

„Irrenoffensive“:

Psychosen bändigen ohne Psychiatrie?

Was viele Experten für unmöglich hielten, erweist sich in „Psychoseseminaren“ und Selbsthilfegruppen als erfolgversprechendes Modell: Psychosekranken Menschen können ihren Wahnsinn selbst beeinflussen. Welche Potentiale und Perspektiven hat die bundesweit proklamierte „Irrenoffensive“? Steht die Psychiatrie vor einer weitreichenden Neuorientierung?

Mehr als eine Million Menschen in Deutschland wissen, was es heißt, Stimmen zu hören, die andere Menschen nicht wahrnehmen, sich in eine eigene Wahnwelt einzuspinnen, himmelhoch jauchzend oder zu Tode betrübt zu sein. Sie gelten als schizophren, manisch oder schwer depressiv.

Lothar ist einer von ihnen. In seinen verrückten Zeiten kann er nicht mehr zwischen Innen- und Außenwelt unterscheiden: „Dann sitze ich in der S-Bahn, und plötzlich kommt es mir so vor, als seien meine Gedanken nicht mehr nur in meinem Kopf, sondern für alle anderen hörbar. Jeder weiß, was ich gerade denke.“ Er ist sich dann sicher, daß alle nur ihn beobachten: „Der Fahrgast mit Handy ist ein Spion des Vatikans. Die Inquisition ist schon auf dem Weg, das Todesurteil schon gesprochen.“ Lothar gerät in Panik, irrt durch die Straßen, flüchtet schließlich in seine Wohnung und verbarrikadiert sich, weil der Todesengel schon vor der Tür steht. Seine Eltern und Freunde sind ratlos – meist braucht es viel Geduld, bis sie ihn überzeugen können, mit in die nächste Klinik zu kommen. Die Diagnose seiner Ärzte: Schizophrenie.

Niemand weiß genau, wie der Wahnsinn entsteht und wovon es abhängt, ob jemand als Dauerpatient in der Psychiatrie landet oder der wahnhafte Stimmen- und Verfolgungsspek nach einigen Tagen von alleine verschwindet. Forschern und Praktikern wird eines allerdings immer klarer: Der Einfluß der Betroffenen wurde vollkommen unterschätzt.

Lange haben Wissenschaftler nach einer konkreten Ursache gesucht – seien es die Gene, eine „schizophrenogene Mutter“ oder Umweltgifte. Heute nimmt man im Rahmen des weltweit anerkannten „Verletzlichkeit-Streß-Modells“ an, daß bei einer Psychose verschiedene Faktoren zusammenwirken müssen. Ob und wie sich die Betroffenen aber selbst den Wahnsinn vom Leibe halten, wie sie mit ihrer Krankheit, ihren Beeinträchtigungen und dem sozialen Stigma umgehen können, wird in diesem Modell nicht berücksichtigt. Über Jahrhunderte hinweg war nur von der Ohnmacht der Patienten und der Omnipotenz ihrer Helfer die Rede. Dieses Denken hat sich nicht nur in den Köpfen vieler professioneller Helfer festgesetzt, sondern ebenso bei den betroffenen Menschen selbst.

Auch Lothar klagt heute, daß ihn kein Arzt oder Psychologe jemals aufforderte, selbst etwas gegen seine Krisen zu tun. Jahrelang wurde er bei jedem Arztbesuch immer nur gefragt, ob er seine Medikamente auch regelmäßig einnehme. Es brauchte drei stationäre Aufnahmen, bis er schließlich an einer Rückfallvorbeugungsgruppe teilnehmen konnte. Dort verstand er zum

ersten Mal, daß Krisen nicht über ihn hereinbrechen müssen wie ein namenloses Schicksal, sondern daß er rechtzeitig etwas tun kann.

Inzwischen hat er gelernt, sich besser zu beobachten, und spürt rechtzeitig vor einer Krise die kleinen Verletzungen, die ihn früher in den Wahnsinn getrieben haben: „Ich war so erleichtert, als ich begriff, daß ich nicht länger hilflos bleiben muß, sondern mich selber schützen kann.“ Er braucht zwar weiterhin Medikamente, aber bedeutend weniger als früher; für ihn ist die Krankheit „nicht mehr so allmächtig und bedrohlich“, er fühlt sich wieder stärker und hat weniger Angst.

Wir alle haben bestimmte Vorstellungen darüber, warum Krankheiten entstehen und wie wir sie beeinflussen können. Wer erfährt, daß er Opfer eines automatisch ablaufenden biologischen Prozesses ist, wird sich kaum auf die häufig mühsame Suche nach eigenen Anteilen und Einflußmöglichkeiten machen. Wer von seinem Arzt gesagt bekommt: „Das sind die Gene, Sie können da gar nichts machen, außer auf die Wirkung der Medikamente vertrauen“, der richtet sich darauf ein, paßt sich an – und gibt letztlich auf. Wer sich dagegen auf eigene Faust einen Psychotherapeuten oder eine Selbsthilfegruppe sucht, braucht innere Stärke und Selbstbewußtsein.

Selbsthilfe – in der Psychiatrie? Selbsthilfe mag bei vielen Leiden sinnvoll sein, doch dem Wahnsinn rückt man damit nicht zu Leibe – so jedenfalls sieht es die klassische Psychiatrie. Neuerdings muß sie sich indes eines Besseren belehren lassen. Immer mehr psychosekranke Menschen widersetzen sich der verordneten Ohnmacht und Hilflosigkeit. Auf ihrer Reise ins eigene Selbst wollen sie Experten in eigener Sache werden.

„Einmal verrückt, immer verrückt!“ weiß der Volksmund – und irrt gewaltig. Denn Psychosen verlaufen meist phasenhaft: Auf lange gesunde Zeiten folgen kurze Episoden verrückten Erlebens. Je früher Selbsthilfe ansetzt, desto größer ist der Handlungsspielraum – wer sich bereits zur Rettung der Menschheit berufen fühlt, der hat Wichtigeres zu tun, als sich selbst zu helfen. Doch bis dahin sind die Selbsthilfe- und Vorsorgemöglichkeiten psychosekranker Menschen vielfältig: Man kann lernen, Krisen rechtzeitig zu erkennen, mit Belastungen anders als psychotisch umzugehen, Hilfe zu finden, die eigenen psychischen „Abwehrkräfte“ zu stärken und sogar den Sinn hinter dem Wahnsinn zu verstehen.

Immer häufiger suchen Patienten jedenfalls eigene Wege der persönlichen Vorsorge und Selbsthilfe. Was vor einigen Jahren in Randbereichen der Psychiatrielandschaft seinen Anfang nahm, könnte sich zu einer neuen bundesweiten Reformbewegung entwickeln: An immer mehr Orten gründen Betroffene besondere Selbsthilfegruppen und „Psychoseseminare“. In Großstädten bilden sich Selbsthilfeorganisationen, die mit eigenen Mitarbeitern nicht nur versuchen, Selbsthilfe zu fördern, sondern auch Einfluß auf die Psychiatrie zu nehmen. Betroffene haben sich auf Bundesebene zum Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) zusammengeschlossen. Das Selbstbewußtsein vieler Expatienten ist also erwacht, wer früher als „psychisch krank“ galt, nennt sich heute „psychoseerfahren“ – was den Körperbehinderten die „Krüppelbewegung“, ist den Psychoseerfahrenen die „Irrenoffensive“.

Um mit ihrer Krankheit besser zurechtzukommen, entwickeln fast alle Betroffenen eigene Strategien. Viele dieser persönlichen Bewältigungsversuche sind äußerst wirkungsvoll und daher für die psychiatrische Forschung von besonderem Interesse: Da geht ein Stimmenhörer nur noch mit Walkman aus dem Haus, ein anderer vergewissert sich bei Freunden, ob das, was er hört, von den anderen auch wahrgenommen wird.

„Selbst checken, ob es wieder rundgeht und wie man damit umgeht“, unter diesem Leitsatz versucht eine Arbeitsgruppe des BPE, Strategien zu finden, wie der Wahnsinn rechtzeitig erkannt werden kann. Sie hat eine ausführliche Liste mit über 100 Veränderungen zusammengetragen, die eine drohende Krise ankündigen. Da finden sich Schlafstörungen ebenso wie Gereiztheit, Rückzug oder eine veränderte Wahrnehmung von Farben, Gerüchen, Geschmack oder Temperatur. Beim einen ändern sich die Träume, dem anderen geht seine geliebte Katze plötzlich aus dem Weg.

Diese Anzeichen sind wie eine auf Gelb geschaltete Ampel: Hier sind Vorsicht und Innehalten angeraten. Möglicherweise sollte der Betroffene sich krankschreiben lassen, ein paar Tage verschlafen, belastende Situationen vermeiden oder seine Medikamentendosis erhöhen. In Neudeutsch heißt das: Streßmanagement.

Betroffene und professionelle Helfer arbeiten dabei unabhängig voneinander an sehr ähnlichen Konzepten. So versucht der Psychologe Bernd Behrendt an der psychiatrischen Tagesklinik in Homburg, diese sogenannten Frühwarnzeichen zu erkennen und für die weitere Krisenvorsorge zu nutzen. Er erarbeitet mit dem Betroffenen ein individuelles Rückfalldiagramm, um die innere Logik der Entwicklung bestimmter Symptome und die jeweiligen Bewältigungsstrategien zu erfassen. Der Psychologe versucht zudem sehr behutsam, Zusammenhänge zur Biographie des Patienten herzustellen. Er beklagt die Einseitigkeit neuroleptischer Dauermedikation und fordert eine effektivere Krisenprophylaxe durch eine Kombination medikamentöser und psychologischer Behandlung.

Wie weit individuelle Einflußmöglichkeiten reichen und welches Potential im Selbsthilfeansatz liegt, darüber kann derzeit nur spekuliert werden. Für den amerikanischen Sozialpsychiater J. S. Strauss ist es jedenfalls peinlich, daß die Psychiatrie solange Eigenpotentiale und Initiativen der Patienten außer acht ließ. Strauss kritisiert, was vor allem die Betroffenen selbst bemängeln: Es scheint, als habe die psychiatrische Forschung ihren Forschungsgegenstand, den psychisch Kranken, mancherorts noch nicht entdeckt.

Die Kluft zwischen traditioneller Psychiatrie und zunehmend selbstbewußter werdenden Expatienten bleibt bestehen. Während die biologisch orientierte Psychiatrie einen immensen Aufschwung erlebt, plädieren immer mehr Betroffene für einen partnerschaftlicheren Umgang und eine Behandlung, die nicht nur auf Medikamente setzt. Und sie finden zunehmend Gehör und werden von professioneller Seite unterstützt. So gibt es beispielsweise in vielen Kliniken sogenannte psychoedukative Gruppen und Trainings, in denen man nicht über den Betroffenen spricht, sondern mit ihm. Patienten werden über ihre Erkrankung und jeweilige Behandlungsformen ebenso informiert wie über eigene Möglichkeiten, die Krankheit zu beeinflussen und drohende Krisen zu erkennen.

Nun geht es um „Bewältigungsforschung“: Eine Krankheit muß nicht nur behandelt, sie muß auch bewältigt werden. Was bei Leiden wie Allergien oder Krebs seit langem selbstverständlich ist, steckt bei psychiatrischen Erkrankungen aber noch in den Kinderschuhen. Wie gehen Betroffene mit ihren Symptomen und Einschränkungen um? Wie versuchen sie, sich selbst vor weiteren Krisen zu schützen? Wie wirkt sich der Umgang mit der Erkrankung auf den weiteren Krankheitsverlauf aus?

Solche psychoedukativen Gruppen sind besonders in Psychiatrien notwendig: Das Informationsbedürfnis ist hoch, der tatsächliche Informationsstand aber meist nur dürftig. So kennt etwa jeder zweite Psychosekranke seine eigene Diagnose nicht – viele Fachkräfte nehmen es mit ihrer Aufklärungspflicht offensichtlich nicht so genau. Zahlreiche Patienten

können in Befragungen nicht angeben, wie die Medikamente heißen, mit denen sie behandelt werden, viele kennen ihre Nebenwirkungen nicht. Das hat Folgen: Medikamente werden frühzeitig abgesetzt, weil den Betroffenen Sinn und Notwendigkeit einer weiteren Einnahme nicht hinreichend klargemacht wurde. Eigene Einflußmöglichkeiten bleiben ungenutzt, denn wer sich selbst helfen soll, der muß verstehen, was mit ihm vor sich geht. Erste Studien zeigen, daß Patienten seltener rückfällig werden, wenn sie neben der „Standardversorgung“ an psychoedukativen Gruppen und Trainings teilnehmen.

Ein anderer Weg, miteinander ins Gespräch zu kommen, wird in den mittlerweile rund hundert Psychoseseminaren im deutschsprachigen Raum besprochen: Hier soll es keinen Monolog oder Dialog einzelner Beteiligter geben, sondern im Mittelpunkt steht ein „Dialog“ zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften. Sie tauschen sich über ihre Erfahrungen mit Psychosen aus, versuchen diese Erkrankungen besser zu verstehen und die unterschiedlichen Bedürfnisse der Beteiligten zu integrieren.

Für Gottfried Wörrishofer von der Münchner Gruppe der Psychiatrie-Erfahrenen besteht eine Hauptaufgabe der therapeutischen Arbeit darin, bei den Betroffenen Lust an der Selbsterforschung zu wecken und zu fördern. Der Lebensweg eines psychosebetroffenen Menschen, meint der selbst psychoseerfahrene Sozialpädagoge, müsse sich notwendigerweise zu einer „Forschungsreise“ wandeln, wenn sein Leben nicht auf irgendeinem Abstellgleis enden solle. Für Wörrishofer kommt Selbsthilfe daher einem Paradigmenwechsel gleich: „War ich vorher ein defektes Selbst, das sich in der Hoffnung auf Heilung zur Reparatur, der Behandlung abliefern, wird der emanzipierte Patient nun versuchen, ein Experte auf seinem Gebiet – und das ist sein Selbst – zu werden.“ Die Erkrankung sei ein „radikaler Auftrag zur Selbsterforschung“.

Doch diese Seelenschau heilt nur selten eine Psychose, auch mit Selbsthilfe ist niemand vor einer weiteren Krankheitsphase sicher. Betroffene können aber lernen, besser mit den Krisen und möglichst lange ohne sie zu leben. Wörrishofer plädiert daher für eine bestimmte Haltung des Betroffenen sich selbst gegenüber, die er „gelassene Wachsamkeit“ nennt. Wer weitere Krisen vermeiden möchte, muß sich ständig bereithalten, drohende Überforderungen oder erste Anzeichen des Wahnsinns zu bemerken und richtig darauf zu reagieren; nur sollte diese Wachsamkeit mit einer gewissen Gelassenheit einhergehen, sonst werden Angst und ständige Selbstbeobachtung in einem Teufelskreis selbst zum Auslöser einer neuen Krise.

Die Selbsthilfe-Idee wird im übrigen auch von der „Empowerment-Bewegung“ gestützt, die Betroffene nicht länger als „behandlungsbedürftige Mängelwesen“ versteht, sondern sie zu Experten in eigener Sache machen möchte. Der Sozialpsychologe Wolfgang Stark vom Münchener Selbsthilfezentrum plädiert nachdrücklich dafür, die Beziehungen zwischen Professionellen und Psychiatrie-Erfahrenen auf einer gleichwertigen Grundlage zu gestalten: In der Philosophie des Empowerment sei Erfahrungswissen der Betroffenen genauso viel wert wie die wissenschaftlichen Erkenntnisse und methodischen Ansätze von Experten. Stark geht es um eine professionelle Haltung, die sich an einer gleichberechtigten Zusammenarbeit orientiert. Nur so könnten das Selbstwertgefühl der betroffenen Menschen gestärkt und die Handlungs- und Durchsetzungsfähigkeit einzelner gefördert werden. Ein ebenso wichtiges wie schwer zu erreichendes Ziel.

Daß sich aber vieles bewegt, zeigen Beispiele wie die Bielefelder Psychiatrische Klinik Gilead; dort versuchten Expatienten und Mitarbeiter gemeinsam zu klären, wie bei der Akutbehandlung mehr Mitsprache erreicht werden könnte. In die von ihnen entworfene „Behandlungsvereinbarung“ setzen Betroffene und viele professionelle Helfer bundesweit

große Hoffnungen. Aufsehen erregt diese Vereinbarung vor allem deshalb, weil erstmals Betroffene in gesunden Zeiten mitentscheiden können, was mit ihnen geschieht, wenn alle Vorsorge umsonst war und nur noch der Weg in die Klinik übrigbleibt: Mit welchen Medikamenten und welchen anderen therapeutischen Maßnahmen möchte der Betroffene behandelt werden? Wie soll mit ihm in kritischen Situationen umgegangen werden? Welche Mitarbeiter genießen das Vertrauen des Patienten?

„Neu ist, daß es um einen partnerschaftlichen Umgang miteinander geht und um das gemeinsame Bemühen, an den Bedingungen in der Psychiatrie etwas zu ändern“, betont die Psychologin Angelika Dietz, die gemeinsam mit Betroffenen die Behandlungsvereinbarung maßgeblich entworfen hat. Sie ist überzeugt, daß sich durch die konkreten Wünsche, Rückmeldungen und Forderungen der Patienten auch die Einstellung der Mitarbeiter in der Klinik verändert. Mehrere Kliniken haben inzwischen solche Behandlungsvereinbarungen eingeführt, andere wollen folgen. Wie groß das Interesse ist, zeigte der Andrang im letzten Jahr, als eine Tagung zum Thema mehrere hundert Psychose-Erfahrene, professionelle Helfer und Angehörige in der Bielefelder Großklinik Bethel zusammenführte.

Die Aufbruchstimmung ist vielerorts spürbar, wenn es darum geht, die Wünsche der Betroffenen in die Behandlung einzubeziehen. So wurde in München ein „Krisenpaß“ entwickelt, den psychiatrienerfahrene Menschen immer bei sich tragen können. Was bei Epilepsie oder Diabetes seit Jahren selbstverständlich ist, soll nun auch in den Psychiatrien Einzug halten: ein Ausweis, der für die Betroffenen spricht, wenn diese selbst dazu nicht mehr in der Lage sind. Der behandelnde Arzt erfährt so, welche Erfahrungen sein Patient bisher mit welchen Medikamenten gemacht hat, welche Vertrauenspersonen benachrichtigt werden sollten und wie sich der Patient ansonsten eine optimale Behandlung vorstellt.

Andreas Knuf ist Diplompsychologe in München; er hat zusammen mit Anke Gartelmann den Ratgeber „Bevor die Stimmen wiederkommen – Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen“ herausgegeben (Psychiatrie-Verlag, Bonn 1997).

Selbsthilfe in der Psychiatrie:

Krisen ohne Klinik?

Wie andere psychisch Kranke fand auch Regina Bellion aus Bremen eigene Wege der Selbsthilfe. Jahrelang hatte sie bereits Medikamente genommen, als ihr Arzt ihr eröffnete, sie bleibe vermutlich ihr ganzes Leben auf die Psychopillen angewiesen. „Da kam ich zu der Entscheidung, mich besser umzubringen, denn das Leben hinter einer undurchdringlichen neuroleptischen Mauer war nicht mehr mein Leben“, berichtet sie. „Aber ich beschloß, vorher auszuprobieren, ob es noch andere Möglichkeiten gibt. Zusammen mit Freunden machte ich mich auf diesen Weg. Wir wußten nicht, ob sich eine Psychose zu Hause durchstehen läßt. Wir wußten nicht, wie lange eine Psychose dauert, wenn sie nicht mit Neuroleptika bekämpft wird. Wir wußten nicht einmal, ob eine Psychose ohne Medikamente irgendwann aufhören würde.“

Ärzte und Psychologen staunen über die positiven Erfahrungen von Regina Bellion und ihren Freunden. In ihren Krisen begleiten und unterstützen sie sich gegenseitig, rund um die Uhr ist ein Freund anwesend, der dafür sorgt, daß der Kranke trinkt, genügend Ruhe hat und niemanden in Gefahr bringt. So gelingt es ihnen, psychische Krisen ohne Klinik und ohne

Medikamente zu durchleben. „Selten brauchen wir für eine Psychose länger als eine Woche“, so Regina Bellion, „oft nur einen Tag oder sogar nur Stunden.“ An die Begleiter werden hohe Anforderungen gestellt: Sie müssen Ruhe bewahren, auch wenn der Betreute in Panik gerät oder sogar gewalttätig wird. Nach ihren Erfahrungen ist eine ruhige Atmung in der psychotischen Zeit besonders wichtig. „Es hilft, den psychotischen Menschen die Hände auf Bauch und Brustkorb zu legen, ihnen den Bauch zu streicheln und sie aufzufordern, gemeinsam hörbar zu atmen.“

Die Betroffenen selbst sind keinesfalls blauäugig: Sie wissen, wie gefährlich Psychosen sein können. Sie wissen, daß ihre Selbsthilfe Grenzen hat – manchmal bleibt doch nur die psychiatrische Klinik. Und sie wissen, daß ihre Erfahrungen nicht auf andere übertragbar sind: Was dem einen hilft, kann dem anderen sogar schaden.

Was immer mehr Kranke in dieser besonderen Form von psychiatrischer Selbsthilfe entdeckt haben, erinnert an die Erfahrungen des Schweizer Sozialpsychiaters Luc Ciompi mit seinem Berner „Soteria“-Projekt: Dort wird auf ähnliche Weise versucht, psychotische Krisen mit menschlicher, sozialer Zuwendung zu behandeln – seine „Soteria“ erinnert auch eher an ein Wohnhaus als an eine psychiatrische Station. Ciompi konnte wiederholt zeigen, daß unter bestimmten Bedingungen tatsächlich ein Bruchteil der üblichen Medikamente ausreicht, um Psychosen erfolgreich zu behandeln.

Auch die Befunde des Zürcher Psychiaters Christian Scharfetter zeigen, wie hilfreich körperorientierte Behandlungsmethoden in der Krise sein können. „Wir müssen lernen“, betont Scharfetter, „die körperliche Existenz der Patienten in der Therapie durch bewegungs- oder atemtherapeutische Maßnahmen zu beachten: mit ihm atmen, sich bewegen, sich halten, stehen, gehen, greifen und so weiter.“ Hier kommen also Psychiater und Patienten – auf unterschiedlichen Wegen und mit ganz verschiedenem Hintergrund – zu erstaunlich ähnlichen Ergebnissen.

Wahn-Sinn:

Die Psychose als Glückserlebnis?

Eine Psychose ist per Definition eine schwere Krankheit, die dringend einer psychiatrischen Behandlung bedarf. Da paßt es nicht ins Bild, wenn einige Betroffene ihre Psychose als Selbstfindung bezeichnen oder von den schönen Seiten des Wahnsinns berichten: wie sie sich unsterblich oder allmächtig gefühlt haben, mit Gott verbunden oder von ihm gelenkt und geführt. Eine junge Frau erzählt: „Ich fühlte mich aufgefangen und hatte den Eindruck, daß für mich gesorgt wird und mir nichts Schlimmes passieren kann.“

Psychosekranken Menschen können durch ihr Verhalten nicht nur weitere Krisen vermeiden, sondern sie im Gegenteil geradezu fördern. Auch wenn psychotisches Erleben in der Regel mit viel Angst und Schrecken, mit Verunsicherung und tiefer Einsamkeit verbunden ist, so fühlen sich viele Betroffene zeitweise von ihrer Psychose angezogen – Grauen und Glück liegen manchmal eng beieinander. So wie bei Hanna, die genau weiß, daß sie wieder an den Rand der Psychose gerät, wenn sie einige Stunden bestimmte meditative Tänze macht. Die Frau, die bereits mehrere schizophrene Phasen erlebt hat, weiß auch, daß sie dann nur noch einen Schritt weitergehen müßte, wenn sie wollte ... „Wenn ich mir vorstelle, mein ganzes

Leben geht so trist weiter wie im letzten Jahr“, berichtet sie, „hätte ich fast gerne wieder eine Psychose“ – dann könnte sie nämlich „wieder etwas Interessantes“ erleben.

Hanna hätte ihre Psychose gern soweit im Griff, daß sie das euphorische Gefühl der Anfangszeit genießen könnte, ohne am Ende doch wieder vollkommen verwirrt auf der geschlossenen Station zu landen. Ähnlich ergeht es auch anderen psychoseerfahrenen Menschen: Sie experimentieren mit ihrem Erleben, versuchen, die Tiefen ihrer Seele auszuloten, ohne dabei in allzu gefährliche Gewässer abgetrieben zu werden. Aber „im Griff“ hat die Psychose letztlich fast niemand.

Über die Verlockung des Wahnsinns wird unter professionellen Helfern nicht gerne gesprochen. Und auch die Betroffenen selbst sind sehr vorsichtig mit ihren Schilderungen. Zu groß ist die Angst, als „krankheitsuneinsichtig“ zu gelten oder eine höhere Dosis Medikamente verordnet zu bekommen.

Da Forschung in diesem Bereich fast völlig fehlt, weiß man heute wenig darüber, wie sich psychosekranke Menschen durch eigenes Verhalten in Psychosenähe bringen oder aber die Klippen einer Krise selbst umschiffen. Bisher sind es erst wenige Psychologen und Ärzte, die sich mit der Anziehungskraft der Psychosen auseinandersetzen. Einer von ihnen ist der Hamburger Psychologe Thomas Bock, der Begründer der „Psychoseseminare“.

Bock wendet sich gegen die herrschende Vorstellung, die Krankheit überfalle den einzelnen. Vielmehr bestünden häufig Einfluß- und Steuerungsmöglichkeiten. Zudem könne die Psychose geradezu gesucht werden, weil sie bestimmte Bedürfnisse befriedige. Bock weiß, daß nicht nur manische Phasen mit ihren himmelhochjauchenden Stimmungen besonders anziehend wirken, vielmehr könne auch die häufig mit Angst verbundene schizophrene Psychose als positiv erlebt werden.

Der Psychologe fand in vielen Befragungen heraus, daß Psychosen sogar eine Suchtdynamik entfalten können: „Psychose und Sucht verhalten sich nicht nur additiv, so wie man Läuse und Flöhe haben kann“ – vielmehr könne eine Psychose geradezu gesucht werden. Das psychotische Erleben sei manchmal so vielfältig und bunt, daß es gegenüber dem grauen Alltag besonders attraktiv erscheint: So spricht eine psychoseerfahrene Frau von der „Anziehungskraft des Bösen“. Einer der Betroffenen vergleicht den Anfang seiner Krisen gar mit einem Urlaubsbeginn: Alles sei verändert – und das löse auch Gefühle von Befreiung aus.

Kontaktadressen

Wer sich für die Arbeit der psychiatrischen Selbsthilfe interessiert und regionale Kontakte knüpfen möchte, kann sich an folgende Adressen wenden:

- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener
Thomas-Mann-Straße 49a
53111 Bonn
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V.
Thomas-Mann-Straße 49a
53111 Bonn

(Adressen von über 60 Selbsthilfegruppen finden sich auch in dem Buch „Bevor die Stimmen wiederkommen — Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen“, herausgegeben von Andreas Knuf und Anke Gartelmann, Psychiatrie-Verlag, Bonn.)