



after that with grants from the local community. One third of the costs were financed in this way, while the remaining two thirds were financed by rents paid by the residents for the rooms.

How was it possible to persuade the local authorities to finance a project as big as the Hotel Magnus Stenbock? The decisive argument for the politicians was when they found out that this was not a project, which they would have to spend a lot of money on. Instead they were saving money, because for the same people living at the hotel, the local authorities would have to pay 10 times as much if these persons stayed at a psychiatric institution or were sent to a private nursing home. As a newspaper headline at the time said: "Hotel Magnus Stenbock is a good bit of business for the town."

What was different about Hotel Magnus Stenbock was not its structure, its organisation, its management, but the social process going on inside. The hotel was not just about living, about offering accommodation for homeless people. It was about developing a real community for people who for various reasons are outsiders and find it very hard to build and sustain relations with other people.

Theodor Itten

Psychotherapie statt Psychiatrie? Keine Qual der Wahl

Über Psychotherapie

Die Psychotherapie als Wissenschaft ist ein weites Feld. Es gibt viele verschiedene, sich ergänzende Modalitäten. In der Zeit Sigmund Freuds und nach seinem Tod 1939 sind eine Vielzahl von Therapieschulen entstanden. Wir können Psychotherapie als Gruppen- oder Einzelanwendung erhalten. In jeder Psychotherapie, unabhängig von der Methode, ist die therapeutische Beziehung das Gefäß der Wandlung von Gefühlen. Als Psychotherapeut bin ich in der Auseinandersetzung mit dem Betroffenen wie des Königs Narr der

einzig, der der Wahrheit – also dem, was sich unverhüllt zeigt – verpflichtet ist.

In der Psychotherapie geht es darum, die eigene Lebenswelt, die übernommene Lebensweise, die ausgeübte Lebensart zu verstehen und – bei gegebenem Leidensdruck – zu ändern. Als Patient und Psychotherapeut versuche ich zu spüren, welche Gefühle, Bilder und Regungen ich in mir wahrnehmen kann. Bin ich zu, bin ich offen, verdränge ich, bin ich abgeschnitten von meinen Gefühlen? Als Patient versuche ich, in verbalen Assoziationen meine inneren Wahrnehmungen mit meiner Therapeutin bzw. meinem Therapeuten zu teilen.

Die Psychotherapie ist eine andauernde Untersuchung der Innenwelt und ein prozessorientierter Versuch, einen sozialen Durchblick (Diagnose) zu bekommen. Psychotherapie ist ein Üben, meine Gefühle in Beziehungen leben zu können. Als Patient kann ich mich in Gegenwart eines Therapeuten ehrlich, wahrhaftig und neu kennenlernen. Ich erkenne eventuell schmerzlich, wie ich meine eigene Lebenswelt falsch und schützend gestalte. Was für eine Geschichte geht mit meinem „falschen“ Selbstsystem einher, das ich mir zugelegt habe, um meine primäre, vorgefundene Familien- und soziale Situation zu überleben? Was für einengende, süchtigmachende Gewohnheiten habe ich mir als Schutz zugelegt?

Symptome sind die notwendigen Richtungsschilder, um den Weg zur eigenen seelischen Wahrheit zu finden. Die in der Therapie gemachte Erfahrung der neuen Integrität und Integralität von Leib, Selbst und Seele ermöglicht eine frische Lebensgestaltung: Als Patient kann ich mich durch die Therapieerfahrung von der Geschichte distanzieren, die den aktuellen Lebensabschnitt festlegt, und in einem neuen Lebensentwurf erkennen. Als niedergeschlagener, beladener und trübsinniger Mensch fühle und erlebe ich mich wie in einem Zimmer gefangengehalten. Emotional gefangen und gleichzeitig befangen, wie ich dem Therapeuten meine eigene Lebensgeschichte erzähle, kann ich zusammen mit ihm einen Ausgang aus diesem Zimmer finden.

Der Therapeut fragt sich: Was verschweigt er vorerst? Was ist tabu? Welche traumatischen Erlebnisse sind beladen mit Gefühlen, die Angst vor einer Überflutung machen? Als Patient will ich in diesem Moment nicht wissen, warum ich in diesem Zimmer gelandet bin, sondern nur, wie ich wieder hin-

auskomme. Bin ich im Freien, habe ich genügend Raum zum Atmen und ein schützendes Gefühl von Grenze, kann ich der Frage nachgehen, weshalb ich in dieses Depressionszimmer hineingeraten war. Was war der Sinn meiner Schwermut? Wieso gelang es mir nicht, die Signale meiner seelischen Fragmentierung zu erkennen? Wenn ich sie erkannte, warum nahm ich sie nicht ernst als mein rettendes, ressourcenorientiertes blink („Blinzeln“) (deutsch: Gladwell 2007; englisch: Gladwell 2005), meine Frühwarnzeichen?

Neun von hundert Menschen erleben Verletzungen noch vor dem Spracherwerb. Viele seelische Störungen entstehen aus frühen Beziehungs-traumen – emotionalen Verletzungen. Warum ich als Erwachsener weiterhin diese Verletzungen mit mir herumtrage, also eine Geschichte noch nicht abgeschlossen ist, kann in der Psychotherapie ergründet werden. Einige KollegInnen beschreiben die Psychotherapie als Reise, als Auftrag, das Seelenfeuer wieder zu entfachen. Wir alle brauchen unsere eigenen Metaphern. Ich kann auch durchdrehen, ausflippen, „psychotisch“ werden, um den inneren Seelenschmerz nicht mehr bewusst spüren zu müssen, vor allem wenn er zu stark wird und mich überwältigt. Oder ich folge nicht den leiblichen Zeichen, was mir gut tun würde – beispielsweise singen oder durch die Gegend rennen – und bin von neuem gehemmt. Ich entfremde mich weiter, um ja angepasst zu sein. Ich bezahle mit Neurose oder Magenschmerzen und unterjoche mich einer sozialen Moral, deren Ethik meine Lebendigkeit hemmt.

Die Quellen des Heils schlummern in mir, nur verdrängt. Langsam ist schneller, weniger ist mehr. Im kreativen Nichtstun verweilen, damit etwas aus mir heraus entstehen kann. Im Anfang ist immer Kontakt, auch körperlicher Art, Augenkontakt. Rhythmus, Tiefe und Fülle des eigenen Atems. Spüren, wie in mir die Lebendigkeit oder ihre Abwesenheit weilt. In mich hineinhorchen. Von da aus, von diesem eigenen Grund, kann ich über die Brücke der Therapie von der Vergangenheit, wo meine Traumen und Lebensängste wirken, weitergehen auf meine Findigkeit und Lebensfähigkeit zu.

In der Therapie

Alle Menschen entwickeln in ihrer Familiengeschichte und Kindheit eine Form von Lebensschutz, der das eigene Überleben sichert. Dieser wandelt sich im Laufe des Älterwerdens zum eigenen Charakterstil. Den emotionalen

Lebenskontext finde ich, in die Welt kommend, zu einer bestimmten Zeit an einem bestimmten Ort vor. Die innere Prägung bleibt. Wie ich die erste Faltung, die Vielseitigkeit meines Lebens erlebe, ob als Makel oder als Quelle meines Lebensflusses und Lebenssinns – das kann ich ändern. In der Psychotherapie lerne ich die Quelle meiner Gefühle kennen und habe die Möglichkeit, erneut wählen zu können, einen anderen Weg zu nehmen als den vorgegebenen und vertrauten. So ermögliche ich mir eine neue Gewohnheit, welche die alte, an der ich leide, ersetzt. Ich trete in meine eigene Zukunft ein.

Wir PsychotherapeutInnen lieben die Welt der Seele und haben unsere eigenen therapeutische Stile entfaltet. Nach einem Grundstudium in den Human- oder Sozialwissenschaften, manchmal in Medizin, waren wir alle während unserer Lehrtherapie zuerst PatientInnen. Die moderne therapeutische Ausbildung in einer der vier Modalitäten (tiefenpsychologisch analytisch, verhaltenstherapeutisch, körperorientiert, humanistisch) dauert fünf bis sechs Jahre inklusive dem klinischen Jahr.

Was primär heilend wirkt, ist die therapeutische Beziehung mit einem Wirkfaktor von 30 Prozent. Die gemeinsam stärksten Faktoren in der Heilung sind mit 40 Prozent die Lebenssituation, das Bewusstsein, die Sprache, die Bildung, die Arbeit und die Klassenzugehörigkeit des Patienten bzw. der Patientin. Der Placeboeffekt, unser Glaube an die Heilung durch Psychotherapie, trägt 15 Prozent bei, ebensoviel wie die spezifisch angewendete Psychotherapiemethode (Lambert / Bergin 1994; Tschuschke / Kächele 1998).

Psychotherapie ist eine Seelenheilkunst. Wie in allen Berufsfeldern gibt es selbstverständlich auch hier Personen, die ihren Beruf verfehlt haben. Deshalb gilt für Hilfesuchende: die Augen offenhalten, Vertrauen wachsen lassen und auf die eigene Wahrnehmung hören. Wo Menschen aufeinander treffen und in Beziehung treten, besteht auch das Risiko negativer Erfahrungen (siehe Märtens / Petzold 2002).

Die Personen, die sich durch Psychotherapie behandeln lassen, betrachten ihre Lebensumstände, ihre Erlebnis- und Verhaltensweisen, ihre Kindheits- und Lebensmuster. Psychotherapie wirkt unterstützend bei der eigenen Wahl, einen neuen Weg zu gehen.

Dem eigenen Lebensrhythmus und Lebensstil, den eigenen Wünschen werden Raum und Zeit gegeben. Psychotherapie basiert auf der Solidarität in der Beziehung zum Riss im Seelenganzen, der seelischen Verwundung.

Psychotherapie versus Psychiatrie

Psychiatrie ist eine medizinische Einrichtung und geschieht im gesellschaftlichen Rahmen. Nicht wenige praktizierende ÄrztInnen haben ihren Hippokratischen Eid gebrochen: *Primum nil nocere* – Zuerst einmal nicht schaden. Unter dem Motto „Geisteskrankheiten sind Hirnkrankheiten“ besetzte die Schulpsychiatrie zu Beginn des 19. Jahrhunderts das Feld der Hilfe für Menschen mit ernsthaften psychischen Problemen und Diagnosen wie „Schizophrenie“ und stuft demzufolge Psychotherapie als „eher nicht zuständig“ ab. Psychotherapie sei besser angebracht zur Herstellung von Compliance und zur Diagnoseausformulierung. Ansonsten sollen die jeweils zeitgemäßen psychiatrischen Methoden angewendet werden. Eine Rückführung der Betroffenen in die Kommunikation (Retzer 2004) findet so nicht statt.

Elektroschock und Neuroleptika führen eine Vielzahl bleibender Schädigungen bei den Betroffenen herbei, die traumatisierende Wirkung der Zwangsbehandlung kann ebenfalls lebenslänglich beeinträchtigende Spuren hinterlassen.

Die moderne psychiatrische Tätigkeit besteht darin, körperlich gesunde Menschen mit – »Medikamente« genannten – toxischen synthetischen Substanzen krank zu machen. Aufdeckende psychotherapeutische Verfahren werden von vornherein in ihrer Wirkung behindert, Selbstheilungskräfte unterdrückt, psychotische Prozesse eingefroren. Zu diesem Ergebnis kamen Psychiater wie Klaus Ernst von der Universitätsklinik Zürich, die zu Beginn der 50er Jahre des letzten Jahrhunderts systematische Selbstversuche mit dem Neuroleptikaprototyp Chlorpromazin (Handelsnamen Chlorazin, Largactil, Megaphen, Propaphenin) durchführten. Nach Tests an sich selbst und an seiner Ehefrau Cécile wies Ernst auf den zweiseitigen Charakter der modernen neuroleptischen Symptomdämpfung hin; seine ausführliche Schilderung lässt ahnen, weshalb die Chancen für eine erfolgreiche konfliktaufdeckende Psychotherapie unter psychiatrischen Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika, so kritisch zu beurteilen sind:

„Für uns liegt das Schwergewicht auf der Erzeugung eines – soweit wir bis heute wissen – reversiblen hirnlokalen Psychosyndroms (von Leukotomien her bekannte Symptomatik, charakterisiert sowohl durch Enthemmung und ziellose Umtrieblichkeit als auch durch Apathie, Initiativlosigkeit, Umständlichkeit, emotionales Gleichgültigwerden, affektive Verflachung, euphorisch getönte Kritischschwäche, Taktlosigkeit und Egozentrität – d.A.). Diese Auffassung bringt auch die Frage nach dem Verhältnis zur begleitenden Arbeitstherapie und zur Psychotherapie mit sich. In bezug auf die erstere können wir uns kurz fassen. Die Largactilkur verträgt sich ausgezeichnet mit jeder routinemäßigen Arbeitstherapie. Die Kranken stehen schon nach wenigen Tagen auf und nehmen ohne erhebliche orthostatische (bei aufrechter Körperhaltung auftretende) Beschwerden an der Arbeit teil. Freilich handelt es sich um leichte Arbeit unter pflegerischer Aufsicht. Komplexer ist das Problem des Zusammenwirkens mit der Psychotherapie. In der Erinnerung an unsere Selbstversuche können wir uns zunächst eine gleichzeitige Psychotherapie an uns selber kaum vorstellen. (...) Außerdem müssen wir zwischen der führenden und der entwickelnden Psychotherapie unterscheiden. Für die erstere bildet die entspannende Wirkung des Medikamentes eine gute Voraussetzung. Wir sind uns aber klar darüber, daß das Mittel die gesamte und nicht nur die krankhafte Affektivität dämpft. Eine solch umfassende Dämpfung könnte vielleicht auch diejenigen Impulse erfassen, die Selbstheilungstendenzen entspringen. Einzelne freilich unkontrollierbare Eindrücke bei akut Erkrankten ließen uns sogar die Frage aufwerfen, ob nicht unter der medikamentösen Apathisierung eine Stagnation der psychotischen Entwicklung auftreten kann, die nicht bloß das Rezidivieren (Wiederauftreten), sondern auch das Remittieren (Rückbilden) betrifft.“ (Ernst 1954, S. 588)

Was für das erste Neuroleptikum, das Chlorpromazin, gegolten hat – die affektive Abstumpfung und die Schaffung eines künstlichen „dicken Fells“, gilt für die inzwischen neu entwickelten Neuroleptika im Prinzip ebenso. Auch deren Wirkung basiert auf der Beeinträchtigung und Modulierung zentralnervöser und innerpsychischer Prozesse, wie sie Ernst charakterisiert hat.

Fazit: Die moderne Psychiatrie vor allem der Universitätskliniken ist ein großer Etikettenschwindel. Sie hat nur noch wenig mit der Psyche zu tun. Im-

mer mehr gewachsene Psychotherapie-Stationen aus der Zeit der Sozial- und Gemeindepsychiatrie (zum Beispiel in England ab 1960) werden geschlossen und PsychotherapeutInnen und PsychologInnen entlassen. Menschliches Leiden verschwindet in einem medizinischen Erklärungsmodell. PsychiaterInnen, die an einem wissenschaftlichen Minderwertigkeitskomplex leiden, behandeln sich und seelisch leidende Menschen als Ding mit defekten Genen und gestörten neurologischen Vernetzungen. Ihr diagnostischer Blick versperrt ihnen jeglichen empathischen Zugang zum Mitmenschen als einer gleichwertigen Person. Angenommen, seelisches Leiden sei organischer oder genetischer Natur und eine neurologische Hirnstörung, dann müssten Kranke deshalb nicht weniger liebevoll, wohlwollend, respekt- und würdevoll behandelt werden.

Wie kaum ein anderer beschäftigte sich Bertram P. Karon, Professor für Psychologie an der Michigan State University und Autor des richtungsweisenden Buchs „Psychotherapy of Schizophrenia“ (1994), mit den Gründen, weshalb PsychiaterInnen Psychotherapie für Menschen mit der Diagnose Schizophrenie so ablehnend gegenüberstehen. Schon in den 50er Jahren wies er die Wirksamkeit von Psychotherapie auch bei als akut schizophren geltenden Menschen durch eigene therapeutische Arbeit nach. In einer Rede an der Washington School of Psychiatry im März 2001 ging er darauf ein, dass

“... schizophrenia is a human experience with meaning, meaning that is hard to uncover, but it only takes patience, kindness, a tolerance for not understanding, a willingness to understand the human condition at its most painful, a tolerance for desperate defenses, and a willingness to take psychoanalytic ideas seriously when patients talk about them. Understanding persons with schizophrenia means facing facts about our-selves, our families, and our society that we do not want to know, or to know again (in the case of repressed feelings and experiences). (...) The real tragedy of schizophrenia is not the severity of the symptoms and the suffering that results for patients and for their families, but that we know psychoanalytic therapies that work and we are not using them. Families and patients are settling for treatments that aim at making the patient a lifelong cripple who is not too disturbing. Psychoeducational programs, which could be helpful, usually give false information which makes worse the burdens of both patients and their families.” (2003, p. 90)

Wiederholt kritisierte Karon die Unwahrheit von der angeblichen Überlegenheit biologischer Psychiatriemethoden wie Psychopharmaka und Elektroschocks gegenüber psychotherapeutischen Methoden:

“Sometimes it is argued that research shows psychotherapy is not helpful. However, when the Michigan State Psychotherapy Project (Karon and VandenBos, 1981) randomly assigned schizophrenic patients to (a) an average of 70 sessions of psychoanalytic psychotherapy per patient, (b) medication used effectively, or (c) a combination of the two, blind evaluation showed that psychotherapy alone, or with initial medication that was withdrawn as the patients could tolerate it, led to earlier discharge from the hospital, kept the patients out of the hospital, and improved their thought disorders more than medication did, and the patients lived a more human life in a variety of ways. Psychotherapy with maintenance medication was better than medication alone, but not as good in the long run as psychotherapy alone or with initial medication that was withdrawn. Because of the hospitalization and particularly re-hospitalization findings, psychotherapy was much less expensive over a four-year period than traditional treatment with medications. (...) With schizophrenics, the treatment of choice is psychotherapy with a competent therapist who has relevant experience or training. If the patient, the therapist, and the setting can tolerate it the psychotherapy is best conducted without medication. If the patient asks for it, or the therapist is uncomfortable talking with disorganized patients, or the setting requires it, medication can be used, but it should be withdrawn as rapidly as the patient can tolerate.” (ibid., p. 97/106)

Biologische Psychiatriemethoden haben gegenüber anstrengenden psychotherapeutischen den Vorteil, dass man sich nicht auf die individuellen Probleme der PatientInnen einlassen muss, so Karon. Der Psychotherapeut sprach jedoch nicht nur die Bequemlichkeit von PsychiaterInnen an, sondern auch deren Interesse am Geldverdienen:

“Today, medication is the predominant treatment that does not require understanding symptoms of schizophrenia. Medication reduces disturbing affect and some of its immediate consequences; some of the patients’ behavior improves; and they become more compliant. This is sometimes very helpful because other people almost always fear schizophrenics.

People tend to be cruel when they are afraid. Because cruelty makes schizophrenic people more schizophrenic, there are advantages to making schizophrenic people less frightening. (...) A study funded by the American Psychiatric Association reported that psychiatrists who practice psychotherapy cannot make much more than \$100,000 per year, but that a practice confined to medication and evaluation will yield \$300,000 certainly a strong incentive." (ibid., p. 100f)

Wie auch Karon kam der Psychotherapeut Arnold Retzer, ehemaliger Ärztlicher Direktor der Abteilung Psychoanalytische Grundlagenforschung und Familientherapie der Universität Heidelberg, der sich der systemischen Familientherapie verschrieben hat, zu positiven Ergebnissen bei der Psychotherapie von Menschen mit der Diagnose „Schizophrenie“. In einer umfangreichen Studie seien insgesamt 60 Familien drei Jahre nach Beendigung der Familientherapie nachuntersucht worden; die als manisch-depressiv, schizoaffektiv und schizophren diagnostizierten Patienten, so seine Worte, hätten deutliche Verringerungen der Rückfallraten aufgewiesen, außerdem

“... reduzierte Medikamentenverordnungen und positive Berufs- und Ausbildungsentwicklungen der Patienten. Eine weitgehende Auflösung des Krankheitskonzepts von Patient und Familienangehörigen geht mit guten Entwicklungen in den genannten Bereichen einher. Es scheint sinnvoll und Erfolg versprechend, mit psychotischen Patienten und ihren Familien so früh wie möglich systemische Familientherapien durchzuführen.” (Retzer 2004, S. 189)

Poesie der Erfahrung ohne Psychopharmaka

Der schottische Psychoanalytiker und in seiner Zeit radikale Seelenheilkundler Ronald David Laing (1927 – 1989), Vorbild und Lehrer vieler PsychotherapeutInnen glaubte,

„... eine ernsthafte Beschäftigung mit den Fragen, die daraus entstehen, dass eine und dieselbe Sache unterschiedlich gesehen wird, kann für sich allein dazu beitragen, einen Teil der Angst, des Leidens, des Wahnsinns und der Torheit auf der Welt zu verringern.“ (Laing 1985, S. 12)

Das eigene Leben zu betrachten, auch wenn es zwischenzeitlich durcheinander geraten zu sein scheint, ist sinnvoll und schützt vor Dogmatismus. Wenn

ich seelisch gestört bin oder meine Seele im Aufbruch ist, kann es sein, dass ich meinen üblichen Alltag und die gestellten Aufgaben nicht mehr bewältigen kann. Um hilfreiche Klarheit und momentanen seelischen und sozialen Schutz zu bekommen, kann ich Psychotherapie in Anspruch nehmen – insbesondere wenn ich alleine, in Selbsthilfe, nicht mehr klarkomme. Werde ich für andere unerträglich, weshalb auch immer, brauche ich einen sicheren Ort, einen Ruheort, einen Ort des Verweilens, wie ihn zum Beispiel die Therapeutischen Wohngemeinschaften der Philadelphia Association, die verschiedenen Soterias und andere gemeinschaftstherapeutische Einrichtungen anbieten. Für Essen wird gesorgt. Ich habe ein Dach über dem Kopf, ein Bett, in das ich mich verkriechen kann, und die Gewähr, dem eigenen Rhythmus, den eigenen Heilkräften folgen zu können. Die therapeutisch tätigen Personen in diesen Häusern sind für mich da, sind mit mir auf meinem Weg, der abseits der normalen Welt entlang geht. Respektvolles Mitsein, das eigene und fremde Grenzen respektiert, und die Weisheit des Herzens bestimmen die Grundhaltung dieser Heilkunst. Raum und Zeit werden zur Verfügung gestellt, damit man mir in meiner eventuellen Sprachlosigkeit entgegenkommen und mich als Person sehen kann. Nur wenn man meine Bedürfnisse verstehen und auf diese eingehen kann, erreiche ich das Ziel, seelisch gesund zu werden.

Laing beschrieb, wie PatientInnen den therapeutischen Raum gelegentlich nutzten:

„Sie wollten in meiner Gegenwart eine Art Schauspiel inszenieren, aber ich sollte nicht stören, sie nicht aufhalten und nicht versuchen, sie zu ändern, sei es durch ‚Deutungen‘, durch Hypnose oder durch andere Techniken, deren Ziel es war, sie zu ändern.“ (Laing 1985, S. 200)

Jedem seine eigene Metapher, dachte Laing, mit dem ich über Jahre hinweg viel Zeit verbrachte. Mit seiner ungeteilten Aufmerksamkeit und empathischen Gegenwart ermöglichte er anderen, in einen ruhigeren, ausgeglicheneren, besser integrierten, gesünderen Gemütszustand zu kommen. Ein Beispiel:

Ein neunjähriges Mädchen, das seit mehreren Monaten zu Hause kein Wort gesprochen hatte, wurde von seinem Vater zu Laing gebracht. Vorher war es schon in einer schulpsychologischen Abklärung gewesen, hatte mehrere Konsultationen beim Kinderpsychiater. Man war nicht weitergekommen, das

Mädchen schwieg nach wie vor. Laing bat jetzt den Vater, seine Tochter in einer Stunde wieder abzuholen. Alleine mit dem Mädchen, das in der Mitte seines Sprechzimmers stand, während er saß, sagte Laing:

„Du darfst, wenn du kannst und willst, musst aber nichts tun. Du darfst hier schweigen, brauchst nicht mit mir zu sprechen, wenn du nicht willst. Wir sind jetzt für 50 Minuten zusammen in diesem Zimmer, ich bin mit dir, und wir sehen, was passiert. Entspannen wir uns.“ (Fallgeschichte in Lehrseminar, London 1980)

Laing bemerkte, wie das Mädchen seine Mitteilung registrierte. Es bewegte sich nun ganz langsam auf ihn zu, Arme und Hände ausgestreckt. Die Handinnenflächen waren auf ihn gerichtet. Er hob seine Hände auf die gleiche Höhe wie das Mädchen, Handinnenfläche auf dieses gerichtet, und wartete, bis ihre Handinnenflächen nahe bei seinen waren und die Hände einander berührten. Sie machten miteinander Kontakt. Jetzt schloss er seine Augen. Er folgte den langsamen Bewegungen der kleinen Hände. Kreise auf und nieder, vor und zurück, viele kleine spielerische Handtänze. Das dauerte fast die ganzen 50 Minuten. Es klingelte, der Vater holte seine schweigende Tochter ab. Er wollte diese Stunde umgehend bezahlen. Laing verlangte 70 Pfund Honorar, zu einer Zeit, als eine Sitzung üblicherweise 30 Pfund kostete. Der Vater schluckte ob der Höhe der Summe und bezahlte zögerlich das Honorar. Weg waren sie.

Laing vergaß diese Geschichte. Eines Abends, während einer Party, kam eine junge Frau in die Ecke, wo er am Plaudern war, stellte sich vor und sagte: Können Sie sich an das kleine Mädchen erinnern, das vor zwölf Jahren als Schweigerin von seinem Vater zu Ihnen in die Praxis gebracht wurde? Nein, antwortete er, kann mich nicht an Sie erinnern. Wie war die genaue Situation? Ich bin das Mädchen mit dem Tanz der Hände. Wow, sagte er, jetzt erinnere ich mich. Ich habe mich immer gefragt, wie es weitergegangen ist und was mit Ihnen passiert war. Na, sagte sie, als wir von Ihrem Haus zu unserem Auto unterwegs waren, fragte mich mein Vater, der sich wirklich über Ihr hohes Honorar ärgerte, was Sie mit mir gemacht hätten für dieses viele Geld. Ich sagte: Das geht dich nichts an. Sein erster Impuls war, mir eine zu schmieren. Sein zweiter Impuls war Freude, als er realisierte, dass ich wieder sprach. Laing und die junge Dame stießen aufs Leben an.

Diese kleine Episode zeigt, wie wichtig es ist, eine gute Passung in der Psychotherapie zu erleben, das heißt dass die Chemie zwischen Patient und Therapeut stimmt. Gute TherapeutInnen nehmen das an, was von den PatientInnen kommt, und stimmen sich darauf ein. Sie wissen, dass persönlichkeitsverändernde psychiatrische Psychopharmaka eine sinnvolle und wirksame Therapie ebenso be- oder gar verhindern wie andere psychotrope, die Psyche beeinflussende Substanzen wie zum Beispiel Haschisch oder Alkohol. Sie vertrauen ihrer eigenen gestimmten Seele, sich mit in die Verwirrung der anderen zu begeben, ohne die eigene Position aufzugeben. Das Mädchen aus Laings Fallbeispiel war zwar noch nicht als psychotisch diagnostiziert gewesen, aber der Weg zu dieser Diagnose und der entsprechenden Verschreibung psychiatrischer Psychopharmaka war vorgezeichnet.

Ein bescheidenes Beispiel psychotherapeutischer Hilfe für eine psychiatrisch diagnostizierte und behandelte Patientin möchte ich aus meiner eigenen Praxis beisteuern: Eine seit über 20 Jahren an Sommer-Depressionen leidende Bauersfrau, wurde von ihrem Hausarzt an mich überwiesen. Sie hatte schon fast alles probiert, war in analytischer Psychotherapie, in diversen Psychiatrischen Kliniken, hatte Medikamente und Verhaltenstherapie erhalten. Diese Interventionen halfen ihr für eine Weile, mit ihrer Depression zu leben. Doch sie und ihr Mann waren am Ende ihrer Straße angelangt. Ich fragte sie: Was brauchen Sie denn nach all diesen Therapien und Heilungsversuchen? Was wünschen Sie sich von mir als Ihrem neuen Psychotherapeuten? Sie antwortete nach einigem Nachdenken: Ich möchte, dass wir die Therapiestunde jeweils in einem Café verbringen. Eine Woche lesen Sie ein Lokal aus, die andere Woche bin ich dran. Ich möchte mit Ihnen bei Kaffee über mein Leben plaudern. Gut, dachte ich mir, das ist das erweiterte Sprechzimmer. Nach zwei Jahren mit circa 65 Caféhausbesuchen, bei denen wir über ihre verwundete, in ihr Innerstes zurückgezogene Seele sprachen, sie mir von den Erfahrungen in der Psychiatrie erzählte und wir dabei diese Geschichten abschließen konnten und ihren Wünschen für ihr weiteres Leben Raum gaben, wollte sie die Therapie beenden. „Ich finde,“ sagte sie eines Nachmittags, „diese Therapie geht nicht tief genug. Wir sitzen hier in Cafés und plaudern über mein Leben, ich fahre wieder Auto, ich habe eine neue Teilzeitstelle, ich brauchte mich nicht umzubringen, um mein Leben zu beenden, ich habe mein

von Medikamenten erzeugtes Übergewicht reduziert, ich kann besser mit meinem Mann und meinen Kindern sprechen, träume gut und geh wieder tanzen.“ – In der Folge machten wir zwei Abschlusssitzungen im Sprechzimmer, um den Therapieweg noch einmal Revue passieren zu lassen. Später sah ich sie ab und zu in der Stadt, und sie war nie mehr krankhaft depressiv.

Dies ist ein Beispiel vom „Mit sein“ und dem Folge leisten, was in der Patientin als Heilsantwort schlummerte und als Wunsch ausgesprochen wurde. Traumtänzerisch einfach. Voller Aufmerksamkeit für das, was sich in der therapeutischen Begegnung zeigt.

Fazit

Diese kleinen Beispiele sollten lediglich veranschaulichen, was oben inhaltlich ausgeführt wurde: Nur durch Ernstnehmen, durch Eingehen auf die lebensgeschichtlichen Zusammenhänge und durch die Rückführung der Exkommunizierten in die Kommunikation kann es gelingen, Menschen bei der Überwindung von schweren Lebensproblemen und innerem Seelenschmerz beizustehen. Als ernsthafte und engagierte PsychotherapeutInnen begegnen wir unseren PatientInnen mit Wohlwollen, Ehrlichkeit und Aufrichtigkeit. Vorausgesetzt sie haben die Möglichkeit einer Entscheidung und sehen sonst keinen Ausweg aus ihrer Situation, dann sollte es keine Qual der Wahl sein, sich für ein psychotherapeutisches Vorgehen zu entscheiden.

Quellen

- Ernst, Klaus: »Psychopathologische Wirkungen des Phenothiazinderivates ‚Largactil‘ (= ‚Megaphen‘) im Selbstversuch und bei Kranken«, in: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band 192 (1954), S. 573 – 590
- Gladwell, Malcolm: „Blink – The Power of Thinking Without Thinking“, London: Little, Brown & Co. 2005 [deutsche Ausgabe: „Blink! Die Macht des Moments“, München: Piper Verlag 2007]
- Karon, Bertram P.: „The Tragedy of Schizophrenia without Psychotherapy“, in: Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, Vol. 31 (2003), No. 1, pp. 89 – 118
- Karon, Bertram P. / VandenBos, Gary R.: „Psychotherapy of Schizophrenia“, Northvale, New Jersey: Jason Aronson 1994
- Laing, Ronald D.: „Weisheit, Wahnsinn, Torheit – Werdegang eines Psychiaters“, Köln: Kiepenheuer & Witsch 1985

- Lambert, Michael J. / Bergin, Allen E.: "The effectiveness of psychotherapy", in: Bergin, Allen E. / Garfield, Sol L. (Hg.): "Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change", New York: Wiley & Sons 1994, S. 143 – 189
- Märtens, Michael / Petzold, Hilarion (Hg.): „Therapieschäden – Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“, Mainz: Matthias Grünewald Verlag 2002
- Retzer, Arnold: „Systemische Familientherapie der Psychosen“, Göttingen / Bern / Toronto / Seattle: Hogrefe 2004
- Tschuschke, Volker / Kächele, Horst: „Was leistet Psychotherapie? Zur Diskussion um differentielle Effekte unterschiedlicher Behandlungskonzepte“, in: Markus Fähr / Gottfried Fischer (Hg.): „Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung“, Gießen: Psychosozial Verlag 1998, S. 137 – 162

Jaakko Seikkula / Birgitta Alakare

Offene Dialoge

Can you imagine a psychiatric practice, in which, concerning psychotic or other severe crisis in the family, the first meeting is organized within one day after the contact; in which both the patient and family members are invited to participate in the first meeting and throughout the treatment process for as long period of time as needed; in which all relevant professionals—from primary care, from psychiatry, from social care etc.—having some contact to this family are invited to participate in the same meetings and share openly all their thoughts and opinions of what the crisis is about and what should be done? And that the professionals would stay the same for as long as help is needed [Answer to my question about force: The same team takes charge for the entire process, even in those critical situations, in which controlling aspects of treatment is needed. Some times the patients may be harmful for himself or others and compulsory acts are needed. It is important that the same professionals are present to make a judgment if those are needed. Thus the control is made open, as well. In many case the need for compulsory acts has decreased, but not totally disappeared.]? And that all discussions and