

10 Thesen zur Konzeptionalisierung einer anthropologischen Psychiatrie

Thomas Bock, Klaus Dörner, Dieter Naber

1. Krankheit/Biologie

Der medizinische Krankheitsbegriff bedarf der Überprüfung und Differenzierung, um statt einer unreflektierten Ausweitung der wirklich Bedürftigen wieder mehr in den Blick zu bekommen (*Dörner*). Das bedeutet zwangsläufig auch eine Überprüfung und Weiterentwicklung der psychiatrischen Strukturen: statt Familien mit besonders schwierigen Situationen allein zu lassen, Verbindung privater und klinischer, bürgerschaftlicher und professioneller Ressourcen. Statt sich mit einer Kommstruktur auf die bequemen Patienten zu orientieren, Umgewichtung zugunsten aufsuchender und komplexer Interventionen (*Dörner, Bock, Naber*). Es ist notwendig, Brücken zur somatischen Psychiatrie zu schlagen, damit diese nicht in einem selbstgewählten Ghetto gefangen bleibt und ein zunehmend reduktionistisches Krankheitsverständnis und ein überholtes Beziehungsangebot nicht für die Entwicklung des ganzen Faches zum Problem werden (*Bock, Zaumseil, Terzioglu*). Langfristig könnte es sich lohnen, Biologische Psychiatrie wieder im Wortsinn als „Lehre vom Leben“ zu begreifen, den Begriff also zurückzuerobern und mit neuer Komplexität zu füllen (*Ulrich*).

2. Menschliche Vulnerabilität

Psychisch wie körperlich erkranken zu können gehört zur Natur und zum Wesen des Menschen. Insbesondere affektive und kognitive/schizophrene Psychosen sind tief angelegt in der menschlichen „Fähigkeit zu zweifeln und dabei auch zu verzweifeln, über sich hinaus zu denken und sich dabei auch zu verlieren.“ (*AG der Psychoseseminare 2003*). In diesem Zusammenhang sollte auch der Blick auf genetische Aspekte an Schrecken verlieren. Gleichzeitig ist es aber notwendig, sich von unzulässigen Vereinfachungen zu verabschieden: Die Vulnerabilität für Psychosen besitzen vermutlich 50 Prozent, doch nur 1 Prozent erkrankt. Gene wirken weder spezifisch noch deterministisch (bestimmend), sondern sehr allgemein und oft erst, nachdem sie durch belastende Ereignisse „geweckt“ werden. Grundsätzlich betrachtet ist genetische Abweichung kein Defizit, sondern zunächst nur eine unterschiedliche Normalität, zudem eigentlich nicht Blockade, sondern Voraussetzung von Entwicklung. Dazu passt die Überlegung, ob die Reizoffenheit psychosenaher Menschen nicht Ausdruck einer „übertriebenen Evolution“ oder die Schattenseite eines Anpassungsvorteils im Vergleich zur Tierwelt ist. Betrachtet man die Hirnentwicklung also menscheitsgeschichtlich, dann sind Menschen in Psychosen besonders menschlich oder gewissermaßen unserer Entwicklung voraus (*Möhlenkamp*). Umgekehrt scheint es so zu sein, dass wir in psychischen Krisen nicht nur durch unsere individuelle Kindheit geprägt sind, sondern auf Konfliktmuster der frühen Menschheitsgeschichte zurückgreifen (*Preiter*).

3. Gehirn als Mittler

Im Zusammenhang mit schweren psychischen Belastungen und Erfahrungen kann es zu Veränderungen im Hirnstoffwechsel kommen. Diese Veränderungen nun aber im Umkehrschluss zur Ursache zu erklären ist unzulässig. Vielmehr ist unser Gehirn in hohem Maße plastisch, d.h. es bildet die Erfahrungen auf zugleich spezifische und hochkomplexe Weise ab (*Hüther, Emrich*). Der britische Hirnforscher McGuire sieht (in einem aufsehen erregenden Artikel in *Lancet* 1998) beim Stimmenhören des Schizophrenen das Sprachzentrum beteiligt und schließt daraus auf eine Form des inneren Sprechens. Da die Rückkopplung zu Erinnerungen physiologisch erschwert

sei, müsse die Psychiatrie deren Wiederaneignung psychologisch fördern (*Escher, Romme*).

4. Eigendynamik auf mehreren Ebenen

Wenn es nun bei Ausbildung von psychischen Krankheiten zu einer Eigendynamik kommt, dann betrifft das mehrere Ebenen gleichzeitig: So können Depressionen auf psychologischer Ebene in den Teufelskreis der Selbstentwertung führen und auf sozialer Ebene durch (Selbst-)Stigmatisierungsprozesse verstärkt werden. Gleichzeitig können diese Belastungen den Hirnstoffwechsel beeinflussen und dessen Veränderungen wiederum im Sinne einer „biologischen Narbe“ für neue Entbehrenungen noch empfindlicher machen. Alle drei Ebenen der Eigendynamik sind zu beachten (*Bock, Koesler*).

5. Depression und Manie

Depressionen sind auch deshalb subjektiv so quälend, weil das Gefühl für Zeit und zeitliche Übereinstimmung empfindlich gestört ist (*Fuchs*). Das Gefühl der Scham wirkt nicht mehr schützend; das Erleben von Beschämung wird allgegenwärtig und bezieht auch therapeutische Interventionen mit ein (*Pfau*). Manie als eine Art Flucht nach vorn ist ein Versuch, der Überanpassung zu entgehen, ohne sie aber wirklich auflösen zu können (*Bock, Koesler*). Ohne ein grundlegendes Wissen dieser Zusammenhänge lässt sich die depressive Verzweiflung kaum ahnen, wird der Anpassungsdruck auf den manischen Menschen fatalerweise noch verstärkt und sind Behandlungsfehler kaum zu vermeiden. Nicht nur Medikation, sondern auch Psychotherapie hat Nebenwirkungen. Die für Depression wesentlichen Faktoren Antrieb, Motivation und Sinn verdienen eine mehrdimensionale Betrachtung. Vor allem die Suche nach Sinn führt zwangsläufig aus dem individuellen in den sozialen Zusammenhang heraus und erfordert eine soziale Betrachtungsweise (*Pajonk*).

6. Wahn und Psychose

Die Übergänge zwischen Wahn und Wähnen sind fließend. Die Bearbeitung formaler Denkstörungen ist von deren Inhalt nicht zu trennen. Eine sehr reduktionistische psychiatrische Betrachtungs- und Behandlungsweise trägt selbst Merkmale des Wahns in sich (*Scharfetter*). Psychosenahe Menschen sind zutiefst eigensinnig. Ihre Sinne gehen eigene Wege. Sie ringen nach innen um Eigenheit und nach außen um Sinn. Beide Intentionen brauchen Aufmerksamkeit (*Bock, Naber, Pajonk*). In diesem Zusammenhang verdient der eigensinnige Umgang mit Hilfesystemen eine neue Bewertung. Wer um Autonomie ringt, sollte nicht zu oberflächlicher Anpassung gezwungen werden. Noncompliance bedeutet nicht per se eine schlechte Prognose, da „idiosynkratische“, also eigensinnige Krankheitskonzepte mit Lebensqualität korrelieren (*Bock*). Gerade im Umgang mit Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, die fließenden Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit zu achten und Hilfen je früher desto vorsichtiger zu konzipieren (*Escher, Romme*).

7. Neue Kooperationsformen

Compliance darf nicht als einseitige Unterwerfung verstanden werden, sondern als Ergebnis eines gemeinsamen Ringens um Kooperation (*Zaumseil, Terzioglu, Bock, Naber*). In diesem Zusammenhang müssen die Ziele von Psychoedukation neu und wesentlich vorsichtiger als bisher definiert werden. Auch Nichtveränderung und Therapie-Resistenz sind nicht per se als Katastrophe zu betrachten, sondern unter bestimmten Umständen Umwege zur Genesung (*Rufer*). Nicht bestimmte Symptome allein, sondern die Unfähigkeit sie zu integrieren, können in die Nähe psychotischer

Dekompensation führen; hier wird deutlich, dass Behandler eine Mitverantwortung haben und die Entwicklung einer Kultur der Toleranz Not tut („*Irre menschlich Hamburg*“).

8. Süchte und Ängste

Die gesellschaftliche Entwicklung führt zu neuen Süchten; neben die stoffliche tritt die nichtstoffliche Abhängigkeit. Doch wie Angst gehören auch Sucht und Abhängigkeit zum menschlichen Repertoire. Unsere Hilfesysteme müssen die Balance wahren zwischen den Zielen der Veränderung und der Akzeptanz (*Reker und Hahn*).

9. Stigmatisierung und Hospitalismus

Stigmatisierung geschieht nicht erst außerhalb der Psychiatrie, sondern beginnt spätestens mit Aufnahme und Diagnostik. Hospitalismus ist kein Problem der Vergangenheit, sondern geschieht auch heute alltäglich. Unsere Sprache muss anschlussfähig sein, um die Gefahr der (Selbst-)Stigmatisierung zu verringern. Unsere Beziehungskultur muss mehr vom anderen her denken, um den anderen in seiner Andersartigkeit als Gast zu begreifen (*Langhanky, Dörner*). Gleichzeitig geht es um Präzisierung und Abrüstung unseres diagnostischen Systems: Was macht es für einen Sinn, dass Kliniken einerseits nach außen Antistigmaarbeit betreiben, gleichzeitig aber nach innen gezwungen werden, um ihres ökonomischen Vorteils willen einem Patienten immer mehr Diagnosen aufzubürden? Statt die Pathologie immer weiter auszuweiten, sollten wir unser Verständnis von Normalität erweitern zugunsten vielfältiger Lebensweisen.

10. Philosophie als Brücke

Nach dem Ringen um den Dialog („*Triolog*“) zwischen Erfahrenen, Angehörigen und Profis wagen wir uns nun an die Grenzüberschreitung innerhalb des Faches – ein weit schwierigeres Unterfangen. Nach *Stimmenreich, Im Strom der Ideen* (Bock u.a. 1992, 1994) und *Achterbahn der Gefühle* (Bock 1998) nun *Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie* mit dem Versuch, die Philosophie als Brücke zu nutzen zwischen den verschiedenen Vertretern des Fachs.

zitiert aus dem Buch „*Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie*“, Thomas Bock, Klaus Dörner, Dieter Naber (Hg.), erschienen im Psychiatrie-Verlag

als Material verwendet im Psychoseseminar der PSAG Krefeld,
jeden 2.Donnerstag im Monat, 19.30 Uhr im KreVital,
Parkplatz am Krankenhaus Maria Hilf/Alexianer
Kontakt und Infos unter: Kalle Pehe, Tel. 02151 / 87 58 04 nachmittags