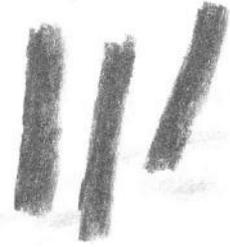


NAPPO

6

Mitgliederrundbrief der Norddeutschen
Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische
Psychiatrie e.V. - Nr. 6, Frühjahr 2000

NAPPO



ver- bc- drauflos- ein- aus-

handeln

Inhalt:

KolonialWarenHandlung - Redaktionelle Vorbemerkung (S. 2)

Beziehung in der Sozialpsychiatrie - aus psychodynamischer Sicht (von Rudolf Heltzel) (S. 3)

Psychoanalyse und Sozialpsychiatrie:

Theorie zwei oder: gibt es eine psychodynamische Sozialpsychiatrie?

(Tagungsbericht von Ingo Engelmann) (S.11)

Aus der Begrüßung zur Tagung (S.14)

Einige Gedanken zur multiprofessionellen Teamarbeit auf einer psychiatrischen
Station (von Susanne Metzner) (S.16)

NAPP-Mitgliederversammlung 2000 (S.18)

Verschiedenes

NAPP ins Internet? E-dynamics (S.19)

Arbeitstagung 2000 in Lüneburg (S.20)

Fachausschuß Musiktherapie (S.20)

Kolonial Waren Handlung

Da steckt alles drin, was Sie in diesem NAPPO lesen können. Dieser Teil der Welt gehört der Sozialpsychiatrie, jener der Psychoanalyse, und die Verhaltenstherapie auf der Kehrseite des Mondes - das war einmal. Die großen **Kolonialreiche** lösen sich auf, neue Allianzen entstehen.

Der **Waren**charakter von Beziehungen (Patienten / Klienten werden zu Kunden) verweist auf ökonomisch-gesellschaftlich verortete Sichtweise. Damit sind wir beim Thema der Arbeitstagung, zu der fünf Verbände und Institutionen aus Psychiatrie und Psychoanalyse nach Hannover eingeladen hatten: Psychoanalyse und Sozialpsychiatrie. Einen kleinen Tagungsbericht können Sie ebenso lesen wie Ausschnitte aus den Begrüßungsworten zur Tagung. Eines der Hauptreferate wurde von Rudolf Heltzel gehalten: "Psychodynamische Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie". Es erscheint im Herbst 2000 im "Forum Psychotherapie", einer der größten deutschsprachigen Zeitschriften ihres Fachbereichs.

Zu dieser Thematik passend beschreibt Rudolf Heltzel in seinem Aufsatz "Beziehung in der Sozialpsychiatrie" die Grundlagen und konkreten Anwendungen psychodynamischer Modelle in der Psychiatrie. Etwas für die nächste Mitarbeiter-Fortbildung!

Nach zwei Jahren ist es wieder soweit: die große Arbeitstagung der NAPP in Lüneburg wird den Novemberbeginn in der Heide vergolden. "**Handeln** in Psychiatrie und Psychotherapie - Wenn Worte nicht mehr helfen" ist der Arbeitstitel. Einen kleinen Überblick über die breite Workshop-Palette sowie die Hauptvorträge können wir schon jetzt anbieten.

Über die Gegenwart und die Zukunft die Vergangenheit nicht vergessen - nicht nur ein Motto für psychodynamisch-sozialpsychiatrische Begegnungen, sondern überhaupt für die NAPP. Vor kaum einem halben Jahr hat sich die halbe NAPP in Timmendorf getroffen, um über Winnicott und das Halten zu diskutieren und zu lernen. Die Texte der vereinsinternen Tagung gehen in diesen Tagen allen Mitgliedern als Reader zu. So geht nichts verloren, und ein weiterer Baustein läßt das

Gebäude des psychodynamischen Selbstverständnisses der NAPP weiterwachsen.

Das Protokoll der Mitgliederversammlung rundet die Frühjahrsausgabe der NAPP ab. Wie sagt man in dieser Jahreszeit so treffend? Es ist doch wieder in bunter Strauß geworden, den wir Ihnen da gebunden haben!

Mit freundlichen Grüßen

Ingo Engelmann

NAPPO ist der Mitgliederrundbrief der NAPP und erscheint zweimal jährlich. Der Bezugspreis ist im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Redaktionsgruppe: Ingo Engelmann (ie), Carsten Fahlbusch

Berichte, Nachrichten und Leserbriefe bitte an die Redaktion:

NAPPO c/o Dr. I. Engelmann Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie, AK Bergedorf, Gojenbergsweg 30, 21029 Hamburg

Telefon: 040 / 72593-0

Fax: 040 / 72593-470

e-mail: klangengel @ aol.com

Beziehung in der Sozialpsychiatrie - aus psychodynamischer Sicht

Von Rudolf Heltzel¹

In meiner Arbeit als Berater psychiatrischer Teams und Organisationen höre ich immer wieder und in letzter Zeit verstärkt, wie sehr die verstehende, von Beziehungsgestaltung lebende Arbeit unter den inzwischen vorherrschenden ökonomischen Zwängen leidet, wie sehr die sensible Kontaktaufnahme zu den Patienten, z.B. im Rahmen einer psychiatrischen Bezugspflege, unter dem Einfluß von Zeitnot und Personalverknappung zunehmend in Frage gestellt ist. Vor diesem Hintergrund sind Tagungen wie die heutige wichtig, um Zeichen zu setzen: Beziehung und Begegnung zwischen allen Beteiligten im psychiatrischen Verbund **sind nicht zum Nulltarif zu haben**. Wer mehr will als nur distanzierende Diagnostik und herzlose Vergabe von Psychopharmaka, der muß auch die Rahmenbedingungen sichern helfen, die Voraussetzungen einer humanen Psychiatrie sind. Ich glaube, in diesem Punkt wird es keinen Dissens hier im Raum geben.

Unter den Bedingungen zunehmend knapper werdender Mittel werden Austausch, Kooperation, Vernetzung und Beziehungsaufnahme aber nicht nur schwieriger, sondern auch wichtiger, sozusagen unerlässlich. Alle diese Grundorientierungen dienen ja letztlich dazu, die Unterstützung unserer Patienten zu verbessern, das therapeutisch Angestrebte effektiver zu entwickeln, wobei es gerade in schwierigen Zeiten darauf ankommt alles auszuschöpfen, was uns beim gegenwärtigen Stand psychiatrisch-psychotherapeutischer Theorie und Praxis zur Verfügung steht oder jedenfalls zur Verfügung stehen könnte, um diese Ziele zu erreichen. So gesehen sind Austausch, Vernetzung, kooperative Beziehungen nicht Luxus, auf den wir in Notzeiten verzichten können, sondern unverzichtbare, basale Dimensionen unserer Arbeit. Wir können uns gar nicht leisten, hier Abstriche zu machen. - Auch in diesem Punkt kann ich voraussichtlich Ihrer aller Unterstützung sicher sein. Ob das auch der Fall ist, wenn ich meinen Gedankengang noch einen Schritt weiterführe, scheint mir nicht ganz so selbstverständlich.

¹ Überarbeiteter Vortrag, gehalten auf der Fachtagung am 16.5.1998 in der Westf. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Lengerich

Ich will nämlich darauf hinaus, daß Sparzwänge, gedeckelte Budgets, Kosten-Nutzen-Überlegungen, d.h. ökonomisches Denken auch **helfen** können, eine fachlich qualifizierte, patientenorientierte, unseren heutigen Ansprüchen tatsächlich genügende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung einzuführen und aufrechtzuerhalten. Dieser Gedanke ist unter psychiatrisch Berufstätigen nicht überall verbreitet und bedarf daher der kurzen Erläuterung. Ich möchte dies anhand eines Beispiels tun: In einer Einrichtung, in der ich als externer Berater tätig bin, gab es seit langem dringenden Reformbedarf, ohne daß es zu wirkungsvollen Umstrukturierungen kam. Zu groß waren die Ängste vor Veränderung und damit die institutionalisierten Widerstände, die einer an sich notwendigen Neuorientierung im Wege standen. Diese kam erst in Gang, als die Klienten wegblieden, die Belegung damit dramatisch absank und Kostenträger sowie Leitungsverantwortliche ernsthaft über inhaltliche und strukturelle Konsequenzen nachdachten. Unter dem Druck konkurrierender Behandlungsmodelle und angesichts der existentiellen Bedrohung der Einrichtung entwickelte sich schließlich eine Bereitschaft zur inhaltlichen Umstrukturierung, die nicht nur ökonomisch sinnvoll, sondern auch in therapeutischer Hinsicht mehr als notwendig war. Heute gibt es große Übereinstimmung in der Einrichtung, was die grundsätzliche Richtung der inhaltlichen und organisatorischen Neuorientierung angeht, die Belegung ist deutlich im grünen Bereich und die Zustimmung und Zufriedenheit der Klienten wie im Umfeld der Einrichtung sind erfreulich gestiegen. - In einer weiteren Einrichtung, die ich berate, ist der Reformprozeß im Sinne einer reflektierten Kooperation, einer fachlich sinnvollen und kompetent gestalteten Vernetzung etwas früher in Gang gekommen, aber es fällt nicht schwer sich vorzustellen, was passiert wäre, wenn die Zeichen der Zeit nicht früh wahrgenommen und in konkrete Schritte der Veränderung umgesetzt worden wären. Ich kenne durchaus weitere Institutionen innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems, denen eine solche „Frischzellenkur“ gut tun könnte. Wenn die Verhältnisse durch überkommene Routinen geprägt sind, können ökonomische Zwänge, sofern sie konstruktiv aufgenommen und umgesetzt werden, durchaus **belebend** auf das Innenleben und die Arbeitsweise psychiatrischer Organisationen einwirken. Die Verhältnisse sind eben viel zu komplex, als daß wir uns auf die einfache Formel zurückziehen könnten, nach der es in der Psychiatrie gut bestellt wäre - wenn nicht die bösen Kostenträger und die uneinsichtigen Politiker wären... Auch in diesem Sinne sind Tagungen wie die heutige wichtig: die an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten finden so Gelegenheit, **aus den verschiedensten Blickwinkeln** über die Rahmenbedingungen des kommenden Jahrzehnts und die erforderlichen Veränderungs- und

Anpassungsprozesse nachzudenken. - Soweit meine Vorüberlegungen. Ich komme nun zu dem mir gestellten Thema und will mit der Frage beginnen, was mit „**Psychodynamik**“ gemeint ist?

Psychodynamik beschreibt die (bewußten und unbewußten) innerseelischen Abläufe, die den Hintergrund gesunden und gestörten Erlebens und Verhaltens abgeben. Hier geht es um das Wechselspiel psychischer Kräfte, Triebe, Ängste, Wünsche, Charakterhaltungen, Widerstände usw., und zwar sowohl untereinander wie auch in der Beziehung zwischen Organismus und Umwelt (Benedetti, G. 1979, S. 45). Psychodynamischen Sichtweisen haften stets etwas Subjektives an, psychodynamische Begriffe sind Interpretationen. G. Benedetti führt über das Wesen der Psychodynamik aus: „Psychodynamik selbst und intuitives wie überlegtes Verständnis für die Psychodynamik anderer gehört zum Menschsein. Seit Jahrhunderten äußert sie sich in Poesie und Dramatik. Ihre Einführung in modernes medizinisches (...) Denken ist ein **Werk der Psychoanalyse**. Frühere Versuche einer Abgrenzung der Psychodynamik gegenüber der Psychoanalyse sind heute einer Auffassung gewichen, welche die **Psychodynamik als den bleibenden Beitrag der Psychoanalyse zur Psychiatrie** betrachtet.“ (Benedetti, G. 1979, S. 45).

Hier sind nun allerdings sofort zwei Ergänzungen zu machen: erstens sollten wir heute, fast 20 Jahre nach dem Erscheinen des Benedetti'schen Handbuchartikels nicht mehr von „**der Psychoanalyse**“, sondern von verschiedenen, sich teils ergänzenden, teils widersprechenden, teils konkurrierenden „**Psychoanalysen**“ (den unterschiedlichen psychoanalytischen Schulen) als Grundlage der Psychodynamik sprechen. Psychoanalyse kommt eben, wie so vieles andere in der entwickelten Moderne, im Plural daher. - Und zweitens schließen sich die innerseelische (intrapyschische) Sicht der Psychodynamik und die interpersonelle und psychosoziale Dimension natürlich nicht aus, sondern bedingen einander. Schon Benedetti schrieb seinerzeit ausführlich über Familien- und Soziodynamik als wichtigen Dimensionen einer psychodynamischen Sichtweise psychiatrischer Störungsbilder. Die Trennung von Intrapyschischem und Interpersonellem (oder Transpersonalem) ist künstlich, worauf Foulkes, der Begründer der Gruppenanalyse, schon vor vielen Jahren hinwies. Er schrieb über Psychodynamik: „Sie ist kaum, wenn je, auf die Grenzen des Individuums beschränkt, sondern schließt in der Regel eine Anzahl von untereinander verbundenen Personen ein. Die psychodynamischen Erscheinungen sind transpersonale Manifestationen. Es war von Anfang an mein Bestreben, die wesenhafte Einheit der Psychodynamik voll zu berücksichtigen, ob sie nun in einer Ein-, Zwei-

oder Mehrpersonensituation studiert und beobachtet wird.“ (Foulkes, 1974, S. 212).

Psychodynamik ist, wegen des essentiell sozialen Wesens des Menschen, somit immer mit Beziehung verknüpft. Innerseelisches entsteht und entwickelt sich im zwischenmenschlichen Zusammenhang, innerhalb von Beziehungen. Psychodynamik und „Objektbeziehungstheorie“ sind so gesehen Zwillinge.

Ich möchte vorschlagen, das Thema der Psychodynamik in der Beziehungsaufnahme und -gestaltung mit psychiatrischen Patienten in drei aufeinander aufbauenden Schritten anzugehen: in einem ersten Ansatz werde ich die **dyadische** (die Zweipersonen-) Dimension in den Vordergrund meiner Betrachtung stellen. Darauf folgt die Einführung des **triadischen** Gesichtspunktes, also eines Dritten. Ich schließe mit der Diskussion der **gruppenanalytischen** Variation meines Themas und hoffe im Ganzen zeigen zu können, daß alle drei Zugangsweisen fruchtbar und unverzichtbar sind. Wegen der begrenzten Zeit kann ich nur sehr stark ausgewählte und verdichtete Beispiele aus meiner Supervisions- und Beratungstätigkeit anführen. Verschiedene meiner Veröffentlichungen, in denen Sie manches, was ich hier nur kurz anreißen kann, im Detail nachlesen können, enthalten aber ausführlichere Kasuistiken (Heltzel, R. 1995, 1997, 1998).

Die dyadische Dimension in der Beziehungsgestaltung.

Aus der Sicht der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie steht alles Verhalten, alles Erleben, alles Sein im Kontext von Beziehung. So formuliert z.B. Bollas programmatisch: „Die Ich-Struktur ist Abdruck einer Beziehung“ (Bollas, C. 1997, S. 63), und sein ganzes Werk zeigt, wie ernst er es mit dieser Grundhaltung meint. Es waren v.a. britische Psychoanalytiker wie Balint, Winnicott, Bion u.v.a., die diese Sichtweise differenziert ausgearbeitet und wesentlich zu ihrer heutigen Akzeptanz beigetragen haben. Für deutsche Verhältnisse will ich hier exemplarisch nur die Münchner Psychoanalytikerin Thea Bauriedl nennen, deren Konzeption der Psychoanalyse als einer Beziehungstheorie weitreichende Bedeutung für die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis hat (Bauriedl, T. 1994). Wer sich über den aktuellen Stand der Diskussion psychoanalytischer Theorie und Praxis als einer **Wissenschaft der Beziehungsgestaltung** informieren will, findet grundlegende, auch für die Anwendung in der Psychiatrie bedeutsame Anregungen in zwei programmatischen Artikeln des niederländischen Psychoanalytikers Nikolaas Treurniet, die die Zeitschrift „Psyche“ in den letzten Jahren veröffentlicht hat (Treurniet, N. 1995 u. 1996). Treurniet bezieht sich stark auf Christopher Bollas,

den zur Zeit kreativsten Theoretiker und Praktiker der „britischen Objektbeziehungstheorie“, dessen wichtigstes Buch „Der Schatten des Objekts“, gerade ins Deutsche übersetzt worden ist (Bollas, C. 1997). Ich erwähne diese Autoren hier, weil meine Darstellung stark von ihnen beeinflusst ist und ich auf sie zurückkommen werde.

Für den Rahmen der heutigen Diskussion scheinen mir drei Konzepte, die alle eine dyadische Dimension beinhalten, von Bedeutung. Es sind dies die Konzepte des **Szenischen Verstehens**, des **Containings** und des **Handlungsdialogs**. Alle drei stehen miteinander in einem engen, eigentlich unauflöslichen Zusammenhang, ich werde sie aber, schon der Übersicht wegen, nacheinander skizzieren.

Szenisches Verstehen ist ein zentrales psychoanalytisches Konzept, dessen Relevanz für die psychiatrische Praxis immer noch unterschätzt wird. Ich persönlich betrachte es als den **wichtigsten und spezifischsten Beitrag der Psychoanalyse** zur differenzierten Entwicklung der therapeutischen Beziehung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext. Seine Anwendung ist so naheliegend und so fruchtbar, daß es verwundert, wie schwer man sich mancherorts immer noch mit einer so gestalteten Grundhaltung tut. Merkwürdig ist auch, daß Sie kaum etwas unter diesem Stichwort finden werden, wenn Sie in gängigen Lehrbüchern der psychoanalytischen Theorie der Technik nachlesen. Und doch ist das, was ich im folgenden kurz skizziere, den allermeisten psychoanalytischen Therapeuten in Fleisch und Blut übergegangen. Es geht ursprünglich auf die Frankfurter Psychoanalytiker Argelander und Lorenzer zurück, die das Konzept zeitlich parallel, aber unabhängig voneinander entwickelten (Argelander, H. 1970, Lorenzer, A. 1971). Ich gebe Ihnen eine Skizze in meiner eigenen Sprache:

Diesem Konzept zufolge besteht das Wesen seelischer Erkrankungen in unbewußten innerpsychischen Prozessen, die über eine aktuelle Szene mit dem Gesprächs- bzw. Interaktionspartner erschlossen werden können. Psychiatrische Patienten verfügen (wie alle Menschen) über die Begabung, ihre innerpsychische Problematik in der Kommunikation mit dem Gegenüber als Szene darzustellen, indem sie diesen dazu „verführen“, eine bestimmte Rollenbeziehung einzugehen, die einer inneren Objektbeziehung des Patienten (bzw. der Patientin) entspricht. Beziehungsstrukturen („der Schatten des Objekts“) bestehen, wie Bauriedl es ausdrückt, in unbewußten szenischen Phantasien, die die Wahrnehmung und das Verhalten von Menschen prägen (Bauriedl, T. 1996, S. 14). Die Szenen, die wir erlebt haben, finden ihren Niederschlag in unserer „inneren Welt“, sie gestalten sich in der Begegnung mit anderen

Menschen, d.h. in der Begegnung mit deren eigenen szenischen Phantasien zu **gemeinsamen Szenen**, also Szenen, die durch die szenischen Phantasien aller Beteiligten geprägt sind. Indem der Therapeut zeitweise und begrenzt (aber durchaus mit einem ureigenen Beitrag) in diese gemeinsamen Szenen „einsteigt“, d.h. sich partiell verstrickt und involvieren läßt, kann er (in der anschließenden Reflektion, d.h. dem Wiederausstieg aus der Szene) Entscheidendes erfahren. Auf diese Weise konturiert sich szenisches Verstehen. In klassisch-psychoanalytischen Settings gestaltet sich dieser Prozeß so, daß der Therapeut Bedeutungsvermutungen, die er durch die Wahrnehmung der eigenen emotionalen Beteiligung ermittelt, probeweise einbringt, um so in einem gemeinsamen (hermeneutischen) Prozeß allmählich und schrittweise einem Verständnis der Szene näher zu kommen. „Postklassische“ Analytiker arbeiten, wie Treurniet ausführt, in dem Wissen, daß der Patient vieles von dem, was er gedrängt ist mitzuteilen, gar nicht in Worte fassen kann. Er ist dann darauf angewiesen, daß sein therapeutischer Gegenpart (stellvertretend für ihn) Gefühle, Ängste, Wünsche etc. wahrnimmt und diesen probeweise (ebenfalls stellvertretend) erste Worte gibt. Am Anfang steht jedoch die Wortlosigkeit, das Wortlose, und der Patient benötigt therapeutische Unterstützung, um dafür eine symbolische Form des Wissens und des Ausdrucks zu finden. Bollas schreibt: „Wir brauchen einen Begriff, der das bezeichnet, was bekannt ist und gewußt wird, aber noch nicht gedacht worden ist, sofern wir unter einem Gedanken etwas verstehen, das im eigentlichen Sinne mental verarbeitet worden ist.“ (Bollas, C. 1997, S. 290) Bollas schlägt vor, dieses Gewußte, aber nicht Gedachte als „the unthought known“ (das ungedachte Bekannte“) zu bezeichnen. Zum **gedachten Bekannten** wird es **durch Objektbeziehungen**: nur wenn der Patient Gebrauch von anderen machen kann, können seine Repräsentanzen (seine vorsprachlichen Beziehungsspuren) ausgearbeitete Gestalt annehmen. Natürlich ist damit die ganze Thematik von Übertragung und Gegenübertragung angesprochen, also der Kern dessen, was die Psychoanalyse der Psychiatrie zu geben vermag. In psychiatrischen Settings ist es nun fast regelhaft so, daß es gar nicht zum Austausch von Bedeutungsvermutungen (Probemutungen) kommt. Hier kann vielmehr der Verstehensprozeß oftmals nur im Kopf der Therapeuten bzw. im therapeutischen Team stattfinden. **Dort** wird in geduldiger Arbeit assoziativ gesammelt, allmählich in Worte gefaßt, zusammengesetzt und damit ansatzweise verstanden, was sich szenisch ereignet hat und wie dieser Austauschprozeß helfen kann, den Patienten und seine Ängste, Konflikte, Bedürfnisse und Widerstände zu verstehen: Wenn der Patient sein Inneres nicht in Worte fassen kann, muß die Artikulation der präverbalen Erfahrung

sich in der Gegenübertragung der Therapeuten vollziehen, wie Bollas dies sehr differenziert und sensibel ausgeführt hat (Bollas, C. 1997, S. 210-244). Wenngleich sich seine Erfahrungen auf die Einzelanalyse schwerer gestörter Patienten beziehen, ist die potentielle Nähe zur Arbeit mit psychiatrisch kranken Menschen doch erstaunlich - eine Herausforderung zur Auseinandersetzung mit dem Konzept!

Das Konzept des **Containings** hat seinen Ursprung ebenfalls in London und geht auf die Schule Melanie Kleins, insbesondere auf deren Weiterentwicklung durch Bion zurück (Hinshelwood, R. D. 1993). Es ist engstens mit dem Modell der **projektiven Identifizierung** verbunden, dessen Interpretation durch Ogden auch Nicht-Kleinianern ein Verständnis und eine breite Anwendung dieses Konstrukts ermöglicht hat (Ogden, T. 1988). In Deutschland hat Zwiebel intensiv in diese Diskussion eingegriffen und viel zur Klärung und zum Verständnis des Begriffs beigetragen (Zwiebel, R. 1988). In meiner Darstellung kann ich wiederum nur vereinfachen und bin zur Kürze verpflichtet. Ich beziehe mich vorwiegend auf Ogden, wenn ich das Konzept der projektiven Identifizierung in meinen eigenen Worten kurz zusammenfasse:

Der Patient ruft, sofern sich sein Gegenüber diesem Prozeß nicht aktiv entzieht oder verweigert, Gefühle, Empfindungen, Stimmungen, Verfassungen hervor, mit denen er selbst überfordert ist und derer er sich zu entledigen versucht. Dies tut er mehr oder weniger unbewußt und eher averbal als durch Worte vermittelt. Läßt sich der Interaktionspartner in diesem Sinne „gebrauchen“, entsteht eine (mehr oder weniger bewußte) Kommunikation, die den Anderen die Gefühle, Ängste, Verfassungen des Patienten unmittelbar nachvollziehen läßt. Dies ist eine Form der zwischenmenschlichen Beziehung, die stark manipulative Züge trägt, indem sie den Interaktionspartner dazu bringt, sich in bestimmter Weise zu fühlen oder zu verhalten, auch wenn er dies „eigentlich“ nicht will und es als ich-fremd empfindet. Gelingt dies dem Patienten, so kann er sich sehr entlastet fühlen, da es ihm gelungen ist, vorübergehend unerträgliches Erleben „loszuwerden“. Im besten Fall ist dies der Einstieg in einen allmählichen Veränderungsprozeß, da dieses Unerträgliche vom Gegenüber gehalten, „contained“, dabei assimiliert, modifiziert, also „entgiftet“ worden ist. Auf diese Weise kann der therapeutische Partner zum wichtigen Modell für den Umgang mit Unerträglichem werden. Sofern man nicht vergißt, daß dieser Prozeß durchaus kein einseitiger ist, sondern von beiden Interaktionspartnern gemeinsam geschaffen wird, handelt es sich um ein sehr hilfreiches Konstrukt. Meine Darstellung bleibt sehr allgemein, daher ein Beispiel: Ein chronisch-psychotischer Patient gestaltet die Kontakte zu seinem Therapeuten, der

NAPPO 6 (Frühjahr 2000)

ihn sehr mag, so, daß dieser jedesmal von einer nicht mehr beherrschbaren Müdigkeit überfallen wird. Obwohl dieser Mitarbeiter (des SPsD) vor und nach den Gesprächen mit dem Patienten wach und ausgeruht ist, kann er sich im Kontakt kaum präsent halten. Einmal ist er kurz eingeschlafen, viele Male drohte er „wegzunicken“, und als er diesen Zustand in der Balintgruppe illustriert, wirkt er mit seinen nach oben/hinten wegkippenden Augen wie sein von Blickkrämpfen geplagter Patient. Die beiden sitzen offenbar im selben Boot, denn der Therapeut beschreibt seinen Zustand so: „Es ist, als ob etwas Fremdes, eine fremde Kraft in mich hinein kriecht...die Müdigkeit geht so in mich rein, ich bin dagegen völlig machtlos...unheimlich ist das, wie eine Hypnose“. Die Ähnlichkeit mit dem Erleben seines schizophrener Patienten ist auffällig, wobei dieser (der Patient) den Zustand des Therapeuten offenbar wie folgt auslöst: Er legt die Themen, die besprochen werden sollen, genauestens fest, bestimmt auch höchst direktiv, wann der Therapeut und vor allem auch, wie dieser sich einbringen soll. Dabei spricht er pausenlos und mit fast hypnotischer Eindringlichkeit auf den Therapeuten ein, so daß dieser eigentlich gar nicht zu Wort kommen kann. Versucht er es doch, wird der Patient noch energischer und direkter, fährt ihm ins Wort, widerspricht, entwertet die Ausführungen des Therapeuten - um ihn dann irgendwann später unvermittelt zu fragen, was denn nun er als Therapeut von diesem und jenem denke? Dann erwartet er ganz bestimmte Antworten, anderslautende Gedanken werden übergangen, ignoriert, ja - vernichtet. - Diese letzte Formulierung wähle ich ganz bewußt, denn durch die dichte und ungeschminkte Schilderung entstand mehr und mehr der Eindruck, daß es in einem tieferen Sinne um Leben und Tod ging, daß der Therapeut in seiner Lebendigkeit vernichtet werden sollte. In der Therapie war es folglich wichtig, diese Lebendigkeit wieder zu erlangen, also trotz der Angriffe des Patienten zu überleben (Winnicott). Ich kann hier nicht weiter berichten, wie dies möglich war, mir ging es nur darum plastisch werden zu lassen, wie projektive Identifizierung in der Praxis daherkommt, wie sie sich auswirkt und was **Containing** in diesem Zusammenhang bedeutet: nämlich einen schwer erträglichen Gefühlszustand, der als wesensfremd erlebt wird auszuhalten, möglichst ohne sofort dagegen anzugehen. Der Therapeut überlegt nicht, den Kontakt abubrechen, er verkürzt auch nicht unreflektiert die Gesprächszeit. Er verurteilt den Patienten nicht dafür, daß er ihn so behandelt, sondern er nutzt sein Gegenübertragungsgefühl zum Verständnis der Szene, zum Verständnis des Patienten und dessen Lebensgefühls. Es spricht ja einiges dafür, daß auch der Patient sich ohnmächtig, unlebendig, manipuliert, vernichtet fühlt, wenn er anderen Menschen nahe kommt. Vielleicht gibt es dann für ihn nur die Alternative, selbst die Oberhand über die Beziehung zu

gewinnen, da er sonst dem Gegenüber ohnmächtig ausgeliefert ist...? Überlegungen wie diese stellen wieder (innere) Nähe zum Patienten her, sie ermöglichen dem Therapeuten, weiterhin Sicherheit, Halt und Verständnis anzubieten. Sie entlasten den Patienten, wenn auch um den Preis der emotionalen Belastung des Therapeuten. Es ist eine der großen Herausforderungen unserer Berufe, eine Balance zu finden zwischen dem Angebot einer (streckenweise bedrohlichen) Nähe und der eigenen Entlastung, der (therapeutisch sinnvollen) Distanzierung. Interkollegialer Austausch und angemessene Supervision und Beratung können diesen Prozeß wirkungsvoll unterstützen. Und was hier am Beispiel einer einzeltherapeutischen Beziehung aus der Arbeit im SPsD skizziert wurde, gilt natürlich genauso (und mitunter noch viel mehr) für die Arbeit im Team und in anderen als ambulanten Settings.

Im übrigen hängt die Belastung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Psychiatrie auch mit dem Handlungsdruck zusammen, dem alle Beteiligten unterliegen, womit ich zum nächsten Punkt komme, der mit dem gerade Besprochenen engstens zusammenhängt: dem **Handlungsdialog**, welcher die psychiatrische Arbeit so spezifisch prägt. - Besonders für akute Krisen gilt, daß es Menschen mit einer psychiatrisch relevanten Problematik, also etwa Schizophrenen, Borderline-Patienten, schwer Suchtkranken nicht oder nicht ausreichend möglich ist, die innerseelischen Konflikte, wegen derer sie Hilfe suchen, zu symbolisieren. Daher bringen sie ihre Ängste, Bedürfnisse usw. **handelnd** (konkretistisch) zum Ausdruck, indem sie ihren Körper, ihr aktuelles Lebensumfeld und die ihnen verbundenen Menschen als Mittel der szenischen Selbstdarstellung einbeziehen. Indem sie auf diese Weise Intrapyschisches veräußern (Searles, H.F. 1965; Jacobsen, E. 1978; Racamier, P.-C. 1982 u.v.a.) machen sie uns **per Handlungssprache** verständlich, wie und worunter sie leiden. - Auch hierzu ein Beispiel: Eine psychotische Patientin bricht den Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst (SPsD) ohne Angaben von Gründen ab, meldet sich nicht am Telefon, verläßt das Haus nicht mehr und fehlt unentschuldig bei der Arbeit. Nachbarn informieren den SPsD, daß die Patientin nachts laut schreie und Möbel verrücke. Bei einem Hausbesuch ruft sie durch die Tür, die Nachbarin sei psychisch krank und müsse in die Nervenklinik; sie selbst benötige keine Hilfe. Tags darauf wirft sie jedoch Identitätspapiere, persönliche Aktenunterlagen und Geld aus dem Fenster und sucht das benachbarte Ortsamt auf. Dort erklärt sie wirr, daß sie nicht X, sondern Y heiße. Da sie das Amt nicht wieder verläßt, wird zunächst die Polizei, später der SPsD gerufen. Ermüdet und merklich erleichtert empfängt die Patientin den Mitarbeiter des Dienstes mit der Bemerkung, was sie denn noch

NAPPO 6 (Frühjahr 2000)

alles unternehmen müsse, um in die Klinik zu kommen - ob denn niemand merke, daß sie am Ende sei?! - Die Patienten inszenieren auf diese Weise anstatt zu verbalisieren, und wir sind vor die Aufgabe gestellt, dieses Agieren als Mittel der Kommunikation zuzulassen und mithandelnd zu verstehen, was sie uns mitteilen wollen (Klüwer, R. 1983). Klüwer hat für diesen interaktiven Prozeß den Begriff des „**Handlungsdialogs**“ geprägt, der sich gerade auf psychiatrische Arbeitszusammenhänge fruchtbar übertragen läßt. Die Teilnahme an der gemeinsamen Szene stellt sich aus dieser Sicht als eine (zeitweise und begrenzte) Verstrickung dar, in der Agieren und partielles Mitagieren der Therapeuten eine funktionelle Einheit bilden. Die „Behandler“ sind sozusagen als wirklich Handelnde gefragt, für die Patienten zählt, was sie und wie sie es tun. Es kommt darauf an, handelnd zu verstehen und Verständnis durch Handeln in der Beziehung umzusetzen (Cueni, S. 1994). - „Das setzt voraus, daß das therapeutische Personal in der Lage ist, auch bei flüchtigen Begegnungen mit dem Patienten oder bei Anlässen, die scheinbar nur sachlichen Zwecken dienen in einer Weise zu handeln, die geeignet ist, sich angesichts der spezifischen Beeinträchtigungen des Patienten entwicklungsförderlich auszuwirken. Solche handelnden Interventionen sind bewußt intendierte Handlungen, die auf ein Verhalten des Patienten antworten und in der Absicht erfolgen, mit dem Handeln Stellung zu nehmen zu dem vorangegangenen Verhalten des Patienten, weil dies mit Worten nicht oder nicht so gut möglich ist.“ (Streeck, U. 1998a, S. 75-76; siehe auch Streeck 1998b)

Man kann in diesem Zusammenhang von „**interpretive actions**“ (Ogden, T. 1994) sprechen, womit ich unmittelbar bei jenem Dritten angelangt bin, das ich in meine Darstellung einbringen möchte.

Der therapeutische Rahmen oder die Einführung eines Dritten.

Die Funktion des „Containings“, des Haltens wird nicht nur durch die skizzierten Kommunikations- und Verstehensprozess, sondern auch durch den **Rahmen des Settings** gesichert, den die Therapeuten anbieten und (u. U. gegen den Widerstand des Patienten) aufrechterhalten. (Bleger, J. 1993). Hier geht es um die Dimensionen Zeit, Raum und Aufgabe der Therapie sowie um die Aufrechterhaltung minimaler Regeln der Zusammenarbeit, die sichergestellt sein müssen. Der Rahmen ist das Ensemble konstant gehaltener Bedingungen, in deren Grenzen sich der therapeutische Prozeß abspielt. Der Rahmen „hält“ den Patienten in seiner (dyadisch verstandenen) Beziehung zum Therapeuten. Der Patient braucht

Raum, um sich in einem regressiven Prozeß mitteilen zu können, und er braucht **zugleich** einen begrenzenden Rahmen, innerhalb dessen er seine regressive Inszenierung geschehen lassen kann. Für beide, Therapeut wie Patient, geht es also um die schwierige Balance zwischen einer Bewegung emotionalen Sich-einlassens und dem Einhalten einer stabilen Grenzsetzung im Sinne des Therapierahmens. Beide, Raum und Rahmen, heben sich gegenseitig auf und bedingen einander. In diesem Sinne sind **beide** unverzichtbare Dimensionen der halt- und sicherheitgebenden therapeutischen Beziehung und stehen in einem dialektischen Verhältnis zueinander. Indem das therapeutische Team den Rahmen gegen alle Versuchungen, ihn in Frage zu stellen oder aufzugeben, sicher aufrechterhält, erweist es sich als unzerstörbares Objekt (Balint), das die unbewußten Angriffe des Patienten überlebt (Winnicott).

Der begrenzende Rahmen stationärer Therapie stellt einen Schutz vor äußeren und inneren Reizen und Gefahren dar und ermöglicht den Patienten im Idealfall, sich unintegriert, ja auch gewalttätig zu verhalten, ohne sich schwer zu gefährden oder der Vergeltung ausgesetzt zu sein. Der Rahmen steht für Realität und schützt beide, Patienten wie Teammitglieder, vor **irreversibler** Verstrickung in symbiotische Ängste. Er fördert Verzicht, Realitätskontrolle und das Anerkennen klarer Selbst-Objekt-Grenzen und steht damit für ein Leben außerhalb der Symbiose mit der archaischen Mutter-Imago, die nicht nur als „ganz gut“, sondern eben auch als allmächtig und verschlingend phantasiert wird. Der Rahmen repräsentiert so das „Nein“, das „Prinzip Vater“ und symbolisiert damit **ein Drittes** in Ergänzung zur mütterlich-nährenden Dimension, die stationäre Behandlung hat oder jedenfalls haben sollte. Die Arbeit mit dem konkreten Rahmen ist um so bedeutsamer, je tiefer der Patient gestört ist, d. h. auch: je gravierender seine Symbolisierungsstörung ist (Janssen, P.L. 1994).

Innerhalb der bundesdeutschen Sozialpsychiatrie (der 70er Jahre) wurde gerade dieser Punkt gründlich mißverstanden, indem die Dialektik von Raum und Rahmen (die Paradoxie von „Ja“ und „Nein“) auseinander gerissen und in einer polarisierenden Entweder-Oder-Sicht „abgeschafft“ wurde: In dieser Sicht, die ich hier verkürzt, aber doch wohl zutreffend skizziere, hieß Psychotherapie im stationären Bereich „Dynamisierung um jeden Preis“, also unverantwortliche Förderung der Regression. Klare Rahmengestaltungen waren dem soziotherapeutischen Ansatz vorbehalten, der allenfalls noch durch verhaltenstherapeutische Akzentsetzungen psychotherapeutisch „angereichert“ werden durfte. Folgerichtig sprach man sich gegen die Integration von Psycho- und Soziotherapie aus (Bosch, G. 1972) und hielt den psychotherapeutischen Ansatz im Zusammenhang

NAPPO 6 (Frühjahr 2000)

mit stationär-psychiatrischer Arbeit für „irrelevant“ (Krüger, H. 1972). Daß diese einseitige Sichtweise wortführender Vertreter der bundesdeutschen Sozialpsychiatrie mit einer ebenso einseitigen Tendenz innerhalb der sich psychoanalytisch verstehenden Psychiatrie kontrastierte, ist nur die andere Seite der Medaille: wo dort die Abwehr von emotionaler Verstrickung dominierte, war die Reaktion hier von der Ablehnung eindeutiger Rahmensetzungen und der Vernachlässigung institutioneller Therapiebedingungen geprägt.

Für uns kommt es heute darauf an, das in dieser Weise Auseinandergehaltene (Gespartene) zusammenzufügen, also mit dem Paradox zu leben, daß psychiatrische Patienten eben **beides** benötigen: einen Raum für emotionale, zwischenmenschliche Begegnung und zugleich einen Therapierahmen, der diese Begegnung strukturiert. Damit bringen die Therapeuten eine **Integrationsleistung** ein, und zwar zunächst stellvertretend für die zu behandelnden Patienten, deren diesbezügliche Fähigkeit in Frage gestellt ist. - Dies leitet unmittelbar zum letzten Teil meines Vortrages über.

Vernetzung und Kooperation: die gruppenanalytische Dimension in der Beziehungsgestaltung.

Georg Bruns ist (aus psychoanalytischer Sicht) ausführlich auf die **Vernetzung** als wichtiger Modifikation in der psychotherapeutischen Arbeit mit schizophren-psychotischen Patienten eingegangen (Bruns, G. 1997). Diesen Patienten mangelt es, wie ich bereits ausführte, an Symbolisierungs- und Integrationsfähigkeit, insbesondere in Zeiten akuter Irritation (siehe dazu ausführlich Heltzel, R. 1997, 1998a u. 1998b): Wegen der zugrundeliegenden Störung sind insbesondere schizophrene Patienten gezwungen, konkretistisch und fragmentierend mit der Welt und den ihnen verbundenen Menschen umzugehen. Therapeutische Vernetzung, d.h. die Teilnahme von Patienten und Therapeuten an einem Netzwerk psychosozialer Beziehungen (zu Ärzten, Kontaktstellen, Kliniken oder Tageskliniken, Angehörigen, Arbeitskollegen usw. usf.) kann helfen, die verlorene oder verschüttete Symbolisierungsfähigkeit wieder zu errichten oder zumindest den partiellen Ersatz dafür zur Verfügung zu stellen. Diese Fähigkeit bedeutet ja, wie Bruns ausführt, „(...) ein abwesendes Objekt virtuell oder symbolisch (mit der Qualität des Als-ob, R.H.) präsent zu halten.“ (Bruns, G. 1997, S. 352) Die früheste Vorstufe dieses Vermögens ist die Erschaffung des von Winnicott beschriebenen Übergangsobjekts, das das Prinzip des Dritten zwischen Mutter und Kind einführt. Übergangsobjekt, frühe Triangulierung und

Symbolisierungsfähigkeit stehen daher in einem engen, unauflösbaren Bedingungs-zusammenhang. Therapeutische Vernetzung als systematischer Einbezug von Dritten in die therapeutische Beziehung schützt, wie die Struktur des soeben diskutierten therapeutischen Rahmens, vor der unbremsten Regression in eine Dyade, die als bedrohlich erlebt wird. Sie ermöglicht dem Patienten darüberhinaus, seine soziale Welt **real** in die Behandlung einzubringen, was seiner Neigung zum Konkretismus entspricht. Vernetzung verringert die reale (auch als bedrohlich erlebte) Abhängigkeit vom Therapeuten, eröffnet gerade damit die Chance einer auf Sicherheit und Kontinuität ausgerichteten Beziehung und ermöglicht dem Patienten insbesondere, sich in der therapeutischen Beziehung mit der **Integrationsleistung** zu identifizieren, die der Therapeut (die Therapeutin, das therapeutische Team) erbringt. (Bruns, G. 1997, S. 353) Insofern wirkt therapeutische Vernetzung, wenn sie gelingt, insgesamt **entwicklungsfördernd** (Fürstenau, P. 1992). Der enge Zusammenhang zur Gruppenanalyse (Foulkes) ergibt sich daraus, daß eine therapeutisch förderliche Vernetzung auf eine konkrete Weise die **Matrix** des Patienten (d.h. sein Netzwerk aus realen, phantasierten, interpersonellen und transpersonellen Beziehungen) aufnimmt und ausgestaltet, „interpretiert“. Aber diesen Gedankengang kann ich hier aus Zeitgründen nicht weiter verfolgen.

Ich möchte vielmehr mit der These fortfahren (und komme damit zum letzten Abschnitt meines Vortrages), daß nicht nur die psychiatrischen Patienten, sondern auch die **psychiatrischen Organisationen** vor großen Integrationsproblemen stehen und daher selbst dringend einer Unterstützung in dieser Hinsicht bedürfen. Um den Patienten kompetente Vernetzung und sinnvolle Kooperation anbieten zu können, müssen sich die Organisationen selbst in ihrem Inneren ernsthaft um Integration bemühen. Ich komme daher - am Schluß meiner Ausführungen - auf meine Einführung zurück: Die gegenwärtigen und noch mehr die unmittelbar bevorstehenden, zukünftigen Rahmenbedingungen stellen extreme Herausforderungen an alle Organisationen, auch die psychiatrischen. Die Verhältnisse sind ja so dynamisch geworden, daß Altes auflösen und Neues schaffen längst eins geworden sind. Aber mehr noch: wir sind gezwungen, dies in dem Wissen zu tun, daß nichts mehr von Dauer ist. Dabei muß die (permanente) Umstrukturierungsbemühung bei laufendem Motor geleistet, also mitten in der anspruchsvollsten Alltagsarbeit vorangebracht werden. Diese organisationsinterne, durch übergreifende Systemzusammenhänge angetriebene Veränderungsdynamik stellt schon zur Zeit enorme Anforderungen an alle Beteiligten. In Zukunft wird die Frage, wie diese explosionsartig sich steigernde **NAPPO 6 (Frühjahr 2000)**

Anforderungslawine konstruktiv bewältigt werden kann, zur Überlebensfrage für Organisationen - auch in der Psychiatrie - und zur zentralen Herausforderung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie für Führungskräfte. (Wimmer, R. 1996). Wimmer zufolge wird unter diesen Voraussetzungen der Abstimmungsaufwand und das heißt auch: der Bedarf an kreativen Lösungen des Kommunikationsproblems innerhalb von Organisationen entscheidend zunehmen. Hier sind Ideen gefordert, wie wirkungsvolle Begegnungs- und Austauschformen gestaltet, wie Kooperations- und Kommunikationsprozesse effektiv gefördert werden können. Zur Kernfrage für das weitere Existieren von Organisationen wird diese Thematik deshalb, weil sie im wahrsten Sinne des Wortes ans **Mark** geht. Sie berührt die Frage der **Organisationsidentität**, die durch die jüngsten Entwicklungen aufgeworfen ist: Wer können, wer wollen wir in Zukunft sein? Welches Aufgabenprofil werden wir zu erfüllen haben? Wie könnte das Bild der Organisation aussehen, die unter den zukünftigen Bedingungen gefordert und überlebensfähig ist? Könnte dies das Bild sein, mit dem unsere Patienten und mit dem wir gut leben können? - Natürlich werden diese und weitere, damit in Zusammenhang stehende Fragenstellungen viele Organisationen an den Rand der Verzweigung bringen, vielerorts ist der Prozeß ja schon in vollem Gange.

Ich möchte abschließend ein Konzept vorstellen, daß nach meiner Überzeugung Raum für die Bearbeitung der skizzierten Risiken bieten kann. Ich habe mit diesem Konzept eingehende Erfahrungen gesammelt und viele Rückmeldungen aus beteiligten Organisationen erhalten. Sie sind so ermutigend, daß ich dem Konzept Verbreitung wünsche (eine ausführliche Erörterung findet sich in Heltzel, R. 1998/99).

Es geht dabei um eine Anwendungsform von Gruppenanalyse, nämlich die Arbeit in abteilungs- oder auch organisationsübergreifenden, also Vernetzung herstellenden **Großgruppen**, in denen dann 20, 30, 40 oder auch mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmer zusammenarbeiten. In der jüngeren Unternehmensberatung ist dieses Konzept unter dem Begriff „Dialog“ (von dialogos = altgriechisch für fließende Bedeutung) bekannt geworden und findet inzwischen immer mehr Verbreitung (siehe dazu z.B. Mandl, C. 1996). Jeder Eingeweihte erkennt aber unschwer, daß sich hinter dieser (in Unternehmensbereichen unverfänglichen) Bezeichnung eine Anwendungsform der Foulkes'schen Gruppenanalyse verbirgt, freilich mit nicht unwichtigen Abstrichen an der Gesamtkonzeption. Ich glaube aber, daß es eine Sache der Redlichkeit und Ehrlichkeit ist, die wirklichen Ursprünge des Konzepts zu benennen. Da die Zeit drängt, beschreibe ich in Kürze das

Setting, Sie werden dabei unmittelbar bemerken, wie eng die Verbindung zum Thema unserer heutigen Tagung ist.

Solche Großgruppensitzungen (die ich inzwischen in den verschiedensten psychosozialen Organisationen durchführe, die sich in umfassenden Veränderungsprozessen befinden) finden in größeren zeitlichen Abständen, also z.B. alle 8 oder 12 Wochen statt, vorzugsweise mit zwei aufeinander folgenden Sitzungen von je 1 1/2 Stunden Dauer. In einer Abteilung können alle diejenigen teilnehmen, deren Abwesenheit vom Alltagsbetrieb möglich ist, das sind dann z. B. 35 Personen, in der zweiten Sitzung in anderer Zusammensetzung als in der ersten, so daß insgesamt etwa 50 oder 60 Organisationsmitglieder der verschiedensten Bereiche und der unterschiedlichen Hierarchie-Ebenen erreicht werden. Der Chef (oder die Chefin) nimmt teil, leitet aber die Sitzung nicht, sondern ist TeilnehmerIn wie andere Mitarbeiter auch. Es gibt keine Tagesordnung, sondern die Mitteilung, daß alles angesprochen werden kann, was im Zusammenhang mit der anstehenden Umstrukturierung, der krisenhaften Entwicklung, der Neuorientierung etc., also der Weiterentwicklung der Organisation und der Bewältigung der Arbeitsaufgabe bewegt oder mitteilenswert erscheint. Dies können die verschiedensten Konflikte, Meinungen, Fragen, Stimmungen, Kritiken usw. sein, wobei es immer wieder frappierend ist zu erleben, daß auch eine so große und heterogene Gruppe, die sich keine Tagesordnung gibt, konstruktiv (gemeinsam) denken und sehr gehaltvolle Sichtweisen erarbeiten kann. Der Moderator versucht, Zusammenhänge, Gruppenthemen, Gruppenängste wahrzunehmen und zu benennen und er schaltet sich intensiver ein, wenn der Gruppenprozeß destruktiv zu entgleisen droht. Auf diese Weise kann er der Gruppe helfen, an der gemeinsamen Identität zu arbeiten, ohne daß eine verpflichtende Vorgabe zur „corporate identity“ gemacht wird. Wenn es möglich wird, die den Veränderungsprozeß notwendig begleitenden Ängste anzusprechen, kann die Gruppe zu einem fest in der Organisationswirklichkeit verankerten Raum werden, in dem auch stark Bedrohliches gehalten („contained“) werden kann (Obholzer, A. 1997). Dieser Raum ist **zwischen** Phantasie und Realität angesiedelt, zwischen Organisation und Individuum. In ihm kann eine Situation geschaffen werden, die zugleich real und nicht real, zugleich ernst und nicht ernst ist, in der also Spielen und damit Kommunikation möglich werden (Ogden, T. 1997, Streeck-Fischer, A. 1997)

Obwohl die Gruppe nur in großen Abständen zusammenfindet, hat sie, wenn sie eine feste Größe in der Organisation wird, Folgen in der Abteilung, der Klinik, dem Verbund: immer wieder erfahre ich von Beteiligten, daß zentrale Themen der Gruppe im Alltag und in kleineren Gruppen weiter

diskutiert werden und so in der Organisation die Runde machen. Obwohl die Gruppe nichts entscheidet, ist es, da die Leitung ja teilnimmt, auf diesem indirekten Weg auch möglich, daß Entscheidungsprozesse angestoßen oder ermöglicht werden. Nicht selten kommt es vor, daß Entscheidungen, die vorher scharf umstritten waren, erst nach offener, sehr kontroverser Aussprache überhaupt wirklich akzeptiert und damit auch umgesetzt werden. Das Frappierendste und für mich Bewegendste ist aber zu erleben, wie gerade durch eine konfliktbetonte, im Ausgang **offene** Begegnung verschiedener Bereiche und Hierarchien wirkliche, eben nicht erzwungene Gemeinsamkeit entstehen kann. - Natürlich spielen hier auch Grundhaltungen und Menschenbilder eine zentrale Rolle: wer nicht auf die Partizipation aller Beteiligten vertrauen kann, lieber alles selbst fertig vordenkt und dann mit Druck weiter gibt, wird von einem solchen Prozeß nicht viel erwarten wollen. - Ob er aber auf diesem Wege die Zustimmung und das Engagement seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten und fördern kann, bleibt offen...

(Literaturliste kann bei der Redaktion angefordert werden)

Theorie zwo

oder: Gibt es eine psychodynamische Sozialpsychiatrie?

Fünf Verbände und Institutionen aus dem psychotherapeutisch / psychoanalytischen Raum haben sich erstmals zusammengetan, um die Begegnung zwischen Psychoanalyse und Sozialpsychiatrie genauer zu betrachten. Auf einer Tagung in der Medizinischen Hochschule Hannover(MHH) fanden über 200 Teilnehmer mehr Gemeinsames als Trennendes und suchten nach einer integrierten Zukunftsperspektive.

Ein Bericht von Ingo Engelmann

Tagungsort als Inszenierung

Das Thema der Tagung ist das Spannungsverhältnis von Sozialpsychiatrie und Psychoanalyse. Zentrale Frage dabei: Wieviel Beschäftigung mit inneren Konflikten und ihrer Abwehr können psychisch kranke Menschen aushalten, und wieviel geht überhaupt in der seelenfeindlichen Institution Psychiatrie (ob sie nun in der Gemeinde oder in der Klinik liegt)? Mit der MHH hat sich ein kongenialer Tagungsort für diese Fragestellung gefunden. Der Gebäudekomplex mit dem Charme eines größeren Provinzflughafens hat sich in kühlgraues Nieselwetter gehüllt. Die Plenarsitzungen finden im Gebäude „Theorie II“ direkt neben den Sezierräumen statt. Beton, wohin das Auge fällt. Niedrige Flure, in den Vitrinen im Gang sind eingelegte Gewebeschnitte und Organe ausgestellt.

Eine kreative Tagung ist in dieser Umgebung genauso schwer vorstellbar wie eine psychodynamische Begegnung in der pharmastudiengeschwängerten Luft einer Uniklinik oder den zugigen Jugendstilpavillons resignierter Landeskrankenhäuser. Ob ich mit hier die Tagung vorstelle oder dort die Begegnung - erste innere Reaktion ist: „Das geht doch gar nicht!“. Mal sehen. Zum Glück (?) darf man überall rauchen.

Der psychodynamische Elefant

In den vier Vorträgen spiegelte sich eine große Bandbreite von Positionen, Sichtweisen und

Haltungen wider. Oder war doch alles das Gleiche? Eine Gruppe persischer Weiser erkundete einmal in einem dunklen Raum ein großes Objekt, und einer sagte: es ist lang und armdick und sehr beweglich, und ein anderer sagte: nein, es ist rund und dick wie ein menschlicher Rumpf, und der vierte sagte: aber es ist doch flach und biegsam und groß wie ein Tisch im Kaffeehaus, usw...

Stavros Mentzos bewegte sich sicher und charmant in der bewegten See psychoanalytischer Begrifflichkeit und formte sie in seinem Sinne um. Im Mittelpunkt steht das Dilemma unvereinbarer Strebungen im Spannungsverhältnis von Selbst (die eigene Person) und Objekt (der Andere). Nähe und Rückzug, Geborgenheitswünsche und Verschmelzungsängste resultieren aus frühen Beziehungserfahrungen und bestimmen später in krisenhaften oder unklaren und unsicheren Lebensphasen die Art, wie ich mit dem Dilemma fertigzuwerden versuche. Die Reise in ein fernes Land, die neue Rolle als Ehepartner oder der Eintritt ins Berufsleben können so psychotische Episoden oder Rückfälle auslösen. Mentzos bringt das in Beispielen und Erlebnissen kurzweilig rüber, er steht auf dem Boden seiner eigenen vierzigjährigen Berufserfahrung. Psychoanalyse, Erfahrung und eigene Ideen - mehr braucht er anscheinend nicht.

Ähnlich Rudolf Heltzel: Auch er schwimmt in Psychoanalyse, auch er formt um. An einem Fallbeispiel entlang skizziert er die zentralen Elemente psychodynamischer Therapie mit frühgestörten Patienten. Dabei macht er keine wesentliche Unterscheidung zwischen psychotischen und schwer persönlichkeitsgestörten Menschen. In zwölf Stichworten faßt er die wesentlichen Elemente des psychodynamischen Umgangs zusammen: Kontaktaufnahme - Haltende Beziehung - Kooperation mit den Angehörigen - Vernetzung mit Professionellen - Bifokales Arbeiten - Verstehen verborgener Sinnhaftigkeit - Unbewusste Konflikte - Partielle gegenseitige Verstrickung - Handelnder Umgang - Grenzsetzung - Entwicklungsförderung - „Gut genug sein“.

Wo Mentzos den großen Bogen schlägt und auf schon oft gebrauchten Overhead-Folien eine Art psychiatrischer Weltordnung umreißt, guckt Heltzel genauer auf den einzelnen Menschen: wie begegne ich ihm, was macht er mit mir, was mache ich mit ihm? Die Auflistung der einzelnen Elemente ruft wenig Widerspruch hervor, weil es selbstverständlich scheint, alle diese Punkte in einer ganzheitlichen Begegnung zu berücksichtigen. Scheint, wohlgermerkt. In der Psychiatrie gewinnen mehrere der Einzelpunkte besondere Bedeutung und verlieren bei näherer Betrachtung ihre Selbstverständlichkeit. Hinter dem Begriff „Bifokales Arbeiten“ verbirgt sich eine hohe Anforderung an die Integrationsfähigkeit des

Behandlers: er soll gleichzeitig die innere Dynamik und die Beziehungswelt des Gegenüber erfassen und dessen soziale Realität einbeziehen. Es macht uns ein Geschwätz nicht satt, dichtete Brecht, aber: der Mensch lebt nicht vom Brot allein, sagt schon die Bibel. Das ist bifokal. Da läßt sich ein schönes Buch drüber schreiben.

Genauso über den Punkt „Handlungsdialog“. Es gibt schon Bücher darüber, die aber in der Psychiatrie weniger gelesen werden als in Psychotherapie-Seminaren. Dabei ist die Verständigung und Verstrickung im dialogischen Verhalten und Handeln ein ganz häufiges Medium in der Psychiatrie, denn verbale Reflexion der aktuellen Erfahrung und Schlußfolgerung daraus ist eher selten und überfordert viele Menschen in der Gemeindepsychiatrie. Wie kann man jemanden verstehen, der nicht spricht? Es gibt psychodynamische Versuche, dieses Dilemma zu überwinden.

Wozu auch Heltzel nichts oder kaum etwas sagt: die Multiprofessionalität des psychiatrischen Teams im betreuten Wohnen oder in der Klinik. Oder die Gemeindenähe. Sozialpsychiatrische Grundwerte - spielen sie in der Begegnung mit psychoanalytischen Ansätzen der psychiatrischen Arbeit noch eine Rolle? Oder sollten sie klammheimlich überholt sein?

Der dritte Hauptvortrag von Thomas Bock stellte die seit mehr als zehn Jahren so überaus erfolgreich arbeitenden Psychose-Seminare in den Kontext einer anthropologischen Einordnung psychotischer Prozesse. Was hat Psychose mit der menschlichen Natur zu tun? Diese Frage zieht sich durch das Psychose-Seminar und durch Bocks Vortrag. Er beschreibt das Psychose-Seminar als Therapie ohne Absicht, als Familientherapie ohne Familie, als Supervision ohne Bezahlung. Er skizziert die ökologischen Faktoren, die im Umgang mit psychotischen Prozessen nützlich sein können: Ruhe und Raum meinen mehr als den Ruheraum. Die anthropologischen Bausteine verzichten auf eine verbindliche Ordnung, auf innere Verknüpfungen - es geht mehr darum, scheint mir, jeden sein eigenes Gebäude daraus errichten zu lassen, nicht um einen Bauplan. Das Engagement und die Identifikation, die Thomas Bock mit seinem Baukasten verbinden, reißen das Publikum mit.

Der vierte Vortrag ist eine harte Aufgabe für alle Beteiligten: Frank Schwarz aus München hat sich der mühevollen Aufgabe unterzogen, empirische Materialien zur Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlung von Psychosen zusammenzutragen. Das ist trockener Stoff, und Herr Schwarz ist kein Populist: er mutet dem Publikum die Dürre zu. Nach einer Durststrecke gewinnt das Unternehmen dann immer mehr Kontur und entwickelt seine eigene Spannung. Schwarz bestätigt, was mancher

ahnte: die empirische Beweisführung ist dünn, wenn man die Kriterien der quantitativen Empirie mit Kontrollgruppen und genauer Definition der untersuchten Patienten zugrundelegt. Die bekanntesten Untersuchungen stammen von Gunderson, und sie werden nicht ausreichen, die Kostenträger in Deutschland von den Stühlen zu reißen. Hier besteht dringender Handlungsbedarf, um nicht die verstehende, psychodynamische Psychiatrie (die letztlich immer psychoanalytisch begründet ist) diskreditieren und ins Abseits stellen zu lassen. Ein Internet-Tip zu der referierten Empirie: unter www.cochrane.de findet man Ergebnisse und Links der Cochrane-Stiftung, die sich mit Psychotherapieforschung befassen.

-Lust auf Dynamik

Eine Berichterstattung aus den Workshops der Tagung kann ein Einzelner nicht erbringen. Aber aus den kurzen Thesen, in denen die Referenten die Arbeitsgruppen schriftlich zusammenfaßten, und aus Pausengesprächen läßt sich ein Stimmungsbild rekonstruieren. Generell gilt: das Interesse an Auseinandersetzung und Beteiligung am Gespräch war groß, Diskussionen wurden großenteils als konstruktiv und belebend empfunden. Wo das nicht der Fall war, lag das zum Teil daran, daß eine gruppenspezifische Störung vorlag - im Einzelfall beispielsweise durch unauflösbare Gegenübertragungsprozesse mit dem präsentierten Material.

Ich neige dazu, das Profil der Workshoparbeit als Widerspiegelung des psychiatrischen Alltags anzusehen. Psychodynamische Haltungen mit dem Ziel, Menschen zu verstehen, treffen als abstrakte Forderung auf die Zustimmung vieler Patienten, Klienten und Angehörigen. Genauso war es auf der Tagung. Konzepte und Ziele psychoanalytisch orientierter Psychotherapie in der Psychiatrie ließen sich gut diskutieren. Wo es aber um konkrete psychodynamische Arbeit hier und jetzt im Workshop geht, wo Widerstände ins Spiel kommen und die mühselige oder schmerzliche Arbeit an der Abwehr beginnt, da kommt die Motivation zu psychodynamischer Arbeit doch ins Trudeln. Das war auch auf der Tagung nicht anders. „Psychodynamik als theoriegeleitete Praxis erfordert die Überwindung eigener Widerstände“, heißt es in einer Ergebnis-These. Es ist für Referenten und Teilnehmer künftiger Tagungen eine Herausforderung. Inhalt und Form kongenial zu verknüpfen. „Psychodynamische Gruppen basieren auf der Fähigkeit, mit den wechselseitigen Einflüssen zu spielen und Phantasien zuzulassen. Grundlage dafür ist die eigene affektive Bewegung/Berührtheit“, resümiert ein Referent. „Geduld“, „Mut“ und „Energie“ für Veränderungen und Neuerungen sowie Fortbildung war Wunsch eines Workshops, oder: „Man klang nur

psychodynamisch arbeiten, wenn man Lust dazu hat“. Und die ganz große Frage, die auch nach Abschluß der Workshops nicht beantwortet war: „Was ist eigentlich Psychotherapie? Unterscheidet sich Psychotherapie prinzipiell von sozialpsychiatrischer Behandlung?“

Elefant oder Maus?

In der abschließenden Diskussion war wie in der Resonanz, die andernorts zu hören war, ein gemeinsamer Kern: Die Veranstaltung war ein Erfolg. Der lag schon vor den ersten Begrüßungsworten in der Tatsache, daß sie überhaupt stattgefunden hat. Wie sie dann ablief, hat auch den meisten gefallen. Von Veranstaltern und Teilnehmern wurde die Perspektive entwickelt, auf Folgetagungen einzelne Fragestellungen intensiver zu bearbeiten und weitere Gesprächspartner einzuladen. Erst auf dem Podium der Abschlußdiskussion waren Psychiatrieerfahrene und Angehörige vertreten. Es wurde vorgeschlagen, diesen Mangel auf der folgenden Tagung (wann?) auszugleichen, indem der Dialog in den Mittelpunkt gestellt wird. Das wäre also eine Tagung mit dem Arbeitstitel „Psychoanalyse und Sozialpsychiatrie - was halten Erfahrene und Angehörige davon, und wie stehen die Profis dazu?“.

Eine andere Blickrichtung waren Schnittstellen zu benachbarten Disziplinen bzw. Schulen. Besonders die Diskussion mit der biologisch fundierten Psychiatrie wurde für lohnend gehalten. Einerseits muß die Verknüpfung von biologischen und psychodynamischen Faktoren wissenschaftlich weiter erkundet werden. Andererseits fehlt eine ausreichende Orientierung darüber, mit welchen biologischen Psychiatern eine Verständigung gut möglich ist und welche das völlig ablehnen. Psychoanalytisch fundierte Psychiatrie hat eine Menge Anregungen und Fragen, die biologische Psychiater dazu bringen müßten, Farbe zu bekennen oder Grenzen zuzugestehen. Auch diesen Aspekten könnte eine Folgetagung gewidmet werden.

Immer wieder kam das Gespräch auf die Zukunft der empirischen Legitimation von Psychoanalyse und psychoanalytisch fundierter Psychiatrie. Bisher konnte ein wirklich tragfähiges und anerkanntes empirisches Fundament nicht gelegt werden, wie Herr Schwarz gezeigt hatte. Eine möglicherweise in diesem Jahr zur Veröffentlichung anstehende große Studie kommt erneut zu wenig überzeugenden Beweisen, was die Wirksamkeit psychoanalytisch begründeter Psychotherapie angeht. Auch die Kostenträger, die derartige Studien natürlich zur Grundlage ihrer weiteren Psychiatriekonzepte machen, gehören also zu den Gesprächspartnern weiterer Tagungen.

Es gibt also viele Ziele. Sie sind fast so vielfältig wie die verschiedenen Körperteile des Elefanten, die zusammengenommen ein Lebewesen ergeben. Aber weder die Sozialpsychiatrie noch die Psychoanalyse saß im Hörsaal Theorie II der MHH, sondern es waren Veranstalter aus fünf kleinen Gruppierungen. Sie hatten fast 250 Menschen nach Hannover gelockt, und das heißt ja auch schon was. Also: Erfolg - ja. Aber Elefant - das wäre etwas zu voluminös. Mehr als eine Maus ist gleichwohl geboren worden. Ursula Plog berichtete vor zwei Jahren vom „gründelnden“ Stör. Wohin die Evolution der Tagungen die neue Spezies psychodynamisch engagierter Psychiatriearbeiter führen wird, bleibt abzuwarten.

-

Psychoanalyse und Sozialpsychiatrie- aus der Begrüßung zur Tagung am 17./18.3.2000 in Hannover

Von Ingo Engelmann

(...) "Psychoanalyse und Sozialpsychiatrie" ist das schnörkellose Thema dieser Tagung. "Zwei Welten begegnen sich", könnte man hinzufügen, oder "Gegensätze ziehen sich an", oder eher programmatisch "Jetzt wächst zusammen, was zusammengehört"?

Marxismus, Feminismus, Psychoanalyse - das sind für Helmut Dahmer, den ehemaligen Herausgeber der psychoanalytischen Institution "Psyche", die drei großen emanzipatorischen Kräfte des 20. Jahrhunderts. Sozialpsychiatrie als Produkt der 68er-Studentenbewegung lehnt sich eng an marxistische Ideologiekritik an: "Sozialpsychiatrie hat vorrangig pathogene Gesellschaftsstrukturen und deren Zusammenhang mit den Produktions- und Herrschaftsverhältnissen aufzudecken", heißt es dazu in der ersten Ausgabe der Sozialpsychiatrischen Informationen 1971. Wollen wir das Verhalten der Menschen ändern oder die Verhältnisse?

Sozialpsychiatrie ist politische Psychiatrie, so wie auch Marxismus und Feminismus politisch sind. Aber Psychoanalyse? Ist das nicht der Rückzug ins Individuum und seine inneren Nöte, weg von der politischen Bühne, jeder sein eigener tragischer Held?

Politisch, griech. "politikos", heißt "den Bürger betreffend". Politisch ist, was den Menschen etwas angeht, was ihn betrifft. Das Private ist politisch. Unter den Themen, die Menschen angehen und sie betreffen, findet sich eines in allen Lebensbereichen immer wieder: das ist der Mensch selber. In allen Bereichen der Hoch- und Alltagskultur finden wir Versuche, den Menschen kennenzulernen - etwas davon zu verstehen, wie er wurde, wie er ist, wie er sein kann. Hierfür ein paar Beispiele.

Der Film "Lawrence von Arabien" (1962), gerade kürzlich wieder im Fernsehen zu sehen, zeigt einen britischen Offizier, der in eine bestimmte historische Epoche - nämlich die beginnende Einigung arabischer Stämme zu einer Nation - mit seiner spezifischen Persönlichkeit eintritt: narzißtisch verunsichert und ohne klare Identität, charismatisch und immer wieder mit schweren depressiven Einbrüchen. Nicht zuletzt ein

traumatisches Erlebnis mit einer sexualisierten Grenzverletzung, gepaart mit roher Gewalt, läßt seine innere Struktur zusammenbrechen.

Andere Filme weisen sehr viel direkter auf psychoanalytische Themen hin. Beispiel Hitchcock: Gedächtnisverlust durch Trauma oder ödipale Triangulierung tauchen als zentrale Themen auf. "Psycho" zum Beispiel - Anthony Perkins in der Identitätsverwirrung zwischen sich selbst und der trotz Mumifizierung immer noch dominanten Mutter ist in die Filmgeschichte eingegangen. Kriminalromane aus den vierziger und fünfziger Jahren, beispielsweise von Ross Macdonald, zeichnen differenzierte Bilder von innerseelischen Konflikten und familiären Verwicklungen wie beispielsweise Inzest.

Der schwedische Dramatiker Strindberg schrieb Anfang des 20. Jahrhunderts seine "Gespenstersonate": in einer beklemmenden Welt besteht das Normale im Arrangement mit der Lüge. "Was soll das Reden, wir können einander doch nicht täuschen!"

Aber der Verzicht auf's Reden kann ein schreckliches Ende bereiten: "Mein Vater endete in einem Irrenhaus." - "War er geisteskrank?" - "Nein, er war gesund, aber verrückt. Einmal hielt er eine große Gesellschaft bei sich, da bricht er das Schweigen, ergreift das Glas und hält eine Rede... In einer längeren Ansprache entkleidete er die ganze Gesellschaft, einen nach dem anderen, und sagte ihnen alle ihre Gemeinheiten. Dann setzte er sich ermüdet mitten auf den Tisch und forderte die Gäste auf, zum Teufel zu gehen. Ich werde nie vergessen, was dann geschah. Vater und Mutter schlugen sich und der Vater wurde ins Irrenhaus gebracht, wo er dann starb. Wenn man zu lange schweigt, so ist es, als ob Wasser zu lange stillsteht und fault." Wenn man zu lange schweigt...

Die "Redecur" nannte Freud seine Therapie in frühen Jahren, und Theweleit nennt sie das "Verfahren der Behandlung von Neurosen mit schönen Worten". Aber hier interessiert nicht die Psychoanalyse als Verfahren, sondern ihr Gegenstand. Die Seele findet sich nicht nur in den verschiedenen Sparten von Kunst und Hochkultur. Auch unser Alltag ist durchzogen von der Dynamik des Seelischen. Er wird sozusagen davon zusammengehalten (womit eine zentrale Frage von Goethes Faust angesprochen ist: was die Welt im Innersten zusammenhält).

In Verhalten geronnene seelische Erfahrungen und Prägungen tauchen in den Fernsehkrimis und -thrillern auf, wo psychopathische Killer und Kinderschänder den Alltag bevölkern. Warum machen Menschen das? Könnte eine interessante Frage sein, aber selten kommt es im Film zu mehr als zur Abspaltung des Bösen und seiner Exekution.

Im Vergleich zur Heile-Welt-Strategie des "Kauf Dir einen bunten Luftballon" oder des "Drei Birken auf der Heide" (auch gerade wieder im Fernsehen) wird die Abwehr des Bösen immer brutaler, aber sie rückt dem Selbst deutlich näher. Ein Fortschritt?

Letztendlich landen wir im richtigen Leben, in dem Menschen mit sich und anderen tagtäglich seelische Prozesse und die entsprechenden Konflikte erleben. Sie vergessen und verdrängen unangenehme Erfahrungen, sind um-trieb-ig, spüren Gefühle und wehren sie ab, fertigen sich Identität aus Selbst- und Fremdwahrnehmung, erfahren Beziehung nach innen, zu sich selbst, wie nach außen zu den Anderen. Das Alles drängt zum Ausdruck - nicht nur in der Therapie, und es existiert ein stetes unterschwelliges Sehnen, das Alles zu verstehen. "Du verstehst mich nicht" war das finale Urteil in endlosen Beziehungsdebatten der letzten Jahrzehnte.

Sozialpsychiatrie ist eine im Ursprung handelnde Disziplin, die Lebenswelten gestaltet und herausfindet, worin die Störung von Interaktionsprozessen liegt. Es geht um das Verstehen gesellschaftlicher Zusammenhänge. Das Verstehen des einzelnen Menschen mit seinem eigenen Profil und seiner inneren (Konflikt-) Dynamik ist kein eigentlich sozialpsychiatrisches Thema. Wenn es um den Menschen geht, befragt die Sozialpsychiatrie nicht Psychologie oder gar Psychoanalyse, sondern die Philosophie. Herr Dörner liest Levinas.

Aus der Ergänzung der biologischen um die soziale Psychiatrie hat sich ein merkwürdiges Paradoxon entwickelt. Die Psychiatrie ist ein Raum, in dem sich menschliches Leiden und seine verschiedensten Bewältigungsversuche extrem konzentrieren. Gerade in diesem Raum tritt das andernorts allgegenwärtige Interesse an den innerseelischen Strukturen des Menschen und seiner gefühls- und beziehungsprägenden Geschichte in den Hintergrund. Der Blick auf Selbsthilfepotentiale und Empowerment, auf die (nur?) phänomenologisch erfaßte Subjektivität von Betroffenen und Angehörigen, auf die Kehrseite der Institution und auf systemische Vernetzungen ist von der Sozialpsychiatrie in den letzten Jahrzehnten weit nach vorn gebracht worden. Dabei ist zu kurz gekommen, daß seelisches Leiden auch eine innere Seite hat.

Das Gemeindepsychiatrische Dreieck muß jetzt vollständig in den Blick rücken, um dieses Paradoxon aus der Welt zu schaffen. Seine drei Pole müssen ins Gleichgewicht kommen: die biologische Psychiatrie mit den Psychopharmaka und den Stoffwechselprozessen bis hin zu physiologisch begründeten Verfahren wie EMDR, die Sozialpsychiatrie mit ihren gesellschaftlichen Verknüpfungen und sozialphilosophischen

NAPPO 6 (Frühjahr 2000)

Existenzbestimmungen sowie die Psychodynamik mit ihren psychotherapeutischen und psychoanalytischen Entwicklungspsychologien und Therapieformen.

Sozialpsychiatrie und Psychoanalyse zu versöhnen kann kein rein additives Unternehmen sein. Eine Sozialpsychiatrie, die sich dem psychodynamischen Verstehen öffnet, wird manches neu durchdenken müssen. Eine Psychoanalyse, die sich Vollversorgungsansprüchen stellt und die Chancen der Multiprofessionalität wirklich ernst nimmt, muß aus ihrem Elfenbeinturm herauskommen und sich den frostigen Wind unserer bundesrepublikanischen Psychiatrielandschaft um die Nase wehen lassen. (...)

Abschließend möchte ich einen Patienten zu Wort kommen lassen. Er spricht über seine Therapieerfahrung in der Psychiatrischen Abteilung, speziell in der Gruppenmusiktherapie, aber auch auf Station, und über Therapeuten. Zum Zeitpunkt des Gesprächs war er zum zweiten Mal in der Klinik und wurde über fünf Monate stationär behandelt. Ich habe aus dem einstündigen Gespräch einige ausführlichere Zitate ausgewählt, die einen fast satirischen Unterton haben, die Dinge aus der Psychiatrie knapp auf den Punkt bringen, und die in typischer Weise das Oszillieren zwischen Einsicht und Verschleierung zeigen, mit dem psychotische Menschen sich gegen zu viel Bedeutung schützen.

"Tja, ich konnte leider kein Instrument spielen, daher mußte ich ja immer improvisieren. Und das ist mir jetzt neu, das hab ich davon gelernt jetzt, daß man auch Musikinstrumente spielen kann, ohne daß man es kann."

"Bei der Visite oder sonstwo, bei der Arbeitstherapie, da kriegt man eine Frage gestellt und sagt entweder ja oder nein. bei der Visite, man sagt halt, mir geht's gut und ich will am Wochenende nach Hause, aber so den Satz dann etwas zu verlängern und so, das kann ich erst seit der Therapie." (...) "Manchmal ist man wirklich sprachlos, wenn man zwei Stunden in der Woche hat. Am ersten Tag kann man sich dann noch etwas von der letzten Woche ausdenken, aber am zweiten Tag kann es manchmal schon schwierig werden, weil man dann schon alles gesagt hat. Das ist gerade die Therapie, das ist es ja gerade, sich so unterhalten. Sich über sich selber ein Bild machen zu können und darüber sprechen zu können. Über seine Probleme und sein Befinden und all dieses Zusammenspiel mit der Umwelt. Man kann dann mehr von sich erzählen."

"Bei Herrn W. konnte ich mir früher nicht vorstellen, so liebenswert wie er ist und so nett, daß er Selbstmordversuche hinter sich hat. Ich hab mit dem Gedanken vielleicht schon mal gespielt, aber ich hab so was noch nie ausprobiert, vielleicht das

Wort einmal in den Mund genommen, aber gemacht hätt ich sowas nicht. Und das ist ja auch wichtig für den Therapeuten, herauszufinden ob da was im Gang ist, oder wie man da rankommen kann an so bedrückende Szenen, wo einer sehr in Trauer ist oder sehr zurückhaltend ist oder sehr verletzt ist, sehr viel Schmerzen empfindet. Daß er es aufspürt, wie es nun weitergeht oder wie es entstanden ist."

"Und das ist das Schöne an der Therapie. Man hat Erfahrungen, wenn man fertig ist mit der Therapie. Man gähnt sich dann an oder lächelt, das ist das halt, das waren die Beziehungen im Spiel."

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche Ihnen viele interessante Gespräche auf der Tagung und uns allen, daß auch wir Erfahrungen haben, wenn wir fertig sind mit der Tagung.

Einige Gedanken zur multiprofessionellen Teamarbeit auf einer psychiatrischen Station²

Von Susanne Metzner

Bei der multiprofessionellen, psychodynamisch verstandenen und stationären Behandlung von psychiatrischen PatientInnen bezieht sich jedes an der Behandlung beteiligte Teammitglied nicht nur auf die betreffende Patientin³ sondern auch auf die gleichberechtigten TeampartnerInnen. Multiprofessionelle Teamarbeit beruht demzufolge nicht auf Addition verschiedener therapeutischer Prozesse. Vielmehr beinhaltet sie die Wahl einer bestimmten Methode, bei der die Arbeit an und mit den professionellen Beziehungen die zentrale Rolle spielt. Die Qualität eines multiprofessionellen Behandlungsansatzes hängt davon ab, inwieweit es dem Team gelingt, die Beziehungen innerhalb des Teams im Sinne eines Gruppenprozesses für das psychodynamische Verstehen der Patientin zu nutzen.

Dies ist der zentrale Gedanke, der Konsequenzen mit einem nicht geringen Konfliktpotential hat. Betroffen ist davon der Umgang mit den in einem Team angelegten Macht-Strukturen sowie mit den Übertragungen der PatientInnen, was wiederum die Funktion der Supervision in besonderer Weise prägt.

Zum Umgang mit den Machtstrukturen

Vielleicht ist meine Formulierung von den „gleichberechtigten TeampartnerInnen“ aufgefallen. Dies ist weder leichtfertig noch idealisierend dahingesagt. Es läßt sich nicht leugnen, daß es im Betrieb Krankenhaus ein real vorhandenes, historisch gewachsenes, hierarchisches Gefälle zwischen den und innerhalb

² (Impulsreferat zu einem Workshop auf der Tagung "Psychoanalyse und Sozialpsychiatrie" am 17./18.3.2000 in Hannover)

³ Weibliche und männliche Bezeichnungen handhabe ich von Text zu Text verschieden, frei nach der Devise: Lustprinzip gegen Geschlechterrollenstereotypen.

der Berufsgruppen gibt. In ihm sind die Beteiligten manchmal mehr verfangen, als ihrem Bewußtsein zugänglich ist. Es läßt sich auch nicht leugnen, daß es Kompetenzunterschiede zwischen den MitarbeiterInnen gibt. Zu welchen Konflikten es auf einer Station kommen kann, wenn Kompetenz und Entscheidungsbefugnis nicht zusammenfallen, ist allgemein bekannt. Es geht, wie überall, wo Menschen in Gruppen zusammenkommen, um Macht. (Arztromane und ganze Fernsehserien schlachten diese Problematik aus.) Idealerweise sind in einem gleichberechtigten Team alle beteiligten Berufsgruppen für eine optimale Umsetzung ihrer Professionalität verantwortlich. Damit ist jedoch das Problem mit der Macht keineswegs gelöst. Wenn nun multiprofessionelle Teamarbeit, wie ich eingangs vorausschickte, wirklich Arbeit mit und an den professionellen Beziehungen bedeutet, dann muß das Thema Macht in die teaminternen Auseinandersetzungen aufgenommen werden, und jedes Teammitglied ist gefordert, den eigenen Umgang mit der Macht zu reflektieren. Die Gleichberechtigung beinhaltet, daß dies für den leitenden Arzt ebenso gilt wie für die ihm unterstellten, mehr oder weniger stark nach Einfluß strebenden Mitarbeiter oder auch für die zahlenmäßig größte und daher manchmal sehr mächtige Berufsgruppe, das Pflegepersonal. Die Auseinandersetzung mit den Machtverhältnissen im Team ist ein heißes Eisen. Dies beginnt häufig schon mit der Fragestellung, wer zum „Team“ gehört und ob Chef- und OberärztInnen ebenfalls dazugehören. Wenn sich die Betroffenen / Ausgeschlossenen nicht an der Diskussion beteiligen dürfen oder wollen, wird nicht nur die Auseinandersetzung über Machtstrukturen verweigert, sondern Fortschritte eines gesamten Teams im Umgang mit der Macht werden verhindert. Zum Team gehört also am besten auch noch eine externe Supervisorin, die dabei behilflich und kraft ihrer Supervisionskompetenz auch in der Lage ist, den gemeinsamen Reflexionsprozeß in Gang zu bringen.

Zum Umgang mit den Übertragungen und Gegenübertragungen

Multiprofessionelle Teamarbeit ist mehr als die Summe verschiedener therapeutischer Prozesse. Sie schließt die Arbeit an und mit den professionellen Beziehungen ein. Dies bedeutet, daß die gemeinsame Arbeit eines Teams darin besteht, die sich ergebende multilaterale Beziehungskonstellation mit den PatientInnen zu untersuchen. Dabei wird nicht nur auf die Übertragungsbeziehungen zwischen der jeweiligen Patientin und den verschiedenen Teammitgliedern geachtet, sondern auch auf die den Teammitgliedern übertragenen Beziehungen. Das

besondere an dieser Sichtweise ist, daß das, was bei einer Behandlung im Team oder zwischen verschiedenen TherapeutInnen geschieht, ebenso berücksichtigt wird wie das, was sich innerhalb der einzelnen Settings abspielt. Noch etwas engagierter formuliert, heißt das: das Team gestattet den PatientInnen, Einfluß auf die Beziehungen zwischen seinen Mitgliedern zu nehmen. Nicht selten testen PatientInnen die Tragfähigkeit der Beziehungen zwischen den Teammitgliedern, bevor sie sich überhaupt auf die stationäre Behandlung einlassen. Solche „Tests“ können z.B. darin bestehen, die einzelnen Teammitglieder untereinander auszuspielen. Die häufig zu beobachtende spontane Reaktion des Teams ist, sich zusammenzuschließen, d.h. eine Front zu bilden und den PatientInnen als „Angreifer“ auszuschließen. Manchmal ist diese Reaktion ein Anzeichen dafür, wie gefährdet das Team in seiner Kohärenz tatsächlich ist. Für das Team einer psychiatrischen Station, das ständig mit ebenso komplexen wie unvorhersehbaren Situationen fertig werden muß, ist dies nicht ungewöhnlich und auch kein Anzeichen für die Unfähigkeit zum psychodynamischen Arbeiten. Psychodynamisches Verstehen beinhaltet nämlich, alle Teilaspekte dieses multilateralen Beziehungsgeschehens zu eruieren und zueinander ins Verhältnis zu setzen. Dies bezieht sich zum einen auf die reale Situation, in der sich das Team aktuell befindet, zum andern auf die Ereignisse, die in der Beziehung zwischen zwei oder mehreren Teammitgliedern im Zusammenhang mit der Patientin auftreten, und schließlich auf die Bedeutung, die das Übertragungs-Gegenübertragungsgefüge für die Patientin hat. Supervision eines multiprofessionell arbeitenden Teams muß daher immer fall- und team-bezogene Aspekte integrieren. D.h. die Supervisorin sollte die Teammitglieder ermutigen, die Auswirkungen der Arbeit mit PatientInnen auf die Beziehungen untereinander in den Blick zu nehmen. Dies trägt in der Regel nicht nur zur Entlastung der kollegialen Beziehungen bei, sondern erweist sich, verstanden als komplementäre Gegenübertragung, als sehr ergiebig im Hinblick auf die Beziehungsstrukturen in der Primärfamilie einer Patientin.

Literatur

- Metzner, S. (1993): Gegenübertragung vor dem Hintergrund der analytischen Musiktherapie, in: Einblicke 5, hrsg. vom Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten e.V. Berlin
- Metzner, S. (1999): Tabu und Turbulenz, Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen

Mitgliederversammlung 2000

Die diesjährige Mitgliederversammlung der NAPP fand am 14. Februar 2000 in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des AK Harburg statt. 14 Mitglieder der NAPP waren anwesend. Dr. Unger als Gastgeber berichtete einleitend über das Konzept der seit 1996 arbeitenden Abteilung.

Danach faßte Rudolf Heltzel die Arbeit des letzten Jahres zusammen. Aus dem offiziellen Protokoll:

Zu 3.) Der Erste Vorsitzende der NAPP R. Heltzel berichtet über die Aktivitäten des Vereins sowie des Vorstandes im letzten Jahr:

- Die NAPP hat derzeit 104 Mitglieder mit einer stetig steigenden Tendenz
- Nach den erfolgreichen Arbeitstagen der Jahre 1996, 97 und 98 im LKH Lüneburg mit steigender Teilnehmerzahl wurde im letzten Jahr eine interne Fortbildungstagung nur für NAPP-Mitglieder durchgeführt. Unter dem Titel "Haltende Umwelt" referierte ein Psychoanalytiker aus Aachen, Herr Auchter, über Theorie und Praxis der Psychoanalyse nach D.W. Winnicott.
- Im März 2000 ist die NAPP als Mitveranstalter beteiligt an einer Tagung in der Medizinischen Hochschule Hannover zum Thema "Psychoanalyse und Sozialpsychiatrie". Neben Prof. Dr. Mentzos (Frankfurt) und Dr. Schwarz (München) wird einer der Hauptreferenten R. Heltzel für die NAPP sein. NAPP-Mitglieder sind zahlreich unter den Referenten für die Workshops der Tagung vertreten.
- Die Fachausschüsse der NAPP haben im letzten Jahr ihre Arbeit kontinuierlich fortgesetzt: FA Pflege, FA Tagungen, FA Gruppentherapie, FA ambulante Psychosenpsychotherapie, FA Musiktherapie, FA Ergotherapie
- Der erweiterte Vorstand hat sich im letzten Jahr zu vier Sitzungen getroffen. Er besteht aus dem Geschäftsführenden Vorstand und den Vertretern der Fachausschüsse: S. Stierl (Tagungen), K. Höhn (Pflege), C. Happach (Psychosenpsychotherapie), K. Müller (Ergotherapie), H.J. Marter (Gruppentherapie), B. Dehm (Musiktherapie).
- Der Vorstand stellt drei Projekte in den Mittelpunkt der weiteren Arbeit: Handbuch/Werkstattsschrift zur

psychodynamischen Psychiatrie (Engelmann), Weiterbildung - Institutionalisierung als Netzwerk, Akademie o.ä. (Heltzel), Verbandsarbeit - Bündnisse mit anderen Verbänden, politische Stellungnahme (NN).

Zu 4.) R. Sefke berichtet über die gute Kassenlage des Vereins. Im Jahr 1998 gab es Einnahmen in Höhe von ca. 12.000 DM aus Mitgliedsbeiträgen und als Überschuß bei Tagungsdurchführung. Mit dem Übertrag aus den Vorjahren ergibt sich damit ein ausreichendes Polster, um das Mißlingen einer Tagung ausgleichen zu können. Die Finanzlage ist damit als überaus ausgewogen zu bewerten.

Die Neuwahl des Geschäftsführenden Vorstandes ergab keine Veränderungen: der bestehende Vorstand aus Rudolf Heltzel (1. Vorsitzender), Günter Lurz (1. Stellvertretender Vorsitzender), Carsten Fahlbusch (2. Stellvertretender Vorsitzender), Reinhard Sefke (Schatzmeister), Ingo Engelmann (Schriftführer) wurde wiedergewählt.

Inhaltliche Diskussionen ergaben sich vor allem an drei Punkten: bei der Finanzsituation sowie den beiden Projekten "Handbuch" und "Fortbildungsnetzwerk".

Die NAPP hat ein ausreichendes Polster gebildet, um auch einen Mißerfolg bei einer Tagung finanziell verkraften zu können. In der weiteren Arbeit ist darauf zu achten, daß Guthaben nicht nur angesammelt werden, sondern satzungsgemäß eingesetzt bzw. Einsätze geplant werden. Die Tagungsüberschüsse entstehen durch die in hohem Maße eingesetzte ehrenamtliche Arbeit der Tagungsorganisatoren und Workshopleiter. Die MV ist sich einig, daß diese Arbeit auch künftig ehrenamtlich stattfinden muß und nicht vergütet werden kann. Die Arbeit des Vorstandes wird ebensowenig vergütet werden wie die der Fachausschüsse. Nur Büro- und Buchhaltungsarbeiten können als Honoraraufträge vergeben werden.

Inhaltlich diskutiert wurden die Projekte, die der Vorstand für die nächsten Jahre neben der Tagungsdurchführung vorschlägt. Die MV sah es als interessante und wichtige Aufgabe an, ein Handbuch der psychodynamischen Psychiatrie zusammenzustellen. Eine vergleichbare Veröffentlichung gibt es im deutschsprachigen Raum bisher nicht. In den USA ist das Buch von Gabbard ein Standardwerk, das sich aber nicht direkt auf unsere Arbeit übersetzen läßt. Gewarnt wurde davor, die mit diesem Projekt verbundene Arbeit falsch einzuschätzen und sich nicht zu übernehmen. I. Engelmann ist dafür verantwortlich, das Interesse möglicher Mitherausgeber zu

erkunden und entsprechend der Kapazität einen Rahmen zu entwerfen. Wer an diesem Projekt interessiert ist, sollte sich also mit ihm in Verbindung setzen.

Das Fortbildungsprojekt wird koordiniert von R. Heltzel. Bisher existiert eine Vision von einem Netzwerk, das aus potentiellen Anbietern von Fortbildungsbausteinen und potentiellen Nutzern (z.B. Trägern) besteht. In diesem Netzwerk könnten z.B. dezentrale Kurzfortbildungen vermittelt werden. Die Hauptarbeit würde bei dieser Vision darin bestehen, die bekannten Anbieter mit ihren Bausteinen in einer Broschüre zusammenzufassen und ein vorläufiges Jahresprogramm zu entwickeln, das entsprechend spezifischer Interessen einzelner Träger erweitert werden kann. Der in diesem Zusammenhang diskutierte Einsatz elektronischer Medien (eigene Fortbildungs-Homepage?) zeigte die Grenzen der Machbarkeit auf: Hier bräuchte R. Heltzel die unkomplizierte Mitarbeit honorierter Fachkräfte, weil Erstellung und Pflege einer Homepage unsere Möglichkeiten übersteigt.

Ingo Engelmann

NAPP ins Internet?

Eine Homepage der NAPP im Internet würde die bisher eher spärlichen psychodynamischen Angebote, die gleichzeitig praxisbezogen und doch auch theoriefundiert sind, mächtig sinnvoll ergänzen. Bisher gibt es von Sozialpsychiatern (psychiatrie.de) und Verhaltenstherapeuten (psychotherapie.de) sowie verschiedenen Verbänden aus Psychoanalyse und Psychotherapie Websites, aber unter "Psychodynamik" hat die Suchmaschine nicht viel zu bieten (s. nebenstehenden Kasten). Die Tagungsankündigungen der NAPP, Auszüge aus den Materialienbänden und Erreichbarkeit (Anschriften, Fachausschüsse etc.) würden sich im Internet durchaus gut machen. Aber: das geht nicht von allein. Ehe wir jemanden suchen, der zwar vom Net etwas versteht, aber nix von der NAPP, erkunden wir die Landschaft eher nach jemandem, der sich in dem psychodynamischen Feld etwas auskennt und daher weiß, um was es bei der Erstellung der Homepage geht.

Wer hat Lust, sich bei diesem Projekt zu beteiligen? Bitte mit jemandem vom Vorstand in Verbindung setzen!

Vorsicht, Glosse.

E-dynamics

Elektronische Wege zur Psychodynamik sind verschlungen. Unter "psychodynamik.de" gibt's keine Seite, der Titel ist womöglich noch zu haben. Unter "psychotherapie.de" findet man die Homepage des Instituts für Moderne Psychotherapie und Verhaltensmedizin. Es bietet verheißungsvolle Informationen beispielsweise unter dem Titel an: "Psychoanalyse - Auslaufmodell, Luxus oder beides?". Leider ist gerade dieses Angebot "noch in Vorbereitung" und wir können die finale Abrechnung mit der Psychoanalyse noch nicht rezipieren. Fragt man die Suchmaschine nach "Psychodynamik", so spuckt sie 459 Hinweise aus und verspricht Suchhilfe mit den drei am häufigsten angeklickten Websites, wenn jemand nach "Psychodynamik" suchte. Das erste Angebot bezieht sich auf ein Buch zu Beratung und Therapie im Internet. Das zweite auf ein Weiterbildungsangebot in "Imaginativer Sozialtherapie". Beides nicht direkt Volltreffer, wenn man nach Psychodynamik sucht. Das dritte Angebot schickt mich zu "lifeline.de", wo als Auszug aus dem Roche-Lexikon Medizin eine Definition von Psychodynamik angeboten wird: "(Kurt Lewin) das Gesamt der innerseel. Energieimpulse, hervorgerufen durch die Aktion der einzelnen Instanzen des psych. Apparates untereinander oder auch - bei Verdrängung, Fehlleistung, Phobie - gegeneinander." Der Gestaltpsychologe Lewin lebte von 1890 bis 1947. Ist Psychodynamik ein eher psychohistorisch relevanter Begriff? Und ich frage mich weiter: Roche? Kenne ich eigentlich nur als Code für das berühmte (berüchtigte?) Schlafmittel Rohypnol bei den Jungs vom Hamburger Hauptbahnhof. Der Versuch, eine Beteiligung des Pharma-Riesen HoffmannLaRoche am zitierten Lexikon oder "lifeline.de" nachzuweisen, scheitert. Das Internet verrät eben nicht mehr als man es fragt - und manchmal nicht einmal das. Spätestens nach diesen Irrwegen stellt der geneigte Surfer seine Suche nach Psychodynamik ein, wenn er nicht gerade eine manische Episode durchläuft oder sonstwie netzabhängig ist. Zeit für NAPP im Internet. (ie)

Arbeitstagung 2000 in Lüneburg: Programmorschau

In diesen Tagen wird der Flyer für die diesjährige Arbeitstagung in Lüneburg fertiggestellt. Für den Fall, daß er Sie noch nicht erreicht hat, hier ein paar Kostproben aus dem wie immer wohlgefüllten Programm.

Motto der Tagung ist "Handeln in Psychiatrie und Psychotherapie" mit der Erläuterung "Wenn Worte nicht mehr helfen". Drei Vorträge mit Diskussion werden das Thema aus verschiedenen Arbeits- und Berufsfeldern beleuchten. U. Rauchfleisch (Basel) führt in das Thema ein, M. Teising (Frankfurt) referiert über die Psychodynamik des Handelns in der psychiatrischen Pflege und Frau Hedervari-Heller (Frankfurt) spricht über das psychoanalytische Verständnis vorsprachlicher Kommunikation.

Neben den Vorträgen gibt es eine Vielzahl von Workshops (voraussichtlich 22) zu verschiedenen Aspekten des Handelns in psychiatrischer/psychotherapeutischer Arbeit. Thematisch geht es unter anderem um Arbeitsfelder (Handeln mit gerontopsychiatrischen Patienten, in der Forensik, im sozialpsychiatrischen Alltag...), um Berufsfelder (Pflege, Konzentrierte Bewegungstherapie, Ergotherapie, Sozialarbeit, Musiktherapie...), um situative Aspekte (Zwangseinweisung, Aufnahmesituation...) und Rahmenbedingungen (Institution als Rahmen, Sprach- und Kulturfremdheit...). Jeweils steht der Handlungsaspekt im Vordergrund.

Die Tagung beginnt am Freitag, 3.11.2000 (Ankunft ab 13 Uhr, Begrüßung 15 Uhr) und endet am Samstag, 4.11.2000 mit der Abschlußdiskussion gegen 17 Uhr. Ort der Tagung ist zum vierten Mal des NLKH Lüneburg.

Flyer mit dem Tagungsprogramm können angefordert werden bei Dr.med. Dipl.Psych. G. Lurz, Niedersächsisches Landeskrankenhaus Lüneburg, Am Wienebütteler Weg 1, 21339 Lüneburg (Tel. 04131 / 601010).

Fachausschuß Musiktherapie

Der Fachausschuß Musiktherapie ist als Zusammenschluß der Hamburger MusiktherapeutInnen, die damals in der klinischen Psychiatrie tätig waren, schon vor Gründung der NAPP entstanden.

Nach verschiedenen Phasen des Informationsaustausches und der theoretischen Konzeptarbeit versteht sich der Fachausschuß künftig als Fachgruppe, der alle MusiktherapeutInnen der NAPP angehören und ihnen ohne Anmeldung offensteht.

Die Gruppe wird sich zweimal jährlich treffen und diese Treffen nach Möglichkeit im NAPPO ankündigen. Es wird eine Sprecherin für jeweils ein Jahr benannt, die den Fachausschuß im Erweiterten Vorstand der NAPP vertritt. Nachfragen zum nächsten Treffen sind am besten an die jeweilige Sprecherin zu richten - zur Zeit Barbara Dehm, Eschen weg 50, 22949 Ammersbek (Tel. 04102 / 41755).

Das nächste Treffen findet am Mittwoch, 4.10.2000, um 20 Uhr im Musiktherapieraum der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des AK Eilbek statt (Friedrichsberger Straße 60, 22081 Hamburg).