

LANDESV ERBAND BAYERN DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER E.V.

(Mitglied im Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.)

Pappenheimstr. 7, D-80335 München

Telefon: 089 / 510 86 325 Fax: 089 / 510 86 328



Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? – Wenn nicht, warum nicht, und was kann man dagegen tun?

Prof. Dr. med. Asmus Finzen, Basel

Überarbeitete und vom Referenten durchgesehene Version der Tonaufzeichnung eines Vortrags beim Landestreffen 2009 des Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. am 26. September 2009 in Veitshöchheim.

Mit freundlicher Genehmigung des Referenten.

Vorbemerkung

Herzlichen Dank für die Einladung hierher. Als Frau Straub mich gefragt hat, ob ich zu diesem Thema auf einer Angehörigenveranstaltung reden wolle, habe ich mich erst riesig gefreut, weil das der Titel eines meiner Bücher ist. „Warum werden unsere Patienten eigentlich wieder gesund?“ und hinterher habe ich dann etwas Bauchweh gekriegt. Kann man diese provokante Frage, die eigentlich an meine Berufskollegen gerichtet war, in einem solchen Kreis überhaupt stellen, und kann man versuchen, sie sozusagen positiv zu beantworten? Wir haben dann etwas rumgebastelt an dem Titel. Heutzutage per E-Mail geht so was ja ganz einfach. Und dabei ist dann dieser gedrechselte Titel rausgekommen, der bei ihnen im Programm steht. Eigentlich hätten heute die letzten Exemplare dieses Buches das danach vergriffen ist, hier verkauft werden sollen. Das hätte mich sehr gefreut. Aber leider ist das Paket mit all den Büchern nicht angekommen. Da bin ich sehr traurig darüber, auch weil mein neues Buch, welches ein ganz anderes Thema hat, nämlich über das "Sterben der anderen", über die Patientenverfügung, mit dabei gewesen wäre. Soviel zur Einleitung.

Ich sagte schon, der Titel „Warum werden unsere Patienten eigentlich gesund“ sollte meine Kollegen provozieren, sollte auf eine Lebenslüge der Medizin abzielen, dass nämlich wir Mediziner die Kranken, die zu uns kommen, behandeln, und dann werden sie wieder gesund - oder auch nicht. Das „oder auch nicht“ fehlt bei uns in der Ausbildung. Das war vor 50 Jahren so, als ich das Medizinstudium angefangen habe, und das ist heute weitgehend auch noch so. Und ich habe dann mal versucht, diese Frage „Warum werden Menschen gesund“ aufzudröseln und zu differenzieren, und damit will ich mich jetzt im ersten Teil meines Referats beschäftigen, bevor ich auf psychische Krankheiten, insbesondere auf Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und die Probleme, die damit verbunden sind, besonders und intensiv eingehe.

... wegen unserer Behandlung

Die natürliche Antwort beziehungsweise die Antwort, die man dann immer erhält, wenn man in Medizinerkreisen fragt „warum werden unsere Patienten wieder gesund“: natürlich wegen der Behandlung, die wir ihnen geben, wegen der Therapie, die wir ihnen verordnen. Das ist bei wenigen Krankheiten tatsächlich auch so. Es gibt nur wenige Krankheiten, wirklich sehr wenige, die wir ursächlich behandeln können. Am klarsten ist das beim Einsatz von Antibiotika bei der bakteriellen Entzündung. Eitert es irgendwo, so ist irgendwo etwas entzündet. Wir verschreiben das richtige Antibiotikum und dann ist die Infektion nach ein paar Tagen zu Ende. Bei Viren ist das schon schwieriger. Da haben wir nur sehr wenige Einflussmöglichkeiten, und jenseits der direkten ursächlichen Behandlung mit Antibiotika sieht es in der Inneren Medizin schon schwierig aus. Herzkrankheiten, Nierenkrankheiten kann man nicht

ursächlich behandeln. In der Chirurgie ist es noch ein bisschen anders. Ein Bein, das gebrochen ist, wird vergipst oder verschraubt oder was immer man heute macht. Damit verbessern wir den Heilungsprozess. Ein entzündetes Organ oder ein erkranktes Organ kann man herausnehmen, und wenn man Glück hat, wird man dann wieder gesund. Da ist schon so eine Einschränkung.

Von allein

Aber der Hauptgrund, weshalb Menschen wieder gesund werden, ist: die meisten Menschen die im Alltag erkranken, die meisten von uns, die so ihre intermittierenden Erkrankungen haben, die werden ja gesund, aber, und das tut den Medizinern weh, die werden von allein wieder gesund. Der eigene Körper hat viele Regenerationsmöglichkeiten. Das Gehirn, das uns ja am meisten beschäftigt, ist das komplexeste Organ, welches wir Menschen haben, und das Gehirn hat auch ein Selbstheilungspotenzial. Das hat, ich habe das früher gelernt, 10 Milliarden Zellen. Heute nennt man irgendwo Zahlen zwischen 100 Milliarden und 1 Billion, und zählen wir auch Verknüpfungen der Nervenzellen untereinander dazu, dann kommen wir auf 10 Billionen. Dass das nicht reibungslos funktionieren kann, das weiß jeder Computerspezialist. Aber das Gehirn hat zusätzlich die Möglichkeit, neue Bahnen zu schalten. Wir wissen das genau, zum Beispiel aus der Regeneration bei Schlaganfallkranken, wo, auch wenn die entsprechende Körperseite geschädigt ist, Menschen dann doch wieder lernen, zu sprechen oft nicht vollständig, muss man dazu sagen, Aber wir sehen, wie groß der Gestaltungsraum ist. Vieles spricht dafür, dass bei Depressionen und bei schizophrenen Erkrankungen ähnliches läuft, dass da neue Bahnen geschaltet und gestaltet werden vom Gehirn selber und dadurch Funktionsfähigkeit wiederhergestellt wird. Dadurch ist wahrscheinlich der episodische Verlauf bei den Depressionen zu erklären: das Gehirn schaltet Umwege und dann geht's wieder. Und auch bei schizophrenen Psychosen haben wir ja ganz unterschiedliche Verläufe: neben episodischen Verläufen kommt es immer wieder zu einer vollständigen Wiederherstellung, und das ist auch auf Selbstheilungskräfte des Gehirns zurückzuführen.

Exkurs

Und hier kann ich einen kleinen Exkurs einschieben: die Hoffnung, die die Grundlagenforschung hat, nicht die, die die Pharmaindustrie im Augenblick hat, aber die die Grundlagenforschung hat im Hinblick auf wirklich wirksame Medikamente zur Behandlung von schweren Depressionen und schizophrenen Psychosen, die beruht darauf, dass man hofft, neue Wege zu finden. Im Tierversuch gibt es erste Ansätze. In den schönen Bildern, die es heutzutage gibt bei der funktionellen Bilddarstellung mit Hilfe der Computertomographie und anderer Verfahren, sind Teile des Gehirns weniger aktiv oder stumm. Die Vorstellung ist, dass da die Verbindung zwischen den Nervenzellen nicht mehr so richtig funktioniert. Die Hoffnung, die in der Grundlagenforschung im Augenblick mit Macht bearbeitet wird, ist die, dass man Wege findet jenseits des Eingriffs von Medikamenten an den Synapsen, an den Übergangsstellen zwischen den Zellen, dass man „direkt ins Gehirn eingreifen“ kann.

Wir wissen alle, dass sich die Schizophrenie nicht in den Synapsen abspielt, die spielt sich in den Zellen ab, wenn wir ein biochemisches Äquivalent suchen. Und da müssen wir Wege finden, einzugreifen. Im Tierversuch läuft das bislang positiv dahingehend, dass es gelungen ist, Stammzellen, also undifferenzierte Zellen, im Gehirn zu aktivieren, aus denen neue Nervenzellen werden. Wenn das auch bei Menschen gelänge, dann wären wir ein ganzes Stück weiter. Aber das sind noch ungelegte Eier, und das werden wir alle wahrscheinlich alle nicht mehr erleben. Unsere Kinder hoffentlich vielleicht. Das ist wirklich etwas, was noch weit weg ist. Exkurs Ende.

Von allein II

Zurück zur Behauptung dass viele Menschen von alleine wieder gesund werden können. Die meisten Krankheiten, die sich im Alltag abspielen, beispielsweise Erkältungskrankheiten die haben wir alle zwei oder dreimal im Jahr, die klingen von allein wieder ab. Man sagt bei einer Erkältung, mit Arzt dauert sie 14 Tage und ohne Arzt zwei Wochen.

Das hat natürlich auch eine ökonomische Seite. Die meisten Arztbesuche erfolgen wegen Erkrankungen, die von alleine wieder weggehen und wo auch vorherzusehen ist, dass sie von alleine wieder weggehen. Und es ist die Frage, ob es wirklich sinnvoll ist, so viel Vitamin C, von dem wir wissen, dass es nicht wirkt, zu nehmen, damit das „alleine wieder gesund werden“ vielleicht doch noch besser funktioniert. Klar, man kann Aspirin gegen Fieber und Schmerzen nehmen, wenn man schlapp ist. Aber wir müssen wissen, wir haben es in einem ganzen Bereich mit Erkrankungen zu tun, die von allein wieder weggehen. Das sind nicht die schwersten, aber es sind die meisten. Und dann gibt es eben die bittere dritte Möglichkeit, dass die Patienten gar nicht mehr gesund werden.

Sie werden nicht gesund

Das ist in der Psychiatrie vielleicht am deutlichsten, weil so viele Erkrankungen, schon seit es die Psychiatrie gibt, einen chronischen Verlauf haben. Aber es gibt davon auch eine andere Seite: in den anderen Fächern ist zumindest primär die Chronizität nicht so sichtbar geworden. Es gibt eine berühmte medizinsoziologische Untersuchung von einem Engländer in den fünfziger Jahren. Der hat nachuntersucht auf inneren Abteilungen, im Vergleich zu psychiatrischen Abteilungen, wie der Ausgang der Erkrankung war, und er kam zu folgendem Ergebnis: in der Psychiatrie waren nach drei Jahren ein Viertel der Patienten in Kliniken, 25 % waren schwer krank, 25 % waren erkrankt zuhause und 25 % waren richtig gut geheilt. In der Inneren Medizin sah die Sache ganz anders aus, da waren nämlich 50 % tot und die anderen teilten sich etwa ähnlich auf wie in der Psychiatrie.

Als ich das ganz am Anfang meines Studiums gelesen habe, hatte ich plötzlich eine andere Sichtweise auf mein eigenes Fach: „die Anderen können's auch nicht besser!“ Ich weiß nicht, ob das eine gute Grundlage ist für die eigene Arbeit, aber es ist immerhin etwas, was einen gegen Stigmatisierung immun macht. Es ist ja nicht so, dass früher nur Patienten stigmatisiert wurden, sondern da wurde man auch selber gefragt: „Du hast doch eigentlich einen ganz guten Studienabschluss gemacht, was willst Du denn mit die Deppen?“ Wie das heute ist, weiß ich nicht ganz genau

Also: „Sie werden gar nicht wieder gesund ist“ leider eine bittere Möglichkeit, im Grunde aber eine logische Geschichte. Am Ende unseres Lebens werden wir alle krank, und am Ende unseres Lebens werden wir alle sterben, und wir sterben an Krankheiten. Es geht letzten Endes also darum, mit therapeutischen Maßnahmen und mit vernünftiger Lebensführung die Gesundheit so lange zu erhalten wie möglich, sie zu fördern und zu pflegen. Es kann nicht darum gehen, ewige Gesundheit anzustreben.

Trotz unserer Therapie

Die vierte Variante, die mögen meine Kollegen am wenigsten: Patienten werden trotz Therapie wieder gesund. Ich will ihnen dazu einige Beispiele nennen, die einleuchten. Sie wissen, dass in früheren Zeiten Menschen zur Ader gelassen wurden, und das überstand man nur, wenn man sehr robust war, und wenn man krank war, überstand man das noch schlechter. Man hat dann so anderthalb Liter abgezapft bei einer Kur. Es gibt aber auch Methoden, die in moderneren Zeiten praktiziert wurden. Vielleicht sind sie selber noch als Jugendliche Opfer von unnötigen Mandeloperationen geworden. Heute wird das nur noch ausnahmsweise und aus guten Gründen gemacht. In den sechziger und siebziger Jahren wurde bei Angina Pectoris, also bei Herzkranzgefäßerkrankungen, der nervus vagus, also der Nerv, der die vegetativen Funktionen steuert, chirurgisch in einer aufwändigen Operation

durchtrennt. Das hat die Leute noch kränker gemacht, nicht etwa gesünder, die haben bloß die Schmerzen nicht mehr so gespürt. Die häufigsten unsinnigen Operationen und schädlichen Operationen sind bei Frauen gemacht worden durch Gebärmutterentfernung und "Gebärmutterhaltungskorrekturen". Dies ist eines der schlimmen Kapitel der Medizin in der Vergangenheit gewesen. Und solche Verfahren gibt es bestimmt auch heute noch, bloß wir wissen es noch nicht so genau.

Wir wissen alle, dass bei vielen medizinischen Verfahren, die propagiert werden, eben auch handfeste Interessen dahinter stehen. Das kann gar nicht anders sein: Das Gesundheitswesen ist ein Markt von einer halben Billion Euro im Jahr hier bei uns im Land, auf der ganzen Welt ist es noch viel viel mehr, und da gibt es nicht nur unterschiedliche wissenschaftliche und unterschiedliche ärztliche Interessen, sondern vor allen Dingen ganz handfeste ökonomische Interessen. Das kann man moralisch betrachten, soll man vielleicht auch, aber vor allen Dingen soll man wissen, dass es so ist. Und niemand, der einem einen Gefallen tut, der Geld involviert, hat kein Eigeninteresse. Deshalb kann man, wenn man das weiß, auch einmal eine Förderung annehmen - aber nur dann.

Wegen unserer Behandlung, aber nicht wegen der Wirkfaktoren, an die wir "glauben"

Ich bin jetzt bei einem weiteren Punkt, und der ist für mich einer der interessantesten gewesen, als ich darüber nachgedacht habe: die Patienten werden wegen unserer Therapie wieder gesund, aber nicht wegen der Wirkfaktoren von denen wir meinen, dass sie wirken. Das klingt ein bisschen kompliziert, aber ich darf das ausführen: also, wir behandeln Leute, die werden wieder gesund und sie denken, es ist die Substanz X, die dafür verantwortlich war, es ist aber nicht X, sondern es ist Y. Von Y wissen wir aber gar nicht, dass wir das verabreichten.

Natürlich überlagert sich das ganz häufig auch damit, dass Patienten von allein wieder gesund werden. Wir geben bestimmte Medikamente, zum Beispiel solche, die keine Wirksubstanz enthalten, Placebobehandlung ist so etwas; man gibt absichtlich Medikamente, in denen nichts drin ist, um zum Beispiel Schlaf zu fördern und Ähnliches. Das ist heute so nicht erlaubt: man muss die Leute aufklären darüber, dass das Medikament, das man ihnen gibt, nichts enthält. Das Komische ist, es wirkt oft trotzdem. Das ist eine interessante Frage der Psychologie. Auch bei Homöopathie und bei bestimmten Alternativverfahren kann man sich ähnliche Fragen stellen, aber dann würde ich mich hier in ein Wespennest setzen.

Aber was uns unmittelbar betrifft, ist die Psychotherapie. Es gibt eine Reihe von großen psychotherapeutischen Schulen: die psychoanalytische Schule und andere psychotherapeutische Verfahren. Es gibt die systemische Therapie, die Gesprächstherapie, die Verhaltenstherapie u.v.a.m. Bei der systemischen Therapie weiß man es genau und bei der psychoanalytischen inzwischen auch, dass die großen Theoriengebäude, die das theoretisch begründen, also das, was Freud in 20 schön geschriebenen und sehr eingängigen Bänden beschrieben hat, und das, was die vielen systemischen Theoretiker auch in sehr überzeugenden Büchern geschrieben haben, wissenschaftstheoretisch falsch ist, aber sie begründen nicht, warum die Methoden, die sie einsetzen, eigentlich funktionieren. Das weiß man, dass solche psychotherapeutischen Verfahren funktionieren. Verhaltenstherapie ist eine Ausnahme auf dem Gebiet, denn diese fußt auf lerntheoretischen Überlegungen, und nach heutigen Vorstellungen stimmen diese. Aber das, was bei den anderen Verfahren einschließlich der psychoanalytischen Psychotherapie das Entscheidende ist, was wirkt, sind die so genannten unspezifischen Faktoren, die Zuwendung des Arztes bzw. Therapeuten zum Patienten. Die suggestive Kraft, also die Überzeugung der Argumente, die der Arzt bringt, kann Überreden sein, kann Suggestion sein, kann in der höchsten Form Hypnose sein. Und das funktioniert. Der Aufbau einer funktionierenden, von Sympathie getragenen Beziehung ist das wesentliche. Das ist inzwischen gründlich untersucht, und das sind die Wirkfaktoren bei der Psychotherapie.

Diese modernen Theorien sagen aber auch, das wirkt in den ersten sechs Sitzungen am besten und danach wird es schwierig. Danach erhält man nur noch etwas aufrecht, danach

funktioniert nur noch Lernen und Üben. Das funktioniert, aber es zeigt auch, dass auch Psychotherapie, wenn sie nicht als stützend eingesetzt wird und Menschen über Jahre begleitet, ihre Grenzen hat. Es könnte sinnvoll sein, zu überlegen, was beispielsweise bei chronischen Erkrankungen notwendig und sinnvoll ist und dass bei neurotischen Entwicklungen beispielsweise die Langzeitpsychotherapie sinnlos ist, eigentlich nur Zeit in Anspruch nimmt und therapeutische Ressourcen bindet. So könnte man wegkommen von der Langzeitpsychotherapie bei bestimmten Kranken, die bei diesen nichts mehr bringt, zur kontinuierlichen psychotherapeutischen Unterstützung von Psychosekranken. Dadurch würde auch viel Zeit frei. Wir haben in Deutschland nicht zu wenig Psychotherapeuten, sondern diese verteilen ihre Zeit falsch.

Als ich in Deutschland war, das ist jetzt schon 20 Jahre her, war ich beim Innenministerium für Beamte für den Einsatz von Psychotherapieverfahren an der Begutachtung beteiligt. Psychotherapien wurden überwiegend für neurotisch depressive zwischen 35 und 45 Jahre alte Lehrerinnen genehmigt. Das ist auf die Spitze getrieben, aber wenn ich mich dafür ausgesprochen hatte, bei einem Menschen mit einer manisch depressiven Erkrankung oder einer schizophrenen Erkrankung eine Psychotherapie zu machen, dann hieß es von den Obergutachtern: das ist vom Verfahren nicht vorgesehen - Psychotherapie bei denen schadet nur. Ich hoffe, dass diese Vorstellung inzwischen vorbei ist, aber davon steckt noch ganz ganz viel in den Ärzten drin, zumindest in der Generation der über 50 jährigen. Und das dürfte auch einer der Gründe sein, warum die Ressourcen nicht so verteilt sind, dass die Kränksten die beste Behandlung bekommen.

Sie sind gar nicht krank

Und dann gibt es eine weitere Gruppe, die sind gar nicht krank. Das ist eine schwierige Kiste und das beschäftigt mich so, dass sich mein neuestes Buch damit auseinandersetzt. Wie wissen wir eigentlich, was gesund ist und was nicht gesund ist? Es ist so, dass nicht jeder, den etwas plagt, und der damit zum Arzt geht, auch wirklich krank ist. Ist ein Lebensproblem beispielsweise eine Krankheit? Wenn man darüber bedrückt ist, dass man in einer Situation lebt, die man nicht lösen kann, ist das eine Krankheit? Dass man dann Beratung braucht, das will ich gar nicht infrage stellen. Im Gegenteil! Aber es ist die Frage: tun wir uns einen Gefallen, wenn wir alles Leid als Krankheit bezeichnen?

Die Weltgesundheitsorganisation sagt in ihrer Definition von 1953: Gesundheit ist ein vollkommenes körperliches psychisches und soziales Wohlbefinden (also nicht allein die Abwesenheit von Krankheit). Diese Definition von Gesundheit hilft uns nicht zur Abgrenzung von Krankheit. Wir müssen Wege finden, das voneinander abzugrenzen, weil nämlich gerade im Bereich der psychischen Gesundheit und der psychischen Krankheit die Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit fließend sind. Auch die größten Cracks, die sich an der Definition von Gesundheit versucht haben, sagen: Ja, das können wir bei schweren Erkrankungen machen, denn dass diese Patienten nicht gesund sind, können wir sehen. Bei leichteren Störungen ist das schon schwieriger. Wir können auch schwere Erkrankungen definieren. Die Geschichte ist nicht dadurch leichter geworden, dass die amerikanische psychiatrische Gesellschaft und die Weltgesundheitsorganisation in ihrem neuen Diagnose- und Klassifikationssystem nicht mehr von Krankheiten reden, sondern von „Störungen“. Aber: was ist „gestört“? Eine Schizophrenie ist eine Störung. Aber es ist dann doch wieder eine Krankheit, weil sie nämlich vom Arzt behandelt wird. Das stammt aus der Reichsversicherungsordnung von 1900: „Krank ist, wer ärztlicher Hilfe bedarf“. Jemand mit einer schizophrenen Störung bedarf selbstverständlich ärztlicher Hilfe. Das ist eine Unsicherheit in Begriffen, es ist aber auch eine Unsicherheit in den Zuständen, in denen Menschen sich befinden.

Einer meiner Lehrer aus London hat mal gesagt: wir unterscheiden zwischen „mental illness“, und zwar der schweren Form von psychischer Krankheit, und der leichten Form. Die Patienten mit der schweren Form – und das ist auch ein bisschen wackelig - sind im Krankenhaus, die mit der leichten Form sind draußen. Und dann gibt's noch Leute, die sind nicht „mentally ill“, sondern die haben „mental ill health“, die sind also von schlechter psychischer

Gesundheit. Und das verteilt sich so: ein Prozent ist schwer krank, 3 % sind krank und 30 % sind „of mental ill health“. 30% ist viel und es lohnt sich, diese letzte Gruppierung genauer anzuschauen. Diese Zahl taucht nämlich in verschiedenen epidemiologischen Erhebungen immer wieder auf: 20-30 % sind „of mental ill health“.

Wir reden heute von Befindlichkeitsstörungen, von Störungen in der Befindlichkeit, und die große Frage ist: wer von denen braucht medizinische Hilfe oder psychologische Hilfe? Das sind diejenigen, denen die Hausärzte nicht nur gut zureden, denen sie beispielsweise Tranquilizer verordnen; das sind diejenigen, die immer wieder kommen; und man weiß über diese Gruppe eigentlich verhältnismäßig wenig. Wenn ich nun behauptete, die sind nicht krank, dann ist das relativ. Aber wenn Sie sich einmal umschaun in einer Gruppe von Menschen, die als „mental ill health“ definiert sind, dann ist dabei nur eine Minderheit, die sagt, ich möchte Behandlung oder ich möchte Beratung. Letzten Endes hängt also die Frage der Behandlungsbedürftigkeit dieser Gruppierung von Menschen davon ab, wie sie selber damit umgehen können, ob sie das Leiden, das vorhanden ist, aushalten, oder ob sie das nicht aushalten, und da können sich manchmal abstruse Situationen ergeben: dass nämlich der Arzt oder Psychologe, der einen Patienten behandelt selber viel depressiver ist als der Patient. Ich bringe es auf die Spitze, aber das ist letzten Endes die Situation.

Mit der Medizinalisierung der Gesellschaft und der Abkehr von der von der Familienmedizin des ausgehenden 18. Jahrhunderts - das meistverkaufte Buch überhaupt im deutschsprachigen Bereich neben der Bibel war dasjenige mit dem Titel: „Die Frau als Hausarzt“. Damals wurde eben vieles innerhalb der Großfamilie geregelt, und immer mehr Funktionen, die durch natürliche Selbsthilfe innerhalb des Familien- und Bekanntenverbandes geregelt wurden, sind heute von Spezialisten übernommen worden. Sie können sich die Konsequenzen, die das hat, vorstellen, auch Kostenkonsequenzen. Das ist nicht mein Thema heute, aber das Selbsthilfepotenzial, das wir alle haben, nimmt dadurch ab. Und dieses Selbsthilfepotenzial ist eigentlich unsere wichtigste Ressource, um von allein wieder gesund zu werden, auch um Krankheiten zu bewältigen, körperliche Erkrankungen zu bewältigen und psychische Störungen zu bewältigen und gegebenenfalls, wenn wir chronisch krank sind, auch mit Behinderungen fertig zu werden. Dieser Aspekt wurde sicher in den letzten 20 Jahren wieder entdeckt, aber meines Erachtens noch längst nicht ausreichend wahrgenommen.

Jetzt habe ich Sie auf der allgemeinen Basis überflutet mit den verschiedenen Möglichkeiten, wieder gesund zu werden oder nicht wieder gesund zu werden. Ich wende mich jetzt unserem engeren Bereich, den schweren psychischen Erkrankungen, zu.

Schwere psychische Krankheiten

Sie sind ja diejenigen, die direkt oder indirekt von schwerer psychischer Erkrankung betroffen sind; und ich bin mir nicht klar, inwieweit sie auch verfolgen, was sich innerhalb der Szene der Therapien und der Therapeuten so abspielt. Da gibt es immer wieder unterschiedliche Strömungen und unterschiedliche Moden. Vor 50 Jahren war die Schizophrenie eine Krankheit, die war unheilbar. Und dann brach parallel zur Einführung von Medikamenten, aber nicht deswegen, ein therapeutischer Optimismus und eine Euphorie aus: „Es gibt keine Erkrankung, die nicht heilbar ist, in der Psychiatrie“. Und die chronische Schizophrenie konnten wir plötzlich mit Medikamenten behandeln, die waren damals noch neu, und wir waren begeistert davon. Wir haben geglaubt, die psychischen Erkrankungen können wir damit ausheilen; und von antipsychiatrischen Strömungen haben wir gelernt, die chronische Schizophrenie sei ein Kunstprodukt. Auch Luc Chiompi hat das vehement noch bis in die späten Siebzigerjahre hinein verkündet. Ich kann mich noch an eine Diskussion mit ihm erinnern, wo er überzeugt ausrief: „Wir müssen der chronischen Schizophrenie die Maske vom Gesicht ziehen; dann kommt darunter der gesunde Mensch zum Vorschein“. Dieser Optimismus hat sich in dieser Form leider nicht bewahrheitet.

Bleulers Drittel-Regel

Aber wir können eine ganze Menge leisten, und man muss rückblickend sagen, das wusste auch schon Eugen Bleuler, als er diese Krankheit vor 100 Jahren 1911 beschrieben hat. Da hat er diese berühmte Faustregel formuliert, die Drittelregel: ein Drittel der Menschen, die an schizophrenen Erkrankungen erkranken, werden von allein wieder gesund. Wichtig ist, die werden von allein wieder gesund, egal, ob wir sie behandeln oder nicht. Wenn wir sie behandeln, ob das dann schneller geht, ist eine andere Frage.

Ein weiteres Drittel hat einen verhältnismäßig positiven Verlauf, und ein drittes Drittel sind die Patienten, die einen ungünstigen Krankheitsverlauf haben. Diese Regel ist über die letzten 100 Jahre immer wieder bestätigt worden. Und die Frage, ob die Mediziner und die Gesellschaft optimistisch oder nicht optimistisch waren, hing davon ab, auf welches Drittel sie den Blickwinkel gerichtet haben. Es gibt auch heute Leute, die voller Begeisterung sagen: wir können alles! Ein bisschen würde ich hier schon warnen. Da gibt es Verfahren, die heißen „Need Adapted Treatment“, da geht angeblich alles ganz toll. Laing konnte das angeblich auch in seiner Wohngemeinschaft Kingsley Hall. Als ich ihn einmal getroffen und gefragt habe, was denn für Menschen denn da drin sind, da sagte er, da sind Menschen drin, welche andere Leute schizophren nennen, aber es gibt ja keine Schizophrenie. Also, diese Leute haben ihren Blickwinkel auf diese eine Gruppe gerichtet, und das ist auch wichtig dass man den Blickwinkel darauf richtet, weil das den eigenen Optimismus dabei beflügeln kann, die anderen zwei Gruppen zu behandeln, wenn man Therapeut ist. Das kann einen auch als Angehörigen beflügeln, selbst wenn man in der eigenen Familie eine völlig andere Situation hat. Aber man weiß dann, es ist eine Krankheit, die kann ausheilen, die kann sich bessern mit Unterstützung, und man kann selber dazu beitragen. Das sind die Faktoren, die wichtig sind.

Leider, muss man sagen, verschwinden diese Patienten, dieses eine Drittel, aus unserem Blickfeld als Therapeuten. Wir sehen sie nicht, oder wir sehen sie einmal. Wahrscheinlich ist dieses eine Drittel gar kein Drittel sondern viel viel größer. Es gibt viele Menschen, bei denen man, wenn man die Lebensgeschichte erhebt, schizophrene Episoden, die nicht schwerwiegend sind, herausexplorieren könnte. Das ist eine beachtliche Gruppe. Aber einige Menschen, auch wenn die gute Episoden hatten, sind Leute, die sich nicht zeigen, anders als Leute, die Depressionen gehabt haben. Letztere verkaufen ihre Bücher mit Selbsterfahrung darüber. Sie tauchen auf und sagen: der Herr Professor Finzen hat mich wieder gesund gemacht.

Ja, das ist toll, wenn man solche Leute hat, wenn man eine solche Lobby hat, aber im Bereich der schizophrenen Psychose sagt niemand: ich habe eine Schizophrenie gehabt und jetzt arbeite ich – besser keine Fluggesellschaft nennen - als Pilot. Ein Gedanke, der – bei allem Respekt - ein gewisses Unbehagen auslöst. Wir haben einen Diabetiker unter uns, der wahrscheinlich auch nicht jede Berufstätigkeit ausüben kann. Es gibt viele Krankheiten, die führen zu gewissen Einschränkungen, aber sie sind nicht stigmatisiert oder nicht so stigmatisiert. Ein wichtiger Pfeiler der Behandlung, das wissen wir alle, ist die Bekämpfung des Stigmas, zumindest die Erhöhung des Selbstbewusstseins beim Kranken und bei den Mitbetroffenen. Man muss sich dieser Krankheit nicht schämen.

Also, das ist ein Drittel, das aus dem Blickfeld gerät, und weil es aus dem Blickfeld gerät, dämpft es den Optimismus bei den anderen Gruppen. Ich will jetzt von der anderen Seite herangehen: es hat Zeiten gegeben, wo die Unheilbarkeit im Vordergrund des Blickwinkels gestanden hat und wo massiver Pessimismus da gewesen ist, wo in der alten Anstaltspsychiatrie dann auch nichts mehr gemacht wurde, auch in den frühen Heimen, die da etabliert wurden. Das war eine Kapitulation vor der Krankheit, ist es zum Teil wahrscheinlich auch heute noch.

Aber es gibt auch eine andere Form des Umgangs, die dort, wo es schwerwiegende Verläufe gibt, die einen unrealistischen Optimismus fördern. Wir können nicht alles. Und ich habe den Eindruck, dass mit der Recovery-Bewegung, die im Augenblick in der DGSP so gepflegt wird, und auch neue Euphorie hervorgebracht hat, es schwierig geworden ist, zu sagen:

„Aber hör mal, es gibt Kranke, bei denen können wir nicht das tun, oder das erreichen, was Ihr Recovery, also Wiederherstellung, nennt, und wir müssen uns auf die "Unheilbaren" konzentrieren und für diese erreichten was möglich ist!“, wobei der Begriff „Unheilbar“ auch wiederum stigmatisiert ist.

Und das ist nichts Neues, das das hat eine alte Tradition in der abendländischen Medizin. Im so genannten Eid des Hippokrates, der gar nicht von ihm ist, gibt es eine Formulierung, die immer wieder vergessen worden ist, nämlich, dass man als Arzt sich um die Kranken kümmert und ihre Leiden lindert, aber dass man die Finger von jenem Kranken lässt, "der von der Krankheit vollständig überwältigt ist". In der klassischen Medizingeschichte nennt man das die „Scheu vor der Unheilbarkeit“. In der griechischen Medizin hat das gute Gründe gehabt, genauso wie es in der griechischen Medizin gute Gründe hatte, die Prognosekunst zu fördern, denn die griechischen Ärzte hatten Glück, wenn sie nur aus der Stadt vertrieben wurden, wenn ihnen ein Patient starb, dessen Behandlung sie übernommen hatten. Deshalb mussten sie vorher sagen können, wie die Krankheit verläuft. Ursächlich konnten sie sowieso nicht therapieren.

Ich lasse das mal so stehen und nähere mich dem Problem der schweren psychischen Erkrankungen an auf dem Weg über das zweite Drittel, nämlich den Kranken, die relativ günstige Prognosen haben, wenn man sie behandelt, und versuche dann, abzuklopfen, was man denn erreichen kann, wenn jemand schwer krank ist.

Bessere Prognose in "einfachen" Gesellschaften

Zu diesem zweiten Drittel muss ich auch wieder einen Schlenker machen, nämlich, dass man in den letzten 50 Jahren herausgefunden hat, dass die Prognose von schizophrenen Erkrankungen trotz mangelhafter medizinischer Grundausstattung in den afrikanischen Ländern und in Südamerika außerhalb der großen Städte eine sehr viel günstigere ist als bei uns, und das ohne Medikamente und ohne ärztliche Behandlung. Und da stellt sich die Frage: warum ist das so? Wir können eine sehr viel bessere medizinische Behandlung bieten als in diesen Ländern. Wir haben auch die Möglichkeiten, mittels Medikamenten Symptome weg zu drücken. Wir haben die Möglichkeiten, Kranke zu rehabilitieren bis zu einem gewissen Maß, wir hätten auch die Möglichkeiten, sie psychotherapeutisch zu betreuen. Aber was wir nicht können, und das zeigen auch die großen Langzeituntersuchungen dazu, ist, für einen beträchtlichen Teil dieser Menschen eine vollständige soziale Wiedereingliederung zu erreichen. Und das können die Afrikaner. Und da müssen wir uns dann fragen: Ja, wie definieren wir denn vollständige Wiederherstellung? Und wir kommen zu dem Ergebnis, dass der entscheidende Punkt ist, dass die Menschen, die äußerlich vollständig wiederhergestellt sind, vielleicht noch gewisse Einschränkungen durch die abgelaufene Krankheit haben, zwar sich sozial ganz gut integrieren können, dass sie für sich selber sorgen können, dass sie vielleicht Schwierigkeiten im Bereich von zwischenmenschlicher Beziehung und Partnerschaft haben, aber dass sie keinen Platz in der Berufswelt finden. Und das ist in einfachen Gesellschaften nicht das Problem.

Arbeit als Gesundheitsmassstab

Wir haben unsere Gesellschaft so entwickelt, dass viele Menschen, die die vielleicht nicht so leistungsfähig sind, aber keine psychische Krankheit oder psychische Störung haben, nicht mehr Arbeit und Brot finden in dieser Arbeitsgesellschaft. Wir haben uns so differenziert und so auf Leistung getrimmt, dass ganz viele Menschen herausfallen, und dass Menschen, die verletztlich sind aufgrund einer abgelaufenen Erkrankung, gar keine Arbeit mehr finden. Wir definieren, da müssen wir uns darüber klar sein, Gesundheit zu einem beträchtlichen Teil über Arbeitsfähigkeit. Das ist nichts Neues. Freud hat die Definition kreiert, und auch von Erich Fromm ist sie gepflegt worden: „Gesund ist, wenn jemand arbeiten kann“.

Diese Definition ist zweifelhaft, aber sie ist in den Vorstellungen von ganz vielen Menschen drin, und wenn ich nicht arbeiten kann, bin ich auch nicht gesund. Wir müssen uns fragen, ob

wir das so akzeptieren wollen. Wir versuchen, psychisch Kranke, wenn es ihnen einigermaßen gut geht, auf Teufel komm raus wieder arbeitsfähig zu machen. Und wenn wir das dann erreicht haben, dann finden wir keine Arbeit für ihn. Dann wird er nicht psychotisch, aber er wird depressiv, und wir gewinnen dadurch nichts. Die Frage, die ich mir immer wieder gestellt habe, ist die, ob es reicht, uns nur auf die allgemeine Stigmatisierung zu konzentrieren, sondern ob wir nicht irgendwie auch unsere Einstellung zur Arbeitsgesellschaft und zu dem Ziel der Arbeitsintegration von psychisch Kranken verändern müssen. Wenn die Gesellschaft das nicht will, und wenn sie die Gesundheitsdefinition so sieht, dass nur Arbeitsfähigkeit als Gesundheit akzeptiert wird, dann haben wir ein Problem. Und dieses Problem wird man auf dem Weg über medizinische Maßnahmen und über rehabilitative Maßnahmen, die dazu gehören, nicht lösen können. Und dass man dann einen zweiten Arbeitsmarkt schafft mit Behindertenwerkstätten und ähnlichem, das kann nicht die Lösung sein. Da gelten oft die Regeln der Arbeitsgesellschaft selber und nicht aufgelockerte, gesundheitsfördernde Regeln.

Das ist etwas, was ich hier nur anreißen kann, was ich Ihnen als Problem darstellen kann, was ich aber nicht lösen kann. Was aber ein Problem ist, das möglicherweise für Sie in den Familien dann doch klar ist, ist die Forderung, die Sie im Kopf haben, die die Betroffenen im Kopf haben, die die ganze Umgebung im Kopf hat, der Betroffene, der Erkrankte, dem es wieder besser geht: wenn er doch endlich wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert wäre.

Ein Beispiel

Ich habe vor kurzem versucht, eine Familie zu beraten in der Schweiz, wo jemand eine Psychose hinter sich hatte, seit 10 Jahren relativ stabil war und sich des Lebens freute, in einer eigenen Wohnung wohnte und sich kleine Beschäftigungen suchte, und wo die Familie, die Schlimmes erlebt hatte, sehr froh war, dass das so ging. Aber der Bruder, der im Ausland lebte, setzte die Familie ungeheuer unter Druck: man müsste doch jetzt etwas tun, der muss doch unbedingt wieder in Arbeit. Der ist 40 Jahre alt, hat sein Studium abgeschlossen, aber seit 15 Jahren nichts gemacht, der muss doch wieder! Der Bruder hatte eine sehr wichtige Position bei einer Bank in Holland und meinte, das muss doch unbedingt was werden, der wird doch nicht ausreichend behandelt. Ich habe mir das genau angeguckt, ich hatte einen der besten Leute in der Schweiz, der den Betroffenen die letzten 10 Jahre kontinuierlich betreut hatte. Der kriegte die Medikamente, die ich selber auch verabreichen würde, beispielsweise in meiner eigenen Familie. Sein Zustand war so, dass ich sagte, das ist optimal - was wollt ihr denn mehr? Wenn ihr den jetzt unter Druck setzt, der ist ja zufrieden mit seinem Schicksal, dann wird er wieder krank. Und der Bruder sagt: „Nein, der muss!“ Diesen Konflikt habe ich nicht lösen können. Die Eltern lebten mit schlechtem Gewissen gegenüber dem einen Sohn und hätten ein schlechtes Gewissen gegenüber dem anderen Sohn gehabt, wenn sie ihn unter Druck gesetzt hätten. Der Bruder war sehr unzufrieden, hat sich tierisch aufgeregt über die miserable Psychiatrie in der Schweiz und wollte den kranken Bruder nach England transferieren zur Behandlung. Das ist eine Situation gewesen, über die nachzudenken es lohnt.

Gesundheitsideale können schaden

Wenn man an einer schweren Krankheit leidet, und dieser Zustand einigermaßen stabil ist, insbesondere, nachdem eine lange Phase von psychotischen Episoden, Krankenhausaufenthalt und ähnlichem vorangegangen ist, wenn man subjektiv Freude am Leben hat, wenn das Beziehungsgeflecht einigermaßen funktioniert vielleicht nur in einem kleinen Bereich, aber dort funktioniert, wenn das einzige, was aussteht, Arbeitsfähigkeit ist, überfordert man da nicht möglicherweise die Möglichkeiten? Wenn man das aufdröseln, richtet man nicht dadurch, dass man ein Gesundheitsideal hat, das in diesem Fall an Arbeitsfähigkeit orientiert ist, Schaden an, den man vermeiden könnte, wenn man in den Lebenszielen einen bescheideneren Anspruch entwickeln würde?

Wahrscheinlich ist es Ihnen allen so gegangen, als Ihr Kind, Ihre Schwester, Ihr Bruder krank geworden ist, dass sie da die Vorstellungen, die Sie im Hinblick auf die Zukunft hatten von diesem Kind, revidieren mussten, dass sie die irgendwie zurückschrauben mussten, dass Ihnen das sehr, sehr schwer gefallen ist. Das gehört mit zu den schwierigsten Dingen. Wir haben, wenn ein Kind aufwächst, Vorstellungen davon, was einmal aus ihm werden soll. Es muss nicht immer diese altbekannte ganz normale Vorstellung sein: „Er soll es mal besser haben als ich“. Aber er soll es gut haben. Er soll einen Beruf lernen, eine Ausbildung machen, eine Arbeit finden. Diese Hoffnungen oder viele davon, müssen Sie sich, wenn diese chronische Erkrankung hereingebrochen ist, abschminken, Sie müssen sich auf eine neue Situation einstellen.

Bei einer körperlichen Behinderung ist das ganz offenbar leichter. Die Medizinsoziologie hat das natürlich untersucht, und es würde niemand auf die Idee kommen, jemand nach einer Beinamputation mit Aufgaben belasten zu wollen, für die man zwei funktionierende Beine braucht. Gerade im Bereich des Psychischen ist das ja alles nicht fassbar. Die psychische Verletzlichkeit ist nicht messbar, ist schon gar nicht sichtbar. Die Einschränkung der Willenskraft ist nicht sichtbar, und auch das, was Sie erleben, ist nicht messbar, auch viele andere Dinge nicht, die sich nicht als unmittelbar sichtbare psychiatrische Symptome niederschlagen. Das sind ja gar nicht diese Symptome, Halluzinationen und so weiter, die die wirklichen Krankheitssymptome sind, die die Behinderung dann ausmachen, sondern es sind die „kleineren“ Veränderungen, die Einschränkung der Willensfähigkeit, die Verletzlichkeit gegenüber äußeren Situationen, die Verminderung der Antriebskraft und Ähnliches mehr. Das sind alles Dinge, die wir nicht mit Medikamenten behandeln können.

Relative Kriterien

Also das, wo ich hier drum rum rede die ganze Zeit, ist folgendes: wir müssen, wenn wir mit chronischer psychischer Krankheit zu tun haben, uns eigene Kriterien dafür schaffen, was wir an Maßstäben für Gesundheit oder relative Gesundheit für uns erarbeiten und erhalten wollen. Wenn wir das nicht tun, dann wird es uns sehr schwer, die Situation, in der wir alle zusammen sind, auszuhalten, und wir machen es auch den betroffenen Angehörigen schwer, noch schwerer, es auszuhalten. Das hat eigentlich gar nichts mit Medizin zu tun, sondern letzten Endes mit psychologischen und sozialen Überlegungen und schlicht gesundem Menschenverstand. Aber es hängt damit zusammen, und das ist so schwer, dass Gesundheit anders definiert ist. Es gibt nicht so etwas wie relative Gesundheit, mit der man sich zufrieden geben kann, und unsere Gesellschaft in der wir leben, macht es Menschen schwer, ein gesundes Leben in Behinderung zu führen.

Als wir anfangen in der Klinik, da wurden Patienten entlassen, wenn sie Arbeit hatten. Das, denkt man heute, ist fantastisch, das kann ja gar nicht so sein. Aber das war so die Zeit vor der ersten Ölkrise. Es wurden Arbeitskräfte gesucht, und wenn die Leute etwas schwächer waren bei der Arbeit, dann wurde das hingenommen und unterstützt. Das ist alles völlig undenkbar geworden. Obwohl die Möglichkeiten damals medizinisch schlechter waren, war die Prognose unserer Patienten damals wesentlich besser. Und das wiederum heißt, die Hoffnungen, die wir auf die Medizin haben können, sind begrenzt, und die Hoffnungen die wir haben können, die Gesellschaft zu verändern, die sind illusorisch. Das weiß man auch von 68. Ein bisschen haben wir es schon geschafft. Ich traue mich zum Beispiel heute, ohne Krawatte hier aufzutreten. Aber wenn man die Gesellschaft nicht verändern kann, dann muss man doch nicht an dieser Gesellschaft verzweifeln. Es wird nicht morgen (*nach der Bundestagswahl, Anm. des Bearbeiters*) alles ganz anders, es bleibt so ähnlich, wie es war. Aber es ist ähnlich wie bei der Stigmatisierung. Ich habe nie etwas von den großen Entstigmatisierungskampagnen gehalten, sondern davon, mit Angehörigen zu arbeiten und ihnen zu helfen, ein anderes Selbstbild zu entwickeln, sich zu sich selber zu sagen: ich kann meine Situation bewältigen, und alles, was mit dem Finger auf mich zeigt, und sagt, also das muss ja irgendwo mit der Situation in der Familie zusammenhängen, und schlechte Erziehung usw. ist alles Quatsch! Dieses Selbstbild muss man verändern. Es gibt inzwischen das Wort „Selbststigmatisierung“. Das ist Unsinn, man wird stigmatisiert von anderen, aber

man hat das Problem, dass man die Vorurteile, die die anderen haben, vorher selber gehabt hat, als man noch von der Krankheit nicht geschlagen war. Und sich davon zu befreien, ist das Schwierige. Daran muss man arbeiten. Man muss mit den Betroffenen direkt arbeiten, denn das ist eine zweite Krankheit. Um die erste Krankheit möglichst gut zu bewältigen, muss man eben auch an der zweiten arbeiten und auch den Angehörigen dabei helfen und den Kranken selber, in ihrem Umfeld dafür zu sorgen, dass mehr Verständnis da ist. Thomas Bock, Hamburg, nennt das die „Entstigmatisierungskampagne von unten“.

Bemerkungen zum Schluss

Jetzt möchte ich versuchen, doch noch ein wenig Systematik reinzubringen in die letzten 10 Minuten. Ja, warum werden unsere Patienten wieder gesund? Oder auch nicht wieder gesund? Sie werden gesund, weil ihre Krankheit einen günstigeren Verlauf hat als bei denjenigen, die nicht wieder gesund werden. Das ist die bittere Wahrheit! Und die werden von alleine wieder gesund. Das ist dieses eine Drittel. Die Krankheit äußert sich bei jedem Menschen anders. Und wir können nicht sagen, dass diejenigen, die von allein wieder gesund werden, besser behandelt worden sind als die Anderen. Aber: ich zitiere noch einmal Eugen Bleuler: „Die Schizophreniebehandlung ist die dankbarste für den Arzt“. Das ist eine Krankheit, wo man sehr viel tun kann, nicht nur der Arzt, sondern auch die Krankenschwester, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, natürlich auch Angehörige. Die letzteren vielleicht am meisten.

Es geht darum, die Möglichkeiten und die Ressourcen der Medizin sich genau anzugucken und sie dann auch vernünftig einzusetzen, wenn eine Krankheit nicht von allein weggeht. Wenn die Krankheit von allein weggeht, dann soll man sie auch nicht behandeln, weil man die Kräfte für die anderen Kranken, die nicht von allein gesund werden, braucht. Und wir haben zur Verfügung, ich geh das noch mal durch, was mir in den Kopf kommt, als erstes die Medikamentenberatung. Es gibt ein sehr schönes Heft von der „Kerbe“, der Mitarbeiterzeitschrift des diakonischen Werkes, zur Pharmakotherapie, wo auch Frau Straub und ich als Autoren beteiligt waren. Frau Straub hat ihren Artikel überschrieben: „Die Angehörigen sitzen zwischen allen Stühlen“. Und so ist das auch.

Christian Müller bei dem ich vor 30 Jahren kurz Gastprofessor gewesen bin in Lausanne, hat über die Zeit vor der Medikamentenbehandlung gesagt: „Das war die Hölle!“. Das ist unser Maßstab. Wir können mit den Medikamenten eine ganze Menge erreichen. Aber: egal, welche es sind, die alten oder die neuen, ihre Reichweite ist begrenzt. Und das wird sich nicht ändern, es sei denn, wir finden einen ganz neuen Weg. Wir können Symptome damit behandeln, wir können die Selbstheilungskräfte in den Patienten stärken, indem wir ihnen die Angst nehmen vor den Halluzinationen oder die Verfolgungsangst, aber was wir nicht können, ist die Krankheit ausheilen. Und die Wirkung der Medikamente, das ist vor 50 Jahren so gewesen, als sie eingeführt wurden, und das ist heute noch so, sagen ihnen die Experten, die Reichweite der Medikamente betrifft 70-80 %. Das heißt, es bleibt immer eine Gruppe von Kranken, bei denen die Medikamentenwirkung entweder nicht vorhanden ist oder nicht ausreicht. Und wer ihnen heute etwas anderes verspricht, der lügt! Es ist bitter, dass es so ist. Das letzte Mal dass ich begeistert war, war bei der Einführung der neuen Medikamente in den neunziger Jahren; da habe ich gedacht, jetzt sind die meisten Probleme gelöst. Inzwischen weiß ich, dass das neurophysiologisch, neurobiologisch gar nicht möglich ist mit den Medikamenten, die wir jetzt haben, und wir müssen uns darauf einstellen. Medikamente allein helfen ein großes Stück weiter bei den meisten Patienten, aber sie helfen nicht ausreichend. Sie helfen vor allen Dingen nicht bei den so genannten Negativsymptomen wie Verminderung von Antrieb, bei Gefühlssymptomen wie unangemessenes Verhalten in bestimmten sozialen Situationen, und bei einigem anderem mehr, was so im Alltag sehr störend ist. Und da kommen dann die Verfahren herein, die wir zweitens soziotherapeutisch und drittens psychotherapeutisch nennen. Da gehört das Psychoedukative herein, da gehört auch herein, dass Kranke lernen über ihre Krankheit. Da gehört eine stützende und lehrende psychotherapeutische Begleitung herein, welche die meisten Krankenhäuser nicht anbieten. Es gehören rehabilitative Maßnahmen herein, nicht bei Allen, aber bei Vielen. Es gehört eine

strukturierte Beschäftigung herein, aber keineswegs ein Achtstundentag. Vier Stunden am Tag aktive Beschäftigung reicht völlig aus. Diese Möglichkeiten gehören in strukturierter Weise zusammengepackt.

Es gehört auch dazu, dass Patienten erfahren, was sie selber verletzlich macht in bestimmten sozialen Situationen. Die Förderung von Selbstheilungspotenzial und eben Psychoedukation. Psychoedukation ist übrigens ein Wort, das man im Hinblick auf Angehörige nicht verwenden sollte. Besser wäre „psychoinformativ Arbeit“. Wesentlich ist die Information von den Menschen, die mit den Kranken zusammenarbeiten, das sind ja nicht nur Mütter, Väter und Geschwister, das sind auch Freunde und manchmal auch Arbeitskollegen, im Hinblick darauf, wo und wie man Rücksicht nehmen muss, sowie Versuche, soziale Kontakte zu vermitteln.

Das alles reicht nicht. Aber wir wissen, dass die Medikamentenbehandlung eben begrenzt ist, und dass wir uns nicht darauf versteifen sollen, immer noch ein Verfahren, noch ein Verfahren, noch ein medikamentöses Verfahren zu finden. Wir müssen sehen, dass das Grenzen hat. Und wir müssen uns auf diese Grenzen einstellen, wenn wir nicht auf die Dauer Schaden anrichten wollen, und müssen dann versuchen, die anderen Möglichkeiten individuell an den einzelnen Kranken anzupassen. Dann haben wir Chancen.