

# Integrative Psychosen- psychotherapie

Ein emotions- und  
biografieorientierter Ansatz

Friederike  
Schmidt-Hoffmann



Friederike Schmidt-Hoffmann  
**Integrative Psychosenpsychotherapie**  
Ein emotions- und biografieorientierter Ansatz

Psychiatrie  
Verlag 



**Friederike Schmidt-Hoffmann**, Dr. phil., ist Diplom-Psychologin, approbierte Verhaltenstherapeutin sowie einzel- und gruppenpsychotherapeutisch in eigener Praxis tätig. Sie ist außerdem Dozentin und Supervisorin für Psychosenpsychotherapie des Berliner Netzwerks für Psychosenpsychotherapie, für den DDPP sowie in verschiedenen Fort- und Ausbildungsinstituten.

Friederike Schmidt-Hoffmann

# **Integrative Psychosenpsychotherapie**

Ein emotions- und  
biografieorientierter Ansatz

Mit Geleitworten von  
Eckhard Roediger und Thomas Bock

Psychiatrie  
Verlag 

Friederike Schmidt-Hoffmann  
Integrative Psychosenpsychotherapie  
Ein emotions- und biografieorientierter Ansatz

1. Auflage 2021  
ISBN: 978-3-88414-855-6  
ISBN E-Book (PDF): 978-3-96605-130-9

**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.

Weitere Bücher zum Umgang mit psychischen Erkrankungen unter:  
[www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de)

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2021  
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werks darf ohne Zustimmung  
des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.  
Lektorat: Uwe Britten, Eisenach  
Umschlagkonzeption und -gestaltung: GRAFIKSCHMITZ, Köln,  
unter Verwendung eines Bildes von jock+scott / photocase.de  
Typografiekonzeption: Iga Bielejec, Nierstein  
Satz: Psychiatrie Verlag, Köln  
Druck und Bindung: Plump Druck & Medien GmbH, Rheinbreitbach

<b>Geleitworte</b>	<b>7</b>
<i>Eckhard Roediger</i>	
<i>Thomas Bock</i>	
<b>Emotionsorientiert in einem offenen Prozess – Einleitung</b>	<b>13</b>
<b>Psychosen – ein zutiefst menschliches Phänomen</b>	<b>21</b>
Psychosen als Ausdruck menschlicher Krisen	21
Psychosen als allgemeinmenschliche Erlebens- und Verhaltensweisen	22
Komplexität, Einzigartigkeit und Vielstimmigkeit von Psychosen	23
Vulnerabilität als menschliches Entwicklungspotenzial	25
<b>Bedeutung des Schematherapiekonzepts für die Psychosenpsychotherapie</b>	<b>43</b>
Das Schematherapiekonzept	43
Schemaaktivierung und psychotisches Erleben	49
<b>Entwicklungslinien emotional belastender Erfahrungen</b>	<b>53</b>
Stress und Stressbewältigung als Voraussetzung für Entwicklung	53
Verarbeitung traumatischen Stresses und dessen Einfluss auf die Entwicklung	60
Zusammenfassende Überlegungen: Risiken und Chancen	73
<b>Fortschreibung und Festigung von Entwicklungslinien nach Psychose-Erfahrungen</b>	<b>81</b>
Innerpsychische Fortschreibungsprozesse	82
Fortschreibungsprozesse durch Stigmatisierung und Diskriminierung	84
Fortschreibung durch Selbststigmatisierungsprozesse	95
<b>Recoveryprozesse und deren Unterstützung durch Psychotherapie</b>	<b>99</b>
Recoveryprozesse	99
Psychotherapeutische Begleitung von Recoveryprozessen	106

<b>Therapeutische Haltung</b>	<b>114</b>
Kritische Reflexion und gemeinsame Aushandlung	115
Die Bedeutung einer sensiblen Sprache	121
<b>Grundzüge einer emotionsorientierten Psychosenpsychotherapie</b>	<b>123</b>
Das Modusmodell als Hintergrundfolie	124
Ein modusorientierter Blick auf Psychosen	127
Erweiterungen und Modifikationen	149
<b>Fördern von Selbstbewusstsein und Stärkung von Resilienzfaktoren</b>	<b>154</b>
In Kontakt miteinander kommen – Förderung von Selbsterleben und Selbstausdruck	154
Förderung alternativer Bewältigungsmöglichkeiten	165
<b>Fördern von Selbstverständnis und Kohärenz</b>	<b>170</b>
Verbindung zu den individuellen Lebensthemen: Biografische Arbeit	171
Differenzierung unterschiedlicher Anteile	175
<b>Transfer in die Alltagswelt</b>	<b>187</b>
Brücken zwischen innerer und äußerer Realität	187
Förderung einer selbstfürsorglichen Grundhaltung	190
Nachhaltiges Krisenmanagement	194
Förderung der Teilhabe an sozialen Rollen	196
Umgang mit der Medikation	199
<b>Aneignen der eigenen Erfahrungen und ihre Integration</b>	<b>205</b>
<b>Schlussbemerkungen</b>	<b>215</b>
<b>Danksagung</b>	<b>223</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>224</b>

# Geleitworte

## Integrative Psychosenpsychotherapie

Viele Behandelnde schrecken vor der psychotherapeutischen Arbeit mit psychotischen Personen zurück. Das geschieht aus Unsicherheit, beruht aber auch auf einem jahrzehntelangen Vorurteil, nach dem es hieß, Psychotherapie sei bei psychotischen Menschen kontraindiziert, denn sie riskiere, das psychotische Geschehen zu reaktivieren. Tatsächlich sollte der Fokus weniger auf einer erlebnisaktivierenden als vielmehr auf einer klärend-motivationsfördernden und lösungsorientierten Arbeit liegen. Die psychotherapeutische Methodik hat sich zudem ausdifferenziert und kann heute Arbeitsweisen anbieten, die deutlich mehr Menschen die Möglichkeit gibt, psychotherapeutische Angebote wahrzunehmen.

Friederike Schmidt-Hoffmann hat sich der Aufgabe gewidmet, ein integratives Buch zur Psychotherapie mit Menschen zu schreiben, die an Psychosen leiden. Bisher gibt es zu diesem Thema Bücher mit einem entweder verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Zugang. Als verbindendes Element für ein idiografisches Störungsverständnis hat sie das Konzept der Schematherapie in Verbindung mit Martin Wendischs Konzept der dimensionalen Emotionsverarbeitung gewählt. Aus meiner Sicht ist das eine plausible Wahl, denn sowohl die Schematherapie als auch Wendischs Weiterentwicklung verbinden – dem Ansatz von Klaus Grawe folgend, auf den sich die Autorin ebenfalls bezieht – die biografische »Tiefe« psychodynamischer Ansätze mit der Handlungsorientierung der Verhaltenstherapie. Das erscheint mir konzeptuell als ein guter Griff. Zudem ist ein dimensionaler und prozessbasierter Ansatz mit Blick auf das alternative Modell des DSM-5 absolut auf der Höhe der Zeit.

Und genau so geht die Autorin das Thema an. Mich beeindruckt dabei besonders der mitfühlende Zugang zu dem Erleben der Betroffenen, der in den zahlreichen Fallbeispielen spürbar wird und das intensive und besondere Erleben dieser Menschen veranschaulicht. Dabei betont die Autorin nicht nur die Besonderheiten, sondern auch das Verbindende mit dem »normalen« Erleben – ein Aspekt, den auch Thomas Bock immer wieder in seinen Veröffentlichungen gefordert hat. Die pathologisierenden und nicht selten eben auch diskriminierenden Grenzen verschwimmen dadurch in einer menschlich berührenden Weise. Das »Nichtefühlbare« der Psychose wird dadurch eben

doch einfühlbar, auch wenn die individuell gefundenen und biografisch bedingten Bewältigungsversuche zuvor nicht funktional waren und eben in eine psychotische Erkrankung führten. Aber diese Versuche sind menschlich und nachvollziehbar. Diese Haltung ermöglicht einen wertschätzenden Zugang, der dieses Buch durchgängig auszeichnet.

Das breite Feld des sehr individuellen Umgangs mit intrapsychischem Spannungs- und Überforderungserleben wird aus verschiedenen Blickwinkeln ausgeleuchtet und für die Lesenden erfahrbar gemacht, anstatt sich in den verschiedenen nomothetischen Kategorien psychotischen Erlebens zu verlieren. So bleibt das Buch immer menschlich anschaulich und konkret, ohne jedoch den Bezug zu den wissenschaftlichen Grundlagen psychotischer Erlebnisverarbeitung zu verlieren. Der Blick ist nicht pathologieorientiert, sondern auf die Emotionsregulation und den möglichst funktionaleren Umgang mit maladaptiven Bewältigungsreaktionen ausgerichtet, um den Betroffenen eine gute Lebensqualität mit und neben bestehenden Symptomen zu ermöglichen. Auf diesem Weg gibt das Buch eine gute Orientierung und macht gleichzeitig deutlich, dass die psychotherapeutische und psychiatrische Arbeit weiterhin bemüht sein muss, noch konkreter und praktischer den Zugang zu der psychotischen Weltwahrnehmung und den Verarbeitungsmechanismen zu beschreiben. Der fachlich nötige Diskurs darüber ist mit diesem Buch einen Schritt weitergekommen.

Frankfurt am Main, im Mai 2021

*Eckhard Roediger*

## Es geht eben doch!

Menschen werden (psychisch) krank und brauchen (medizinische, therapeutische) Hilfe. Natürlich! Was auch sonst? Doch bei Psychosen haben wir mit bestimmten gedanklich-konzeptionellen Kurzschlüssen Selbstverständlichkeiten wie diese außer Kraft gesetzt: Auch wenn sich Psychosen als eine bestimmte Form existenzieller Krisen im Hirnstoffwechsel spiegeln, rechtfertigt das nicht die immer noch übliche Priorität oder sogar Ausschließlichkeit medikamentöser Hilfen. Im Gegenteil, hier steht sich diese reduktionistische Betrachtung einer wirksamen Gesamtkonzeption von Hilfen oft sogar selbst im Weg, denn um mich in meinen Grenzen wieder zu spüren, brauche ich ein Gegenüber. Um mir und mich wieder zu trauen, brauche ich Vertrauen. Um der Reizüberflutung etwas entgegensetzen zu können, brauche ich eine schützende Umgebung, vertraute Menschen und Gewohnheit – also das klare Gegenteil der klassischen Akutstation.

Offen anthropologisch statt ausschließlich pathologisch betrachtet, ist eine Psychose die existenzielle Lebenskrise eines besonders dünnhäutigen Menschen: Die Durchlässigkeit bedingt, dass innere Dialoge, die wir unbewusst ständig führen, zu äußeren werden (Halluzinationen) sowie äußere Ereignisse (auch die realen!) uns filterlos treffen und möglicherweise restlos überfordern. Das geschieht in biografischen Zeiten des Umbruchs eher als zu anderen. Wir brauchen andere Worte, eine andere Sprache, um dem bei (schizophrenen/kognitiven) Psychosen besonders großen Risiko der Selbst- oder Fremdstigmatisierung entgegenzuwirken.

Wir brauchen dafür die Erkenntnis vergleichbar der, dass wir nicht nur alle dement werden können – je älter wir werden, desto eher –, wir können auch (nicht nur theoretisch, sondern praktisch) alle psychotisch werden, und zwar vor allem dann, wenn um uns herum zu viel oder zu wenig passiert. Die Frage ist lediglich, ab wann die Schwelle unseres Fassungsvermögens erreicht wird: Muss es ein Trauma sein oder reicht ein kleines Unglück, um mir das Aussteigen aus der Realität nahezulegen (Dissoziation)? Braucht es eine komplette Isolation (in einer »camera silens«) oder reicht ein einsames Wochenende, um Stimmen zu triggern, weil wir es letztlich nicht ertragen, ohne Echo zu bleiben (Halluzination)?

In dem Moment, in dem wir gesund und krank nicht mehr dichotomisch als absoluten Gegensatz definieren, sondern als fließenden Übergang erkennen, mildern wir auch die sprichwörtliche Angst des Torwarts vorm Elfmeter, in diesem Fall die Angst der Therapeuten vor Psychosen. Auch die Absolutheit,

mit der wir Helfenden eigene Krisen auszublenden versuchen, könnte einem Grundgefühl von Demut und Solidarität weichen – eigentlich ein logischer nächster Schritt nach den guten und ermutigenden Erfahrungen mit Peer-Support vor allem im Hinblick auf Selbstwirksamkeit und Mitverantwortung von psychose-erfahrenen Patientinnen und Patienten.

Im Umgang mit Psychosen haben alle psychotherapeutischen Schulen lernen müssen, Beziehung zu riskieren: Die tiefenpsychologisch orientierten Verfahren mussten lernen, dass völlige Enthaltbarkeit oder Unsichtbarkeit von Therapeutinnen und Therapeuten (hinter der Couch) verunsichernd wirken kann. Systemische Therapeuten mussten erkennen, dass ohne ein Mindestmaß an Parteilichkeit Systeme nicht funktionalistisch zu manipulieren sind. Und Verhaltenstherapeutinnen mussten begreifen, dass zum Beispiel ein Wahn nicht wegzukonditionieren ist, sondern der gemeinsame Blick auf (meta-)kognitive Prozesse und biografische Muster (Schemata) sehr hilfreich ist. Durch diese Lernprozesse haben sich die Verfahren ansatzweise angenähert, was auch zur Erkenntnis führte, dass bei den therapeutischen Schulen statt Gegnerschaft Kooperation notwendig ist. Entscheidend ist die therapeutische Beziehung.

Psychotisch zu sein bzw. zu werden kann einen Menschen mit dem Gefühl großer Einsamkeit konfrontieren. Mag sein, dass wir diese Einsamkeit als Psychotherapeuten fürchten. Zugleich sind die tieferliegenden Spannungsfelder, das Ringen um Balance zwischen Nähe und Distanz, Autonomie und Bindung, Anpassung und Widerstand unglaublich reizvoll und spannend. Mit Menschen mit Psychose-Erfahrung psychotherapeutisch zu arbeiten erspart eine Menge mühsamer Abgrenzungsprozesse gegenüber vermeintlichen oder tatsächlichen Manipulationsversuchen. Zugleich braucht die Wucht der (symptomatischen und biografischen) Erfahrungen viel Kraft und kann das Bedürfnis auslösen, als Therapeutin nicht allein dazustehen, und zwar nicht nur wegen der meist völlig überschätzten, aber möglichen Unzuverlässigkeit psychotischer Personen und der manchmal notwendigen zeitlichen und örtlichen Flexibilität. Super- oder Intervision sollten selbstverständlich sein; aber auch die konkrete Zusammenarbeit mit anderen Diensten muss erlaubt sein und darf nicht behindert werden. Das gilt insbesondere für die Zusammenarbeit zwischen psychotherapeutischen Praxen und den psychiatrischen Institutsambulanzen der Kliniken, aber auch mit Angeboten der Eingliederungshilfe, der Teilhabeförderung oder der Genesungsbegleitung (Peer-Support). Die Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Arbeit sind entscheidend. Dieses Buch liefert hier wertvolle Argumente und Anregungen.

Nachweislich gibt es (auch) in Psychosen ein Sinnbedürfnis: Wem es gelingt, die psychotische Erfahrung und die Lebenszusammenhänge wieder in Verbindung zu bringen, betrachtet die Psychose weniger bedrohlich und die Zukunft hoffnungsvoller. Dieses Ergebnis des trialogischen Hamburger Forschungsprojektes »SuSi« (»Subjektiver Sinn«) belegt die Notwendigkeit aller Hilfen, die bei der Aneignung von Erfahrung hilfreich sein können. Das gilt im Rahmen der Verhaltenstherapie insbesondere für den schematherapeutischen Ansatz – Eckhard Roediger hat zuvor darauf hingewiesen.

Ein hartnäckiges Vorurteil besagt, dass Menschen in und durch Psychosen in ihrer sozialen Wahrnehmung beeinträchtigt und/oder nicht übertragungsfähig seien, deshalb für Psychotherapie vorgeblich nicht geeignet seien. Dabei wird oft vergessen, dass der Rückzug in die eigene Welt meist gute Gründe hat und meistens auch nur vorübergehend ist, also auch eine Bewältigungsstrategie nach gesteigerter Sensitivität sein kann. Der sogenannte Trialog, also der offene Austausch von Psychose-Erfahrenen, Angehörigen und Therapeuten (auch über enge familiäre und institutionelle Bindungen hinaus) in Psychose-Seminaren dient bei allen drei Gruppen der Verbesserung der sozialen Wahrnehmung, und dabei stehen die Erfahrenen keineswegs hinten an.

In Westeuropa hören 3–5 Prozent der Menschen innere Stimmen; ihre Erfahrung lediglich mit einer Psychose gleichzusetzen ist schon immanent falsch, aber leider trotzdem nicht unüblich. In Westafrika geben 30 Prozent der Menschen an, solche Stimmen zu hören, wobei die meisten vor allem die verstorbenen Vorfahren hören. Was ist daran ungewöhnlich? Die Tatsache, dass das in anderen Kulturen eine religiös und kulturell getragene Erfahrung ist, beeinflusst nicht nur deren Bewertung, sondern auch deren Häufigkeit! Das allein müsste jedem reduktionistischen Ansatz den Boden entziehen und uns Komplexität und Demut lehren.

Ich möchte diesen Zusammenhang bewusst erweitern und übertragen auf die Frage, wie wir Menschen mit realen äußeren Bedrohungen umgehen – egal, ob diese mit einem Virus (Corona), mit der Umweltzerstörung, der Kriegsgefahr, der Digitalisierung ohne Datenschutz, der Erfahrung mangelnden Aufgehobenseins nach Migration oder allgemein mit der Erfahrung von Entsolidarisierung zusammenhängen. Kann es sein, dass die einen Preis dafür zahlen, dass sie diese Bedrohung ausblenden (etwa in Form depressiver Phänomene und Vitalitätseinbußen), und die anderen bedingt durch die psychosenahe Durchlässigkeit zu viel davon an sich heran- und in sich hineinlassen, sodass sie davon entweder gelähmt werden (was wir dann absurderweise »Negativsymptomatik« nennen) oder zu viel Verantwortung auf sich nehmen – was

wir dann wahlweise Schuld- oder Größenwahn nennen? Zu fragen wäre, ob eine gerechtere und gleichere Verteilung von Verantwortung nicht näherliegen und ein Bekenntnis zu gemeinsamer Bedrohung und eigener Angst nicht ein Anfang sein könnte zu gravierenden kulturellen Veränderungen.

Für mich gibt es nichts Spannenderes, als Menschen mit Psychose-Erfahrung psychotherapeutisch zu begleiten. Das schließt die besondere Spannweite von Stimmung und Abtrieb im Rahmen einer bipolaren Störung ein. Mit ihrem Buch ist es Friederike Schmidt-Hoffmann gelungen, diese besondere Erfahrung herunterzubrechen auf den beruflichen Alltag einer psychotherapeutischen Praxis. Dieses Buch macht Mut! Es zu lesen macht Spaß. Es wird für engagierte Kollegen und Kolleginnen einen Zugewinn bedeuten. Hier wirbt eine ausgewiesene Verhaltenstherapeutin klar, entschieden und überzeugend für die Einbeziehung von Emotionen in der Arbeit mit psychotischen Menschen und hilft bei der biografischen Suche nach deren Bedingungsgefüge. Selten ist diese therapeutische Arbeit so sensibel und detailreich vorgeführt worden. Hier wird gründlich theoretisch fundiert und gleichzeitig der therapeutisch-praktische Nutzen eines solchen integrativen Ansatzes gezeigt.

Dass Menschen mit Psychose-Erfahrungen zuallererst ein psychotherapeutisches Beziehungsangebot brauchen – als Basis aller weiteren technischen, medizinischen oder alltagspraktischen Hilfen –, sollte nach dem Lesen dieses Buches klar und selbstverständlich sein. Deshalb möchte ich es nicht nur werdenden und erfahrenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ans Herz legen, sondern auch Verantwortlichen bei Kosten- und Leistungsträgern und mit besonderer Dringlichkeit allen, die in der psychotherapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildung Verantwortung tragen. Nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss (als oberstes Gremium in diesen Fragen) Psychosenpsychotherapie zur Pflichtleistung der Kassen erklärt hat, ist es schon beinahe ein Skandal, dass es sehr viele Ausbildungsinstitute bisher nicht als (Selbst-) Verpflichtung begreifen, Auszubildende auch entsprechend zu befähigen. Hier bewahrheitet sich leider, dass das Risiko der Stigmatisierung auch vor Fachkreisen in Psychologie und Medizin nicht haltmacht, sondern im Gegenteil von hier nach wie vor maßgeblich gespeist wird. Dies zu verändern ist auch ein großes Anliegen des vorliegenden Buches. Gehen wir es an!

Hamburg, im Mai 2021

*Thomas Bock*

# Emotionsorientiert in einem offenen Prozess – Einleitung

Für Menschen mit Psychose-Erfahrungen sind psychotherapeutische Hilfen besonders hilfreich und erforderlich, gleichzeitig wurden historisch gerade diesen Personen psychotherapeutische Hilfen verwehrt bzw. als vermeintlich nicht hilfreich vorenthalten. Bis heute sind entsprechende Angebote für diese Klienten und Klientinnen schwer zugänglich und stehen kaum zur Verfügung, und zwar sowohl stationär als auch in den niedergelassenen Praxen. Die psychotherapeutische Unterversorgung von Menschen mit Psychose-Erfahrung ist ein inzwischen anerkanntes Problem, das dringend angegangen werden sollte.

Studien zeigen, dass zum einen bei Menschen mit Psychose-Erfahrungen (bzw. bei Menschen, die daran anschließende Diagnosen wie vor allem die der Schizophrenie oder Schizoaffektiven Störung erhalten) die psychotherapeutische Behandlung nur einen minimalen Anteil des Behandlungsangebots ausmacht. In einer Studie von Wilfried GÖRGEN und Udo ENGLER (2005) zeigte sich beispielsweise, dass an der Behandlung dieser Diagnosegruppen Psychotherapeuten nur mit 0,3 Prozent beteiligt sind. Zum anderen machen Menschen mit diesen Diagnosen nur einen geringen Anteil der in Psychotherapie befindlichen Patienten aus, der nicht im Verhältnis zu ihrem Auftreten oder ihrem Bedarf steht. In einer Studie von Bernd PUSCHNER und Kollegen (2006) nahmen psychotische Störungen beispielsweise nur 0,55 Prozent der Patienten in der ambulanten Psychotherapie ein.

Seit diesen Studien hat sich sicher schon einiges verändert, nicht zuletzt durch die längst überfällige Anpassung der diesbezüglichen Psychotherapierichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Jahr 2014, in der »Schizophrenie und affektive psychotische Störungen« – nicht nur ihre Begleiterscheinungen – als psychotherapeutisch behandelbar anerkannt werden. Trotzdem hat das Problem bis heute Aktualität (SCHLIER & LINCOLN 2016). Dabei können sowohl die Annahme, Psychotherapie sei für diese Störungen nicht wirksam, als auch die Hypothese, dass Menschen mit psychotischen Störungen kein Interesse an Psychotherapie hätten, als widerlegt angesehen werden (BECHDOLF & KLINGBERG 2014). Es handelt sich weniger um ein Evidenz- als um ein Implementierungsproblem, zu dem viele verschiedene Faktoren beitragen (ebd.).

Historisch gesehen galten psychotische Störungen lange Zeit (bzw. immer wieder) als psychotherapeutisch nicht behandelbar, was bis heute seine Nachwirkungen zeigt etwa in der Tendenz, sich bei Psychosen stark auf die medikamentöse Therapie zu konzentrieren, sowie darin, sich psychotherapeutisch auf die Akzeptanz der Diagnose, der Medikation oder des damit verbundenen Krankheitsverständnisses zu konzentrieren und den Umgang mit der Erkrankung zu trainieren. Zunehmend ist in den letzten Jahren parallel dazu (wieder) in den Blick gekommen, dass dies nicht ausreicht, und daran gearbeitet worden, die psychotherapeutische Behandelbarkeit anzuerkennen und therapeutische Ansätze auf Psychosen zu übertragen.

Bis heute sind die Rahmenbedingungen der ambulanten Psychotherapie nicht so angelegt, dass sie eine Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen fördern, etwa in der Komm-Struktur, der Fragmentierung der Behandlung und den damit verbundenen fehlenden Übergängen innerhalb und zwischen Sektoren (im Sinne der Zusammenarbeit nach SGB V bis SGB XII) oder der fehlenden Flexibilität und Einbeziehung von Netzwerkarbeit in die Psychotherapierichtlinie. Der verstärkten Behandlung auch schwer psychisch kranker Menschen steht der zunehmende Kosten- und Effektivitätsdruck gegenüber, der beispielsweise durch finanzielle Anreize (Zuschläge für Kurzzeittherapien etc.) umgesetzt wird. Gerade langjährig psychose-erfahrene Menschen werden häufig in den Institutsambulanzen behandelt, in denen der Umfang an psychotherapeutischen Kontakten stark begrenzt, gleichzeitig aber eine zusätzliche Psychotherapie ausgeschlossen ist. Auf Zuweiseite können ein vorherrschendes medizinisches Krankheitsverständnis, die lange bestehende Überzeugung, Psychotherapie sei bei diesem Störungsbild nicht nur nicht möglich, sondern gegebenenfalls sogar kontraindiziert, oder eine möglicherweise fehlende Kenntnis der Leitlinienempfehlung dazu führen, dass die Patienten nicht in eine Psychotherapie überwiesen werden. Die Vermittlung solcher Vorstellungen kann darüber hinaus auch bei den Patienten zu der Überzeugung führen, dass Psychotherapie für sie keine Behandlungsoption darstelle. Wenn Behandler in eine Psychotherapie überweisen wollen, fehlen ihnen häufig die Kooperationsstrukturen bzw. Psychotherapeuten, an die sie überweisen könnten.

Hemmnisse aufseiten der Psychotherapeutinnen sind mit der Änderung der Richtlinie nicht automatisch aus dem Weg geräumt. Viele Psychotherapeuten behandeln vornehmlich andere Störungsbilder und haben wenig Erfahrung mit diesem Erkrankungsbild, auch weil die entsprechenden psychotherapeutischen Konzepte lange weniger elaboriert waren und im Ausbildungscurriculum wenig

Raum finden bzw. fanden. Dies führt dazu, dass sich Psychotherapeuten für die Behandlung dieser Patientengruppe oft nicht ausreichend ausgebildet und/oder ausgestattet fühlen, da unflexible Rahmenbedingungen und fehlende Vernetzung bzw. Zusammenarbeit mit anderen Behandelnden und Institutionen verhindern, dass Krisen ausreichend aufgefangen werden können. So haben die stigmatisierenden Annahmen über die fehlende psychotherapeutische Behandelbarkeit und pessimistische Einschätzungen hinsichtlich des Erkrankungs- oder Behandlungsverlaufs bis heute ihre Auswirkung.

Bei Menschen, die schon lange Zeit mit einer als Schizophrenie diagnostizierten Erkrankung leben, können langjährige Chronifizierungs- und Habitualisierungsmechanismen dazu beitragen, dass Veränderungen manchmal schwierig und erst in einem langjährigen Prozess möglich sind. Dabei müssen wir auch berücksichtigen, dass manchmal sogar kontraproduktive Behandlungsangebote einen großen Anteil an der »Chronifizierung« haben – statt sie vereinfacht auf einen »degenerativen« Verlauf der Erkrankung zu attribuieren. Selbst wenn die sich dabei ergebenden Herausforderungen und Schwierigkeiten anteilig Ausdruck der Schwere der Problematik sind, ist es verheerend, wenn Psychotherapie so ausgerichtet ist, dass die psychotherapeutische Behandlung am wenigsten jenen Menschen zukommt, die sie möglicherweise am dringendsten brauchen.

Eine erfreuliche Entwicklung geht in die Richtung, integrierte, also auch psychotherapeutische Versorgungsangebote zu entwickeln, die eine zeitnahe und an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte Behandlung ermöglichen sollen – schon von Beginn der Erkrankung an. Die bisherigen Befunde solcher Ansätze zeigen, dass sich eine vermeintlich der Erkrankung innewohnende Chronifizierung auf diese Weise abwenden oder zumindest abschwächen lässt. Wichtig ist darüber hinaus, auch für Menschen, die schon lange Zeit mit der Erkrankung leben, psychotherapeutische Angebote zur Verfügung zu stellen, denn persönliche Entwicklungs- und Recoveryprozesse können zu jedem Zeitpunkt der Erkrankung möglich und hilfreich sein. Der Umgang mit der Trauer über »verpasste Lebenserfahrungen« oder das Hadern mit den frühen biografischen Bedingungen stellen dabei häufig Themen im Behandlungsverlauf dar.

Mich selbst hat zu Beginn meiner Tätigkeit vor allem die Beobachtung beeindruckt, dass Menschen mit Psychose-Erfahrung mit den gleichen Schwierigkeiten, Belastungen und Themen beschäftigt sind wie »andere Patienten« auch, dass sich bei ihnen nur kaum jemand dafür interessiert, da der Fokus in der Behandlung so stark auf den Medikamenten und der Compliance liegt. Gleichzeitig gab es immer wieder Warnungen, bestimmte Behandlungsansätze

oder Interventionen nicht mit Menschen mit Psychose-Erfahrung anzuwenden. Dass etwas bei dieser Patientengruppe so »anders« war, schien mir aber vor allem aus der Haltung ihnen gegenüber zu resultieren und aus der daraus erwachsenden Behandlungspraxis – einschließlich der zusätzlichen Schwierigkeit bei der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung (SCHMIDT 2012). Auch wenn sich hier inzwischen deutliche Veränderungsimpulse abzeichnen, begegne ich diesem Phänomen noch heute vor allem durch Schilderungen von Ausbildungskandidatinnen, Supervisorinnen, Klienten und Klientinnen.

Anliegen dieses Buches ist es daher, vor allem psychotherapeutisch tätige Menschen zu ermutigen und dafür zu begeistern, auch mit Menschen mit Psychose-Erfahrung zu arbeiten und ihr Können und Wissen dafür einzusetzen. Um mit ihnen psychotherapeutisch zu arbeiten, braucht man nicht grundlegend Neues zu lernen. Gerade integrative und diagnoseübergreifende Therapieansätze, die psychische Störungen im Kontext ihrer biografischen Entwicklung in den Blick nehmen und behandeln, können als therapeutisches Rahmenmodell genutzt werden, wie etwa das Schematherapie-Konzept oder auch das transnosologische Ätiologiemodell von Martin WENDISCH (2015).

Auch wenn sich diese beiden Ansätze innerhalb der Verhaltenstherapie verorten, beinhalten sie sowohl hinsichtlich der theoretischen Konzeption als auch der sich daraus ergebenden Behandlungspraxis eine Integration unterschiedlicher Therapierichtungen. Ein derartiger integrativer Ansatz, der einen schulendialogischen Austausch und wechselseitige Befruchtung widerspiegelt, findet sich auch in den Therapiekonzeptionen anderer Therapieschulen – etwa bei WÖLLER & KRUSE (2015) für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder bei WAGNER & RUSSINGER (2019) für die systemische Therapie – sowie in unterschiedlichen störungsspezifischen Therapieansätzen, etwa für Angsterkrankungen, die Borderline-Persönlichkeitsstörung oder in der Traumatherapie. Ein solches integratives Therapieverständnis, das »die wertvollen Techniken anderer Therapieschulen adaptiert, ohne den festen Boden des ursprünglichen Grundverständnisses zu verlassen« (WÖLLER & KRUSE 2015, S. 6), dürfte auch der Vorgehensweise vieler praktisch tätigen Psychotherapeuten entsprechen – und liegt auch dem Ansatz des vorliegenden Buchs zugrunde.

Dementsprechend ist das hier beschriebene Vorgehen in seinem Grundverständnis nicht als *psychosespezifisches*, geschweige denn manualisiertes Vorgehen zu verstehen. Mit Blick auf Psychose-Erfahrungen folgt das Buch der Absicht, die Vielfalt, Diversität und Komplexität menschlicher Erlebens- und

Verhaltensweisen allgemein stärker in den Blick zu nehmen, weil dies ermöglicht, nicht nur die große Heterogenität psychotischer Erlebensweisen und die vorausgehenden Entwicklungsverläufe, sondern auch die Ähnlichkeiten menschlicher Erlebensweisen allgemein und symptomatisch stärker zu berücksichtigen. Dass dies gerade für Psychose-Erfahrungen häufig nicht berücksichtigt wird, zeigt sich vor allem in der Forschung um die diagnostische Kategorie »Schizophrenie« und den dabei fokussierten ätiologischen und Behandlungsmodellen.

Zum einen drückt sich dies in der zunehmenden Erkenntnis aus, dass eine einzige diagnostische Kategorie der großen Diversität der Erscheinungsbilder nicht gerecht werden kann. Zum anderen wird deutlich, dass vereinfachte monokausale und vermeintlich für alle gültige Erklärungsansätze nicht ausreichen. In der über hundertjährigen modernen Geschichte der Psychosenforschung sind immer wieder Erklärungsmodelle fokussiert worden, die sich auf einzelne Aspekte konzentriert haben. Richard BENTALL und Fillipo VARESE (2012) resümieren, dass jede mögliche Ursache menschlichen Verhaltens schon einmal als alleinige Ursache für Psychosen diskutiert worden sei. Gerade bei so komplexen und so heterogenen Phänomenen wie psychotischen Erlebensweisen kann aber eine singuläre Erklärung bestenfalls als Teilaspekt eine gewisse Berechtigung haben, aber weder ausreichend noch allgemeingültig sein. So weist auch Asmus Finzen darauf hin, dass sich gerade »jene Erklärungsansätze als am wenigsten tragfähig erwiesen, die eine einheitliche Entstehungsursache angenommen hatten« (FINZEN 2001, S. 122). Gerade im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen hat sich dabei auch gezeigt, dass solche reduktionistischen Erklärungsansätze mit Ausschließlichkeitsanspruch verheerende Konsequenzen haben können, weil sie nicht nur Stigmatisierungs- und Diskriminierungsprozesse begünstigen, sondern auch die sich aus ihnen ergebenden Veränderungsmöglichkeiten und Behandlungsangebote einschränken (siehe SCHMIDT 2012).

Mit Blick auf psychische Störungen allgemein und Psychosen im Besonderen zeigt sich aktuell eine starke Diskrepanz: Auf der einen Seite wird zwar ein komplexes bio-psycho-soziales Verständnis psychischer Störungen propagiert, das auch den empirischen Befunden und neueren Erkenntnissen hinsichtlich der Komplexität und Wechselwirkung der Entstehungsbedingungen am besten gerecht wird. Dem steht auf der anderen Seite aber eine stark auf »genetische« Entstehungsbedingungen und somatische Behandlungsansätze fokussierte Forschungs- und Behandlungspraxis gegenüber, die eher ein Bio-bio-bio-Modell widerspiegelt (SHARFSTEIN 2005).

Schon Luc Ciompi als Vertreter eines tatsächlich bio-psycho-sozialen Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modells hat in seiner damit verbundenen *Affektlogik* auf die besondere Bedeutung emotionaler Prozesse für die häufig von den affektiven Psychosen abgegrenzten schizophrenen oder kognitiven Psychosen hingewiesen. Auch andere Autoren haben die Relevanz emotionaler Prozesse für Verständnis und Behandlung von Psychosen betont (DÜMPELMANN 2011; MACHLEIDT u. a. 1999; VAUTH & STIEGLITZ 2008; WOLF u. a. 2013). In der (psychotherapeutischen) Behandlung von Psychosen hat sie allerdings bislang keinen umfassenden Niederschlag gefunden.

In der Psychotherapie hat sich in den letzten Jahren grundsätzlich eine »emotionale Wende« vollzogen, durch die Emotionen und deren Verarbeitung mehr Berücksichtigung finden. Dabei wird die Bedeutung emotionaler Verarbeitungsprozesse sowohl hinsichtlich der Entstehung und Aktualgenese als auch der Verarbeitung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen anerkannt. Viele emotionsorientierte Behandlungsansätze zielen auf die Förderung emotionaler Veränderungs- und Transformationsprozesse und/oder auf eine Erweiterung der individuellen Möglichkeiten im Umgang mit Gefühlen. Ein derartiges emotionsorientiertes oder -fokussiertes Vorgehen findet sich beispielsweise in der aus der Gesprächstherapie heraus entwickelten Emotionsfokussierten Therapie von Leslie GREENBERG und Kollegen (2003), in neueren Therapiemethoden, die der dritten – emotionalen – »Welle« der Verhaltenstherapie zugerechnet werden, etwa die Schematherapie, oder auch neueren Entwicklungen in der systemischen Therapie (WAGNER & RUSSINGER 2019). Allen diesen Ansätzen ist gemeinsam, dass sie die Bedeutung emotionaler Prozesse für die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen generell zugrunde legen und sich als Behandlungsansatz nicht auf spezifische Störungen oder diagnostische Kategorien beschränken.

Gleichwohl zeigt sich auch hier, dass die Anwendung solcher emotionsorientierten Behandlungsansätze bei Menschen mit Psychose-Erfahrung – von einigen Ausnahmen abgesehen – bislang wenig Berücksichtigung gefunden hat, manchmal sogar noch eine Tendenz besteht, Psychose-Erfahrungen als Ausschlusskriterium für eine derartige Behandlung zu sehen. Neben den schon aufgeführten Gründen mag dieser Zurückhaltung die Sorge zugrunde liegen, dass bestimmte emotionsfokussierte Interventionen potenziell psychotische Erlebensweisen triggern und damit zu einer Verschlechterung führen könnten. Auch wenn diese Sorge für manche Menschen und unter bestimmten Bedingungen durchaus berechtigt ist, weist dies aber gerade auf die bestehenden Behandlungsbedarfe: Eine emotionsorientierte Perspektive kann sowohl zum

Verständnis dieser Dynamik beitragen als auch Ansätze bieten, wie damit umgegangen werden kann, denn es scheint zu einfach, die Menschen, die auf dieser Ebene besonderen Hilfebedarf haben, grundsätzlich von dieser Behandlung auszuschließen. Wenn also auf der emotionalen Ebene Herausforderungen bestehen und Ansätze Gefahr laufen, zu symptomatischen Zuspitzungen oder zur Überforderung zu führen, kann es nicht der Weg sein, das emotionale Erleben gar nicht mehr einzubeziehen, sondern müssen die Behandlungsansätze an die individuellen Bedarfe angepasst werden.

Es gibt, wie angedeutet, in den letzten Jahren unterschiedliche Bestrebungen, der Bedeutung emotionaler Prozesse auch in der Behandlung von Menschen mit Psychose-Erfahrungen Rechnung zu tragen (für Übersichten siehe CUPITT 2019; MACHLEIDT u. a. 1999; WOLF u. a. 2013). Dieses Buch soll einen weiteren Beitrag dazu leisten, soll ermutigen und anregen, emotionsorientierte Behandlungsansätze in der Psychotherapie von Menschen mit Psychose-Erfahrungen zu nutzen. Es soll aufzeigen, wie diese innerhalb eines integrativen Psychotherapieansatzes angewendet und gegebenenfalls adaptiert werden können.

Viele integrative emotionsorientierte Ansätze gehen davon aus, dass Symptome – und damit auch psychotische Erlebens- und Verhaltensweisen – als Ausdruck von Schwierigkeiten und gleichzeitig von Bewältigungsversuchen für diese Schwierigkeiten verstanden werden können, die in einem komplexen Geflecht aus meist langjährigen Prozessen entstanden sind. Sie berücksichtigen damit die biografische Dimension, die die individuelle Geschichte und Erfahrungen der Person beinhaltet, die in einem komplexen Geflecht aus individuellen (psychischen und damit immer auch somatischen, neurobiologischen, genetischen, intellektuellen etc.), interpersonellen (Erfahrungen in Beziehungen, nahen Bindungsbeziehungen, Familie, Peers etc.) und allgemeinen (gesellschaftlichen, kulturellen) Bedingungen entstanden sind – und die eng miteinander verwoben sind.

Das Schematherapiekonzept stellt ein integratives emotionsorientiertes Therapiemodell dar, das hier als Rahmenmodell für die Psychosenpsychotherapie vorgestellt wird. Ergänzend werden weitere Konzepte und Perspektiven auf Psychosen einbezogen. Sie werden hier nicht als Feststellungen, schon gar nicht als allgemeingültige, verstanden, sondern als Verstehenshilfen oder -zugänge und als potenziell therapeutisch hilfreiche Konzeptionen. Versteht man das Schematherapiekonzept als ein Rahmenmodell oder eine Hintergrundfolie, können verschiedene Konzepte integriert werden bzw. kann die Ausrichtung der Therapie dementsprechend an bestimmten Stellen vertieft, ergänzt oder erweitert werden. Ausschlaggebend ist dabei immer die Ausrichtung auf die

individuelle Person. Damit ist auch die therapeutische Frage danach aufgeworfen, welche Konzeptbildung oder Perspektive für die Therapie mit dieser konkreten Person mir als Therapeutin zum aktuellen Zeitpunkt hilfreich erscheint. Und die Antwort auf diese Frage kann sich nur in einem gemeinsamen Prozess und dem sich entwickelnden Verständnis für das Erleben der Person ergeben und muss immer wieder neu erarbeitet werden – im Miteinander von Klient und Therapeutin.

# Psychosen – ein zutiefst menschliches Phänomen

- » Nach heutiger Auffassung zerbrechen Menschen mit Psychosen an den gleichen Schwierigkeiten, mit denen wir alle ein Leben lang zu ringen haben. Wir alle müssen unseren inneren Widersprüchlichkeiten und auch bösen Lebenserfahrungen zum Trotz der Welt einen eigenen Willen, unser eigenes Ich entgegenhalten. Uns allen fällt das nicht leicht. Erkennen wir im psychotischen Menschen den Kampf- und Leidensgefährten, bleibt er einer von uns. Sehen wir in ihm nur ein degeneriertes Hirn, unzugänglich, unmenschlich, fremd, anders, rücken wir unweigerlich von ihm ab. Wie gut ist es aber für ihn, wenn wir ihm innerlich nah bleiben. « (BLEULER 1971, S. 118)

## Psychosen als Ausdruck menschlicher Krisen

Psychosen sind Ausdruck tiefer und existenzieller Krisen, bei denen es um Konflikte, Schwierigkeiten und Herausforderungen geht, die allgemeine Menschheitsthemen betreffen. Menschliche Krisen sind aber immer in individuelle Entwicklungsverläufe eingebunden und mit den je spezifischen Lebensthemen der Person verwoben, genauso wie sie einen kulturellen und gesellschaftlichen Bezugspunkt haben und darin verankert sind. Dies gilt für ihre Entstehung und für ihre weitere Entwicklung, für ihre jeweilige Ausdrucksform ebenso wie für ihren weiteren Verlauf. Sowohl der Bezug zu den individuellen Lebensthemen als auch deren Verwobenheit mit einem gesellschaftlichen (kulturellen, historischen) Kontext haben eine Bedeutung, deren Verständnis für den Umgang mit der Krise und eben auch mit der Psychose hilfreich ist.

Menschliche Krisen gehören zum Leben und beinhalten schon in ihrer grundlegenden Form immer auch das Potenzial für eine Weiterentwicklung. Es kann also nicht zielführend für die Entwicklung sein, jegliche Herausforderung und potenzielle Krise grundsätzlich zu vermeiden. Das würde die Entwicklungsmöglichkeiten stark begrenzen. Vielmehr gilt es, den Blick zu weiten für den möglicherweise in der Krise auch enthaltenen Impuls für Entwicklung und

Veränderung sowie für die zu deren Bewältigung notwendigen Bedarfe und Ressourcen.

So wie die meisten menschlichen Krisen sind auch Psychosen oft Ausdruck eines Ringens und Ausbalancierens unterschiedlicher, widersprüchlicher, scheinbar unvereinbarer Bedürfnisse und Anforderungen.

- » Nicht nur die Anlässe, auch die grundlegenden Themen der meisten Psychosen spiegeln menschliche Grundkonflikte: zum Beispiel das schwierige Ringen um eine unverwechselbare Eigenheit, die Gratwanderung zwischen dem Angewiesensein auf andere Menschen und einer unvermeidlichen Einsamkeit, die Balance von Nähe und Distanz, die Orientierung in einer zunehmend unübersichtlichen Welt, die Auseinandersetzung mit Endlichkeit und Transzendenz, Tod des alten, Wiedergeburt des neuen Menschen usw. Meist haben sich Spannungen über lange Zeit aufgebaut. Oft sind Erwartungen und Befürchtungen anderer oder unausgesprochene Normen und Rituale der Vergangenheit mit der eigenen Wirklichkeit nicht vereinbar, passen Selbst- und Fremdbild nicht zusammen. Dünnhäutige Menschen werden von diesen Themen und Konflikten mehr gebeutelt als andere. Es tut ihnen gut, wenn wir die hintergründigen Konflikte, Themen und Spannungen wahrnehmen und eine Verbindung zu eigenen Lebensthemen zulassen. « (AG der Psychoseseminare 2013, S. 13)

Unabhängig davon, wie wir Psychosen konzipieren oder welche Ursachenmodelle wir für ihre Entstehung bevorzugen, allein schon das Wissen, dass sie meist in Krisen ausgelöst werden, sollte uns dazu ermutigen, den Menschen bei dem Verständnis und bei der Bewältigung dieser Krise zu unterstützen – auch dann, wenn zunächst wenig Bewusstsein für das in der Krise Verborgene besteht.

## Psychosen als allgemeinmenschliche Erlebens- und Verhaltensweisen

Psychotische Erlebens- und Verhaltensweisen sind Teil allgemeinmenschlicher Erlebensweisen. Das bedeutet, sie können zwar Ausdruck oder Ursache eines existenziellen Leids sein, grundsätzlich sind sie aber im menschlichen Erfahrungsraum angelegt und treten in weniger extremer Form bei vielen Menschen auf. Diese Kontinuität der Erfahrung erscheint für andere symptomatische psychische Reaktionsweisen wie Ängste, Depressionen oder Zwänge naheliegend und damit intuitiv zugänglich, während sie für psychotische

Erlebensweisen oft vernachlässigt wird. Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Studien, die zeigen, dass das, was als Symptome einer Psychose bezeichnet wird (etwa Stimmenhören oder wahnhafte Wahrnehmungen), auch in der Allgemeinbevölkerung auftritt, hier aber nicht als krankheitswertig beurteilt wird (LINCOLN 2014). Teilweise unterscheiden sich die Phänomene nicht gravierend, während es bezüglich des damit verbundenen subjektiven Leids jedoch deutliche Unterschiede gibt. Auch Befunde aus der Grundlagenforschung verdeutlichen, dass Veränderungen oder Störungen in der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung ein allgemeinmenschliches Phänomen sind. Derartige Veränderungen in psychotischem Erleben können in ein Kontinuum gesetzt werden, bei dem die Übergänge fließend sind.

Unter bestimmten Bedingungen steigt die Wahrscheinlichkeit, psychotisch zu werden, für alle Menschen an, etwa unter extremem Stress wie bei Folter (Schlafentzug, Isolation) oder unter der Einnahme von Drogen. Thomas Bock (2020, S. 14) vergleicht die Psychose mit einem Traum, in dem Unbewusstes ins Bewusstsein dringt und sich Angst- und Wunschanteile mischen können – nur ohne den »Schutz« des Schlafes (ähnlich auch BUCK-ZERCHIN 2010). Psychothisches Erleben als allgemeinmenschliche Reaktionsweise zu betrachten kann dabei helfen, dieses nicht als »verrückt«, grundlegend anders oder sinnfrei abzutun, sondern als Ausdruck einer Reaktionsweise auf subjektiv extrem belastende innere oder äußere Bedingungen.

## Komplexität, Einzigartigkeit und Vielstimmigkeit von Psychosen

- » Betrachtet man beide Momente – die Komplexität der seelisch-geistigen Strukturen und deren Individualspezifität in einer Zusammenschau –, lässt sich problemlos die Erfahrung begründen: Die Vielfalt unter den Patienten, generell die Vielfalt unter den Menschen, beeindruckt weit mehr als die Gleichheit. « (DENEKE 2013, S. 365)

Jeder Mensch ist einzigartig, das gilt für die äußere Erscheinung, aber viel mehr noch für das Verhalten, Erleben, Denken, Fühlen und die jeweils ganz individuelle Zusammenstellung von Erfahrungen und daraus entwickelten Weisen, dem Leben, sich selbst und anderen zu begegnen. Wie für jedes andere Merkmal auch, das wir zur Unterscheidung von Menschen (oder Gruppen)

heranziehen wollen, gilt auch für das Merkmal Psychose-Erfahrung, dass die Ähnlichkeiten zwischen den Gruppen und die Unterschiede innerhalb einer Gruppe jeweils als Ausdruck der allgemeinen Vielfalt des Menschen weitaus größer sind, als wir geneigt sind zu sehen. Die resultierende Heterogenität menschlicher Erlebensweisen findet sich auch im psychotischen Erleben und Verhalten, denn jede Psychose ist Ausdruck einer tiefen individuellen Krise und damit komplex und einzigartig.

Es kann daher auch niemals ausreichen, psychische Krisen anhand bestimmter Erlebens- und Verhaltensweisen zu Diagnosen zusammenzufassen und dann einzig die damit verbundenen Symptome zu behandeln. Die Diagnose sagt uns über den individuellen Menschen wenig aus, durch sie wissen wir nichts über seine persönliche Geschichte oder darüber, was zu der Krise geführt hat, die in der Psychose zum Ausdruck kommt. Vielmehr sollten wir den *Menschen* in den Blick nehmen und neugierig sein auf seine individuelle Entwicklung und sein Erleben.

Die Komplexität und Vielschichtigkeit menschlichen Erlebens und Verhaltens gilt nicht nur für die interindividuellen Unterschiede psychotischer Erfahrungen, sondern auch für jeweils individuelle Psychosen. So wie Psychosen Ausdruck des menschlichen Ringens widerstreitender Tendenzen sein können, können auch unterschiedliche, widerstreitende, potenziell widersprüchliche Anteile in einer Psychose zum Ausdruck kommen. Denn oft liegen auch in der Psychose Wunsch und Angst, Sehnsucht und Bedrohung, Funktionalität und Dysfunktionalität, Macht und Ohnmacht, Krise und Chance, Schwierigkeit und Bewältigungsversuch, Gefangensein und Ausbruchversuch, Destruktivität und Konstruktivität, Leid und Erleichterung, Kontrollverlust und Kontrollversuch und vieles mehr sehr nahe beieinander.

In der dominanten fachlichen Sichtweise sind wir oft geneigt, jeweils einer der beiden Seiten die Hauptaufmerksamkeit zu schenken. Oft wird eine Wahrnehmung der anderen Seite mit der Androhung schwerwiegender Konsequenzen abgelehnt: Wer Hoffnung macht, unterschätzt die Schwere der Erkrankung; wer Wunsch- und Bedürfnisanteile sieht, verharmlost das Leid; wer aktive Anteile wahrnimmt, macht Schuldzuweisungen etc.

Es wird deutlich, wie schnell man sich hier in Diskursen um Verharmlosung, Schuld oder Veränderungsmöglichkeiten und -verantwortung verstricken kann. Gerade dichotome Kategorien (gesund–krank, körperliche–seelische Erkrankungen, heilbar–unheilbar etc.) sind oft mit weiteren dichotomen und bewertenden Vorstellungen verbunden. So scheint eine Betrachtung von Psychosen als schwere Erkrankung mit biologischen Ursachen oft mit der