

SYSTEMISCHE THERAPIE



Jochen Schweitzer  
Bernd Schumacher

# Die unendliche und endliche Psychiatrie

Zur (De-) Konstruktion  
von Chronizität



CARL-AUER

**Carl-Auer**



# **Die unendliche und die endliche Psychiatrie**

---

**Jochen Schweitzer/Bernd Schumacher**

Zur (De-)Konstruktion der Chronizität

**Online-Ausgabe 2011**

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)	Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Friedrichshafen)	Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Bernhard Blanke (Hannover)	Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)	Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Alfter bei Bonn)	Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)
Dr. Barbara Heitger (Wien)	Jakob R. Schneider (München)
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)	Prof. Dr. Jochen Schweitzer (Heidelberg)
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)	Prof. Dr. Fritz B. Simon (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)	Dr. Therese Steiner (Embrach)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Potsdam)	Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin (Heidelberg)
Dr. Roswita Königswieser (Wien)	Karsten Trebesch (Berlin)
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)	Bernhard Trenkle (Rottweil)
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Schwäbisch Hall)	Prof. Dr. Sigrid Tschöpe-Scheffler (Köln)
Tom Levold (Köln)	Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)
Dr. Kurt Ludewig (Münster)	Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)
Dr. Burkhard Peter (München)	Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)	Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)
Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)	

Über alle Rechte der deutschen Ausgabe verfügen  
Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH; Heidelberg  
Umschlaggestaltung: nach Entwürfen von Göbel/Riemer  
Foto: © Mr. Nico – photocase  
Satz: Adriana Carcu  
Online-Ausgabe 2011  
ISBN 978-3-89670-811-3  
© 1995, 2011 Carl-Auer Verlag, Heidelberg

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.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren  
und zum Verlag finden Sie unter: [www.carl-auer.de](http://www.carl-auer.de).

Wenn Sie unseren Newsletter zu aktuellen Neuerscheinungen  
und anderen Neuigkeiten abonnieren möchten, schicken Sie  
einfach eine leere E-Mail an: [carl-auer-info-on@carl-auer.de](mailto:carl-auer-info-on@carl-auer.de).

Carl-Auer Verlag  
Häusserstr. 14  
69115 Heidelberg  
Tel. 0 62 21-64 38 0  
Fax 0 62 21-64 38 22  
E-Mail: [info@carl-auer.de](mailto:info@carl-auer.de)

.....

# Inhalt

**Vorwort von Luc Ciampi ... 8**

**Über dieses Buch ... 13**

**I. Einführung: Systemische Wege aus chronischen Patientenkarrieren ... 15**

**II. Die Zeit, die Gene und der Service: Kontroverse Grundfragen ... 27**

1. Die unendliche und die endliche Psychose – Über Chronizitätskonzepte in der psychiatrischen Ideengeschichte ... 28
2. Der Schizokokkus – Resultate und mögliche Konsequenzen der biologischen Schizophrenieforschung ... 47
3. Kundenorientierung – Psychiatrie als Dienstleistung ... 60

**III. Praxisforschung im Versorgungsalltag: Probleme und Lösungen ... 81**

1. Systemische Praxisforschung in der Sozialpsychiatrie – Wie, wer, wozu? ... 82
2. Sozialpsychiatrische Dienste – Nötige und unnötige Mühsal ... 88
3. Psychiatrische Wohnheime und Arbeitsprojekte – Individuation für Klienten und Mitarbeiter ... 115
4. Der ambulante Umgang mit „Pathologie“ und „Chronizität“ im Sozialpsychiatrischen Dienst mit betreutem Wohnangebot ... 156

#### **IV. Handwerkszeug systemischer Psychiatrie ... 201**

1. Die Firma – Zur Konstruktion von Rehabilitation ... 202
2. Die Angst des Rechtsbrechers vor der Freiheit – Autonomie in der forensisch-psychiatrischen Vollversorgung ... 229
3. Der Mann mit Ambitionen und der Depp von der Behindertenwerkstatt – Ein Fallbeispiel aus der ambulanten systemischen Therapie ... 242
4. „Man gönnt sich ja sonst nichts“ – Systemische Strategien der (Selbst-)Supervision ... 264

#### **V. Fazit ... 297**

Entchronifizierung ist möglich, aber es gibt gute Gründe, die Finger davon zu lassen ... 298

#### **Integriertes Literaturverzeichnis ... 302**

#### **Drucknachweise ... 311**

#### **Verzeichnis der Mitautoren ... 313**

#### **Die Autoren ... 316**

.....  
**Mitarbeiter**

Jürgen Armbruster  
Sylvia Bickel-Renn  
Paul Blum  
Ralf Bürgy  
Wolfgang Herzog  
Udo Kramer  
Karl-Heinz Menzler-Fröhlich  
Gabriele Rein  
Frank Pauschert  
Joachim Speicher

Mit gesonderten Beiträgen von:  
Matthias Lauterbach und Andreas Wahlster-Razum

.....

## Vorwort \*

Ein interessantes Buch und ein provokatives Buch, das hoffentlich weitherum Furore machen wird – und zwar nicht nur in der etablierten Sozialpsychiatrie, die darin in erster Linie aufs Korn genommen wird, und schon gar nicht nur bei überzeugten Systemikern, sondern in der Psychiatrie überhaupt, vor allem in der traditionellen Krankenhaus- und Universitätspsychiatrie, in der biologischen Psychiatrie, in der psychiatrischen Forschung!

Wieso als Auftakt zu dem kurzen Vorwort, das zu schreiben ich die Ehre habe, eine derart publicity-verdächtige Aussage? Und dies erst noch von einem eingefleischten Sozialpsychiater und Verfechter der Vulnerabilitätshypothese, der sich durch die Kritik der Autoren durchaus auch selber mitbetroffen fühlt?

Weil ich, angesteckt vom konstruktivistischen Virus, welcher das Buch von Jochen Schweitzer, Bernd Schumacher und Ko-Autoren von A bis Z durchzieht, selber gerne eine sich selbst erfüllende Prophezeiung kreieren und damit im aktuellen Psychriefeld etwas bewirken möchte, was ich für nützlich und notwendig halte: nämlich eine kritische Erschütterung und Hinterfragung von allzu vielen sogenannten Selbstverständlichkeiten und trügerischen Sicherheiten, die sich in der alltäglichen diagnostischen, prognostischen und therapeutischen Praxis der Sozialpsychiatrie (und keineswegs nur dort!) unbemerkt immer wieder einnisten und festsetzen.

Was die Autoren zu sagen haben, geht in der Tat die gesamte Psychiatrie etwas an, denn im Zentrum ihres Fragens und Forschens steht das Thema der Chronizität, und damit zweifellos das wichtigste

\* Luc Ciompi schrieb dieses Vorwort als wir das Buch noch „Die unendliche und die endliche Sozialpsychiatrie“ nennen wollten. Später erweiterten wir den Titel, weil uns vieles auch für stationäre Psychiatrie einschlägig schien. Hätte Luc Ciompi den entgeltigen Titel gekannt, hätte er das Vorwort ein wenig anders geschrieben.



ungelöste Problem zumindest der ganzen sogenannten „schweren Psychiatrie“. Wer immer sich ähnlich wie ich selber entweder im Rahmen von langfristigen Verlaufsuntersuchungen oder bei der Entwicklung von spitalexternen Rehabilitationsdiensten und -methoden mit diesem vielfach vernachlässigten Problembereich vertieft auseinandergesetzt hat, der wird den Autoren zugestehen, daß sehr vieles an Phänomenen der Chronizität nach wie vor im wahrsten Sinne des Wortes fragwürdig ist: Warum, zum Beispiel, ist gerade auch im Kernbereich der Schizophrenie entgegen der alten und heute aufs Neue vielerorts aktuellen kraepelinschen Lehrmeinung auf die Dauer nicht nur eine verblüffende Vielfalt von Bildern und Verläufen, sondern gar nicht allzu selten auch eine überraschende Wendung zum Besseren (manchmal freilich auch zum Schlimmeren) zu beobachten? Von welchen inneren oder äußeren Faktoren hängen solche unerwarteten Rüssel- und Phasensprünge psychotischer Langzeitentwicklung ab? Wie unabänderlich sind in Wirklichkeit die angeblich rein organisch bedingten „chronischen Defekte“ und „Residualzustände“ mit ihren scheinbar so ganz sinnlosen „Minus-symptomen“ wie Gleichgültigkeit, Affektverflachung, sozialer Rückzug? Gehören solche Erscheinungen tatsächlich, wie auch heute noch zumeist angenommen wird, zur „Grundkrankheit“ selber? Oder handelt es sich dabei etwa (wie ich für meinen Teil schon vor Jahren zu vermuten begann) mindestens teilweise um ein „psycho-soziales Artefakt“, erklärbar aus der Kumulation und Wechselwirkung von chroni-zitätsfördernden psychologischen und sozialen Einflüssen auf die Patienten selbst, ihre Familien und die ärztlichen wie nicht-ärztlichen Betreuer, darunter Dauerhospitalisierungen nebst einseitigen oder inadäquaten Behandlungsmethoden, unzweckmäßigen Behandlungssettings, kontraproduktiven Versicherungspraktiken, negativen Vorurteilen und Etikettierungen aller Art, die zu sich selbst erfüllenden Prophezeiungen mit allseitiger Hoffnungslosigkeit und Resignation bei gleichzeitig tiefverwurzelten Ängsten und Widerständen gegen jede Art von Veränderung einer einmal eingeschliffenen Situation im Sinn des berüchtigten Institutionalismus-syndroms eskalieren?<sup>1</sup>

1 Vgl. Ciompi,L.: Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? Argumente und Gegenargumente. *Fortschr.Neurol.Psychiat.* 48:237-248.1980./ Ciompi,L.: Affektlogik, Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Klett-Cotta. Stuttgart 1982.

Nicht wenige Argumente schienen zu Beginn der Achtzigerjahre, als ich eine entsprechende Diskussion pro und contra publizierte, die Artefaktthese durchaus zu stützen und damit nach abhilfebringenden sozialpsychiatrischen Alternativen geradezu zu verlangen. Inzwischen sind vielerorts differenzierte sozial- und gemeindepsychiatrische Dienste entstanden. Gleichzeitig aber ist leider auch klar geworden, daß Chronizität und Institutionalismus nicht ausschließlich an große psychiatrische Krankenhäuser alten Schlags gebunden sind, sondern sich durchaus auch außerhalb der Spitalmauern entwickeln können, so zum Beispiel in gemeindenahen Teilzeitinstitutionen wie Tageszentren, Rehabilitationswerkstätten oder Wohnheimen, ebenso wie in den Familien selbst.

Kein Wunder also, daß nun diese sozialpsychiatrischen Settings ihrerseits ins Visier der Kritik geraten und (unter anderem) von systemisch-konstruktivistischer Seite auf chronifizierungsfördernde Einflüsse abgeklopft werden. Obwohl sich die moderne Sozial- und Gemeindepsychiatrie gerne als besonders progressive, gezielt auf Autonomie und Wiedereingliederung ausgerichtete spitalexterne Alternative zur alten chronifizierungsfördernden Anstaltspsychiatrie versteht, werfen ausgerechnet ihr die Autoren heute vor, sie gieße mit ihren Krankheits- und Vulnerabilitätskonzepten ebenso wie mit ihrer „Politik der kleinen Schritte“ einmal mehr als nur alten Wein in neue Schläuche – mit anderen Worten, sie fördere mit ihren üblichen Denkmodellen und Konstrukten die Chronifizierung von Psychatriepatienten in einer abhängigen Patientenrolle mehr als daß sie sie verhindere.

Das muß spannend werden – und in der Tat folgt der Leser, sei er nun ein versierter sozialpsychiatrischer Profi oder ein weniger befangener Außenstehender, den brillant formulierten Gegenthesen der Autoren gegen alles, was für gewöhnlich zum Thema psychische Krankheit und Chronifizierung in den Köpfen von Betreuern, Angehörigen und Patienten selbst steckt, mit viel Interesse, wenn nicht mit amüsiertem oder auch irritiertem Staunen. – „Was tun, um möglichst wenig Veränderung zu bewirken, das heißt so chronisch wie nur möglich zu funktionieren?“ – so fragen sie unter augenzwinkernd radikalkonstruktivistischer Umdeutung aller deklarierten Zielsetzungen sozialpsychiatrischer Betreuungsmethoden und Einrichtungen gekonnt paradox. Hinter ihrem schwarzen Humor steckt indessen auch scharf gepfefferte Kritik. Denn tatsächlich zeigen sie mit einer Fülle von Beispielen, daß eine solche Umdeutung

therapeutisch Sinn machen und fallweise auch Veränderungen in Gang setzen kann, die auf traditionellen Wegen kaum zu erreichen gewesen wären.

Der Schwerpunkt liegt dabei zunächst ganz auf der Praxis – interessanter- und bemerkenswerterweise indessen vorwiegend auf einer Praxis, wie sie sich aus der Perspektive des erfahrenen systemisch orientierten Supervisors ergibt, welche relativierende Distanz und Möglichkeit zu vertiefter auch theoretischer Reflexion schafft. Zusätzlich werden drei als „Praxisforschung“ bezeichnete evaluative Untersuchungen der Wirksamkeit von fallbezogenen Seminaren auf Hospitalisierungsraten und Selbstbild der Patienten vorgelegt, was angesichts des – von den Autoren selbst sehr zu Recht kritisierten – notorischen Mangels an gezielter wissenschaftlicher Forschung auf dem ganzen Gebiet der System- und Familientherapie sicher ebenso lobenswert wie bitter nötig ist.

Vermögen Jochen Schweitzer, Bernd Schumacher und ihre Mitautoren indessen ihren hohen impliziten Anspruch auf Bessermachen mit den eigenen Methoden und Denkansätzen auch wirklich einzulösen?

Das mag angesichts der kleinen und statistisch nicht abgesicherten Fallzahlen, des Fehlens einer validen Vergleichspopulation und der methodologischen Anspruchslosigkeit der erwähnten „Praxisforschung“ wissenschaftlich füglich bezweifelt werden. Auf entsprechende Gegenkritik seitens der angegriffenen Schul- und Sozialpsychiatrie werden sie sich jedenfalls gefaßt machen müssen. Trotzdem gelingt es ihnen, in vielerlei Facetten meines Erachtens überzeugend aufzuzeigen, wie sehr wir alle ständig in Gefahr stehen, den ungelösten Problemen der Chronifizierung unter Berufung auf kaum besser gesicherte, sicher aber weniger reflektierte und nicht selten kontraproduktive Clichés oder „Wirklichkeitskonstruktionen“ aus dem Weg zu gehen. Ebenfalls ausgezeichnet gefallen hat mir die treffende Analyse der Zwischen- und Zwitterstellung der systemorientierten Rehabilitation zwischen professioneller Psychiatrie und Patienten – sowie Angehörigeninteressen auf der einen, und Interessen der Gesellschaft, Versicherungspraktiken etc. auf der anderen Seite, mitsamt den vielen daraus sich allseits ergebenden Ambivalenzen.

Im übrigen ist Kritik kaum die erste Aufgabe eines Vorwortschreibers, auch wenn er selber sich, wie gesagt, implizit mitkritisiert

fühlt. Trotzdem sei die Bemerkung erlaubt, daß etwa zum angeprangerten Vulnerabilitätskonzept (das zumindest von mir keineswegs im Sinn einer obligaten lebenslangen krankhaften Behinderung, wohl aber von durchaus wandelbaren längerfristigen Risiken *und* Chancen gemeint ist), noch manches andere und positivere hätte gesagt werden können. Auch zu weiteren angeschnittenen Fragen, und nicht zuletzt zum radikalen Konstruktivismus selber, hätte mancher Leser angesichts der provokativen Thesen der Autoren abschließend wohl eine vertiefte theorie- und forschungsgestützte Auseinandersetzung mit den angegriffenen Positionen der Schul- und Sozialpsychiatrie gewünscht. Immerhin ist wohltuend, daß auch die Autoren selber gegen Schluß des Buches die Schwierigkeiten und Grenzen der Rehabilitation und sozialpsychiatrischen Arbeit mit Langzeitpatienten und ihren Familien keineswegs verkennen, indem sie mit vorsichtig relativierenden Formulierungen eigenhändig schließlich doch einiges gewöhnliche Wasser in ihren scharf radikalkonstruktivistisch gekelerten neuen Wein gießen.

Was bringt uns das neue Buch aus der kreativen Heidelberger Gruppe, die seinerzeit Helm Stierlin um sich aufzubauen wußte und die inzwischen eine bemerkenswerte Eigendynamik entwickelt hat, mithin sowohl für die alltägliche sozial- und allgemeinpsychiatrische Praxis sowie für die theoretische Reflexion über das „Wesen“ der psychischen Erkrankungen und unsere Art, mit ihnen umzugehen? – Auf diese Frage wird sicher jeder Leser auf seine eigene Weise antworten. Mit großer Wahrscheinlichkeit aber wird sich bei ihm, so vermute ich aufgrund des eigenen Leseerlebnisses, nicht selten Betroffenheit, von Zeit zu Zeit auch empörter Widerspruch, und dann plötzlich wieder freudige Zustimmung regen.

Alles in allem ein Buch also, das an- und aufregt, das viele und nicht selten zentral wichtige Fragen zumindest stellt (wenn auch kaum erschöpfend beantwortet), und das deshalb meiner Meinung nach für alle, die in irgendeiner Weise in der Psychiatrie und Sozialpsychiatrie arbeiten oder sonstwie an psychiatrisch-psychotherapeutischen Fragen interessiert sind, lesens- und bedenkenswert ist.

Luc Ciompi  
Bern, im Dezember 1994

## Über dieses Buch

Dieses Buch entstand in fünfjähriger Kooperation des Erstautors mit zahlreichen systemisch orientierten PraktikerInnen der Sozialpsychiatrie. Es entstand in der Versorgungspraxis, in Team- und Fall-supervisionen und in drei Praxisforschungsprojekten. Am Anfang stand die Idee, systemisch-konstruktivistisches Denken, wie es die „Heidelberger Gruppe“ in ambulanten Familientherapien mit psychiatrischen Patienten und deren Angehörigen entwickelt hat, könne auch stärker chronifizierten Patienten ein Mehr an Wahlmöglichkeiten bezüglich ihrer Lebensgestaltung eröffnen, könnte ein „Leben mit weniger Psychiatrie“ sowie mehr „Ausgänge“ aus einem Leben in psychiatrischer Dauerversorgung, auch aus den modernen ambulanten Ghettos, denkbar werden lassen. Diese Idee galt es zu überprüfen.

Dazu mußten Handlungsideen entwickelt werden, die für jene Kontexte paßten, in denen chronische Psychatriepatienten heutzutage vorwiegend betreut werden: Sozialpsychiatrische Dienste, Wohnheime und Wohngemeinschaften, Beschützte Werkstätten und berufliche Trainingsmaßnahmen u.v.m.. Und es galt, deren Rückwirkungen auf Klienten, Angehörige und Psychiatrieprofis zu beobachten – vor allem in teilnehmender Beobachtung, aber teilweise auch mit empirischer Forschung. Erste kasuistische und empirische Ergebnisse, denen weitere in den nächsten Jahren folgen sollen, weisen auf die Fruchtbarkeit und auf die manchmal unerwarteten Nebenwirkungen systemisch-psychiatrischen Arbeit hin.

Zunehmend wurde uns dabei deutlich, wie vorherrschende Krankheitskonzepte und etablierte Finanzierungsregelungen mögliche Auswege aus chronisch-psychiatrischen Karrieren unwahrscheinlicher machen. Dies führte zur verstärkten theoretischen Auseinandersetzung mit Chronizitätskonzepten in der psychiatrischen

Ideengeschichte, mit den Implikationen der biologischen Psychiatrieforschung, mit der Sozialpolitik und mit der Dienstleistungsphilosophie psychiatrischer Einrichtungen. Ein wesentlicher Ertrag dieser Überlegungen war das Konzept der „Kundenorientierung“ in der Psychiatrie.

Das Buch will also PsychiatriepraktikerInnen sowohl theoretische wie sehr konkret praktische Anregungen für eine „endliche“, d.h. die Klienten und sich selbst nicht chronifizierende Arbeitsweise anbieten.

Der Zweitautor, als Supervisor in unterschiedlichen psychiatrischen Kontexten tätig und als Begleitforscher an diesen Projekten oft beteiligt, hat aus zuvor einzelnen Beiträgen ein Buch „aus einem Guß“ gemacht. Zwei Einzelautoren haben separate Aufsätze geschrieben, zehn Kolleginnen und Kollegen schrieben gemeinsam mit uns einige der Kapitel. Im Autorenverzeichnis sind sie mit ihren Beiträgen aufgeführt.

Wir danken allen weiteren (über 30) Kolleginnen und Kollegen, deren Praxiserfahrungen in dieses Buch eingeflossen sind. Und wir danken den Mitgliedern der Heidelberger Gruppe für häufige Diskussionen über die hier entwickelten Ideen.

Heidelberg, im Januar 1995

Jochen Schweitzer    Bernd Schumacher

.....

# **I. Einführung: Systemische Wege aus chronischen Patientenkarrieren**

## **GIBT ES EIN LEBEN JENSEITS DER PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG?**

Die Psychiatriereform hat seit den 70er Jahren in Deutschland ein Netz außerstationärer Versorgungseinrichtungen aufgebaut. Dieses schuf institutionell die Voraussetzungen dafür, daß chronische Psychiatriepatienten nicht mehr zwangsläufig dauerhaft im Psychiatrischen Krankenhaus bleiben müssen. Parallel dazu (wenn auch viel weniger und inkonsequenter als gefordert) wurde durch eine Reduktion der Betten der „Sog“ der Psychiatrischen Kliniken reduziert.

Heute, Mitte der 90er Jahre, hat dieser Aufbau ein vorläufiges Plateau erreicht (das zugleich von der Tendenz zur Kosteneinsparung wieder bedroht ist). Vielerorts wird nach dieser institutionellen Aufbauphase erste Bilanz gezogen. Deren Trend: Es gibt viel mehr Alternativen zur Klinik und sie werden auch genutzt. Aber es gibt auch mehr „Drehtürpsychiatrie“ und es gibt ein Phänomen, das man „ambulantes Ghetto“ oder „Leben in der Psychiatriegemeinde“ genannt hat. Es stellt sich also die neue Frage: Gibt es nicht nur ein Leben außerhalb der Klinik, sondern gibt es für viele chronifizierte Patienten auch die Option eines Lebens außerhalb der Sozialpsychiatrie?

Unsere These lautet: Wird in den neuen Diensten im alten Geiste gearbeitet, so bekommt man alten Wein in neuen Schläuchen, bekommt man bald Chronizitätsphänomene, die denen in der Klinik nicht ganz unähnlich sind. Wie aber sähe ein neues Denken über psychotisches Erleben und Verhalten (Krankheitslehre) und über psychiatrische Intervention (Behandlungslehre) aus, das die Optionen für eine nicht-chronifizierende Praxis vermehren könnte?

Eine derzeit populäre Option dazu – neben einigen anderen (Alltagstheorie, „Empowerment“-Konzept, Angehörigen- und Betroffenenbewegung) – bietet das systemische Verständnis von Psychosen und das Vorgehen der systemischen Beratung und Therapie. Was dies für den hier interessierenden Kontext bedeuten kann, soll in den folgenden „Sieben Kennzeichen einer systemischen Psychiatrie“ kurz und prägnant dargestellt werden.

### **SIEBEN KENNZEICHEN EINER SYSTEMISCHEN PSYCHIATRIE**

#### **1. „Frau Manie und Herr Schizokokkus“:**

##### **Die spielerische Nutzung von Krankheitskonzepten**

Systemiker sind in einem doppelten Sinne dumm. Sie wissen nicht, daß es solche Dinge wie Schizophrenie oder Manie gibt. Sie wissen



aber, anders als etwa die Antipsychiater, auch nicht, daß es diese Dinge nicht gibt. Um das eine oder andere zu wissen, müßten sie sich für solche Dinge an und für sich interessieren. Sie müßten daran glauben, daß es irgendein Ding an sich gibt, sei es Gottvater, sei es ein Atom, sei es eine Psychose. Da sie aber so tun, als seien all diese Phänomene Kreislaufprozesse, und da sie zweitens so tun, als könnte jeglicher Beobachter nur seine Beobachtungen dieser Kreislaufprozesse beschreiben, können sie die Frage gar nicht beantworten, ob es eine Manie oder eine Schizophrenie gibt. Sie wissen daher auch nicht, ob ein Mensch eines dieser Dinge *hat*. Wie sollen sie auch wissen, ob jemand etwas hat, von dem sie nicht wissen, ob es dies gibt?

Was den Systemikern allerdings fehlt, ist ein Leidensdruck an dieser Dummheit. Sie stehen sozusagen dazu, daß sie über den Wahrheitsgehalt einer psychiatrischen Diagnose nichts sagen können. Kompensatorisch interessieren sie sich für die Nützlichkeit einer Diagnose. Sie fragen: Was nützt diese Diagnose dem Patienten im Umgang mit seiner Schwester, dem Stiefvater im Umgang mit der Mutter des Patienten, dem Patienten im Umgang mit seinem Arbeitgeber, dem Nervenarzt im Umgang mit seiner Quartalsabrechnung und dem Sozialpsychiatrischen Dienst im Umgang mit seiner Jahresstatistik. Sie betrachten psychiatrische Diagnosen als eine Botschaft, eine Information, die in Kommunikationen ausgetauscht wird. Solange sie hin und her ausgetauscht wird, so meinen die Systemiker, muß sie für die Beteiligten einen gewissen Nutzen haben, sonst würde sie gegen andere Botschaften ausgetauscht. Für diese Annahme spricht, daß viele psychiatrische Diagnosen in der Neuzeit eine Lebensdauer von unter hundert Jahren hatten, betrachtet man beispielsweise nur einmal die Entwicklung von der Teufelsbesessenheit über die Dementia Praecox zur Gruppe der Schizophrenien.

Ein kurzes Beispiel aus einer Therapie:

Ein Mitarbeiter in einer Sozialverwaltung kommt nach einer stationär behandelten psychotischen Episode mit paranoid-halluzinatorischer Symptomatik in Familientherapie. Er ist psychiatrisch gebildet und rätselt selbst über das Wesen der Schizophrenie. Von Sitzung zu Sitzung schwankt er zwischen den Statements „Ich hatte mal eine psychotische Episode“, „Ich verhalte mich, als ob ich eine Psychose hätte“ und „Ich bin ein Psychotiker“. Es zeigt sich dann, daß alle drei Statements ihre passenden Kontexte haben. Mit dem Hinweis auf seine besondere

Gefährdung und begründet mit seiner gerade zurückliegenden Erkrankung gelingt es ihm, Sonderurlaub und eine Einzelsupervision zu beantragen. Die Idee „Ich bin und bleibe ein Psychotiker“ zieht er immer dann zurate, wenn berufliche Aufstiegsmöglichkeiten anstehen, die ihn von seiner über alles geliebten Familie zeitlich häufiger entfernen würden. Geht es ihm hingegen um Lebensqualität, die Beziehung zu seiner Frau u.ä., da betrachtet er die Psychose oft als ein vorübergehendes, eigentlich nicht fest zu ihm gehörendes Merkmal.

Grob gesprochen, fragen Systemiker nicht nach der Ursache einer Erkrankung, also nach dem „Warum“, sondern nach ihrer Bedeutung in einem sozialen System, also nach dem „Wozu“. Entsprechend ist die therapeutisch interessante Frage nicht: Wie konnte die Symptomatik entstehen? Sondern: Wie wird die Symptomatik aufrechterhalten? Systemiker fragen seltener: Was müssten Sie tun, damit die Symptomatik verschwindet? Sie fragen dafür um so öfter: Was müssten Sie tun, damit die Symptomatik bestehen bleibt?

Diese Fragestellung impliziert zahlreiche Optionen zu einem spielerischen Umgang mit psychiatrischen Symptomen, die ich im folgenden beschreiben will.

## **2. „Simila Similibus Curantur“:**

### **Von der Symptombekämpfung zur Symptommutzung**

Ich habe mit Wolfgang Herzog in dem Kapitel „Der Schizokokkus“ den Forschungsstand der biologischen Psychiatrie auf die Frage hin untersucht, welche Optionen in puncto Lebensqualität diese Forschung für schizophrene Patienten eröffnet. Unser Ergebnis: Während die Presseverlautbarungen der biologischen Psychiatrie derzeit sozusagen das „Prinzip Hoffnung“ verkünden, daß nämlich ein entscheidender Forschungsdurchbruch unmittelbar bevorstünde, propagieren ihre Ergebnisse vielmehr das „Prinzip Vorsicht“ oder auf Südhessisch: „Paß bloß uff!“. Die gegenwärtigen Ergebnisse der pharmakologischen, neurophysiologischen, neuroanatomischen und genetischen Forschung erlauben bislang im wesentlichen zwei Konsequenzen. Die eine, vor allem aus genetischen Untersuchungen, ist die Zurückhaltung bei der Fortpflanzung, wenn man den Schizokokkus schon in sich trägt. Die andere ist das beständige Monitoring, die kontinuierliche Selbst- und Fremdüberwachung vulnerabler Subjekte im Blick auf ihren Stoffwechsel und ihren sozialen Streß,

stets auf der Hut vor der eigenen Biologie und vor der Überlastung durch expressed emotions.

Psychiatrische Behandlung ist derzeit vorwiegend eine große kollektive Schlacht gegen Symptome, vor allem gegen akute. Darin ist sie ein gutes Kind der allopathischen Medizin, die man geläufig als die Schulmedizin bezeichnet. In der allopathischen Medizin wird dem Körper von außen das zugeführt, was ihm innen zu fehlen scheint, und herausgenommen, was drinnen zu viel zu sein scheint. Mir scheint, systemisches Arbeiten hat hier etwas mit der homöopathischen Medizin gemeinsam: nämlich die Idee, Gifte im Organismus nicht durch Gegenmittel auszugleichen, sondern durch kleine und dosierte Gaben eben dieses Giftes den Organismus sozusagen soweit auf Touren zu bringen, daß er im Umgang mit seinen Regulationsstörungen selbst ein neues und für ihn bekömmlicheres Gleichgewicht findet.

Die systemische Therapie hat schon seit ihren frühesten Zeiten, also seit Jay Haley, John Weakland und anderen, die den Hypnotherapeuten Milton Erickson bei der Arbeit beobachteten und in ihren Publikationen darüber berichteten, Ericksons Idee der Nutzung psychiatrischer Symptome für deren eigene Auflösung in ihrer Praxis integriert – mancherorts mehr, mancherorts weniger.

### **3. „Die unendliche und die endliche Psychose“:**

#### **Die Verzeitlichung von Chronizität**

Ernst Kraepelin, ein Begründer der herrschenden psychiatrischen Krankheitslehre, bezeichnete das, was wir heute „Schizophrenie“ nennen, als „Dementia Praecox“ (dt.: „Vorzeitige Verblödung“). In diesem Begriff steckt also die Vorstellung von einem kontinuierlich voranschreitenden, unweigerlich in die Verblödung einmündenden Krankheitsprozeß.

Von dieser Vorstellung hat sich die heutige Psychiatrie entfernt, besonders dank der großen Langzeitstudien von Manfred Bleuler in Zürich, von Luc Ciompi und Christian Müller in Lausanne und von Huber u.a. in Bonn. Aber der grobschlächtigen, derben, apodiktischen Dementia-Diagnose ist gute achtzig Jahre später eine kleine, zarte und differenzierte Enkelin nachgefolgt: sie heißt „Vulnerabilität“. Sie soll eine genetisch und frühkindlich erworbene Verletzlichkeit mancher Menschen gegenüber zu viel und zu verwirrender zwischenmenschlicher Kommunikation sein. Sie soll einer Art von

Behinderung gleichen, die man nie ganz loswerden kann, mit der man aber sein Auskommen finden, d.h. mit der man leben lernen kann.

Dementia Praecox und Vulnerabilität haben beide etwas mit der Unendlichkeit zu tun: Dementia Praecox bedeutet unendliche Psychose – zumindest bis der Tod die Psychose und den Psychotiker voneinander scheidet. Vulnerabilität bedeutet unendliche Psychosegefährdung, von der Adoleszenz bis ins Altersheim.

Passend zu diesen Ideen der unendlichen Psychosen hat sich eine Praxis der unendlichen psychiatrischen Betreuung entwickelt. In der Dementia-Praecox-Zeit blieb man unendlich lange in der psychiatrischen Anstalt. Das Vulnerabilitäts-Zeitalter hingegen bietet neben der neuroleptischen Dauermedikation und der langjährigen Lithium-Prophylaxe vor allem die unendliche Sozialpsychiatrie an.

Hier markieren systemische Ideen und Strategien einen deutlichen Unterschied. Einer Theorie lebender Systeme ist die Idee des Entwicklungsstillstandes fremd. Sie geht davon aus, daß das, was lebt, sich *nicht* nicht verändern kann. Wenn es einem System gelingt, bestimmte Parameter lange Zeit trotz wechselnder System-Umwelt-Relationen konstant zu halten, dann ist dies ein kleines Wunder, ein kleines Kunststück, das der Aufklärung und der Bewunderung bedarf.

Systemiker interessieren sich deshalb dafür, wie es ein System schafft, sich anscheinend nicht zu verändern. Sie fragen, was Klient und Umwelt tun können, um ihr Problem zu behalten oder gar zu verschlimmern oder zu verewigen, wenn sie sich dies einmal bewußt vornehmen würden: „Was könnten Sie tun, um gelegentlich aufkeimende Hoffnung klein zu halten? Wie könnten Sie deutlich machen, daß Sie viel kränker sind, als Ihre Umgebung Sie einschätzt? Wie könnten Sie es vermeiden, sich neue Gedanken oder gar Pläne für die Zukunft zu machen?“

Sie vermitteln, daß sie einerseits dem Klienten schon manches zutrauen, warnen ihn aber mit entsprechender Begründung davor, dies jetzt schon zu tun. Sprachbilder wie die Bremse incl. der Notbremse, des Rückwärtsganges, der Besinnungspause, des „Jetzt-noch-nicht“, der kreativen Bedenkzeit signalisieren dies.

Auf der anderen Seite – und dies im schnellen Wechsel – fragen die Systemiker ausführlich, wie ein Leben ohne das Problem in der Zukunft aussehen würde, sei es nach einem Wunder, sei es nach stereotaktischer Operation, wenn man damit Psychosen herausoperieren könnte, sei es nach göttlicher Fügung oder schicksalhaften Veränderungen. Sie führen hypothetisch die Idee ein, daß man die

Beziehung zwischen sich selbst und der eigenen Psychose vernachlässigen, ausdünnen oder auch intensivieren könnte, Besuche in der Klinik einmal ausfallen oder auch gehäuft auftreten lassen könnte, die Psychose nur noch im Bedarfsfalle einladen oder sich mit ihr nur noch an den Sonn- und Feiertagen oder aber auch täglich abgeben könnte.

Solche Fragen, die davon ausgehen, daß der Klient die Möglichkeiten zur Lösung seiner Probleme bereits heute hat, sie aber aus gut verständlichen Gründen derzeit noch nicht nutzt, verändern oft nachhaltig die Stimmung im Gespräch, erzeugen Lebhaftigkeit gepaart mit Nervosität. Um so wichtiger ist es, dann schnell wieder zu fragen, wie psychotische Chronizität als mögliche Lebensform beibehalten werden, und wie der Klient der Psychose treu bleiben könnte.

#### **4. „Ich und Ich sind uns uneinig“: Das Akzeptieren der Ambivalenz**

Psychiatrisches Denken spielt sich, wie unser Alltagsdenken überhaupt, oft in Kategorien eines Entweder-Oder ab. Wir sollen und wollen erkunden, ob jemand eine Psychose hat oder nicht, ob eine Rehabilitationsmaßnahme aussichtsreich ist oder nicht, ob jemand Leidensdruck empfindet bezüglich seiner Symptome oder nicht u.v.m.

Das führt oft genug in Schwierigkeiten, vor allem bei schizophrenen Patienten, die uns oft mit einer besonders uneindeutigen Kommunikation konfrontieren. Ihre Botschaften lassen uns oft rätseln, ob sie nun das eine oder das andere meinen, ob sie dies wollen oder jenes. Erfahrungsgemäß führt der Versuch, hier Ordnung durch Klärung schaffen zu wollen, oft zu noch stärkerem kommunikativem Chaos.

Die systemische Psychiatrie versucht, solches Nebeneinander gegensätzlicher Strebungen in Patienten, Angehörigen, psychiatrischen Diensten und psychiatrischen Versorgungsnetzen als etwas zu akzeptieren, was nicht hinwegentschieden oder hinwegdefiniert werden muß, sondern das genutzt werden kann, um neue Lösungs-ideen zu konstruieren.

#### **5. „Zwischen Empathie und Hausordnung“: Die Nutzung unterschiedlicher professioneller Rollen zu unterschiedlichen Zeitpunkten**

Mitarbeiter auf Klinikstationen, in Psychiatrischen Wohnheimen und Wohngemeinschaften, aber auch in Ambulanten Diensten, haben meist ein breites Spektrum an Aufgaben. Da gilt es Patienten zu wecken und zum Schlafengehen aufzufordern, Anträge zu schreiben

und Taschengeld zu verwalten, Patienten vom Selbstmord ab- und zur Arbeit anzuhalten, die geregelte Einnahme von Neuroleptika zu sichern und die von Alkohol zu unterbinden. Psychiatriemitarbeiter müssen einfühlsam und knallhart konsequent, unterstützend und provokativ, menschlich engagiert und professionell distanziert sein. Kurz gesagt: Ihr Rollenspektrum reicht vom hauptberuflichen Mitfühler bis zum Hausmeister, von Johnny Controlletti bis zu Carl Rogers. Kein Wunder, wenn da manchmal Verwechslungen vorkommen.

Ich erinnere mich an die Frustration einer engagierten systemischen Therapeutin in einer Beruflichen Trainingseinrichtung für Psychisch Kranke: Irgendwie kämen einige Klienten so lustlos, würden die Gespräche runterziehen und nutzten sie gar nicht als Chance. Es zeigte sich dann zum einen, daß diese Klienten die Maßnahme eben als eine Berufliche Fortbildung, aber gerade nicht als Therapie sahen. Und es wurde deutlich, daß die Therapeutin die Gespräche auch als Informationsquelle brauchte, um bei Teambesprechungen und Berichten hinreichend gut aus eigener Anschauung über den Klienten informiert zu sein. D.h. das „Therapiegespräch“ hatte für den Klienten hauptsächlich eine Reportfunktion (berichten, wie gut die Sachen liefen), und für die Therapeutin eine diagnostisch-evaluative Funktion. Das führte zu der Idee, die Gespräche zu unterteilen in 10minütige „Check-Up-Phasen“ als Pflichtteil, in denen man sich gegenseitig auf den laufenden Stand brachte, und danach in einen Kürteil von 20 oder mehr Minuten, in denen der Klient eventuelle Beratungswünsche einbringen konnte, wenn er dies wollte.

Systemisches Arbeiten kann nicht auf Beratung und Therapie reduziert werden. Beratung und Therapie setzen einen Veränderungswunsch des Klienten bezüglich seines eigenen Erlebens und Verhaltens voraus, der ja oft gar nicht gegeben ist. Es stellt sich die Frage: Wie können Funktionen wie Berichte schreiben und Anträge stellen, Geldverwaltung und stationäre Verwahrung, häusliche Intensivpflege und anwaltliche Vertretung für systemisches Arbeiten genutzt werden – und umgekehrt.

Eine unseres Erachtens völlig unterbewertete Funktion ist die des Hausmeisters, der die Anforderungen der Hausordnung ver-

tritt. Das Aufstellen und Vertreten von Anforderungen ist eine ideale Möglichkeit, produktive Krisen auszulösen. In stabil chronifizierten Zuständen ist dies oft die Voraussetzung, einen Problemdruck zu erzeugen, der dann systemische Beratung möglich, erforderlich und lohnend macht.

## **6. „Wer will was von wem, wann, wozu?“:**

### **Systemische Auftragsklärung als Burn-Out-Prophylaxe**

Psychiatrie-Mitarbeiter sehen sich oft einer Vielzahl ganz widersprüchlicher Aufträge gegenüber, die sie gleichzeitig ausführen sollen. Wenn sie sich bemühen, ihnen allen gleichzeitig nachzukommen, ohne diese genauer abzuklären, in Frage zu stellen und mit allen Auftraggebern solange auszuhandeln, bis schließlich Aufträge herauskommen, die machbar sind – dann entwickeln sie oft Symptome, für die sich in den letzten zwanzig Jahren der modische Sammelbegriff des Burn-Outs herausgebildet hat.

Zur Prophylaxe solchen Burn-Outs scheint das, was die Systemiker „Kontextklärung“ oder „Auftragsklärung“ nennen, von psychiatrischen Praktikern mit besonders großem Interesse aufgegriffen zu werden.

Theoretisch ist dies leicht durchführbar. Man muß einfach mit allen Beteiligten stets die Frage diskutieren: Wer will was? Von wem? Ab wann? Bis wann? Wozu? Wichtiger und aufklärender ist aber oft die Umkehrung dieser Frage: Wer will nichts? Wer will was nicht? Wer will von wem nichts? Wer will noch nichts? Wer will nichts mehr? Welche eventuell ganz gegensätzlichen Ziele werden mit der gleichen Maßnahme verbunden? Erfahrungsgemäß zeigen die Antworten auf diese Fragen oft, wie unterschiedlich bis widersprüchlich zum einen die Wünsche der verschiedenen Beteiligten sind – gerade bei kritisch zugespitzten, akuten Situationen – und wie in sich widersprüchlich manchmal auch die Wünsche eines einzelnen Auftraggebers sein können.

Praktisch ist eine gute Erwartungs- und Auftragsklärung aber oft schwieriger, weil Menschen oft aus guten Gründen nicht das sagen, was sie denken, sondern das, was sie denken, daß die anderen von ihnen hören wollen, und weil Menschen eben oft ambivalent sind, zwei Seelen in ihrer Brust wohnen, sie eine Sache zugleich wollen und überhaupt nicht wollen. Wie man die Ambivalenz und das Nicht-

Gesagte, den stillen Subtext in solche Konversationen einladen kann, dazu liefert die systemische Interviewtechnik viele nützliche Anregungen; sei es im zirkulären Befragen des einen über den anderen, im hypothetischen Durchspielen unterschiedlicher Zukunftsszenarien.

Solche Klärung scheint sich vor allem in der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen zu bewähren, die sehr unterschiedliche Fachsprachen haben, etwa zwischen Psychiatern und Sozialarbeitern. Es lohnt sich, nie davon auszugehen, daß man beim Hören von irgendeinem Fachterminus wie „Psychotherapie“ oder „Sozialberatung“ oder „ärztliche Betreuung“ schon wüßte, was der andere damit meint, sondern sich auch beim gegenseitigen Beauftragen zu befragen, was, wie oft, wie lange, bis wann und mit welchem erwünschten Ergebnis man genau tun soll. Erhält man darauf keine klaren Antworten, weiß man immerhin, daß man wahrscheinlich machen kann, was man will, und das ist ja auch schon was; wobei man sich dann allerdings nicht wundern sollte, wenn auf die eigenen Handlungen dann nichts passiert, denn ohne formulierten Auftrag, also ohne Wissen davon, was erfolgreiches Handeln bedeuten würde, bleibt das Arbeiten eine Reise zu einem Ziel, von dem man nicht weiß wo es liegt, geschweige denn von dem man wüßte, daß man angekommen ist: Es fehlen schlichtweg die Kriterien der Ortsbestimmung.

### **7. „Mehr wäre zuwenig und weniger wäre zuviel“:**

#### **Die Dosis – Steuerung von Versorgungsangeboten**

Mit der allgemeinen Skepsis am Wachstumsdenken wächst auch in der Psychiatrie der Zweifel, daß mehr und intensivere Versorgung notwendigerweise auch bessere Versorgung wäre. Die Idee gewinnt an Attraktivität, Dienstleistungen nicht mehr entsprechend der Bedürftigkeit der Klienten (etwa nach der Art und Schwere ihrer Störung) anzubieten, sondern entsprechend dem, was die Klienten wollen, sozusagen nach dem formulierten Bedarf. Der systemische Blick auf Versorgungsangebote mit der Frage „Wer will was, von wem, wann und wozu?“ ermöglicht zu schauen, inwieweit Klienten die Einrichtungen ganz anders nutzen, als es dem Selbstverständnis der Profis entspricht. Dann wird deutlich, was sich die Institution alles sparen könnte, und wo neue Angebote auf dankbare Abnehmer stoßen würden.



Es sei vorgreifend eine Vision angedeutet, die unter dem Stichwort „Kundenorientierung“ (Schweitzer, in diesem Band) genauer beschrieben wird: Wie wäre es, wenn psychiatrische Kliniken und Wohnheime ähnlich wie andere gute gastronomische Etablissements ihren Gästen anfangs eine Menuekarte präsentierten, auf denen diese die gewünschten Leistungen ankreuzen könnten, so daß andere Leistungen erst gar nicht den Kunden angedient werden müßten. Wenn die Psychiatrische Klinik dann für manchen ein Hotel mit Vollpension, für einen zweiten nur Hotel Garni mit Frühstück, für den dritten Intensivmedizin, für den vierten ein psychotherapeutisches Encounter, für den fünften Generalsanierung und für den sechsten einfach eine notwendige Auszeit wäre – würde das nicht für das psychiatrische Personal das Geschäft ein wenig erleichtern?



.....

## **II. Die Zeit, die Gene und der Service: Kontroverse Grundfragen**

---

# **1. Die unendliche und die endliche Psychose – Über Chronizitätskonzepte in der psychiatrischen Ideengeschichte**

Jochen Schweitzer

## **EINLEITUNG**

Die chronischen Psychosen, besonders die chronische Schizophrenie, gelten als der „harte Kern“ der Psychiatrie, als deren bis heute nicht befriedigend gelöstes Problem.

Ich möchte im folgenden etwas tun, was vielleicht verwundern wird. Ich möchte über die chronische Psychose schreiben nicht als etwas, das es gibt, sondern über die chronische Psychose als Idee. Denn welche Idee wir über die chronischen Psychosen haben entscheidet, was wir in unserem psychiatrischen Arbeitsalltag tun und was wir nicht tun.

Ich will nach den Auswirkungen dieser Idee fragen: Wozu führt es, wenn man der Idee der chronischen Psychose folgt? Wie bekömmlich oder unbekömmlich sind die Auswirkungen dieser Idee? Wozu nützt und wobei schadet der Glaube an diese Idee? Ich will also so tun, als sei diese Idee nicht eine mehr oder minder richtige Beschreibung der Wirklichkeit, sondern als ob diese Idee eine mehr oder weniger erfreuliche Wirklichkeit erzeuge.

Dazu möchte ich zunächst in sehr geraffter Form die Geschichte dieser Idee und ihrer Folgen in der modernen psychiatrischen Ideengeschichte darstellen. Dabei zeigen sich die zahlreichen Wandlungen, die diese Idee durchgemacht hat. Ich komme dann zur psychiatrischen Praxis und will aus einer konstruktivistischen Sichtweise drei Fragen aufwerfen und beantworten:

1. Wie kann ein Mensch sich selbst ein chronisch-psychotisches Zeiterleben konstruieren?

2. Wie können psychiatrische Dienste dabei helfen, psychotisches Erleben und Verhalten zu chronifizieren.
3. Angenommen, ein Mensch wollte und könnte sich von einer Psychose wieder verabschieden: Was kann ihm diesen Abschied erleichtern?

Ich tue hier so, als ob Psychose und als ob besonders deren Chronifizierung „machbar“ sei. Mich interessiert, wie man Verhalten so chronifizieren, d.h. über die Zeit ins scheinbar Unendliche erstrecken kann, daß dabei Chronizität herauskommt.

### **EINE GESCHICHTE DER IDEEN ÜBER DIE UNENDLICHKEIT VON PSYCHOSEN: KRAEPELIN UND BLEULER**

Die Idee der endogenen Psychosen und ihrer schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreise ist keineswegs uralte, sondern wurde von Kraepelin 1896 formuliert und von Bleuler 1911 weiterentwickelt. Sie enthält folgende Grundelemente (nach Huber 1981):

Endogene Psychosen sind alle Seelenkrankheiten, die nicht psychologisch verursacht und verstehbar sind. Sie haben genetisch-biologische Ursachen, die leider nur bisher noch nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden konnten. Sie folgen einem eigengesetzlichen, eben endogenen Prozeß, der in Epochen, Phasen und Schüben verläuft. Dieser Prozeß, mit seiner eigenen inneren Uhr, kann durch Umwelt und Ausgangspersonlichkeit lediglich variiert, aber nicht dauerhaft beendet werden.

Jenseits dieser Essentials aber beginnen die Unterschiede schon zwischen Kraepelin und Bleuler. Kraepelin unterschied nach dem Verlauf. Die ungünstig verlaufenden Entwicklungen benannte er „Dementia Praecox“, also vorzeitige Verblödung. Die günstiger, phasisch wellenförmig verlaufenden nannte er Zykllothymien. Die Dementia Praecox, die heutige Schizophrenie, war für Kraepelin also ein kontinuierlicher, in Verblödung mündender Prozeß. Bleuler hingegen unterschied allein nach den Symptomen. Kraepelins Idee von der zwangsweisen Verblödung lehnte er ab und benannte die Dementia Praecox in Schizophrenie (dt.: „Spaltungsirresein“) um.

Beide Konzepte weisen Elemente einer sich selbsterfüllenden Prophezeiung auf. Nach Kraepelin gilt die Faustregel: Was ungünstig verläuft, ist Dementia Praecox beziehungsweise Schizophrenie

und wird weiterhin in Richtung Defekt laufen; verläuft es günstig, war es keine Schizophrenie. Für unsere heutige Praxis hieße das: Wenn Sie einen Schizophrenen erfolgreich behandelt haben, dann war es keiner. Nach Bleuler hingegen kann Schizophrenie günstig verlaufen. Sie bleibt aber immer eine Schizophrenie, selbst wenn sie ausheilt. Beide Formulierungen enthalten also wenig Ideen, ob oder wie man diesem vermeintlichen Schicksal auch wieder entrinnen kann.

### **Verlaufsstudien**

Mit dem Aufkommen medizinischer und psychotherapeutischer Behandlungsansätze wuchs in der Psychiatric Community das Unbehagen an diesen Ideen.

In den siebziger Jahren kam es zu Langzeitstudien, die an großen Stichproben ehemaliger schizophrener Patienten deren späteren Lebenslauf verfolgten. Die drei großen deutschsprachigen Untersuchungen von Manfred Bleuler in Zürich (1972), von Ciompi und Müller in Lausanne (1976) und von Huber, Gross und Schüttler in Bonn (1979) relativierten in unerwarteter Übereinstimmung das von Kraepelin gezeichnete düstere Bild.

Ihr Tenor: bei zwei Dritteln kommt es im Langzeitverlauf zu einer Besserung. Von diesen bleibt bei einem Viertel die Schizophrenie ein einmaliges Erlebnis. Ein knappes Drittel nimmt einen sich chronisch dahinziehenden Verlauf. Aber nur bei sehr wenigen (nach Ciompi u. Müller: 6 Prozent) zeigt sich der Zustand schlechter als im frühen Erkrankungsstadium. Nach fünf Jahren Krankheitsverlauf zeigt der durchschnittliche schizophrene Patient keine weitere Verschlechterung mehr (Bleuler). In höherem Alter überwiegen Zustandsverbesserungen, und bei einer Reihe Schizophrener werden überraschende nachhaltige Veränderungen noch im hohen Lebensalter berichtet (Ciompi u. Müller).

Mit diesen Befunden differenzierte sich die Idee der chronischen Schizophrenien: Chronifizierung ja, aber nicht bei der Mehrzahl der einmal als schizophren Diagnostizierten. Oder wie es C. Müller formulierte: „Der Verlauf ist nicht einheitlich, sondern bis zuletzt offen, wie das Leben selbst.“

### **Prognose des Verlaufs**

Nun stellt sich die Frage: Wovon hängt es ab, ob der Verlauf günstig oder chronifiziert wird?