beziehungsspiel der Psychiatrie kommen zu Wort:

Ina, 43 Jahre alt, ist aufgrund psychotischer Episoden in mehreren psychiatrischen Kliniken gewesen, sowohl auf der offenen als auch auf der geschlossenen Station. Zum Zeitpunkt des Interviews arbeitet sie

¹¹ M. B. Buchholz, Die Rolle der Metapher in der Konstruktion einer psychotischen Biographie, in: M. B. Buchholz/U. Streeck, Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung, Opladen 1994, 300.

¹² Siehe auch T. Feld, Begegnung, Alterität und Seelsorge in der Psychiatrie. Zu einem neuen Ansatz für die Seelsorge in der Psychiatrie, WzM 51 (1999), 281-289.

¹³ W. Vogd, Das Bild der Psychiatrie in unseren Köpfen. Eine soziologische Analyse im Spannungsfeld von Professionellen, Angehörigen, Betroffenen und Laien, Berlin (erscheint voraussichtlich im August 2000).

als Krankengymnastin in einer norddeutschen Großstadt. Inas lebendige, aber auch reflektierte Erzählung lassen wesentliche Elemente der therapeutischen Beziehung aufleuchten.

Ivonne, 46 Jahre alt, arbeitet als Psychiatriekrankenschwester auf einer offenen Station in einer Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik in Süddeutschland. Ihre Schilderungen und Selbstreflexion lassen einige strukturelle Besonderheiten der therapeutischen Beziehung aus der Helferperspektive deutlich werden.

Ina: “wo ich gemerkt habe, da nimmt mich jemand ernst”

Ina erlebt die Einweisung in die Psychiatrie als Alptraum. Die Aufnahmestation empfindet sie als grausame Einrichtung, in der sie einfach nur irgendwie untergebracht, durch Medikamente ruhiggestellt und von den Pflegern unwürdig behandelt wird:

“Ja, auf diesen Geschlossenen oder auf der Aufnahmestation, ja klar, weil da auf der Aufnahmestation war sowieso klar, du wirst weitergeleitet, da bist du irgendwie untergebracht, und gewartet, bis dein Medikament wirkt, bis du ruhiggestellt bist und dann kommst du entweder auf die Geschlossene oder eben auf die Therapiestation im [Name einer Klinik], das ist so'n Durchgang, und was da mit Pflegern lief, ja, da war, das war einfach nur furchtbar, wenngleich ich da vielleicht auch ungerecht bin, weil ja auch vieles so mein Wahnerleben auch war, ja, also dass ich vieles vielleicht auch falsch gedeutet habe; es war aber einfach überfüllt, die Leute lagen auf'm Flur, also einfach nur unwürdig, ja.”

Besonders die Zwangsbehandlung durch Medikamente wird von Ina als Bedrohung der Integrität, gar als getötet werden erlebt. Ina erlebt die Psychiatrie zwar als eine Station, in der sie irgendwie in ihrem Wahn aufgehoben ist, doch eine wirkliche Hilfe für sich empfindet sie in diesem Moment nicht. Sie erlebt sich äußerlich ruhiggestellt, während innerlich ihr Drama weiter abläuft. Eigentlich würde sie sich eher eine intensive menschliche Betreuung wünschen, die sie jedoch nicht bekommt. Das Einzige, was ihr noch als Orientierung bleibt, ist das Essen. Hier kann sie sich noch empfinden und eine Beziehung zu sich knüpfen:

“Ich denke im nachhinein, wenn mir das noch mal passieren würde, und ich weiß zum Beispiel, aber das ist mein großer Konflikt, ich möchte nie mehr eigentlich Medikamente nehmen und weiß aufgrund der Situation oder aufgrund des Umfeldes müsste ich Medikamente nehmen, weil es nicht tragbar ist, ich müsste ja rund um die Uhr 'ne Betreuung haben, und das kann niemand leisten, und insofern muss es eben so 'ne Station geben, wo man dann halt sein kann, aber 'ne Hilfe für einen selbst ist es in dem Moment, wenn du im Wahn bist, nicht; also du bist nur eingesperrt, du willst raus, oder dann, oh ich denke dieses Dilemma, du bist auf Medikamenten, für mich ist es wie, man bringt mich um, ich werde ruhiggestellt, aber in mir tobt es weiter, aber ich kann nichts mehr nach außen bringen, und alle meine Sinne werden zerstört, ich kann nicht mehr lesen ich kann nichts mehr machen, ja, ich kann dann noch auf's Essen warten und fresse wie ne Wilde und werde immer dicker, und alles wird immer ekliger (lacht), ja furchtbar, nicht nur ein Müsliriegel, also das Essen und die Verdauung ist dann das Einzige, was Orientierung gibt.”

Positiv erlebt sie die Begegnung mit den Mit-Patienten. Als wichtige Bezugsperson erscheint jedoch ein Therapeut. Von ihm fühlt sie sich ernst genommen, gehört und erlebt in ihm jemanden, der sich um sie kümmert. Der signifikante andere ist ein Psychiater, ein Vertreter der Institution Psychiatrie, in der sie sich unwürdig behandelt fühlt. Dieser nimmt sie jedoch ernst. Sie fühlt sich als Person gesehen:

“Ich habe also auf dieser Therapiestation, was ja auch Psychiatrie ist, hab ich schon positive Erfahrungen gemacht, also insofern als dass ich da unheimlich tolle Leute kennengelernt habe, Mitpatienten, weil sie alle so pur sind; ich denke, was unter den Leuten gelaufen ist oder unter uns, das war wahnsinnig intensiv und gut, und ich habe auch mit einem Therapeuten eine unheimlich gute Erfahrung gemacht, wo ich gemerkt habe, da nimmt mich jemand ernst, da hört mich jemand, da sieht mich jemand.”

Ina erzählt die Geschichte, wie sie aus der Psychiatrie entfliehen wollte. Der Psychiater hat sie jedoch unter Androhung von Zwangsmaßnahmen zurückgehalten. Trotzdem lernt sie ihn schätzen, weil er ihr gegenüber das Versprechen eingehalten hatte, sie am nächsten Tag zum Frühstück von der Aufnahmestation abzuholen. Die Ehrlichkeit und Zuverlässigkeit des Therapeuten hat Ina tief beeindruckt. Sie beginnt nun, ihm zu vertrauen. Es gelingt ihr auch ein wenig, sich mit der Unfreiwilligkeit in der Psychiatrie anzufreunden. Der Zwang wird nun durch ein Beziehungsangebot gerahmt:

“Da dachte ich so, ich habe die Faxen dicke, ich gehe jetzt und wollte nicht abhauen und dachte, ich mache es offiziell und habe (lacht) meinen Rucksack gepackt und bin zur Schwester gegangen und habe gesagt, ‚ich möchte nicht abhauen, ich gehe hiermit offiziell‘, und dann hatte sie natürlich wahnsinnige Angst, und dann war’s schlimm; die wollte mich natürlich nicht gehen lassen, sie ruft jetzt den Oberarzt, das hab ich gesagt, sie braucht jetzt keinen Oberarzt zu rufen, ‚ich gehe‘, und da wollte sie ans Telefon, und da bin ich, das war nicht günstig, das tat mir dann hinterher leid, ja, da bin ich ans Telefon und habe gesagt, sie soll ja nicht anrufen, und dann kam der Oberarzt, der auch für unsere Station zuständig war, der auch Therapeut war, der hat mich natürlich nicht gehen lassen; und da habe ich gesagt, ‚ich gehe jetzt‘, und da habe ich aber Angst gekriegt, da habe ich ihm gesagt, ob er mir Gewalt anwenden würde, dann hat er mir gesagt, ‚ja‘, er würde mich mit Gewalt festhalten, und ich wollte diese Situation nicht, dass mich jemand mit Gewalt festhält, und dann hat er es irgendwie geschafft, dass ich nicht gegangen bin und hat gesagt, ich hätte eine Krise, ich müsste jetzt noch mal auf die Aufnahmestation, und er würde mir versprechen, mich morgen früh wieder abzuholen, und dann habe ich mich breitschlagen lassen, ich wusste jetzt, es stimmt jetzt irgendwie alles nicht mehr, bin ich freiwillig auf die Aufnahmestation für eine Nacht; Horror; und was dann einfach eine tolle Erfahrung war, ich saß beim Frühstückstisch, und er kam tatsächlich um halb neun, hat er gesagt holt er mich, und da dacht ich, oh, das hat mir dann imponiert, und dadurch fing ich an, ihm zu vertrauen, der war gut; ich glaube, jeder wird wenn er ausbrechen will oder es zumindest probieren will, und auch wenn wir freiwillig, es hieß ja immer, es ist alles freiwillig, aber es war ja doch nicht freiwillig.”

Wieder in der normalen Welt, lernt Ina eine Psychiaterin schätzen, die sie bei ihrem Wunsch, die Medikamente abzusetzen, unterstützt. Es ist für sie bemerkenswert, dass diese sie dabei unterstützt, obwohl sie als Psychiaterin bezüglich der Psychopharmaka eine andere Auffassung vertritt. Sie erlebt, dass die Psychiaterin immer für sie da ist und fühlt sich hier eingebettet und aufgehoben.

“Ich glaube, dass da bestimmt noch viel mehr intensiv gemacht werden kann; also ich hatte das Glück, bei einer unheimlich tollen Psychiaterin gelandet zu sein, die hat mich unheimlich gut gestützt, sie hat, ich hätte eigentlich noch viel länger Medikamente nehmen sollen, und für mich war klar, ich nehme keine mehr, ich werde die absetzen; und sie hat mich auch unterstützt, und die hat mir immer wieder gesagt, sie ist Medizinerin, sie ist für Medikamente, aber sie will nicht, dass ich alleine mit dem Reduzieren dastehe; die war so was von toll und menschlich, und da konnte ich auch immer anrufen, und die hat mir sofort ‚nen Termin gegeben, gut das ist 15 Minuten, das ist immer wenig, aber vielleicht hat man gar nicht so viel Erwartungen, oder für mich war es gut so, und ich weiß von anderen aus der Klinik, die auch Psychosen hatten, die entlassen wurden und sozial nicht so eingebettet waren, dass die dann auch so Einzelfallhelfer gekriegt haben; also das Netz wirkte auf mich so schon ganz gut.”

Zum Zeitpunkt des Interviews liegen Inas Erfahrungen mit der Psychiatrie schon einige Jahre zurück. Sie arbeitet wieder in ihrem alten Beruf und fühlt sich wieder im normalen Leben integriert. Die Angst vor der Psychose sitzt ihr jedoch immer noch im Nacken und sie fürchtet sich vor einer erneuten psychiatrischen Prozessierung. Insbesondere befürchtet sie, dort nicht als Mensch wahrgenommen zu werden, und stattdessen einfach aufgrund einer Diagnose, die nichts mit ihr zu tun hat, Medikamente verpasst zu bekommen, und in ihren biographischen Besonderheiten ignoriert zu werden:

“Also ich stelle mir vor, dass ich mein Erlebnis nie verlieren werde, und dass ich mich sofort heute immer noch reinversetze, wie es ist, wie es war; das weiß ich noch zu gut, und die Angst sitzt mir im Nacken, keine Frage, und ich denke, was ich darüber gelernt habe ist, meine Grenzen eher wahrzunehmen; ich bin so’n Mensch, ich kann ja sehr lebenslustig sein, aber da fängt es schon an, also ich bin ja nun auch bei vielen Psychiatern gelandet vor der Psychose, weil ich über Jahre Depressionen hatte, die 2 bis 3 Monate gedauert haben, und da hat mir jeder Psychiater einfach, das ist das, was ich ganz schrecklich finde, einfach ‚ne Diagnose verpasst und Tabletten verpasst und mehr nicht, und alle haben sie mir auch ‚ne Manie verschrieben, aber ich definiere Depressionen anders und auch Manie anders und habe in mir immer gedacht, das ist nicht ‚ne Krankheit, die aus mir heraus einfach wie Krebs oder so was da ist, das hat einen Grund, warum mir so was passiert, und war auch immer ein Thema für mich; ich muss an meine Wurzeln zurück, da stimmt was nicht, und das hat sich ja auch bewahrheitet, dass vieles in meinem Leben mir vorgelegen wurde und mich dadurch auch ein bisschen verrückt gemacht hat.”

Ina schildert eine starke Angst, wieder in die Psychose abzugleiten. Insbesondere fällt es ihr schwer, intensive Gefühle als normal zu akzeptieren. Die Beziehung zu sich selbst bleibt gestört. Starke Emotionen können nicht als gesund gesehen werden, sondern werden kritisch beäugt als Anzeichen einer möglichen psychischen Krankheit. Eine entspannte Relation zu sich selbst ist noch nicht gefunden, wenngleich der vorsichtigere Umgang mit sich selbst auch als Fortschritt gewertet wird:

“Was im Moment noch ist, zum Beispiel wenn ich jetzt einfach traurig bin, dann krieg ich selber ‚ne Angst, denk ich, kann ich traurig sein, einfach heulen, ohne dass es ‚ne Depression wird, und was eigentlich noch unglaublicher ist, darf ich glücklich sein, wenn’s mir gut geht, wenn einfach aus mir heraus, ich geh mit meinem Hund spazieren, und ich denk ach ist das Leben schön (atmet tief ein), dann zieh ich die Schultern hoch und denk, Ina, stimmt das, ist alles in Ordnung; also dass ich ständig vieles

immer noch total überprüfen muss, das finde ich sehr anstrengend und andererseits, manchmal denke ich, vielleicht war die Psychose so'n Knall, und seither hab ich ja auch keine Depressionen mehr gehabt, also ich bin, glaube ich, mit meinem Leben ein bisschen vorsichtiger."

Ina muss ihre psychiatrische Prozessierung äußerst zwiespältig erleben. Wenngleich aufgrund der psychiatrischen Indikation der Einsatz von Zwang und Medikamenten notwendig erscheint, bleiben diese für Ina zunächst therapeutisch unvermittelt. Insbesondere die Aufnahmestation erscheint als Alptraum einer menschenunwürdigen Behandlung. Zwangsbehandlungen haben selten ein therapeutisches Gespräch zur Folge, sie bleiben unbegründet, wie auch *Brensing* in einer Untersuchung über Fixierung aufzeigt¹⁴. Die Beziehungsarbeit, die hier vermitteln könnte, findet in der Regel nicht statt. Die manifeste Differenz zwischen dem Willen des Patienten und der Intervention des Psychiaters findet keine therapeutische Aufarbeitung. Es scheint nicht die Regel zu sein, dass Therapeuten den Einsatz oder die Androhung von Gewalt im nachhinein durch vertrauensbildende Maßnahmen legitimieren oder durch Beziehungsarbeit einzubetten versuchen. In Inas Bild der Psychiatrie stellt die positive Erfahrung mit einem Therapeuten eher die Ausnahme als die Regel dar.

Diesem gelingt es, seine Androhung von Zwang in einen Beziehungsrahmen zu stellen, indem er über seine medizinische Autorität hinaus Glaubwürdigkeit vermittelt. Er hält sein Versprechen ein, und Ina kann sich ernst genommen fühlen. Er scheint sich wirklich um sie zu bemühen. Seine Aussagen erscheinen nicht nur als ein Trick, um Ina zum Dableiben zu überreden, um sozusagen wieder die ‚freiwillige Unfreiwilligkeit‘ unter Beweis zu stellen, sondern als echtes Beziehungsangebot.

Deutlicher wird die Erfahrung, in einer Beziehung ernst genommen zu werden, für Ina in ihrer ambulanten Betreuung durch die Psychiaterin. Diese begleitet sie in ihrem Bemühen, die Medikamente abzusetzen. Die Ärztin nimmt ihren Wunsch ernst, obwohl sie eine andere Meinung hat. Die prekäre Aufgabe, Medikamente abzusetzen, bleibt dabei in ärztlicher Aufsicht. Ina kann nun im Zweifelsfall wieder auf die schützende Autorität zurückgreifen. Vertrauen und das Gefühl, ehrlich sein zu können, entwickeln sich gerade auch, weil die Spannung zwischen den unterschiedlichen Vorstellungen über das richtige Behandlungskonzept aufrechterhalten werden kann. Die Qualität der Beziehung zeigt sich auch hier gerade darin, dass die Differenz zwischen Ich und Du nicht getilgt werden muss, sondern als Begegnung konstruktiv in die Supervision von Inas weiteren Selbstbehandlungsversuchen münden kann.

Ina gewinnt in der Auseinandersetzung mit ihrer psychiatrischen Prozessierung eine veränderte Beziehung zu sich selbst. Ihre Emotionen und inneren Zustände bekommen eine neue Bedeutung für sie; sie werden fragwürdiger, zwingen zu mehr Achtsamkeit und vorsichtigerem Umgang mit sich selbst. Diese neue Selbstreflexion bedeutet, dass auch Aspekte typischer psychiatrischer Denkweisen integriert werden. Das eigene Erleben wird nun auch unter dem Blickwinkel des medizinischen Codes ‚krank-gesund‘ betrachtet. Dieser Prozess stellt sich für Ina jedoch nicht als organisch dar. Ina hat immer noch kein Vertrauen zu sich selbst gewonnen, spürt noch keine Sicherheit im Umgang mit sich. Zwischen der phobischen Erfahrung des Alptraums Psychiatrie und der stützenden vertrauensvollen Supervision der eigenen Selbstbehandlung durch mitfühlende Therapeuten klafft noch eine deutliche Lücke. Das negative Bild der Psychiatrie, die stigmatisierenden und als entwürdigend empfundenen Behandlungen sind für Ina nicht integrierbar. Demgegenüber kann die Wahrhaftigkeit des Psychiaters und das Vertrauen der Psychiaterin als Unterstützung erlebt werden, eine funktionierende Beziehung zu sich selbst zu finden. Ihre therapeutische Begleitung kann als Hilfe angenommen werden.

¹⁴ A. Brensing, Umfrage zum Thema Fixierung, in: Sozialpsychiatrische Informationen 2 (1998), 44-45.

Ivonne: “es ist ja auch bei uns so, dass sie nicht darüber reden können”

Ivonne erlebt, dass sich viele ihrer Patienten aus Angst, in die ‚Geschlossene‘ überwiesen zu werden, nicht mehr trauen, offen über ihre Selbstmordgedanken zu reden. Sie beobachtet, dass die Patienten ganz genau abtasten, mit wem man offen über die eigenen Zustände reden kann, welcher Therapeut die Suizidalität akzeptiert und wer nicht:

“Ja, ich seh jetzt, dass viele Patienten Angst davor haben, vor der Psychiatrie, auch die nicht geschädigten, dass das immer noch so’n bisschen von früher, da war’s ja jetzt wirklich auch in der Psychiatrie, dass da noch die Angst herkommt, dass die nicht wissen, was Psychiatrie ist, ‘ne ganz falsche Vorstellung haben, wo sie doch positiv sein kann, ja, und aus dieser Angst heraus trauen sich viele nicht zu sagen, wann sie suizidal sind; bei uns ist es auch in der Klinik so, wenn Patienten suizidal sind, werden sie aufgefordert, das uns Schwestern zu sagen, also sich in Verbindung zu setzen, aber viele haben Angst, was zu sagen, weil wenn man merkt, sie sind suizidal, kommen sie auch von uns aus in die Psychiatrie oder werden dazu überredet, das zu unterschreiben; man kann sie nicht einfach da hinschicken, aber sie werden dazu überredet, dass es einfach möglich ist; ja, viele haben da Angst und verschweigen das, denn wenn sie suizidal sind, und die gucken dann, wer da arbeitet und mit wem, wer das akzeptiert die Suizidalität.”

Ivonne schildert die Konsequenzen der Zwangseinweisung in die Psychiatrie. Sie erfährt, dass viele Patienten nach der Rückkehr auf die offene Station nun schweigen und ihre wirklichen Gedanken und Gefühle den Therapeuten gegenüber nicht mehr artikulieren. Sie erlebt auch, dass die Patienten darunter leiden, nicht mehr richtig sprechen zu können:

“Und die sagen dann auch gleich, sie würden sich nicht umbringen; ich denke, sie verdrängen es und reden dann auch mit uns nicht darüber; dann, wenn die zurückkommen, das ist Verdrängung für ‘ne Zeit, es ist auch bei Menschen so, die geh’n nach Hause, machen drei Monate Therapie und dann hört man irgendwann, haben sie sich doch umgebracht, aber nicht in unserem Rahmen, ja, weil sie das da nicht dürfen, ja, oder nicht darüber reden können, es ist auch bei uns so, dass sie nicht so darüber reden können wie sie möchten, und das beklagen viele Patienten, dass sie sich beschweren, die leiden ja darunter, unter diesen Gedanken.”

Ivonne hält es für wichtig, mit den Patienten offen über ihre Selbstmordgedanken zu reden. Sie ist davon überzeugt, dass es hilfreich für die Heilung ist, wenn diese Gedanken ehrlich ausgesprochen werden können. Wichtig ist für sie dabei, eine akzeptierende Haltung einzunehmen, ohne gleich das Gegenüber als potenziellen Selbstmordkandidaten zu stigmatisieren. Sie persönlich kennt die Phantasie, sich umbringen zu wollen, und hält diese Gedanken für normal und verstehbar. Sie glaubt sogar, wenn die Handlungsalternative Selbstmord bewusst gestellt wird, es dazu beitragen kann, dass wieder neuer Mut geschöpft werden kann:

“Meistens fühlen sie sich dann nicht so wohl, dass sie da nicht darüber reden können, oder es wird ihnen gesagt, ‚Sie quälen mich damit‘ oder so, und da fehlt den Menschen, glaube ich, der Platz überhaupt in der Gesellschaft, Psychiatrie oder Psychotherapie, da fehlt den Menschen der Platz, so sehe ich das, darüber zu reden, also das, finde ich, ist ein Mangel, es gibt wohl so Organisationen, private ich weiß [...], ich kam mir aber sehr gesund dabei vor, als ich die Gedanken hatte in Phasen meines Lebens, und sogar als Erleichterung, als Lösung, dass ich ja die Freiheit habe und dann die Freiheit gespürt, und das war sogar ‘ne Hilfe, das zu spüren, und das erleichtert mich jetzt zu hören, dass das normal, weil ich in diesem Bereich arbeite (Lachen), und das färbt ja doch, und man ist ja innerlich im Dialog mit denen, mit sich, ich denke ein bisschen anders, und hab ja zu tun damit und fühle mich dann ein bisschen einsam, dass ich das sehr akzeptiere; [...] also es nicht mal in Erwägung zu ziehen, also das glaub ich einfach nicht, das kann ich mir gar nicht vorstellen; da ist eine ganz große Verdrängung da, wenn ich solche Gedanken hatte, kam ich mir auch nicht krank vor, und ich fand die Tendenz komisch, im Krankenhaus, wo ich arbeitete, weiß ich, dass die das denken, man ist krank.”

Dennoch könnte Ina es sich selbst gegenüber nicht verantworten, wenn einem ihrer Patienten etwas geschehen würde. Sie achtet am Ende eines Gespräches ganz genau darauf, ob dieses in ihrem Sinne gelaufen ist. Wenn sie den Eindruck hat, dass eine akute Selbstmordgefährdung vorliegt, muss sie sich entscheiden, notfalls auch die Überweisung in die geschlossene Station anzuregen:

“Ich merke es ja nach dem Ende eines Gesprächs, ob es funktioniert hat oder nicht, also muss ich ein Gefühl dafür haben; es war einmal so, da habe ich mich verschätzt, da war ein junges Mädchen, das hat an der Pulsader rumgeschnippelt, aber da kam ein anderer Zwischenfall hinterher, den ich nicht vorhersehen konnte, etwas ganz anderes, aber sonst ist es immer gut gegangen, ja ja,

und ich könnte es gar nicht aushalten, wenn etwas passieren würde, ich könnte es gar nicht aushalten, das könnte ich gar nicht verkraften, wenn mein Gefühl so enttäuscht würde, wenn ich so einschätze; ich muss ja dann, wenn ich nach Hause gehe, den Ärzten das übergeben, was gewesen ist, also das erzähle ich dann alles, und wenn ich in dem Rahmen mit jemandem spreche, kann ich ja sagen, das geht doch nicht, kann mich sehr schnell umentscheiden.“

Ivonne empfindet ihre Haltung den Patienten gegenüber widersprüchlich. Einerseits müsste sie in der Lage sein, auch einen Selbstmord akzeptieren zu können, andererseits könnte sie es jedoch nicht aushalten, wenn einer ihr das antun würde:

“Ich könnte das nicht überleben, ich könnte nicht so weitermachen, ja meine Chefin erzählte mir, dass sie jemanden abgeschnitten hatte, hat sich aufgehängt; also kann ich mir überhaupt nicht vorstellen, obwohl ich so locker damit umgehe, aber wenn es dann so weit ist, das könnte ich mir überhaupt nicht vorstellen, dann müsste ich ja auch fähig werden, wenn ich eigentlich die Haltung einnehme, er kann machen was er will, irgendwie widerspricht sich das ja, was ich dann da mache; weil ich davon ausgehe, dass er es nicht tut, nur hypothetisch unterstelle, dass er mir das nicht antun soll; aber ich denke, den Menschen hilft es, wenn sie merken, der sorgt sich, da ist jemand, der kümmert sich um sie, und das hält ihn auch schon mal davon ab.“

Empathie stellt für Ivonne eine wichtige Bedingung für das Gelingen eines therapeutischen Gespräches dar. Nach kritischen Gesprächen mit suizidalen Patienten schätzt sie ab, ob ihre Beziehung so tragfähig ist, dass sich der Patient auch ihr zuliebe an die Vereinbarung hält, keinen Selbstmord zu begehen:

“Ich bin dann nicht total sicher, ich geh nicht total sicher nach Hause, das nicht – aber ich übergebe das dann auch meinen Kollegen, und die haben dann die Verantwortung. Nur ist es dann schwer, wenn ich dann mal ein bisschen anders gearbeitet habe, dann denke ich mehr dran, ist klar, aber meistens wollen die Menschen dann auch nicht mich enttäuschen, ich lege denen dann auch nahe, das jetzt nicht irgendwie ein bisschen rücksichtsvoll, ein bisschen Rücksicht zu nehmen, das nicht jetzt zu tun, das kann man immer noch (Lachen), also die machen das schon, wenn eine Sympathie besteht, das funktioniert, dass sie dann abwartend sind, so ein bisschen Hoffnung haben, ja, die Sympathie muss da sein, sonst funktioniert so ein Gespräch auch nicht.“

Als professionelle Helferin steht Ivonne auf der Seite der psychiatrischen Institution. Dennoch erlebt sie ihren Behandlungsauftrag äußerst widersprüchlich. Zum einen spürt sie ihre Verantwortung, alles zum Schutze der Patienten tun zu müssen, notfalls sogar eine Zwangsbehandlung zu veranlassen. Andererseits weiß sie, dass die Einweisung in die geschlossene Station der Beziehung zum Patienten einen irreversiblen Schaden zufügen kann. Es kommt zum Vertrauensverlust, die Patienten schweigen nun lieber, sprechen ihre Gedanken und ihr Empfinden nicht mehr aus, da sie Angst haben, pathologisiert zu werden. Ivonne kann die Selbstmordgedanken ihrer Patienten verstehen. Sie kann mitfühlen, dass es normal sein kann, so zu denken und zu erleben, und weiss, dass darüber zu reden und die Verzweiflung zu akzeptieren, den ersten Schritt zur seelischen Besserung darstellt.

Hier kann und muss sie eine Allianz mit dem Patienten eingehen. Sie vertraut dem Patienten, dass er sich jetzt nichts antut und der Patient kann ihr vertrauen, dass sie nichts weitersagt und er weiter offen mit ihr reden kann. Jeder der beiden Partner bringt seine eigene Unsicherheit und Ungewissheit über den Ausgang der Beziehung mit ein. Jeder muss lernen, dem anderen als autonomem Wesen zu vertrauen. Das therapeutische Gespräch wird zu einem Beziehungsstanz auf einem schmalen Grat. Auf der einen Seite wartet der Abgrund des drohenden Selbstmordes, auf der anderen Seite der Beziehungsabbruch. Im Spannungsfeld dieser beiden Gefahren gewinnt die Überprüfung der Beziehung eine zentrale Bedeutung. Ivonne muss sich ständig selbst vergewissern, muss wach sein für Anzeichen eines drohenden Scheiterns. Der wirksamste Fokus der Bewertung stellt für sie dabei die Beziehungsqualität selbst dar. Diese drückt sich für sie in ‚Sympathie‘ aus, was hier synonym mit einem empathischen Gefühl verstanden werden kann, indem eine gemeinsame Sprache, ein gemeinsames Verstehen gefunden zu sein scheint. Es entspricht dem Gefühl, dass Beziehung tragen kann und dass der einzelne Beziehungspartner in seinen Bedürfnissen ernst genommen wird. Dieses Gefühl kann nie objektive Gewissheit darstellen. Jedes Vertrauen ist damit ein Kredit, der erst in Zukunft eingelöst werden kann. Es bleibt das Risiko der

Begegnung, in der jedoch gerade die untilgbare Differenz zwischen einem selbst und den anderen die Möglichkeit von Beziehung generiert. Erst in der zuhörenden und akzeptierenden Anerkennung der Autonomie des anderen, kann sich dieser in sich selbst als selbstverantwortliches Wesen spiegeln. Die Beziehung schafft einen Raum der Bewusstheit, in dem jenseits der solipsistischen Welt der eigenen emotionalen Zustände und der Erfahrung der objektivierenden Manipulation durch die Therapeutenmacht ausgeliefert zu sein ein Drittes entstehen kann: ein neues Verhältnis zu sich selbst. Bewusstheit heißt immer auch Reflexion, und als therapeutischer Prozess bedeutet dies, unter Anerkennung der grundlegenden Differenz zwischen Selbst und Anderem, nichts anderes als Supervision im Umgang mit sich selbst.

5. Therapien in widersprüchlichen Einheiten

Psychiatrische Patienten haben per definitionem eine geschädigte Autonomie, das heißt, sie sind nicht mehr in der Lage, ihr Leben autonom zu bewältigen. Ziel einer Therapie ist die Wiederherstellung der Autonomie, d.h. die Rückgabe der Verantwortung an den Patienten. Der therapeutische Prozess oszilliert dabei zwischen Übernahme von und Ermächtigung zur Eigenverantwortung durch den Patienten.

Als Bausteine dieses Prozesses erscheinen: in Gesprächen aufgefangen werden, darüber reden können, sich bewusst werden, akzeptieren lernen. Therapie stellt sich auch als ein Prozess der Selbstoffenbarung dar, in dem eigenes Erleben thematisiert, reflektiert, akzeptiert und so in die aktuelle Lebenspraxis integriert werden kann. Vermittelt wird dieser Prozess durch Beziehung mit dem anderen, in verbaler und nonverbaler Kommunikation. Faktoren, die diesen Prozess unterstützen, werden als Empathie, Verständnis und Akzeptanz erlebt. Voraussetzung hierfür ist eine offene vertrauensvolle Beziehung. Das Du, der andere, wird zum zentralen therapeutischen Faktor.

Therapeutische Kommunikation unter Einhaltung der ethischen Grundbedingungen kommunikativen Handelns (wie z.B. Wahrhaftigkeit) wird jedoch im psychiatrischen Alltag nicht als selbstverständlich erlebt. Stattdessen stellen Uneindeutigkeiten, Angelogenwerden, Konfusionen in Bezug auf Zwang und Freiwilligkeit von Maßnahmen immer noch übliche Erfahrungsbilder in psychiatrischen Einrichtungen dar. Immer auch ist der Patient der Macht des Personals ausgeliefert. Sein Vertrauen kann missbraucht werden. Hierdurch ergibt sich für die Psychotherapie in psychiatrischen Einrichtungen ein grundlegendes therapeutisches Paradoxon:

Vom Patienten wird Offenheit verlangt, denn dies ist der Heilung förderlich; andererseits kann gerade die Selbstoffenbarung dem Patienten schaden, z.B. wenn daraufhin eine Diagnose gestellt wird, die den längeren Aufenthalt in der geschlossenen Abteilung veranlasst.

Dieses Ausgangsparadoxon lässt den therapeutischen Prozess äußerst fragil erscheinen. Für den Patienten, der sich, um Erleben verarbeiten zu können, offenbaren möchte, stellt sich die Frage, mit wem, in welcher Form, über was gesprochen werden kann und darf. Er muss sich im therapeutischen Team Verbündete suchen, oder im Zweifelsfall, wenn sein Vertrauen missbraucht wird, schweigen. Für die Therapeuten stellt sich die Frage, wie die Anzeichen, die der Patient im Gespräch gibt, als diagnostisches Indiz für Eigen- oder Fremdgefährdung zu bewerten sind, so dass auch gegen den Willen des Patienten von einem ‚verstehenden‘ auf ein ‚schützendes‘ Behandlungsparadigma gewechselt werden muss. Verständnis und Schutz, Freiheit und Zwang erscheinen nun erneut als therapeutisches Paradoxon einer widersprüchlichen Einheit, die handlungspraktisch nur überwunden werden kann, wenn eine Mitte gefunden wird: Der

Patient muss sich ein Stück der Macht des Therapeuten ausliefern, und der Therapeut muss gleichzeitig ein Stück auf die Ausübung seiner Macht verzichten.

In diesem Sinne stellt sich der therapeutische Prozess als ‚doppelte Kontingenz‘ dar¹⁵). Sowohl Patient als auch Therapeut müssen Ungewissheit und Unsicherheit in diesen Prozess mit einbringen und werden dabei gleichzeitig voneinander abhängig. Sie müssen einander vertrauen lernen. Immer wenn dies geschieht, kann sich die in der Krankheit verloren gegangene Autonomie als Bewusstheit neu konstituieren.

6. Kohärenzen des Vertrauens

Wird Therapie in dieser Weise verstanden, stellt sie sich immer auch als ein riskanter Prozess dar. Offenheit und Vertrauen impliziert, dass Dinge schief gehen können. Es gibt keine Garantie, dass Leiden nicht geschieht. Hier begegnen wir phänomenologischen Positionen. Eine therapeutische Beziehung heißt hier immer auch, dass sich Mensch zu Mensch ins Antlitz seiner nackten Existenz schauen muss. Denn erst durch diese wirkliche Öffnung gegenüber dem Patienten kann Veränderung im doppelten Sinne geschehen: Sowohl der Therapeut als auch der Patient werden verwandelt aus der Beziehung entlassen. *Kisker* formuliert dies für die Begegnung mit Schizophrenen folgendermaßen:

»Eine adäquate Erfahrung der Einsamkeit und auch des abwegigen Anderen ergibt sich dann, wenn ein Verhältnis zu ihm riskiert wird. [...] Das geschieht etwa dem Psychotherapeuten, der sich mit einem hoffnungslos Abwegigen, einem chronisch Schizophrenen zumal, einlässt und der dort, wo sein Partner nicht mehr auf einen der vorgeschriebenen Übertragungswege zu bringen ist, jede Absicht auf ‚Korrektur‘ des Gegenübers, jede Regiegebärde im therapeutischen Drama aufgibt. Er verzichtet dann auf jede analytische Intervention und hält die dialogisch anspruchsvollere Einstellung des Einanderkennen-Lernens und puren Zusammenseins aus. [...] Wo der Therapeut durch die Unerschütterlichkeit des Verrückten aus der ursprünglich gewollten therapeutischen Begegnung herausgehoben und in die Unmittelbarkeit des Zusammen-Existierens hineingezogen wird, da vollzieht sich eine radikalere Form der Begegnung und im Zusammenhang damit eine radikalere Aufhebung von Einsamkeit. Denn es ist nunmehr der Therapeut, welcher der Situation die Möglichkeit zugesteht, dass sie ihn ‚verändert‘, d.h. ihn als einen anders gewordenen Anderen aus sich entlässt«¹⁶.

Maturana und *Varela*¹⁷ aktualisieren in ihrer Biologie des Erkennens die phänomenologische Betrachtungsweise durch eine neurobiologische Argumentation. Wenn wir davon ausgehen müssen, dass Nervensysteme und Gehirne operational geschlossene Systeme darstellen, die ihre eigene Wirklichkeit erzeugen, dann lässt sich unsere Wirklichkeit nicht mehr im Sinne eines naiven Realismus als das Abbild einer Außenwelt in der Innenwelt begreifen. Stattdessen müssen wir davon ausgehen, dass Gehirne ihre eigene, individuelle Welt konstruieren, die jedoch durch die Auseinandersetzung mit der Umwelt moduliert wird. Ein Bewusstsein zu haben heißt dann, um mit *Emrich* zu sprechen, »ein mit dem Lebensvollzug mitlaufendes intentionales Wirklichkeitsmodell [zu] haben und dieses mit einlaufenden Sinnesdaten zu vergleichen«¹⁸. Außerhalb unserer Wirklichkeitskonstruktionen und Weltmodelle können

¹⁵ Zum Begriff der doppelten Kontingenz siehe auch N. Luhmann, 1993, 348ff.

¹⁶ K. P. Kisker zitiert nach H. M. Emrich, *Metatheorie und Sprache*, in: *Sozialpsychiatrische Informationen* 2 (1999), 4.

¹⁷ H. R. Maturana/F. J. Varela, *Der Baum der Erkenntnis: Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens*, 2. Aufl., Bern/München 1987.

¹⁸ H. M. Emrich, *Die Bedeutung des Konstruktivismus für Emotion, Traum und Imagination*, in: J. Fedrowitz/D. Matejovski/G. Kaiser, *Neuroworlds. Gehirn - Geist - Kultur*, Frankfurt a. Main 1994, 114.

wir keine Wirklichkeit erleben. »Wir können nicht sehen, was wir nicht sehen können«¹⁹. Das, was wir erleben, erleben wir als prägnante und kohärente Wirklichkeit..

Die Konstruktivität stellt dabei »offenbar eine Grundeigenschaft biologischer Systeme [dar], die sich sowohl auf dem Wahrnehmungssektor als auch bei imaginativen und emotionellen Leistungen nachweisen lässt«²⁰. Der Mensch steht dabei, wie jedes biologische Wesen, vor der Aufgabe, »ein jeweils situationsangepasstes, in sich kohärentes und geschlossenes Wirklichkeitsbild konstruktiv zu erzeugen« und unser bewusstes Erleben erscheint als »genau das Resultat dieser Bemühungen um interne Kohärenz«²¹). Die typischen neurotischen Abwehrmechanismen wie Verdrängung und Verleugnung sowie die reiferen Verarbeitungsformen wie differenzierendes Verstehen zielen immer darauf, die bedrohte Einheit des Erlebens wiederherzustellen.

Batesons Double-Bind'-Theorie der Schizophrenie²² zeigt die kommunikationstheoretischen Bedingungen auf, unter denen der Versuch, das Erlebte zu integrieren, scheitern muss. Wenn in existenziellen Situationen die Unterscheidung zwischen Information und Kontext nicht mehr möglich ist, müssen die Wirklichkeitskonstruktionen zusammenbrechen. Genau dieser Problemlage sind nun schizophrene Patienten ausgesetzt. Sie können nur schwer »kohärente Wertebilanzen« erzeugen²³. Sie haben, wie *Spitzer* feststellt, »Schwierigkeiten bei der Einbeziehung relevanter kontextueller Information in aktuelle Denk- und Entscheidungsprozesse«²⁴).

Der Schizophrene braucht in seiner Unfähigkeit, kohärente Wirklichkeiten zu erzeugen, »Helfer, die die intern nicht ausreichenden Kohärenzen quasi extern repräsentieren und zum Teil realisieren. Nach der Objektbeziehungstheorie von *Winnicott* kann man dies so formulieren, dass die verschiedenen divergenten Selbstanteile des Patienten sich an verschiedene Bezugspersonen eines therapeutischen Teams quasi identifikatorisch anbinden und diese dann wie »Marionetten an Fäden« bewegen«²⁵. Ein erfolgreicher therapeutischer Prozess besteht dann darin, »eine so gestaltete vorsichtige gegenläufige Reduzierung dieser Bewegung zu vollziehen, dass im Patienten mehr Kohärenz entsteht als ursprünglich vorhanden war. Hier handelt es sich also quasi um eine soziale beziehungsweise gruppensystemische Konstruktivität des Gehirns, deren Einwirkung auf die interne Konstruktivität des Gehirns des Betroffenen den eigentlichen Gegenstand sozialpsychiatrischer systemischer Therapie ausmacht«²⁶.

Die phänomenologischen Begriffe ‚Begegnung‘, ‚Beziehung‘, ‚Sein‘ und ‚Existenz‘ erscheinen aus der Perspektive des ‚biologischen‘ Konstruktivismus nochmals unter einem neuen Licht. In der Tat erscheint nun die Authentizität der Beziehung als ein wesentliches Merkmal therapeutischer Qualität, denn nur die als ‚wahrhaft‘ und ‚ungespalten‘ erlebte Begegnung erlaubt eine kohärente Deutung innerhalb der fragilen kognitiven Wirklichkeit psychotischen Erlebens. Ehrlichkeit und Authentizität sind in diesem Sinne nicht nur philosophische Tugenden, sondern Konstituenten psychischer Realitäten, die auch dem Normalen wirklicher als wirklich erscheinen. Im Sinne einer biologisch-konstruktivistischen Anthropologie scheint psychische Gesundheit mit Kohärenz in sozialen Beziehungen zu korrelieren. Halbherziger Einsatz im

¹⁹ H. v. Foerster, Wissenschaft des Unwißbaren, in: J. Fedrowitz/D. Matejovski/G. Kaiser, 1994, 39.

²⁰ H. M. Emrich, 1994, 116.

²¹ H. M. Emrich, 1994, 116.

²² G. Bateson, Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische und epistemologische Perspektiven, Frankfurt a. Main 1992.

²³ H. M. Emrich, 1994, 115.

²⁴ M. Spitzer, Geist im Netz. Modelle für Lernen, Denken und Handeln, Heidelberg/Berlin/Oxford 1998, 305.

²⁵ H. M. Emrich, 1994, 115.

²⁶ H. M. Emrich, 1994, 115.

therapeutischen Prozess, Verschleierung von institutionellen Eigeninteressen und die Substitution von Beziehung durch technokratische Verfahren erscheinen aus dieser Perspektive in einem tiefen Sinne antitherapeutisch.