

Johannes Kipp, Hans-Peter Unger, Peter M. Wehmeier
Beziehung und Psychose

Die Autoren

Dr. med. Johannes Kipp
Felsengarten 9
34225 Baunatal

Dr. med Hans-Peter Unger
Asklepios Klinik Hamburg-Harburg
Zentrum für seelische Gesundheit
Eißendorfer Pferdeweg 52
21075 Hamburg

Priv.-Doz. Dr. med. Peter M. Wehmeier
Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Weilstraße 10
35789 Weilmünster

edition psychosozial

Johannes Kipp, Hans-Peter Unger, Peter M. Wehmeier

Beziehung und Psychose

Leitfaden für den verstehenden Umgang
mit schizophrenen, depressiven und
manischen Patienten

Geleitwort von Martin Teising

Psychosozial-Verlag

Hinweis:

Autoren und Verlag sind bei der Angabe von Dosierungen oder Applikationsformen mit großer Sorgfalt vorgegangen. Für Angaben in diesem Buch kann jedoch weder vom Verlag noch von den Autoren eine Gewähr übernommen werden. Jeder Verschreiber ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls durch Konsultation eines Spezialisten sicherzustellen, dass die dort gegebenen Dosierungsempfehlungen, Kontraindikationen oder Warnhinweise Berücksichtigung finden. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei Präparaten, die selten eingesetzt werden, oder solchen, die erst seit kurzer Zeit auf dem Markt sind.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

3. Auflage 2012

© der 2., überarb. u. erw. Auflage 2006 Psychosozial-Verlag
(Erstauflage 1996 Georg Thieme Verlag)

Walltorstr. 10, D-35390 Gießen

Fon: 06 41 - 96 99 78 - 18; Fax: 06 41 - 96 99 78 - 19

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)
ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert
oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet,
vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Patientenzeichnung

Umschlaggestaltung: Hanspeter Ludwig, Wetzlar

www.imaginary-world.de

Lektorat: Silke Regin und Karola Wehmeier

Druck: CPI books GmbH, Leck

Printed in Germany

ISBN 978-3-8379-2243-1

Geleitwort

»Je mehr berufliche Erfahrung und je höher in der Hierarchie, desto mehr administrative, Forschungs- oder Supervisionsaufgaben und desto weniger direkte Beziehung zum Patienten« – stellte Johannes Kipp schon vor etlichen Jahren fest. Seine kritische Beobachtung in psychiatrischen Kliniken gilt heute mehr denn je. Sie gilt, soweit ich sehe, auch in allen anderen klinischen Disziplinen der Medizin, für Ärzte wie für Pflegende. Wie ist diese paradoxe, den leidenden Patienten aus der direkten sinnlichen Wahrnehmung weitgehend ausstoßende Praxis zu erklären?

Für viele meiner Kollegen und auch für mich gilt, daß das Erleben der Beziehung zu psychotischen Patienten so intensiv empfunden wird, daß wir uns Schutzmechanismen suchen, mit denen wir uns zurückziehen. Damit bedienen wir uns derselben Abwehr, die oft auch eine Funktion des psychotischen Symptoms ist. Viele tun dies ohne weitere Reflexion, unbewußt, die Organisationsstrukturen im Gesundheitswesen fördern den Rückzug vom Patienten. Diese Tendenz hat sich seit der ersten Auflage dieses Buches 1996 bis heute wesentlich verschärft. Bürokratisierung, nicht selten rationalisierend getarnt als »Qualitätssicherung«, bietet immer mehr Rückzugsmöglichkeiten. Für eine verstehen-wollende Begegnung mit psychotischen Patienten werden wir zudem auch in unserer Ausbildung in der Regel nicht ausreichend vorbereitet. Um so wichtiger wird die Neuauflage und Erweiterung dieses Buches.

Die berufliche Sozialisation lehrt uns zu messen, zu bewerten, einzuteilen, zu diagnostizieren, nicht zuletzt, um uns persönlich zu schützen. Allzu häufig verhindern unsere üblichen Objektivierungsversuche, den einzigartigen Patienten in seiner Notlage zu verstehen, ihm entgegenzugehen, ihm menschlich zu begegnen.

Kipp, Unger und Wehmeier wollen dem Leser die psychischen Störungen, die als Schizophrenie, Depression und Manie bezeichnet werden, auf eine andere Weise nahebringen. Die Beziehung zum Patienten ist der Ausgangspunkt und bleibt Mittelpunkt. Das ist für ein Psychiatrie-Lehrbuch ungewöhnlich, das in der Regel dem Nachschlagen und dem Einordnen dient, den Leser aber mit seinen Gefühlen allein läßt. Die Autoren lassen uns miterleben, wie sie sich im klinischen Alltag dem Patienten verstehend nähern, um sich und dem Patienten dann auch wiederum genügend Abstand und gebotene Distanz gewähren zu können. Sie gehen davon aus und geben viele Beispiele dafür, daß das Psychotische durch die Reflexion eigener Gefühle viel häufiger nachvollziehbar und sehr viel besser verstehbar wird, als üblicherweise angenommen und gelehrt wird. Eine Psychose entsteht in und aus der zwischenmenschlichen Beziehungsdynamik. Kipp, Unger und Wehmeier führen dem Leser mit Hilfe von Beispielen aus normalen Extremsituationen vor Augen, wie fließend die Grenzen zwischen normalem und psychotischem Fühlen, Denken und Handeln sein können.

Ich konnte diese durch ein permanentes Bemühen um Verstehen und Verständigung ausgezeichnete, therapeutische Haltung während meiner Facharztausbildung am Ludwig-Noll-Krankenhaus (heute Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums) in Kassel kennenlernen. Als theoretischer Hintergrund dienen die Psychoanalyse und ein ständiger Blick auf sozialpsychiatrische Zusammenhänge. Es gehört Mut und Stehvermögen dazu, sich eigenen Gefühlen in einer permanenten Auseinandersetzung mit von der Psychose Betroffenen und an ihr Leidenden immer wieder neu zu stellen. Ebenso mühsam, aber auch wertvoll ist der dauernde Reflexionsprozeß im Team der Mitarbeiter, deren professionelle Haltung sich durch permanentes Lernen mit jedem Patienten auszeichnet. Dieser Lernprozeß war nicht nur für die direkte Arbeit mit psychisch kranken Patienten, sondern auch für meine Persönlichkeitsentwicklung von großem Gewinn. Meine tiefsten Einblicke in menschliche Nöte, Ängste und Konflikte, in primärprozeßhaftes Geschehen und in Triebgesteuertes Handeln konnte ich durch diesen, um Verstehen bemühten Zugang zum psychotischen Patienten gewinnen.

Dieses Buch kann dem Leser eine vertiefte Verstehensweise und Annäherung an die Psychose ermöglichen. Zur Psychose gehören, ein Grundgedanke des vorliegenden Textes, der Betroffene und als krank Definierte ebenso wie seine Umgebung, insbesondere die Personen darin.

Konsequenterweise haben die Autoren auch die Mitarbeitergruppe der Klinik und ihre Dynamik, das Beziehungsgefüge des therapeutischen Teams stets im Blick, so daß die Lektüre für alle betroffenen Berufsgruppen lohnend ist. Es bleibt auch genügend Raum, um die für beide dargestellten Krankheitsbilder relevanten Erkenntnisse anderer wissenschaftstheoretischer Schulen darzustellen.

Dieser Text gesellt sich zu einem von Kipp und Jüngling 2000 verfaßten Buch, das gerontopsychiatrischen Patienten gewidmet ist: »Einführung in die praktische Gerontopsychiatrie. Zum verstehenden Umgang mit alten Menschen«. Dieses Buch hat bereits bewiesen, daß die Sichtweise, mit der Kipp, Unger und Wehmeier hier die Schizophrenien, Depressionen und Manien betrachten, von vielen Lesern als sehr hilfreich empfunden wird. Erste Erfahrungen mit »Beziehung und Psychose« im Unterricht zeigen mir, daß mit diesem Text vermittelbar ist, was den Autoren am Herzen liegt, nämlich den Blick von den Symptomen auf die Beziehung zu lenken.

Frankfurt a. M., im Juni 2006
Prof. Dr. Martin Teising
Psychiater und Psychoanalytiker
Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit
Fachhochschule Frankfurt a. M.

Vorwort zur zweiten Auflage

Die erste Auflage dieses Buches wurde von der Leserschaft gut aufgenommen. Das positive Echo hat uns davon überzeugt, daß »Beziehung und Psychose« für die berufsübergreifende Arbeit mit psychisch Kranken nützlich ist. In dem Buch werden nicht bestimmte Techniken oder Methoden in den Mittelpunkt gestellt. Vielmehr soll es dem Leser helfen, seine eigenen therapeutischen Aufgaben und Vorgehensweisen in der direkten Beziehung zum Patienten zu reflektieren und auf das Wesentliche zu zentrieren. Der Bedarf an einem solchen Buch wurde auch durch die zahlreichen Rückmeldungen deutlich. Auch die zweite Auflage bezieht sich weiter vorrangig auf die therapeutische Praxis im Ludwig-Noll-Krankenhaus. Die Überarbeitung wollen wir nutzen, um neueren Entwicklungen gerecht zu werden und die Thematik des Buches abzurunden. So gehen wir in dem neuen Kapitel »Manie – Befreiung aus der Beziehung?« auf den verstehenden Umgang mit manischen Patienten ein. Auch schizoaffective Psychosen werden kurz besprochen. Wir hoffen, daß unser Buch »Beziehung und Psychose« auch in seiner überarbeiteten und erweiterten Form eine Hilfe für den verstehenden Umgang mit psychisch Kranken sein wird.

Kassel, im Juni 2006
Johannes Kipp
Hans-Peter Unger
Peter M. Wehmeier

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Einführung | 13 |
| Schizophrenie und Beziehung | 19 |
| Einleitung | 19 |
| Theorien der Schizophrenie | 20 |
| Genetische Faktoren | 20 |
| Transmitterstörung bei Psychosen | 22 |
| Konzept der Vulnerabilität und der Expressed Emotions (EE) | 23 |
| Systematische Konzepte und familiärer Kontext | 28 |
| Psychoanalytische Konzepte | 29 |
| Konfliktmodell psychotischer Symptombildung | 35 |
| Psychose als extreme Reaktionsform (oder Rettungsversuch) nach Beziehungskatastrophen | 36 |
| Einfühlungsformen in das psychotische Geschehen | 45 |
| Diagnostik der Schizophrenie | 49 |
| Schizophreniediagnose in Abgrenzung zu schizophrenieähnlichen Störungen | 49 |
| Formen der Schizophrenie | 52 |
| Prognostische Gesichtspunkte | 53 |
| Zielsetzung von Therapie und Rehabilitation | 53 |
| Therapeutische Praxis | 57 |
| Medikamentöse Therapie | 57 |
| Elektrokrampftherapie | 65 |
| Psychiatrische Pflege und Soziotherapie | 65 |
| Einzelumgang oder die therapeutische Zweierbeziehung | 66 |
| Gruppenumgang oder die Beziehung in der Gruppe | 71 |
| Psychotherapie | 77 |
| Rehabilitative Praxis | 80 |
| Zusammenarbeit mit Angehörigen und Freunden | 81 |
| Rehabilitation im Wohnbereich | 85 |
| Rehabilitation im Arbeitsbereich | 87 |
| Rehabilitation im Freizeitbereich | 88 |
| Schizoaffektive Psychosen | 89 |
| Übergänge zwischen Schizophrenie und affektiven Störungen | 89 |
| Diagnostik der schizoaffektiven Psychosen | 90 |
| Verlauf schizoaffektiver Psychosen | 91 |
| Therapie und Phasenprophylaxe | 92 |

| | |
|--|------------|
| Depression und Beziehungen | 93 |
| Einleitung | 93 |
| Theorien der Depressionsentstehung | 93 |
| Genetische Faktoren | 94 |
| Andere biologische Faktoren | 94 |
| Depression als Begleiterscheinung anderer Krankheiten und als Nebenwirkung von Medikamenten | 96 |
| Rhythmuskonzepte | 98 |
| Lerntheoretische und kognitive Konzepte | 99 |
| Systematische und interpersonelle Konzepte | 101 |
| Psychoanalytische Konzepte | 103 |
| Depression als Kränkungsreaktion | 106 |
| Diagnostik der Depression | 111 |
| Depressionsdiagnosen | 111 |
| Psychiatrische Anamnese | 114 |
| Fremdanamnese | 114 |
| Psychologische Untersuchung | 115 |
| Therapeutische Praxis | 115 |
| Medikamentöse Therapie | 118 |
| Sonstiges somatische Therapieverfahren | 120 |
| Umgang mit Depressiven | 121 |
| Pflege und Soziotherapie | 124 |
| Einzelumgang oder die Schwierigkeit der authentischen Beziehung | 125 |
| Der Gruppenumgang oder die Beziehung in der Gruppe | 129 |
| Psychotherapie | 130 |
| Beispiel eines Gruppentherapieprogramms für depressive Patienten | 133 |
| Beispiel eines Gruppentherapieprogramms für depressive Patienten im Alter | 137 |
| Depressiv und dann? Das Harburger Modell | 138 |
| Langzeitprophylaxe | 140 |
| Medikamentöse Prophylaxe | 141 |
| Psychotherapeutische Vorgehensweise | 141 |
| Selbsthilfegruppe | 141 |
| | |
| Manie – Befreiung aus der Beziehung? | 143 |
| Einleitung | 143 |
| Klinik der Manie | 143 |
| Entwicklung der manischen Stimmungslage | 143 |
| Symptome der Manie | 145 |
| Theorien zur Manie | 149 |
| Häufigkeit und Verlauf | 149 |
| Biologische Faktoren | 150 |

| | |
|---|------------|
| Veränderung der Paar- und Familienbeziehungen | 150 |
| Kognitionspsychologische Überlegungen zu manischem Denken | 151 |
| Psychodynamische Konzepte | 155 |
| Stimmungsmodulation | 160 |
| Diagnostik der Manie | 162 |
| Klinische Diagnosestellung | 162 |
| Klassifikation | 162 |
| Differentialdiagnostik | 165 |
| Therapeutische Praxis | 165 |
| Medikamentöse Therapie | 166 |
| Umgang und stationäre Betreuung | 168 |
| Familiäre Ressourcen | 171 |
| Rechtliche Probleme in der akuten Manie | 172 |
| Langzeitverlauf und Prophylaxe | 174 |
| Langzeitverlauf manischer Erkrankungen | 174 |
| Medikamentöse Phasenprophylaxe | 174 |
| Langzeitpsychotherapie der Manie | 175 |
| Beziehung und Selbsterfahrung | 177 |
| Einleitung | 177 |
| Von der Fallbesprechung zur Supervision | 178 |
| Selbsterfahrung | 179 |
| Kennenlernen therapeutischer Methoden | 180 |
| Kränkungsreaktion und Beziehung | 181 |
| Kränkungsablauf | 181 |
| Beziehung und Dokumentation | 185 |
| Einleitung | 185 |
| Verlaufsberichte | 188 |
| Fallbesprechungsbogen | 190 |
| Protokollbogen Frühsymptome | 191 |
| Wirkungen und Nebenwirkungen von Psychopharmaka | 191 |
| Wochenberichte | 192 |
| Literaturverzeichnis | 197 |
| Sachverzeichnis | 201 |

Einführung

Die Praxis des Verstehens ist – im Leben wie in der Wissenschaft – in ähnlicher Weise Ausdruck der Zugehörigkeit dessen, der versteht, zu dem, den er versteht, und zu dem, was er versteht.

(Gadamer 1987)

Fragt man Psychosekranke nach ihren Erfahrungen mit psychiatrischem Fachpersonal, so hört man in bedrückender Einförmigkeit immer wieder folgende Vorwürfe:

- Ihr hört uns nicht zu.
 - Ihr berücksichtigt unsere Bedürfnisse nicht; ihr behandelt uns, ohne mit uns darüber zu verhandeln, in welcher Weise.
 - Ihr werdet viel zu schnell handgreiflich; ihr wendet viel zu rasch Zwang an.
- (Finzen 1993)

Verhandeln ist aus Sicht der Betroffenen besser als behandeln. Das Sprechen miteinander kann nicht durch Anordnen ersetzt werden. Dies gilt sowohl für die Mitarbeiter in der psychiatrischen Klinik untereinander als auch im Verhältnis zwischen Mitarbeitern und Patienten. Die Beziehung ist dabei außerordentlich wichtig. Dieses Buch beschäftigt sich mit dem Beziehungsgefüge in der Klinik und wie dieses zum therapeutischen Nutzen der Patienten reflektiert und strukturiert werden kann. Es geht dabei nicht um die Vermittlung allgemeingültiger Theorien, sondern darum, wie uns Theorien überhaupt in Situationen helfen können, in denen wir uns nicht selten sprachlos und ohnmächtig fühlen. Es geht außerdem darum, Situationen, die uns sprachlos und ohnmächtig machen, zu begreifen und als solche zu benennen. Für das gemeinsame Sprechen ist es daher wichtig, sich grundlegende Kenntnisse über psychiatrische Erkrankungen vor Augen zu halten, um so zu einer gemeinsamen Sprache zu kommen, die eine Verständigung ermöglicht.

Vielleicht noch mehr als vor zehn Jahren ist es uns heute wichtig, Denken und Fühlen und vor allem die Zielsetzung unserer Patienten zu verstehen. Obwohl inzwischen neue Medikamente, die wir mit viel Hoffnung verordnen, eingeführt worden sind und obwohl das gemeindepsychiatrische Netz wesentlich verbessert werden konnte, ist es immer noch sehr schwer, die »Karriere« von Patienten in unserem Sinne positiv zu beeinflussen, als ob sie trotz der Bereitschaft, an der Therapie mitzuarbeiten, andere Ziele und Therapiewünsche hätten.

Multifaktorielles Denken wandelt die Therapie

Vor 20 Jahren wurde vor allem die medikamentöse Therapie, begleitet von Maßnahmen der sozialen Rehabilitation, bei Psychosen als wirksam anerkannt. Nach Ein-

führung des Vulnerabilitätskonzepts (Zubin u. Spring 1977) hat sich diese Sichtweise wesentlich verändert. Für Rückfälle wurde das emotionale Klima in der Familie mit verantwortlich gemacht. Die Erkenntnis, daß heftig geäußerte (feindliche) Gefühle (»high expressed emotions«) die Rückfallrate steigern, ist Grundlage erfolgreicher Familientherapie (Leff u. Vaughn, 1985; Wiedemann u. Bruchkremer, 1996). Darüber hinaus wurde die Wirksamkeit der kognitiven Therapie bei Schizophrenie (Roder et al. 1988) und Depression (Beck et al. 1979) wissenschaftlich nachgewiesen. In vielen Kliniken wird die paxisorientierte Umsetzung dieser Theorien in psychoedukativen Therapieprogrammen angestrebt. Inzwischen ist es psychiatrisches Allgemeinwissen, daß psychotische Erkrankungen eine multifaktorielle Genese haben und daher die besten Therapie- und Rehabilitationserfolge durch die Kombination von medikamentöser Therapie mit Sozio- und Psychotherapie zu erreichen sind. Außerdem läßt das Konzept der Vulnerabilität eine Integration der Erklärungsansätze auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene zu.

Durch die einfachen wissenschaftlichen Hypothesen der kognitiven Verhaltenstherapie (S. 23 ff u. S. 99 ff) konnten empirische Therapiestudien durchgeführt werden. Die praktische Umsetzung dieser Erfahrungen erfolgt in der Regel jedoch nur auf kleinen Rehabilitationsstationen oder in Ambulanzen. Offensichtlich ist es schwierig, solch theoriegeleitetes Handeln im alltäglichen Umgang mit psychisch Kranken individuell umzusetzen und auf Dauer weiterzuführen, weil ein solcher Umgang schließlich für die Mitarbeiter unbefriedigend wird. Obwohl sie wissenschaftlich weniger exakt überprüfbar sind, haben sich systemische (S. 28 f u. S. 101 ff) und psychoanalytische (S. 29 ff) Konzepte für den Umgang praktisch bewährt. Sie erlauben, das komplexe Geschehen der Interaktion mit psychotisch Kranken zu verstehen. Im systemischen Denken verläßt man das ursächliche Denken als Erklärungsmuster für Verhalten und geht auf die Verflechtungen der Beziehungen (Interaktion) im Hier und Jetzt ein. Die Psychoanalyse betont die Bedeutung der Lebensgeschichte (Biographie) und die Wichtigkeit kontinuierlicher therapeutischer Beziehungen.

Beachtung von Beziehungen ändert die Sichtweise

Die gängigen Lehrbücher der psychiatrischen Pflegeplanung (Needham 1991, Kistner 2002) orientieren sich teilweise an der somatischen Medizin und beziehen sich auf die Verhaltenstherapie. Das Verhalten von Patienten wird demnach gewissermaßen »objektiv« beschrieben, als sei Verhalten vom Beziehungskontext völlig unabhängig. Solche Überlegungen gehen davon aus, daß Problemlöseprozesse schrittweise in der Art eines Regelkreises erfolgen (Abb. I).

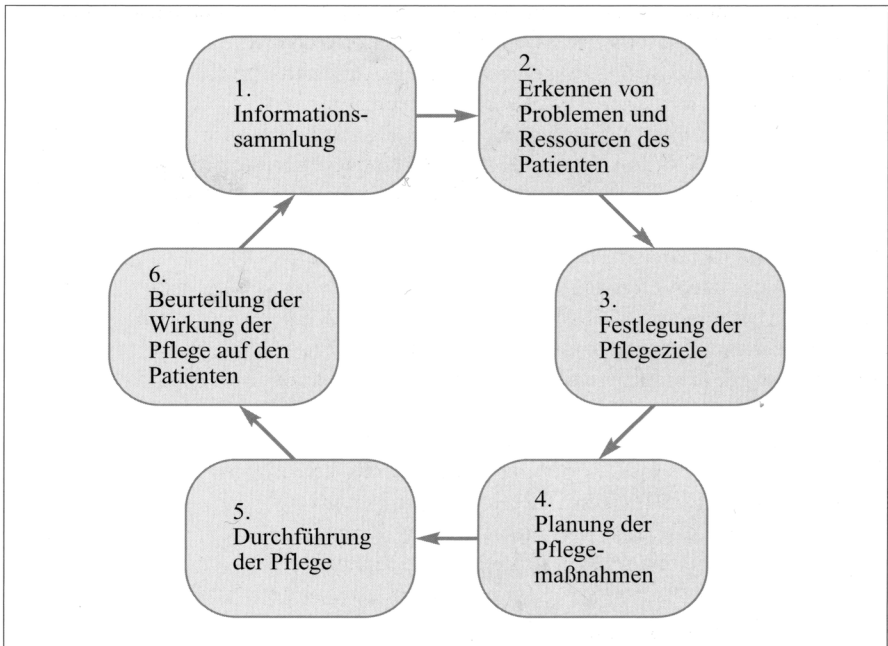


Abb. 1: Problemlösungsschritte nach Fiechter u. Meier (1985), leicht modifiziert nach Needham (1991)

Analysiert man Verhalten, ohne die Beziehung zu reflektieren, so kommt man in der psychiatrischen Pflegeplanung zu recht eigenartigen Problemlösungsschritten. Die klinischen Beispiele, die nach diesen Problemlösungsschritten analysiert werden, fallen entsprechend einfach aus. Dies kann an einem Beispiel aus dem Buch von Needham (1991) veranschaulicht werden. Es geht um einen Patienten, der nicht selbst telefonieren kann (Tab. 1).

| Problem | Ziel | Maßnahme |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ◆ kann nicht selbständig telefonieren | <ul style="list-style-type: none"> ◆ telefoniert selbständig bis zur Entlassung | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Anleitung zum Telefonieren durch Bezugsperson ◆ telefoniert mindestens zweimal die Woche unter Aufsicht der Bezugsperson ◆ telefoniert nur in dringenden Fällen von der Station aus |
| <p><i>Ressource:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ kennt die nötigen Münzen | | |

Tab. 1: Pflegeplanung

Unseres Erachtens handelt es sich bei der Unfähigkeit zu telefonieren nicht um ein neutrales Handlungsdefizit, sondern um eine Unfähigkeit, die im Zusammenhang von Beziehungen bzw. von Beziehungsschwierigkeiten steht. In dem Beispiel fehlen Hinweise dafür, wie ein solches Verhalten zu verstehen ist.

- Will der Patient nicht telefonieren, weil er sich nicht melden will?
- Ist ihm das Geld für das Telefonieren zu schade, weil er es für Zigaretten braucht?
- Hat er früher keine Gelegenheit gehabt, telefonieren zu lernen?
- Ist ihm das Telefonieren durch Stimmen oder andere Beeinflussungserlebnisse unmöglich geworden?

Auch in der psychiatrischen Pflege ist es wichtig zu verstehen, warum ein Mensch etwas tut oder nicht tut. Es ist absurd, wenn man in der Pflege bei psychischen Krankheiten genau so planen wollte wie in der somatischen Medizin. Vielmehr geht es darum, sich den bewußten und unbewußten Sinnzusammenhang des Verhaltens zu vergegenwärtigen, um zu klären, um was für ein Problem es sich eigentlich handelt. Wünsche und Widerstände sind dabei zu berücksichtigen:

- Hat der Patient ein Interesse zu telefonieren?
- Wen will er anrufen und wen nicht?
- Möchte er, daß jemand beim Telefonieren dabei ist?

Und nicht zuletzt:

- Welche Phantasien haben wir in bezug auf den Patienten, wenn es ums Telefonieren geht?

Der Einfluß von Beziehungen auf das Verhalten wird in solchen Pflegeplanungsschemata nicht berücksichtigt, obwohl der Einfluß von Beziehungen auf das Verhalten offensichtlich ist. Eindrucksvoll ist beispielsweise, wie sich eine Station am Abend entspannen kann, wenn die Tagesschicht geht. Die Nachtschwester auf der Station gestaltet ihre Beziehung zu den Patienten notwendigerweise anders als der Tagdienst. Das kann zur Folge haben, daß vorher gereizte Patienten augenblicklich ruhiger werden.

Für die therapeutische Beziehung und für die Pfllegetätigkeit ist es wichtig, Interesse für die Einstellungen und Gedanken des Patienten zu haben, ihn zu fragen und ihm eigene Positionen mitzuteilen. Sonst kann leicht eine noch so gut gemeinte Maßnahme, wie das Telefontraining, in Manipulation übergehen, gegen die sich der Patient zu Recht wehrt.

Eine Psychose verbindet sich immer mit einer Katastrophe im Netz der zwischenmenschlichen Beziehungen. Dies führt bei allen Beteiligten (Patient, Familienangehörigen, professionellen Helfern etc.) zu Verunsicherung und heftigen, teils widersprüchlichen Gefühlen.

Das Besondere an diesem Buch ist der Versuch, Patienten zu verstehen, indem wir eigene Gefühle reflektieren. Wir können als »normale« Personen in Beziehungskrisen ähnliche Gefühlsreaktionen entwickeln wie unsere Patienten, jedoch

zum Glück meist nicht so intensiv und nicht von so langer Dauer. Wir versuchen hier zu klären, um welche Gefühle es dabei geht.

Das Gefühlsleben in der Depression hat beispielsweise wenig mit der uns bekannten Trauer zu tun. Kränkung, Beschämung, Enttäuschung und Überlastung sind allerdings einige der Situationen, die Gefühlsabläufe in uns hervorrufen können, wie wir sie in der Klinik in extremer Form bei anderen beobachten. Bei Psychosen ist die kognitive Einschränkung bzw. die verminderte Informationsverarbeitungsfähigkeit in wissenschaftlichen Untersuchungen meßbar; die Gefühlsveränderungen sind es jedoch nicht. Ciompi (1982) hat in seiner Theorie der »Affektlogik« aufgezeigt, wie eng affektive und kognitive Vorgänge miteinander verbunden sind.

Unsere Überlegungen gehen von den affektiven Veränderungen aus, die wir ansatzweise in der Selbstreflexion beobachten können und die unsere kognitive Leistung beeinflussen. Auch dies ist allgemein bekannt. Leistungssportler müssen z.B. »mental gut drauf« sein, um Höchstleistungen zu erbringen. Wir können an uns selbst beobachten, daß Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen auftreten, wenn wir uns mit einer Kränkung herumschlagen (S. 181 ff). Daher erscheint uns die Frage, ob Gefühlsstörung oder kognitive Veränderung primär seien, genauso unklarbar wie die Frage, was zuerst war: Henne oder Ei?

Mit dem dargestellten Weg, sich auch gefühlsmäßig in die Arbeit einzubringen und die Beziehungsebene zu reflektieren, hoffen wir, eine Möglichkeit aufzuzeigen, wie wir eigene positive Entwicklungen in der psychiatrischen Arbeit, die wir lieben, durchmachen können.