

Seelische Krisen – Ursachen für Neues

Kolloquium Jugendpsychiatrie am 3. Oktober 2009 im Neumarkt Zürich

Protokoll des Vormittags, 9 – 12.30 Uhr (Andrea Klapproth)

Rahel Wepfer begrüsst die ca. 60 Teilnehmer.

Thomas Schoch als Moderator eröffnet den Dialog über die verschiedenen Erfahrungen und Ansichten, was es für eine zeitgemässe Betreuung von Jugendlichen in einer psychischen Krise braucht.

Beitrag von Uwe Bening (Diplompsychologe, Oldenburg DE):

„Die Krankheit – ein Freund?“

Er hat eigene Psychoseerfahrungen. Die Ärzte rieten ihm damals, sich „verrenten“ zu lassen. Wäre er dem Rat gefolgt, sässe er jetzt in einer Behindertenwerkstatt.

Sein erster Beruf ist Tischler. Danach studierte er Psychologie und machte eine Familientherapie-Ausbildung. 1996 machte er dann eine eigene psychotische Erfahrung mit aller Symptomatik und 2003 ein weiteres Mal. Jetzt gelang ihm eine tiefere Auseinandersetzung damit und er konnte den Gedanken annehmen, dass die Krankheit mit seiner Lebensgeschichte zu tun hat, z.B. mit Todesängsten (er hat einmal als Einziger einen Verkehrsunfall überlebt).

Normalerweise wird die Psychose als Feind erlebt, den man zu eliminieren hat. Bis heute sagt man, dass ihr ein schwerer hirnanorganischer Defekt zugrunde liegt. Deshalb werden Medikamente verabreicht. Denen, die diese nicht einnehmen wollen, wird mit Entlassung aus der Institution, aus der Klinik gedroht. Die eigentlichen Ursachen aber sind unbekannt. Ein Psychiater sagte sogar einmal, dass er nicht wisse, ob sie überhaupt eine Krankheit sei.

Das Tragische ist, dass der Patient nun weiss: Der Feind wohnt in ihm selber. Er bekommt Angst und Scham und traut sich nicht mehr, seine eigenen Gefühle zu zeigen. Sein Vertrauen in das eigene Denken und Fühlen ist erschüttert. Dieses defizitorientierte Verständnis der Psychose definiert die Behandlung. Viele Verläufe sind ein Artefakt, eine Folge der Behandlung. Es wird mit der neuroleptischen Keule zugeschlagen.

Uwe Bening gelang nun zu der Auffassung, dass die Psychose ein fremder Freund ist, der einen von hinten packt und durchschüttelt. Statt einer feindlichen Bekämpfung fand er zu einer freundlichen Annäherung. Die Krankheit ist kein Störfaktor mehr, sondern eine vom Leben geschenkte Fähigkeit, mit Herausforderungen umzugehen und in der Auseinandersetzung damit zu wachsen, zu reifen, sich weiterzuentwickeln. Die Krankheit ist dann eine Energie des Begegnens, des Innehaltens.

Für die Therapie gelten dann zwei Schritte:

1. Dem Menschen helfen, diese obige Fähigkeit wiederzuerlangen
2. Dann, bei gutem Wetter (wenn die Fähigkeit wieder da ist), unter Deck gehen und schauen, was da für eine Ladung vorliegt und sich sagen: die gehört zu mir, die ist Teil meines Lebensschiffes. Das Ich als Lenker im Gespann von Wahrnehmen – Fühlen – Denken kennenlernen.

Man braucht einen Freund, der zuhört und der da ist – und nicht eine Tablette...

Die Krise ist immer eine Chance, die lebendige Beweglichkeit wieder zu bekommen, Freude und Lust wieder zu entdecken, denn die sind verbindend und vitalisierend.

Üblich ist, dem Betroffenen zu sagen: „Reiss dich zusammen!“ Und so ist Uwe Bening in seiner Psychose auch mehrfach zwangsfixiert worden: fesseln, Hose runter, Spritze. Bei dieser Behandlung kann keine Lebensfreude entstehen, weil der Patient weiss, dass er seinen Gefühlen nicht Ausdruck geben darf, sich eben zusammenreissen muss.

Es geht aber, wenn man heil/ganz werden will, darum, sich die Gefühle, auch den Zorn und die Angst, zuzugestehen. Angst ist dann ein vorübergehendes Gefühl und kein Seins-Zustand.

Die psychotische Erschütterung ist eine dem Leben wohlgesonnene Möglichkeit, um festgehaltene, erstarrte Energie zu befreien. Wenn dieser chaotische Ausbruch dann geschieht, geht es darum zu lernen, damit in lebendiger Beweglichkeit umzugehen – das bewirkt dann eine dynamische Stabilität. Dazu braucht es aber Unterstützung und die Chance, es zu üben. Die Schritte sind also: Vertrauen gewinnen, innere Lebendigkeit bekommen und damit eine Stabilität erreichen.

Beitrag von Alfred Siegenthaler (Leiter der Fondation La Clairière, Chamby, CH)

„Erfahrungsbericht aus der Therapiestätte La Clairière“

Herr Siegenthaler ist Mitbegründer der Therapiestätte, ihr Leiter sowie Kunsttherapeut und Sozialpädagoge. „La clairière“ heisst „Waldlichtung“. Sie liegt 950 m über dem Meeresspiegel und ist umgeben von Bergen, ein windgeschützter Ort mit herrlicher Aussicht. Gegründet wurde sie vor 28 Jahren von 8 Menschen = 4 Paaren, die einfach gesagt haben: „Wir machen's.“ Und die von den Jugendaufständen überforderten Behörden sagten: „Ja, macht mal.“ Das war eine Chance. Es sollte für junge Menschen etwas entstehen, wo sie neu zu sich kommen konnten. Sie wollten auf anthroposophischer Grundlage arbeiten, hatten einen Hof, der subventioniert wurde, weil das Gelände so steil war. Es gab drei Grundprinzipien, die noch heute gelten:

1. Der Jugendliche soll einen gesunden, umfassenden Raum vorfinden, wenn er ankommt. Er soll seine Tasche ablegen können und einfach sein, sich wohlfühlen und erleben: Hier wohne ich.
2. Der Jugendliche soll sich praktisch betätigen im Haushalt, in der Landwirtschaft. Als Gegenpol zu dem zielgerichteten Arbeiten kommt das künstlerische Arbeiten in der Gruppe, jeden Tag 2 Stunden: Malen, Plastizieren, Steinhauen, Kunsthandwerk, Tanzen und Fechten.
3. Der Jugendliche bekommt Einzelmassnahmen; jeder die Therapie, die er braucht: Heileurythmie, Sprache, Plastizieren, Bäder. Das findet man zusammen mit dem Jugendlichen heraus. Sie wird dann 7 Wochen durchgeführt. Danach folgen 7 Wochen Arbeit. Anschliessend gibt es einen Rückblick mit dem Jugendlichen zusammen: Was hat sich in dieser Zeit verändert etc. Der Jugendliche soll lernen, selber Handelnder zu werden, sich selber zu behandeln.

Das Ziel ist, dass der Jugendliche nach 12 Monaten autonom ist und selber entscheiden kann, wo bei ihm welcher Mangel ist und welche Therapie er braucht. Nun kommt er an einen anderen Ort, in die Nähe von Vevey (nach Fenil-sur-Corsier), wo die Jugendlichen selbständig zusammenwohnen und eine Berufs- und Sozialorientierung durchmachen. Das ist die Integrations- bzw. Verselbständigungsphase.

Aufgenommen werden können in La Clairière 20 Jugendliche bis 24 Jahre. Massive Gewalttäter werden nicht aufgenommen. Es gibt Versuchstage. Der Jugendliche muss es selber wollen.

Sie arbeiten mit einem Jugendpsychiater als verantwortlichem leitenden Arzt zusammen, der in Lausanne eine Praxis hat.

Es gibt 18,2 Mitarbeiter auf 20 Plätze – also fast eine 1:1-Betreuung. Die Zuordner sind das Sozialamt Kanton Waadt, das Jugendamt und Jugendgericht und der Strafvollzug.

Früher sagte man: 1/3 der Jugendlichen schafft's, 1/3 schwimmt so weiter und 1/3 taucht ab. Heute hat sich die Zahl von der Statistik her verschlechtert, aber vom Menschen her verbessert: Das Wichtigste ist, dass es zu einer Eigenbegegnung des Jugendlichen kommt. Wie es jeweils weitergeht, ist schwierig zu sagen. Manchmal geht es ja nach Krisen besser.

Beitrag von Wolfgang Rissmann (Leitender Arzt der Friedrich Husemann-Klinik Buchenbach DE)

„Erweitertes Verständnis der schizophrenen Psychosen durch anthroposophische Medizin – praktische Erfahrungen und therapeutische Ansätze“

Dr. Rissmann hat 30 Jahre lang Erfahrung gesammelt mit Menschen in seelischer Not.

Heute morgen wurden zwei verschiedene Leitideen angesprochen:

- Die seelische Krankheit ist eine Gehirnkrankheit (diesen Gedanken hat 1845 Wilhelm Griesinger in die Welt gesetzt).
- Die Krankheit ist ein Freund.

Heute arbeitet man vor allem mit Anti-Therapien: Antipsychotika, Antidepressiva etc. Der Gedanke ist: Der Feind muss zerstört werden.

Die Friedrich-Husemann-Klinik ist eine Akutklinik, verfügt über 103 Plätze und hat 140 Vollstellen. Der Patient kostet pro Tag 175 €. Ein Assistenzarzt verdient dort 1000 € weniger als in einer staatlichen Klinik. Man weiss nicht, ob es die Klinik in 3 Jahren noch gibt. Man kann sich heutzutage auf keine äusserlichen Sicherheiten mehr abstützen – das ist wie in der Psychose. Zum zukünftigen Leben gehört es, dass wir nicht von Renditen ausgehen können.

Was passiert bei den sogenannten schizophrenen Erkrankungen?

Die jungen Menschen (am Ende des Jugendalters) geraten in schwerste Not: Das seelische Leben (das Wahrnehmen, das Fühlen und die Antriebs- und Handlungsfähigkeit) verändert sich, vibriert, wird aufgewühlt. Sie hören Stimmen und sehen Gestalten.

Zum Denken: Die Gedanken werden wie von aussen eingegeben.

Zum Fühlen: Es kann traurig, verzweifelt, euphorisch oder oberflächlich („läppisch“) sein.

Zum Handeln: Der Antrieb kann bis zur Katatonie erstarrt sein, es kann einen Bewegungstau bis zur Katatonie geben.

Wie entwickelt sich das?

1. Die jungen Menschen können nicht mehr handeln, der Wille steht ihnen nicht mehr zur Verfügung, sie haben einen Leistungsknick, gehen nicht mehr in die Schule.
2. Die nächste Stufe ist eine Verstimmung ohne äusserlichen Anlass, die bis zu Selbstmordgedanken gehen kann.
3. Dann folgen kognitive Störungen bei grossen Belastungen wie Prüfungen o.ä.

Die Psychose beginnt also mit einer Willensstörung, danach ist das Fühlen und dann das Denken betroffen, also: der ganze Mensch letztendlich. Besonders aber trifft es den Willen, d.h.: Es wird problematisch, den persönlichen Schicksalsweg zu gehen.

Es gibt heute zwei Paradigmata:

1. Das Diktum: Die Geisteskrankheit ist eine Gehirnkrankheit, sie wird vom Gehirn produziert. (Zum Teil wird das allerdings schon in Frage gestellt.)

Rudolf Steiner sagte, der ganze Mensch habe mit dem Seelischen zu tun. Es wird die Bewegung des Menschen, der Rhythmus seines Atems und sein Gehirn berücksichtigt. Der Leib ist Träger und Resonanzkörper des Seelischen. Darin unterscheidet sich die anthroposophische von der herkömmlichen Psychiatrie.

2. Das Diktum: Seelisches Leben gibt es nur so lange, wie das Gehirn funktioniert. Ist dieses tot, ist der Mensch tot.

Thomas Fuchs (Heidelberg) und Joachim Baur (Freiburg) denken anders: Sie fragen, was es mit dem Geistig-Seelischen des Menschen an sich auf sich habe, mit der Person also. Was ist vor der Empfängnis und nach dem Tod? Seele und Geist entspringen nicht dem Leib – sie brauchen ihn aber als Stütze. Der ganze Leib ist durchseelt. Sie sehen (wie R. Steiner 1917) die Krankheit als eine Möglichkeit des Menschen, an sich und seinem Schicksal zu arbeiten.

Bei diesen 2 Paradigmata ist man sich also nicht einig. Wir müssen in einen konstruktiven Dialog treten.

Die Erkrankung beginnt zur Zeit des Erwachsenwerdens. Der statistische Gipfel liegt zwischen 18 und 22 Jahren. Welche Aufforderung liegt dahinter? Welchen Zusammenhang hat die Erkrankung mit der Biographie des Menschen? Es ist der Moment der Ablösung von den Eltern, des Ins-Leben-Tretens – und dann kommt dieser Widerstand durch die Krankheit. Das ist eine Herausforderung. Der junge Mensch vereinsamt, findet keinen Partner. Es gilt, das als Psychiater mitzuerleben. Die jungen Menschen wollen diese Krankheit nicht. Aber sie gehört zentral zur Menschheit wie die Pneumonie oder Karzinome: 1 % der Menschen in allen Kulturen durchleben diese Krankheit.

Seit 30 Jahren verfolgt Dr. Rissmann diese Lebensläufe, und es entstehen dadurch ungewöhnliche Beziehungen und menschliche Verbindungen. Es kostet Überwindung, sich diesen Menschen zuzuwenden, und diese Menschen haben Mühe, sich sich selber zuzuwenden. Sie haben etwas Kühles und Abweisendes. Die massiven Symptome verdecken die Qualitäten der Personen. Es braucht Zeit und Geduld für ihre Begleitung. Sie arbeiten sich durchs Leben, können in der Regel kein bürgerliches Leben führen. Mit der Zeit aber entwickeln sie Empfindungen, haben eigene Gedanken, es tritt eine gewisse Souveränität und Gelassenheit bei ihnen auf, eine gewisse Form von Demut und Entschiedenheit. Die Entwicklung dieser Qualitäten und das Sich-selber-Zuwenden gegen alle Widerstände ist Sinn und Bedeutung ihrer Erkrankung.

Zur Therapie der Schizophrenie

R. Steiner sagt, dass der Grund der Erkrankung im Eiweißstoffwechsel, im Stoffwechsel liegt. Die Organe (Leber, Nieren, Lunge) rinnen aus und erstarren. Der Mensch hat keinen lebendigen Grund mehr, auf dem er ruhen kann. Es geht aber nicht darum, die Symptome jetzt durch Psychopharmaka abzuschaffen, sondern sie anders zu behandeln. Es gibt drei Säulen in der anthroposophischen Behandlung:

1. Die Behandlung der Organe durch Substanzen, Wickel, Bäder, Anwendungen, Packungen, Heileurythmie etc.

2. Auch der rhythmische Mensch muss angeregt werden: durch Kunst – das regt das Gefühlsleben an, den Blut- und Atemrhythmus. Dann geht's den Menschen besser, sie bekommen Farbe, auch seelisch.

3. Im Gespräch gemeinsam einen Weg gehen. Es braucht einen langen Atem, also 6 – 7 Jahre, um die Erkrankung zur Ruhe zu bringen (wie bei der Magersucht). Die Schizophrenie hat eine schicksalshafte Bedeutung. Man geht tief mit dem Menschen einen Schicksalsweg. Es geht darum, die Möglichkeit dieses langen Atems zu schaffen, um mit diesem Menschen zu arbeiten, Perspektiven anzubahnen, Berufsmöglichkeiten zu suchen. Dann kommt man weiter.

Zur Prophylaxe der Schizophrenie gehört nach Rudolf Steiner die besondere Gestaltung der Erziehung in den ersten 7 Jahren: ein liebevolles Milieu schaffen, Wärme geben, Klarheit und ein gutes Vorbild.

Beitrag von Cristobal Ortin (Pfarrer der Christengemeinschaft Zürich)

„Gedanken zum Seelentod“

Sich mit den Menschen, die die oben geschilderten Schwierigkeiten haben, Tag und Nacht zu verbinden, ist etwas Besonderes und Zukünftiges. Wenn das viele Menschen ergreifen, sind sie Pioniere von etwas, das kommen muss.

Was gibt uns die Kraft, uns Tag und Nacht für Menschen einzusetzen? Das tiefe Gefühl in der Willensschicht, dass wir mit diesen Menschen zusammengehören, dass das Seine und das Meine zusammengehören. Wie lässt sich dieses Empfinden auf die Arbeit übertragen und auf das Leben ausdehnen? Indem wir empfinden: Was ich tue, ist wichtig, es kommt darauf an, dass ich mit hineinspringe.

Durch die Krankheit werden Fähigkeiten ausgebildet.

- Es gibt die äusserlichen Fähigkeiten, die wir erwerben, wenn wir aufwachsen. Wir werden kräftig, gross und tatkräftig. Wir erwerben Selbstbewusstsein und können im Leben bestehen.

- Dann gibt es innere Fähigkeiten, seelische Fähigkeiten im Denken, Fühlen und Wollen wie Geduld, Vertrauen, Zuversicht, Mitleid. Diese Fähigkeiten sind solche, die man über die Schwelle mitnimmt. Gibt es eine Universität, an der wir uns für diese Fächer einschreiben können? Beim Verlust der äusseren Fähigkeiten (z.B. durch eine Krankheit) bilden sich diese inneren aus. Der Verlust der äusseren Fähigkeiten fordert uns dazu auf, nach innen zu gehen und z.B. Wut zuzulassen, Angst zu erleben und zu merken, dass ich das verwandeln kann: Wut in Vertrauen, Angst in Liebe.

Wenn man so vorgeht, kann sich die Identifikation des Menschen völlig umstülpen. Man fragt sich, wer man eigentlich ist und identifiziert sich nicht mehr mit seiner Herkunft und seinem Beruf, sondern bekommt nach und nach die innere Sicherheit: Ich bin etwas für sich Bestehendes, das nicht von äusseren Fähigkeiten abhängig ist. Ich bin nicht die Lebensbedingungen um mich herum. Ich bin eine geistige Entität.

Dann kann die geistige Entität die Arbeits-, Lebens- und Gesundheitsbedingungen annehmen als Stoff, an dem man sich weiterentwickelt. Das gilt auch für seelische Störungen, selbst wenn das Bewusstsein getrübt ist.

Man kann äusserlich physisch krank sein, aber innerlich kerngesund.

Viel hängt davon ab, wie sich die Seelentätigkeiten ausrichten. Wie Gesundheit eintreten kann, ist Sache des Arztes. Wie sich die Seele ausrichtet, ist Sache des Priesters:

- Richtet sich der Wille so aus, wie es die Welt braucht oder bezieht er sich nur auf sich selbst (dann erlahmt er)?
- Entwickelt sich das Fühlen zum Mitfühlen mit Anderen oder bleibt es auf sich bezogen (dann erlahmt es)?
- Richtet sich das Denken aus auf die eigene Schulung oder richtet es sich nach aussen (dann geht es mit nach aussen und erstarrt, es entstehen Vorurteile und Urteile, z.B.: „So haben wir es immer gemacht...“)

Aller Schmerz, den wir durchlebt haben, stülpt sich über der Schwelle in Fähigkeiten um. Den Blick also richten auf die seelische Entwicklung: Können wir das Erwachen fördern für das Bewusstsein „Ich bin eine geistige Entität“ und die Fähigkeit fördern, das Schicksal zu bejahen.

Das ist gerade für Zürich wichtig, wo es „Dignitas“ und „Exit“ gibt. Wenn das Leben abgeschnitten wird, verliert die geistige Entität die Möglichkeit, frei und tätig zu werden. Krankheitssituationen sind moderne Einweihungssituationen und Kliniken sind Einweihungsorte. Lernen, dass das Geistige erwacht und das Schicksal anzunehmen: Das wandelt sich nach dem Tod in geistige Klarheit.

Das war der pastorale Beitrag an die Mediziner von C. Ortin. Arbeiten Arzt und Priester zusammen, ist das Pastoralmedizin.

Protokoll vom Nachmittag ab 14:00 (Anjana Pregitzer)

Vortrag von Andreas Andreae, Leiter der Integrierten Psychiatrie Winterthur

„Über die Entwicklung des psychiatrischen Angebots in der Region Winterthur“

Andreas Andreae ist Erwachsenenpsychiater und neben seiner Tätigkeit als Leiter der Integrierten Psychiatrie Winterthur ipw gemeinsam mit Thomas Schoch engagiert im Vorstand der Sozialtherapie der Stiftung Fintan, Rheinau. Er weist in seinen einleitenden Worten darauf hin, dass „integrierte Psychiatrie“ vor allem Zusammenarbeit bedeutet.

Teil 1: Definitionen und Phänomene

Wie lassen sich Menschen hinsichtlich ihres Alters und ihrer Entwicklung sinnvoll so einteilen, dass man schließlich sagen kann, für wen die Jugendpsychiatrie da sein soll?

Je nach Blickwinkel (rechtlich, nationalitätsbezogen, entwicklungspsychologisch etc.) sind unterschiedliche Zeitspannen mit unterschiedlichen Begriffen belegt. Siehe hierzu die nachfolgende Abbildung 1.

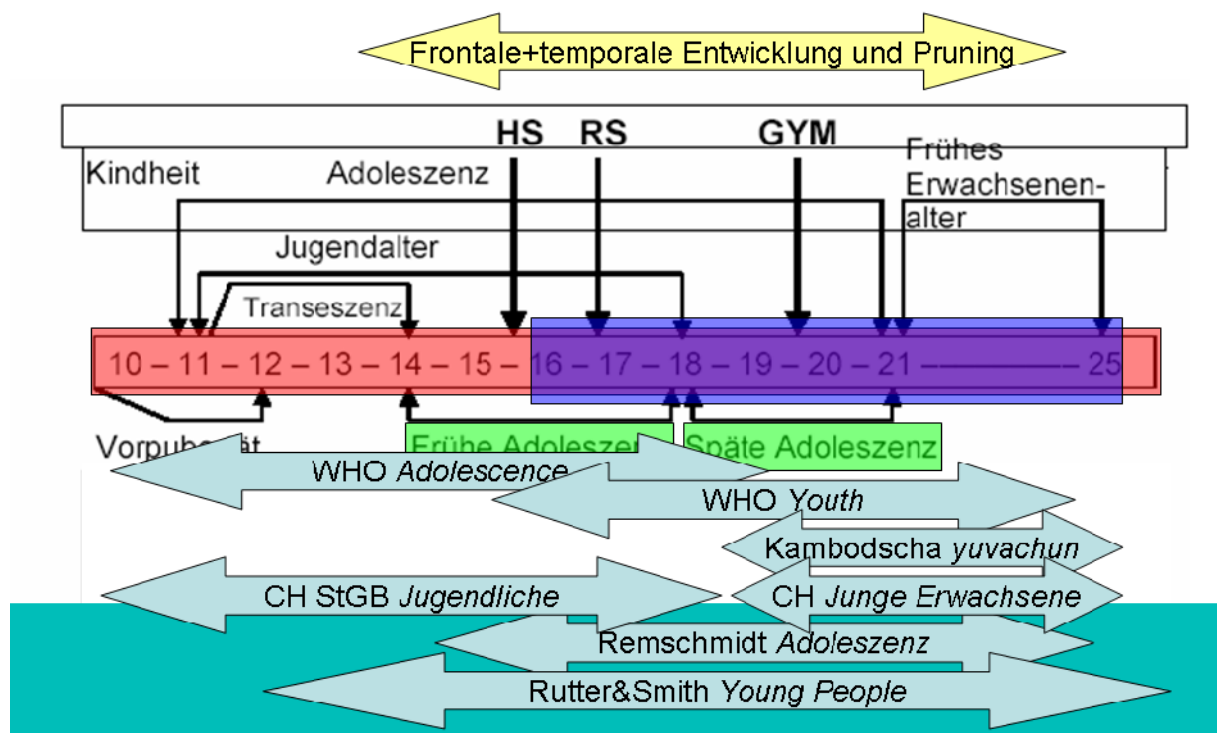


Abb.1 Adoleszenz zwischen biosexueller Reifung, neuronalem Umbau und selbständigem Erwachsenenleben

A. Andreae selbst arbeitet mit der Einteilung in Frühe Adoleszenz und Späte Adoleszenz, wobei mit Früher Adoleszenz die Zeitspanne vom 14. bis zum 18. und mit Später Adoleszenz die Zeitspanne vom 18. bis 21. Lebensjahr gemeint ist.

Die moderne Hirnforschung hat belegt, dass in der Zeit zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr eine enorme Umstrukturierung stattfindet, das so genannte „Pruning“ (engl. Jäten). Aus eigener Anschauung und Erfahrung ist bekannt, dass insbesondere Menschen gerade diesen Alters sehr mit sich selbst beschäftigt, richtiggehend träge sein können. Die Ursache dafür ist im Aufwand für die

genannte Umstrukturierung zu sehen. Ausgehend von diesen Erkenntnissen und dem Begriff der Adoleszenz als Zeitspanne zwischen dem 14. und 25. Lebensjahr soll sich das zu schaffende Angebot des Vereins für anthroposophisch erweiterte Jugendpsychiatrie an Menschen dieses Alters richten.

Es wird auf das neu erschienene Buch „Adoleszenzpsychiatrie“ der Autoren Fegert, Streeck-Fischer und Freyberger hingewiesen. Es ist das erste Fachbuch, das sich sozusagen fachübergreifend über die Gebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie einerseits und Erwachsenenpsychiatrie andererseits diesem Thema widmet.

Menschen in der Adoleszenz befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen verschiedenen Extremen (grüne Begriffe in Abb.2). Etwa 70% der jungen Menschen meistern das Ringen um die Mitte. Bei etwa 30% der Adoleszenten aber kommt es zu mehr oder weniger ausgeprägter internalisierender oder externalisierender (acting out) Symptombildung. Dabei wird der jeweilige Zustand (blaue Begriffe in Abb.2) entweder aus der Vergangenheit, dem Blick zurück begründet, oder leitet sich als Frage der Zielfindung ab.

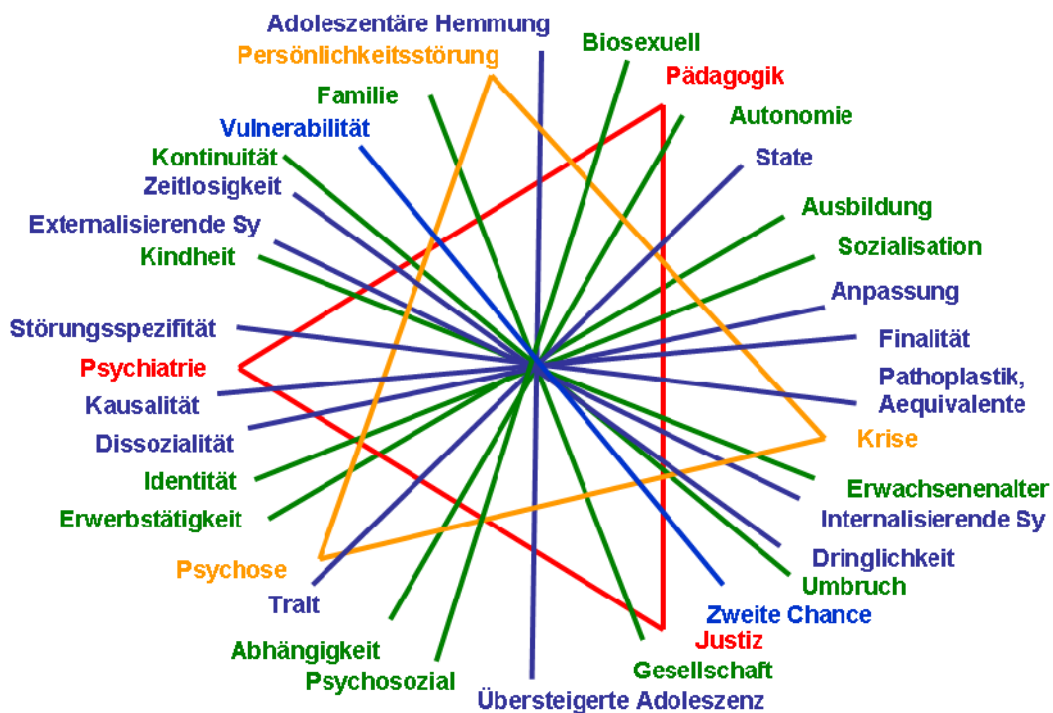


Abb.2 Spannungsfeld adolescenter Persönlichkeits- und Störungsentwicklung

Kommt es zu Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, Krisen adolescenter Menschen, sind Psychiatrie, Justiz und Pädagogik als Sammelbecken psychopathologischer Fälle zur Zusammenarbeit aufgerufen.

Störungen der normalen Entwicklung der Menschen in der Adoleszenz haben in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Als Indikatoren dafür werden die Zunahme des Drogenmissbrauchs, der Suizide, Depressionen, Essstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und der Delinquenz herangezogen (Abb.3).

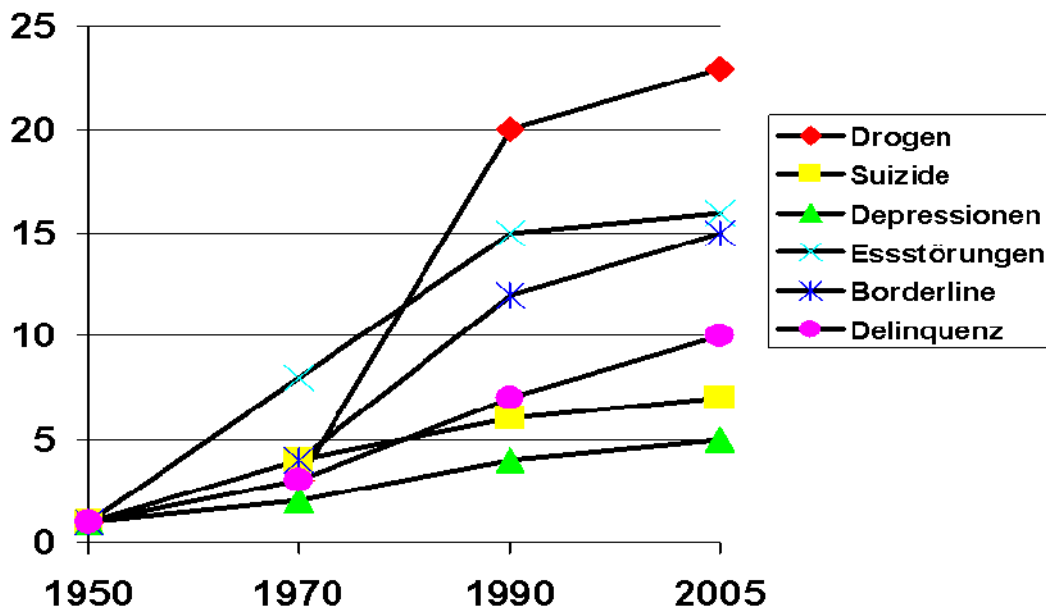


Abb.3 Indikatoren der Störungszunahme in der Adoleszenz in den Nachkriegsjahrzehnten (1950-2005)

Als Ursachen für den Anstieg psychosozialer Störungen werden verschlechterte Lebensbedingungen, Auswirkungen des Wohlstandes, Zunahme der Arbeitslosigkeit, geringere körperliche Gesundheit, Veränderungen im Muster der Adoleszenzverläufe, Häufung von Migration, Ausbreitung der Massenmedien, Wandel moralischer Werte, v.a. aber häufiger gewordene familiäre Zerwürfnisse und Trennungen diskutiert.

Teil 2: Historie und gegenwärtige Situation des psychiatrischen Angebots für junge Menschen im Kanton Zürich

Während der Anstaltsära vor und bis zum Ende des 19. Jahrhunderts wurde nicht zwischen Kinder-/Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie unterschieden.

Erst 1921 wurde mit der Stephansburg Burghölzli die erste Jugendpsychiatrie für 14-17-Jährige eingerichtet.

1944 wurde das ehemalige Waisenhaus Brüschalde in Männedorf zu einer Jugendpsychiatrie umgestaltet, die heute noch Bestandteil des psychiatrischen Netzes im Kanton Zürich ist.

Im Kinderspital der Universitätsklinik in der Dolderallee wurde 1975 eine Psychosomatische Abteilung eingerichtet.

1998 wurde in der Neumünsterallee die Zentrale Kinder- und Jugendpsychiatrie gegründet.

Aktuell (2007) gibt es im Zentrum von Zürich 2 Akutstationen mit 18 Betten, eine Tagesklinik für Jugendliche mit 8 Plätzen und die Poliklinik für Kinder. Darüber hinaus bestehen 8 Regionalstellen: Bülach, Dietikon, Effretikon, Horgen, Regensdorf, Uster, Wetzikon und Winterthur.

In der Nach-68er-Zeit war eine grosse Skepsis gegenüber staatlichen Anstalten weit verbreitet. Dadurch wurde bis in die 80er-Jahre hinein die Schaffung staatlich bereitgestellter Plätze stark erschwert.

Obwohl spezielle Plätze für Jugendliche schließlich geschaffen waren, landeten über lange Zeit jährlich ca. 150 Unter-18-Jährige in der Erwachsenenpsychiatrie.

Mit der Schließung der Inselklinik Rheinau (Jahr?) wurde das Psychatriekonzept des Kantons Zürich verändert und Winterthur zur Modellregion für ein integriertes regionales Versorgungssystem. Derzeit sind 5 Partner im Bereich Adoleszentenpsychiatrie im Netz der ipw zusammengeschlossen: der Burghof, die Stiftung Schloss Regensberg, das Landheim Brüttisellen, die Beratungsstelle für Jugendprobleme und die „Villa“.

1994 wurde die sozialpädagogisch-psychiatrische Modellstation für schwere Adoleszentenstörungen „Somosa“ gegründet.

Eine Regionserweiterung von Winterthur auf das Zürcher Unterland hat stattgefunden, es besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen ipw und KJPD und dem weiteren Umfeld.

Als Herausforderung für den Arbeitsbereich werden die Früherkennung sowie die Bereitstellung / Erweiterung des Angebots auf eine Akutstation und Plätze in der Nachbetreuung gesehen.

Ab 14:30 Podiumsgespräch mit Andreas Andreae, Uwe Bening, Ruth Meier, Cristobal Ortin, Wolfgang Rissmann, Thomas Schoch (Moderation), Alfred Siegenthaler und Franca Weibel

Vorstellungsrunde, jeder Podiumsteilnehmer stellt sich vor und gibt Auskunft zum „Schlüsselerlebnis“, das ihn mit der Thematik und dem Anliegen des Projekts Jugendpsychiatrie verbindet.

Franca Weibel: macht Aufklärungsarbeit an Schulen, litt als junge Frau selbst unter starken Depressionen, ihre älteste Tochter ist im Alter von 15 Jahren erkrankt, nach langem Verkennen der Erkrankung wurden die Diagnosen Schizophrenie und später Borderline-Persönlichkeitsstörung gestellt. Hat die Erfahrung gemacht, dass in jeder Klasse, die sie besucht, mindestens ein Schüler direkt oder indirekt von psychischer Erkrankung betroffen ist. Erlebt, dass psychische Erkrankungen nach wie vor ein Tabu-Thema sind und will einerseits Mut machen, dieses Tabu zu brechen und andererseits den Jugendlichen die Angst nehmen selbst zu erkranken.

Alfred Siegenthaler: leitet die Einrichtung Fondation La Clairière (siehe Protokoll vom Vormittag), war als Kind bis zu seinem 14. Lebensjahr sehr oft krank, litt an Asthma und Allergien, hat in der Begegnung mit einer Zwergenerscheinung erfahren, dass er überhaupt nicht krank ist, dass es sich bei seinen Leiden um zugesprochene Krankheiten handelt und war seither nie mehr krank. Er hat aus diesem Erleben den Impuls erhalten, gesunde Lebensbedingungen zu schaffen.

Wolfgang Rissmann: (siehe auch Protokoll vom Vormittag) ist leitender Arzt der Friedrich-Husemann-Klinik in Buchenbach (D). Kann letztlich nicht erklären, was ihn dahin geführt hat, Psychiater zu sein. Liebt die dramatischen Momente in der Psychiatrischen Arbeit.

Thomas Schoch: arbeitet als Helppädagoge, ist beeindruckt von der Erfahrung, dass eine 1:1-Betreuung, eine Beziehungsbildung die Tragfläche für einen Gesundungsprozess schaffen kann.

Cristobal Ortin hat als Architekt gearbeitet und dabei entschieden, zunächst mehr über den Menschen an sich wissen zu wollen für den die Gebäude entstehen sollen, die er als Architekt plant.

Auf diesem Weg kam er ans Priesterseminar und ist heute Priester der Christengemeinschaft in Zürich. Wurde einmal zu einer jungen Frau gerufen, die über 2 Jahre hinweg über ihr Handy dauernd in Kontakt mit anderen war und sich umbringen wollte, als sie ein extremes Einsamkeitsgefühl ergriff, als sie einmal 2 Stunden lang niemanden erreichte. Sagt, dass das Übergehen von Einsamkeit durch technische Mittel der menschlichen Seele nicht zuträglich ist.

Ruth Meier: Hat sich nach einer Psychoseerfahrung im Alter von 30 Jahren berufen gefühlt, Religionslehrerin zu werden, da Religion für sie sowohl der Auslöser ihrer Krise als auch später der Weg aus der Krise heraus war. Hat sich mit verschiedenen religiösen Strömungen befasst und die Spiritualität so entdeckt, bzw. einen spirituellen Umbruch erlebt, dass es ihr möglich wurde, ihre schizophrenen Symptome so einzuordnen und soweit zu integrieren, dass ihr heute ein Leben ohne Psychopharmaka möglich ist. Die Suizidalität war in der Krise die grösste Bedrohung für ihr Leben. Heute erlebt sie sich als Projektionsfläche für die gesellschaftliche Befindlichkeit, als Indikator, ähnlich wie dazumal der Vogel im Bergwerk.

Uwe Bening: (siehe auch Protokoll vom Vormittag) hat eine psychotische Erfahrung gemacht, die alles überstieg, was er sich vorher hat vorstellen können, hat das Erleben, dass alle, die ihn behandelten und beratschlagten (und sich irrten) ihre Handlungen und Aussagen rechtfertigen können, er selbst aber auf der Strecke geblieben wäre, hätte er auf die Ratschläge dieser Menschen gehört.

Andreas Andreae: (s.o.) war als junger Mensch mit Adoleszenzkrise von Mitschülern konfrontiert: zwei seiner Schulkollegen haben sich umgebracht, ein weiterer Mitschüler aus bestem Hause kam vom Schüleraustausch aus den USA als Wrack zurück und lebte nicht mehr lange. Gehörte in den 1970er Jahren zu den Experimentierfreudigen und hat Erfahrungen mit verschiedenen menschlichen Zuständen von Reizentzug bis Reizüberflutung gemacht.

Die Vorstellungsrunde und die Darstellungen der jeweiligen „Schlüsselerlebnisse“ machen deutlich, dass jeder einzelne als Mensch betroffen ist, dass bezüglich des gestellten Themas urmenschliche Erlebnisse jeden einzelnen in seinem Menschsein ansprechen, fragen, herausfordern.

Thomas Schoch beginnt das Podiumsgespräch mit der Leitfrage des Kolloquiums „Die Krankheit – ein Freund?“ und weist darauf hin, dass diese Frage nur dort provokativ wirken kann, wo sie auf die Grundannahme trifft, dass die Krankheit stets ein zu bekämpfender Feind sei.

C. Ortin wird als erster um eine Stellungnahme gebeten.

C. Ortin führt das Bild der Dämonenaustreibung an:

1. der Besessene (Kranke) ist in seinem Zustand als Besessener (Kranker) zwar besessen (krank), aber unauffällig (ohne Symptome von Krankheit, handlungs- und gesellschaftsfähig)
2. im Moment der Austreibung (Prozess der Heilung) verliert der Besessene sein Bewusstsein, seine Aufrechte, stürzt zu Boden (wird für den Moment handlungsunfähig und wirkt auf andere befremdlich)
3. nach der Austreibung (Heilung) findet der Mensch in seiner um den Dämon bereinigten Identität zu neuem Selbst-Bewusstsein (Zustand von Gesundheit)

Dieses Bild verändert die gängigen Begriffe von Krankheit, Heilung und Gesundheit. Der Zustand, der üblicherweise als „krank“ bezeichnet wird, also der, in welchem der betroffene Mensch andersartig wirkt und in seinem selbst bestimmten Handeln eingeschränkt bis handlungsunfähig sein kann, muss diesem Bild nach als vorübergehender Zustand betrachtet werden, der Teil des Heilungsprozesses ist. Es ist der vorangegangene Zustand des „unauffälligen Funktionierens“, in welchem der Mensch nicht „gesund“, oder besser nicht „heil“ im Sinne von „vollständig“, „vollbewusst“ und „selbst bestimmt“ ist. Heilung ist in diesem Sinne also ein Regulationsprozess, durch den der Mensch aus einem weniger bewussten Daseinszustand zu einer selbstbewussteren und selbstbestimmteren Identität (und ggf. Lebensführung) gebracht wird. Und Heilung ist dann eben gerade nicht die Wiederherstellung des Ausgangszustandes.

Warum wird Krankheit als Feind betrachtet?

W. Rissmann möchte eine Gegenthese aufstellen, die da heisst, dass er die Beobachtung und Erfahrung macht, dass es etliche Menschen gibt, die gerne ihre krankhaften Symptome haben, gerne leiden, den krankhaften Zustand nicht verändern wollen und sich ein Stückweit auf ihrer Krankheit ausruhen.

U. Bening möchte seine These von der Krankheit als Freund nicht in diesem Sinne verstanden wissen, sondern als Gegenthese zur Betrachtung der Krankheit als zu bekämpfendem Feind. Er wünscht sich eine Wendung im Verständnis von Krankheit als Feind hin zu Krankheit als fremder Freund.

F. Weibel schildert wie sie ihre eigene Krankheit als Freund erlebte, die Erkrankung ihrer Tochter aber lange nicht als solchen anerkennen konnte. Aber erst seit sie akzeptieren kann, dass ihre Tochter ihre Krankheit als Teil von sich versteht und nicht ganz loslassen will, hat sich ihre Beziehung verbessert.

R. Meier gibt ihre Definition des Begriffes Freund als jemanden, den man kennen lernt, der zu Erkenntnissen verhilft, der nahe wird und nicht bedrohlich ist.

Th. Schoch geht anknüpfend an die Darstellung von F. Weibel zur Frage, was im Umfeld eines kranken Menschen eigentlich im Wege steht und dazu führt, dass die Krankheit nicht als Freund gesehen kann?

A. Andrae betont, dass der Wandel der Begrifflichkeit hin zur Krankheit als Freund v. a. dann wichtig wird, wenn die Symptome chronisch werden, weniger, solange es sich um eine vorübergehende Krise handelt, die die Dinge neu ordnet.

In den 1950er Jahren hat man in Zürich den Begriff der „Positivierung“ gepflegt, woraus sich Begriffsbildung und Definitionen im psychiatrischen Bereich weiterentwickelt haben.

Heute in Mode ist das Bild von der Krankheit als etwas fast schon äusserlichem, das über die Diagnose benannt und mit den zugehörigen Medikamenten in eine Art Gesamt-Paket geschnürt wird. Viele Betroffene sind damit schon zufrieden, sind wie erlöst, wenn sie ihrem Zustand einen Namen geben können und es eine klar definierte Behandlungsmöglichkeit, bzw. ein bestimmtes Vorgehen gibt, mit dem der Krankheit begegnet werden kann.

U. Bening will den Begriff „Freund“ für „Krankheit“ so verstanden wissen, dass es im Erleben des fremden Freundes die Möglichkeit gibt, Dinge zu erkennen.

C. Ortin beschreibt Krankheiten als Möglichkeiten bzw. Notwendigkeiten, innere Fähigkeiten zu bilden, die ohne die Krankheit nicht gebildet werden würden. Die Behandlung von Krankheiten mit Medikamenten, sieht er als Möglichkeit, den erkrankten Menschen von seinen Symptomen so frei zu stellen, dass er eine innere Entwicklung in Freiheit machen kann.

Th. Schoch fasst zusammen, dass es bei all den Überlegungen zu Krankheit, Behandlungsmöglichkeiten und Heilung letztlich um die Frage geht, ob ein Betroffener eine bestimmte Entwicklung machen will, oder nicht.

Aus dem Plenum wird die Frage gestellt, ob der Begriff „Partner“ besser passt als der Begriff „Freund“.

U. Bening verneint dies und fügt hinzu, dass er selbst die Frage „Die Krankheit – ein Freund?“ v. a. deshalb stellt, damit auch unter den Professionellen eine Diskussion der Thematik Krankheit und Heilung unter einem anderen Blickwinkel beginnt.

R. Meier weist auf den Fall hin, dass ein Mensch in einer akuten psychischen Krise nichts mehr selber kann und Hilfe braucht.

Th. Schoch trägt die Darstellungen zu zwei Punkten zusammen: Erstens ist es wichtig, Krankheit nicht weiter als Feind zu betrachten, zweitens kommt es darauf an, dass Behandelnde in jedem Augenblick entscheiden, was es jetzt braucht, damit dem Kranken geholfen ist.

Aus dem Plenum wird gefragt, wie sicher sich die Profis sind, dass eine von ihnen gestellte Diagnose tatsächlich zutrifft.

W. Rissmann erläutert, dass die Diagnose einer somatischen Krankheit scheinbar eindeutig ist, die Diagnose einer psychischen Erkrankung aber schon viel schwieriger. Dennoch werden auch psychische Erkrankungen anhand bestimmter Kriterien diagnostiziert.

Diagnose kommt vom Griechischen für Durchschauen, und er fragt sich, was soll bei einer Diagnose eigentlich durchschaut werden? Der Zustand wie er ist? Die Ursache(n), die zu diesem Zustand geführt haben? Oder die Behandlung, oder die Prognose für den betreffenden Menschen? Und was nützt eigentlich eine Diagnose?

Er merkt an, dass in 30-40% der Fälle, in denen mehrere Personen eine Diagnose am selben Fall stellen, diese unterschiedlich ausfällt.

A. Andreae lässt sich im psychiatrischen Alltag von seiner eigenen Anschauung und Ansicht leiten, und nimmt möglichst einfach auf, was ihm entgegenkommt. Er hält eineindeutige Diagnosen und Medizinal-Eduktion besonders bei Jugendlichen für häufig kontraproduktiv.

F. Weibel schildert, dass sich Schüler einer Klasse sehr viel weniger für die Problematik eines Mitschülers interessieren, wenn keine Diagnose genannt wird und sehr viel lebhafteres Interesse zeigen und diskussionsbereit sind, sobald eine Diagnose genannt ist.

Aus dem Plenum wird hierzu eingeworfen, dass sich die Politik hier anscheinend genauso verhalte wie die Schüler in F. Weibel's Beschreibung: nur wenn es eine klare Bezeichnung für die Krankheit einer Person gibt wird ihr von staatlicher Seite geholfen. Es wird angeregt, sich stärker auch in die politische Diskussion einzumischen.

Die Podiumsteilnehmer werden um ihre Schlussworte gebeten und sollen einen Ausblick geben, was ihnen für die Weiterentwicklung des Projektes nun wichtig erscheint.

W. Rissmann empfiehlt, die Betreuungseinheiten klein zu halten und kooperieren zu lassen und sich damit dem Trend zu wirtschaftlich motivierten und politisch geforderten Vergrößerungen der Stationen entgegenzusetzen, um Gruppen und die Arbeit menschlich überschaubar zu halten.

F. Weibel hält es für besonders wichtig, die betroffenen jungen Menschen „auf die eigenen Beine zu stellen“, anstatt sie „im Rollstuhl überall hin zu fahren“.

U. Bening wünscht der Initiative Mut und Entschlossenheit gegenüber den Kostenträgern sowie Aufmerksamkeit im Begleitprozess.

R. Meier wünscht Durchhaltewillen.

A. Siegenthaler hofft auf Kooperationsmöglichkeiten und hält es für wichtig, dass sich die Initiative ihre Offenheit bewahrt – auch für Überraschungen und nicht zu speziell wird.

Maria Schoch wünscht v. a. die Menschen, die die Sache nicht nur ideell unterstützen, sondern auch an der Umsetzung der Ideen tatkräftig mitarbeiten.

A. Andreae unterstreicht die Wichtigkeit der Finanzierungssicherung und der dafür notwendigen Profilarbeitung. Er hält es für sinnvoll, eine Nische auszufüllen, in der die Initiative nicht in Konkurrenz tritt zu anderen Einrichtungen, sondern diese ergänzt. Er weist darauf hin, dass insbesondere die Finanzierung der oft notwendigen langfristigen Betreuung schwierig ist und dass die Initiative durch eine klare Haltung an Überzeugungskraft gewinnen wird.

Seiner Meinung nach haben anthroposophisch orientierte Initianten generell das Plus einer überdurchschnittlichen Einsatzbereitschaft und eines ganzheitlichen Ansatzes.

Rahel Wepfer schliesst das Kolloquium mit dankenden Worten, wünscht, dass die geknüpften Kontakte gehalten werden können und das „ungeborene Kind“ Eltern, Paten, Geschwister und weitere liebe Menschen findet, die ihm wohlgesonnen sind.