

NAPPO

13

Mitgliederrundbrief der Norddeutschen
Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische
Psychiatrie e.V. – Frühjahr 2006

10 Jahre NAPP:

Beziehungen pflegen

Editorial (2)

Le Trou – 10 Jahre NAPP im „Plat Du Jour“ (ie) (3)

Die Psychotherapie der Schizophrenie von Theo Piegler (9)

Begleiten – Begreifen – Behandeln oder Suizidal in Salt Lake City
Workshop mit Lorna Smith-Benjamin (ie) (15)

Bonner Erklärung (21)

Verschiedenes (23)

Liebe Leserinnen und Leser,

➤ Narrheit

Die NAPP ist zehn Jahre alt geworden und immer noch lebendig, wie im Bericht über den „Festakt“ auf Seite 3 nachzulesen ist. Das zehnjährige Bestehen wird aber nicht nur im Kreis von Gründungsmitgliedern begangen. Auf der Arbeitstagung im Herbst des Jahres in Neustadt wird sicher für alle NAPP-Mitglieder und alle interessierten Menschen Gelegenheit zur Besinnung und zum Ausblick sein...

Was bietet dieses Fest-NAPPO noch? Auf der Berliner Jahrestagung des Verbandes der Psychiater (DGPPN) hat T. Piegler einen Vortrag über die Psychotherapie schizophrener Erkrankungen gehalten. Wir dokumentieren den Vortrag in einer überarbeiteten Fassung.

Ein weiterer Bericht betrifft die von Lorna Smith-Benjamin entwickelte „Interpersonelle Rekonstruktive Therapie“ (IRT), die von ihr persönlich in einem Workshop in Düsseldorf vorgestellt wurde. Einige Rahmendaten zu der auf bindungstheoretischer Grundlage fundierenden Therapie werden skizziert und aus NAPP-Sicht kommentiert.

Ein Hinweis auf die „Bonner Erklärung“ zur Zukunft der Psychotherapie und ein Aufruf an Interessierte für einen neuen Fachkreis runden das NAPPO ab. Die Abbildungen sind angesichts unserer technischen Möglichkeiten mehr strukturierendes Layout-Material, als dass man tatsächlich etwas darauf erkennen könnte. Aber man kann ja ein bisschen raten. Vielen Dank an Sarah Moormann und Hans Schulze-Jena für die Fotos!

Im Rahmenprogramm dieser Ausgabe finden Sie ein paar Zeilen voll von jener Weisheit, die das deutsche Gedicht auch heute noch unentbehrlich für jeden macht, der sich (ob als Hobby oder professionell) mit dem Leben beschäftigt.

*Er war nicht unbegabt. Die Geisteskräfte
Genügten für die laufenden Geschäfte.
Nur hatte er eine Marotte,
Er sei der Papst. Dies sagte er oft und gern,
Für jedermann zum Ärgernis und Spotte,
Bis sie zuletzt ihn ins Narrenhaus sperrn.*

*Ein guter Freund, der ihn daselbst besuchte,
Fand ihn höchst aufgeregt. Er fluchte:
Zum Kuckuck, das ist doch zu dumm!
Ich soll ein Narr sein und weiß nicht warum.*

*Ja, sprach der Freund, so sind die Leute.
Man hat an einem Papst genug.
Du bist der zweite.
Das eben kann man nicht vertragen.
Hör zu, ich will dir mal was sagen:
Wer schweigt, ist klug.*

*Der Narr verstummte, als ob er überlege.
Der gute Freund ging leise seiner Wege.*

*Und schau, nach vierzehn Tagen grade
Da traf er ihn schon auf der Promenade.*

*Ei, rief der Freund, wo kommst du her?
Bist du denn jetzt der Papst nicht mehr?*

*Freund, sprach der Narr und lächelt schlau,
Du scheinst zur Neugier sehr geneigt.
Das, was wir sind, weiß ich genau.
Wir haben alle unsern Sparren,
Doch sagen tun es nur die Narren.
Der Weise schweigt.*

Wilhelm Busch

Mit freundlichen Grüßen
Ihr
Ingo Engelmann

Le Trou

10 Jahre NAPP im „Le Plat du Jour“ (von unserem Sonderkorrespondenten ie)

1996 - 2006: Die NAPP ist zehn Jahre alt geworden. Wir alle sind zehn Jahre älter geworden. Mit zehn Jahren steht man bei uns (bzw. stehen die Eltern) vor der Entscheidung: Hauptschule, Realschule oder Gymnasium? Die NAPP hat sich für die Gesamtschule entschieden. Integrierte Versorgung, Durchmischung, voneinander profitieren, sich gegenseitig anfeuern. Und dann geht es daran, den neuen Abschnitt zu beginnen: die Einschulung, ein Ritual

Es gehört zur psychodynamischen Psychiatrie, die zeitliche Struktur und den Prozesscharakter aller Lebensprozesse ernst zu nehmen. Dazu braucht es Rituale, und so ergab sich die Notwendigkeit, den zehnten Geburtstag gebührend zu begehen. Alle Mitglieder der NAPP, die von der Gründung bis heute dabei waren und sind, wurden zu einem festlichen Abend eingeladen. Sechzehn Mitglieder und „Funktionäre“ trafen sich in Hamburg im „Plat du Jour“, einem Bistro mit Flair und hervorragender Küche, nicht fein, sondern gut. Hier passt die NAPP hin: bodenständig, global, mit Stil. Das Event wird im Detail noch protokolliert werden. Hier aber zunächst ein Blick zurück auf die Geschichte der NAPP.

Giacomettis Arm

Es begann in Bremen. 1994 konzipierte Rudolf Heltzel zusammen mit Helmut Haselbeck, Chef der Psychotherapie im Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, eine Tagung zum Thema Psychotherapie und Psychiatrie. Referenten waren u.a. Herr Lempa und Herr Machleidt – und eben Rudolf Heltzel.

Das Tagungsprogramm zierte ein Ausschnitt einer Skulptur von Alberto Giacometti. Es war

ein ausgestreckter Arm – eine Hand, gereicht zum Bunde (also ein Beziehungssymbol)? Oder eine helfende Hand? Keiner konnte es genau sagen, die Unschärfe der Bedeutung schien aber für das Thema angemessen.



So oder so ähnlich hat alles angefangen:
„Man pointing“ von Alberto Giacometti

Hoffentlich musste keiner an dem ausgestreckten Arm verhungern. Lieber arm dran als Arm ab. Die Assoziationen lappten schnell ins Kalauernde.

Das Thema war aber ganz ernst, und es war ganz aktuell. Es hatte auch Mitarbeiter der Bergedorfer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie angezogen, und so kam es zu den ersten Kontakten zwischen Bergedorf und Bremen, zu denen bald Kollegen aus Lüneburg hinzu stießen. Eine Folgetagung zu der Bremer Veranstaltung fand Anfang 1996 in der Charité in Berlin statt: die Vorträge wurden in dem Hörsaal gehalten, in dem schon Professor Sauerbruch doziert hatte. Referenten auf dieser zweiten psychodynamisch-psychiatrischen Tagung waren neben Herrn Finzen oder Herrn Fürstenau auch Rudolf Heltzel (Supervision in der Psychiatrie) sowie Susanne Metzner und Ingo Engelmann (mit einem gemeinsamen Musiktherapie-Vortrag aus der Psychiatrie). Auf der Tagung konnte dem staunenden Publikum mitgeteilt werden: die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit am Konzept psychodynamischer Psychiatrie

wird demnächst zur Gründung eines Vereins führen, der „Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische Psychiatrie“.

Drei Dutzend Eltern

Im Februar 1996 war es dann so weit. 36 Gründungsmitglieder aus dem ganzen Norden von Lübeck bis Bremen, Lüneburg bis Bergedorf schlossen sich zur NAPP zusammen.



Familie (Beispiel)

Der anthroposophisch beeinflusste Kunsttherapeut W. Krahl aus Fischerhude entwarf das Logo mit den drei blauen Baken (und bis heute hält das Rätselraten an: was ist das eigentlich?). Die ersten Fachausschüsse wurden gegründet und arbeiteten intensiv (oder auch gar nicht, einer verschwand nach einem Jahr von der Bildfläche, ohne dass es eine einzige Sitzung gegeben hätte). Die erste Tagung wurde vorbereitet („Psychodynamik im psychiatrischen Alltag“, 1996 in Lüneburg) und erlebte die einzige öffentliche Großgruppensupervision im Festsaal des LKH mit fast 150 Teilnehmern (einige hatten die Teilnahme allerdings dezidiert abgelehnt).

Chronik der Ereignisse

Weitere Tagungen folgten:

- 1997 eine Supervisionstagung in Bremen (mit renommierten Referenten wie Rave-Schwank, Weigand, Wellendorf) mit Improvisationskultur (die Gruppe „Tonfall“ um Susanne Metzner).
- Die zweite Arbeitstagung in Lüneburg („Zwei sind keine Gruppe“ mit dem enttäuschenden Karl König) war die bisher größte der NAPP.
- Im Sommer 1998 trafen Mitglieder und Vorstand sich in Bad Zwischenahn zur Profilierung des Psychodynamik-Begriffs (und

insbesondere „die Pflege“ wurde von der örtlichen Spielbank gelockt).

- 1998 gab es dann in Lüneburg „Beziehung und Beziehungsarbeit“ mit Gaetano Benedetti als Hauptreferent.

- 1999 die erste interne Tagung zu D.W. Winnicott mit Thomas Aucter in Timmendorf.

- Im Jahr 2000 die erste Co-Produktion in Hannover, zusammen mit der DGSP, der Münchner Weiterbildung Psychosentherapie und dem Frankfurter Psychoseprojekt: „Psychoanalyse und Sozialpsychiatrie“.

- Außerdem 2000 die vierte Lüneburger Arbeitstagung mit U. Rauchfleisch und M. Teising als Hauptreferenten.

- 2001 war auf der internen Arbeitstagung dann S. Ferenczy dran, über den Matthias Hirsch berichtete.

- 2002 wurde dann in Lüneburg behauptet, „Therapeuten sind auch nur Menschen“ – und Jürgen Ott, Thomas Leithäuser und Rudolf Heltzel begründeten das vortragsmäßig in nachvollziehbarer Weise.

In diesem Jahr 2002 gab es einen ersten Einschnitt in der noch jungen Kontinuität der NAPP: der Gründungsvorsitzende und spiritus rector des Vereins, Rudolf Heltzel, gab sein Amt weiter an Wolfgang Trautvetter. Auf der Mitgliederversammlung vor der Arbeitstagung im schönen Nebenraum-Ambiente des Lüneburger Festsaales wurde der offizielle Dank an Rudolf ausgesprochen und ein Bäumchen übergeben (lebt das eigentlich noch, Rudolf?!).

2003 gab es in Frankfurt eine zweite gemeinsame Tagung mit den Kollegen aus Frankfurt und München, diesmal unter dem Titel „In verrückten Zeiten“ (ein Titel, der analog zu Chaplins Film „Modern Times“ hätte lauten sollen „Verrückte Zeiten“, wie wir von der NAPP fanden, aber so harsch wollten es denn doch andere nicht haben). Zwei der beeindruckenden Referenten waren Yrjö Alanen und G.J. Bruns (der auch schon auf der Berliner Tagung 1996 einen ebenfalls beeindruckenden Workshop geleitet hatte).

- Ebenfalls 2003 die dritte interne Tagung, zum letzten Mal im Timmendorfer Hotel „Seeschlösschen“ (gibt es einen irreführenderen Namen für einen elfstöckigen Schuhkarton?), Thema: Melanie Klein mit dem Referenten-Ehepaar Skogstad aus London.

- In diesem Jahr begann die Arbeit der Geschäftsstelle, Frau Kirchhoff-Walther kümmert sich um Büro und Information.

- 2004 war das Jahr einer ersten kleinen Vortragsveranstaltung in der Buchholzer Tagesklinik (Referent: I. Engelmann über Fremdheit und Kultur) und das Jahr der

sechsten Arbeitstagung in Lüneburg, wo es um Dissoziation ging: Herr Emrich zeigte Ausschnitte aus Kino-Filmen, Herr Streeck wollte ein Mother-Watcher-Video zeigen, was aber nicht ging, und Herr Hirsch zeigte gar nichts, aber man lernte am meisten.

- 2005 zog die interne Tagung an den Dieksee in Malente um, wo Sally Willis aus London über S.H. Foulkes und die Gruppenanalyse referierte, in bewährter Kooperation mit dem deutsch-englischen Großgruppenanalytiker Gerd Wilke.

Fehlt noch was? Die ungezählten Treffen der Fachgruppen sind wichtig, darunter der beständigste: der Ausschuss für ambulante (Psychosen)Psychotherapie, für den Hans Schulze-Jena steht. Der Tagungsvorbereitungsausschuss mit den Lüneburger Organisationsgenies Sebastian Stierl und Günter Lurz sowie mit dem Ehepaar Hwa Chun-Juelich und Dierk Juelich. Die Fachausschüsse Musiktherapie, Ergotherapie, Pflege, last but not least Gruppentherapie mit der erfolgreichen Weiterbildungsgruppe in Bremen (M. Bartel-Rösing, H.J. Marter, W. Reinhard). Seit kurzem auch der Fachausschuss ambulante (komplementäre?) Psychiatrie. Der Erweiterte Vorstand traf sich mit ungefähr zwölf Teilnehmern lange in Buchholz, in den letzten Jahren in Hamburg in der Praxis des Vorsitzenden. Fehlt noch was? Das von Ingo Engelmann herausgegebene NAPPO erschien mit seiner ersten Nummer Anfang 1997: auf sechs Seiten stellten sich die Fachausschüsse vor. In der Nummer 3 gab es dann den legendären Artikel „Was ist psychodynamische Psychiatrie?“ von Rudolf Heltzel. Seit Ausgabe 5 gibt es eine Heft-Überschrift: „Halt“ etwa, oder „(ver-, be-, drauflos-, ein-, aus-) handeln“, „Evidenz und Stirnfransen“ oder auch „Das wilde Heer und die Großgruppe“. Jede Ausgabe umfasst zwischen 20 und 30 Seiten.

Zehn Jahre später: Spaß an der Geschichte

Soweit zur Geschichte. Die Zukunft gibt es noch nicht, nur das Gegenwärtige der Zukunft (Augustinus), und so steht es für die Zukunft der NAPP, wie die Gegenwart des zehnjährigen Bestehens begangen wurde. Der Geschäftsführende Vorstand (fast vollständig: Wolfgang Trautvetter, Marita Bartel-Rösing, Günter Lurz, Reinhard Sefke) und seine Erweiterung (Hans Schulze-Jena, Gitta Strehlow, Sebastian Stierl, Tarek Dinsad) traf sich mit den Vertretern der Basis, die von Anfang an dabei waren (Petra Obenauf, Matthias Ewald, Theo Piegler, Irmgard Trautvetter) und ehemaligen Amtsinhabern der

ersten Stunde (Rudolf Heltzel, Ingo Engelmann) und mit der Zukunft (Angela Schürmann).

In dem französischen Bistro-Restaurant *Plat du Jour* hatte der Vorstand schon zweimal gegessen. Der Raum im Souterrain mit den für französische Bistros typischen roten Lederbänken, mit den weißen Papiertischdecken und den Schwarz-Weiß-Fotos an der Wand war uns also schon vertraut, und wie schon Wolfgang Siebeck vom *Plat Du Jour* berichtet: „Es ist eng, gemütlich, immer voll und laut...“ Und ob Linsensalat, Kaninchen in Senfsauce oder die obligate abschließende Crème brulée – wenn die Zukunft der NAPP so aussieht, wie es in diesem Bistro schmeckt, können die biologischen Psychiater einpacken. Der Wein war rot und gut, und die wenigsten mussten noch Auto fahren. „Wir wussten, dass wir Geschichte schreiben,“ erinnerte sich Hans Schulze-Jena an die Stimmung bei der Gründung der NAPP, und so war denn auch ein wohliges Gefühl auf der Haut, wenn die Gedanken zurückzogen in diese frühen Tage. Da war das Staunen der Lüneburger gewesen, als Reinhard Sefke von lebendigen Krankenpflegern erzählte, die mit zum Psychosentherapie-Seminar in München führen („Dass es so was gibt!“). Und überhaupt: wie kommen denn Lüneburger über die Elbe? Das hatte es doch früher auch nicht gegeben! Obwohl, die Elbfähre bei Zollenspieker fährt ja schon sehr lange... Als die NAPP i.G. (in Gründung) ein drittes Vorbereitungstreffen im AK Ochsenzoll durchführen wollte, wurde das zunächst als „berufspolitische Veranstaltung“ verboten, ehe der aus dem Urlaub zurückgekehrte Ärztliche Direktor Herr Böhme das Verbot kassierte. Und der frühere und der jetzige Vorsitzende kennen sich seit 1983, als sie zusammen in der analytischen Ausbildung saßen. Und...

Nach uns kommt auch noch was

Nach dieser Vergangenheitsüberwältigung kamen wir zur Gegenwart, wo die NAPP nach wie vor jemanden sucht, der mit ausreichender Beziehungsfähigkeit im Herzen (d.h. man sollte schon die richtigen Beziehungen haben) und einem internalisierten verbindlichen Lächeln auf dem Gesicht das Verhältnis der NAPP zum Vereinsregister und anderen gerichtlichen Erfordernissen regelt. Bewerbungen an den Vorstand.

Und es ging über zu dem, was uns schon heute von der Zukunft verfügbar ist: Pläne, Vorhaben, Erwartungen. Nach sechs

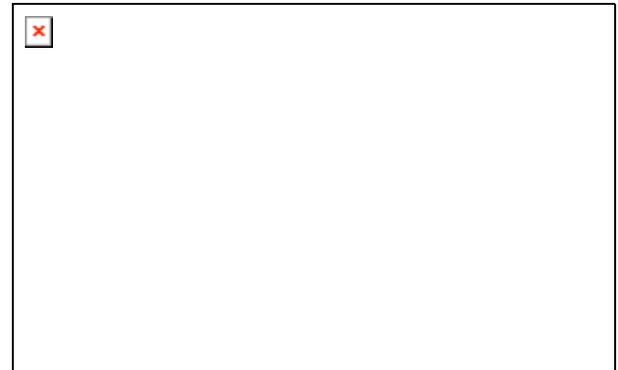
Tagungen in Lüneburg wird in diesem Herbst erstmals ein anderes Krankenhaus die Arbeitstagung ausrichten. Angela Schürmann als Ärztliche Direktorin der psychiatrium-Gruppe Neustadt in Schleswig-Holstein lädt ein an die Ostsee. Sie wies darauf hin, dass in Neustadt (so weiß es der Volksmund) alles hundert Jahre später eintritt. Das hatte schon Bismarck über Mecklenburg gewusst, weshalb er bei Anberaumen des Weltunterganges dorthin ziehen wollte, um noch in Ruhe die Dinge ordnen zu können. Nun also Neustadt, und die NAPP kommt schon zehn Jahre nach ihrer Gründung dort an, das ist ein atemberaubendes Tempo (für diese Gegend). Vielleicht hängt das mit der Privatisierung zusammen (die psychiatrium-Gruppe ist eine gGmbH), die neue Abläufe und ungeahnte Prozessbeschleunigungen mit sich bringt (wenn sich die Langzeitbehandlungen im gleichen Tempo beschleunigen, wird allen Beteiligten ganz schlecht, fürchte ich).

Wie auch immer: der Schritt nach Neustadt bringt Veränderungen mit sich, die neugierig machen. Wie wird die Psychiatrie-Landschaft nach der Privatisierungswelle aussehen, welche Auswirkungen hat das auf Behandlungskonzepte und auf die psychodynamischen Ansätze? Die Geschichte geht weiter, auch wenn es oft so aussieht, als wenn psychodynamische Konzepte weniger Zukunft haben als stromlinienförmige, lösungsorientierte Turbo-Strategien.

Darauf haben wir dann noch einen Calvados getrunken. In Nordfrankreich weiß man: ein Calvados in der Mitte der Mahlzeit schafft Platz für den weiteren Fortgang des kulinarischen Geschehens, man nennt das dort „le trou normand“, das normannische Loch. Und auch wenn wir von der NAPP jetzt schon fertig waren mit dem Essen, es war ja doch irgendwie mittendrin: in der Mitte zwischen zehn Jahren Geschichte (hinter uns) und dem weiteren Geschick der NAPP (vor uns), auf die Zukunft haben wir getrunken - oder hatten wir vergessen, das ausdrücklich zu erwähnen?. Na ja, sicherheitshalber wurde dann eben noch ein Calvados getrunken. Auf die Psychodynamique, und das reimt sich auf barrique, in diesen kleinen Fässchen wird auch der Calvados gelagert...

Wie wir hier zusammen sitzen und was für eine Atmosphäre das ist, das musst du schreiben, sagte Günter Lurz immer wieder, das ist wichtig. Wie wir nach zehn Jahren zusammen feiern, drei Kollegen der Pflege und eine Musiktherapeutin, vier Analytiker aus eigener Praxis und zwei Psychologen aus der Klinik, vier Leitende ÄrztInnen, eine Geschäfts-

stellenmitarbeiterin und eine Assistenzärztin. Das ist wichtig. Nur irgendwie wurden meine Aufzeichnungen in diesem Stadium uneindeutiger. Aber es wurde noch ein sehr schöner Abend.



Geschichte (Beispiel): Branville in Calvados

➤ Tugend

*Ach, ich fühl es! Keine Tugend
Ist so recht nach meinem Sinn;
Stets befind ich mich am wohlsten,
Wenn ich damit fertig bin.*

*Dahingegen so ein Laster,
Ja, das macht mir viel Pläsier;
Und ich hab die hübschen Sachen
Lieber vor als hinter mir.*

Wilhelm Busch

Die Psychotherapie der Schizophrenie

- ein Überblick von Anfang des
letzten Jahrhunderts bis heute –

von Theo Piegler

Einleitung

Die psychoanalytisch fundierte Psychosenpsychotherapie hat eine annähernd 100-jährige Tradition. Gleichwohl ist sie im Laufe der Zeit aus den Behandlungsleitlinien der internationalen medizinischen Fachgesellschaften herausgefallen, die sich ganz der Evidenzbasierung verschrieben haben, dabei aber in der Cochrane Library nur das finden, was dort an überzeugenden Ergebnisstudien eingebracht wird. Eine psychoanalytisch fundierte Forschung in diesem Bereich gibt es aber kaum. In Deutschland war die Psychoanalyse aus historischen Gründen im universitären Bereich – dem Träger unabhängiger Forschung - nie sonderlich vertreten und spielt dort in der Psychiatrie jetzt überhaupt keine Rolle mehr. Demgegenüber sind die verschiedenen Formen der Verhaltenstherapie in den Psychologischen Instituten der deutschen Universitäten sehr gut vertreten. Auch das hat historische Gründe. Nach Berndt (2004, S. 26 f.) wurzelt das Erstarken der Verhaltenstherapie und ihre Konkurrenz zur Psychoanalyse in ihrer Geschichte in den USA, wo die seit 1906 höchst erfolgreich praktizierte Psychoanalyse ein ärztliches Monopol darstellte, wodurch Psychologen zur Verhaltenstherapie als psychotherapeutischer Alternative getrieben wurden. Der deutsche Emigrant H. J. Eysenck, der zunächst in den USA und dann in England lebte, „plante die Verhaltenstherapie konsequent als „Gegenmodell“ zur Psychoanalyse und zu allen psychodynamisch orientierten Psychotherapien“ (Schorr, 1984; S. 189). Die Verhaltenstherapie kam ebenso als angloamerikanischer – teilweise Re- - Import zu uns wie auch die Psychoanalyse. In der

Verankerung der Verhaltenstherapie im universitären Bereich und der Aufgeschlossenheit der Psychologen statistisch gesichertem wissenschaftlichem Arbeiten gegenüber – dies steht im deutlichen Kontrast zum traditionellen Verhalten der Psychoanalytiker – wurzelt die Fülle an lerntheoretisch begründeten statistisch gut abgesicherten Outcome-Studien in der Cochrane Library. Vergleichbares gibt es aus dem psychoanalytischen Lager nicht ansatzweise. Dies bedeutet aber nicht – und hier liegt der Grund eines großen Missverständnisses – dass psychoanalytisch fundierte Psychosenpsychotherapie nicht einen sehr sinnvollen und einzigartigen Beitrag zur psychotherapeutischen Behandlung Schizophrener leistet. Im ersten Teil des Beitrages wird deshalb versucht, für die Thematik zu sensibilisieren. Im zweiten Teil wird dann ein Überblick über die Entwicklung der analytisch fundierten Psychosenpsychotherapie gegeben.

Der „psychiatrische Zeitgeist“

Drei Schlaglichter sollen den aktuellen psychiatrischen Zeitgeist vor Augen führen:

1. In der "Psychiatrische(n) Praxis" ist im Juli dieses Jahres eine Aufsehen erregende Kasuistik publiziert worden (Niethammer, R. u. Breitmaier, J., 2005). Titel: "Selbstverbrennung als Versuch der Selbstrettung im Rahmen einer psychotischen Episode". Was war passiert? Eine asiatische Patientin hatte sich am Silvesterabend die Beine mit Kleidungsstücken umwickelt und diese angezündet. Sie konnte gerettet werden. Dann Beinamputation und Verlegung in die Psychiatrie. Dort gab sie als Grund ihrer Tat an, sie habe sich retten wollen. Sie hätte gedacht, dass die Welt explodiert. Mit dem „sich wie eine Rakete anzünden“, wollte sie sich auf die Venus retten. Sie hätte "eine Art UFO" gesehen, in dem ihre längst verstorbenen Eltern saßen. Sie hätte geglaubt, ihre Eltern lebten bereits auf der Venus und wollten sie jetzt abholen. Zudem hörte sie Stimmen, die sie in ihrem Vorhaben bestärkten. Die Patientin hat 4 Geschwister. Nur ein Bruder war nie psychotisch. Der Vater wurde von einem Bruder im psychotischen Zustand erschossen. Die ebenfalls psychotische Mutter ist eines natürlichen Todes gestorben. Nach der Tat der Patientin hat sich deren Schwester erhängt. Die Behandlung der Patientin bestand, so schreiben die Autoren, in der langfristigen Verordnung von 200 mg Clozapin. Das ist

alles. Der Versuch der Autoren, hinter das Geheimnis dieser Inszenierung zu kommen, ist offenkundig und durchzieht ihre ganze Arbeit. Doch sie werden nicht fündig, denn sie suchen am falschen Ort - nämlich jenem, der heute gängigen biologischen Psychiatrie. Diese verfügt aber nicht über das Handwerkszeug, das zur Aufklärung dieses Falles notwendig ist! Dieses stellt *nur* die Psychoanalyse zur Verfügung!¹

2. Schlaglicht: Im September dieses Jahres wurden im New England Journal of Medicine die Ergebnisse der CATIE-Studie publiziert (Lieberman et al., 2005). Die Abkürzung steht für „Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness“. Die 40 Millionen Dollar teure Mega-Studie wurde 1999 vom amerikanischen National Institut for Mental Health initiiert und sollte die Frage klären, inwieweit die neuen atypischen Neuroleptika einen wirklichen Fortschritt in der Behandlung der Schizophrenie darstellen. Die gigantische Untersuchung lief an 57 Zentren mit 1400 Patienten über 18 Monate. Das in unserem Kontext Wesentliche ist, dass es sowohl bei den mit Typica Behandelten als auch den mit Atypica behandelten Psychotikern eine erschreckend hohe Abbruchrate gab. Drei Viertel aller Patienten brachen die Therapie vorzeitig ab! Alles spricht dafür, dass dieses niederschmetternde Ergebnis nicht allein den Nebenwirkungen zeitgenössischer Psychopharmakotherapie zuzuschreiben ist, sondern vielmehr psychodynamische Faktoren in der Arzt-Patient-Beziehung hier eine wichtige Rolle spielen. Für die Schizophrenie gilt nun eben einmal, was der Frankfurter Psychiater und Psychoanalytiker Mentzos auf folgenden Punkt gebracht hat: Diesen Menschen ist es in ihrer Entwicklung nicht gelungen, mit der in jedem Menschen angelegten Bipolarität von selbst-bezogenen versus objektbezogenen Tendenzen umzugehen (Mentzos, 1992). Sie erleben vielmehr beide Pole als so bedrohlich, dass der Schweizer Psychoanalytiker Benedetti das mit „Todeslandschaften der Seele“ verglichen hat (Benedetti, 1991). Daß sich dieses „Dilemma“ auch in der Arzt-Patient-Beziehung und im Verhalten verordneten Medikamenten gegenüber widerspiegelt, ist klar. Sehr schnell können Medikamente den Charakter von etwas Schädlichem und Vergiftendem gewinnen und damit zur Non-Compliance führen. Deshalb mache ich die Prognose, dass – selbst wenn eines Tages die Nebenwirkungen von Antipsychotika nur noch auf Placebo-Niveau liegen sollten – es bei

Beibehaltung des heute üblichen therapeutischen Vorgehens trotzdem bei der beschriebenen miserablen Compliance bleiben wird!

3. Schlaglicht: Obwohl dem so ist, findet sich auch in den neuesten Leitlinien zur Schizophreniebehandlung der DGPPN² kein Hinweis mehr auf die Notwendigkeit von psychodynamisch fundierter Psychosenpsychotherapie. Die DGPPN sitzt damit der von Wampold 2001 beschriebenen Gefahr auf, Psychiatrie einem „medizinischen Modell“ - mit allen Konsequenzen bis hin zur Behandlungsleitlinienentwicklung unterzuordnen. Gerade das ist völlig unangemessen und führt zu entsprechend unbefriedigenden Ergebnissen in einem Fach, in welchem Zwischenmenschliches, Beziehung und Soziales eine so zentrale Rolle spielen! Also das „kontextuelle Modell“ (Wampold, 2001)!

Ich hoffe, dass ich mit diesen Schlaglichtern hinreichend für die Bedeutung einer – *auch* - psychodynamischen Sicht in der Psychiatrie sensibilisieren konnte und komme nun zur Psychosenpsychotherapie im engeren Sinne und ihrer Geschichte³.

Entwicklung der analytischen Psychosenpsychotherapie

Anfang des letzten Jahrhunderts hat sich Sigmund Freud gegenüber den Möglichkeiten der Psychoanalyse zur Beeinflussung der Psychosen skeptisch geäußert (Freud, 1917). Gleichwohl gab es im deutschsprachigen Raum eine Reihe von Klinikern, die sein Gedankengut interessiert aufnahmen und es praktisch umzusetzen versuchten. Hier sind Ludwig Binswanger (1957), aber auch Eugen Bleuler (1911) und C. G. Jung (1960 a und b) zu nennen. In den 1920-er Jahren entstand unter der Leitung von Ernst Simmel in Berlin-Tegel sogar eine psychoanalytische Klinik, die sich auch an die Psychosenbehandlung heranwagte (Simmel, 1929). Weitere Pioniere auf dem Gebiet der Psychosenpsychotherapie waren Otto Fenichel (1967), Paul Federn (1943) und Paul Schilder. Letzterer publizierte 1925 sogar einen „Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage“. Zu Beginn der 30-er Jahre hat das Nazi-Regime dem zarten Pflänzchen der Psychosenpsychotherapie in seinem Hegemonialbereich den Garaus gemacht. Und nicht nur diesem –

¹ Psychoanalytische Überlegungen zu diesem Fall in einer Publikation von Piegler T. (2005).

² Behandlungsleitlinie „Schizophrenie“ der DGPPN vom 28.09.2005

³ Vgl. Stone (1999), Happach u. Piegler (2000), Lempa (2001), Bachmann (2003) und Silver (2003)

denen, die davon profitieren sollten, auch! Die deutsche Psychiatrie trägt noch heute an dem verhängnisvollen Erbe.

Im Gegensatz zu Deutschland wurden S. Freuds Schriften in den USA von Anfang an von der Psychiatrie begeistert rezipiert und psychoanalytisches Wissen in psychiatrisches Denken und Handeln integriert. Zwischen 1925 und 1970 beherrschte die Psychoanalyse dort geradezu die Psychiatrie.⁴

Der Boom der Psychoanalyse in den USA hat die Psychiatrie vieler anderer Länder beeinflusst. Zentren der Psychosepsychotherapie waren die Menninger-Klinik in Topeka (Kansas) und Chestnut Lodge (nahe Washington). Letztere wurde zum Mekka junger Psychiater. Wer selbst nicht dorthin konnte, rezipierte doch die psychoanalytischen Schriften von Frieda Fromm-Reichmann (1950), Harold Searles (1972 u. 1979) oder Harry Stack Sullivan (1962). Das Buch einer Patientin, die von der dortigen Behandlung sehr profitiert hatte, erschien 1964 und ist bis heute ein Kult-Buch bzw. –Film: „I never promised you a rose garden“ (Greenberg alias Green, 1978).

Aber noch einmal zurück zum Anfang: In den ersten Jahrzehnten nach Entwicklung der Psychoanalyse gab es als Therapeuten – pointiert ausgedrückt – „harte Väter“ und „weiche Mütter“. Erstere versuchten nach klassisch psychoanalytischer Manier deutend zu arbeiten. Melanie Klein (1952), Herbert Rosenfeld (1954) und andere Anhänger dieser Schule haben die Richtung weiter entwickelt. Das Konzept der projektiven Identifizierung geht auf sie zurück.

Die andere Gruppe versuchte den Patienten die Möglichkeit zu geben, ihre schwierige Kindheit durch einen zweiten Versuch in der Therapie mit Liebe und Verständnis auszugleichen. Bekannteste Vertreterin dieser Richtung ist die Schweizer Psychoanalytikerin Marguerite Sechehaye mit ihrer Therapie der „symbolischen Wunscherfüllung“ (1992). Äpfel ersetzen bei ihr die Mutterbrust. Die Selbstpsychologen haben diesen Pol weiter entwickelt.

Bald schon merkte man natürlich, dass das so nicht funktioniert. Einen Ausweg sah man in einer Kombination „mütterlicher“ und „väterlicher“ Techniken. Winnicott etwa beschrieb zwei wesentliche Etappen in der Therapie. Eine der Regression, die es dem

Patienten ermöglichen sollte, vor die Zeit seiner psychischen Katastrophe zurückzugehen. In dieser Phase sollte der Analytiker Deutungen sehr sparsam oder überhaupt nicht verwenden. In der sich anschließenden Phase sollte die Frustration bearbeitet werden, die der Patient erleiden würde, wenn er sich wieder der Realität gegenüber sähe (Winnicott, 1965).

Searles lieferte Ende der 1960er Jahre weitere wichtige neue Gesichtspunkte. Er beschrieb das Verhalten des Schizophrenen als Versuch, seinen Analytiker verrückt zu machen, was er auf analoge Beziehungen in der Geschichte des Patienten bezog (Searles, 1969). Man könnte im Nachhinein sagen, Searles war damit ganz nahe an der Erkenntnis, dass es in der Behandlung der Schizophrenie um die Überwindung des Gegenübertragungswiderstandes des Analytikers geht. Dieser fühlt sich in der Therapie des Schizophrenen in seiner Identität bedroht. Anfang der 1990-er Jahre zeigte Benedetti, wie das Mitteilen der Einfälle des Analytikers im Sinne von therapeutischen Gegenvorstellungen Brücken zwischen den inkompatiblen Realitäten von Patient und Therapeut bauen kann. Aus den Beiträgen beider, des Patienten und des Therapeuten, erwächst die Kraft weiterer Entwicklung. Der italienische Psychoanalytiker Maurizio Peccia hat Benedettis Technik im Sinne einer bestimmten Form von Kunsttherapie weiter entwickelt (Benedetti u. Peccia, 1999).

Mit Benedetti war eine Position des Analytikers erreicht, die es möglich machte, dem therapeutischen Dilemma des Gerangels um Realitätsauffassungen zu entkommen. Sehr gut wurde dies in neuerer Zeit auch von Stolorow et al. (1996) dargestellt, die, ausgehend von der Selbstpsychologie, eine Behandlungstechnik vorschlugen, die von vornherein davon ausgeht, dass sich innerhalb des analytischen Dialogs zwei interagierende subjektive Wirklichkeiten gegenüberstehen. Nach den Autoren kommt es in der Behandlung darauf an, die Falle der seelischen Bemächtigung zu vermeiden. Die psychotischen Symptome werden als verzweifelter Versuch angesehen, den Glauben an die Verlässlichkeit der subjektiven Wirklichkeit aufrechtzuerhalten. Sie stellen den Versuch dar, durch Konkretisierung die subjektive Wirklichkeit zu festigen. Dementsprechend besteht das optimale therapeutische Vorgehen darin, sich von der konkreten, wörtlichen Bedeutung der Wahnbildungen nicht blenden zu lassen, sondern deren reale Grundlage dem Patienten zu bestätigen und anzuerkennen.

⁴ Vgl. Piegler (2005 und 2006)

Der Therapeut errichtet ein archaisches intersubjektives System, das dem Patienten hilft, den Wahrheitskern seiner Vorstellungen zu sehen. Er verbündet sich mit der dem Wahn zugrunde liegenden gesunden Intuition. Ein Beispiel der Autoren ist ein Patient, der sich verfolgt fühlte und dessen Symptome sich besserten, nachdem der Analytiker die Wahrnehmung der sexuellen Aufdringlichkeit einer Frau⁵, die den Wahn auslöste, als gültig bestätigte.

Es ist wohl kein Zufall, dass in Deutschland ein Grieche zum Nestor der Psychosenpsychotherapie wurde, nämlich der bereits erwähnte Frankfurter Psychoanalytiker und Psychiater Stavros Mentzos (ab Ende der 1970-er Jahre)⁶.

Heute ist Psychosenpsychotherapie *ein* Baustein im Kontext einer alle biopsychosozialen Faktoren angemessen berücksichtigenden Behandlung. Aber eben ein ganz wichtiger! Sie bezieht die Erkenntnisse der unterschiedlichen psychoanalytischen Schulen ebenso ein wie die Ergebnisse von Neuropsychologie – Stichwort „prozedurales“ Gedächtnis -, Bindungsforschung und Säuglingsforschung. Ein gutes zeitgenössisches Beispiel ist die „Bedürfnis angepasste Behandlung“ des finnischen Psychoanalytikers Alanen (2001), die in Skandinavien in den letzten Jahren Schule gemacht hat.

Die Ergebnisse psychoanalytisch fundierter Psychosentherapie

Bezüglich der Erfolge psychodynamischer Psychosentherapie wird auf Alanen's Zusammenstellung (2001, S. 140-147), die umfassende Metaanalyse im englischsprachigen Raum von Gottdiener (2002), die Metaanalyse von Hegarty (1994) und die Arbeit von Silver (2003) verwiesen. Im deutschsprachigen Raum berichteten in diesem Jahr Kliniker des niedersächsischen Landeskrankenhauses Tiefenbrunn von den guten Erfolgen eines - im Einzelfall medikamentös augmentierten - psychodynamischen Vorgehens bei psychotischen Patienten (Leichsenring u. Dümpelmann, 2005) und bestätigten damit einmal mehr die

aus der Literatur geläufigen positiven Ergebnisse.

Renaissance der psychoanalytisch fundierten Psychosentherapie?

Die Geschichte der Psychosentherapie ist gekennzeichnet durch übertriebene Hoffnungen, die im Laufe der Zeit sehr unterschiedlichen Behandlungsmethoden galten. Zunehmend wird heute erkannt, dass auch die auf die Psychopharmakotherapie gesetzten Hoffnungen übertrieben waren und sich Schizophrenie nicht zu Wesen mit bestimmten, medikamentös beeinflussbaren Neurotransmitterdefekten oder mit bestimmten defizienten, aber durch Verhaltenstherapie trainierbaren Fähigkeiten reduzieren lassen. Wohl nicht zuletzt deshalb erlebt psychodynamische Psychiatrie heute in den USA eine Mini-Renaissance (Gabbard, 1992 u. Silver, 2003) und in Deutschland wächst die Zahl der Initiativen, die sich mit der Psychosenpsychotherapie beschäftigen. Traditionell gibt es überregionale Weiterbildungsveranstaltungen zu diesem Thema in dem Münchner Arbeitskreis um Schwarz und Lempa, in Frankfurt um Mentzos und seit diesem Jahr auch in Berlin in der Klinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie der Charité, Campus Mitte.

Zusammenfassung

Der heutige „psychiatrische Zeitgeist“ besteht in einer Überbewertung von Biologie und evidenzbasiertem Vorgehen, was in den einschlägigen Behandlungsleitlinien seinen Niederschlag findet. Dadurch droht der wichtige Beitrag der Psychoanalyse zur Behandlung Schizophrener verloren zu gehen. Die Entwicklungslinie der psychoanalytischen Psychosentherapie wird nachgezeichnet, wobei sie sich heute aus Elementen unterschiedlicher psychoanalytischer Richtungen speist und die intersubjektive Begegnung in den Mittelpunkt stellt. Dieses Vorgehen ist nachweislich hilfreich und scheint wieder vermehrt in seiner Bedeutung als *ein* Teil eines alle biopsychosozialen Faktoren angemessen berücksichtigenden Gesamttherapieplanes Beachtung und Berücksichtigung zu finden.

Literatur

Alanen, Y. (2001): Schizophrenie. Klett-Cotta, Stuttgart.

Bachmann, S. (2003): Psychological Treatments for Psychosis: History and Overview. The Journal of the

⁵ Das heute übliche therapeutische Vorgehen wird sehr gut von Rogan (2000) dargestellt.

⁶ Seit 1999 ist S. Mentzos Herausgeber der Schriftenreihe des Frankfurter Psychoseprojekts e.V. (FPP) unter dem Titel „Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie“. Bislang sind 13 Bände erschienen.

American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry. 31/1:155-76

Benedetti, G. (1991): Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen

Benedetti, G.; Peciccia, M. (1999): Rehabilitation von chronisch schizophrenen Patienten durch das positivierende therapeutische Spiegelbild. In: S. Mentzos (Hrsg.): Forum der Psychoanalytischen Psychosentherapie. Bd. 1. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Berndt, H. (2004): Entwicklung von Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland seit 1900. *alice wissenschaft*. 1/2004:4-37

Binswanger, L. (1957): Schizophrenie. Neske, Pfullingen

Bleuler, E. (1911): Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig u. Wien

Federn, P. (1943): Psychoanalysis of the psychoses. I: Errors and how to treat them, II: Transference. *Psychiatr. Q.*, 11:301-321

Fenichel, O. (1967): Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen. Psychoanalytische Spezielle Neurosenlehre. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt

Freud, S. (1916-1917): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *GW Bd 11*, S. 427-463

Fromm-Reichmann, F. (1950): Principles of Intensive Psychotherapy. The University of Chicago Press, Chicago

Gabbard, G. (1992): Psychodynamic psychiatry in the "decade of the brain", *American Journal of Psychiatry*. 149, pp. 991-998.

Green, Hannah (1978): Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen. Rowohlt TB, Reinbek

Happach, C.; Piegler, T. (2000): Zur Geschichte der psychoanalytischen Behandlung von Psychosen. *Psychotherapeut* 45:39-43

Jung, C. (1960 a): The Psychology of Dementia Praecox. Princeton University Press, Princeton. (Originalarbeit veröffentlicht 1907)

Jung, C. (1960 b): Schizophrenia. In: The Psychology of Dementia Praecox (S. 178-193). Princeton University Press, Princeton. (Das Kapitel wurde 1960 hinzugefügt)

Klein, M. (1952): Notes on some schizoid mechanisms. In: J. Riviere (Hrsg.): Developments in Psychoanalysis. Hogarth, London, S. 292-320

Leichsenring, F. et al. (2005): Ergebnisse stationärer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung von schizophrenen, schizoaffektiven und anderen psychotischen Störungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 51, pp. 23-37.

Lempa, G. (2001): Desymbolisierung, Versprachlichung – Modifikation der Behandlungstechnik auf Grund des schizophrenen Dilemmas. In: Schwarz, F. u. Maier, C. (2001): Psychotherapie der Psychosen. Thieme, Stuttgart. S. 110-117

Lieberman, J. et al. (2005): The effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*. 353:1209-1223

Mentzos, S. (1992): Psychose und Konflikt. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Niethammer, R. u. Breitmaier, J. (2005): Selbstverbrennung als Versuch der Selbstrettung im Rahmen einer psychotischen Episode. *Psychiatr Prax* 32:252-254

Piegler, T. (2005): Psychodynamic Psychiatry. *International Journal of Psychotherapy*. 9:27-37

Piegler, T. (2006): On the way to biopsychosocial psychiatry. In: Wolpert, E. et al. (Hrsg.): Images in Psychiatry. German speaking Countries, Austria – Germany – Switzerland. Universitätsverlag Winter, Heidelberg

Rogan, A. (2000): „Moving along“ in Psychotherapy with schizophrenia Patients. *J Psychother Pract Res*, 9/3:157-166

Rosenfeld, H. (1954): Zur psychoanalytischen Behandlung akuter und chronischer Schizophrenie. In: ders. (1989): Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände. Suhrkamp, Frankfurt a. M. . S. 135-148

Schilder, P. (1973): Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. Suhrkamp, Frankfurt a. M.

Schorr, A. (1984): Die Verhaltenstherapie – ihre Geschichte von den Anfängen bis zur Gegenwart. Beltz; Weinheim, Basel

Sechehaye, M. (1992): Eine Psychotherapie der Schizophrenen. Klett-Cotta, Stuttgart

Searles, H. (1969): Das Bestreben, die andere Person zum Wahnsinn zu treiben – ein Bestandteil der Ätiologie und Psychotherapie von Schizophrenie. Kindler, München

Searles, H. (1972): Intensive psychotherapy of schizophrenia: A case report. *Int. J. Psychoanal. Psychother.*, 1:30-51

Searles, H. (1979): Countertransference and Related Subjects. International Universities Press, New York.

Silver, A.-L. (2003): The Psychotherapy of Schizophrenia: Its Place in the Modern World. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31/2:325-41

Simmel, E. (1929): Psychoanalytic treatment in a sanatorium. *Int. J. Psychoanal.*, 10:70-89

Stolorow, R. et.al. (1996): Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. Fischer, Frankfurt a. M.

Stone, M. (1999): The History of the Psychoanalytic Treatment of Schizophrenia. *The journal of the American Academy of Psychoanalysis*. 27/4:583-601

Sullivan, H. (1962): Schizophrenia as a Human Process. W. W. Norton, New York.

Wampold B E (2001): The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah

Winnicott, D. (1965): The Maturation Processes and the Facilitating Environment. International Universities Press, New York

Verfasser: Dr. Theo Piegler

Klinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie, Bethesda-AK gGmbH, Bergedorf, Glindersweg 80, D-21029 Hamburg

Begleiten Begreifen Behandeln

oder

Suizidal in Salt Lake City

„**Interpersonal Reconstructive Therapy (IRT) bei therapieresistenten Persönlichkeitsstörungen**“
Bericht von einem Workshop mit
Prof. Lorna Smith-Benjamin
(University of Utah, Salt Lake City)

Lorna Smith-Benjamin ist eine amerikanische Lady, grauhaarig, hoch in den Sechzigern und topfit wirkend. Sie trägt einen Hosenanzug und ist damit feiner gekleidet als die circa hundert Zuhörer im Gemeindehaus in Düsseldorf, in dem sie zweieinhalb Tage lang über ihre Methode der zwischenmenschlich-rekonstruktiven Therapie berichten wird: da sitzen Ärzte, Oberärzte, Psychotherapeuten aus dem Ruhrgebiet, München und Hamburg-Bergedorf, viele Rollkragen, Wolle, Karohemden. Alle erwarten, ihren psychotherapeutischen oder psychiatrischen Alltag besser bewältigen zu können, wenn sie hier mehr über den Umgang mit den ganz schwierigen Menschen erfahren, und zwar jetzt gleich, Anfang März 2006.

Frau Smith-Benjamin richtet den Blick besonders auf das, was zwischen den Menschen passiert. Auf diesem Weg gewinnt sie einen Zugang zu der individuellen Geschichte, in deren Verlauf jemand seine Persönlichkeit und seine Lebensbewältigungsstrategien entwickelt hat, sie stellt sich „in seine Schuhe“, betrachtet die Welt aus seinem Blickwinkel. Bei Menschen, in deren Krisen herkömmliche Therapiemethoden versagen („non-responders“), schlägt sie eine gezielte Beschäftigung mit diesen früh verankerten Mustern vor. Ich skizziere zunächst einige *Grundannahmen* der IRT sowie die Hauptfelder der *Fallformulierung* und der *Behandlung*, um dann einige Aspekte der IRT aus Sicht der Norddeutschen Psychodynamik zu kommentieren.

Grundlage I

Bindungstheorie (BOWLBY): Zwischenmenschliche Beziehungen sind untrennbar verbunden mit Gedanken, Gefühlen und Handlungen sowie Motiven des Verhaltens, aus denen sich eine ständige Balance aus Streben nach Bindung und autonomer Differenzierung ergibt; Stabilisierung der Bindungserfahrungen durch Internalisierung des elterlichen Verhaltens mit Hilfe von Identifikation (ich bin wie du) oder Introjektion (ich behandle mich genauso, wie du mich behandelt hättest oder hast). Die Bindung ist starker biologischer Antrieb: Das Bedürfnis nach Nähe und Liebe ist organisch stärker als das nach Nahrung.

Grundlage II

CMP (Zyklisch maladaptives Muster) – STRUPP & BINDER: Wenn keine ausreichend gute Bindung im Elternhaus entstanden ist, also die Eltern nicht eine ausreichend gute Mischung von Zuwendung mit dem Ergebnis anbieten konnten, dass Selbstakzeptanz, Selbstliebe, Selbstschutz und Selbstförderung entstanden sind, ergibt sich aus den malignen Bindungsprozessen eine pathologische Entwicklung. Ein feindselig und kontrollierend behandeltes Kind internalisiert die vorgelebten Verhaltensweisen und verhält sich ebenso wie die Eltern, wird wiederum von anderen feindselig und kontrollierend behandelt (wie das früher die Eltern mit ihm auch taten) und hängt in der von den Eltern festgeschriebenen Rolle fest. Dieser Regelkreis verstärkt sich selber.

Grundlagen III

Die ABC-Regel (SMITH-BENJAMIN)

Alles Verhalten und Leben besteht aus den drei Bereichen Denken (Kognition, Wahrnehmung, Rationalität etc.), Fühlen (Emotion, Affekt), Handeln (Verhalten, wie man sich gibt). Aus den amerikanischen Begriffen „**affect, behavior, cognition**“ ergibt sich in der Zusammenschau dieser drei Bereiche die ABC-Regel: beachte immer, von welchen Gefühlen und Handlungen ein berichteter Gedanke begleitet wird! Welche Wahrnehmungen und Aktionen begleiten ein Gefühl? usw. Der Zusammenhang der drei Bereiche bewirkt, dass Änderung in einem Feld auch Änderung in den beiden anderen notwendig nach sich zieht.

Grundlagen IV

Der interpersonelle Ansatz geht davon aus, dass sich die psychischen Phänomene in den ABC-Bereichen zwischenmenschlich ausprägen und zeigen, also auch da zu ermitteln sind. Die Blickrichtung bewegt sich also nicht möglichst intensiv und tief in das

Subjekt hinein, sondern betrachtet detailliert die zwischenmenschlichen Um-gangsformen: Was ist da geschehen? Was haben die anderen gemacht, und wie haben Sie sich dabei gefühlt? Wie geht es Ihnen jetzt damit? usw. Die Symptome psychischer Erkrankungen sind wie Fieber oder Husten: Anzeichen der zugrunde liegenden Beziehungsstörungen (Bindungsstörungen).

Therapieziele

Therapieresistente

Persönlichkeitsstörungen:

Die üblichen Therapiepläne (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie, Medikation) erbringen bei ihnen keine nachhaltige Veränderung. Die Patienten verhalten sich nachhaltig entsprechend den internalisierten Bindungen an Personen der Vergangenheit (meistens Eltern): Vater und Mutter werden eines Tages doch noch liebevolle und unterstützende Eltern sein!

Therapieziel der IRT für diese Patienten:

Alte Erwartungen bzgl. internalisierter Bindungsfiguren müssen verabschiedet werden, dazu braucht es Selbstvertrauen (fördern!) und einen Trauerprozess (ermöglichen!). Danach gehen dann die üblichen Therapiewege weiter (TAU – „therapy as usual“).

Kopierprozesse:

Internalisierung „kopiert“ elterliche Strategien auf dreierlei Weise:

Identifikation (ich bin wie mein Vater/ meine Mutter – oder genau das Gegenteil)

Rekapitulation (Übertragung): ich verhalte mich, als sei mein Vater /meine Mutter allzeit präsent, und entspreche ihren Erwartungen (oder im Gegenteil)

Introjektion (ich behandle mich genauso, wie mein Vater / meine Mutter mich behandelt hat)

Geschenk der Liebe

Jede Internalisierung, jedes Verhalten innerhalb der Familie (oder anderswo) hat einen Sinn. Es geht immer darum, durch die Imitation oder Abgrenzung die Anerkennung des (ambivalent?) geliebten Elternobjekts zu erlangen – und in diesem Sinn basiert alles, was ich tue, auf dem Wunsch nach Nähe (oder Heimat). Alles ist also bezogen auf die Liebe, und jede (manchmal auch paradox wirkende) Handlung enthält eine Botschaft an die geliebten/gehassten Personen, die auf Sehnsucht und Wunsch nach Bindung basiert: eine Liebesbotschaft („gift of love“).

Fallformulierung

Die Fallformulierung ist wesentlicher Bestandteil der IRT: mit ihr wird eine genaue Analyse erstellt, unter welchen Problemen der Patient leidet, welche Schlüsselfiguren in der Gegenwart und Vergangenheit eine Rolle spielen (Ehepartner, Eltern, Chef, Kollegen...), welche verinnerlichten Beziehungsmuster den Problemen zugrunde liegen und welche Veränderungen angestrebt werden müssen.

Unter Berücksichtigung der ABC-Haltung werden die aktuellen Symptome beschrieben („erzählen von Geschichten“ ermöglichen). Wie ist der Input (was stresst)? Wie sieht die Reaktion darauf aus („response“): Gefühle, Gedanken, Handlungen? Welche Auswirkungen hat das auf das Selbstkonzept: was bin ich für ein Typ? Was kann ich gut, wo versage ich? Usw.

Von dort geht dann der Schritt zu den Schlüsselfiguren, die mit den unter der Oberfläche liegenden Problemen zu tun haben, und dort wieder die ABC-Frage. Die Fallformulierung wird beendet mit der Frage danach, welches Problem vordringlich ist (in den Augen des Patienten – „put yourself in his shoes!“), mit welcher Schlüsselfigur es sich verbindet und welche „Liebesgabe“ sich anbietet. Was versucht der Patient dieser Schlüsselfigur als Zeichen der Liebe anzubieten, was muss er aufgeben?

Behandlung

Wahl

Der Patient kann nur aufgeben, was er bereit ist zu betrauern. Er muss sich also entscheiden, eine Sehnsucht, Hoffnung, Erwartung aufzugeben. Dazu bedarf es seiner expliziten Entscheidung, ohne die IRT nicht durchführbar ist. Durch die Therapie wird dann die Fähigkeit zu Bewusstheit und Wahl erweitert.

Rot und grün

Das Selbst zerfällt in rote und grüne Anteile: die roten sind „Loyalisten“, vertreten also alle die Handlungen, Gedanken und Gefühle, die die Aufrechterhaltung des Status quo fördern. Die grünen Anteile sind die „Kollaborateure“, also die zu Neuerung und Wandel bereiten Haltungen. Therapie fördert die grünen Anteile, „löscht“ die roten.

Fünf Stufen:

Zusammenarbeit (wesentliche Leitlinie im Gespräch: Wertschätzung, Ernstnehmen, um Zusammenarbeit werben)

Lernen: woher kommen Verhaltensweisen, welchen Sinn haben sie? Dazu erzählt der Patient seine Geschichte und lernt, wie ihm zugehört wird und er verstehen kann, welche Erklärung dazu gegeben wird.

Verhindere CMPs! Welche neuen Ideen und Einfälle gibt es für andere Verhaltensantworten? Wie kann man es noch sehen? Welche Modelle gibt es noch?

Fördere deinen Willen zur Veränderung! Dazu bedarf es erhöhten Selbstvertrauens, und es bedarf eines Trauerprozesses: welche Hoffnungen trage ich zu Grabe? Welche Gefühle dürfen an die Stelle der alten Loyalitäten treten? Wie kann ich mich selbst schätzen und schützen?

Neue interaktionelle Muster lernen- Ziel: freundlicher und gelassener Umgang mit sich und anderen. Selbstmanagement strukturieren (z.B. mit Elementen kognitiver Verhaltenstherapie).

*

Diese Stichpunkte zu einigen zentralen Aspekten der IRT führen zu der Frage: was ist das Besondere, das Neue oder Eigene an dieser Therapie-Schule? Fachliche Gespräche in der NAPP dürften alle diese Elemente in mehr oder weniger ausgeprägter Form enthalten. IRT ist eine beziehungsorientierte psychodynamische Therapie, die sich auf die interaktionellen Aspekte psychischer Prozesse konzentriert, also Selbstanteile oder Kapitel wie Abwehr und Widerstand vernachlässigt. Hier wird also nicht alles betrachtet, sondern ein zentraler Ausschnitt. Aber in dem, was sie tut, tut sie es enorm beziehungs- und bindungsorientiert.

Ich hatte auf dem Workshop in Düsseldorf immer wieder das Gefühl, das Frau Smith-Benjamin Türen einrennt, die in den USA deutlich fester verschlossen sind als in Europa und die bei uns eher auch mal ziemlich offen stehen können. Ihre wiederholten Hinweise auf Unstimmigkeiten des DSM IV und seines in Vorbereitung befindlichen Nachfolgemodells Nummer V haben in den USA eine andere Tragweite als hier, wo DSM stärker in wissenschaftlichen als in praktisch therapeutischen Zusammenhängen eine Rolle spielt.

Das wirkt sich zwar auch bei uns aus, weil die Forschungsergebnisse aus den USA auch unsere Wirklichkeit verzerren (und diese Fernwirkung wird künftig weiter zunehmen). Zum Beispiel: im realen Leben gibt es passiv-aggressive Persönlichkeitsstörungen, die den betreffenden Patienten und uns Therapeuten erhebliche Probleme bereiten. Empirisch sind

sie aber so schlecht zu evaluieren, dass diese Störung aus dem DSM IV herausgefallen ist. Es gibt sie also „evidence based“ nicht mehr. Ich lach mich tot: ich könnte da Geschichten erzählen... passiv aggressive Konflikte sind im Klinikalltag allgegenwärtig und extrem lästig sowie therapeutisch wenig beeinflussbar. Nur weil sie für die Instrumente der Evidenz-Basierung unhandlich sind, verschwinden sie noch lange nicht vom Erdboden.

Frau Smith-Benjamin hat sich schon mit ihrem ersten großen Erfolg SASB (Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens)¹ um die Verbindung von psychodynamischen Aspekten und beobachtbarem Verhalten verdient gemacht. Mit der IRT hat sie den dahinter stehenden Gedanken therapeutisch nutzbar gemacht. Das ist gut.

Lorna Smith-Behnjamin arbeitet (das erkennt man an den Fallbeispielen, von denen sie viele aus ihrem unerschöpflichen Fundus zieht) mit schwer gestörten Menschen. Wir kennen das, ob wir im Psychiatrischen Krankenhaus oder im Betreuten Wohnen arbeiten, aus unserem Alltag. Aber ihr Begriff „therapieresistent“ ist für unsere deutsche Landschaft irreführend, weil alle unsere Klienten und Patienten in diesem Sinne resistent sind: resistent gegen 08/15-Lösungen, gegen formalisierte Wege, gegen medikamentöse Einbahnstraßen, gegen biologische Einengungen. Sie sind resistent gegen eine allzu orthodoxe Psychiatrie. Die NAPP ist angetreten, um für die Probleme dieses Personenkreises nach psychodynamisch-psychiatrischen Lösungen oder Hilfen zu suchen. Es reicht für uns also, wenn wir übersetzen: mit IRT behandelt man schwere Persönlichkeitsstörungen, mit denen wir alltäglich konfrontiert sind.

In Düsseldorf grenzte sich Smith-Benjamin hin und wieder ab gegen die psychoanalytischen Phantastereien, mit denen psychoanalytisch orientierte Therapeuten hinter der wahren Bedeutung von Inszenierungen und Träumen hinterher sind. Mehrfach machte sie sich darüber lustig, dass der von ihr verehrte „Addo“ (so ähnlich klang es, wenn sie von Otto Kernberg sprach, einmal verstand der Übersetzer „Adolf“ - wenn das keine Phantasien freisetzt...) bei dieser oder jener Erinnerung des Patienten wohl mächtig zu phantasieren anfangen würde. Das will sie nicht. Sie hält sich eng an die Beschreibungen

¹ zum freien Download ist das entsprechende Buch von W. Tress unter www.uni-duesseldorf.de/MedFak/psysoma/sasbbuch.htm verfügbar

des Patienten, steigt in „seine Schuhe“ und verbietet sich eigene Hypothesen weitgehend. Es ist doch so einfach, sagt sie: der Patient teilt mir doch alles mit, was für ihn wichtig ist. Damit begegnet sie einer Gefahr, der sich alle theoretisch fundiert denkenden und arbeitenden Therapeuten gegenüber sehen: Die Kategorien, zu denen in ihrem Denken menschliche Konflikte und Störungen sich gruppieren und strukturieren, finden sie in der Realität überproportional häufig wieder. So wirkt Theorie realitätsverzerrend, wenn sie nicht ausreichend reflektiert gehandhabt wird (und ich wette: nicht nur ich kenne diese Verzerrung aus dem klinischen Alltag). In welchem Arbeitsfeld ist nicht in der Zeit intensiver Beschäftigung mit Traumatisierung und Missbrauch der Anteil „traumatisierter“ Patienten rasant in die Höhe geschneilt? Der Zuwachs ging zum größten Teil darauf zurück, dass eine sorgfältigere Wahrnehmung der Signale gelernt wurde. Zum Teil war er aber auch darauf zurückzuführen, dass manche dazu neigten, bei jedem seelischen Schnupfen eine dahinter stehende Missbrauchserfahrung zu wähenen.

Smith-Benjamin entgeht dieser Gefahr auf eine patientenzentrierte Art und Weise, die sie selbst noch überzeugender lebt, als sie aus ihren Texten abzulesen ist. In Düsseldorf zeigte sie ausführlich Ausschnitte aus einem langen Erstinterview mit einem suizidalen Mann, Chef eines Restaurants in Salt Lake City. Sie saß während des ganzen Gesprächs mit einem Laptop auf dem Schoß und schrieb blind mit, was er auf ihre Fragen berichtete. Das wirkte skurril und ich war nicht sicher, ob ich mich auf dieses Vorgehen einlassen könnte. Aber Frau Smith-Benjamin stellte mit dieser Szene eine Balance aus Vertrauen und Abgrenzung her, die dem Patienten deutlich half, sich immer weiter auf seine Erinnerungen an eine Kindheit einzulassen. Seine Geschichte bewegte mich mit all der unglaublichen Brutalität und Gewalttätigkeit vor allem durch seine Eltern. Ich saß in einem Düsseldorfer Gemeindesaal, sah einen durch Übersetzungen und Erläuterungen häufig unterbrochenen Videomitschnitt eines Gesprächs, das in einem mir kaum verständlichen Amerikanisch geführt und per Beamer auf die Leinwand geworfen wurde. Mehr Distanz geht eigentlich kaum, und doch rührte mich das Geschehen in dem Erstgespräch an. Da war Power drin, so distanziert die Szene des Gesprächs selbst auch war. Der Patient war wirklich Herr des Gesprächs, er wurde nicht in innere Räume geführt, die er nicht selbst geöffnet hätte. Das war beeindruckend, und es lag an der überaus respektvollen Art von Lorna Smith-Benjamin. Diese Art war es,

die ich als bleibenden Eindruck mitnehme aus dem Workshop.

Lorna Smith-Benjamin hat versucht, ihre eigene Überzeugungskraft und ihre Person (ihr Leben?) in das theoretische Konzept einer Therapie-Form zu gießen. Diese Theorie ist nicht das wichtigste, sondern das wichtigste ist ihre Person und ihr Plädoyer für eine an der Realität des Patienten orientierte diagnostische und therapeutische Vorgehensweise, die sich sehr tiefend dem Ausschnitt seiner Bindungen an früheste Beziehungserfahrungen zuwendet. Als Therapeut bist Du mehr wie ein Gärtner, sagt sie, nicht wie ein Automechaniker. Man sieht, was Lorna Smith-Benjamin damit meint. Der suizidale Restaurantchef aus Salt Lake City blühte auf. Gut gegärtnert!

Literatur

Benjamin, L.S. (1993): Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. New York: The Guilford Press (21996)

Deutsch: Die interpersonale Diagnose und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. München: CIP Medien (2001)

Benjamin, L.S. (2003): Interpersonal Reconstructive Therapy: Promoting Change in Nonresponders. New York: The Guilford Press

Tress, W. e.a (1996): Das Modell des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (CMP/SASB). Psychotherapeut 41:215.224

Tress, W. e.a. (2003): Spezifische psychodynamische Kurzzeittherapie von Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeut 48:15-22

Tress, W. (Hrsg) (1993): SASB – Strukturalen Analyse sozialen Verhaltens. Asanger-Verlag (vergriffen, free download unter www.uni-duesseldorf.de/MedFak/psysoma/sasbbuch.htm)

(Ingo Engelmann)

➤ Neuropsychologie

*Als ich in Jugendtagen
Noch ohne Grübelei,
Da meint ich mit Behagen,
Mein Denken wäre frei.*

*Seitdem hab' ich die Stirne
Oft in die Hand gestützt
Und fand, dass im Gehirn
Ein harter Knoten sitzt.*

*Mein Stolz, der wurde kleiner.
Ich merkte mit Verdruss:
Es kann doch unsereiner
Nur denken, wie er muss.*

Wilhelm Busch

Bonner Erklärung

„Das Unbehagen in der (Psychotherapie-) Kultur“

Am 17. und 18. März trafen sich über einhundert Psychotherapeuten verschiedener Richtungen, um darüber zu beraten, wie der zunehmenden Einengung des Blicks in der Psychotherapielandschaft zu begegnen sei. Die imperialistische Potenz des „evidence-based“-Prinzips droht auch in der Psychotherapiedebatte flächendeckend alles zu ersticken, was nicht doppelblind und zufällig (randomized) daherkommt¹. Just zu diesem Zeitpunkt versucht die Mainstream-Fraktion das Verfahren für die Zulassung neuer Therapieformen zur Kassenfinanzierung empirisch in ihrem Sinne ummodellieren. Das Ergebnis der kritischen Tagung war die „Bonner Erklärung“, die unten im Wortlaut abgedruckt ist. Auf der Tagung wurde die Ideologie evidenzbasierter Verfahren kritisiert, aber auch gleichzeitig hingewiesen auf

„...die Unzulässigkeit eines Generalangriffes auf naturwissenschaftliche Orientierungen. Naturwissenschaften handele ja nicht „von den Dingen in der Natur, sondern von der Natur der Dinge“, und die unterscheidet sich eben je nach dem Gegenstandsbereich wissenschaftlicher Untersuchungen, was ja auch in der Naturwissenschaft selbst nicht unbekannt sei. Eine Dämonisierung der Naturwissenschaften sei für eine biografisch-kulturwissenschaftlich inspirierte Psychotherapieforschung gar nicht hilfreich, handele es sich bei der „evidenzbasierten Psychotherapie“ doch eher um eine pseudonaturwissenschaftliche Orientierung.“

Es soll also nicht gegen naturwissenschaftliche Fundierung und Einordnung gehen. Aber die Unterstellung, die einseitig auf bestimmte Oberflächenphänomene ausgerichtete Evidenzbasierung sei „Naturwissenschaft“ per se ist zurückzuweisen. In einem Bericht über die Tagung schreibt T. Levold weiter über eine Arbeitsgruppe,

¹ Nur Studien mit Doppelblind-Standard und randomisierter (zufallsverteilter) Probandenverteilung gelten als empirisch gesichert („Cochrane-Kriterien“)

„die sich konkret mit Fragen der aktuellen Psychotherapieforschung beschäftigte. Ein knapper, aber ergiebiger Vortrag von Jochen Eckert ermöglichte eine äußerst lebhaft und interessante Diskussion, in der neben der wissenschaftlichen Fragestellung auch die wissenschaftspolitische Problematik ausreichend benannt wurde: dass nämlich in der gegenwärtigen Psychotherapielandschaft, die eine multi-paradigmatische ist, ein Paradigma den Evidenzbegriff usurpiert und in Anspruch nimmt, seine inhaltliche Durchsetzung administrativ zu organisieren (M. Markard). Michael Buchholz wies darauf hin, dass diese Strategie der einer Mannschaft gleichkommt, die nicht nur um ihren Sieg kämpft, sondern gleichzeitig als Schiedsrichter auftritt, der die Spielregeln im eigenen Interesse gestaltet.“

Levold weist darauf hin, dass die psychotherapeutische Tätigkeit durch ihren interaktionellen Kontext, die individuelle und subjektive Begegnung und intime Struktur „einer evidenzbasierten Beforschung grundsätzlich entzieht. Buchholz zufolge werden diese Stimmen gegenwärtig in den USA und Großbritannien lauter (dies betrifft selbst einen Großmeister der Psychotherapieforschung: Orlinsky), während sie gerade in der deutschen Forschungsszene großzügig ignoriert werden.“

Levold weist abschließend auf die Mythenbildung der herrschenden Psychotherapieforschung hin, die in sechs Hauptpunkten zusammengefasst werden kann, und zitiert „Drew Westen, der einige bedeutsame Mythen randomisierter Kontrollstudien herausgearbeitet hat: 1) der Mythos, man könne jede „Störung“ beliebig beeinflussen, 2) der Mythos, dass Patienten nur ein einziges Problem hätten, für das es eine spezifische Behandlungsprozedur geben müsse (bzw. zwei Prozeduren bei „Ko-Morbidität“), 3) der Einheitsmythos, dass alle PatientInnen tatsächlich nach den vorgegebenen Schemata klassifiziert werden könnten, 4) der Mythos, dass Störungen abgelöst von der Persönlichkeit der PatientInnen betrachtet werden könnten, 5) der Mythos der gleichen Stichprobe (der unterschlägt, dass Patienten, die nicht in die Stichproben hineinpassen, herausgeliegt werden) und 6) der Mythos der leichten Erlernbarkeit von Psychotherapie durch Manuale (dem der Erkenntnis gegenübersteht, dass, je länger die Therapie dauert, desto weniger auf Verhaltensebene festgelegt werden kann, was der Therapeut situativ tun soll).“

(Quelle: www.systemmagazin/berichte/levold.de)

Die Teilnehmer des Symposiums „Das Unbehagen in der (Psychotherapie-)Kultur“ am 17./18. März 2006 in Bonn-Röttgen beschließen folgende

Bonner Erklärung

Wir beobachten mit großer Sorge in der Psychotherapie eine *Verengung des Denkens auf Ansätze*, die eine "evidenzbasierte Einheitspsychotherapie" favorisieren. Sinnverstehende, einem humanistischen Menschenbild verpflichtete psychotherapeutische Traditionen haben in dieser Konzeption keinen Platz: Sie sollen inhaltlich, politisch und ökonomisch verdrängt und ausgegrenzt werden.

Psychotherapeutische Verfahren sind nach unserem Verständnis nicht eine Sammlung von Behandlungstechniken, sondern ein System von anthropologischen Grundannahmen, Persönlichkeits- und Störungstheorien, Behandlungs- und Techniktheorien und darauf beruhender Behandlungspraxis. Das schließt wissenschaftlich begründete Weiterentwicklung und den Austausch zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Traditionen ausdrücklich ein.

Wir wenden uns deshalb gegen die Zergliederung von Psychotherapieverfahren in Verfahren, Methoden und Techniken und gegen die ausschließende, diagnosebezogene Zuordnung von Psychotherapieverfahren.

Der Reduzierung der Patienten auf Symptome liegt ein Psychotherapieverständnis zugrunde, das mit dem Selbstverständnis der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und dem geltenden Psychotherapeutenrecht nicht zu vereinbaren ist. Für die ganzheitliche Sicht des Menschen, für eine verlässliche psychotherapeutische Beziehung und für die Entwicklungsmöglichkeiten der Patienten bliebe kein Raum. Psychotherapeuten behandeln nicht Symptome, sondern Menschen, die an Symptomen leiden !

Eine Beschränkung von Psychotherapieverfahren auf bestimmte Symptombereiche und eine Zersplitterung der Psychotherapie in Teilbereiche ist auch aus der Psychotherapieforschung nicht abzuleiten.

Die Vielzahl der Lebensentwürfe und die vielfältigen Zugänge zum Verständnis menschlicher Existenz, die sich in unserer pluralen Wertekultur entfalten, finden ihre notwendige Entsprechung in den unterschiedlichen psychotherapeutischen Grundrichtungen.

Den neuen Absichten des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit Eingriff in das Berufsrecht und das Selbstverständnis der überwiegenden Zahl der Psychotherapeuten setzen wir unseren Widerstand entgegen – im Interesse der Patienten, denen wir verpflichtet sind und im Interesse der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung.

Wir lehnen die Anerkennung und die Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren ausschließlich auf der Grundlage von Wirksamkeitsmessungen an bestimmten ICD-10-Diagnosen ab. Das Vorgehen steht im Widerspruch zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, es erfasst nur einen Bruchteil der Faktoren, die eine erfolgreiche Psychotherapie ermöglichen.

Wir wenden uns deshalb nachdrücklich gegen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss derzeit angestrebte Form der Neufassung der Psychotherapierichtlinien.

Name:

Adresse:

Beruf:

Fachkreis Literatur gegründet

Oft benutzt, nicht immer verstanden. „Was wird in der Abwehr abgewehrt?“ (G. Rudolf)... diese und andere Fragen stellen wir (Carola Witter, Silke Bethge) uns. Ein Fachkreis zum Nachdenken über, Klären von und zum Auseinandersetzen mit psychoanalytischen Grundbegriffen. Anhand mitgebrachter Texte, Bücher u.ä. wollen wir alle 6-8 Wochen für 3 Stunden gemeinsam lesen und arbeiten. Der Fachkreis ist offen für alle Berufsgruppen, die Teilnehmerzahl ist begrenzt auf ca. 6.

Kontaktadresse: carolawitter@gmx.de



➤ Kommunikation

*Die Liebe war nicht geringe.
Sie wurden ordentlich blass;
Sie sagten sich tausend Dinge
Und wussten noch immer was.*

*Sie mussten sich lange quälen,
Doch schließlich kam's dazu,
Dass sie sich konnten vermählen.
Jetzt haben die Seelen Ruh.*

*Bei eines Strumpfes Bereitung
Sitzt sie im Morgenhabit;
Er liest in der Kölnischen Zeitung
Und teilt ihr das Nötige mit.*

Wilhelm Busch

Aus meiner Kinderzeit

*Vaterglückchen, Mutterschößchen,
Kinderstübchen, trautes Heim.
Knusperhexlein, Tantchen Rös'chen,
Kuchen schmeckt wie Fliegenleim.*

*Wenn ich in die Stube speie,
Lacht mein Bruder wie ein Schwein.
Wenn er lacht, haut meine Schwester.
Wenn sie haut, weint Mütterlein.*

*Wenn die weint, muss Vater fluchen.
Wenn er flucht, trinkt Tante Wein.
Trinkt sie Wein, schenkt sie mir Kuchen:
Wenn ich Kuchen kriege, muss ich spein.*

Joachim Ringelnatz