

Das „Windhorse-Modell“ der Bewältigung psychotischer Krisen

Gesundheitsorientierung und die Einbeziehung von Bürgerhelfern in das Projekt einer therapeutischen Gemeinschaft

Hans Kaufmann

Zusammenfassung. Dargestellt wird ein Team-Projekt der Schaffung eines therapeutischen Milieus für Menschen in psychotischen Krisen oder auch für längere „prozeßhafte Verläufe“, welches erlaubt, die Präzision und Konstanz psychotherapeutischen Handelns auf die alltägliche Lebenssituation von Betroffenen auszuweiten. Die dadurch ermöglichte Kontinuität der Psychotherapie, über das Einzelsetting hinaus, kann den betroffenen Menschen den erforderlichen Halt geben, Krisen möglichst gewinnbringend zu durchleben und die notwendigen Impulse geben, die sich aus der Exploration und Beobachtung der „History of Sanity“ und „Inseln der Klarheit“ (Podvoll E. M., 1983, 1990) ergeben.

In der geschützten Umgebung der eigenen – oft auch zu diesem Zweck angemieteten – Wohnung, unterstützt durch wache, freundliche und unaufdringliche Gegenwart von vertrauten bzw. akzeptierten Begleitern, kann eine psychotische Krise ohne die Gefahr einer Hospitalisierung und Chronifizierung überwunden werden. Professionelle psychotherapeutische und psychiatrische Tätigkeit sind eingebunden in ein eng kooperierendes Team, in dem, in der Methode der „Basisbetreuung“ geschulte Mitarbeiter, zusammen mit darin instruierten und supervidierten „Laien Helfern“, tätig sind. Als Beispiel für so ein Projekt wird die Bewältigung einer psychotischen Krise einer jungen Frau nach der Geburt ihres Kindes beschrieben.

Das „Windhorse-(WH-)Modell“ gibt es seit 1983 in den USA. Es beruht auf einer ganzheitlichen Sichtweise von psychotischem Geschehen und Gesundungsprozessen. Der Initiator, Dr. Edward Podvoll (1990) begründete diese Sichtweise nach langjähriger klinischer Erfahrung als Psychiater und Psychoanalytiker v. a. auf der Grundlage von detaillierten Beschreibungen der Erfahrungen von Betroffenen. Seine psychoanalytische Ausbildung absolvierte er in „Chestnut Lodge“ – bekannt durch Frieda Fromm-Reichmann, wo er v. a. bei Harold Searles und Otto Will lernte. Später wurde seine Arbeit geprägt durch die Begegnung mit Chögyam Trungpa, Rinpoche, einem tibetischen Gelehrten und Meditationsmeister, Gründer des „Naropa-Instituts“, einer Bildungsinstitution mit anerkanntem Universitätsstatus in Boulder, USA. Von ihm erhielt er eine gründliche Ausbildung in der kontemplativen Psychologie des Buddhismus. Außerdem hielt sich Podvoll mehrmals zu Studienzwecken im Reservat der nordamerikanischen Lakota-Sioux-Indianer auf, von deren Heiltradition er ebenfalls bei der Entwick-

lung des WH-Modells beeinflusst wurde. Das „Windhorse-Projekt-Wien“ wird getragen von einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe und ist 1994 nach einer Fortbildungsveranstaltung mit Dr. Podvoll und auf der Basis langjähriger früherer Kontakte mit ihm entstanden.

Es gibt eine Genesung – in einer gesunden Umgebung

Das Grundprinzip, auf dem die WH-Therapie beruht, ist die Beobachtung und darauf aufbauende Hypothese, daß es einen natürlich ablaufenden Prozeß der Genesung von Psychose gibt. Dieser Gesundungsprozeß kann entweder wahrgenommen und auf adäquate Weise gefördert werden, oder er kann übersehen, kaum oder viel zu wenig geschützt und gefördert oder auch verhindert werden. Letzteres führt häufig zur Fixierung auf die Psychose und zu einer Chronifizierung. Zentral in der WH-Therapie ist weiters das Herstellen einer schützenden, den Gesundungsprozeß fördernden, möglichst natürlichen Umgebung. Die Atmosphäre, die zu einer Genesung führt, muß frei sein von jenen theoretischen und persönlichen Vorurteilen, die das Bild erzeugen, daß ein Mensch, der an Psychose erkrankt ist, für immer – mehr oder weniger – krank bleiben wird. Wenn in einem Team solche Vorstellungen vorherrschen, dann werden die Zeichen der Genesung nicht erkannt und für einen kontinuierlichen Heilungsvorgang genutzt. Bestandteile dieser „Umgebung“ sind eine klare, einfache, mit Sorgfalt im Detail hergestellte äußere räumliche Struktur, langsam, sich allmählich entwickelnde Strukturen eines geregelten Tagesablaufs. Ein weiterer Bestandteil ist reichlicher Kontakt zu gesunden, den Kranken begleitenden Menschen – dem therapeutischen Team. Dieses ist speziell in Grundhaltung und Praxis einer aufmerksamen, mitfühlenden therapeutischen Pflege ausgebildet bzw., im Fall der einbezogenen Bürgerhelfer, instruiert und supervidiert – die sich „Basisbetreuung“ (BB) nennt. Weiters gibt es in diesem Setting noch eine Einzelpsychotherapie, die von einer Person durchgeführt wird, die Teil des therapeutischen Teams ist, und eine Spezialform der BB darstellt. BB und Einzelpsychotherapie sind sorgfältig aufeinander abgestimmt. Der Ort der Therapie ist eine Wohnung, die auch die Wohnung des/der Betroffenen sein kann. Wird eine Umgebung mit den vorher beschriebenen Merkmalen hergestellt, können sich der Aufruhr der Psychose beruhigen und die Selbstheilungskräfte manifestieren.

Wenn es sich praktisch einrichten läßt – sowie auch in Abhängigkeit und Schweregrad der vorliegenden Störung –, lebt die/der Betroffene mit einem oder zwei gesunden Mitbewohner(n) zusammen. Die WH-Therapie wurde anfangs v. a. zusammen mit sogenannten „chronischen Patienten“ entwickelt und später auch auf akute psychotische Krisen ausgedehnt. Je nach Art der Störung und auch nach vorhandenen Möglichkeiten variiert die im WH-Setting aufgebaute therapeutische Umgebung. Es kann sich auch um eine Wohngemeinschaft zu sogenannten „Rehabilitationszwecken“ oder um ein „Krisenhaus“ handeln, wo Prinzipien der WH-Therapie zur Anwendung kommen.

Ein Arbeitsmodell der Psychose

Podvolls „Arbeitsmodell“ der Entstehung und Heilung von Psychose, das hier in diesem Rahmen nur sehr vereinfacht skizziert werden kann, kann als „multifaktoriell“ bezeichnet werden. Die Bestandteile des „Cocktails“, wie er die Mischung dieser Faktoren nennt, die zusammenkommen und dann eine Psychose auslösen, sind physiologischer, psychologischer, sozialer und spiritueller Natur. Dieser „Cocktail“ erzeugt eine Störung der Balance im „Beziehungssystem Körper – Geist – Umwelt“. Durch diese Balancestörung kommt „Speed“ an die Oberfläche bewußten Erlebens, die enorm erhöhte Geschwindigkeit des Denkens und das Überschwemmtwerden von den sogenannten „Mikrooperationen“, den verschiedenen, nun entfesselten Erlebnisfacetten psychotischen Erlebens, die Menschen in Panik und Schrecken versetzen können. Das Ergebnis dieser Entwurzelung ist der sogenannte „Zweite Zustand“, in dem Podvoll den gemeinsamen Nenner aller psychotischen Störungen sieht. Gleichzeitig stieß Podvoll bei seinen Patienten immer wieder auf eine Fähigkeit, selbst mitten im größten emotionalen Chaos die eigene Gedanken- und Gefühlsaktivität mit unglaublicher Klarheit und Genauigkeit zu beobachten. Podvoll nennt diese Kapazität einen „unbestechlichen Beobachter“. Er spricht auch von einer „Klarzone“. Das Modell Podvolls kann als eine „Psychologie grundlegender Gesundheit“ bezeichnet werden, die an der „Basis“, in der Tiefe menschlichen Bewußtseins, ein Potential geistiger Gesundheit annimmt, welches durch erfahrbare, dokumentierbare Auswirkungen, die „Inseln der Klarheit“ (IDK), und darauf aufbauende Gesundungsprozesse belegt wird. Die Förderung der IDK bringt in dem betreffenden Menschen Selbstorganisationsprozesse in Gang, die seine Fähigkeit zur Eigenverantwortung stärken. Ein zentrales Beschreibungskriterium des psychotischen Zustands in der kontemplativen Psychologie Podvolls, die eine Psychologie der „Prozesse“ und nicht so sehr der „Inhalte“ ist, ist der Begriff „Desynchronisation von Körper und Geist“.

Desynchronisation von Körper und Geist

Desynchronisation von Körper und Geist entsteht aus der zunehmenden Konzentration des Menschen auf innere Bewußtseinsprozesse, wodurch die Balance in der Beziehung zur Umwelt verlorengelht. Wir kennen wahrscheinlich alle solche Erlebnisse in flüchtigerer Form, denn sie kommen auch außerhalb der Psychopathologie vor. Ein Buch, ein Film, eine Diskussion, Streit, Verliebtheit, die Arbeit an einem Vortrag u. v. m. können uns manchmal so absorbieren, daß wir den Kontakt zum Körper und zur Umwelt verlieren. Wir werden dann vielleicht „zurückgeholt“, wenn wir stolpern oder ein Glas umwerfen, den Tee aus der Kanne neben die Tasse schütten oder am Gehsteig voll gegen die Stange eines Verkehrszeichens laufen. Die Absorption, geistige Abwesenheit oder *Desynchronisation* kann unterschiedliche Schweregrade annehmen, die in der Erfahrung einer Psychose kulminieren. Mit *Desynchronisation* wird ein Erleben von „Abtrennung des Bewußtseins“, der eigenen Identität, vom Körper beschrieben. Podvoll verwendet dafür auch eine – von einem Betroffenen wiedergege-

bene – Beschreibung, nämlich „*an zwei Orten gleichzeitig sein*“. Er leitete aus seinen Erfahrungen mit psychotischen Menschen eine allgemeine Regel für die Therapie ab: Alles, was die *Synchronisation von Körper und Geist* fördert, begünstigt auch das Auftreten von „*Inseln der Klarheit*“ und den Gesundungsprozeß.

Was sind eigentlich „Inseln der Klarheit“?

Podvoll beschreibt das so: „Es tritt immer ein Augenblick im Chaos des Wahnsinns auf, wo der Kranke plötzlich wieder einen Sinn im Leben sieht. Er hat das Gefühl, zu sich zurückgefunden zu haben. Er ist wieder zum ‚Operator‘ geworden, wie sich Henri Michaux (ein französischer Künstler und Bewußtseinsforscher) ausdrückte. Eine Insel der Klarheit hat sich gebildet, auf der der Betreffende plötzlich von den Fixierungen des Wahns befreit ist. Manche beschreiben das als starke, fast körperlich spürbare Empfindung, ähnlich einem ‚Einrasten‘. Häufig ist dieser Augenblick von einem noch nicht ganz geheuren Vertrauen begleitet, daß das Schlimmste vorbei ist und alles wieder gut werden wird. Manchmal ist es nur eine flüchtige Erfahrung, manchmal hält sie an. Doch wie kurz diese Momente einer beginnenden Genesung auch sein mögen, es sind universelle Erfahrungen, nur daß jeder Psychotiker sie auf seine Art erlebt und reagiert. Spontane Lichtblicke treten während der ganzen Dauer der Psychose auf. Im allgemeinen werden sie als Momente einer ‚neuen Frische‘ des Bewußtseins oder einer Lösung einer übergroßen Spannung erlebt. Diese Lichtblicke stammen aus dem im tiefsten Grunde ‚gesunden Geist‘, der unter den Strömungen des psychotischen Wahns verborgen immer weiterexistiert.“

Basisbetreuung – eine Form therapeutischer Pflege

Alles, was die *Synchronisation von Körper und Geist* fördert, begünstigt das Auftreten von „*Inseln der Klarheit*“, die Ausdruck eines Heilungsvorganges sind. Und alles, was die Trennung von Körper und Geist fördert, verursacht oder verstärkt, wird die Heilung nachhaltig behindern. Deshalb ist die *Synchronisation von Körper und Geist* ein Schlüsselbegriff der „*WH-Therapie*“. Das wirkt sich so aus, daß die aktuelle „*Patientenarbeit*“ nach dem WH-System sehr alltagsorientiert ist, sehr konkret, sehr „irdisch“: miteinander einkaufen, kochen, essen, saubermachen, arbeiten in Haus und Garten usw. Die sanfte, schrittweise, kontinuierliche „*Bindung*“ an das bewußte Verrichten dieser alltäglichen Handlungen läßt wenig Raum für Wahnvorstellungen, die den Heilvorgang behindern können. Da angenommen wird, daß Bewußtsein und Umwelt in einer ständigen, mehr oder weniger subtilen Wechselbeziehung stehen, wird damit in der „*WH-Therapie*“ sehr sorgfältig und bewußt gearbeitet. Eine große Rolle spielt dabei die wache, unaufdringliche Präsenz der therapeutischen Begleiter. Psychotisch erlebende Menschen driften, wenn sie allein sind, immer wieder in ihre Welt ab und sind – wenn das lange dauert – oft „sehr weit weg“, abgeschnitten von der Beziehung zur natürlichen Umgebung. Deshalb ist die häufige, in gewissen Fällen auch

permanente Anwesenheit einer haltgebenden Begleiterin sehr hilfreich. Menschen, die – im wahrsten Sinne des Wortes – „da sind“, fördern die natürliche, anfangs noch verschüttete, durch das Abdriften in die Absorption behinderte Tendenz der Betroffenen, von selber wieder „zurückzukommen“. Deswegen ist das erste Prinzip der *BB* das Kultivieren der Fähigkeit des „*Präsentseins*“. Dieser Bewußtseinszustand wird von Mitgliedern des therapeutischen Teams durch die Praxis der *Achtsamkeits-Gewahrseins-Meditation*, wie sie die kontemplative Tradition des Buddhismus überliefert, geübt. Für die Teamleiter und Einzelpsychotherapeuten im WH-Setting ist gründliche Erfahrung in dieser Methode der Selbsterfahrung eine Grundbedingung ihrer Tätigkeit. Der Begriff „*Windhorse*“ (*tibetisch lung.ta*) bezeichnet ein mythisches Pferd der alten asiatischen *Shambhala-Tradition* und gilt als Symbol der Kraft im Menschen, die es ermöglicht, sich immer wieder aus einer Depression aufzurichten und die zur Heilung einer Krankheit aktiviert werden kann.

Eine andere kontemplative Disziplin, die zur Anwendung kommt, um die Qualität der *BB* zu gewährleisten, ist eine von Podvoll entwickelte Methode der Supervision, die „*Körper-Rede-Geist-Technik*“ der Fallpräsentation, welche ein hohes Maß an Präzision im Detail und Bewahrung der menschlichen Würde und Integrität einer vorgestellten betroffenen Person erlaubt.

Wie läuft die *BB* konkret ab? Die „therapeutischen Begleiter“, die oft auch nicht einschlägig vorgebildete Bürgerhelfer sind, machen täglich ein bis drei „Schichten“ von je drei Stunden mit dem/der PatientIn. Dabei geht es darum, einfach da zu sein und zu tun, was an Haushaltstätigkeiten ansteht oder was sich sonst ergibt: spazieren, musizieren, ins Kino gehen, Tischtennis spielen . . . Je unterschiedlicher die Teamtherapeuten von ihrer Persönlichkeit sind, um so breiter und bereichernder sind die Facetten der Möglichkeiten, die entstehen können. Im WH-Setting wird besonders auf die Kunstfertigkeit Augenmerk gelegt – je nach vorhandenen Möglichkeiten –, eine passende „Mischung“ von Personen zu einem therapeutischen Team für eine bestimmte PatientIn zusammenzustellen. Präzise wird in diesen Schichten wahrgenommen und dokumentiert, was man mit der PatientIn erlebt. Das wird dann in den regelmäßigen Teambesprechungen zusammengefügt. Das Gespür des Teams dafür, was den betroffenen Menschen in dieser speziellen Lebenslage behindert und was ihm guttut oder wo er „ansteht“, wird so immer deutlicher. Ein gegenseitiges Lernen findet statt. Die therapeutischen Begleiter vermitteln die Interaktion mit der PatientIn mit ihrer Umgebung. Der Zweck, sie auf diese Weise zu unterstützen, ist eine zunehmende Synchronisation von Körper und Geist durch gewöhnliche, natürliche, alltägliche Aktivitäten, die Schärfung der Aufmerksamkeit und die Entwicklung von Konzentrationsfertigkeiten. Das Team, das den durch Psychose betroffenen Menschen im Rahmen dieser Schichten begleitet, kann, wie schon angedeutet, zusammengesetzt sein aus gut ausgebildeten, qualifizierten Experten und aus angeleiteten, supervidierten „Bürgerhelfern“. Diese Zusammensetzung ist sogar eine – sowohl in therapeutischer als auch in ökonomischer Hinsicht – sehr wünschenswerte,

mit leitbildartiger Zukunftsperspektive für die Weiterentwicklung extramuraler Strukturen im Gesundheitswesen. Die Entwicklung von Partizipationsformen dieser Art könnte auch präventive und psychohygienische Aufgaben erfüllen.

Phasen des Heilungsprozesses

Der Anfang des Heilungsprozesses ist das erste Bemerkten von *IDK*. Podvoll beschreibt das auch als das Auftreten plötzlicher, kurzanhaltender, oft wie schockartig erlebter Momente der Wachheit und Klarheit. Es ist ein plötzlich Wiederzurückkommen und die momentane Situation registrieren, auch ein plötzliches Erkennen, in welcher Situation man sich befindet. Anfangs sind diese Momente in der Regel flüchtig, so daß sie auch von den Betroffenen selbst übersehen werden können. Werden sie von den Begleitern und von den Betroffenen wahrgenommen, können sie zu machtvollen Instrumenten der Gesundung werden. Werden sie jedoch übersehen oder unterdrückt, führt das oft zum Aufgeben, zur Resignation oder zur Chronifizierung der Psychose, weil „die Wahrheiten“ des/der Patient/in nicht anerkannt und wertgeschätzt werden. Für die meisten Menschen ist es schwer nachzuvollziehen, daß *Formen geistiger Gesundheit und von psychotischem Erleben gleichzeitig da* sind und bearbeitet werden können und nicht „entweder – oder“.

Verbunden mit diesen Momenten des Aufwachens ist die Entstehung eines gewissen „intuitiven Durchblicks“, von Zweifel an den eigenen Wahngebilden; Funken von „gesundem Zweifel“, von kritischem Hinterfragen treten auf. Was hier durchzuscheinen beginnt ist, nach Podvoll, eine in jedem Menschen vorhandene „Klarzone“ oder, wie vorhin beschrieben, der unter den Strömungen des psychotischen Wahns verborgen immer weiterexistierende gesunde menschliche Geist (mind). Dieser enthält eine natürliche, angeborene Tendenz der Distanzierung von Täuschung und Wahn. Das kann auch mit – zeitweise massiven – Gefühlen der Abneigung („*disgust*“) gegen das „Produzieren des Wahns, gegen das „Sich-hineinfallen-Lassen“, das „Den-Verlockungen-Nachgeben“ verbunden sein.

In der zweiten Phase der Genesung wird langsam deutlich, daß Macht und Einfluß der Wahnwelt nachlassen. Es entstehen nun vermehrt Lücken, Unterbrechungen in der „Wahnfilmproduktion“. Gleichzeitig damit steigen die Möglichkeiten der Synchronisation von Körper und Geist, was sich auch in einer zunehmenden Fähigkeit, zwischen Innen- und Außenwelt zu differenzieren, ausdrückt. Mehr Interesse an der Außenwelt taucht auf, mehr Bereitschaft, sich auf Kontakte und Verantwortung im Haushalt einzulassen.

Für die *Synchronisation von Körper und Geist* können alle von einem Menschen einmal praktizierten „Disziplinen“, z. B. sportlicher oder künstlerischer Natur, nützlich sein. Wenn solche im Laufe der Therapie auftauchen, können sie zu brauchbaren Ressourcen im Heilungsprozeß werden. Sie können, wenn sie wiederbelebt werden, die Verbindung zwischen Körper und Geist stärken. Der/die Betroffene muß in dieser Phase auch verstehen

lernen, daß Heilung nicht ganz „von selber“ passiert, sondern daß es immer wieder erneute Anstrengung erfordert, zu bemerken, wenn sich der Geist verliert, um dann wieder zurückzukommen in das Hier-und-Jetzt. Im Rahmen der in das WH-Setting eingebetteten Einzelpsychotherapie entwickelt die PatientIn Verständnis für die eigenen psychischen Mechanismen, die „in die Psychose hinein“ oder „heraus“ führen.

In der dritten Phase der Heilung entwickelt sich zunehmend mehr Einsicht in subtile Mechanismen des eigenen Wahrnehmungssystems, ein Durchschauen der optischen und akustischen Täuschungen, der „Tricks“ des eigenen Wahrnehmungssystems. In einem Fall bemerkte ein Patient z. B., daß das leise Geräusch des Atems im Hirn in Stimmen umgesetzt wird. Mehr Mut beginnt sich zu entwickeln, z. B. öfter (die Angst) zu riskieren, den Befehlen der inneren Stimmen mal nicht zu gehorchen und zu überprüfen, was dabei herauskommt. In späteren Phasen wird es immer wichtiger, diesen Mut und weitere Schritte in die Welt zu fördern. Wie die Umgebung zu diesem Gesundungsprozeß beitragen kann, wurde schon versucht darzustellen. Das Wichtigste für den Anfang ist: nichts dagegen zu tun! Den Gesundungsprozeß, das „natürliche Aufwachen“ der PatientIn nicht zu behindern!

Medikamente

Die WH-Therapie psychotischer Menschen beruht auf einer sorgfältig gestalteten räumlichen und zwischenmenschlichen Umgebung und ermöglicht dadurch Heilungsvorgänge, die durch das Erlangen von psychohygienischer bzw. präventiver Kompetenz und das Übernehmen von Selbstverantwortung durch die Betroffenen mitgetragen und stabilisiert werden. Daraus ergibt sich von selbst, daß Medikamenten keine zentrale therapeutische Bedeutung zugeschrieben wird. Das therapeutische Ziel der WH-Arbeit besteht darin, die *Integrität der geistigen Wachheit* zu schützen. Es ist die jedem Menschen innewohnende – aber durch die Psychose beeinträchtigte – Fähigkeit zur Präzision, die zwischen Traum (oder wie man sie haben will) und Wirklichkeit (wie die Welt „anders ist“, als man sie haben will) unterscheiden kann. Um die Stadien der Genesung gewinnbringend durchstehen zu können, ist immer wieder eine gewisse Stabilität der geistigen Klarheit notwendig. Wenn diese Klarheit zu stark beeinträchtigt ist und Panik nur zu Hilflosigkeit und Verunsicherung führt und adäquate, hilfreiche zwischenmenschliche Interventionen nicht verfügbar sind, ist in den meisten Fällen der vorsichtig dosierte, befristete Einsatz von Medikamenten angebracht. Der Gabe von Medikamenten wird nicht eine strikt ablehnende Haltung entgegengebracht. Um sie einsetzen zu können, ist die Entwicklung einer anderen Art von Selbstregulation notwendig, die es Betroffenen erlaubt, ohne diese Hilfsmittel mit innerer Unruhe, mentaler Geschwindigkeit, erhöhter Verletzlichkeit, gedanklichem und emotionalem Chaos usw. so umzugehen, daß der eigene Gesundheitszustand nicht eine Wendung zum Schlechteren, sondern zum Besseren nimmt.

Ein Beispiel praktischer WH-Arbeit

„dunkle und helle Segel
Stille und Sausen
die Freunde anrufen
im Sturm . . .“ (Lisa)

Arnold und Lisa erwarteten ein Baby. Nachdem Lisa die Schwangerschaft – von natürlichen Ambivalenzen abgesehen – vorwiegend in positiver Stimmung und Erwartung erlebt hatte, ergaben sich gegen Ende gewisse Komplikationen. Sie fühlte sich oft allein gelassen und mißverstanden, sowohl von ihrem Mann, als auch von einer der für sie zuständigen Hebammen. Mißtrauen begann in ihr zu wachsen und Verunsicherung den Herausforderungen gegenüber, die sie auf sich zukommen sah, „manifestiert als Schlafstörungen und ersten Krisen (Vorahnstimmung)“ ein Monat vor der Geburt“ (L.). Die Geburt selbst, bei der sie das Mitwirken Arnolds als „tragend und unterstützend“ erlebte, verlief komplikationslos. Aber kurz darauf erforderte eine Ateminsuffizienz des Babys seine Transferierung auf eine Intensivstation. „Der Zustand des Neugeborenen besserte sich rasch, so daß es nach fünf Tagen gemeinsam mit der Mutter in ein Mutter-Kind-Zimmer verlegt werden konnte“ (A.). „Dort geriet Lisa in eine psychische Krise, die sich zu wahnhaftem Erleben steigerte. Sie glaubte sich bestimmten Prüfungsritualen konkurrierender Gruppierungen (z. B. das Krankenhauspersonal versus die Hebamme) unterzogen. Diese Prozesse gipfelten im Kampf gegen den eigenen Identitätsverlust“ (L.).

Sowohl Lisa als auch Arnold erlebten sich als völlig hilflos in dem sich zusammenbrauenden krisenhaften Geschehen. Die Suche nach kompetenten Helfern führte im Spital zur Einbeziehung der dortigen psychiatrischen Konsultantin sowie einer Psychologin und – ambulant – zum Aufsuchen eines Psychotherapeuten durch Arnold. Der Psychotherapeut, der der Wiener WH-Arbeitsgruppe angehört, sah, daß sich Arnolds eigene Ideen darüber, was ihnen helfen könnte, mit Prinzipien des WH-Modells überschneiden, „daß ein Netz von verschiedenen, miteinander kooperierenden Helfern“ es bewirken könnte, diese Krisensituation im vertrauten Lebensbereich zu bewältigen. Neben seinen Bedenken, daß Lisa in irgendwelche hospitalisierenden „Krankenhausmühlen“ geraten könnte, war es auch sein Anliegen, die ganze Familie beisammenzuhalten, weitere Trennungen von Mutter und Kind zu verhindern und einen „gemeinsamen Weg“ zu finden. Das machte Arnold – und später auch Lisa – bereit, sich für eine Bewältigungsstrategie mit dem WH-Modell zu entscheiden.

Die nächsten Schritte waren folgende: Arnold informierte Lisa. Der Psychotherapeut informierte einen Psychiater der WH-Gruppe und vereinbarte Besuchstermine von beiden im Krankenhaus. Nach der Zustimmung Lisas zum WH-Setting, im konkreten Fall: der Einbeziehung von Freunden und Bekannten in ein sie in der eigenen Wohnung durch die Krise begleitendes Team, begann Arnold in Frage kommende, von ihm und Lisa ausgewählte Personen anzurufen. Zwei Tage später kam es zur ersten Teamsitzung, in der die hilfsbereiten Freunde und Bekannten genauer informiert, in WH-Arbeit eingeführt und durch einen ebenfalls aus der WH-Gruppe

stammenden Teamleiter zu täglichen „Begleitungsschichten“ organisiert wurden. „Der Aufbau dieses Netzes befähigte Lisa, sich im Krankenhaus bewußt zu orientieren, Spaziergänge mit dem Kind zu unternehmen und schließlich die Entlassung aus dem Krankenhaus vorzubereiten, indem sie einen der ihr bekannten Kinderärzte auf der Intensivstation aufsuchte und die abschließende Untersuchung für ihr Kind veranlaßte“ (L.). Neben dem Augenmerk auf die räumliche Umgebung, die sauber, klar und einladend gestaltet wurde, wurde Sorge getragen, daß Lisa und das Baby, das sich körperlich in der Intensivstation rasch erholt hatte, nie allein waren. In das Team wurden v. a. Leute einbezogen, die entweder selber Kinder hatten oder mit Babys umgehen konnten, um Lisa beim Erlernen der nötigen Handgriffe und Umgangsformen zu unterstützen. Die in die Teamarbeit eingebundene Einzelpsychotherapie durch den Psychiater der WH-Gruppe, der auch Psychotherapeut ist, fand – wöchentlich zweimal – in der Wohnung der Familie statt. (Später wurde diese ambulant fortgesetzt.) Auch die wöchentlichen, später 14täglichen Teamsitzungen fanden zusammen mit Lisa und Arnold in deren Wohnung statt. Nach anfänglichen Widerständen und Schwierigkeiten Lisas, diese Hilfe anzunehmen, begann sie, die Situation zu akzeptieren und langsam von einem manisch gefärbten Zustand „auf den Boden zu kommen“. Durch die Begleitungen gewöhnte sie sich auch langsam an das sie vorher so ängstigende „Hinausgehen“, spazieren oder einkaufen gehen. Und auch die Beziehung zu dem Kind begann sich gut zu entwickeln. (Allerdings hätte sich – nach Empfinden von A. und L. – die BB in dieser Phase stärker auf Mutter und Kind ausrichten können und weniger auf die Mutter allein.)

Leider wurde diese Entwicklung durch einen tragischen Unfall unterbrochen, was alle wieder vor ganz neue Herausforderungen stellte: Arnold, der sich zu einem exzellenten Vater entwickelt hatte, der viel Mitverantwortung für das Kind auf eine geschickte Weise übernommen hatte, konnte es nicht verhindern, daß ihm der Kleine durch eine ungewohnte Drehbewegung aus dem Arm glitt und mit dem Kopf auf den Steinboden fiel. Eine Schädelfraktur und weitere drei Wochen Aufenthalt des Kleinen auf einer Intensivstation waren die Folge. Lisa verfiel in einen Zustand von Hoffnungslosigkeit, z. B. es je wieder zu schaffen, eine funktionierende Beziehung zu ihrem Kind zu erreichen und die Aufgaben des „Mutterseins“ – mit nun noch viel schwierigeren Bedingungen – zu bewältigen.

Das Baby wurde nach dem Krankenhausaufenthalt wieder zu Hause, nun mit vorübergehender Unterstützung von Arnolds Mutter, betreut. Zu diesem Zeitpunkt befanden sich mehrere Teammitglieder in Urlaub, u. a. auch der Einzeltherapeut von Lisa, so daß die BB faktisch ausgesetzt war. Lisa zog sich immer mehr zurück und erlebte eine völlige Entfremdung von ihrem Baby. Eine tiefe, fast stuporöse Depression breitete sich aus, die einmal auch zu einigen Tagen stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Station und zu einer Einstellung auf ein Antidepressivum führte. Während ihres stationären Aufenthaltes, in einem Moment der Klarheit, äußerte sie den Wunsch, einen Neubeginn zu Hause, mit neuerlicher Unterstützung des WH-Teams, zu versuchen. Eine wichtige Einsicht, die sie zu

diesem Zeitpunkt auch hatte, war, daß es für sie keinen heilsamen Weg ohne ihr Kind geben kann. Der praktische Hinweis, den sie damit gab, war, daß sie einerseits Unterstützung wünschte bei der Wiederaufnahme der ganz einfachen Babypflege, denn sie hatte jedes Vertrauen in das Gelingen der erforderlichen praktischen Handgriffe verloren, andererseits glaubte sie, daß ihr nicht zuviel abgenommen werden sollte, weil sie bemerkt hatte, daß dies ihre Depression verstärkte. „Ich fände es wichtig herauszustreichen, daß Lisas psychotische und depressive Krise Ausdruck ihrer Widerstände waren, in die Mutterrolle einzutreten. Jede konventionelle Behandlung hätte aber die Distanz zwischen ihr und dem Kind vergrößert. Nur mit einer Betreuung, die im Idealfall auf die ganze Familie in ihrem eigenen Lebensbereich ausgerichtet ist, war es möglich, daß Lisa ihre Widerstände erleben, erkennen, begreifen und verändern konnte“ (A.).

Die WH-Arbeit mit täglichen Schichten und wöchentlichen Teamsitzungen in der gewohnten häuslichen Umgebung wurde wieder aufgenommen. Mit der schweren Depression zu arbeiten erforderte von allen eine vollkommene Neueinstellung und Umstellung. Das Team schätzte Lisa nun „kränker“ ein als vorher in der manisch getönten Phase. Lisa beschrieb ihren Zustand als „die dunkelste Zeit“ ihres bisherigen Lebens. Zeitweise bewegte sie sich in Phantasien einer suizidalen „Lösung“, die aus einer verzweifelten Suche nach Befreiung von all diesen Leiden entsprangen. Die Krise miteinander durchzustehen, war zeitweise eine Gratwanderung und konnte dann zu einer langsamen Aufwärtsbewegung führen. Was Lisa dabei aufgab, war glücklicherweise nicht ihr Leben, sondern es waren ihre Vorstellungen davon, wie sie „sein sollte“. Sie begann langsam, den erbitterten innerlichen Kampf gegen die Depression aufzugeben, ebenso wie ihre hohen Ansprüche, wie „gut“, gesund, leistungsfähig, zuwendungsfähig usw. sie als Mutter sein sollte. Das ermöglichte eine zeitweilige Öffnung, ein Bemerkten und dann auch Wertschätzen von kleinen Veränderungen, v. a. in der Beziehung zu ihrem Sohn. „Inseln der Klarheit“ begannen sich hier in der und durch die Entwicklung der Beziehung zu ihm zu manifestieren – anfangs für sie schockierend. In der psychotischen Phase hielt sie seinen offenen, ihr zugewandten Blick nicht aus. Er versetzte sie in Panik. Sie konnte ihm nicht standhalten. Dann gewöhnte sie sich langsam „sich hintastend“ daran, ließ sich immer mehr darauf ein, bis dann beide immer mehr auflebten in dieser Begegnung der Blicke und dem Einander-Finden in der Beziehung. „Es geht mir langsam besser mit ihm . . . aber ich kann noch immer nicht alles tun . . .“, „heute konnte ich sogar schon mit ihm sprechen . . .“, „er schaut mich oft ganz lange an . . . und ich ihn auch . . . und spür' nicht mehr das Bedürfnis, Oberhand gewinnen zu müssen.“ Solche Bemerkungen markierten die Entwicklung ihrer Beziehung zum Kind und gleichzeitig die Entwicklung ihrer Wachheit und „Synchronisiertheit“ mit ihrer Umgebung, die zuerst durch die psychotische Krise und dann durch den Rückzug in die Depression verlorengegangen waren. Ein anderes wichtiges Kennzeichen ihres Heilungsprozesses waren das langsame Entstehen von Vertrauen in einen „Weg“, in die Möglichkeit kleiner, bewältigbarer Schritte sowie vermehrt Mut, neue, noch ängstigende Schritte zu tun. Solche Schritte bestanden z. B.

in „allein mit dem Kind Straßenbahn fahren“ oder sich „beim Spaziergehen mit anderen Müttern auf ein Gespräch einzulassen“. Auf weitere, subtile Details ihres Gesundungsprozesses kann in diesem Rahmen nicht mehr eingegangen werden. Nach vier Monaten der Begleitung der Familie durch das WH-Team sah sich Lisa imstande und wünschte zu versuchen, ohne diese Hilfe weiterzugehen. Zwei Monate später hatte sich diese Entwicklung stabilisiert. A. möchte an dieser Stelle noch anmerken, daß die Einzelpsychotherapie fortgesetzt wurde und zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Artikels noch andauert. Als wichtig sieht er auch, daß von Lisa jetzt Krisen als Chancen erlebt werden, „bestimmte gefährdende Strukturen neu zu sehen und andere ihrer Gesundheit und Entwicklung förderliche Wahrnehmungsweisen und Handlungsimpulse zu stärken.“

(Das Baby entwickelt sich normal, ohne irgendwelche einschneidenden neurologischen Folgen der erlittenen Schädelfraktur – bis auf eine Bewegungs- oder Entwicklungsverzögerung der linken Hand.)

Literatur

- Berke, H. H. (1980), Therapeutic community models, II: Kingsley Hall. In: Jansen, E. (Hrsg.): The therapeutic community. London: Croom Helm.
- Fortuna, J. M. (1987), Therapeutic households. *J. Contempl. Psychother.* 4.
- Fortuna, J. M. (1989), The friendship house. *J. Contempl. Psychother.* 6.
- Fortuna, J. M. (1994), The windhorse project. *J. Contempl. Psychother.* 9.
- Jones, M. (1976), Maturation of the therapeutic community. New York: Human Sciences Press.
- Jones, M. (1982), The process of change: From a closed to an open system in a mental hospital. Boston: Routledge and Kegan.
- Jones, M. (1987), Therapeutic communities in retrospect. *J. Contempl. Psychother.* 4.
- Michaux, H. (1970), Die großen Zerreißproben. Frankfurt: Fischer, S. 10.
- Michaux, H. (1971), Turbulenz im Unendlichen. Frankfurt: Suhrkamp.
- Michaux, H. (1973), Light through darkness. New York: The Orion Press.
- Podvoll, E. M. (1980), Psychotic states of mind. *Naropa Inst. J. Psych.* 1.
- Podvoll, E. M. (1983), The history of sanity in contemplative psychotherapy. *Naropa Inst. J. Psych.* 2.
- Podvoll, E. M. (1985), Protecting recovery from psychosis in home environments. *Naropa Inst. J. Psych.* 3.
- Podvoll, E. M. (1990), The seduction of madness. New York: Harper Collins. Deutsche Übersetzung: (1994), Verlockung des Wahnsinns. München: Hugendubel.
- Pollack, P., et al. (1977), Treating the insane in sane places. *J. Comm. Psych.* 5: 380–387.
- Rabin, B., Walker, R. (1987), A contemplative approach to clinical supervision. *J. Contempl. Psychother.* 4.
- Trungpa, C. (1983), Creating an environment of sanity. *Naropa Inst. J. Psych.* 2.
- Trungpa, C. (1988), Das Buch vom Meditativen Leben. München: Scherz.
- Korrespondenz: Dr. Hans Kaufmann, Brigittenauer Lände 46/14, A-1200 Wien.