

NAPPO

17

Mitgliederrundbrief der Norddeutschen
Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische
Psychiatrie e.V. – Frühjahr 2009



Wenn Ihr's nicht fühlt Ihr werdet's nicht erjagen

J. W. Goethe

Die psychotische Krise (T. Piegler)	Seite 3
Welche Art von Beziehungen braucht ein Mensch in der (psychotischen) Krise?	
Folgerungen aus der Bindungstheorie (M. Urban)	Seite 17
Tagungsberichte eins : Sensation – Fühlen und Denken jetzt wieder versöhnt	
(NAPP Bremen 2008 – I. Engelmann).....	Seite 24
Sonderseiten: Bilder von der Tagung	Seite 29
Tagungsberichte zwei : Psychiatrie – Wandel, Herausforderungen, Perspektiven	
(Hannover 2009 – I. Engelmann).....	Seite 32
Mentacomix: gezeichnete Mentalisierungsphänomene	Seite 2,16, 23, 28

NAPPO ist der Mitgliederrundbrief der NAPP und erscheint unregelmäßig ein- bis zweimal im Jahr.
Redaktion: Ingo Engelmann, kiangengel@t-online.de, Friedrichstraße 66a 21244 Buchholz
NAPP-Geschäftsstelle - www.napp-info.de / napp-info@t-online.de /
Maria-Louisen-Str. 57, 22301 Hamburg
Frau Jaensch – Sprechzeit dienstags 15-18 Uhr
Tel. 040 / 46 774 888 - Fax 040 / 41 357 733

Liebe Leser,

manchmal ist das schon richtig vertrackt: da denkt der Redakteur, ich kann doch nicht alles selbst schreiben, wie sieht das denn aus, und monatelang wartet er auf Anregungen und Texte anderer Denker und Schreiber, und es tut sich eher nichts. Und dann rollt plötzlich eine Welle und der Redakteur bekommt kaum noch Luft und es wird eine ganz dicke Ausgabe des NAPPO draus.

Der Text von T. Piegler befasst sich in einer beeindruckenden *tour d'horizon* mit der psychotischen Krise und den verschiedenen psychosenpsychotherapeutischen Ansätzen in Geschichte und Gegenwart. Der Autor breitet eine nahezu enzyklopädische Fülle von Informationen aus, die er mit zwei Fallvignetten illustriert: eines einer Tagesklinikpatientin, eines von Vincent van Gogh. Fast unauffällig, aber für das NAPPO von zentraler Bedeutung ordnet Piegler die aktuellen Überlegungen zu mentalisierungs-basierten Konzepten in den Bilderbogen ein, den er von Freud über Klein und Winnicott bis Streeck auffächert.

M. Urban beschreibt in seinem Text aus der Sicht des sozialpsychiatrisch engagierten Therapeuten Überschneidungen, die es zwischen Sozialpsychiatrie und Psychodynamik gibt. Er zentriert seine Ausführungen auf die Bindungstheorie, die ja (und da liegt eine wesentliche Verknüpfung zur Thematik des NAPPO) in Mentalisierungskonzepten eine wichtige Rolle spielt. Es ist nützlich zu sehen, dass sich im sozialpsychiatrischen Diskurs Gedankengänge finden, die nahtlos an den Diskurs der NAPP anschließen.

Zwei Tagungsberichte runden diese Ausgabe des NAPPO ab: der Rückblick auf die mittlerweile ein halbes Jahr zurückliegende NAPP-Tagung in Bremen, auf der das starke Interesse an Mentalisierungsideen sich manifestiert hat.

Dieser Bericht wird durch drei Fotoseiten ergänzt. Außerdem ein Bericht über eine Tagung im Februar 2009, auf der nicht weniger als die Zukunft der Psychiatrie von Sozialpsychiatern, Geschäftsführern, Betriebsräten und ein paar Therapeuten diskutiert wurde.

Außerdem finden sich ein paar Hinweise darauf, wie sich Mentalisierung und Theory of Mind in gezeichneten Geschichten wieder finden. Lucky Luke, Asterix oder Calvin haben es ja auch mit sich und den anderen zu tun, und das macht sich denn hier und da in ihren Erlebnissen bemerkbar. *Als-ob-Modus* wie auch das *Denken über sich selbst und den Gegenüber* werden durch diese Bilder in anschaulicher Weise illustriert.

Das Motto zu dieser Ausgabe liefert J.W. von Goethe in Faust I – es spricht Faust selber zu Wagner, es geht um Pfarrer und Komödianten, aber eigentlich auch um alles:

Wenn Ihr's nicht fühlt, Ihr werdet's nicht
erjagen

Wenn es nicht aus der Seele dringt

Und mit urkräftigem Behagen,

Die Herzen aller Hörer zwingt.

Also ein Herz gefasst, und iel Spaß beim
Lesen des siebzehnten NAPPO!

Der Redakteur

Mentalisierungszeichnungen I



Wenn das 20. Kavallerieregiment von den Indianern umzingelt wird, kann der Proviant schon mal knapp werden. Kein Grund, in Äquivalenzgejammer auszubrechen und sich einem scheinbar allumfassenden Schicksal zu ergeben - Moral ist eine Frage des Als-ob!

Die psychotische Krise

T. Piegler

„Das Borderlinephänomen ist wie die psychotischen Zustände relativ. Es hängt nicht nur ... vom Patienten und seiner Pathologie ab, sondern auch von der Fähigkeit des Therapeuten, dem Patienten seine Empathie zu vermitteln. Sofern man zu einem Patienten wirklich eine Brücke der Empathie bauen kann, ist er nicht psychotisch... Ich behandle unbefangene Menschen mit Wahnvorstellungen... Die Wahnvorstellungen sind Reaktionen auf in mir gefühlte Dinge und die Welt. Sie werden zu psychologisch sinnvoller Form, Zustände auszudrücken.“

Kohut 1985 (zit. n. Stolorow et al., 1996; S. 177)

Einleitung

Im Folgenden wird von zwei kasuistischen Beispielen ausgehend die Symptomatik der psychotischen Krise dargestellt und dann auf die diagnostischen Schwierigkeiten eingegangen. Psychotische Krisen werden im Kontinuum zwischen präpsychotischen Zuständen und schweren schizophrenen Psychosen verortet. Ausführlich wird im Folgenden auf die Therapie eingegangen, wobei der Bogen gespannt wird von Freuds Auffassung hierzu bis zu den Konsequenzen, die sich aus den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen von Säuglingsforschung, Bindungsforschung und

Analyse der Therapeut-Patient-Interaktion ergeben.

2. Kasuistische Beispiele für psychotische Krisen

Ich möchte meine Ausführungen mit zwei kurzen Falldarstellungen beginnen. Der erste Patient ist Ihnen allen bekannt. Es ist Vincent van Gogh.

Zur psychotischen Krise kam es am 23. Dezember 1888. Zur Vorgeschichte: 35-jährig hatte der Maler im Februar 1888, ziemlich erschöpft vom hektischen Leben in Paris, die Stadt verlassen und sich auf den Weg nach Arles gemacht. Dort litt er bald unter seiner Einsamkeit. Oft schrieb er deshalb täglich an seinen geliebten jüngeren Bruder Theo, der seinerseits tief von der künstlerischen Begabung Vincents überzeugt, zeitlebens bedingungslos zu ihm hielt, als Kunsthändler seine Bilder verkaufte und ihn finanzierte. Schließlich schmiedete Vincent den Plan, Künstlerfreunde nach Arles einzuladen, um mit ihnen eine Künstlergemeinschaft zu begründen. Sein Bruder unterstützte ihn. Er mietete ein Haus, das er in warmem Gelb anstrich und mit Bildern von Sonnenblumen schmückte. Es sollte ein „Atelier des Südens“ werden, „ein Haus der Freunde“. Der Einzige, der schließlich Ende Oktober (23.10.1888) kam und das auch nur zögerlich, war Gauguin, der - finanziell von Vincents Bruder Theo abhängig - gegenüber dem Plan der Brüder argwöhnisch war. Gleichwohl führten die Freunde angeregte, teilweise überspannte und endlose Streitgespräche über Kunst und Philosophie, arbeiteten täglich zusammen, oft am gleichen Motiv oder porträtierten sich gegenseitig, und besuchten abends gelegentlich das lokale Bordell. Die Verschiedenheit der Temperamente der beiden Künstler sowie zunehmende Streitigkeiten führten zu immer stärkeren Spannungen. Von Gauguin wissen wir, dass er einmal nachts aufwachte und Vincent schweigend an seinem Bett stand.

Rückblickend schrieb Vincent aus dem Krankenhaus von Arles: „Ich hatte Angst, nachts allein zu sein und war unruhig und konnte nicht einschlafen“. Zur dramatischen Zuspitzung kam es dann am Vorweihnachtsabend 1888. Die beiden Freunde waren aus gewesen und Gauguin hatte van Gogh mitgeteilt, dass er abreisen werde. Daraufhin schüttete jener Gauguin ein Glas Absinth ins Gesicht. Gleichwohl brachte dieser ihn nach Hause ins Bett. Dann verließ er das Haus wieder. Van

Gogh folgte ihm mit gezücktem Rasiermesser, wurde zurück gestoßen, ging heim, schnitt sich einen Teil seines linken Ohrläppchens ab, verpackte es gut und überbrachte es gegen 3.00 Uhr morgens Rachel, seiner Lieblingsprostituierten, als Geschenk ins Bordell. Diese alarmierte die Polizei. Blutüberströmt und ohne Bewusstsein – es wird vermutet auf Grund des Blutverlustes - wurde van Gogh in Fötalstellung in seinem Zimmer liegend aufgefunden und in das Hôtel-Dieu Spital in Arles gebracht, wo ein junger Arzt, Dr. Felix Rey, einen akut psychotischen Zustand mit Erregung, Halluzinationen und Wahnvorstellungen feststellte und ihn 3 Tage isolierte. Später konnte sich van Gogh nicht mehr an seine Angriffe auf Gauguin, seine Selbstverstümmelung oder die ersten Tage im Hospital erinnern. Gauguin hat – ohne den Freund noch einmal zu besuchen – am 25. 12. Arles fluchtartig verlassen. (vgl. Huyghe, 1973; S. 80 f.). Theo van Gogh hat er aber vor seiner Abreise noch benachrichtigt. Dieser machte sich sofort auf den Weg nach Arles, wo er zwei Tage bei seinem Bruder blieb. Der psychotische Zustand klang rasch wieder ab. Bereits am 2. Januar teilte Dr. Rey Vincents Bruder mit: „Ich bin glücklich ..., dass der Erregungszustand vorübergehend war“. Am 7. Januar wurde er aus dem Spital entlassen. An Theo schrieb er damals: „Es war, hoffe ich, nur eine Künstlerschulle“. An anderer Stelle schreibt er: „Die unerträglichen Wahnbilder ... sind bis auf einen Alpdruck verschwunden, ich glaube, weil ich Brom nehme“. (zit. n. Strik, 1997; S. 404).

Zum psychodynamischen Verständnis dieser psychotischen Krise sind noch einige Informationen notwendig: Am 23. 12. hat Vincent van Gogh vermutlich auch die Botschaft von der Verlobung seines Bruders Theo (mit „Jo“ - Johanna Gesina Bonger; 1862-1925) erhalten. Des weiteren wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass van Gogh in Arles Stierkämpfe angesehen hat und mit erlebte, dass der Matador immer das Ohr des besieigten Stiers der Dame seiner Wahl überreichte. Zu seinem Verhältnis zu Prostituierten äußert er sich in einem Brief: „Ausgestoßen und abgelehnt von der Gesellschaft, wie Du und ich es als Künstler sind, ist die Prostituierte gewiss unsere Freundin und Schwester“. (zit. n. Strik, 1997, S. 404). Aus seiner Biografie ist noch nachzutragen, dass van Gogh, nachdem er sein Theologiestudium hatte abbrechen müssen und sich der Malerei zugewandt hatte, er in der Borinage, einer ärmlichen Bergarbeitergegend in

Belgien, alles, aber auch alles als Hilfsprediger mit den Armen teilte, was ihn letztlich die Weiterbeschäftigung - zu seinem völligen Unverständnis - gekostet hat. 1882 ist er in Den Haag mit der schwangeren Prostituierten Clasina Maria Hoornik, genannt "Sien" (Alkoholikerin, 32 Jahre, 5jährige Tochter) zusammengezogen und hat mir ihr und ihren – dann - beiden Kindern über ein Jahr zusammen gelebt, was zu einer maximale Entfremdung von seinem pastoralen Elternhaus geführt hat. Zwischen seinem Vater und ihm gab es oft heftigen Streit. Weiterhin ist zu erwähnen, dass auf den Tag genau ein Jahr vor der Geburt Vincent van Goghs seine Mutter eine Totgeburt hatte und Vincent-Willem den Namen jenes älteren, toten Bruders bekam. Nach dem Künstler Vincent sind weitere 5 Kinder geboren worden, 3 Schwestern und 2 Brüder. 13-jährig wurde van Gogh auf ein Internat geschickt, was endgültigen Abschied vom Elternhaus bedeutete.

Zentrale psychodynamische Elemente in van Goghs Geschichte sind seine Ersatzkindfunktion, mit der alles angefangen hat, also sein lebenslanges Ringen um sein „wahres Selbst“ sowie seine damit ebenso wie mit seiner Rolle als zurückgesetzter Ältester in Zusammenhang stehende Enttäuschungswut. Seine innere Bedürftigkeit nach emotionaler Zuwendung, seine Not und Einsamkeit und - in Gestalt einer Reaktionsbildung - auch seine Wut externalisiert er in Form altruistischer Abtretung. Natürlich stellt seine urchristlich anmutende Haltung auch das Bindeglied zu seinem Vater dar. Eine solche Sozialisation bedingt nicht nur unendliche Wünsche nach Nähe, sondern auch ebenso große Angst vor einem Sich-ausliefern. Zu groß ist die Erwartung ein ums andere mal enttäuscht zu werden, so dass die Einsamkeit noch das kleinere Übel zu sein scheint. Weihnachten ist das Mutter-Kind-Fest schlechthin. Es verheißt jedem Menschen wenigstens für die Dauer des Festes ein Stück vom verlorenen Paradies (bei der Mutter). Insofern hat das Datum der psychotischen Krise Vincents eine große Bedeutung: Er, durchdrungen von tief-religiösen Gefühlen, die sich ja auch im Gedanken an die Künstlergemeinschaft im Sinne einer christlichen Urgemeinde widerspiegeln, setzt große Hoffnung auf Weihnachten und wird so umso mehr enttäuscht: Von seiner eigenen Glaubensüberzeugung ebenso wie vom idealisierten Freund und vom innig geliebten Bruder. In seinem Erleben wenden sich beide von ihm ab. Das Sich-Im-Stich-Gelassen-Fühlen ist für ihn mit tiefster narzisstischer Kränkung

verbunden und überfordert seine Selbststabilisierungsmöglichkeiten. Es kommt zum Desaster, nämlich – selbstpsychologisch gesprochen - zur psychotischen Selbst-Fragmentierung. Gleichwohl ist das, was er in diesem Zustand macht, vielleicht unter dem Einfluss imperativer Stimmen, zutiefst symbolträchtig. Er schneidet sein Ohr ab.

Das Ohr ist ein Kommunikationsorgan, das Subjekt und Objekt verbinden kann und welches die Verbindung zwischen Innen und Außen herstellen kann. So wie einst Menschenopfer die Götter gnädig stimmen sollten, so soll dieses Stück Ohr ganz konkretistisch als pars pro toto Rachel, seine Maria im Bretterhüttchen - nichts anderes heißt Bordell – zu Weihnachten gnädig stimmen und ihn an der Erlösung teilhaben lassen oder anders ausgedrückt: ihn ein für allemal von seinem quälenden Nähe-Distanz-Dilemma (Mentzos) erlösen. Dr. Rey ebenso wie spätere Behandler versuchten van Gogh auf ihre Weise mit den damals vorhandenen Mitteln zu helfen, indem sie ihm unter anderem über die Chance zu malen die Möglichkeit eröffneten, sein Selbst im geschützten und strukturierten Umfeld der Klinik wieder zu stabilisieren. Es muss in diesem Zusammenhang allerdings darauf hingewiesen werden, dass künstlerisches Tun nicht an sich schon therapeutisch wirkt. (Krause, 2004; S. 134-144) Unter bindungstheoretischen Aspekten mag später auch die fast freundschaftliche Beziehung zu Dr. Gachet sehr hilfreich gewesen sein. Wie das therapeutische Vorgehen heute aussehen würde, wird an späterer Stelle besprochen. Auf diagnostische Details und differentialdiagnostische Überlegungen kann und soll in diesem Kontext nicht eingegangen werden. (sh. Übersicht bei Strik, 1997; S. 406-408)

Nun noch eine aktuelle Vignette aus unserer Klinik: Frau M., 30 Jahre alt, ist eine attraktive BWL-Studentin, die eines Tages in der Vorlesung das Gefühl hatte, dass ein bestimmter Dozent gezielte Bemerkungen nur für sie machte. Die auf sie gemünzten Bemerkungen mehrten sich. Außerdem hätte eine Kommilitonin begonnen sich zunehmend um sie zu kümmern, was ungewöhnlich gewesen sei, da sie in der Regel sehr isoliert sei. Sie hätte den Eindruck gehabt, dass das mit dem Dozenten abgesprochen gewesen sei, der die Kommilitonin angewiesen hätte, sich ihrer anzunehmen. Bei Telefonaten hätte sie das Gefühl gehabt, dass jemand mithört. Alles sei immer unheimlicher geworden, so dass sie sich zuletzt in Seminaren

überhaupt nicht mehr getraut hätte etwas zu sagen und sofort errötet sei, wenn jemand sie angesprochen hätte. Daraufhin hätte sie sich zurück gezogen und sei nicht mehr zur Uni gegangen. Ihre Stimmung sei immer schlechter geworden. Auf Nachfragen erklärt sie leicht errötend und offensichtlich beschämt, dass der Dozent ein durchaus interessanter, sympathischer Mann sei. Ihre Schwester hätte ihr geraten therapeutische Hilfe zu suchen, was sie schließlich auch getan hätte. Sie bekomme Neuroleptika und mache eine Psychotherapie. Sie wisse jetzt, dass das alles mit ihrem Hirnstoffwechsel zusammenhänge. Dort werde zuviel Dopamin produziert. Mittlerweile sei die psychotische Symptomatik zwar verschwunden, aber ihre Stimmung sei gedrückt und sie fühle sich depressiv und wertlos. Zur Vorgeschichte ist zu erfahren, dass die Pat. mit 2 älteren und zwei jüngeren Geschwistern aufgewachsen ist. Der Vater, früher Mauerer, sei heute berentet. Er sei Quartalstrinker. Vor einigen Jahren ließen sich die Eltern scheiden, sind aber seit 3 Jahren wieder zusammen. Die Mutter sei schon immer etwas paranoid, aber noch nie in Behandlung gewesen. Sie hätte früher von allen Kindern erwartet, dass diese sich nachts in ihre Schlafzimmern einschließen sollten, da sie Angst hatte, der Vater könne sich an ihnen sexuell vergreifen. Wenn die Kinder in Abwesenheit der Mutter ganz normalen Kontakt zu ihrem Vater hatten, bestand die Mutter danach darauf, dass sie die Hose herunterzogen und untersuchte sie der Reihe nach nach Spuren von Gewalt im Genitalbereich und Spermaspuren in der Wäsche. Real hätte sich der Vater an keinem der Kinder je vergriffen. Er sei ein ruhiger und zurückgezogener Mensch, der sich von der Mutter alles gefallen lasse. Einmal hätte die Mutter den Vater sogar verdächtigt, die beiden Wellensittiche unsittlich angefasst zu haben. Von Kindheit an fühlte sich die Pat. ausgeschlossen und in ihrem Sozialverhalten gehemmt. In der Pubertät litt sie unter Kontrollzwängen. Bis heute kann sie nur einschlafen, wenn ihr Zimmer abgeschlossen ist. Eine Partnerschaft mit einem Mann hat sie noch nie gehabt. In unserer Tagesklinik fällt auf, dass sie oft unpünktlich ist. Darauf angesprochen, entschuldigt sie sich voller Schuldgefühle und äußert, dass sie auch nicht wisse, warum sie immer zu spät komme.

Psychodynamisch gesehen hat die Pat. – erst recht in der Sandwich-Position, in der sie aufgewachsen ist - nie ausreichendes mütterliches Holding und Containing, nie hinreichendes affektives Attunement und nie ausreichende

Spiegelung erfahren. Der Vater hat als triangulierendes Objekt versagt. In der Pubertät musste sich die strukturell gestörte Patientin ihrer verpönten sexuellen Regungen durch zwingendes Kontrollieren erwehren. Als sie sich in ihren Hochschullehrer verliebt, kommt es zum psychotischen Zusammenbruch. Sie versucht sich durch Externalisierung zu stabilisieren, indem sie ihrem Professor bestimmte Aktivitäten zuschreibt. Da ihr Selbst durch die andrängenden Geborgenheitswünsche einerseits und durch ihre Angst vor Nähe andererseits überfordert ist, zieht sie sich aus der für sie so heiklen Situation an der Uni zurück. Gleiches scheint sie auch in ihrer Psychotherapie zu tun, wo sie sich nicht auf einen emotionalen Kontakt einlässt, sondern sich hinter rationale Erklärungen ihren Hirnstoffwechsel betreffend verschanzt. Das Zuspätkommen in der Tagesklinik ist Ausdruck ihres in dieser Umgebung reaktivierten Dilemmas: Einerseits fühlt sie sich dort ein Stück weit geborgen, andererseits aktiviert aber gerade das ihre unbewussten Rückzugstendenzen. Auch bei ihr findet sich also das bereits bei van Gogh beschriebene psychotische Dilemma zwischen Wünschen nach Objektnähe und panischer Angst vor derselben.

3. Das diagnostische Problem

Die Psychodynamik der beiden Vignetten differiert insofern, als im einen Fall reale Objektnähe nicht ertragen wird, noch weniger aber vermeintlicher Objektverlust, wobei im einen Fall eine massive Traumatisierung eine Rolle spielt, während im anderen Fall keine reale Traumatisierung stattfindet, sondern die Sehnsucht des Subjekts nach Objektnähe so angewachsen ist, wie andererseits die dadurch mobilisierte Angst vor einer daraus erwachsenden Katastrophe, was die psychotische Krise auslöst. Die unterschiedlichen Krisen in den skizzierten Vignetten korrespondieren mit einer im Grunde unbefriedigenden diagnostischen Zuordnung. Psychotische Krisen ebenso wie Erstmanifestationen einer Schizophrenie treten in der Regel im Gefolge eines Lebensereignisses auf, das emotional sehr spannungsreich war, etwa im Zusammenhang mit einem Individuationsschritt, bei einer Abschlussprüfung, im Zusammenhang mit Verliebtheit oder bei Verlusterlebnissen. Die dann auftretenden Affektstürme überfordern die integrativen Funktionen des Selbst, das seine Kohärenz verliert. Nie kann man wissen, ob das der Auftakt zu einer schizophrenen Entwicklung oder

nur eine passagere Krise ist. Entsprechend soll eine psychotische Krise gemäß heute gängigen Krankheitsklassifikationen, dauert die Symptomatik nur lange genug oder rezidiert sie gar, in eine andere Erkrankung aus dem psychotischen Formenkreis umetikettiert werden muss. Die Festsetzung des Zeitrahmens, nachdem dies zu geschehen hat, ist etwas sehr willkürliches, so dass man sich fragen muss, ob unter diesen Umständen die psychotische Krise eine wirklich genuine Krankheitsentität ist. Aus dieser Frage ergeben sich natürlich therapeutische Konsequenzen, gleichermaßen was das psychopharmakologische wie das psychotherapeutische Vorgehen angeht.

Als erster hat Karl Jaspers 1913 die psychotischen Krise oder – wie er es nannte – die reaktive Psychose beschrieben. Seiner Meinung nach ist sie durch einen klar umschriebenen, extrem traumatisierenden Auslöser und eine in engem zeitlichem Zusammenhang damit – in der Regel wenigen Tagen - ausbrechende Psychose gekennzeichnet. Ihr Verlauf sei in der Regel günstig. Nach seiner Definition wäre nur bei van Gogh primär eine psychotische Krise zu diagnostizieren gewesen. Das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ in seiner 4. Auflage (DSM-IV), wie es in den USA verwendet wird, legt der Diagnose heute nur noch die Dauer der psychotischen Symptomatik zugrunde. Sie darf höchstens 1 bis 30 Tage dauern, wobei danach der prämorbid psychische Zustand wieder hergestellt sein soll. Die bei uns aktuell gebräuchliche ICD-10 lehnt sich an das amerikanische Vorbild an. Sie kennt nur die „akute schizophreiforme psychotische Störung“, unter der eine solche verstanden wird, bei der die psychotischen Symptome vergleichsweise stabil sind und die Kriterien für Schizophrenie (F20.-) erfüllen, aber weniger als einen Monat bestehen. Zum reaktiven Element heißt es: „Die Störung kann im Zusammenhang mit einer akuten Belastung stehen“, muss es aber nicht. In diesem Sinne hätte man in beiden Kasuistiken primär eine echte psychotische Krise diagnostizieren können, freilich mit der Einschränkung, dass bei beiden der weitere Krankheitsverlauf zu einer Revision der Diagnose hätte führen müssen. Bei van Gogh kam es zu weiteren schizoaffektiven Schüben und bei Frau M. zu einer depressiven Symptomatik. Nach ICD hätten die Diagnosen in Schizophrenie resp. schizoaffektive Psychose geändert werden müssen. Die Zahlen in der Literatur zeigen, dass in 40% aller Fälle nach einer oder auch mehreren psychotischen Krisen

keine weiteren mehr auftreten. Dabei wurde das Krankheitsbild der psychotischen Krise, wie dargestellt, im Laufe der Zeit deutlich näher an die Schizophrenie herangerückt. Ihre Symptomatik ist deckungsgleich.

In der Literatur findet sich die Angabe, dass ca. 3% aller Menschen einmal in ihrem Leben eine so schwere Belastung oder Traumatisierung erleben, dass es zum Auftreten einer vorübergehenden psychotischen Symptomatik kommt (Lebenszeitprävalenz). Wissenschaftlich ist die psychotische Krise kaum beforscht. Eine Literaturrecherche bei DIMDI ergibt 16 wenig relevante Treffer, die letzte relevante Arbeit erschien 1991 in Kanada: „Le concept de crise psychotique et son traitement psychanalytique“. (Turmel, 1991) Die speziellen psychoanalytischen Bibliotheken haben nicht sehr viel mehr zu bieten.

Man muss davon ausgehen, dass die psychotische Reaktionsweise zum grundsätzlichen Repertoire möglichen menschlichen Verhaltens gehört und die „psychotische Krise“ die gemeinsame Endstrecke unterschiedlicher psychopathologischer Entwicklungen ist, bei welchen eine vorbestehende Vulnerabilität – wie bei der Schizophrenie - eine Rolle zu spielen scheint. Alanen, finnischer Psychoanalytiker und wohl einer der besten Kenner der Materie, dazu: „Meine Schlussfolgerung lautet, dass die Ursachen der Schizophrenie multifaktoriell sind, und sie haben viele Facetten und Ebenen. Diese Faktoren sind in jedem Fall unterschiedlich gewichtet. Klinisch lassen sich schizophrene Zustände als heterogenes Kontinuum beschreiben, das schwere Psychosen mit zugrundeliegenden, tiefverwurzelten Entwicklungsstörungen einerseits und prognostisch gutartige, reversible Zustände andererseits umfasst“. (Alanen, 2001; S. 126) Demgemäß ist die psychotische Krise am prognostisch günstigen Pol des beschriebenen Kontinuums anzusiedeln.

Versteht man „psychotische Krise“ im weitesten Sinn, dann müssen hier auch Übertragungspsychosen, also psychotische Episoden im Rahmen der Psychotherapie von Borderline-Patienten (Stewart, 2003 u. Maier, 2006), Wochenbettpsychosen (Fallgatter et al., 2002) und Psychosen nach schwerster Traumatisierung (z.B. Grisau et al., 2003) subsumiert werden. Differentialdiagnostisch ist an eine organische Auslösung zu denken, etwa bei einer Multiplen Sklerose.

4. Psychosenpsychotherapie

Die große Herausforderung der Psychosenpsychotherapie besteht darin, dass wir es bei psychotischen Erkrankungen nicht mit Störungen zu tun haben, die auf innerseelische Konflikte zurückzuführen sind, die mittels Abwehr ins „dynamische“ Unbewusste (de Masi, 2003) verdrängt sind, also im expliziten Gedächtnis abgespeichert, symbolisierbar und somit mittels deutender Psychotherapie in klassischer Weise bearbeitbar sind. Vielmehr handelt es sich um Störungen, die in einem frühkindlichen Entwicklungsstadium entstanden sind, in dem die Symbolisierungsfähigkeit noch nicht entwickelt war, alle Erfahrungen somit prozedural im „emotionalen“ Unbewussten (de Masi, 2003) abgespeichert wurden und deshalb dem Bewusstsein und der Bewusstmachung mittels der klassischen psychotherapeutischen Techniken nicht zugänglich sind. Mit anderen Worten: Es ist unmöglich die Erfahrungen dieser frühen Zeit erinnernd in Worte zu fassen. Gleichwohl bestimmen sie menschliches Erleben und Handeln in hohem Maße und machen sich in der Therapie in Haltung und Verhalten, speziell in Enactments bemerkbar. Das Zuspätkommen von Frau M. ist so etwas. Sie kann dazu nichts sagen. Mit Worten allein, also dem Medium, das die Psychoanalyse klassischer Weise benutzt, ist da nichts anzufangen.

Der geschilderten Herausforderung haben sich Psychoanalytiker in den zurückliegenden Dezennien in unterschiedlicher Weise gestellt. Im Folgenden will ich die Entwicklung kurz skizzieren, da sie verdeutlicht, was das Wesentliche der Psychosenpsychotherapie ist und welche Wege man, da historisch als Irrwege erkannt, vermeiden sollte: Sigmund Freud hat sich gegenüber den Möglichkeiten der Psychoanalyse zur Beeinflussung der narzisstischen Neurosen, wie er die Psychosen bezeichnete, skeptisch geäußert. 1917 schreibt er: „Sie zeigen keine Übertragung und darum sind sie auch für unsere Bemühung unzugänglich, durch uns nicht heilbar“. Wenngleich wir es heute besser wissen - es ereignen sich nämlich sehr spontane und geradezu archaische Übertragungen -, hat Freuds Haltung doch die Mehrzahl der Psychoanalytiker dazu bewogen, auf die Stimme ihres Meisters zu hören und keine Psychotiker in Therapie zu nehmen. Gleichwohl gab es im deutsch-sprachigen Raum eine Reihe von

Klinikern, die Freuds Gedankengut interessiert aufnahmen und es praktisch umzusetzen versuchten. Hier sind Otto Binswanger (1957), aber auch Eugen Bleuler (1911), der Leiter der berühmten Klinik „Am Burghölzli“ in Zürich und sein Assistent C. G. Jung (1960 a u. b) zu nennen, der – das sei am Rande vermerkt – selbst auch eine psychotische Krise durchgemacht hat, als es 1913 auf dem psychoanalytischen Kongreß in München zum Bruch mit Freud kam und er seine Kronprinzenrolle in der Vereinigung verlor (Leavy, 1964). Weitere frühe Pioniere auf dem Gebiet der Psychosenpsychotherapie waren Otto Fenichel (1967), Paul Federn (1943) sowie Paul Schilder (1973). Zu Beginn der 30-er Jahre hat das Nazi-Regime dem zarten Pflänzchen der Psychosenpsychotherapie in seinem Hege-monialbereich den Garaus gemacht.

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 auch die Psychiatrie. Die amerikanische Privatklinik Chestnut Lodge in Rockville (Maryland), in welcher damals Psychosenpsychotherapie fest etabliert war, wurde zum Mekka junger Psychiater. Wer selbst nicht dorthin konnte, rezipierte doch die psychoanalytischen Schriften von Frieda Fromm-Reichmann (1950), Harold Searles (1975) 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“. (Green)

Lempa (2001) weist darauf hin, dass die Pioniere der Psychosenpsychotherapie sich schnell polarisierten. Die eine Gruppe versuchte nach klassisch psychoanalytischer Manier, Deutungen zu finden, die dem Schizophrenen hilfreich wären. Ein bekannter Vertreter dieser Richtung war John Rosen. Die Kleinianer (Klein, 1952) haben diese Richtung weiter entwickelt. Auch Rosenfeld zählt zu dieser Gruppe. Hier ein Beispiel von ihm aus der fünften Behandlungswoche mit einem schizophrenen jungen Mann, der unter Halluzinationen und Gewaltausbrüchen litt. Rosenfeld hat ihn über vier Monate – die Eltern brachen die Behandlung dann ab – jeden Tag außer sonntags behandelt. Hier der Ausschnitt:

„Er (der Patient) stand auf, entdeckte einen Krug Wasser und trank daraus; dann lehnte er sich zurück und machte Saug- und Kaubewegungen. Dabei schien er ziemlich geistesabwesend. Ich (Rosenfeld) interpretierte, dass er sich beim Trinken vorstellte, er trinke von meinem Penis und esse ihn auf. Ich deutete, dass die Wünsche, in mich einzudringen, sein Verlangen nach meinem Penis anregten. In seiner Geistesabwesenheit fühle er sich ganz und gar mit mir vermischt, weil er nicht nur empfinde, dass er in mir sei, sondern auch, dass er gleichzeitig mich und meinen Penis aufesse. Er wurde wieder aufmerksamer, schien mir sehr gut zuzuhören und nickte mehrmals zustimmend mit dem Kopf (Rosenfeld, 19542)“.

Rosenfeld wich in seinen Behandlungen von den Kleinianischen Theorien einer angeborenen primären Aggression u.s.w. nicht ab, hat später aber selbstkritisch eingeräumt: „Wenn viele Deutungen ... in Wirklichkeit falsch ... sind, könnte die Phantasie des Patienten vom Analytiker als Verfolger für ihn völlig real werden.“ (Rosenfeld zit. n. Stolorow et al., 1996; S. 183) Was, wenn überhaupt etwas in dem Prozess hilfreich war, waren ganz sicher nicht seine theoriegeleiteten Deutungen, sondern sein wohlwollendes Interesse am Patienten, sowie seine beharrliche und verlässliche Beziehungsgestaltung.

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“. Äpfel ersetzen bei ihr die Mutterbrust. Die Selbstpsychologen haben diesen Pol weiter entwickelt.

Hier ein Ausschnitt aus dem „Tagebuch einer Schizophrenen“ (Sechehaye, 1950), in der Sechehayes Patientin Renée ihre Behandlung schildert. In der Schlüsselszene des Buches liegt Renée an der Brust der Therapeutin und wird von „Mama“, so nennt sie ihre Therapeutin, mit den verzweifelt ersehnten Äpfeln gefüttert. Ich zitiere:

„Weil die Äpfel, die du kaufst – das ist Nahrung für Erwachsene, aber ich will richtige Äpfel, Äpfel von Mama, solche“, und ich zeigte auf Mamas Brust. Sofort stand sie auf, holte einen herrlichen Apfel, schnitt ein Stück ab, reichte es mir und

sagte: "Jetzt wird Mama ihre kleine Renée ernähren. Es ist nun Zeit, die gute Milch von Mamas Äpfeln zu trinken." Sie steckte mir das Apfelstück in den Mund, und mit geschlossenen Augen aß ich, vielmehr trank ich meine Milch, den Kopf auf ihrer Brust. Ein namenloses Glück durchströmte mein Herz."

Sechehaye hat verstanden, dass Deutungen nicht helfen, aber auch ihr therapeutisches Vorgehen ist aus heutiger Sicht nicht angemessen. "Liebe allein genügt nicht", wie Bettelheim einmal treffend formuliert hat. Theo van Gogh konnte mit all seiner Liebe und Fürsorge seinen Bruder nicht retten!

In den ersten Jahrzehnten nach Entwicklung der Psychoanalyse gab es also sozusagen als Therapeuten "harte Väter" und "weiche Mütter" und keineswegs ein vereinigt Elternpaar. Beide Vorgehensweisen müssen heute als Reaktionen auf die Bedrohung des eigenen Realitätsgefühls der Therapeuten verstanden werden. Die entsprechenden Gegenübertragungsreaktionen gingen in die theoretischen Konzepte ein. Bei den einen war der Schizophrene ein Wesen mit konstitutionell überstarker Aggression und exzessiver Projektion und bei den anderen ein Opfer der Lieblosigkeit seines Umfeldes und die Psychose entsprechend eine Art Mangelkrankheit.

Bald schon merkte man natürlich, dass das so nicht funktioniert. Einen Ausweg sah man in einer Kombination "mütterlicher" und "väterlicher" Techniken. Winnicott (1965) 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. Heute würden wir wohl sagen, dass hier Holding und Containment von größter Bedeutung sind und nur das Prinzip "Antwort" Anwendung finden sollte. In der sich anschließenden Phase sollte die Frustration bearbeitet werden, die der Patient erleiden würde, wenn er sich nach der Passage durch eine notwendige und nie erlebte Illusion wieder der Realität gegenüber sähe.

Die anfänglichen Extreme bewegten sich also aufeinander zu. Searles (1969, 1975) lieferte 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. Man könnte im Nachhinein sagen, Searles war damit ganz nahe an der Erkenntnis, dass es in der Behandlung der schizophrenen Psychose um die Überwindung des Gegenübertragungswiderstandes der Bedrohung der Identität des Analytikers geht und man sich dieser Gefahr des Aufeinandertreffens zweier Realitäten ohne Angst stellen sollte. Benedetti (1992) reagierte präzise auf diese Situation. Er zeigte, wie das Mitteilen der Einfälle des Analytikers im Sinne von therapeutischen Gegenvorstellungen Brücken zwischen zwei anfänglich inkompatiblen Realitäten bauen kann. Aus den Beiträgen beider, des Patienten und des Therapeuten, erwächst nach Meinung Benedettis die Kraft weiterer Entwicklung. Zur Illustration eine Vignette von ihm:

„Eine schizophrene Patientin litt unter einem Versündigungs- und Erlöserwahn“... „Als Kind (hatte sie) von ihren Familienangehörigen oft gehört“ ... „man sehe ihr an den Augen ihre Bosheit an. In der Psychose war sie davon überzeugt, dass der Teufel in ihren Augen wohne; sie stellte den Wahn in diesem Bilde dar. Es brauchte in der Psychotherapie lange, bis sie zu spüren begann, dass manche vom Therapeuten positiv erlebten Teile ihrer Persönlichkeit - etwa die konstruktive Aggressivität, mit der sie die fragwürdigen Aspekte ihrer Ursprungsfamilie in Frage stellte - eben in jenen Bereichen steckten, wo sie früher nur den Teufel befürchtet hatte! Für den Therapeuten erschütternd war die Stunde, als sie dann den Teufel als den Bildhauer erlebte und zeichnete, welcher sie mit dem Skalpell angriff, aber nicht um sie zu verletzen, sondern um eine neue Identität zu entwerfen. Hier begann die Patientin auch zu entdecken, dass dieser Teufel keine metaphysische Entität mehr war wie im Wahne, sondern eine Seite der eigenen Person, die nun rehabilitiert war und eine kreative Funktion ausübte.

Aber bald darauf sagte die Patientin, dass der Bildhauer nicht eine eigene Seite, sondern der Therapeut selber war - jener Therapeut nämlich, von dem sie sich einmal angegriffen fühlte, als dieser mit ihrer negativen Identität kämpfte, und ihr nun aber half, der Mensch zu werden, der sie sein wollte. War der Bildhauer eine eigene Seite? Oder war er der Therapeut? Er war beides zusammen - ein Übergangssubjekt, das sich vom Selbstobjekt dadurch unterscheidet, dass es eine Ich-Du-Polarität in sich birgt und deren Gestaltung vorbereitet!“ (Benedetti, 1999)

Der Benedetti nahe stehende italienische Psychoanalytiker Maurizio Peccia hat Benedettis Technik im Sinne der therapeutischen Arbeit mit einem „positivierenden therapeutischen Spiegelbild“ in Form imaginativer Zeichnungen zur Förderung der Symbolisierungsfähigkeit weiter entwickelt (Böker, 2003; S. 80). 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 von Stolorow et al. (1996) dargestellt, die, ausgehend von der Selbstpsychologie, eine Behandlungstechnik vorschlagen, 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 psychischen 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. Das beständige empathische Ringen um das Entschlüsseln und Verstehen der subjektiv vom Patienten erlebten Wirklichkeit stellt dabei nach und nach die therapeutische Bindung als archaischen intersubjektiven Kontext her, in dem sich der Glaube des Patienten an seine eigene persönliche Wirklichkeit Schritt für Schritt festigen kann. Parallel dazu werden die Wahnvorstellungen weniger notwendig, gehen zurück und verschwinden schließlich ganz. Sie kehren nur dann zurück, wenn die therapeutische Bindung oder die Validierung des eigenen Affekterlebens durch den Therapeuten eine Störung erleidet.

Dazu ein Beispiel der Münchner Psychoanalytikerin Elisabeth Marx: Ein junger Psychotiker mit Halluzinationen stellt sich bei ihr vor: „Ich bin vom ZDF und sende Tag und Nacht.“ Ich war beeindruckt und sagte nach einer Weile: „Das ist anstrengend.“ Der Patient nickte. Ich ließ dieser pausenlosen Anstrengung in mir viel Raum. Später meinte der junge Mann: „Sie haben einen guten Empfänger.“ – Das war für den Anfang viel an Beziehung und Übertragung.

Zur zweiten Sitzung kam der Patient wieder pünktlich, aber in einer kaum beherrschbaren Spannung, und er berichtet aufgeregt: „Sie wissen nicht, wo Sie wohnen! Unten tankt Ihr Mann sein Auto auf (in unserem Haus befindet sich tatsächlich eine Tankstelle), und aus dem Fenster streckt eine Giraffe ihren Hals heraus bis zu diesem Fenster herauf (7. Etage).“ Daraus sprach seine gewaltige Angst, aus der Ambivalenz mich aufzusuchen. Während der Patient verstört, widerwillig-zögernd mit Blick auf das Fenster sich zu setzen versucht, sage ich ruhig und verbindlich: „Wir öffnen das Fenster nicht“. Allmählich entspannt das, die Giraffe erscheint nicht mehr, und ich suche einen positiven Anknüpfungspunkt: „Sie haben anscheinend den Weg allein zu mir gefunden?“ Der Patient fühlt sich narzißtisch wieder gestärkt, er kann im Hinblick auf meine positive Spiegelung sein Interesse mir wieder zuwenden und erklärt mir einzelne Schritte des Weges, real nachvollziehbar, aber in der Affektivität eines Vierjährigen. Dann stellte er erwachsen fest, dass er eine Viertelstunde zu früh meine Praxis erreicht hätte. Bevor sich die Halluzination nun wieder einstellen konnte, meinte ich: „Und Sie sind nicht fürs Warten.“ Das traf, er identifizierte sich sofort wieder mit dem Sender: „Jede Minute muss ausgenützt werden, Tag und Nacht“ und fühlte sich verstanden und damit mit sich selbst „einiger“. Bevor er die Praxis verließ, munterte er mich auf, das Fenster nun zu öffnen. Somit überließ er mir ein Stück seiner bedrohlichen Angst, mit der er sich noch nicht auseinandersetzen konnte. Ich wurde zum »Container« (nach Bion, 1992) seiner Neugierde und Verstiegtheit“. (Marx, 1994; S. 273-274)

Die Therapeutin lässt sich auf eine intersubjektive Beziehung mit dem Patienten ein und hilft ihm, den Wahrheitskern seiner Vorstellungen zu sehen. Gleichzeitig verbündet sie sich mit der dem Wahn zugrunde liegenden gesunden Intuition.

Es ist wohl kein Zufall, dass in Deutschland ein Grieche zum Nestor der Psychosenpsychotherapie wurde, nämlich der Frankfurter Psychoanalytiker und Psychiater Stavros Mentzos (1992), dessen Publikationen sicher vielen von ihnen bekannt sind (ab Ende der 1970-er Jahre). Er sieht – und das ist zumindest im psychoanalytischen Lager heute gängige Meinung – in der psychotischen Symptomatik nicht kognitive Defizite, sondern versteht sie als verzweifelter Versuch, mit dem schizophrenen Grundkonflikt, dem „psychotischen Dilemma“,

der Bipolarität von selbst- und objektbezogenen Strebungen, umzugehen. Konkret: Der Grundkonflikt des schizophrenen Psychotikers ist einerseits seine verzweifelte existenzielle Angst vor Abhängigkeit und andererseits seine kleinkindhafte, geballte Sehnsucht nach spannungsenthebender Symbiose. Dabei findet sich in der Kindheit von später an einer Psychose Erkrankten häufig eine spezifische strukturelle Schwäche, die sich u.a. in einer unzureichenden Selbst-Objekt-Differenzierung widerspiegelt und damit auch die Verlässlichkeit der Realitätswahrnehmung und der Gefühle betrifft. Es handelt sich um die Unfähigkeit, eine Überzeugung aufrecht zu erhalten, da es keine ausreichende Gewissheit gibt, dass die eigene subjektive Realität gültig bleibt. Ein auftretender Wahn, ist der verzweifelte Versuch, mit Hilfe konkreter Darstellung, z.B. in Form von Trugwahrnehmungen, die subjektive Realität zu erhalten und ihr jene Wirklichkeit zu verleihen, die begonnen hat, sich aufzulösen. (Milch, 2003; S. 280-281). Im Fall der geschilderten Patientin M., wäre der angedeutete Liebeswahn eine Möglichkeit, ihre von ihr als nicht realisierbar erkannten, aufgekeimten Liebeswünsche aufrecht zu erhalten.

Psychosenpsychotherapie ist bislang in der Regel ein Baustein im Kontext einer alle biopsychosozialen Faktoren berücksichtigenden Behandlung (Piegler, 2005). 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 sowie die Ergebnisse der Mikroanalyse von Therapeut-/Patientenbeziehungen. Dies werde ich im Folgenden weiter ausführen. Zuvor aber noch ein Wort zur Psychopharmakotherapie. 1997 bestand auf dem 12. Internationalen Symposium der Psychotherapie der Psychosen in London „weitgehende Einigkeit ... über die Notwendigkeit der neuroleptischen Therapie bei schizophrenen Erkrankungen. Dies wurde durch Wayne S. Fenton (USA) in seinem Übersichts-vortrag zum Stand der Forschung bekräftigt. Als Beleg führte er die McGlashan-Studie (Fenton u. McGlashan, 1995) an“. Die heutige Sichtweise ist unverändert. Psychotherapien ohne Begleitmedikation, die in Chestnut Lodge durchgeführt worden waren, haben wenig anhaltende Besserung erzielt. Die Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie hingegen ist der alleinigen Pharmakotherapie deutlich

überlegen. (Frauenfelder et al., 1998; S.825) Im Hinblick auf die sozialen Implikationen der Psychosenpsychotherapie verweise ich auf die diesbezügliche Fachliteratur von Alanen (2001).

5. Offene Fragen

Auch wenn die bisherigen Ausführungen deutlich gemacht haben, wo Psychosenpsychotherapie heute steht, bleibt doch eine Frage noch offen: Welche Auswirkungen haben die neuen, bahnbrechenden Erkenntnisse von Säuglingsforschung, Bindungsforschung, Mentalisierungsforschung, Neurobiologie und Mikroverhaltensanalysen der Patient/Therapeut - Interaktionen auf unser therapeutische Vorgehen – soweit sie in dem selbst-psychologischen Konzept nicht schon Berücksichtigung erfahren haben?

In einem ersten Schritt will ich diese Erkenntnisse kurz zusammenfassen: „Mentalisierung“ ist heute in aller Munde und ist in unserem Kontext hoch interessant. Die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit bringt uns nämlich nahe, an welchen Nahtstellen psychotische Entwicklungen ihren Anfang nehmen können bzw. auf welche Stufe Menschen, die psychotisch werden, regredieren. Dies ist gleichzeitig auch ein Hinweis auf die therapeutischen Ansatzmöglichkeiten. Vorausgeschickt sei, dass man unter Mentalisierung „unsere Fähigkeit das Verhalten anderer Menschen vorauszusehen und zu erklären, (versteht) und zwar in Begriffen ihrer mentalen Befindlichkeiten, also dessen, was sie annehmen, wünschen, hoffen, beabsichtigen, vortäuschen oder vorgeben ... die Fähigkeit der Mentalisierung ist weitgehend unbewusst oder implizit. Sie ist eine kognitive Leistung, die dem eigenen Verhalten und dem anderer automatisch einen Sinn gibt“. (Morton u. Frith, 1995) Mentalisierung und reflexive Funktion gehen miteinander einher und dienen u. a. der Selbstorganisation sowie der Impulskontrolle und Affektregulation. Die Entstehung der Mentalisierung erfolgt, aufbauend auf einer Bindung (im Sinne von Bowlby), bis zum ca. 5. Lebensjahr. Schon wenige Stunden nach der Geburt versucht der Säugling mit seiner Mutter in Beziehung zu treten. Wesentlichste Aufgabe des ersten Lebensjahres ist der Aufbau einer stabilen und tragfähigen Beziehung zur Mutter. Dabei beginnt das Kind ab dem 9. Lebensmonat die Mutter als „intentionalen Agenten“ zu begreifen, z. B. wenn es die Absicht der Mutter, mit ihrem Blick oder deutenden Finger die Aufmerksamkeit des Kindes auf einen

Gegenstand zu lenken, damit befolgt, ihr mit seinem Blick nachzufolgen. Durch Spiegelung des Kindes seitens der Mutter in einer Weise, die seine Verfassung wiedergibt, aber in einer veränderten, „markierten“ Form, wird dem Kind ermöglicht, neben der primären, unreflektierten Repräsentanz seiner Befindlichkeit eine sekundäre „objektivierte“ Selbstrepräsentanz aufzubauen. Die Folgen fehlender, unmarkierter oder verzerrter Spiegelung für spätere psychotische Entwicklungen liegen auf der Hand und wurden von mir unter dem Stichwort „mangelnde Verlässlichkeit der Realitätswahrnehmung und der Gefühle“ bereits abgehandelt. Hier wurzelt auch der Konkretismus von Psychotikern. Das Kind beginnt in dieser Zeit zu denken, d.h. mit Repräsentanzen zu spielen, aber seine Gehirnentwicklung gestattet ihm lediglich eine Repräsentanz in Betracht zu ziehen. Innenwelt und äußere Realität sind ununterscheidbar identisch („Äquivalenzmodus“ psychischen Funktionierens.) Dies erinnert sehr an Wahngewißheiten und deren rationale Unkorrigierbarkeit. In einem weiteren Schritt eröffnet sich während der „Als-Ob-Spiele“ die Möglichkeit, eine zweite, nämlich prätendierte Realität einzubeziehen. Erst im Alter von 4-5 Jahren hat das Kind die Fähigkeit erlangt, mehrere Realitäten in Betracht zu ziehen, die Perspektive eines anderen zu repräsentieren und zu dezentrieren. Es hat nun eine „theory of mind“. Psychotiker haben diese Stufe nur unzureichend erreicht. Ihnen ist es schwer möglich, sich in die Gedankenwelt eines anderen hinein zu versetzen. Auch kann es sein, dass sie als Folge von Stress oder Traumatisierung von der erreichten Stufe wieder auf einen früheren Modus psychischen Funktionierens zurückfallen. (Köhler, 2004)

Neurobiologisch lassen sich heute schon einige der dargestellten Dysfunktionen nachweisen, wobei die je spezifische Ausreifung von synaptischen Verknüpfungen mit den individuellen frühkindlichen Erfahrungen korrespondiert und auf Grund der Neuroplastizität des Gehirns zwar nicht auslöschar, aber bis zu einem momentan noch nicht näher bestimmbar Grad doch korrigierbar ist. Hauptsächlich involvierte Hirnareale sind der mediale präfrontale Kortex, dessen Funktion mit Mentalisierungsvorgängen assoziiert ist, die Amygdala, die mit sozialer Wahrnehmung verbunden ist und der inferiore Parietallappen, wo die Subjekt-Objekt-Unterscheidung statt-findet - alles Regionen also, die mit dem sozialen

Wahrnehmen (social cognition) verbunden sind. (Brunet-Gouet u. Decety, 2006)

Es ist auffallend, dass wir eine Fülle von Forschung und auch von elaborierten therapeutischen Ansätzen zur Behandlung von schweren Persönlichkeitsstörungen haben, sich für psychotische Zustände aber in der wissenschaftlichen Welt kaum jemand (mehr) zu interessieren scheint. Die Psychiater haben sich auf die Domäne der biologischen Psychiatrie gestürzt und die Psychosomatiker fühlen sich nicht für diese Krisen zuständig. Dabei liegt es auf der Hand, all das Neue, was es in der Therapie schwerer struktureller Störungen heute gibt – und das ist sehr viel –, auch auf die Psychosenpsychotherapie zu übertragen. Ich denke dabei an all das, was Rudolf in seinem Buch über die strukturbezogene Psychotherapie (2006) beschreibt. Bei vielem, was es benennt, handelt es sich – pointiert ausgedrückt – um nichts anderes als das, was eine gute Mutter tut (Klöpper, 2006; S. 241): Dem Patienten eine verlässliche Beziehung anbieten, die Sicht des Patienten teilen, Containen, d.h. die Klagen des Patienten aufnehmen und emotional verarbeiten, Holding-Funktionen übernehmen, Ich-Funktionen zur Verfügung stellen, das Prinzip Antwort umsetzen, d.h. den Patienten die emotionale Resonanz des Therapeuten sehen lassen, das Anders-Sein des Gegenübers betonen, sich als Beziehungspartner authentisch in die Beziehung einbringen (Intersubjektivität), konfrontieren mit Aspekten der Realität und eigener Verantwortung, anstehende Aufgaben sowie sich daraus möglicherweise ergebende Schwierigkeiten antizipieren und mitteilen, die Dinge gemeinsam aus der Vogelperspektive betrachten, das emotionale Erleben des Patienten gemeinsam erkunden, ihn bei seiner Selbstregulation unterstützen, das Erleben seiner Selbstwirksamkeit fördern u.s.w.. Ein weiteres neues Behandlungsverfahren für schwer strukturell gestörte Menschen ist jenes von Allen und Fonagy, das sie in ihrem Manual (2006) beschrieben haben. Im Unterschied zu Rudolfs eher grundsätzlich entwicklungs-förderndem Ansatz handelt es sich hier um ein sehr gezieltes therapeutisches Vorgehen, um die Mentalisierungsfunktionen zu verbessern, ja geradezu das Mentalisieren zu lernen. Auch dies erscheint optimal für die Behandlung von Psychotikern einsetzbar. Intuitiv hat ja auch Frau Marx Elemente davon eingesetzt, indem ihr die Beruhigung ihres Patienten zunächst als wichtigste Aufgabe erschien, ehe sie dann in der gewonnenen Sicherheit in der therapeutischen

Beziehung mit Mentalisierung fördernder Arbeit begonnen hat.

Nicht ganz neu, aber wenig bekannt, gleichwohl aber hoch bedeutsam für die Psychosen-psychotherapie erscheinen auch die Arbeiten zum unbewussten Verhalten von Patient und Therapeut in ihrer Interaktion. Ulrich Streeck hat 2004 über psychotherapeutischen Beziehungen „unter dem Mikroskop“ publiziert. (Streeck, 2004) Er schreibt im Hinblick auf die Arbeit mit schwer strukturell gestörten Patienten: „Für sie gibt es nur eine einzige Beziehung und nichts daneben. Den Weg in einen Raum der Selbst- und der Beziehungsreflexion, den der Psychotherapeut eröffnen möchte, können sie nicht mitgehen. Deshalb kann es leicht geschehen, dass der Psychotherapeut die zentrale Störung dieser Patienten verfehlt, weil er sich auf den Inhalt ihrer sprachlichen Mitteilungen stützt. Zwar trifft er bei ihnen auf Konflikte wie bei anderen Patienten auch, geht damit jedoch an ihren basalen Beziehungsproblemen vorbei. Diese Probleme stellen sich in der therapeutischen Beziehung im Vollzug der therapeutischen Interaktion dar, als Beziehung, nicht in der symbolischen Welt der Sprache. Deshalb lassen sich diese Probleme oft auch über die symbolische Bedeutung von Worten therapeutisch nicht erreichen.“

Wird das Geschehen im psychotherapeutischen Behandlungszimmer mit Hilfe des mikroskopischen Blicks auch auf seine subtilen Elemente hin betrachtet, lässt sich mehr davon erkennen, wie die Interaktion zwischen diesen Patienten und ihren Psychotherapeuten abläuft, wie und mit welchen Mitteln sie sich dabei zueinander verhalten und sich per Verhalten „verständigen“, wie es schließlich zu schwierigen Beziehungen und zu Beziehungsstörungen kommt und wie letztlich therapeutische Mittel und Wege gefunden werden können, die den Patienten in ihrem sozialen Alltag befriedigendere Beziehungen zu anderen ermöglichen“. (ebda, S. 48-49) Auch die Saarländische Arbeitsgruppe um Rainer Krause ist seit Jahren mit diesem Thema beschäftigt. Die jüngeren Untersuchungen von Krause fokussieren auf den nicht-sprachlichen Dialog u.a. von Psychotikern, der aus den dargestellten Gründen natürlich gerade bei unserer Patientengruppe von besonderer Bedeutung ist. Dabei zeigt sich, dass Schizophrene im Gespräch mit gesunden Probanden in der Weise unbewusst interagieren, dass sie ein reduziertes Ausdrucksverhalten, das die obere Gesichtshälfte betrifft, mit

Ausnahme von Verachtung zeigen und es zu keinem tiefer gehenden emotionalen Austausch kommt. Sie halten ihren Gesprächspartner sozusagen auf Distanz, entledigen sich aber gleichzeitig über nichtsprachliche Kommunikationskanäle, die Krause genau beschreibt, nämlich nicht bewusst gesteuerte mimische und gestische Signale, bedrängender Affekte im Sinne der projektiven Identifizierung, die bei ihrem Gegenüber untergebracht werden. Oft sind es Gefühle von Kleinheit und Missachtung. Je nach Verhalten des Gegenübers kann vorübergehende Entlastung die Folge sein oder es können bei ärgerlicher Zurückweisung die bedrohlichen Kleinheitsphantasien des Patienten aufgeschaukelt werden, was die Notwendigkeit für Spaltung und Projektion noch erhöht. Der Abbruch des Gespräches kann die Folge sein. Nach Krause bedarf es geradezu eines speziellen Trainings diese an sich natürlichen ärgerlichen Reaktionen nicht zu mobilisieren. Krauses Schlussfolgerung: „Vor diesem Hintergrund wäre eine systematische Schulung in der Wahrnehmung projektiv-identifikatorischer Vorgänge am Beispiel des Ausdrucks und des Erlebens sowohl für die Angehörigen als auch die Behandler durchaus wünschenswert“. (Krause, 2001, S. 88) Im Übrigen verweist er auf Grund seiner Untersuchungen mit Nachdruck auf die Bedeutung einer guten Beziehung: „Wenn die Behandlungstechnik – hier ist die Psychoanalyse gemeint (d. Verf.) – als Beziehungsregel benutzt wird, wird vernachlässigt, dass das Ertragen der Technik – vgl. das Beispiel von Rosenfeld (d. Verf.) – eine gute Beziehung voraussetzt. Die gute Beziehung ist aber weniger Korrelat unserer verstehenden Deutungskünste als vielmehr der wirklichen Beziehung. Übergeordnet muss stets die Beziehung sein“. (Krause, 1992; S. 610) Das stimmt mit den Beobachtungen von Pao (1983) und Kohut (1985) überein, die beobachteten, dass sich psychotische Symptome bei einem empathischen Zugang zu den schizophrenen Patienten vermindern oder ganz verschwinden! (zit. n. Milch, 2001; S. 231) Wir müssen uns in diesem Kontext klar machen, dass etwa 90 Prozent aller ausgetauschten Informationen auf der nonverbalen Hintergrundebene erfolgt, also auf jenen Kommunikationskanälen, die im ersten Lebensjahr die zentrale Rolle spielen! (Stern, 1998) In der Therapie mit Psychotikern dürfte das Wort oft unbedeutend sein, viel wichtiger sind ein verlässliches, gutes Arbeitsbündnis sowie Haltung und Verhalten des Therapeuten. Wenn man dann noch bedenkt, dass schon bei konventionellen Psychotherapien weniger als

8% der Effektivität von Psychotherapie auf das gewählte Therapieverfahren – das gleichwohl unabdingbar ist! - zurückzuführen ist, über 80% aber auf generelle Wirkfaktoren sowie auf Therapeutenvariablen (Wampold, 2001), dann wird klar, dass der Erfolg von Psychosenpsychotherapie umso mehr von guter Beziehung und Haltung des Therapeuten sowie Erfahrungen früher Austauschprozesse widersprechenden emotionalen Neuerfahrungen, die in der Therapie gemacht werden können, abhängig ist. Ziel der Psychosenpsychotherapie ist es also, dem Patienten korrigierende emotionale Neuerfahrungen zu ermöglichen und Schritt für Schritt sein unaussprechliches Leid zu versprachlichen, ihm dazu zu verhelfen, seinen eigenen Anteil an misslingenden Beziehungen zu erkennen (s.o.!) und dafür dann auch Verantwortung zu übernehmen. Nur so kann er seinen Weg in ein selbst bestimmtes Leben zu finden. Dies kann mit Hilfe einer psychoanalytisch fundierten Psychotherapie erreicht werden, die die strukturellen Störungsanteile und Mentalisierungsprobleme angemessen berücksichtigt, auch wenn es hierüber noch keine gezielten wissenschaftlichen Studien gibt! Es darf nicht verschwiegen werden, dass es auch andere Wege gibt, die zum Ziel führen: Nämlich die primär nichtsprachlichen Psychotherapieverfahren wie die Musiktherapie, die aus naheliegenden Gründen – Sprache ist hier nicht das zentrale therapeutische Element - oft sogar einen leichteren Zugang eröffnen! (Strehlow u. Piegler, 2007)

6. Zusammenfassung

Die psychotische Krise ist Ausdruck einer Selbst-Fragmentierung in einer Situation, die von dem Betroffenen subjektiv mit großer Wucht und als existenzielles Dilemma erlebt wird. Verzweifelte basale Angst vor Abhängigkeit einerseits und kleinkindhafte, geballte Sehnsucht nach spannungs-enthebender Symbiose andererseits machen die Pole dieses Dilemmas aus. Weitere wichtige Komponenten sind die immer wieder in Zweifel gezogene Verlässlichkeit der subjektiven Wahrnehmung der Realität und der eigenen Gefühle. Eine auftretende Wahnsymptomatik, ist der verzweifelte Versuch, mit Hilfe konkreter Symbolisierung, z.B. in Form von Trugwahrnehmungen, die subjektive Realität zu erhalten und ihr jene Wirklichkeit zu verleihen, die begonnen hat, sich aufzulösen. Da die im psychotischen Geschehen sich manifestierende Symptomatik ein regressiver Lösungsversuch

ist, muss davon ausgegangen werden, dass Menschen, die eine psychotische Krise erleiden, Traumatisierungen in ihrer vorsprachlichen, frühkindlichen Entwicklungszeit erfahren haben. Auch wenn die Prognose der psychotischen Krise per definitionem günstig ist, ist aus therapeutischen und prophylaktischen Gründen eine Behandlung indiziert, die allen biopsychosozialen Faktoren Rechnung trägt. Das anzuwendende psychotherapeutische Vorgehen unterscheidet sich ganz grundsätzlich von jenem, das bis jetzt bei neurotischen Erkrankungen Anwendung findet. Eine gute und empathische Beziehung ist Kern und Grundlage der Behandlung. Die Übertragung wird allenfalls sehr zurückhaltend gedeutet. Nichtsprachlichen Kommunikationsprozessen wird größte Aufmerksamkeit geschenkt. Die Therapie ist schulisch nicht uneindeutig festgelegt, hat aber die Erkenntnisse von Bindungs- und Säuglingsforschung zu berücksichtigen und beinhaltet gleichermaßen Elemente der strukturbezogenen Psychotherapie wie solche eines intersubjektiv geprägten selbst-psychologischen Vorgehens. Das optimale therapeutische Vorgehen besteht darin, sich von der konkreten, wörtlichen Bedeutung der Wahnbildungen des Patienten nicht blenden zu lassen, sondern deren reale Grundlage dem Patienten zu bestätigen und anzuerkennen. Ziel ist es, im intersubjektiven Dialog eine Nachreifung defizienter seelischer Strukturen zu ermöglichen.

Literatur:

- Alanen, Y.** (2001): Schizophrenie. Klett-Cotta, Stuttgart.
Allen, J., Fonagy, P. (2006): The Handbook of Mentalization-Based Treatment. Wiley & Sons.
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
Binswanger, L. (1957): Schizophrenie. Neske, Pfullingen
Bleuler, E. (1911): Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig u. Wien
Bion, R. W. (1992): Elemente der Psychoanalyse. Frankfurt: Suhrkamp.
Böker, H. (2003): Ein notwendiges Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie. Psyche – Z Psychoanal 57:76-88
Brunet-Gouet, E., Decety, J. (2006): Social brain dysfunctions in schizophrenia: A review of neuroimaging studies. Psychiatry Res, 148:75-92.
de Masi, F. (2003): Das Unbewusste und die Psychosen. Einige Überlegungen zur psychoanalytischen Theorie der Psychosen. Psyche – Z Psychoanal 57:1-34

- Fallgatter, A. J., Schnitzlein, M., Pfuhlmann, B., Heidrich, A.** (2002): Klinische Aspekte der Wochenbettpsychosen. *Nervenarzt*, 73:680-685
- 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
- Fenton, W. F. u. McGlashan, T. H.** (1995): Schizophrenial individual psychotherapy. In: Kaplan, H., Sadock B. (eds.) (1995): *Comprehensive textbook of psychiatry*. VI, Vol 1, 6th ed., Baltimore: Williams & Wilkins. Pp 1007-1018.
- Frauenfelder, A., Ebner, G., Schätzle, M.** (1998): Zum Stand der Psychosentherapie der Psychosen. *Nervenarzt*, 69:823-825.
- 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
- Green, Hannah** (1978): Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen. Rowohlt TB, Reinbek
- Grisau, N., Irwin, M., Kaplan, Z.** (2003): Acute psychotic episodes as reaction to severe trauma in a population of Ethiopian immigrants to Israel. *Stress and Health*, 19:241-247.
- Huyghe, R.** (1973): Van Gogh. München: Südwest Verlag.
- 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
- Klöpffer, M.**, 2006. Reifung und Konflikt. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Köhler, L.** (2004): Frühe Störungen aus der Sicht zunehmender Mentalisierung. *Forum der Psychoanalyse*, 20:158-174.
- Krause, R.** (1992): Die Zweierbeziehung als Grundlage der Psychotherapie. *Psyche - Z Psychoanal* 46: 588-612.
- Krause, R.** (2001): Über das Verhältnis von Ausdruck und Erleben bei an Schizophrenie Erkrankten. In: Sperti, F. von, Förstl, H., Breindl, K., Martius, P. (Hsg.) (2001): *Selbstbilder in Psychose und Kunst*. München: Akademischer Verlag. 2001, 83-90
- Krause, R.** (2004): Ist Kunst heilsam für denjenigen, der sie macht? In: Herding, K. u. Stumpfhaus, B. (Hrg.) (2004): *Pathos, Affekt, Gefühl - die Emotionen in den Künsten*. Berlin, New York: Walter de Gruyter. S. 134-144
- Leavy, S.** (1964): A footnote to Jung's „memories“. *The psychoanalytic quarterly*, 33:567-574
- 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
- Maier, C.** (2006): Übertragungspsychose. *Psyche - Z Psychoanal* 60:291-318
- Marx, E.** (1994): Modifizierte Psychoanalyse im Formenkreis der schizophrenen Pathologie. In: Streeck, U. u. Bell, K. (Hsg.) (1994): *Die Psychoanalyse schwerer psychischer Erkrankungen*. München: Verlag J. Pfeiffer, S. 270-282.
- Mentzos, S.** (1992): *Psychose und Konflikt*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Milch, W.** (2001): Psychotische Störungen. In: Milch, W. (2001): *Lehrbuch der Selbstpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 225-236.
- Milch, W.** (2003): Satelliten und Metropolen. - Rückschau auf die Behandlung eines schizophrenen Patienten unter Berücksichtigung von Erkenntnissen der Kleinkindforschung. *Selbstpsychologie*, 4:271-298
- Morton, J., Frith, U.** (1995): Causal modeling: a structural approach to developmental psychopathology. In: Cicchetti, D., Cohen, D. (eds.) (1995): *Developmental psychopathology*. New York: Wiley & Sons. Pp. 357-390.
- Piegler, T.** (2005): On the way to biopsychosocial psychiatry. In: Wolpert, E. et al. (Hrsg.): *Images in Psychiatry*. German speaking Countries, Austria - Germany - Switzerland. Universitätsverlag Winter, Heidelberg
- Rosenfeld, H.** (1954): Zur psychoanalytischen Behandlung akuter und chronischer Schizophrenie. In: ders. (1989): *Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände*. Suhrkamp, Frankfurt a. M. . S. 135-148
- Rudolf, G.** (2006): *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Schilder, P.** (1973): Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- 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.** (1975): Intensive psychotherapy of schizophrenia: A case report. *Int. J. Psychoanal. Psychother.*, 1:30-51
- Stewart, H.** (2003): Psychotische Episoden bei Borderline-Patienten. *Psyche - Z Psychoanal* 57:63-75
- Stolorow, R. et.al.** (1996): Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. Fischer, Frankfurt a. M.
- Streeck, U.** (2004): Auf den ersten Blick. Psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strehlow, G. u. Piegler, T.** (2007): The Importance of Primary Non-Verbal Therapy Procedures in Psychodynamic Psychiatry - The Example of 'Music Therapy': Reducing Inexpressible Torment to Sound. *International Journal of Psychotherapy*, 1. issue in 2007; in preparation
- Strik, W.K.** (1997): Die psychische Erkrankung Vincent van Goghs. *Der Nervenarzt*, 68:401-409.
- Sullivan, H.** (1962): *Schizophrenia as a Human Process*. W. W. Norton, New York.
- Turmel, F.** (1991): Le concept de crise psychotique et son traitement psychanalytique. *Santé mentale au Québec*; 16:195-217.
- Wampold, B.** (2001): The great psychotherapy debate. Models, methods and findings. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates,
- Winnicott, D.** (1965): *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. International Universities Press, New York



Ein ganzer Mikrokosmos verbirgt sich im Spiel des Kindes, seine eigene Welt, auch wenn diese dann und wann empfindlich mit der umgebenden Allgemeinwelt zusammenprallt. Da ist Mr. Monroe, der nach einem Frühstück mit Zeitung und Kaffee in sein Cabriolet steigt, um zur Arbeit zu fahren. Er ahnt noch nichts von seinem furchtbaren Schicksal. Aber schon trinkt Calvin sein Zauberelixir und wächst, wird Beherrscher der Welt und des Universums, bei jedem seiner riesigen Schritte zermalmt er Autos auf den Straßen, und da kommt Mr. Monroe mit seinem roten Cabriolet, und... und dann sitzt da Calvins Mutter im Blumenbeet und jätet Unkraut und weigert sich, Calvin auch nur ein einziges neues Spielzeugauto zu kaufen, weil sie gesehen habe, wie er mutwillig darauf herumgetrampelt sei. Aber was hat sie wirklich gesehen? Kann man das kindliche Spiel mit der Allmächtsphantasie sehen? Ist es gefährlich für das Kind, wenn es gebremst wird im Umsetzen seiner Phantasien? Und was passiert nun mit dem zerbeulten roten Cabriolet von Mr. Monroe?

Welche Art von Beziehung braucht ein Mensch in der (psychotischen) Krise? Folgerungen aus der Bindungstheorie¹

von Martin Urban, Esslingen

Immer wieder ist auf dieser Tagung herausgestellt worden, wie schwierig es oft ist, eine tragfähige Beziehung aufzubauen mit Menschen, die an dieser „Schizophrenie“ genannten seelischen Störung leiden. Von „Krankheitsuneinsichtigkeit“ ist die Rede, von mangelnder Compliance, von Widerspenstigkeit. Sigmund Freud erklärte sie für nicht analysierbar - was für ihn soviel bedeutete wie „untherapierbar“. Günter Ammon sprach von den „Unerreichbaren“. Woran liegt das: haben diese Menschen eine gestörte Wahrnehmung, und reagieren sie deshalb in zwischenmenschlichen Kontakten oft so befremdlich? Also Kontaktstörungen auf Grund einer - wie auch immer zustande gekommenen - Störung der Gehirnfunktionen? Oder könnte es umgekehrt sein, dass zwischenmenschliche Kontakte es waren, die sie verstört haben, die ihr Denken

¹ Vortrag, gehalten auf der 11. Tagung „Die subjektive Seite der Schizophrenie“ - Therapeutische und andere Beziehungen (Hamburg, 25.-27. Februar 2009)

und Fühlen durcheinander brachten? Immerhin hat schon mal ein Psychoanalytiker die These aufgestellt, eine Psychose sei „eine Extremreaktion nach einer Beziehungskatastrophe“ (J. Kipp, 1996).

Angesichts solcher sich heftig widersprechender Hypothesen - die die Theorie und Praxis der Psychiatrie bis heute bekanntlich sehr heftig bewegen - wird es gut sein, sich mit den wissenschaftlichen Grundlagen zu befassen, die uns zur Entstehung von menschlichen Beziehungen und speziellen Beziehungsformen vorliegen. Ich meine die Ergebnisse der Bindungsforschung und die daraus entwickelte Bindungstheorie, wie sie John Bowlby seit den Fünfziger und Sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts vorgelegt hat.

Es muss an dieser Stelle vermerkt werden, dass Bowlbys Forschungen bis heute in der Theorie und Praxis sowohl der Psychotherapie und erst recht der Psychiatrie nicht die gebührende Beachtung gefunden haben - wenn man bedenkt, das es doch hier immer und wesentlich um Beziehungen geht! Das haben wir dem psychoanalytischen Zirkel um Anna Freud in London zu verdanken, wo Bowlby selbst Mitglied war. Als er im Jahr 1960 Grundgedanken seiner Theorie in einer psychoanalytischen Zeitschrift veröffentlichte, wurden diese als „zu biologisch“, „zu behavioristisch“ abgestempelt und wütend bekämpft. Danach wurden er und seine Theorie von der psychoanalytischen Gesellschaft totgeschwiegen, konsequent nicht mehr zitiert - „wie mit einem Dissidenten in der stalinistischen Ära“, bemerkt ein zeitgenössischer Autor (Holmes 1995). Nur in der Entwicklungspsychologie, v. „child psychology“ (wie man international sagt), wurde weiter in dieser Richtung geforscht und viel Interessantes zu Tage gefördert. Erst seit etwa zehn bis fünfzehn Jahren gibt es eine Wiederentdeckung der Bindungstheorie, bzw. eine Neuentdeckung ihrer Bedeutung für die Psychologie der Erwachsenen und für die Psychotherapieforschung, mit einer zunehmenden Flut von Veröffentlichungen.

Grunderkenntnisse der Bindungstheorie

John Bowlby (1907-1990) war Kinderarzt in London. Nach dem Zweiten Weltkrieg hatte er von der WHO den Auftrag erhalten, eine Untersuchung über die Kinder in Heimen anzustellen, oft Kriegswaisen oder Opfer zerrütteter sozialer Verhältnisse, um

herauszufinden, was ihnen fehlt und wie man ihnen besser helfen könnte.

Bowlby beschreibt das Erste und Wichtigste, was das Kind zu einer gesunden emotionalen Entwicklung braucht, als „Bindung“, *attachment*. Es handelt sich um die enge Beziehung, die das Kleinkind zu seiner primären Bezugsperson (normalerweise der Mutter), danach in abgestufter Weise auch zu anderen Personen aufbaut. Dieses Verhaltenssystem entspringt einem angeborenen Bedürfnis oder Trieb. Das Bindungssystem wird aktiviert, wenn das Kind Angst spürt, Fremdes bzw. Bedrohliches erlebt oder Schmerzen erleidet. Dann sucht das Kind die Nähe der Mutter, signalisiert das Bedürfnis nach Nähe und Schutz. Die dabei gemachten Erfahrungen - von Geborgenheit oder Enttäuschung - werden gespeichert und bestimmen als "inneres Arbeitsmodell" das künftige Kontaktverhalten des Kindes. Zu beachten ist, dass es hier um ein primäres Bedürfnis nach *Sicherheit* geht, unabhängig vom Bedürfnis nach Nahrung und dem Lusterleben an der Mutterbrust, das aus der Sicht der Psychoanalyse die entscheidende Komponente beim primären Beziehungsaufbau des Säuglings ist.

Entsprechend den Erfahrungen also, die die Kinder machen, wenn sie den Schutz der Mutter suchen - wie viel Zuwendung, Trost und Geborgenheit sie erleben, oder wie stark und wie oft sie in diesem Grundbedürfnis enttäuscht werden -, entwickeln die Kinder unterschiedliche Typen des Bindungsverhaltens. Um diese "Bindungstypen" zu beobachten und diagnostizieren zu können, schuf Bowlby, zusammen mit Mary Ainsworth, ein standardisiertes Setting, die sog. "fremde Situation" (*the strange situation*): Die Mutter und ihr Kind, im Alter von anderthalb bis zwei Jahren, werden in eine Art Wartezimmer gebracht, wo das Kind nach kurzer Eingewöhnungsphase gewöhnlich in der Spielecke zu spielen anfängt. Dann wird die Mutter herausgerufen. Alle Kinder reagieren in dieser Trennungssituation mit Anzeichen von Stress. Sie rufen nach der Mutter, laufen an die Tür und klopfen dagegen, weinen auch und lassen sich nur mit Mühe von einer fremden Tante, die vorher dazu kam (einer Mitarbeiterin des Untersuchungsteams), beruhigen und zum Weiterspielen bewegen. Wenn die Mutter zurück kommt, laufen sie auf sie zu, signalisieren ihr, wie schlimm das war, schimpfen auch mit ihr, aber lassen sich von der Mutter trösten und auf den Arm nehmen; danach

spielen sie weiter. Das ist der optimalen Fall eines "sicheren Bindungsmusters", das bei ca. 60 % der Kinder zu beobachten ist.

Bei einer kleineren Gruppe von ca. 20 % der Kinder kann man herzerreißende Szenen erleben: sie geraten bei der Trennung außer sich, weinen und schreien, ohne sich im geringsten trösten zu lassen, toben an der Tür, werfen sich auf den Boden, strampeln und schlagen mit dem Kopf an. Wenn die Mutter zurück kommt, schlagen sie nach ihr, wollen nicht auf den Arm, bzw. wenn die Mutter dies erzwingt, stemmen sie sich dagegen und wenden sich ab. Dieses Verhalten signalisiert ein "unsicher-ambivalentes Bindungsmuster".

Eine dritte Gruppe, wieder etwa 20 %, reagiert im Gegensatz dazu weit weniger emotional: Die Kinder schauen zwar nach der Tür, spielen aber weiter und zeigen auch bei der Rückkehr der Mutter keine starke Gemütsbewegung. Bowlby meinte erst, dass es sich hierbei um besonders reife, in der Selbstständigkeit fortgeschrittene Kinder handelt. Er musste später erkennen, dass es sich hier um eine andere Ausdrucksform von Bindungsunsicherheit handelt: das "unsicher-vermeidende Bindungsmuster". Es findet sich offenbar bei Kindern, die schon zu viel enttäuscht worden sind und bereits gelernt haben, sich emotional abzuschirmen, in innere Distanz zu gehen, um neue Enttäuschungen zu vermeiden.

Die weitere Forschung hat gezeigt, dass diese Bindungstypen sehr stabil über die Zeit erhalten bleiben, vom Kleinkind bis ins Erwachsenenalter. Längsschnittstudien, die in Deutschland von dem Ehepaar Klaus und Karin Grossmann durchgeführt wurden, reichen mittlerweile über mehr als 20 Jahre, also vom Baby- bis ins Erwachsenenalter; die Übereinstimmung über diesen Zeitraum hinweg betrug um 90 %. Ebenso hoch ist auch die Übereinstimmung zwischen dem Bindungstyp der Eltern (den man schon vor der Geburt des Kindes mit Hilfe des AAI, des *Adult Attachment Interviews*, bestimmt hat) und dem des Kindes. Das bedeutet: Wie wir als Erwachsene über familiäre Bindungen denken, wie wir uns in Partnerschaft und Kindererziehung verhalten, wie viel Nähe wir zulassen, suchen oder meiden, das ist in höchstem Maße beeinflusst durch unsere eigenen frühkindlichen Erfahrungen, bzw. durch die entsprechenden Verhaltensweisen unserer Eltern. Immerhin verbleibt uns eine Chance von 10 %, um uns diesbezüglich weiter zu entwickeln - falls wir nicht schon zu den glücklichen 60 %

der "sicher Gebundenen" gehören!
Für den klinischen Bereich sind folgende Befunde von besonderer Bedeutung: Bei Personen, die an einer psychischen Krankheit oder Störung leiden, liegt der Prozentsatz der unsicheren Bindungsmuster wesentlich höher als in der Normalbevölkerung. Die folgende Tabelle zeigt die hier beobachtete Verteilung:

Verteilung von sicheren und unsicheren Bindungsmustern (gemessen mit AAI), verglichen in Normalbevölkerung und klinisch auffälligen Gruppen

Nach einer metaanalytischen Studie (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg 1966): 14 Studien, N = 688. Vgl. Buchheim 2005.

	Normalbevölkerung	Klinische Gruppe
Sichere Bindung	55-65 %	13 %
Ds = dismissing (unsicher-vermeidend)	15-20 %	41 %
E = enmeshed/preoccupied (unsicher-ambivalent)	10-20 %	46 %

Man sieht, dass die beiden unsicheren Bindungsmuster (die im *Adult Attachment Interview* etwas andere Bezeichnungen tragen) in der Gruppe der Personen mit psychischen Störungen ungleich häufiger vorkommen, nämlich zusammen 87 % ausmachen. D.h. der aller größte Teil der Menschen, die eine psychische Störung entwickeln, hatte (mit 90 %iger Wahrscheinlichkeit) schon als Kind ein unsicheres Bindungsmuster! Obwohl diese unsicheren Bindungsmuster, wie Bowlby betont, noch nicht pathologisch, also Varianten "normalen" Verhaltens sind, stellen sie doch einen *Risikofaktor erster Ordnung* für psychische Erkrankungen dar. Das bedeutet: Ohne eine sichere Bindung in der Kindheit hat der Mensch ein vielfach höheres Risiko, psychisch zu erkranken.

Anwendung auf die therapeutische Beziehungsgestaltung

Was sagen uns diese Forschungsergebnisse für die Behandlung von Psychosen, für den Umgang mit Menschen in einer psychotischen

Krise? Wahrscheinlich erfahren wir hier nichts grundlegend Neues, aber vielleicht stellt sich uns das schon Bekannte in neuem Zusammenhang dar.

Was ist eine Psychose? Sicher *nicht nur* eine Stoffwechselstörung in Gehirn, aber vermutlich auch *nicht immer* das Ergebnis einer „Beziehungskatastrophe“. Eine einfache Definition könnte lauten: Eine Psychose ist ein seelischer Ausnahmezustand, der - sofern er nicht auf eine chemische Vergiftung zurückzuführen ist - durch seelische Erschütterungen ausgelöst wird, die mit den üblichen Verarbeitungsmitteln der Psyche nicht mehr aufgefangen werden können. Es geht also um *emotionale* Erschütterungen, durch die dann auch das Denken und der Realitätsbezug der betreffenden Person durch einander geraten. Und das ist etwas, was grundsätzlich jedem von uns passieren kann. „Wer über gewisse Dinge den Verstand nicht verliert, der hat keinen zu verlieren!“ - so sagte schon Gotthold Ephraim Lessing vor über 200 Jahren; damals gab es noch keine Psychiatrie! (in: Emilia Galotti, 1782). Was also braucht ein Mensch in einer psychotischen Krise - d.h. wenn er eine emotionale Erschütterung erlebt, die er nicht mehr zu verarbeiten vermag?

Erstens: In einer solchen Situation ist bei jedem Menschen, auch dem erwachsenen, wie bei dem Kind in Not, das *Bindungssystem aktiviert*. Das heißt, der Mensch sucht die Nähe einer Vertrauensperson. Das ist keine pathologische Abhängigkeit oder kindliche Regression, sondern ein normales Verhalten, das einem uns angeborenen Grundbedürfnis, einem biologisch angelegten Trieb entspringt. Jeder Mensch in einer seelischen Krise braucht also zuerst die Nähe einer Bezugsperson, die bereit ist, zuzuhören, vielleicht etwas Tröstendes zu sagen, aber vielleicht auch nur still da zu sein, wenn es nichts mehr zu sagen gibt. Wenn der Betroffene nichts mehr sagen kann oder möchte, weil seine Gedanken und Gefühle zu sehr durch einander geraten sind. Oder wenn er abweisend oder gar feindselig reagiert, weil er verängstigt, enttäuscht oder traumatisiert ist. Dass dann jemand da ist, der einen nicht als „verrückt“ behandelt, der einem vielmehr das Gefühl vermittelt, dass diese Krise vorüber gehen wird, ja einen Sinn haben kann, den man vielleicht eines Tages zu entschlüsseln vermag.

Das ist übrigens ziemlich genau das, was man in der Soteria im „weichen Zimmer“ machen soll: einfach „dabei sein“ - *to be with*. Nur dass die

Vertreter dieses bemerkenswerten Modells einer alternativen Psychiatrie den Zusammenhang mit der Bindungstheorie noch nicht entdeckt haben - in dem Buch von Ciompi und Mitarbeitern „Wie wirkt Soteria?“ (2001) kommen die Wörter „Bindung“ oder „Bindungstheorie“ nicht vor!

Eine solche Bezugsperson - das können Freunde oder Angehörige sein, oder der Partner, wenn eine echte Vertrauensbeziehung besteht (und wenn der Betreffende nicht gerade die Erschütterung ausgelöst hat!). Das können aber auch Profis sein, wenn sie denn einen vertrauensvollen Kontakt anzubieten vermögen und nicht gleich mit einer Spritze daher kommen oder mit einem Unterbringungsbeschluss drohen. Die Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen sollten sich bewusst sein, dass dieses Angebot eines vertrauensvollen Kontaktes das Wichtigste ihres Handelns ist, ja das „hochpotenteste“ Therapie- instrument überhaupt, weil es der Bedürfnisstruktur des Menschen entspricht und seiner tiefsten Sehnsucht entgegen kommt. Umgekehrt wird ein Verpassen dieser Chance und ein bloß äußerliches Agieren auf der Ordnungs- oder Machtschiene den verstörten Menschen in seinem „unsicheren Bindungsmuster“ bestärken. Das kann dann tatsächlich zu einer „Beziehungskatastrophe“ führen, zu einem immer stärkeren Rückzug in das eigene Innere wie in einen Luftschutzbunker, wo dann nur noch das Kopfkino läuft und aus der Krise eine chronische Psychose wird.

Zweitens: Das Grundbedürfnis nach Nähe kann überlagert sein durch eine ebenso große und aktuell wirksamere *Angst vor Nähe*. Diese entsteht durch entsprechende Erfahrungen von Verlassen-Sein, die schon sehr früh einsetzten und offenbar traumatischen Charakter hatten. Das ist nicht immer *Schuld* der Eltern, oder gar nur der Mütter! Auch Krankheiten des Kindes oder allgemeine Notzeiten - man denke an Kriegs- oder Flüchtlingsschicksale - können solche Auswirkungen haben. Aber leider gibt es auch Familienkonstellationen, in denen das Kind eine feindselige, bedrohliche Umwelt erlebt. Wir hören häufig genug die Schreckensnachrichten von verhungerten oder misshandelten Kleinkindern. Das Phänomen des „Verfolgungswahns“ stellt nicht ohne weiteres ein Hirngespinnst kranker Individuen dar, sondern spiegelt wohl die traumatische Urerfahrung einer bedrohlich erlebten Umwelt wider.

Von Menschen mit einer solchen Urerfahrung können wir nicht erwarten, dass sie auf unsere

Kontaktangebote ohne weiteres mit Offenheit und Vertrauen eingehen können. Im Gegenteil: oft erleben wir hier Misstrauen und Rückzug, ja auch schroffe Zurückweisung. Wenn in den Leitlinien zur Schizophreniebehandlung zu lesen ist, eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung sei die Voraussetzung der Psychotherapie, so verkennt dies die Schärfe des Problems: die Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung ist hier nicht Voraussetzung, sondern Hauptgegenstand und Ziel der Therapie!

Für den praktischen Umgang mit an einer Psychose erkrankten Menschen heißt dies: Wir dürfen sie mit unserem Nähe-Angebot nicht überfahren! Dr. Dümpelmann von der Fachklinik Göttingen- Tiefenbrunn erzählte uns in einem Workshop die Fallgeschichte eines jungen Mannes, der in einer psychotischen Eigenwelt gelebt hatte und völlig verunsichert und verschlossen auf die Station kam. Ein junger, sehr freundlicher Arzt nahm sich seiner an, worauf der Patient auftaute, ja unglaubliche Fortschritte zu machen schien - bis er eines Tages fluchtartig verschwand und nie mehr auftauchte. Offenbar hatte die ungewohnte Nähe bei ihm tiefliegende Ängste und ein Grundgefühl von Bedrohung mobilisiert, wahrscheinlich von homoerotischen Verfolgungsvorstellungen durch- mischt.

Thomas Bock brachte gestern das Beispiel eines „widerspenstigen“ Patienten, der nach einem gelungenen Erstkontakt zwar immer wieder in die Ambulanz kommt, allerdings völlig unregelmäßig und stets ohne Voranmeldung. Ich sehe darin keinen therapeutischen Misserfolg, auch nicht teilweise; vielmehr ist dies offenbar gerade *die* Form von Kontakt und Nähe, die der junge Mann gerade noch zulassen kann. Dass er überhaupt immer wieder kommt, aus eigener Initiative, ist gewiss ein großer Erfolg! Und wohl mit Bedacht muss er unangemeldet kommen - nur so behält er die *Kontrolle* über die entstandene Beziehung. Mir selbst fallen in diesem Zusammenhang drei meiner Psychotherapie-Patienten ein, die die Diagnose „schizophrene Psychose“ hatten, denen ich - so glaube ich wenigstens - ein gutes Stück weiter helfen konnte. Dabei war es unvermeidlich, dass wir uns emotional näher kamen. Alle drei Patienten haben danach irgendwann den Kontakt zu mir mehr oder weniger radikal abgebrochen. Ich kann das akzeptieren und sehe darin keinen Misserfolg.

Mit dem Stichwort „Kontrolle“ kommen wir zu

einem dritten, wichtigen Punkt, der sich ebenfalls aus der Bindungstheorie ergibt. Das Kind braucht nicht nur „Bindung“ (als Inbegriff von Sicherheit, Zuwendung und Liebe), sondern auch die Chance zur Entwicklung von Autonomie und Freiheit - und auch das von ganz früh an. Bowlby sah das Bindungssystem komplementär zu einem anderen Verhaltensprogramm, dem Explorationssystem. Wenn das Kind nicht Angst oder Schmerzen oder Hunger hat, möchte es allzu lange nicht auf dem Schoß der Mutter sitzen bleiben, sondern will - einem ebenso angeborenen Trieb folgend - die Welt erkunden. Es krabbelt herum, öffnet alle Schubladen, die es erreichen kann, drückt alle Knöpfe der Fernbedienung, bis sich eine Wirkung einstellt, oder öffnet den Kühlschrank und beobachtet mit freudigem Interesse was passiert, wenn es ein Ei herunter fallen lässt. Die Mutter wertet das als „ungezogen“ oder mindestens störend, aber aus der Perspektive des Kindes ist das ein spannendes, gelungenes Experiment mit der Schwerkraft!

Zwei Dinge braucht der Mensch: Liebe und Freiheit. Elterliche Liebe, die das Kind umsorgt, ihm aber nicht auch die Freiheit gibt, eigene Erfahrungen zu sammeln und seine eigenen Wege zu finden, würde seine Entwicklung zu einer gesunden Persönlichkeit gefährden. Menschen, die einen „Beeinflussungswahn“ entwickeln, haben wohl schon sehr früh die Grunderfahrung des „Übermächtig-Werdens“ gemacht. Es gibt leider Väter und Mütter, die auch noch ihre adoleszenten oder gar erwachsenen Kinder „fernsteuern“ möchten. Die ihnen vorschreiben, was sie denken, fühlen oder tun sollen. Demgegenüber betonte schon Bowlby mit seinem Konzept der „Feinfühligkeit“ als Grundtugend der Bindungsperson (englisch „sensitive responsiveness“) dass die Impulse vom Kind ausgehen und wir auf diese *antworten* müssen. Der Babyforscher Daniel Stern geht soweit zu sagen, dass durch diesen frühen Dialog sich ein „Kern-Selbst“ im Kleinkind ausbildet, das die Wurzel des späteren Identitätsgefühls darstellt. Es bedarf keiner großen Fantasie um sich vorzustellen, was passiert, wenn diese Phase der Ich- und Identitätsentwicklung verpasst wird oder misslingt - dies ist offenbar die Wurzel späterer „Ich-Störungen“, zu denen man ja gerade die psychotischen Erkrankungen zählt.

Was folgt daraus für den Umgang mit psychotisch erkrankten Menschen? Jede Art von Freiheitsberaubung, Zwangsmaßnahmen oder

Entscheidungen über den Kopf des Betroffenen hinweg sind strikt kontraindiziert, sind Gift für diese Menschen. Weil sie das Gefühl der Fremdsteuerung - die Wurzel des Beeinflussungswahns - verstärken. Das heißt nicht, dass man niemals Zwang anwenden darf, z.B. indem man die Stationstür geschlossen hält, wenn ernsthafte Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt - aber man muss es den davon Betroffenen peinlich genau erklären. Aber das ist noch nicht alles: Auch jede Form von Fremdbestimmung löst beim Patienten zumindest inneren Widerspruch aus. Das gilt schon für die Diagnose: Auf die Definition: „Sie haben eine Psychose!“ sagt oder denkt sich der Patient: „Was soll denn der Quatsch - die anderen spinnen doch!“ Erst recht gilt das, wenn wir versuchen, dem Patienten einen „Therapieplan“ oder gar weitergehende Lebensplanungen aufzudrücken, die er nicht selbst mit bestimmt hat. „Verhandeln statt behandeln“ - diese fortschrittliche Maxime bekommt hier ihre theoretische Begründung.

Die therapeutischen Interventionen müssen bewusst darauf abzielen, dem psychotischen Menschen zu versichern, dass die angebotene Hilfe in jedem Fall seine Persönlichkeit respektieren und ihn in seinem Bedürfnis nach Autonomie und Selbstaufwertung stärken wird.

Zusammenfassung und Ausblick

Wir haben gelernt, dass schizophrene Erkrankungen eine Verlaufs-Wahrscheinlichkeit aufweisen, die sich auf etwa drei Drittel verteilt: bei einem Drittel bleibt es bei einer vorübergehenden Episode, ein weiteres Drittel hat weitere Episoden, ohne eine fortschreitende Verschlechterung des Gesamtzustandes, und ein letztes Drittel chronifiziert. Gehört das zur Natur der „schizophrenen Erkrankung“? Oder ist das vielleicht nur das traurige Resultat dessen, was wir allzu lange falsch gemacht haben im Umgang mit Menschen, die eine psychotische Krise erleiden?

Es ist zweifellos von entscheidender Bedeutung, dass wir verstehen, was ein Mensch in der Krise, speziell in einer psychotischen Krise braucht. Wie muss ein therapeutischer Umgang mit schizophren erkrankten Menschen aussehen? Aus den vorausgegangenen Ausführungen ist wohl deutlich geworden, dass es sich hierbei nicht um ein technisches Know-how handelt, vielmehr um eine menschliche Grundhaltung - die gleiche, die im Grunde auch Angehörige und

Freunde der erkrankten und befremdlich gewordenen Person entgegen bringen sollten und können. Es sind drei einfache Grundregeln, die jeder lernen kann, und in denen man doch nie ausgelernt hat. Es sind Elemente einer „psychotherapeutischen Grundhaltung“, wie wir sie etwa in den Fortbildungsreihen der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) zu vermitteln versuchen:

1. Eingehen auf das hinter der ersten Ablehnungsfront verborgene Bedürfnis nach Nähe und Kontakt. Bereitschaft, sich einzulassen auf ihre paradoxe Weise der Kommunikation. Sich nicht abschrecken lassen von der Fremdartigkeit ihres Verhaltens und ihrer Interaktionen. Ihre „psychotischen“ Äußerungen nicht als irrelevante Produktionen eines kranken Gehirns abtun, vielmehr sie als verschlüsselten Botschaften eines Hilfesuchenden, aber von abgründigen Ängsten geplagten Menschen annehmen und zu verstehen versuchen.

2. Anerkennen des Bedürfnisses nach mehr Distanz, als uns vielleicht vernünftig oder wünschenswert erscheint. Das heißt zugleich: Respektieren der verletzenden Vorerfahrungen dieses Menschen. Vorsichtige Schritte anbieten zur Überwindung dieser Distanz, so dass korrigierende emotionale Erfahrungen möglich werden, wohl wissend dass dies lange Zeit und geduldiges Begleiten „aus sicherer Distanz“ erfordern kann.

3. Striktes Respektieren der Autonomiebedürfnisse dieses Menschen, Verzicht auf Hauruck-Lösungen, die die Selbstbestimmungsrechte des sich in seiner Autonomie, ja in seiner Identität bedrohten Menschen außer Kraft setzen würden. Statt dessen: Stärkung dieses kostbaren Pflänzchens, des Autonomiebedürfnisses, das den Kern unserer Individualität ausmacht.

Es geht also um menschliche Grundtugenden und Grundregeln menschlicher Kommunikation, freilich mit gewissen Akzentsetzungen, die die Vorerfahrungen eines seelisch leidenden Menschen berücksichtigen. Wir haben diese aus der Bindungstheorie abgeleitet, weil hier, in der Entwicklung des Kindes, die Grundlinien stabiler oder eben instabiler seelischer Gesundheit besonders deutlich werden. Das was ein Kind braucht, um sich seelisch gesund zu entwickeln, braucht auch der erwachsene Mensch, um seelisch gesund zu bleiben, und das braucht erst recht auch der seelisch erkrankte Mensch, um wieder gesund zu werden. Der Mensch ist

seinem Wesen nach auf Kommunikation angewiesen, eine gesunde Persönlichkeit kann sich nur im Dialog entfalten und braucht den Dialog, um „human“ zu bleiben. „Der Mensch wird durch das Du zum Ich“, so fasst Martin Buber diese Erkenntnis zusammen. Dass dies auch für den schizophren erkrankten Menschen gilt, absolut und sofort, nicht erst *nach* der Krise, wenn er „wieder vernünftig geworden“ ist, das ist der Schlüssel zum Verständnis einer therapeutischen Grundhaltung.

Literatur:

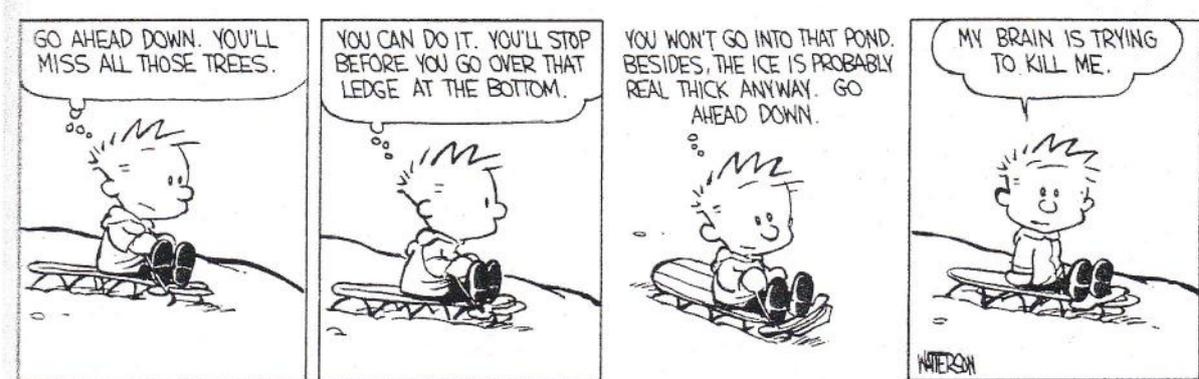
- Bock, T.** (2007): Eigensinn und Psychose. "Noncompliance" als Chance. Neumünster.
- Bowlby, J.** (1960): Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15, S.3-39.
- Bowlby, J.** (1969/1973/1980): Bindung / Trennung / Verlust (dt. Ausgabe des Hauptwerkes: 3 Bände, München, 1975/1976/1983).
- Buchheim, A.** (2005): Methoden der Erwachsenen-Bindungsforschung und Ergebnisse zu Bindung und Psychopathologie: Implikationen für die Psychiatrie. In: Urban, M.; Hartmann, H.-P. (Hg.), Bindungstheorie in der Psychiatrie, S.-32-45.
- Ciampi, L.; Hoffmann, H.; Broccard, M.** (Hg.) (2001): Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet. Bern.
- Freud, S.** (1914): Zur Einführung des Narzissmus. *GW X*, S. 137-170 (Frankfurt 1999).
- Grossmann, K.; Grossmann, K.E.** (2004): Bindungen - das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart.
- Homes, J.** (1995): Something there is that does not love a wall: John Bowlby, attachment theory and psychoanalysis. In: Goldberg, S.; Muir, R.; Kerr, J. (Hg.), Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives. New York, S. 19-45.
- Kipp, J.** (1996), Beziehung und Psychose. Stuttgart.
- Stern, D.** (1985): The Interpersonal World of the Infant. New York. Dt.: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, 1992. Bindungsentwicklung und Bindungsstörung. Stuttgart, S. 137-141.
- Urban, M.; Hartmann, H.-P.** (Hg.) (2005): Bindungstheorie in der Psychiatrie. Göttingen.

Martin Urban ist Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis und hat sich langjährig beim Aufbau und der Betreuung von Wohngruppen für psychisch kranke Menschen engagiert. Er ist maßgeblich beteiligt an Aufbau und Durchführung der DGSP-Fortbildung „Psychotherapeutische Grundhaltung in psychiatrischen Arbeitsfeldern“.

Mentalisierungszeichnungen III



Den Anderen aus dem eigenen Blickwinkel erkennen, und sich selbst aus dem Blickwinkel der Anderen – das ist leicht gesagt. Was aber, wenn man schon ins Schlingern kommt, wenn man sich selbst mit den eigenen Augen erkennen und dabei die Verwicklungen überblicken soll, in die man durch widersprüchliche Strebungen verschiedener eigener Anteile gerät? Es mag ja noch angehen, wenn der interne Streit einen einfach zur Tatenlosigkeit verurteilt.



Was aber, wenn einen der eine innere Anteil in Gefahren zu schubsen versucht, denen sich alle übrigen Anteile nicht gewachsen sehen? Wenn der Kopf behauptet, man würde an all den Bäumen vorbei rodeln können, würde vor dem Felsen dort zum Stehen kommen und nicht bis zu dem Teich sausen, dessen Eis möglicherweise doch viel zu dünn ist, um einen kleinen Jungen samt Schlitten zu tragen? Mein Hirn versucht mich umzubringen. Jeder gegen jeden.



In langwierigen Erprobungen wird das Verhältnis von Vernunft und Realität einjustiert. Nicht alles was wünschenswert scheint ist umsetzbar. Allgemeine Redensarten und Spruchweisheiten helfen nicht immer weiter. Manchmal muss man einsehen, dass man etwas gaanz, gaanz Ungezogenes oder Dummes machen muss, einfach weil es überhaupt keine Alternativen gibt.

Tagungsbericht Eins

Sensation! Denken und Fühlen jetzt wieder versöhnt!

Achte öffentliche Fachtagung der NAPP am
31.10./1.11.2008 in Bremen

von Ingo Engelmann

170 Fachleute der psychiatrischen und psychotherapeutischen Szene Norddeutschlands trafen in Räumen des Bremer Zentralkrankenhauses Ost zu einer zweitägigen Tagung zusammen, um in mehreren Fachvorträgen, in Workshops und in zwei analytischen Großgruppensitzungen dem Thema „Mentalisierung und psychodynamische Psychiatrie“ zu begegnen. Es war die achte öffentliche Arbeitstagung der NAPP.

Eröffnet wurde sie vom Vorsitzenden Wolfgang Trautvetter, Psychoanalytiker aus Hamburg. Er betonte den Aspekt der Interaktivität, der spätestens durch die Mentalisierungskonzepte in die psychoanalytischen Entwicklungsmodelle fest eingebaut worden ist. Dabei sei die schon von Michael Balint beschriebene „Unaufdringlichkeit“ geboten, um mit der gegenseitigen Wirksamkeit sowohl in der Entwicklung wie in der Therapie verantwortlich umzugehen.

Einzelne Facetten dieser Entwicklungsmodelle griff Carola Bindt auf, Kinder- und Jugendpsychiaterin, Analytikerin und stellvertretende Chefin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik am UKE in Hamburg. Aber zunächst doch etwas verweilen bei diesen wunderbaren kleinen Lebensweisheiten aus der beobachtenden Entwicklungspsychologie, die Frau Bindt unter das Publikum streute: Das Kind isst am liebsten Schokoladen. Die Mutter mag am liebsten Salzcracker. Wenn man das Kind auffordert, doch der Mutter mal etwas

abzugeben, wird es bis zum Alter von ca. 18 Monaten seiner Mutter Schokolade in den Mund schieben. Denn Schokolade isst „man“ am liebsten. Wenn das Kind älter ist, gibt es der Mutter Salzcracker, denn die mag die Mutter am liebsten (soll sie ruhig essen, bleibt mehr Schokolade für mich, mag das Kind denken). Fazit: in den ersten anderthalb Jahren hat das Kind keine Vorstellung davon, dass es Unterschiede zwischen den Menschen gibt (z.B. unterschiedliche Naschgewohnheiten und –vorlieben). Die Unterschiede (man nennt sie auch Intersubjektivität, Individualität, differenzielle Identität usw.) sind das Ergebnis zahlloser kleiner Entwicklungsschritte auf dem Wege zu einem unabhängigen Bewusstsein. Bewusstsein.

Außer solchen „alltagswissenschaftlichen“ Fundierungen hatte Frau Bindt eine Unmenge von Fakten zusammen getragen, die sich zu einem komplexen Bild der Entwicklung gruppieren. Ursprünglich hatte sich seit den achtziger Jahren die „Theory of Mind“ (ToM) damit beschäftigt, wie in einem biologischen Reifungsprozess die Fähigkeit wächst, psychische Prozesse zu entschlüsseln und das Leben als Äußerung seelischer Konstellationen beim Individuum selbst sowie bei seinen Mitmenschen zu verstehen. Dabei geht es vorwiegend um kognitiv-vernünftige Seiten der Person, also um ihre kortikalen Hirnaktivitäten. Die Mentalisierungskonzepte beziehen sich nun stärker auf die hypothalamischen Strukturen des Hirns, also auf Gefühle und Affekte, auf Wünsche und „Verständnis“ im Sinne eines sympathisierenden Mit-Fühlens. Die Fähigkeit, wie andere zu fühlen, entwickelt sich früher als die Fähigkeit, mit anderen zu fühlen. In der Theory of Mind wird konzipiert, wie wir dazu kommen, unsere Gefühle und die anderer kognitiv in ein Verhältnis zu setzen. Wahrnehmung von sich selbst und den anderen steht dabei im Mittelpunkt. Die Mentalisierungskonzepte machen den nächsten Schritt und beschreiben das In-Beziehung-Treten der verschiedenen Gefühlswelten einzelner Personen. Dazu bezieht man das Gefühl des Gegenüber ein sowie seine prospektiven Reaktionen und die wechselseitige Regulierung der Affekte. Grundlage dafür ist die Trias: Gefühle wahrnehmen – Gefühle unterscheiden – Gefühle regulieren.

Wenn eine Tür zuknallt, erschrickt auch der kleine Mensch schon heftig, ohne zu wissen, was da los ist. Er nimmt die Basisemotionen ab dem sechsten Lebensmonat wahr, und dazu gehören Furcht, Wut, Freude, Trauer, Vertrauen, Ekel, Überraschung und Neugier. Es nimmt sie wahr – aber es kann sie noch

nicht erkennen und voneinander sondern. Bildgebende Verfahren zeigen, dass die entsprechenden Hirnareale aktiviert werden, aber das kleine Kind kann diese Botschaft noch gar nicht entschlüsseln. Entsprechend wird das kleine Kind nach dem Zuknallen der Tür und dem innerlich wahrgenommenen Reiz (dass sich der z.B. aus Furcht und Überraschung mischt, weiß es noch nicht) die Mutter fragend ansehen: was ist es, was ich da spüre? Ist das gefährlich? Die Mutter wird eine markierte Spiegelung zurücksenden („Booaahh, hat die Tür aber geknallt!“) und dem Kind signalisieren, dass es keine Angst haben soll. Da findet Mentalisierung statt.

Der Entwicklungsschritt „fühlen mit“ als prosozialer Prozess beruht zwingend auf Interaktion. Allein kann man das nicht hinkriegen. Für eine gelungene Entwicklung heißt das aber nicht notwendig, dass die Interaktion perfekt sein muss. Im Gegenteil: Wachstum ergibt sich aus den kleinen Abstimmungsfehlern, aus Missverständnissen und Irrtümern oder aus Unterschieden. Viel wichtiger als Perfektion sind die Reparaturversuche, die einsetzen, wenn etwas nicht geklappt hat. Klappt die Reparatur – stimmt die Beziehung (und umgekehrt).

(Einschub: In diesem Kontext lässt sich auch nachvollziehen, welche Anziehungskraft die darstellende Kunst der Pantomime noch für uns Erwachsene hat. Markierte Spiegelung als Kern unserer mentalen Entwicklung geht fast immer mit einer pantomimischen Überzeichnung einher. Die Pantomime knüpft also immer an die jedem von uns vertraute Erfahrung an, mit der uns die Welt früher mal erklärt wurde).

Die Bewertung des Videos, mit dem Frau Bindt ihren Vortrag abschloss, fiel eher kontrovers aus. Es hieß „Leo und das Krokodil“ und zeigte eine Szene mit Vater und Sohn. blieb den einen die Spucke weg ob eines derart kaltschnäuzig - uneinfühlsam agierenden Vaters, kritisierten andere (vorwiegend Männer??) die mangelnde Aussagekraft der Ausnahmesituation „Video-Aufnahme“ im Spezialsetting „Nachbarschaft“. Die Diskussion hält noch an... Ebenso bedarf weiterer Klärung, ob Mütter tatsächlich (wie Frau Bindt sagt) eher Probleme haben, einen angemessenen und kreativen Als-ob-Modus einzunehmen, und eher dazu neigten, in ausdauernder Äquivalenz zu ertrinken.

Abschließend ein weiterer praktischer Rat-schlag der Entwicklungspsychologin: Wenn einem ein Affe was wegnimmt (was hier-

zulande im Alltag eher selten vorkommt, aber in Sri Lanka oder im Safari-Park Hodenhagen an der Tagesordnung ist) soll man schnell irgend etwas wegwerfen. Instinktives Imitationsverhalten wird augenblicklich dazu führen, dass der Affe das Diebesgut auch von sich wirft und man sein Eigentum blitzartig wieder aufsammeln kann. Man sieht: Säuglingsforschung findet nicht im Elfenbeinturm statt – sondern manchmal eher auch im Urwald und ist ausgesprochen praxisbezogen.

Soweit zum Eröffnungsvortrag der Tagung in einiger Ausführlichkeit. Die beiden Referate von Rose Ahlheim, Kinder- und Jugendanalytikerin aus Frankfurt, sowie Reinhard Lindner, Psychiater und Psychoanalytiker aus Hamburg, werden im Tagungsband nachzulesen sein und sollen hier daher eher cursorisch skizziert werden. Dabei soll vorweggenommen werden, dass beide Beiträge einer eingehenden Reflektion absolut würdig sind – also unbedingt im Tagungsband nachlesen, wenn dieser erscheint!

Frau Ahlheim berichtete von einer ungefähr drei bis vier Jahre dauernden Analyse einer anfangs siebzehnjährigen jungen Frau. Diagnostisch könnte man im ICD-Jargon von einer anorektischen Essstörung, massiver emotionaler Instabilität sowie Impulsdurchbrüchigkeit sprechen. Die junge Klientin hatte so ziemlich alles zu bieten, was einem als Therapeuten den Schweiß auf die Stirn treiben und (ohnmächtigen) Zorn ins Herz pflanzen kann. Gleichzeitig hatte sie die Gabe, Frau Ahlheims mitfühlendes Verständnis anzusprechen. Das war ihr Glück. Immer wieder überraschte sie mit massiven Projektionen, die über die Maßen irrational und ungerecht waren, so dass man als Zuhörer schon den Beschreibungen von Frau Ahlheim kaum in Ruhe folgen konnte, ohne permanent den Kopf zu schütteln oder ein tendenziell resigniertes Stöhnen auszustoßen. Beeindruckend die klaren Interventionen der Analytikerin, fokussiert in einer spektakulären Szene: Als die Klientin zu Beginn der Therapie Suizidankündigungen ausstößt und den Raum schnaubend verlassen will, steht die kleine zarte Frau Ahlheim vor dem Ausgang und sagt: So lasse ich Dich hier nicht raus. Wenn Du mich aber jetzt schlägst, ist die Therapie beendet. Man kann sich vorstellen, dass man von den Energieblitzen, die zwischen den beiden jetzt hin- und hergehen, ein Einfamilienhaus eine ganze Zeit mit Strom versorgen könnte. Dann setzt sich die Klientin wieder hin. Ein Highlight aus der Galerie „Große Momente der Psychotherapie“.

Über massive Äquivalenz-Vernebelungen, agierende Unfälle, Aggressionsausbrüche in der Klinik mit selbstinduzierter Zwangsunterbringung, über Schmerz und Wut führt die Therapie zu Trauer und zum Abschied von einer unter massiven Mängeln durchlittenen Jugend. Schuldgefühle über die grenzüberschreitenden Ausbrüche und manipulierenden Erpressungen dürfen auftauchen und erlebt werden. Mentalisierung war bei der Therapiedurchführung nicht im Visier. In der rückblickenden Analyse kann sie allenthalben ausgemacht werden (Mentalisierung ist eben nicht etwas völlig Neues – es ist ein neuer Blickwinkel). Der Vortrag von Frau Ahlheim ergänzte auf geniale Art und Weise den Fakten-Input von Frau Bindt um die praktische, lebendige Seite der Therapie.

Der Vortrag von Reinhard Lindner setzte die Betrachtungsebene von Frau Ahlheim fort: nicht die Umsetzung mentalisierungsorientierter Konzepte stand im Mittelpunkt, weil es darüber im Bereich der Geriatrie noch gar keine Publikationen gibt. Auf entsprechende Nachfrage bestätigte das auch Peter Fonagy, den Herr Lindner befragte: Mentalisierung und Alter – das ist Neuland.

Lindner umriss mehrere Modelle, die entweder ins Alter hinein anwendbar sind (ToM; Weisheitsparadigma; „soziales Gedächtnis“) oder aus der Gerontologie stammen (Disengagement-Modell vs. Kompetenz-Modell). Dabei häufen sich die Hinweise, dass Probleme mit Mentalisierungsprozessen im Alter wohl nicht vorwiegend auf aktuelle Konflikte im Alter zurückgehen, sondern eher auf spät dekomensierte „Sollbruchstellen“ in der Persönlichkeit. Am Beispiel der Validationsstrategie von Naomi Pfeil veranschaulichte Lindner die mögliche Rolle von Mentalisierungskonzepten im Umgang mit dementen Menschen. Die zentrale pflegerische Haltung bei Demenz ähnelt stark der von Eltern gegenüber ihren Kindern: Die Kommunikation dient der Übermittlung von Affektspiegelungen, dem dementen Menschen soll Wirkungserleben ermöglicht werden (MBT: Intentionalität) und es geht um die Nutzung des immensen impliziten Beziehungswissens, das alte Menschen auch in dementen Prozessen bei sich tragen. Demenz als Kombination aus hirnanorganischen Einbußen und symbolischer Wunscherfüllung ist ein sowohl psychoanalytisch als auch mentalisierungsbezogen hochinteressantes Gebiet. Wer hätte das gedacht? Viele Zuhörer dachten auch an ihre eigene Umgebung, Eltern oder Angehörige, und waren entsprechend berührt. Besonders als Reinhard Lindner seinen Bericht

von einem schwierigen Interview mit einem dementen alten Herren so authentisch vortrug, dass die theoretischen Versatzstücke sich mit wortkargem und oftmals blockiertem Leben füllten (was eben doch keine Fülle entstehen lässt, sondern bedrückende Starre).

Am Ende des ersten wie des zweiten Tages stand die analytische Großgruppensitzung unter Leitung von Gerhard Wilke aus London, der die NAPP schon seit über zehn Jahren in Großgruppensitzungen begleitet. Allerdings hatten die analytischen Großgruppensitzungen nach einem ersten „öffentlichen“ Anlauf auf der 2. Arbeitstagung der NAPP 1997 in Lüneburg in den darauffolgenden neun Jahren nur innerhalb der internen NAPP-Tagungen unter Mitgliedern stattgefunden. Es war umstritten gewesen, ob es sinnvoll und zumutbar ist, „fremden“ Tagungsteilnehmern eine analytische Großgruppe mit mehr als hundert Teilnehmern zuzumuten. Aus den damals notierten Erinnerungen einer Teilnehmerin an diese erste analytische Großgruppe, als Herr Wilke nach diversen Äußerungen immer noch schwieg: „Hat er sein Konzept vergessen?“ Es ist verunsichernd für großgruppenunerfahrene Tagungsteilnehmer, mit einem Instrument konfrontiert zu sein, auf das man sich sehr einlassen muss, um es zu verstehen. Man kann es ja kaum vorher erklären, es stellt also an viele Teilnehmer sehr, sehr hohe Anforderungen.

Für die Entwicklung der NAPP allerdings war die Begleitung durch Gerhard Wilke eine zentrale Unterstützung gewesen. Gut besuchte Tagungen und ein scheinbar nicht versiegendes Füllhorn spannender Ideen, die aus allen Bereichen der NAPP zusammenströmten, führten zu euphorischen Höhenflügen innerhalb der NAPP. Im Lauf der Jahre wechselten diese aber auch mit depressiven Phasen ab: war nicht der Zeitgeist gegen tiefende psychodynamische Konzepte auf biologische Stromlinienförmigkeit eingestellt? Die Großgruppe hatte an der Regulation dieser Stimmungslagen einen erheblichen Anteil. Dazu bedurfte es wohl auch für einige Jahre des Rückzugs in den internen Kreis. Nun ist die NAPP erwachsen geworden und ist ausgeglichen und selbstbewusst. Vor zwei Jahren hatte es in Neustadt erstmals wieder eine Großgruppe auf einer öffentlichen Tagung gegeben, die mit ca. 80 Teilnehmern nicht so unübersichtlich gewesen war, und auf der es Licht und Schatten gegeben hatte, wie im richtigen Leben. Nach der Bremer Tagung und ihren lebendigen Großgruppensitzungen jetzt steht fest: die Großgruppe gehört künftig zum unverzichtbaren Ablauf jeder NAPP-Tagung,

egal ob intern oder öffentlich. Die Großgruppe funktioniert und sie stützt die Prozesse von Austausch, Meinungsbildung und Reflektion ganz ungemein. In der Kombination von Vortrag, Workshop und Großgruppe hat die NAPP eine Tagungsform gefunden, in der jeder Teilnehmer sich intensiv erleben und nicht nur lernen, sondern verstehen kann.

Gerhard Wilke nahm auf die neu zu einer NAPP-Tagung zugestoßenen Teilnehmer Rücksicht und teilte mit einigen Sätzen mit, was in einer analytischen Großgruppe geht und worüber gesprochen werden kann. Das sich anschließende unstrukturierte Geschehen ist allerdings kaum protokollierbar, wenn man keine Notizen darüber hat (weil es keinen Stil hätte, in der Großgruppe mitzuschreiben). Hier werden nur ein paar Stichworte in Erinnerung gerufen: Macht und Ohnmacht beschäftigten uns ausführlich, wobei am ersten Tag immer wieder die auf der Tagung erstmals präsenten Pharmafirmen in der Diskussion standen (wobei andere damit kein Problem hatten, dass durch die Firmen die Tagung finanzierbar wurde). Die Alltagstauglichkeit psychodynamischer Anspruchshaltungen wurde hinterfragt. Die Rolle der Mentalisierungskonzepte als einer subtilen Befriedigungsstrategie angesichts gesellschaftlicher Spannungen, für die die Psychiatrie immer mehr eingespannt wird (Forensik), wurde kritisch beleuchtet. Die zwei Tage hatten fast alle als Bereicherung erlebt – war das eine Wundergabe der MBT-Konzepte an uns Teilnehmer? Oder eine Fähigkeit der NAPP und der beteiligten Menschen, in einer lockeren Atmosphäre hochanspruchsvolle Themen emanzipatorisch zu befragen? Die nächste öffentliche Tagung der NAPP könnte unter dem Thema „Macht“ stehen, schlug einer vor, oder „Ohnmacht“, oder „Wirkmacht“. Assoziationen gingen weiter zu „Vollmacht“ und „Ermächtigung“. Wer hat eigentlich Macht? Und ich musste immer (mich damit selber störend) an den Spruch denken, den einer vor wenigen Wochen in einer Arbeitsgruppe losließ: „Da stellt sich dann mal wieder die Machtfrage: wer macht das?“.

Unter dem Strich aber blieb das Ergebnis: Fühlen und Denken sind in der psychodynamischen Psychiatrie wieder versöhnt. Das ist fachlich beweisbar und es geht sogar, es in Form und Inhalt einer Tagung erlebbar zu machen. Kognitive und affektive Prozesse greifen ineinander. Aber die affektiven haben das letzte Wort, und das ist gut so.

*

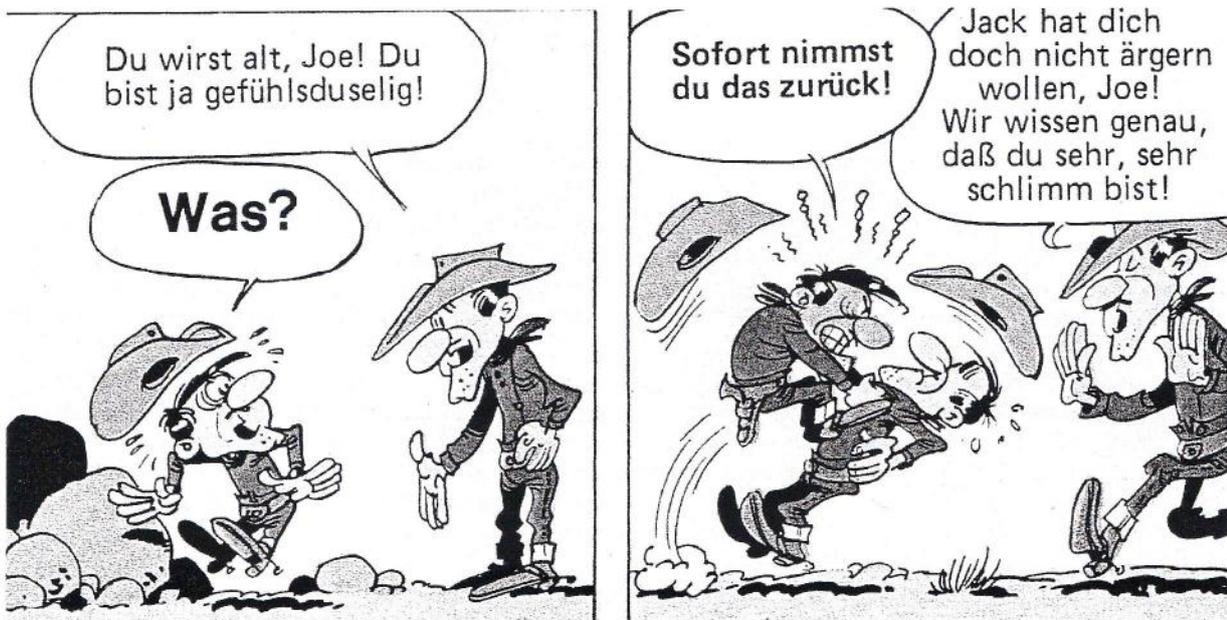
Diese Tagung war nicht so normal, wie man es vom Ablauf her denken konnte. Vor zwei Jahren war die letzte öffentliche Tagung der NAPP nicht ausreichend besucht, um die Kosten zu decken. Es entstand eine Schiefelage, die ein kleiner Verein wie die NAPP nicht so ohne weiteres ausgleichen kann. Das kostete den Vorstand richtig Nerven – und Mut, trotzdem weiter zu machen. Die Tagung in Bremen stand daher unter klarem Erwartungsdruck: die Kosten müssen überschaubar und gering bleiben, und wir brauchen ausreichend viele Teilnehmer. Hinzu kam der Premiercharakter: zum ersten Mal fand eine öffentliche Arbeitstagung der NAPP nicht in einem großen Krankenhaus statt, in dem die NAPP prominent unter den Mitarbeitern vertreten ist und daher technische und organisatorische Unterstützung von dieser Seite in Anspruch nehmen kann. In Bremen gab es nur einen Veranstaltungsraum, der gemietet war – und alles andere blieb am Vorstand, der Geschäftsstelle und vor allem an zwei Personen hängen: Wolfgang Trautvetter und Marita Barthel-Rösing. Sie nahmen Kontakt zu den Referenten auf, organisierten Übernachtungsplätze für diese, kümmerten sich um das freitagabendliche Essen, beklebten die Tagungsmappen, und und und. Eine Unmenge schwer planbarer Anforderungen war zu erledigen, und zeitweise brauchte das eine telefonische Standleitung zwischen Hamburg und Bremen. Glück und Unglück für die Organisatoren: In Bremen lief alles so glatt und wie am Schnürchen, dass überhaupt nichts zu spüren war von der Mühe und Last, die in die Vorbereitung gesteckt wurden. Das ist ja das beste Zeichen dafür, dass die Organisation hervorragend war: man merkte sie kaum. Natürlich waren insgesamt viele NAPP-Mitglieder an der Arbeit beteiligt. Aber Frau Barthel-Rösing und Herr Trautvetter waren wirklich die Macher, an denen letztlich immer wieder alles hing, und dafür gebührt ihnen auch an dieser Stelle ein ausdrücklicher und herzlicher Dank für diese Leistung. Als „Krönung“ bereiten sie eine Veröffentlichung zum Thema mit Texten vieler Referenten der Tagung vor.

Noch ein Mitwirkender soll abschließend namentlich erwähnt werden: Wer auf der Tagung war, wird Herrn Dr. Rösing allenthalben mit seiner Kamera gesehen haben. Er war „offizieller Bildberichterstatler“ und hat dem NAPPO eine Auswahl seiner Fotos zur Verfügung gestellt. Vielen Dank

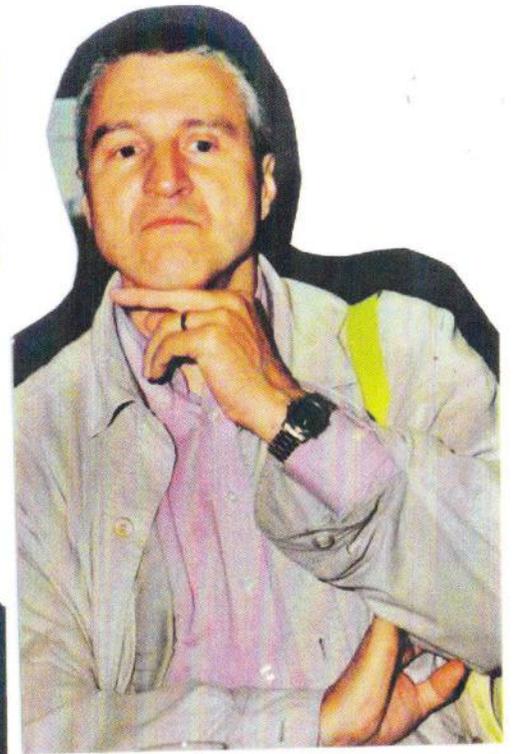
Mentalisierungszeichnungen IV



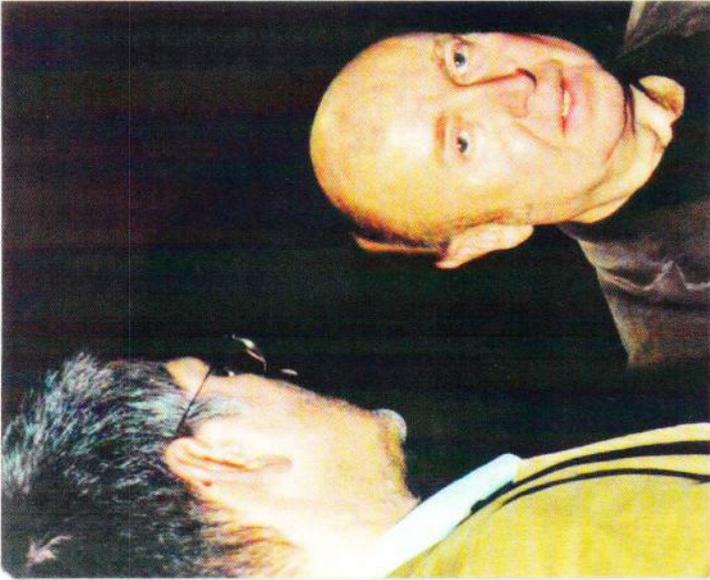
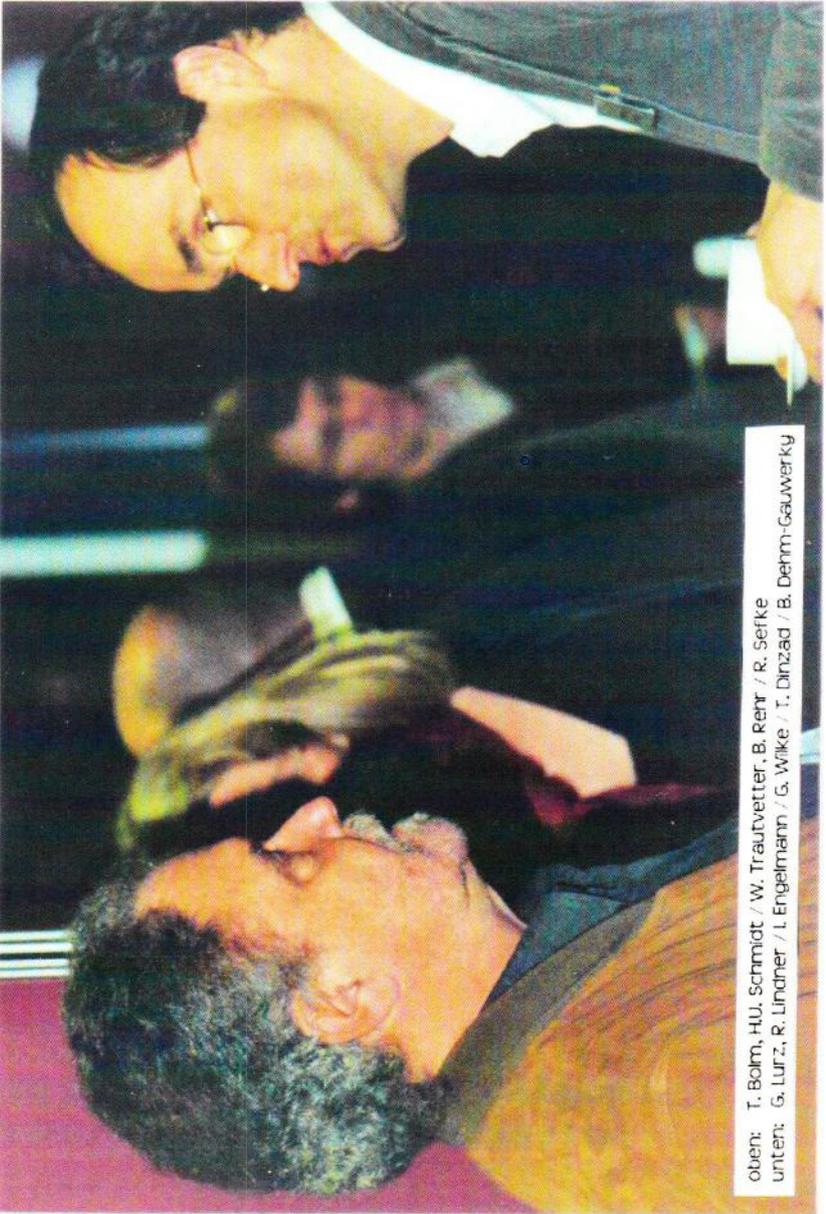
Nicht alle Menschen sind sich immer einig. Oft finden sich ähnliche oder gleiche Haltungen bei den Interaktionspartnern, aber manchmal stellt man auch ganz überrascht fest, dass jemand aus einem anderen kulturellen Umfeld ein ganz eigenes Bezugssystem mitbringt. Der Korse findet, dass man seinen Stolz pflegen soll, notfalls auch lautstark. Wenn man das weiß, kann man sich ja drauf einstellen.



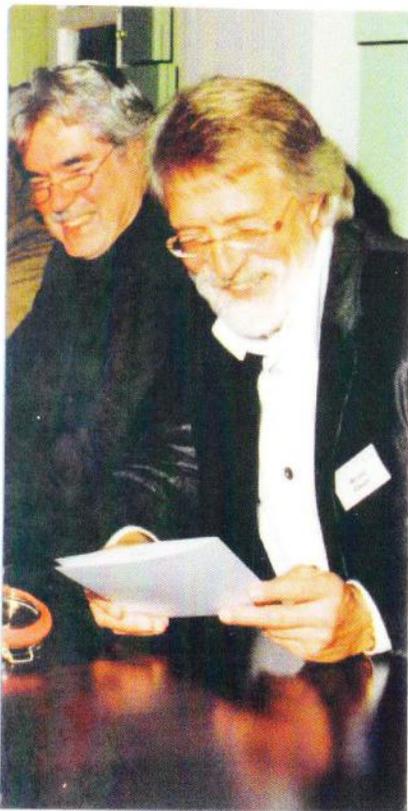
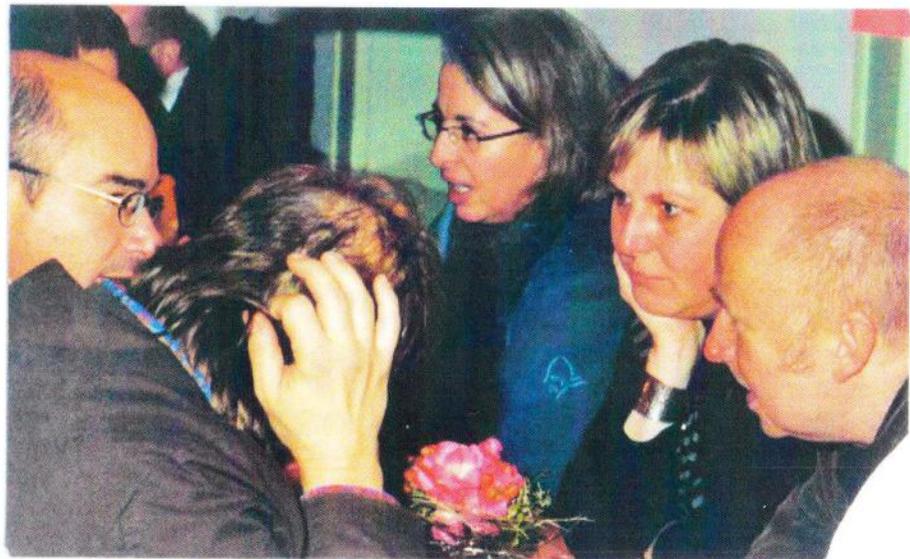
Auch im höheren Alter gelingt es nicht immer, sich rechtzeitig über das System innerer Haltungen zu verständigen, an dem man sich in seiner *peer group* orientieren will. Die Gebrüder Dalton, die durch und durch verdorbenen Gauner, die Lucky Luke immer wieder ins Gefängnis zurück schaffen muss, können sich im Streitfall damit behelfen, dass sie immer zu viert sind und so die unterschiedlichen Blickweisen zusammen fügen zu einem ideellen Gesamtwesen „Dalton“.



oben: M. Barthel Rösing, W. Trautvetter / G. Wilke / M. Barthel Rösing, C. Wendt / H. Schultze-Jena
unten: R. Anihelm / C. Bindt / R. Lindner / W. Trautvetter



oben: T. Böhm, H.U. Schmidt / W. Trautvetter, B. Rehr / R. Serke
unten: G. Lurz, R. Lindner / I. Engelmann / G. Wike / T. Dinzad / B. Dehm-Gauwerky



R. Heitzel, M. Klöpfer, A. Fejerabend, K. Bergner,
C. Witter, S. Bethke, T. Scheller, M. Lammert,
B. Hundt, R. Sattelberger und viele, viele mehr



Psychiatrie - Wandel, Herausforderungen, Perspektiven

Bericht und Bewertung einer psychiatriepolitischen Tagung

von Ingo Engelmann

Das Congress-Centrum in Hannover stellte den Rahmen für eine Tagung, mit der der Beginn einer neuen Tradition gemacht werden soll. "Psychiatrie - Wandel, Herausforderungen, Perspektiven" hieß die Veranstaltung, zu der das "Forum für Gesundheitswirtschaft" und verdi am 19. und 20. Februar 2009 eingeladen hatten. Fast 150 Teilnehmer wurden Zeuge und Akteur eher ungewohnter Begegnungen. Chefärzte und Betriebsratsvorsitzende psychiatrischer Kliniken trafen auf Vertreter von Krankenkassen, privaten Krankenhausträgern und einen Richter am Bundesverfassungsgericht. Einige Krankenschwestern und Psychologen durften auch dabei sein. Die Exklusivität der Tagung fand ihre naheliegende Erklärung in dem Tagungsbeitrag von 548.- Euro, ohne Übernachtung, und nicht mal einen bunten Abend gab es dafür. Die Teilnehmer haben es, so hört man, aber trotzdem nicht bereut (wobei wohl nicht alle den Tagungsbeitrag aus eigener Tasche beglichen haben dürften).

Der Rahmen

Die Veranstalter waren, wie man bald merken konnte, keine Anfänger. Der Beginn um 10.30 Uhr ermöglichte vielen die Anreise am selben Tag. Das Catering half den Tag gut zu überstehen, ohne auszufern. Der Zeitplan war geeignet, ihn einzuhalten. Die beiden Tage hatten eine übersichtliche Struktur: am ersten Tag ging es um Bestandsaufnahme und eine

Sichtung des aktuellen Aufgabenkatalogs, dazu gab es nach der Begrüßung vormittags drei Impulsreferate und nachmittags sechs Parallelangebote ("Foren" genannt) mit jeweils vier bis fünf Fachbeiträgen unter dem Dach einer gemeinsamen Überschrift. Die Inhalte und

Ergebnisse der Foren wurden abschließend im Plenum zusammengefasst.

Der zweite Tag sah ebenfalls Parallelgruppen vor: in vier themenspezifischen Szenarien ging es um Visionen, Besorgnisse und Optionen. Wie wird es 2020 bei den psychiatrischen Behandlungsformen aussehen, wie bei dem Stellenwert der Psychiatrie im Gesundheitswesen, wie bei den Finanzierungssystemen und wie für die Mitarbeiter? Auch diese Gruppenarbeiten wurden im Plenum zusammengetragen und diskutiert.

Im nächsten Jahr soll die Veranstaltung erneut stattfinden. Vielleicht wird man irgendwann künftig nur noch teilnehmen dürfen, wenn man eingeladen wird. Dann werden die Eintrittsberechtigungen auf dem Schwarzmarkt gehandelt werden. Vielleicht tagt man irgendwann in Davos. Aber zurück zum Bericht.

Der erste Tag: drei Vorträge und Forum A bis F

Peter Brückner-Bozetti als Vorsitzender des (mit)einladenden "Forums für Gesundheitswirtschaft" umriss in seinen einführenden Worten das Tagungsthema. Die Psychiatrie, soweit sie in Krankenhäusern stattfindet, ist einem rasanten strukturellen Wandel unterworfen. Institutionen ändern sich: zum einen übernehmen private Unternehmen immer mehr Krankenhäuser. Zum anderen entwickeln sich bei den Häusern in öffentlicher Trägerschaft neue Strukturen rechtlicher und organisatorischer Art. Wie gestaltet sich innerhalb dieser jeweils eigenen institutionellen Matrix der inhaltliche Wandel der Psychiatrie (so es ihn denn gibt)? Der enge Zusammenhang zwischen Psychiatrie und Ökonomie muss bedacht werden, auch in seinen Auswirkungen auf alle Ebenen der Mitarbeiterschaft sowie auf die Struktur der Arbeit und ihre Inhalte.

Das erste Impulsreferat kam von der Bundestagsabgeordneten Helga Kühn-Mengel, die trotz Weiberfastnacht den Weg aus dem Rheinland nach Hannover genommen hatte. In ihrem Beitrag listete sie die Facetten der Psychiatrie aus ihrer Politikerinnen-Sicht auf, aus denen kürzlich als politisches Produkt das

novellierte Krankenhausfinanzierungs-Reform-Gesetz (KHRG) geworden ist. Die zunehmende gesellschaftliche Bedeutung psychischer Erkrankungen wie Angst-erkrankungen und Abhängigkeit und vor allem Depression (Lebenszeit-prävalenz 17% - d.h. jeder sechste erkrankt einmal im Leben an einer Depression) beschäftigt Kassen und Politiker wie auch die Profis in der Psychiatrie. Im Krankenhaus beruhen zehn Prozent aller Behandlungstage auf psychischen Störungen. Seit 1986 hat sich die Fallzahl der stationär psychiatrisch behandelten Patienten verdreifacht. Bei den Frühverrentungen beruht ein Drittel auf psychischen Erkrankungen.

Als Konsequenz aus diesen beunruhigenden Fakten erarbeitete die Politik das KHRG. Frau Kühn-Mengel wies auf die Option hin, dass über die Mindestquote von 90% PsychPV-Umsetzung hinaus auch höhere Quoten erreicht werden können (obgleich offen blieb, wie das geht und ob das überhaupt irgendwo funktionieren wird). Leider war ihr auch nicht präsent, dass von dem Zuwachs an 17.000 Pflegekräften die Psychiatrie ausgenommen bleiben wird. Die in der Diskussion eingeklagte Verbesserung der Bedingungen in der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen konnte sie nicht bedienen - sicher nicht zuletzt deswegen, weil das betreute Wohnen und die Hauskrankenpflege in ein anderes Ressort fallen.

Nichtsdestotrotz war ihrer abschließenden Forderung nichts hinzuzufügen: vorwärts für eine integrierte und gemeindenahe Versorgung bei Stärkung der ambulanten Angebote! Frau Kühn-Mengel, der zu verdanken ist, dass das jetzt oftmals geschmähte KHRG nicht noch viel unzureichender ausfiel, hat den Beifall verdient, der ihr gespendet wurde (wenn auch vielleicht nicht für das zu sehr im Jargon der Politik feststeckende Referat).

Das zweite Impulsreferat hielt der Psychiater und Psychiatriepolitiker Peter Kruckenberg, der nicht nur in Hücklingen und Bremen-Ost, sondern auch in der Enquête-Kommission, der DGSP, der Aktion Psychisch Kranke und so vielen anderen Bereichen seine beeindruckenden Spuren hinterlassen hat und auch heute noch neue Spuren anlegt. Er berichtete zunächst von einem ersten Treffen dreißig frustrierter, aber nicht entmutigter Psychiatriearbeiter, die sich 1970 ganz in der Nachbarschaft dieses Congress-Centrums getroffen hatten, nämlich in der hannoverschen Jugendherberge. Sie berieten über neue Wege in der Psychiatrie und trafen sich fortan für Jahrzehnte immer im Mai zur Mannheimer-Kreis-Tagung, aus der die DGSP, Ideen für die

Psychiatrie-Enquête sowie zahllose weitere Anregungen für die Entwicklung der Psychiatrie hervorgingen. Der Beitrag für die Tagung in der Zeit der auslaufenden Studentenbewegung betrug zwanzig Mark. Selbst wenn man DM in Euro eins zu eins umrechnet, war von der diesjährigen Tagung nicht zu erwarten, dass das Ergebnis in angemessener Relation zum exponentiell gestiegenen Tagungsbeitrag stehen würde...

Kruckenbergs Ausgangspunkt war die Feststellung, dass wir auch heute, über dreißig Jahre nach der Enquête, noch weit von ihrer konsequenten Umsetzung entfernt sind. Er nannte die Elemente einer qualitativ hochwertigen Psychiatrie: aufbauend auf einer offenen und respekt-vollen therapeutischen Beziehung sollte sich die Arbeit an den Ressourcen und den Bedürfnissen des einzelnen Patienten orientieren. Sie sollte zielorientiert sein und die Familie sowie das Umfeld einbeziehen, sollte niedrigschwellig sein und ambulanten Angeboten den Vorzug vor stationären geben. Sie sollte Kontinuität sicherstellen (auch personell) und auf Abstimmungsprozessen zwischen den Beteiligten beruhen, also insbesondere zwischen Patient und Profi. Und sie sollte effizient und damit ökonomisch sein. Das alles ist vernünftig, wird in Sonntagsreden landauf landab verkündet, ist aber nicht annähernd umgesetzt.

Kruckenberg führte das unter anderem darauf zurück, dass im „Bermudadreieck der Fehlsteuerung“ eine schwache politische Führung auf ein fragmentiertes Leistungsgeschehen sowie eine an Eigeninteressen interessierte Selbstverwaltung trifft. Im Einzelnen heißt das:

- die Sozialversicherungsträger (Selbstverwaltung) sind überregional organisiert und daher von den Versorgungsregionen und dem Feld der Gemeindepsychiatrie unendlich weit entfernt. Sie gewinnen ökonomisch, wenn sie Leistungen verweigern oder an andere Träger weiter schieben. Sie haben kein betriebswirtschaftliches Interesse an schwierigen Patienten und sind daran gewöhnt, alte wie neue sozialrechtliche Regelungen zu ignorieren.
- Die Leistungserbringer sind interessiert an leicht beeinträchtigten Patienten, bei anderen fällt ihnen oft nichts anderes ein als die Liegezeit im Krankenhaus zu verlängern (das

rechnet sich notfalls für sie auch). Sie greifen zu oft zum Mittel der Personalverringerung, um Kosten zu sparen, und verzichten auf die nicht vergüteten Kooperations-tätigkeiten. Daraus ergibt sich, dass Träger in und mit der Psychiatrie Geld verdienen können - wenn sie das auf dem Rücken schwer erkrankter Menschen und der Mitarbeiter auszutragen bereit ist.

- Die Politik ist selbst fragmentiert (bis in die aufgeteilten Zuständigkeiten für verschiedene Tätigkeitsfelder psychiatrischer Versorgung in Klinik und Gemeinde) und ist unglaublich geworden: sie hat die Ungereimtheiten bei der Um-setzung der PsychPV und der Bundespflegeverordnung zu lange hingenommen, ohne zu handeln. Immerhin hat sie aber im SGB IX die notwendigen Koopera-tionsstrukturen berücksichtigt.

Aus dem Bermudadreieck der Fehlsteuerung kann man ein Reformdreieck machen, in dem eine starke politische Führung auf ein kooperativ angelegtes Leistungs-geschehen sowie eine reformbereite Selbstverwaltung trifft. Dazu braucht es engagierte und kompetente Akteure aus der Psychiatrie, aus der Politik und der Verwaltung. Die Profis sollten selbst-bestimmt und vernetzt kooperieren und Verantwortung übernehmen. Man braucht, sagte Kruckenberg abschließend, an verschiedenen Stellen viele, viele Igel, um nicht weiter Hase zu sein.

Im dritten Impulsreferat berichtete Jukka Aaltonen aus Jyväskylä in Finnland von den dortigen Erfahrungen mit der bedürfnis-angepassten Behandlung (need adapted treatment). Grundlage dieses Konzepts ist eine ethische Grundhaltung, mit der Menschlichkeit und Empathie in der Arbeit strukturell ermöglicht und gefördert wird. Die unter anderem in den Regionen Turku, Tampere und neuerdings auch in Oulu evaluierten Ansätze umfassen die folgenden zentrale Aspekte:

- sie sind individuell und subjektorientiert
- sie beruhen auf einer psychotherapeutischen Grundhaltung und bedienen sich vor einem psycho-dynamischen Hintergrund systemischer Vorgehensweisen
- Die verschiedenen Aktivitäten auf unterschiedlichen Behandlungs- und Betreuungsfeldern dürfen sich nicht gegenseitig behindern
- Die Prozessqualität des Vorgehens muss

berücksichtigt sein

- Der Patient ist in jeder Phase der Behandlung in die Planung mit einzubeziehen (so psychotisch er auch sein mag)
- Die Familie des Patienten ist in regelmäßigen Treffen zu beteiligen
- Multiprofessionelle Psychose-Teams in jeder Region, die es in Finnland seit 30 Jahren gibt, sind für die Planung und Durchführung der Behandlung verantwortlich.

Im Verlauf der bedürfnisangepassten Behandlung gibt es zunächst eine Bestands-aufnahme der sozialen Situation sowie des Konfliktes, auf die dann eine Krisenintervention unter Einbeziehung von Familie und Anpassung von Lebenswelten folgt. Einzel- und Familientherapie sind dann in allen denkbaren Kombinationen der nächste Schritt. Dabei hat sich gezeigt, sagte Aaltonen, dass die aufgrund der Unterversorgung dieser Patientengruppe zunächst spezifisch auf psychotische Menschen gerichteten Verfahren auch auf andere Personen-gruppen gut anwendbar sind.

Die Evaluationen haben nachgewiesen, dass die Kombination einer dreijährigen systemischen Ausbildung mit einer zweiten Psychotherapie (z.B. psycho-dynamisch) erkrankten psychotischen Menschen besser hilft. Die Dauer der Hospitalisierung halbiert sich, der Anteil berenteter Menschen nimmt erheblich ab (allerdings nimmt der Anteil Berufstätiger auch nicht zu). Die Rate symptomfreier Klienten steigt von vierzig auf sechzig Prozent. Insgesamt, so schloss Aaltonen, nimmt bei den beteiligten Personen und Gruppen die Bedeutung von Vertrauen, Autonomie und Sicherheit als Ausdruck eines „sozialen Kapitals“ wesentlich zu. Hierin liegt letztlich auch eine über die Krankenbehandlung weit hinausgehende gesellschaftliche Bedeutung.

Bei der Suche nach der Übertragbarkeit lag ein Wermutstropfen in dem Finanzierungssystem, auf dem die Finnen aufbauen konnten. Bei ihnen war die Spaltung zwischen ambulanz und stationär nicht so betoniert wie bei uns. Da gibt es bei uns ganz andere Abbrucharbeiten zu erledigen, bevor man neu bauen kann.

Damit schloss der Vormittag, und es ging in die Foren A bis F. Alle neunundzwanzig Referenten aus diesen Foren zu er-wähnen, geschweige denn zu protokollieren, verbietet sich (Psychiatrie soll ja auch ökonomisch sein, also auch die Berichterstattung über psychiatrische Fachtagungen). Die Auswahl der wichtigsten Themen kann nur subjektiv

sein. Wichtig war alles: Die Entwicklung des Krankenhauses zum regionalen Behandlungszentrum, die Vernetzung, Psychiatrie und Markt, Wandel für die Mitarbeiter, Entgeltsysteme, öffentliche und private Trägerschaft. Zu den beiden letzten Themen hier ein paar Worte mehr.

Im Forum über Entgeltsysteme in der Psychiatrie ging es um die Zielsetzung, mit der eine neue Finanzierungsgrundlage für das psychiatrische Krankenhaus entwickelt werden soll. Es ist ja klar, dass es nicht um eine Übersetzung der somatischen DRGs in die Psychiatrie gehen soll, sondern um störungsbezogene Tagespauschalen. Das heißt: es bleibt bei Tagessätzen, die für die Behandlung eines Patienten gezahlt werden. Aber es gibt verschiedene Schubladen, und je nachdem, in welche der Patient und das, was er braucht, einsortiert wird, ergibt sich aus dem ermittelten Arbeitsaufwand für diese Sorte Patienten sowie diese Sorte Behandlung ein spezifischer Tagessatz. Im Jahr 2009 wird damit begonnen, die Kriterien für die Schubladen zu ermitteln. Dazu wird es Kalkulationskrankenhäuser geben, die ihre tatsächliche Arbeit dokumentieren und damit die empirische Grundlage dafür liefern, was in der Psychiatrie mit wem gemacht wird und wie viel Aufwand das bedeutet. Die Schubladen sollten so beschaffen sein, dass sie keine unnötigen Einengungen mit sich bringen: ob eine Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, ob eine Begleitung mit pflegerischen Maßnahmen auf Station oder in der Gemeinde durchgeführt wird, das sollte nicht endgültig festgelegt sein. Wichtig ist, dass diese Leistung dem Patienten zugute kommt, nicht wo. Eine diagnostische Maßnahme (d.h. die Ermittlung, was aus dem Ruder gelaufen ist, welche Hintergründe es dafür gibt und mit welchen Maßnahmen man dem begegnen kann) muss nicht in einem bestimmten Zimmer stattfinden. Eine Parkbank könnte es auch tun (allerdings gibt es dort vielleicht kein Lesegerät für die Krankenkassen-Card). Es gilt, bei der Vorbereitung der neuen Entgeltsysteme so viele Freiheitsgrade einzubauen, dass eine innovative Steuerung dadurch nicht behindert wird.

Die Darstellung des regionalen Budgets in Itzehoe bildete die Blaupause, auf der die Diskussion in diesem Forum stattfand. Dort wird es demnächst nach den ersten Schritten der Budgetierung eher benachbarter institutioneller Felder um die Integration weiterer Anbieter wie der niedergelassenen Ärzte gehen. Dieser Prozess läuft seit 2005 - und er dauert lange, das ahnten wir.

Hoffentlich wird der Planungszeitraum für das neue Entgeltsystem, deren Entwicklung nach den Vorarbeiten in diesem Jahr mit der Datenerhebung und Auswertung bis 2013 abgeschlossen sein sollen, damit die Übergangsphase 2014 beginnen kann, überhaupt ausreichen

Abschließend zu diesem Thema die vier Grundelemente, die durch die neuen Entgeltsysteme gefördert (oder zumindest nicht behindert) werden sollten: die gewollte persönliche Therapeut-Patient-Beziehung, das regionale Budget, den individuellen Hilfebedarf sowie die sektorübergreifende Vernetzung.

Das Forum F widmete sich der Auseinandersetzung zwischen privaten und öffentlichen Krankenhausträgern in der Psychiatrie. Axel Paeger, CEO der AMEOS-Gruppe (Chief Executive Officer) sowie „Owner“ derselben vertrat die Ziele der AMEOS-Gruppe. Sie setzt die in dem halben Dutzend psychiatrischer Kliniken um, die die Gruppe mittlerweile in Norddeutschland betreibt. „The ownership discussion is a quality discussion“ stand auf einer seiner Folien. Den Nachweis der Qualität, die AMEOS anbietet, sah er unter anderem darin, wenn bei der Entscheidung über den Verkaufszuschlag ein Punktesystem angewendet wird, bei dem der Kaufpreis 30% der Varianz darstellt, aber die Kompetenznachweise in vier unterschiedlichen Feldern (Akutbehandlung / Pflege / Integration / Forensik) 40%. Wenn AMEOS also wiederholt den Zuschlag erhalten hat, beweise das, dass ihre Kompetenz akzeptiert wird. So sei die AMEOS-Gruppe innerhalb weniger Jahre ein „europaweit agierender, innovativer und schnell wachsender Gesundheitsanbieter“ geworden.

AMEOS drückt innerhalb weniger Monate nach Übernahme neuer Kliniken die Sachkosten um sieben bis acht Prozent - allein durch überzeugende Management-Techniken („wir nehmen ein Angebot nicht so hin, sondern wir kündigen dann den Vertrag, und wenige Tage später haben wir ein Fax, dass es doch billiger geht“). So sagt es jedenfalls Axel Paeger. Eine bessere Aufteilungsstruktur der Arbeit nutzt die Qualifikation der Mitarbeiter besser (teure Aufgaben für teure Mitarbeiter). Die privaten Träger könnten ohne die Einmischung der (manchmal auch noch kommunalen!) Politik besser arbeiten. Sie müssten allerdings verkraften, dass eventuell auftretende Defizite nicht durch die öffentliche Hand aufgefangen werden, wie dies bei öffentlichen Krankenhäusern der Fall sei. Die Unabhängigkeit schien für Herrn Paeger ein wichtiges Kriterium zu sein, wobei einzuwenden war, dass das

auch die Unabhängigkeit von Versorgungsstrukturen drum herum, von gewachsenen Einbindungen in der Gemeinde usw. sein kann. Die Konzernzentrale ist in Zürich, was zumindest die Abhängigkeit des Managements von Flugplänen steigert.

Der Geschäftsführer der Gesundheits-holding Lüneburg, die auch das ehemalige LKH in Lüneburg übernommen hat, Rolf Sauer, stellte der privaten Trägerschaft das Modell einer öffentlich verantworteten, aber in gGmbHs aufgeteilten modernen Trägerschaft entgegen. Mitarbeiter im Aufsichtsrat, öffentliche Fachleute ebenso, eine strikte Trennung (kommunal-)politischer Zielsetzungen von denen der Gesellschaft, In-Sourcing des Reinigungsbereiches zu besseren Konditionen für die Mitarbeiter bei geringeren Kosten für den Träger, Kontinuität der öffentlichen Verantwortung für "ihre" Psychiatrie - eine Reihe Gründe für eine regionale Lösung in Anbindung an die öffentliche Hand.

Ein weiteres bedeutsames Argument lieferte der Richter am Bundesverfassungsgericht Siegfried Bross. Er begründete mit dem Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes, das zu den unabänderlichen Grundlagen unserer Verfassung gehört, und mit dem Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, dass eine Privatisierung psychiatrischer Krankenhäuser grundsätzlich verfassungswidrig sei. Das gelte insbesondere für die Forensik, aber auch für jede Klinik, die die Grundversorgung sicherstellt und zudem freiheits-entziehende Maßnahmen vornimmt (und das ist eigentlich in jeder Voll-versorgungsklinik der Fall). Hier seien auch Hilfslösungen wie Beleihungsabkommen oder ähnliches Hin- und Hergeschiebe von Mitarbeitern und Verantwortung verfassungsrechtlich nicht akzeptabel. Es rühre an die Grundfesten unserer Verfassung, wenn die Daseinsvorsorge, für die es eine staatliche Gewährleistungspflicht gebe, in private Hände gelegt wird. Und, so ergänzte Niko Stumpfegger von Verdi, hier greife auch ein bekannter Mechanismus ein: einmal verkauft heißt immer wieder verkauft. Niemand könne einen privaten Besitzer einer Klinik oder einer Klinikette daran hindern, seinen Besitz zu veräußern, wenn ihm das Geschäft nicht mehr passt oder er es nicht mehr ausreichend gut hinkriegt. Es gibt unterschiedliche Kriterien dafür, was "nicht mehr ausreichend gut" heißen kann, der Rendite-Aspekt ist bei privaten Unternehmen im Mittelpunkt. Zu diesem Punkt äußerte sich AMEOS-Chef Axel Paeger weniger.

Der zweite Tag: viele Szenarien - wenig Konsens?

Am zweiten Tag gab es keine Vorträge. Dafür wurde viel und engagiert diskutiert, die Sachkunde der Teilnehmer sollte zum Quell reiner Erkenntnis oder doch zur Wurzel eines gemeinsam gehegten Bäumchens „Psychiatrie der Zukunft“ werden. Die Struktur des Tages entstammt der Szenario-Technik der Zukunftswerkstätten. Als gemeinsamer Ausgangspunkt diente ein zweidimensionales Schema mit vier Quadranten, das die Wechselwirkungen zwischen starkem Markt oder starkem Staat auf der einen Seite, zwischen Institutionen und der Person des Systemnutzers (also dem Patienten) auf der anderen andeutet.



Diese Matrix war Grundlage aller vier Gruppen. Jede von ihnen hatte ein Schwerpunktthema (Behandlung in der Psychiatrie; Stellenwert der Psychiatrie im Gesundheitswesen; Entgeltsysteme; Rolle der Mitarbeiter), das auf diese vier Quadranten hin reflektiert werden sollte – und zwar unter der Fragestellung, was im Jahr 2020 mit der größten Wahrscheinlichkeit realisiert sein wird. Visionen und Wünsche standen zunächst zurück. Es ging eher um Befürchtungen, wie sich herausstellte. Die Gruppenarbeit folgte dem Kaskadenprinzip: erst denkt jeder für sich nach, dann teilt sich die Gesamtgruppe in zwei jeweils einem am ehesten erwarteten Quadranten zugeordnete Halbgruppen. Diese teilen sich in Vierergruppen, die in einer 25minütigen Diskussion einen Konsens suchen. Dieser wird dann mit einer anderen Vierergruppe abgeglichen und zu einem Konsens der Halbgruppe zusammengeführt. So kaskadiert der Prozess in Richtung

auf ein verdichtetes Ergebnis, in dem sich der (sicher schmale) Konsens zu einzelnen Themen niederschlägt. Dieses Kondensat kann man dann weiter verarbeiten in Strategien (wie kommen wir dahin? Oder: wie können wir das verhindern?).

Soweit die Theorie. Praktisch ergaben die Szenarien doch eher eine Ansammlung von Allgemeinplätzen, die man so oder ähnlich auch am Vortag schon des öfteren gehört hatte. Es schien Konsens zu sein, dass durch die schon heute nach-gewiesene Zunahme psychischer Erkrankungen und ihre notgedrungene gesellschaftliche Zurkenntnisnahme Psychiatrie nicht mehr so stark verdrängt wird. Einige sprachen gar von einer entstigmatisierenden Wirkung dieser Entwicklung, wie sie heute schon bei Depressionen oder anderen weit verbreiteten Phänomenen zu beobachten ist. Dazu trägt auch bei, dass die stationäre Behandlung abnehmen wird und immer mehr Leistungen in großen Gesundheits- oder Behandlungszentren erbracht werden. „Ich mach 'ne Therapie“ wird kein Makel mehr sein. Die Organisation der Versorgung wird je nach Patientensegment stärker privat oder öffentlich sein: Im „premium“-Bereich der Selbstzahler und Privatpatienten gibt es von privaten Konzernen aus einer Hand die ganze Kette vom Krankenhaus-(Hotel-) Bett bis zur Hauspflege und spezialisierten Behandlungsnischen. Im Bereich der vorwiegend gesetzlich Krankenversicherten wird ein Mix aus privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern erwartet, die kostengünstig, schnell und effektiv arbeiten und ein breites Spektrum von Behandlungsangeboten mit mittlerem Qualitätsniveau verknüpfen. Der dritte Bereich umfasst chronisch erkrankte Patienten, die aus sozialen Netzen zunehmend herausgefallen sind, wohnungs- und arbeitslos sind und auch schon heute vorwiegend von öffentlichen Trägern betreut werden. Hier arbeiten die forensischen Einrichtungen, Wohnunterkünfte, Sozial-psychiatrischen Dienste.

Konsens schien auch zu sein, dass es eine starke Tendenz zum Regionalbudget geben wird. Das könnte auch dazu führen, dass sich immer mehr Träger zu Konsortien zusammenschließen müssen, um die Ausschreibung eines Regionalbudgets schultern zu können. Es könnten aber auch große Konzerne ihre vielfältigen Behandlungs- und Betreuungsmodulen in eine Asklepios- oder AMEOS-Region einbringen (alles aus einer Hand). Oligopole würden somit eine „Regulierung des Marktes“ mit sich bringen, indem das Land weitgehend aufgeteilt wird in

Einflussbereiche des einen oder anderen Multis. Fachkräfte werden umworben und gut bezahlt sein, weil es davon zu wenige gibt. Die Kehrseite ist eine zunehmende Delegation weniger qualifizierter Aufgaben an Hilfskräfte, „Assistenten“, Bürgerhelfer und Ex-Patienten. Tarifverträge werden unübersichtlicher und verlieren an Bedeutung.

Abschließend diskutierten sechs Klein-gruppen (Ärzte, Betriebsräte, Management, Pflege, Therapeuten, freie Gruppe für „Sonstige“) die Handlungskonsequenzen, die sich an ihrem Platz aus den Szenarien ergeben. Vielen ging es dabei um das Innen-Außen-Verhältnis: Manager nahmen sich vor, stärker in die Lobbyarbeit zu gehen und sich politisch einzumischen. Ärzte diskutierten kommunalpolitische Einflussmöglichkeiten. Die Pflege wollte sich selbstbewusster nach außen zeigen. Psychotherapeuten erinnerten sich an strukturell-konzeptionelle Mitarbeit z.B. im Modellprogramm Psychiatrie, das heute der Positionsbestimmung im Psychotherapeuten-Spektrum gewichen ist. Vor allem staunten sie aber, dass die anwesenden Mitglieder der Bundespsychotherapeutenkammer sich der „freien Gruppe“ zugeordnet hatten und sich nicht als Therapeuten fühlten. Und letztlich sprachen die Betriebsräte wohl irgendwie für alle, als sie die einfache Devise ausgaben: kämpfen, kämpfen, kämpfen!

*

Nicht alles war eitel Sonnenschein (findet der Berichterstatter). Der in der Diskussion ausgedrückte Dank der deutschen Systemiker-Vorsitzenden Cornelia Oesterreich an Herrn Aaltonen zeigte einen Fallstrick auf. Die finnischen Modelle können dazu verführen, sie als Unterstützung der einen oder einer anderen Richtung (miss-) zu verstehen. Das euphorische Lob der Systemiker für die finnischen Konzepte macht alle Nicht-Systemiker skeptisch. Klar: in Finnland sind die systemischen Aspekte eine wichtige Säule der bedürfnisangepassten Behandlung. Allerdings verstehen nicht nur Systemiker etwas von Familien (auch wenn sich das aus deren Mund manchmal anders anhört). Eine bedeutsame Seite der finnischen Realität ist auch, dass ein Großteil ihrer Vertreter Psychoanalytiker sind. Das Verdienst des finnischen Ansatzes scheint ja doch in der Integration zu liegen: sie haben es geschafft, diese Richtungen nicht in Konkurrenz gegeneinander antreten zu lassen, sondern sie zu versöhnen. Davon sind wir in Deutschland weit entfernt. Von den Finnen lernen hieße somit Versöhnung miteinander konkurrierender Schulen lernen. Wie sollen wir denn das hinkriegen?

Bei den Entgeltsystemen war einerseits die Richtung klar, keine psychiatrische Variante der DRGs zuzulassen. Andererseits ist das INEK-Institut für das neue psychiatrische Entgeltsystem zu-ständig, das auch schon die DRGs entwickelt hat (werden sie sich also doch stark daran orientieren?). Die Erwartung stand denn auch immer wieder im Raum: mittelfristig werden wir DRGs in der Psychiatrie bekommen. Keiner wollte sich da so recht exponieren und die Träume eines offenen, transparenten und flexiblen Entgeltsystems aufgeben. Hätte man die ganze Tagung an dieser Stelle aufwecken sollen? Oder handelte es sich um einen Bewusstseinszustand, in dem man noch ein wenig träumt, aber doch schon halbwach ist und ganz gut mitkriegt, was um einen herum tatsächlich los ist?

Die Einengung des Blickes auf die Krankenhäuser zog sich durch die Tagung. Dass ein Großteil der Psychiatrie heute nicht mehr in der Klinik stattfindet, sondern im Betreuten Wohnen und anderen außer-klinischen Feldern, tauchte nur als Fußnote ab und zu auf, war aber kaum integrierter Bestandteil der Überlegungen. Hier lag ein gravierender struktureller Mangel der Tagung, der künftig behoben werden muss, wenn „die Psychiatrie“ als Mix aus Klinik, Wohnung und Betreuung einheitlich auftreten will – und das muss sie, wenn etwas erreicht werden soll. Wenn die Tagung die in der Realität noch andauernde Fragmentierung zwischen Klinik und Gemeinde fortsetzt, läuft sie in eine Sackgasse.

Im Rückblick stellt sich auch die Frage, ob nicht die Teilnehmer der Tagung bei vielen Beiträgen in eine blauäugige Verkennung der Lage versunken waren. Kruckenberg, Beine, Aaltonen und andere betonten immer wieder übereinstimmend die therapeutische Beziehung als Grundlage jeder zukunftsorientierten Psychiatrie. Aber wo ist denn diese heute gewährleistet? Und was genau ist damit eigentlich gemeint, wenn nicht die gleichzeitige Anwesenheit in einem Raum? Beziehungsarbeit braucht Zeit und Gelassenheit, und beides wird in den psychiatrischen Arbeitsfeldern zunehmend zur Mangelware. Das Postulat der Beziehungsarbeit darf also keine Leerformel bleiben, sondern braucht materielle Absicherung, zum Beispiel in den Arbeitskonzepten, die in das neue Entgeltsystem einfließen.

Und die Harmonie, die angesichts der wissenschaftlich aufs schärfste fundierten finnischen Arbeit das Plenum heimsuchte, machte auch skeptisch. Mal ganz ehrlich: glaubt wirklich jemand, dass die innovative

Kombination vorfindlicher therapeutischer Konzepte mit einem strukturell sinnvollen Team-Ansatz die Chronifizierung psychotischer Verläufe verschwinden lässt und die Ratlosigkeit angesichts der destruktiven Macht von Borderline-Inszenierungen aus der Welt tilgt? Immer wenn die finnische Lehre Anklänge einer Heilslehre kriegt, sind Nachfragen angebracht. Die fehlten bisher. Ein kleines Streiflicht: aus den von Aaltonen vorgebrachten Zahlen ging hervor, dass der Anteil berenteter psychotisch erkrankter Menschen in den untersuchten Regionen des Landes hochsignifikant zurückgegangen ist – soll wohl heißen: sie sind nicht aussortiert worden. Die Zahlen zeigten aber auch, dass der Anteil erwerbstätiger Menschen unter den psychotischen Menschen nicht angestiegen ist. Und das bedeutet ja doch wohl: sie werden nicht wirklich gebraucht. Die gesellschaftliche Realität toppt die psychiatrischen Konzepte denn eben doch wieder.

Und wie der Dialog mit den privatkapitalistischen Einrichtungsträgern aussehen soll, die in ihren Häusern Mitarbeiter verheizen und Patienten verwahren, das will sich mir derzeit noch nicht erschließen. Es gibt große Unterschiede zwischen Kliniken der Schön-Gruppe, der Damp-Holding oder AMEOS. Es sollen nicht alle gleichermaßen attackiert werden. Aber wie werden wir differenzieren, wie werden wir uns auseinandersetzen?

So viele Berichte.

So viele Fragen.

*

Die kritischen Anmerkungen sollen aber nicht das Fazit verzerren: die Tagung war ein wichtiger Schritt in Richtung auf eine geschlosseneren Vertretung psychiatrischer Zukunftskonzepte, die von den Profis in Therapie, Management und Staat zusammengetragen werden. Es gibt keinen Alleinvertretungsanspruch, aber auch keine Beliebigkeit in der Vielfalt. Wenn man sich besser kennenlernt, kann man das Ausmaß möglicher Übereinstimmung ermessen und schlagkräftiger werden. Und das wird nötig sein.