

Trauma und Psychose

Teil II: Allgemeine therapeutische Prinzipien

Von Thomas Keller

Während Teil I (siehe Kerbe 4/2016) einen Blick in die internationale Literatur zur traumabedingten Verursachung psychotischer Störungen zusammenstellte und diese ätiologisch den komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen zuordnete, werden in diesem Teil aus dem Traumakonzept abgeleitete allgemeine therapeutische Prinzipien erörtert. Es geht dabei um die therapeutische Grundhaltung einschließlich Aspekten der Übertragung, Resilienzförderung und Familien- sowie Netzwerkgespräche. Teil III wird sich mit speziellen Fragen der Psychotherapie befassen.



Thomas Keller
Psychotherapeut, freiberuflicher Dozent, Berater. 37 Jahre Tätigkeit in Kliniken mit sozialpsychiatrisch-psychotherapeutischer Orientierung (psychodynamisch-systemisch-psycho-traumatologisch).

1. Therapeutische Grundhaltung

Bevor ich einige mir wichtige Elemente einer entsprechenden therapeutischen Grundhaltung beschreibe, führe ich, wie in Teil I ausgeführt (Keller, 2016), die Grundannahme an, dass die meisten, vielleicht alle Personen, bei denen irgendwann einmal die Diagnose „kognitive, nicht-affektive oder zum Schizophrenie-Spektrum zählende Psychose“ gestellt wird, an einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (Reddemann et al., 2017) leiden. Diese wurde (bei entsprechender genetischer Sensibilität) durch tragische Erfahrungen in ihrer Kindheit und Jugend angelegt. Die unterschiedlichen Forschungsrichtungen sprechen teils von frühkindlichen Bindungs-, teils von Kommunikationsstörungen, teils von Missbrauch (Brisch, 2015; Hahlweg et al., 1987; Fischer et al., 2009). Hinzu kamen oft weitere

traumatisierende Erfahrungen, beispielsweise ist hier Mobbing in Schule und Beruf zu nennen (Van Dam et al., 2012). Die Gesamtheit dieser ungünstigen Einwirkungen hat kumulativ zu einer beträchtlichen Vulnerabilität geführt (Varese et al., 2012)(siehe Abb.). Die tiefgreifenden Belastungen der Adoleszenz führen mit der Transformation der Beziehungen zur Herkunftsfamilie und dem Erfordernis, sich auf die Herausforderungen des Erwachsenenlebens einzustellen, dann leicht zu einem allmählichen oder plötzlichen Hinübergleiten in eine psychotische Verfassung (s. Fallbeispiele 2 und 3). Auch in späteren Lebensabschnitten sind Umstände möglich, die psychotische Symptome erstmalig oder erneut auslösen können (s. Fallbeispiel 1).

Zunächst wurde die Borderline-Persönlichkeitsstörung so verstanden, dann kam

die dissoziative Identitätsstörung hinzu (Gast et al., 2006), und heute hat eine über mindestens 2 Jahrzehnte laufende internationale Forschung ausreichende Evidenz erbracht, dass dies auch für psychotische Störungen gilt. Diese Störungstypen sind klinisch nicht eindeutig gegeneinander abgrenzbar, sowohl in ihrer Entstehung als auch in ihren Erscheinungsformen überlappen sie sich.

Beruhigen und stabilisieren in akuten Situationen

Akutpsychiatrie für ernste psychische Störungen wird – solange häusliche Behandlung durch mobile multiprofessionelle Teams noch nicht zur Regel geworden ist (s. u.) – überwiegend auf speziellen Stationen in psychiatrischen Kliniken erfolgen. Es ist offensichtlich, dass dies kein wirklich gut geeigneter Ort für die betroffenen Patienten sein kann, die als komplex Traumatisierte ohnehin mit einem chronisch erhöhten inneren Stressniveau leben (in der psychiatrischen Tradition sprechen wir von erhöhter Vulnerabilität). Ihre akuten Krisen wurden durch weiteren situativen Stress ausgelöst. Hier kommen sie in einen neuen Umgebungsstress, das erfordert zusätzliche Arzneimittelgaben, die ihrerseits mit Risiken und Nebenwirkungen einhergehen. Hingegen kommen sowohl die Soteria-Projekte (Aebi et al., 1993) als auch häusliche Behandlung bei akuten Krisen in Verbindung mit den therapeutischen

Bindungstrauma:

- unsichere Bindung
- ambivalente bis desorganisierte Bindung

Missbrauch:

- emotional
- physisch
- sexuell

Weitere Traumata – (z.B. Mobbing)

> Erhöhung der Vulnerabilität

> komplexe posttraumatische Belastungsstörung:

Gesprächsformen des offenen Dialogs (siehe unten. Seikkula et al., 2006) in einer Vielzahl von Fällen ohne Neuroleptika aus. Angeregt durch Kollegen aus Gütersloh (Hemkendreis et al., 2014) haben wir in meinen Langenfelder Jahren versucht, die ungünstigen Bedingungen der Akutstation mit Soteria-Elementen abzumildern.

Wichtig ist in jedem Fall eine warmherzige Begrüßung, Transparenz über die Rahmenbedingungen, das Vermitteln einer Atmosphäre von Geborgenheit, Schutz und Sicherheit. Ein Kollege sprach einmal davon, die Krisenstation in seiner Klinik komme ihm wie ein warmes Nest vor.

Emotionale Wärme, Mitgefühl und Akzeptanz

Das erscheint selbstverständlich, wenn wir es nicht durch ungute psychiatrische Traditionen verlernt haben, auf unser Herz zu hören. Diese Qualitäten werden auch durch langjährige weltweite Forschung unter dem Stichwort Expressed Emotions (Bebbington et al., 1994) unterstützt. Gerade für Menschen mit den so häufigen Bindungsstörungen ist ein Beziehungsklima wertvoll, das auf Vorwürfe oder gar Feindseligkeit sowie entmündigendes Überbehüten verzichtet.

Respekt, Wertschätzung, Gleichwürdigkeit und Vertrauen

Wir begegnen der Person mit jener grundlegenden Wertschätzung und dem Respekt vor ihrer Würde, die wir uns auch für uns wünschen. D.h.: mindestens Höflichkeit, besser noch Freundlichkeit, ferner Aufrichtigkeit und Rechtsstaatlichkeit, und das unter weitgehendem Verzicht auf „wohlmeinenden“ Paternalismus. Vertrauen entsteht durch Transparenz und Zuverlässigkeit. Die Patienten sollen so weit wie möglich in die sie betreffenden Entscheidungen einbezogen werden, um das Erlebnis von Ausgeliefertsein durch die Beteiligung an den Bedingungen ihrer Behandlung abzumildern. Das ist für traumatisierte Menschen besonders wichtig, da sie bei den verletzenden Erlebnissen ausgeliefert waren.

Konzept „Krise“ und Verstehen

Vor dem Hintergrund eines Krisen-Verständnisses können wir darüber reden, dass etwas die Patientin aus dem

Gleichgewicht gebracht hat, wie und weshalb dies geschah. Das kann ein konkretes Erlebnis gewesen sein oder eine allmählich zunehmende existenzielle Diskrepanz wie beispielsweise jene zwischen einer unglücklichen Ehe und dem ersehnten Liebesglück.

Fallgeschichte 1: *Eine 54-jährige Patientin, selbst Mutter von zwei fast erwachsenen Kindern, eine liebenswürdige und umgängliche Person, hatte täglichen Kontakt mit ihrer Mutter gepflegt. Eines Tages geriet sie hoch akut erstmalig in eine stark aggressiv gefärbte psychotische Krise, als sie erfuhr, dass ihre Mutter an Krebs leide und bald sterben werde. In der Therapie sagte sie später: „Mir dämmert langsam, warum mir der Gedanke an den Tod meiner Mutter so unerträglich war: Ich glaube, dass ich von ihr immer noch den letzten Liebesbeweis bekommen wollte. Wenn sie mich nur einmal in den Arm genommen hätte.“*

Das spricht für eine tiefgreifende Bindungsstörung. Sie war aber auch sexuellen Erwartungen und manipulativem Verhalten ihres Vaters ausgesetzt gewesen, was in ihren Wahnideen eine wichtige Rolle spielte und für sie ebenso bedrohlich wie empörend war. Die ‚normalerweise‘ abgespaltenen Persönlichkeitsanteile treten in der Psychose hervor, können dann aber nicht ohne weiteres kontrolliert werden.

Indem wir Verstehensmöglichkeiten ohne Besserwisserei anbieten, entsteht auch für die Beteiligten ein erstes sinnvolles Narrativ in der zunächst scheinbaren Sinnlosigkeit von Psychose: durch eine bestimmte Belastung aus der Bahn geworfen zu sein, erlaubt Selbstvergewisserung und Orientierung, baut in der Mehrzahl der Fälle Brücken zur Rückkehr in die gemeinsame Wirklichkeit, so beruhigend die Krankheitsanzeichen auch sein mögen. „Krise“ bedeutet auch etwas potenziell Vorübergehendes, das überstanden und bewältigt werden kann, im günstigen Falle sogar mit persönlichem Wachstum. Diese Art des Verständnisses wirkt beruhigend und stiftet gemeinsame Orientierung für alle Beteiligten. Und sie kann die Chance einer Kurskorrektur auf dem weiteren Lebensweg eröffnen. Es beeinflusst die Prognose günstig, wenn die Krise als verständliche Reaktion auf Situationen und Ereignisse und nicht als Ausbruch einer geheimnisvollen Krankheit ver-

standen wird, der man – wie seinerzeit den verletzenden Ereignissen – hilflos ausgeliefert ist. Ferner wenn eine erneute Krise nicht als Rückfall in die alte Krankheit verstanden wird, sondern als Ausdruck der noch nicht ganz überwundenen oder einer neuen Lebensschwierigkeit. Und es fördert Selbstvertrauen, wenn die Überwindung der Krise eher der Aktivität des Patienten als der seiner Therapeuten zugeschrieben wird. Bei näherem Kennenlernen können schließlich auch die wichtigsten psychotischen Inhalte verstanden werden. Verstehen heißt darüber hinaus natürlich auch: Was will die Person, was sind Ihre Ziele, wie können wir sie darin unterstützen?

Entwicklungsorientierung und Zuversicht

Im Gegensatz zu den weit verbreiteten statischen Beschreibungen unseres Fachgebiets („hat eine Schizophrenie“) wird die Person hier als Mensch in einem Entwicklungsprozess gesehen. In diesem ist sie zwar durch alte Erlebnisse belastet und jetzt in eine Krise geraten, kann sich aber davon erholen und ihren Weg mit neuen Einsichten und Erfahrungen fortsetzen. Es ist sogar möglich, dass diese anschließend, entweder aus eigener Kraft oder durch therapeutische Hilfe, ihre seelische Widerstandskraft – man spricht von Resilienz (s.u.) – stärkt. Sogar langjährig bestehende Symptome bzw. Beschwerden können sich schließlich mehr oder weniger auflösen, wie die ‚Enquête de Lausanne‘ von Luc Ciompi und Christian Müller (Ciompi et al., 1976) gezeigt hat.

Das an den antiken Sisyphos erinnernde Konzept von „Rückfall“ hingegen lehne ich ab, weil es wie so vieles in unserem traditionellen klinischen Sprachgebrauch zur negativen selbsterfüllenden Prophezeiung werden kann, indem wir unser Verhalten an unseren negativen Erwartungen orientieren (Watzlawick et al., 1969, S. 95 f.). Eher sollten wir von einer neuen Krise sprechen, deren Auslösung ihrerseits wieder verständlich ist. Bei sich wiederholenden Krisen lassen sich so Muster erkennen, deren Interpretation für den Gewinn an weiterer Lebensstabilität und -qualität therapeutisch genutzt werden kann.

Fallgeschichte 2: *Eine alleinerziehende Mutter ohne Unterstützung durch ihre Familie hatte anfangs ihrer Zwanzig-*

gerjahre mehrere schizoaffektive Krisen nur durch glücklichen Zufall überlebt. In einer langjährigen niederfrequenten Begleitung (80 Sitzungen über 14 Jahre) mit kontinuierlich zunehmender Stabilität war es alle ein bis drei Jahre vorwiegend in Beziehungskrisen zu kurzen psychotischen Episoden gekommen, die schließlich keine stationäre Behandlung mehr erforderten. Eines Tages sagte die Patientin: „Mir wird jetzt klar, warum es bei mir mit den Männern nicht klappt. Ich glaube, dass ich sie immer so verändern will, wie ich mir meinen Vater gewünscht hätte.“ Die Einsicht ermöglicht Verhaltensänderung.

Retraumatisierung vermeiden

Schon die psychotischen Erlebnisse können zutiefst beunruhigen und eventuell ihrerseits Trauma-Folgestörungen sogar im Sinne späterer Flashback-Erlebnisse auslösen, die nicht mit erneuter Psychose-Symptomatik verwechselt werden dürfen (Bendall et al., 2006). Die Bedeutung mitfühlender und beruhigender Begleitung ist offensichtlich.

Auch die Prozeduren der Aufnahme in eine Klinik, eventuell unter Zuhilfenahme von Gewalt, sowie weitere Gewaltausübung wie Überwältigung, Fesselung, Zwangsmedikation und Isolierung können traumatisierende Effekte haben, ganz besonders dann, wenn sie unmittelbar an schlimme Kindheitserlebnisse anknüpfen. Das gleiche gilt für schwarze Pädagogik (die gelegentlich als „Verhaltenstherapie“ getarnt wird), Vorwürfe, ablehnendes oder entwürdigendes Verhalten und dergleichen.

Ein Oberarzt drohte mit ernsthaftem Ausdruck einem seelisch und leicht geistig behinderten Mann, der nackt über die Station lief, man werde ihm „den Schwanz abschneiden“.

Das Erlebnis des Verlustes von Selbstverfügung ist für traumatisierte Menschen mit besonders hohem Risiko verbunden. Der ständige Wechsel von Bezugspersonen durch die Organisationsform vieler Kliniken kann ebenfalls schlimme Kindheitserfahrungen wachrufen, in jedem Falle aber therapeutische Chancen zunichtemachen.

Ferner sollten wir sorgfältig darauf achten, dass wir unsere Patienten nicht für unsere Interessen ausbeuten, etwa

mitmenschliche Anteilnahme heucheln, um Material für Forschungszwecke zu gewinnen. Dies kann Missbrauchserlebnisse reaktivieren.

Therapeutische Trauma-Konfrontation wird sich unter Bedingungen der Akutpsychiatrie in der Regel verbieten. Sie hat bei den komplexen Belastungsstörungen neben einer speziellen Ausbildung der Therapeuten eine gute Stabilität der Person und ein klares Einverständnis der Patientin nach entsprechender Aufklärung zur Voraussetzung, ist für ein gutes Leben auch nicht unbedingt notwendig. Aber wenn ein Patient über schwere Kindheitserfahrungen erzählen will, hören wir ihm selbstverständlich behutsam und mit Mitgefühl zu, achten aber sorgfältig darauf, dass er nicht in Erregung oder gar Dissoziation gerät: „Damals war damals, heute ist heute.“ Und dass er hinterher möglichst nicht alleine ist.

Übertragung und Gegenübertragung

Wir verstehen die Übertragungsangebote unserer Patienten besser, wenn wir sie als Ausdruck früher Bindungsstörungen und unterschiedlicher kindlicher Missbrauchserfahrungen interpretieren. Wir müssen in längerfristigen therapeutischen Beziehungen von Seiten der Patienten mit Entwertungstendenzen, Vertrauensvorbehalten, Näheängsten sowie übergroßer Sehnsucht nach Nähe, latenter oder manifester Aggression sowie der Möglichkeit von Dissoziation oder bizarrem Verhalten rechnen. Bei sog. Borderline-Störungen erscheinen solche Erlebens- und Verhaltensweisen eher als beständige Wesenszüge, während sie in den hier erörterten Zusammenhängen eher in psychotischer Verfassung zutage treten, teils in Form von Stimmen oder Wahnideen.

Dieses Wissen hilft uns dabei, unsere spontanen Gegenübertragungsreaktionen wie ungute Gefühle, Ärger oder gar Ablehnung unter therapeutischen Gesichtspunkten zu reflektieren, zu kontrollieren und nach Möglichkeit therapeutisch zu nutzen, indem wir die ungunstigen Beziehungsanteile in nicht beschuldiger, wohlwollender Weise klar ansprechen. Unsere Verlässlichkeit und die Vermittlung von Sicherheit gerade in schwierigen Therapiephasen ist unverzichtbar. So können wir neue Bindungserfahrungen ermöglichen (Reddemann et al., 2017).

Weiterbehandlung

Der ganz überwiegenden Mehrzahl der Patienten wird eine Weiterbehandlung mit psycho- und soziotherapeutischem Schwerpunkt mit dem Ziel der Förderung ihrer Resilienz sehr nützlich sein. Das sollte von Anfang an mit bedacht werden. Leider erlaubt es die bei uns immer noch „normale“ Organisationsform der Spaltung zwischen dem psychiatrischen Krankenhaus einerseits und der ambulanten Versorgung andererseits meist nicht, diese unter das Primat der therapeutischen Beziehungskontinuität zu stellen.

2. Förderung von Resilienz

Die Vulnerabilitäts-Faktoren helfen uns, die Störungsgeschichte besser zu verstehen, und geben uns andererseits Möglichkeiten der Prävention bei Hochrisikokindern (zum Beispiel Kinder psychisch kranker Eltern) in die Hand. Das Resilienzkonzept (Fröhlich-Gildhoff et al., 2009) hingegen erlaubt uns, unsere Patienten bei der Stabilisierung und Weiterentwicklung ihrer Persönlichkeit vor allem im Hinblick auf Selbstwertbewusstsein, Selbstvertrauen, die Fähigkeit zu Selbstwahrnehmung, Selbstreflexion und Selbststeuerung sowie auf die Entfaltung ihrer sozialen Kompetenz zu unterstützen und damit ihre Ressourcen weiter zu stärken, damit Aufblühen – eine wunderbare Metapher – möglich wird (Seligmann, 2012).

Folgende Haltungen fördern die Entwicklung von Resilienz (Werner et al., 2001), wir können sie unterschiedlich fördern:

- „Ich bin es wert, als vollwertiger Mensch behandelt zu werden und auch mit mir selbst respektvoll und achtsam umzugehen.“
- „Ich traue mir etwas zu.“
- „Ich kann die Dinge in die Hand nehmen.“
- „Ich kann Verantwortung übernehmen.“
- „Ich kann über mein eigenes Schicksal bestimmen.“
- „Ich kann mit anderen Menschen umgehen.“
- „Ich kann für meinen Schutz sorgen.“
- „Probleme sind Herausforderungen.“
- „Gemeinsam sind wir stark.“

3. Familien- und Netzwerkgespräche

Seit mehreren Jahrzehnten kann als gesichert gelten, dass Familientherapie bei psychotischen Störungen hilfreich ist (Von Sydow et al., 2007). Während es

auch verhaltenstherapeutische Konzepte der Familientherapie im Zusammenhang mit psychotischen Störungen eines Familienmitglieds gab (Anderson et al., 1981; Hahlweg et al., 1995), so wurden in Europa doch die systemischen Ansätze erfolgreicher, die nach den Pionierarbeiten des Mailänder Teams (Boscolo et al., 1988) entstanden. Das SYMPA-Projekt (Schweitzer et al., 2005) entwickelte ein Gesamtkonzept für systemische Arbeit in psychiatrischen Kliniken, unter Einschluss entsprechender Weiterbildung für alle Berufsgruppen. In unserer Langenfelder Arbeitsgruppe wurden wir mit einer Moderationsmethode zur Förderung der Kooperation in Netzwerken erfolgreich (Keller, 2002), die dem finnischen 'Offenen Dialog' ähnelt; dabei bezogen wir die von Tom Andersen (1990) entwickelte Methode des 'Reflecting Team' ein.

Das beste mir bekannte System zur Behandlung akuter psychotischer Krisen wurde seit den Achtzigerjahren in Finnland entwickelt. Es basiert auf häuslicher Behandlung durch mobile multiprofessionelle Teams in Verbindung mit therapeutischen Gesprächsformen, die als Offener Dialog (open dialogue) bezeichnet werden (Seikkula et al., 2006). Die Ergebnisse sind nach nunmehr 3 Jahrzehnten in jeder Hinsicht beachtlich. Im Vergleich mit klinikbasierten Systemen gibt es hier viel geringeren Einsatz von Neuroleptika, Krankenhausaufnahmen sowie Zwangseinweisungen, weniger Chronizität und Frühinvalidität, ferner zunehmend Früherkennung infolge einer hohen Akzeptanz in der Bevölkerung und geringer Stigmatisierung. In Deutschland gibt es schon länger entsprechende Modellprojekte, und die Politik hat in 2016 das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)“ verabschiedet, welches „stationsäquivalente Akutbehandlung im häuslichen Umfeld“ als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung für schwer psychisch Kranke regelhaft ermöglicht. Für uns therapeutisch tätige Psychiater, aber auch für das Management der Kliniken hat sich ein spannendes neues Tätigkeitsfeld eröffnet. So obsolet es in aller Regel ist, hinter dem Rücken der Patienten mit ihren Angehörigen zu sprechen, so wichtig ist

es, diese möglichst früh in die Behandlung einzubeziehen. Für solche Gespräche brauchen wir genauso ausgefeilte Kompetenz wie für die anderen Bereiche psychiatrischer Tätigkeit. Wir sind als Fachleute für Beziehungsgestaltung und sorgfältigen Umgang mit Sprache (Keller, 2010) gefordert. Das Traumakonzept könnte es nahelegen, unsere Patienten als Opfer von Fehlverhalten ihrer Eltern zu sehen und jene entsprechend zu beschuldigen. Das führt zu nichts oder macht die Situation für alle Beteiligten noch schwieriger. In Bezug auf die Vergangenheit sind wir keine Detektive, Ankläger oder Richter. Den Angehörigen, die sehr oft selbst traumatisiert sind (Buchheim, 2016, S. 35ff.), gebührt das gleiche mitfühlende Verstehen, die gleiche Achtung vor ihrer Menschenwürde, die gleiche Haltung der Nächstenliebe wie den Patienten. Es ist besser, alle als potenzielle Opfer generationenübergreifender destruktiver Muster zu sehen. In aller Regel sollten wir ihre Beziehungen nicht bekämpfen, was nur den Stress weiter erhöhen würde. Das heißt natürlich nicht, alle Handlungen gutzuheißen, die geschehen sind oder noch geschehen.

Feinfühlig und sorgfältig gesündere Formen des Dialogs unterstützen

Warum können solche Gespräche so erfolgreich sein? Einerseits wissen wir, dass Kommunikations- und Beziehungsstörungen in der Entstehung und Aufrechterhaltung psychotischer Erkrankungen eine wichtige Rolle spielen (Hahlweg et al., 1987). Indem wir feinfühlig und sorgfältig gesündere Formen des Dialogs unterstützen, vermitteln wir nicht nur neue Erfahrungen, sondern machen es den Beteiligten auch möglich, über Inhalte und Themen zu sprechen, die bisher nicht angesprochen werden konnten. Auch unbewusste Emotionen wie Schmerz oder Aggression können in Worte gebracht werden. Die für alle neue Möglichkeit der Metakommunikation erlaubt „ein Gespräch über das Gespräch“ (Andersen et al., 1990).

Gesunde Dialoge zeichnen sich durch Klarheit und Flexibilität aus, sie sind weder chaotisch noch verwirrend. Auch bei unterschiedlichen Sichtweisen ist es möglich, Gemeinsamkeiten herzustellen, ohne andere aufzuregen oder zu verletzen. Kompromisse sind möglich. Streit dauert nicht lange an und mündet wieder in respektvolle, am besten warmherzige Umgangsformen. Spre-

chen, Zuhören und Nachdenken stehen in einem guten Verhältnis. Es gibt eine Basis gegenseitiger Wertschätzung. Humor und Selbstironie sind wertvoll. Es wird nicht versucht zu behaupten, man wisse besser, wie die andere Person sei, denke oder fühle.

Nicht immer wird es möglich sein, über alle wichtigen Themen offen zu sprechen. Beispielsweise ist eine Geschichte von sexuellem Missbrauch nur ausnahmsweise in Gegenwart der dafür verantwortlichen Person(en) ansprechbar. Dann müssen andere Wege entwickelt werden, etwa individuelle psychotherapeutische Gespräche parallel zu den Familiengesprächen oder anschließend. Sexuell traumatisierte Menschen sprechen oft, falls überhaupt, erst nach dem Tod der verantwortlichen Person(en), wenn es sich um nahe Angehörige gehandelt hat.

Weitere, auch außerfamiliäre, Personen können einbezogen werden, die sich für gute Lösungen engagieren möchten. Das können andere beteiligte Fachleute, Freunde, Nachbarn, Berufskollegen, Chefs und andere sein. Dann sprechen wir von Netzwerk-Gesprächen.

Fallbeispiel 3: *Zu einem Fortbildungseminar hat eine Psychologin aus einer psychiatrischen Tagesklinik ihre 22-jährige Patientin und deren 50-jährige Mutter eingeladen. Die drei nehmen mit dem Lehrtherapeuten im inneren Kreis platz, während die übrigen Teilnehmer im Außenkreis sitzen. Die Psychologin berichtet, die Patientin habe zwei psychotische Krisen erlebt, seit sie vor zwei Jahren nach einem Auslandsaufenthalt zu ihrer Mutter zurückgekehrt sei. Es gebe eine schwere Kommunikationsstörung zwischen den beiden, dabei werde ständig über Themen wie Saubermachen und Ordentlichkeit gestritten.*

Die Tochter möchte sich zunächst nicht äußern, daher spricht nun die Mutter. Sie bestätigt, dass sie versuche, ihre Tochter Anna zu mehr Ordnung und Sauberkeit zu erziehen. Dann schneidet sie ein altes Thema an, das sie schon lange bedrücke, worüber sie aber bisher noch nicht gesprochen habe: Als Anna geboren worden sei, sei ihre ältere Schwester Maria bereits vier Jahre alt gewesen. Zu dieser Zeit habe es ständigen Streit zwischen ihr und ihrem damaligen Ehemann gegeben, gleichzeitig habe sie aus ökonomischen Gründen arbeiten müssen. Während sie mit Maria in gutem Kontakt gewesen sei, sei Anna

zu kurz gekommen. Diese habe versucht, sich dem Vater anzuschließen, der aber häufig behauptete, sie sei nicht sein Kind. Er machte seine Akzeptanz davon abhängig, dass das Mädchen sich auf seine Seite gegen die Mutter stellte. Als Anna zwölf Jahre alt war, sei die Ehe geschieden worden. Anna habe auch anschließend immer wieder versucht, mit dem Vater in gutem Kontakt zu bleiben, der habe aber das alte Spiel fortgeführt und sie aufgefordert, die Mutter zu bekämpfen, um von ihm als Tochter angenommen zu werden.

Die Tochter hat der Mutter aufmerksam zugehört und gelegentlich nachdenklich genickt. Sie ist jetzt bereit zu sprechen, äußert sich aber nur knapp. Erstmals höre sie diese Geschichte in dieser Klarheit, das gebe ihr zu denken. Die Mutter sei einfach zu streng mit ihren Forderungen im Hinblick auf Putzen und Aufräumen. Auf Befragen sagt sie, sie fühle sich noch nicht ganz erwachsen, eher wie 16 oder 17.

Nun findet im inneren Kreis ein ‚reflektierendes Team‘ mit erfahrenen Kollegen unter den Teilnehmern statt, während alle anderen zuhören. Der Gedankenaustausch hebt zunächst hervor, dass Annas Kinderjahre für Mutter wie Tochter emotional sehr belastend und insbesondere für Anna sehr verwirrend gewesen sein müssten. Sowohl durch den Ehestreit als auch durch Mutters Berufstätigkeit konnten sie sich nicht so nahe sein, während Anna noch dazu in die Kämpfe verstrickt wurde. Annas Rückkehr in den Haushalt der Mutter gebe beiden die Gelegenheit, endlich die Nähe zu finden, die sie in der Vergangenheit schmerzlich vermisst haben. Konflikte um Ordnung und Sauberkeit seien völlig normale Pubertätsthemen, dabei sei es aber tragisch, dass die Liebe für einander nicht so spürbar sei. Insgesamt hätten sie gute Chancen, dass Anna erwachsen werden könne und beide eine bessere Beziehung miteinander entwickeln, eventuell mit Hilfe der Tagesklinik.

Bei den Schlussworten zeigt Anna sich zufrieden mit dem Gespräch, sie sehe jetzt etwas klarer. Die Mutter bittet uns noch um einen Tipp, was sie besser machen können. Beiden wird zu dem Versuch geraten, nach Möglichkeit auf Vorwürfe zu verzichten und stattdessen Wünsche aneinander zu richten, die verhandelt werden können. Auch die Psychologin zeigt sich zufrieden, nun verstehe sie besser und verfüge über

neue Informationen zur Fortsetzung ihrer therapeutischen Arbeit.

Kommentar: Es handelt sich um eine Adoleszenzkrise. Es liegen sowohl Hinweise auf eine frühe Bindungsstörung zwischen Anna und der Mutter als auch auf emotionalen Missbrauch durch den Vater auf der Hand. Wenn es gelingt, die Bindungsunsicherheit therapeutisch abzubauen, ist ein günstigerer Verlauf der psychotischen Störung zu erwarten (Quijada, 2015). Die bei psychoseerfahrenen Menschen nicht seltene Diskrepanz zwischen gefühltem und tatsächlichem Alter ist oft eine Quelle von Stress, das „innere Kind“ spürt Bedürfnisse, die bei Erwachsenen als unverständlich und unangemessen gelten und auch in Gegensatz zu eigenen erwachsenen Bedürfnissen treten können. Der auf Wunsch der Mutter erteilte Ratschlag wurde aus der ‚Expressed Emotions‘-Forschung abgeleitet (Bebbington et al., 1994). ●

Literatur

- Aebi, E., Ciompi, L. & Hansen, H.** (1993). Soteria im Gespräch. Über eine alternative Schizophreniebehandlung. Bonn (Psychiatrie Verlag)
- Andersen, T.** (1990). Das reflektierende Team – Dialoge und Dialoge über die Dialoge. Dortmund (Borgmann)
- Anderson, C., Hogarty, G. & Reiss, D. J.** (1981). The psychoeducational family treatment of schizophrenia. *New Directions for Mental Health Services* 12, 79–94
- Bebbington, P. & Kuipers, L.** (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Cambridge Core* 24(3), 707–718
- Bendall, S., McGorry, P., Krstev, H.** (2006): The trauma of being psychotic. An analysis of post-traumatic stress disorder in response to acute psychosis. In [13], 58–74
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P.** (1998). Familientherapie – Systemtherapie. Das Mailänder Modell Dortmund (Verlag modernes Lernen)
- Brisch, K. H.** (2015). Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart (Klett-Cotta)
- Buchheim, A.** (2016). Bindung und Exploration. Ihre Bedeutung im klinischen und psychotherapeutischen Kontext. 2016 (Kohlhammer)
- Ciompi, L. & Müller, C.** (1976). Lebensweg und Alter der Schizophrenen: Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium. Heidelberg (Springer)
- Van Dam, D., van der Ven, E., Velthorst, E., Selten, J., Morgan, C. & De Haan, L.** (2012). Childhood bullying and the association with psychosis in non-clinical and clinical samples: A review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 42(12), 2463–2474.
- Fischer, G. & Riedesser, P.** (2009). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München (Reinhardt)
- Frohlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse** (2009). Resilienz. München (Reinhardt, UTB)
- Gast, U., Rodewald, F., Hofmann, A., Matthes, H., Nijenhuis, E., Reddemann, L., Emrich, H.** (2006): Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. *Deutsches Ärzteblatt* 103 (47), A3193–A3200
- Hahlweg, K., Dürr, H. & Müller, U.** (1995). Familienbetreuung schizophrener Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. Weinheim (Beltz)
- Hahlweg, K. & Goldstein, M. J.** (Eds.) (1987). Understanding Major Mental Disorder: The Contribution of Family Interaction Research. New York (Family Process Press)
- Hemkendreis, B. & Nienaber, A.** (2014). Soteria-Elemente in der stationären psychiatrischen Pflichtversorgung. In: Hahn, S., Hegedüs, A., Finklenburg, U. (Hg.). *Schwellen, Grenzen und Übergänge*. 11. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie. Bern (Verlag Berner Fachhochschule)
- Keller, T.** (2002): Kooperationsgespräche ‚Chaos der psychot. Kommunikation‘. *PiD* 3(3): 277–283
- Keller, T.** (2010/2011): Psychiatrie und Sprache. *Kerbe* 28(2010/4), 18–21; ferner in: *Themenzentrierte Interaktion* 25(2011/1), 14–22
- Keller, T.** (2016): Trauma und Psychose. Teil I: Einige Grundlagen – ein Blick in die Literatur. *Kerbe* 34(4), 38–42
- Quijada, Y., Kwapił, T. R., Tizón, G., Sheinbaum, T. & Barrantes-Vidal, N.** (2015). Impact of attachment style on the one-year outcome of persons with an at-risk mental state for psychosis. *Psychiatry Research* 228(3), 849–856
- Reddemann, L. & Wöller, W.** (2017). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen (Hogrefe)
- Schweitzer, J., Engelbrecht, D., Schmitz, D., Borst, U. & Nicolai, E.** (2005). Systemische Akutpsychiatrie. Werkstattbericht. *PiD* 6(3), 255–263
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E.** (2006). *Dialogical Meetings in Social Networks*. London (Karnac). Deutsch: (2011). *Dialoge im Netzwerk*. Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis. Neumünster (Paranus)
- Seligman, M.** (2012). *Flourish*. Wie Menschen aufblühen. Die positive Psychologie des gelingenden Lebens. München (Kösel)
- V. Sydow, K., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer, J.** (2007). *Die Wirksamkeit der systemischen Therapie/Familientherapie*. Göttingen (Hogrefe)
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., Bental, R. P.** (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin* 38(4), 661–671,
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D.** (1969). *Menschliche Kommunikation*. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern (Huber)
- Werner, E. E. & Smith, R. S.** (2001). *Journeys from Childhood to Midlife*. Risk, Resilience and Recovery. Ithaca (Cornell University Press)