

NAPPO

7

NAPPO



**Mitgliederrundbrief der Norddeutschen
Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische
Psychiatrie - Nummer 7 - Herbst 2000**

Traumstädte: Lüneburg, Stavanger

Inhalt:

Editorial (2)

Lüneburg:

Handlung unter Denkmalschutz - Ein Tagungsbericht (Ingo Engelmann) (3)

Handeln in Psychiatrie und Psychotherapie: Auszüge aus dem einleitenden
Referat (Rudolf Heltzel) (6)

Von der Psychodynamik des eigenen Handelns (Kerstin Kinkelbur) (10)

Ansichten aus der Traumstadt:

Vor dem Schlafgemach der Gräfin Ete LaPeutete (Peter Paul Althaus) (11)

Stavanger:

ISPS-Kongreß '2000 in Stavanger (Claas Happach) (12)

Verschiedenes und Gleiches (14)

Die kleine Welt der NAPP- Traumstädte von Lüneburg bis Stavanger

Liebe Kolleginnen und Kollegen, nicht immer erschließt sich NAPPo auf den ersten Blick. Gemach, wir wollen Sie begleiten auf dem Weg in diese neue Ausgabe des NAPP-Mitgliederrundbriefs.

Zuerst fällt Ihr Blick sicher auf das Impressum (das ist immer so, interessierte Leute gucken immer erst mal auf das Impressum, es steht übrigens auf der letzten Seite). Aha, werden Sie merken, zwei neue Namen! Ja, es gibt so langsam etwas wie eine kleine Redaktionsgruppe, die sich formiert und das NAPPo mit neuen Ideen anreichern wird oder dafür sorgen, daß die alten nicht vergessen werden.

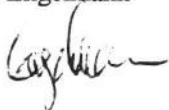
- Kerstin Kinkelbur ist Sozialpädagogin im Begleitenden Dienst der Schwarzenbeker Werkstätten. Wie läßt sich psychodynamisches Denken in Einrichtungen außerhalb der Klinik umsetzen? Diese Frage beschäftigt sie jetzt weiter, nachdem sie über sechs Jahre lang psychodynamisch orientierte Arbeit in der Bergedorfer Psychiatrie kennengelernt hat und sie das nicht mehr losließ. Ihr erster Beitrag über subjektive Erinnerungen an die Leitung eines Workshops steht in diesem Heft.
- Anja Feyerabend ist Ergotherapeutin im Betreuten Wohnen St. Pauli. Sie hat auch sechs Jahre in der Psychiatrie des AK Bergedorf gearbeitet, hat sich in Sozialmanagement fortgebildet und auf der letzten NAPP- Tagung ebenfalls einen Workshop geleitet. Ihr Hauptinteresse gilt der kunst- und gestaltungstherapeutischen Arbeit mit psychisch kranken Menschen.

Und hier ein paar Anmerkungen, die den Titel dieses NAPPo erleuchten wie der Stern die (Weih)Nacht. Ein wesentlicher Bestandteil dieser Seiten ist die Berichterstattung von der 4. Arbeitstagung der NAPP am 3. und 4. November 2000 in **Lüneburg**. Ein Tagungsbericht, ein Auszug aus dem Einleitungsreferat, ein subjektiver Eindruck. Hinzu kommt ein Bericht von der ISPS-Tagung in **Stavanger**, auch dort werden psychodynamisch bedeutsame Themen gewälzt. Umrahmt werden die Texte von drei kleinen Gedichten des Lyrikers Peter Paul Althaus, dessen Texte auch auf der Lüneburger Tagung zum kulturellen Rahmen des intellektuellen Geschehens gehörten. Eines dieser Gedichte (das von der Gräfin) gehört zu Althaus Sammlung "Ansichten aus der **Traumstadt**".

Alles klar?

Viele dynamische Gelassenheit für das Jahr 2001! ¹

Ihr Ingo Engelmann



¹ Dabei fällt mir ein: der gleichnamige Verlag Zweitausendeins hat jetzt die Studienausgabe von Freud's Werken in einem Schuber im Angebot, über 4000 Seiten in 11 Bänden, für DM 99.-. Das ist echt ein Angebot, hat vorher viermal so viel gekostet. Ich krieg aber keine Prämie für diese Schleichwerbung.

Handlung unter Denkmalschutz

Die vierte Arbeitstagung der NAPP fand am 3. und 4. November 2000 erneut in Lüneburg statt. Die unter Denkmalschutzgesichtspunkten frisch renovierte Festhalle des LKH bildete den Rahmen für Vorträge und Workshops unter dem Stichwort "Handeln in Psychiatrie und Psychotherapie".

Ein Bericht von Ingo Engelmann

Die Verständigung klappte am Anfang gar nicht gut. Zum Glück handelte es sich um ein rein technisches Problem, und nach Austausch der Funkmikrophone konnten die Teilnehmer die Redner dann akustisch gut verstehen.

Ungefähr zweihundert Mitarbeiter aus Psychiatrie und Psychotherapie waren zur vierten Arbeitstagung der NAPP nach Lüneburg gekommen. Ein erster Eindruck zur Zusammensetzung der Teilnehmerschaft: die NAPP-Tagung gehört inzwischen zum anerkannten Fortbildungskatalog auch und gerade für Kliniken, die über kein ausgearbeitetes psychodynamisches Konzept verfügen. Sie schicken drei, vier Mitarbeiter aus der Pflege oder aus therapeutischen Bereichen zur Erweiterung des Horizonts. Das konnte man zu Anfang nicht unbedingt erwarten - die Akzeptanz der NAPP ist vorhanden, sie wird als seriös angesehen. Einen Charme à la "Wir sind die, vor denen uns unsere Eltern immer gewarnt haben" hat die NAPP nicht. Man kann nicht alles haben.

Zur Begrüßung las Herr Lotze, ärztlicher Direktor der LKH, aus einem Brief von Lionel Feininger an seine Frau. Feininger ging es nicht gut, als er in Lüneburg war. Er hat wunderbare Bilder gemalt von der Altstadt, die ihn langweilte. Es zog ihn jedoch mehr nach Timmendorf. Wie passend: nächstes Jahr wird die interne Tagung der NAPP wieder in Timmendorf stattfinden (was das Unbewußte da nun schon wieder angestellt hat...). Wie auch immer: Herr Lotze hat mit der Verwendung einer Kunst-Anekdote einen kongenialen Beginn der Tagung markiert, die sich mit Wirkfaktoren außerhalb der Worte befaßte.

Fachlich nahm dann Rudolf Heltzel die Einführung ins Tagungsthema vor. Ausschnitte aus seiner Rede sind in diesem NAPPO dokumentiert, der vollständige Text wird wie alle anderen im heißbegehrten Tagungsband erscheinen (wie üblich, kann man inzwischen schon sagen).

Die Stärke der Einführung von Heltzel lag in der Kombination von theoretischer Fundierung und persönlicher Veranschaulichung. Eine spektakuläre, aber trotzdem irgendwie auch alltägliche Geschichte aus seiner beruflichen Vergangenheit im Sozialpsychiatrischen Dienst ließ Schritt für Schritt deutlich werden, wie sich verbale Interaktion und nichtverbale Handlung in Übertragung und Gegenübertragung bis zur Unkenntlichkeit vermischten, wieder neue Handlung und neue Gespräche auslösten und forderten usw. Eine solche Veranschaulichung paßt nicht so ganz in das Schema, wie es für Falldarstellungen im Rahmen psychotherapeutischer Ausbildung unterstellt werden darf. Dafür ist sie lebensnah. Wesentliche Auszüge aus dem Einführungsvortrag sind im Anschluß abgedruckt.

Lebensnähe zeigte auch U. Rauchfleisch aus Basel. Zum Thema "Handeln in der Psychotherapie persönlichkeitsgestörter Patienten" skizzierte er theoretische Fundamente, beeindruckte aber viele stärker mit seinen Fallvignetten und seiner Neigung zum direkten Handeln. Er bezeichnete diese als "Konzept reflektierter Spontaneität" - allerdings blieb offen, ob das mehr ist als ein griffiger Name für eine allseits alltagsempirisch validierte, aber der reinen Lehre nicht genügend legitimierte Vorgehensweise ist. Wer im therapeutischen Alltag mit Patienten umgeht, die nicht edelpsychiatrisch ausgewählt sind, kommt immer wieder in Situationen, die mit Lehrbuchweisheiten und Ausbildungskasuistiken nicht gelöst werden. U. Rauchfleisch erzählte von einem Patienten, der mitten im Gespräch an einem Hebel seines Bürostuhls zog und zwanzig Zentimeter in die Tiefe sauste, dadurch Asymmetrie erzeugte und den Therapeuten in ein regressives Oben-Unten verstrickte. Spontan (und "reflektiert"?) zog Rauchfleisch ebenfalls an dem ihm bislang verborgen gebliebenen Hebel und sauste ebenfalls nach unten, um wieder auf gemeinsame Augenhöhe zu gelangen. Lange überlegen ist da nicht, Abstinenzaspekte helfen nicht weiter und eine analytisch fundierte Theorie der Bürostuhlsymbolik steht bislang aus. Der Therapeut kommt daher nicht um eine Handlung herum, wenn er das Geschehen nicht ignorieren will bzw. die Verstrickung verbal aufzulösen sucht (reden sie mal einen Knoten glatt!).

Rauchfleisch bezog sich vor allem auf die theoretischen Überlegungen von LORENZER zum szenischen Verstehen sowie auf die von LEBER zum "fördernden Dialog". Die Inszenierung innerer Konflikte in der Außenwelt kann darin bestehen, daß der Therapeut oder psychosoziale Dienststellen mit Über-Ich-Instanzen identifiziert werden und möglicherweise geschädigt werden. Vertraute Projektionen, die zur Bewältigung von anders nicht überlebenden Traumatisierungen entstanden sein

Dr. Enzian als Existenzialist

Dr. Enzian als Existenzialist
Beweist den Begriff des Da-Seins
Dadurch daß er nie verreist.
Wenn er reise, sagt er,
Würd er fort sein.
Und sein Da-Sein
Wäre dann ein Dort-Sein.

(Peter Paul Althaus)

können, werden wiederholt (z.B. suchen der Opferrolle) und neue Erfahrungen in der Therapie können dann extrem irritierend für den Patienten sein und zu unerwarteten Reaktionsbildungen führen. Rauchfleisch wies darauf hin, daß dem Handeln in der Regel eine eigene Wahrheit innewohnt. Es ist meist nicht sinnvoll, Handlungen zu widersprechen: die Metaebene bleibt dem, der zur handelnden Interaktion gezwungen ist, oft versperrt.

Leichte Irritation blieb nach dem spannenden und beeindruckenden Referat zurück: Eine letzte von Rauchfleisch beschriebene Szene ("Das Messer und der Held") trieb nach Meinung einiger Zuhörer das Verstehen denn doch zu weit. Wenn ein Patient in suizidaler Verfassung mit einem Messer hantiert, kann das möglicherweise zu einer Handlung zwingen. Im Nachhinein wäre eine klarere Parteinahme für die körperliche Unversehrtheit des Therapeuten vielen angemessen erschienen. Rauchfleisch schien mehr beeindruckt davon, daß der Patient, der ihn verletzt hatte, sich hinterher noch indirekt Sorgen um den Therapeuten machte. Aber ist das nicht das Dilemma der alltagskompatiblen Entwürfe für psychotherapeutisches Vorgehen? In sie mischen sich die eigenen Persönlichkeitszüge des jeweiligen Therapeuten oft unerkannt oder auch untrennbar mit ein. Das kann zu Trübungen führen. Nicht immer ist ganz gewährleistet, daß es um ein Übertragungs- und gegenübertragungsgeleitetes Geschehen geht, das vom Patienten ausgeht. Das Handlungsfeld ist vermint. Da hilft nur maximale Achtsamkeit.

Martin Teising, analytischer Professor mit pflegerischer Vergangenheit, beeindruckte ebenfalls mit einer einprägsamen Fallgeschichte. Er war als junger Mitarbeiter mit einem ihm bisherr nicht näher bekannten Patienten in der Stadt. Sie verstanden sich so gut, daß sie die abgesprochene Zeitspanne für den Ausgang weit überzogen. So viel Nähe, dem muß doch ausreichend Raum

gegeben werden! Zurückgekommen auf Station zog sich der Patient zurück auf sein Zimmer und versuchte sich selbst anzuzünden. Die Nähe über einen so langen Zeitraum hatte er gewünscht, aber nicht ertragen können.

Teising lenkte das Augenmerk immer wieder auf die Sprache der Pflege: das "stillende Verstehen" soll den Bedürfnissen des Pflégelings (ursprünglich Säuglings, hier aber auch des erwachsenen Patienten) gerecht werden. So kann der Pflégling zur Ruhe kommen, "gestillt" werden. Auf die Phase des Wickelns folgt das Ent-Wickeln. Die Entbindung (Ent-Bindung) bringt Notwendigkeit mit sich, sich selbst pfleglich begegnen zu können. Wenn das nicht möglich ist, kann die Vorstellung unerträglich werden, später einmal gepflegt werden zu müssen - es könnte aber auch etwas ganz Schönes sein.

Er entwarf ein Bild von der Pflege, die ein neues Haus baut, das man abschließen kann (das ganz "dicht" ist): ein Fundament muß geschaffen werden, die Dämmung muß eine ausreichende Isolation herstellen (Grenzen ausbilden), die Innenräume müssen hergerichtet werden (Strukturen schaffen), das Dach muß gedeckt werden, ein Blitzableiter ist erforderlich, die Bauaufsicht muß ihres Amtes walten (Supervision), die Erhaltung des Raumes muß sichergestellt werden. Viele dieser Schritte erfolgen in der Pflege nichtverbal. Dabei kann man aber ruhig reden: KIPP schlägt vor, nichtverbales Handeln sprechend zu begleiten und die Sprache so als triangulierendes Drittes einzusetzen. Bezugspflege, so schloß Teising, ist die Emanzipation ehemals abhängiger Hilfstätigkeiten durch Verantwortungsübernahme bei gleichzeitiger Aufgabe des Leidensgewinnes. Jammern gilt dann nicht mehr. Eine schöne Perspektive.

Eva Hedervari-Heller referierte über Bindungstheorie. Die einführenden Erläuterungen lasen sich in entsprechenden Publikationen von BOWLBY und anderen nachlesen: Bindungsverhalten und Erkundungsverhalten sind komplementär - wenn man sich bindet, erkundet man gerade nicht, solange man erkundet, wächst nicht die Bindung. Diese Wippe bestimmt das Geschehen. Daraus entwickeln sich vier Bindungstypen, von denen die ersten drei bis zu 90% der Kinder erfassen: der unsicher-vermeidende Bindungstyp mit stark erhöhter Bedeutung kognitiver Funktionen, der unsicher-ambivalente Typ mit hoher Wertigkeit affektiver Äußerungen und die größte Gruppe (über die Hälfte aller Kinder) des sicheren Bindungstyps. Die vierte Gruppe des desorganisierten, desorientierten Bindungstyps ist für uns Psychiatriearbeiter sicher am interessantesten. Leider zeigte Frau Heller nur ein Video vom sicheren Bindungstyp, das interessant war, aber neben dem Thema der Tagung. Hier wurde, meinten Tagungsteilnehmer, eine Chance ver-

schenkt. Für die Tagung ist es nützlich, wenn Referenten sich auf die Erfordernisse des spezifischen Arbeitsfeldes einstellen können.

Schade auch, daß trotz einer latenten Unzufriedenheit im Publikum kaum eine Diskussion aufkam. Vielleicht liegt hier eine nächste Aufgabe für die NAPP: eine eigene Position beginnt sich in manchen Fragen abzuzeichnen. Sie in der Auseinandersetzung mit konkurrierenden Positionen zu vertreten, ist (noch) nicht so vertraut.

Über die Workshops kann hier nur wenig mitgeteilt werden, viel mehr ist später im Tagungsband darüber nachzulesen. Ein subjektives Stimmungsbild einer Workshop-Referentin zeigt im Anschluß an diesen Bericht mal eine andere Perspektive: wie geht es eigentlich denen, die "vorne stehen" oder im Sitzkreis (zunächst) das Wort führen?

Am Freitagabend gab es am kalten Bufett auch Kultur. Das Marburger Psychiatrie-Kabarett bot neben eigenen Texten und Liedern auch Ausschnitte aus ihrem Peter-Paul-Althaus-Programm. Der war Journalist, von den Nazis beim Deutschlandsender rausgeschmissen, in den fünfziger Jahren Autor mehrere Lyrik-Bände (u.a. "Dr. Enzian"), war Melancholiker und Alkoholiker und zum Schluß ziemlich resigniert. Er starb 1965 und seine Texte sind fast vergessen. Ein paar stehen in diesem NAPPO. Die Zeilenaufteilung ist vielleicht nicht wie im Original - eine Druckfassung war nicht aufzutreiben, nur eine Hör-CD ("Ansichten aus der Traumstadt" - Pendragon Verlag, mit Jan Burdinski (Sprecher) und Herbert Wiedemann (Klavier)). Peter Paul Althaus ist durchaus eine passende Wahl zu einer NAPP-Tagung. Entweder er kannte die Psychoanalyse (seine Nachrichten aus der Traumstadt handeln durchaus von Freud und Leid), oder er hat sie lyrisch gekonnt nacherfunden. Vielleicht weil er dicht genug am Leid war: so dicht, daß man dann schon mal nicht mehr ganz dicht ist, wie Martin Teising es formulierte.

Dr. Enzian und Dr. Kümmel

Dr. Enzian und Dr. Kümmel staunten baß
Als sie beim Spaziergehn auf einer Wiese
Mitten in dem saftiggrünen Wiesengras
Eine Halluzination erblickten, und zwar diese:

Auf der Wiese - und im Hintergrunde Alpenglühn -
Auf der Wiese, mitten zwischen dreizehn Küh'n,
Frischbezogen und mit Decken, Kissen und so
weiter (kurz: komplett)
Stand ein Bett.

Beide Herrn Doctores waren sicher, daß sie irrten.
Denn was sollte hier auf dieser Wiese dieses Bett
bedeuten
Und dazu das wunderliche Treiben jenes jungen
Hirten
Der mit einer Peitsche dieses Bett umkreisend
knallte.

Beide Herren fühlten eine Welle, eine kalte,
Über ihren Rücken laufen, und sich reif für einen
Psychotherapeuten.

Aber allesklärte sich natürlich.

Auf Befragen sagte jener Hirtenknabe
(Währenddem im Hintergrund die Alpen blaß
verglühten),
Daß der Dorfarzt ihm befohlen habe,
Vierzehn Tage lang das Bett zu hüten.

(Peter Paul Althaus)

Handeln in Psychiatrie und Psychotherapie

Einführung in das Thema der 4. Arbeitstagung der NAPP im NLK Lüneburg - Ausschnitt von Rudolf Heltzel

"Am Anfang stehen Handlung und Geste. Phantasien, Gedanken, Träume, Spiel und Vorstellungen folgen nach. Die psychische Realität ist etwas Nachträgliches. Handlungen und Gesten rufen sie hervor und bestimmen ihr Schicksal und Ihr Los." (M. Khan)

Obwohl hiermit immer auch Konflikte und Spannungen verbunden sind, wird die Berührung zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse durch die Entwicklung des letzten Jahrzehnts in gewisser Weise nahegelegt - ungeachtet allseits bekannter, v. a. auch ökonomisch und durch den vorherrschenden Zeitgeist bedingter Erschwernisse für psychodynamisches Denken und Handeln in der Psychiatrie. Trotz dieser letzteren Tendenz ist aus psychoanalytischer Sicht nicht Resignation und Rückzug aus dem Feld der Psychiatrie angesagt, sondern im Gegenteil das Angebot von Begegnung und Austausch, denn die Bewegung, die in jüngster Zeit in die Psychoanalyse (und die Psychoanalytiker) kommt, ist einer solchen Begegnung förderlich. Damit meine ich bestimmte neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse, die ich hier nur mit einigen knappen Strichen skizzieren kann: In der zeitgenössischen Psychoanalyse (und den ihr nahestehenden Disziplinen wie z. B. der modernen Säuglings- und Kleinkindforschung) findet derzeit eine ausgesprochen spannende Entwicklung statt. Sie ist mit den Stichworten „präverbale Kommunikation“, „interpersonelle Verstrickungen“ und „Austausch durch Handeln“ umrissen und verdankt sich (obwohl sie bis auf Ferenczi zurückgeht, also eine lange Vorgeschichte hat) der Entwicklung der modernen Säuglingsforschung, der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie und der interpersonellen Theorie und Praxis der Psychoanalyse.

„Handeln in der Psychiatrie und Psychotherapie“ ließe sich – in einer schematischen Übersicht – so darstellen:

1. Der **Patient** handelt und drückt auf diese vorsprachliche Weise seine innere Verfassung aus
2. Der **Patient** handelt, um eine bestimmte Reaktion des Gegenüber (des Therapeuten etc.) zu bewirken
3. Der **Therapeut** handelt in bewußter Absicht, um dem Patienten auf diese (vorsprachliche) Weise etwas mitzuteilen, das dieser anders (noch) nicht verstehen kann
4. Der **Therapeut** handelt ohne bewußte Einsicht und drückt damit etwas über sich, den Patienten oder über die gemeinsame Beziehung aus, das er selbst (der Therapeut) noch nicht verstanden hat
5. Beide (**Patient und Therapeut**) handeln in mehr oder weniger bewußter Absicht und kreieren damit einen gemeinsamen Handlungsdialog
6. Dem Therapeuten steht nicht ein Patient, sondern eine **Gruppe von Patienten** gegenüber, die in gemeinsamer Aktion auf ihn einwirkt (wie unter 1. und 2.)
7. Der Gruppe von Patienten steht ein (multiprofessionelles) **Team** gegenüber, das in mehr oder weniger reflektierter Form handelt (wie unter 3. und 4.)
8. **Beide Gruppen** verstricken sich in gemeinsame Handlungsdialoge (wie unter 5.)

Ich schlage Ihnen vor so zu tun, als sei die Beziehung zwischen uns und unseren Patienten eine zwischen zwei Individuen. Das ist natürlich in Wahrheit nie der Fall, aber diese – komplexitätsreduzierende Sicht – kann helfen, bestimmte Grundmuster des Austauschgesprächs zu sehen und zu verstehen, die man dann in einem weiteren Schritt auf komplexere Zusammenhänge übertragen kann.

Im übrigen ist die zunehmende Komplexität mit dieser Reihung von 1. bis 8. noch keinesfalls erschöpft, denn die Patienten haben „Umwelten“ (Angehörige, Arbeitsstellen oder Arbeitslosigkeiten, überhaupt gesellschaftliche Kontexte), von denen das jeweilige Handeln mehr oder weniger beeinflusst wird - und für uns Professionelle gilt natürlich das Gleiche: Wir alle hier im Saal erfahren täglich, wie sehr unser Handeln von „Umwelten“, von Rahmenbedingungen, von Übergeordnetem abhängt. Ich will aber beim vermeintlich Einfachen bleiben, weil mir daran liegt, einen ersten Einstieg in den folgenden, vertieften Austausch zu geben.

1. Der Patient handelt und drückt auf diese vorsprachliche Weise seine innere Verfassung aus.

Dieser Punkt ist von vielen beschrieben und bearbeitet worden, insbesondere, was die

Kommunikation mit schwerer gestörten Patienten angeht, denen es – zumindest in Zeiten krisenhafter Gefährdung – an dem Vermögen zur Symbolisierung mangelt. Daher drücken sie ihre Anliegen und Wünsche, ihre Ängste und Befürchtungen, ihre Konflikte und Probleme konkretistisch, vorsprachlich, inszenierend aus: Sie „veräußerlichen“ (Externalisierung), was sie innerlich zerreißt, überfordert oder unter Druck setzt. Sie benutzen Handlungssprache, um innere Verfassungen (für die sie keine Worte haben) verständlich zu machen, dabei beziehen sie ihre Umgebung (also auch uns) in ihre Darstellung ein. Wir müssen uns darin üben, diese Handlungssprache zu verstehen und sie – für uns und unsere Patienten – in Worte zu übersetzen. Nicht selten finden wir die tiefere „Wahrheit“ des Patienten nicht in seinen verbalen Mitteilungen, sondern in seinen Aktionen. Z. B. teilen schwerer gestörte Patienten ihre Wünsche nach Anlehnung, Geborgenheit und Versorgung häufiger mittels Handlungssprache mit, während sie in Worten heftig ihre Autonomie, also das Gegenteil einfordern. - Insgesamt ist es ein Spezifikum psychiatrischer Arbeit, daß häufig zunächst gehandelt und erst danach gefühlt, gesprochen und verstanden werden kann, und mitunter bleiben die Patienten überhaupt Handelnde und sind darauf angewiesen, daß wir in unserem Kreis und stellvertretend für sie „übersetzen“, was ihre Aktionen bedeuten könnten. Aber auch das kann eine große Hilfe sein, wie Supervisionssitzungen immer wieder zeigen: Wenn das handelnde Inszenieren unserer Patienten annähernd verstanden ist, können sie sich anders einstellen, können sich Verhakungen und Verstrickungen im Kontakt mit uns lösen.

2. Der Patient handelt, um eine bestimmte Reaktion des Gegenüber (des Therapeuten etc.) zu bewirken.

Dieser Punkt ist zumeist mit dem ersten verbunden, die Trennung hat daher vorwiegend didaktische Bedeutung. Die Mitteilung des Patienten steht ja immer schon in einem zwischenmenschlichen Zusammenhang und soll uns als Gegenüber erreichen, sie soll immer auch etwas beim Gegenüber bewirken. Ich kann dies am besten an einem Beispiel erläutern. Auf dieses Beispiel werde ich weiter unten zurückkommen, um meine schematische Einteilung mit Leben zu füllen. Es handelt sich um eine psychiatrische Krisenintervention, an die ich mich – obwohl sie lange zurückliegt, noch sehr gut erinnere:

Ein Mann mittleren Alters betrat am Freitag um 16.00 Uhr (also unmittelbar vor dem freien Wochenende) den SPsD, in dem ich damals als Psychiater tätig war. Durch seinen Bericht und die Art, wie er ihn vortrug löste er in kürzester Zeit ein ganzes Bündel von Gegenübertragungsgefühlen in

mir aus und erzwang geradezu bestimmte Reaktionen meinerseits. Dies lag einmal daran, daß er mir wie mit Dynamit „geladen“, also unter enormer aggressiver Anspannung erschien; und dann meinte ich eine subtile, fluktuierende paranoide Stimmung wahrzunehmen. Neben der Körperhaltung und der gepreßt-angespannten, stoßweise vorgebrachten Sprache war es der Inhalt der wenigen Worte, die er mir mitteilte, der mich in Alarmstimmung versetzte: Seine Freundin habe ihn Knall auf Fall verlassen, ohne zu sagen warum und ohne zu sagen wohin... Er werde aber herausfinden, wo sie sei, da er in steter Verbindung zu ihr sei... Er habe sich eine Waffe beschafft... und eine elektrische Selbstmordeinrichtung an der Badewanne installiert... Erst sei sie an der Reihe, dann werde er „gehen“... So blieben sie jedenfalls zusammen....

Den anschließenden Dialog kann ich hier aus Zeitgründen nicht wörtlich wiedergeben, ich erinnere mich aber noch heute, 20 Jahre danach, sehr genau daran: Ich sagte dem Patienten sinngemäß, es sei wahrscheinlich nicht zufällig, daß er kurz vor dem Wochenende mit diesem Anliegen in den SPsD und zu einem Psychiater komme... Ich würde mir Sorgen um ihn und seine Exfreundin machen, er brauche offenbar Hilfe, und da das Wochenende unmittelbar bevorstehe, könne ich mir nicht vorstellen, daß dies ohne professionelle Unterstützung möglich sei... Da der Patient eine medikamentöse Unterstützung rundheraus ablehnte, brachte ich die Möglichkeit einer stationären Aufnahme ins Spiel... Nein, antwortete er, das sei Unsinn, das käme überhaupt nicht in Frage... Ich brachte vor, daß ich bei dem, was er mir erzählt habe, über eine stationäre Einweisung – notfalls auch gegen seinen Willen – nachdenken müsse, dazu verpflichte mich meine Rolle geradezu... Auf diese Äußerung reagierte der Patient mit großer Schärfe, wobei er mich bedrohlich fixierte: Wenn ich das täte, wüßte er allerdings, wen er noch „mitnehmen“ würde, wenn er – gemeinsam mit seiner Freundin – ginge! Darauf drehte er sich um und verließ – das Ganze hatte vielleicht ½ Stunde gedauert – sehr angespannt den SPsD...

Was war geschehen? – Der Patient hatte mir handelnd mitgeteilt, daß er sich in einer Extremsituation befand. Er war als „Notfall“ aufgetreten und hatte eine Szene dargestellt, an der ich – ob ich wollte oder nicht – teilnehmen mußte. Er hatte also nicht nur etwas über sich kommuniziert, sondern auch vieles in mir bewirkt: Ich verfluchte meinen Beruf und den Ort, an dem ich ihn ausübte. Ich erlebte große Angst vor dem Patienten und seiner Wut, ich spürte selbst große Wut auf ihn, weil er mich in diese unmögliche Lage brachte, ich erlebte Schuldgefühle wegen sadistischer Phantasien und große Selbstzweifel, weil ich mich der Situation wirklich nicht gewachsen fühlte, und ich entwickelte paranoid

getönte Phantasien, wie mich der Patient am Wochenende aufspüren und verfolgen könne... Mein Gegenüber hatte sein großes manipulatives Potential dazu genutzt, mich in Gefühle zu versetzen, mit denen er selbst erfolglos rang. Darüberhinaus hatte er mich gezwungen, seiner explosiv-bedrohlichen Wut Grenzen zu setzen, zunächst in Worten, dann in Taten, denn natürlich blieb mir keine andere Wahl, als eine „Zwangseinweisung“ zu beantragen: Der Patient war in einer sehr gefährdeten psychischen Verfassung, und er hatte mir gerade konkrete Mord- und Selbstmordabsichten mitgeteilt (so als hätte er vorbereitend die Bestimmungen des PsychKG studiert, die für solche Fälle ein amtsärztliches Eingreifen vorschreiben). Er „bewirkte“ also sowohl bestimmte Gefühle in mir, als auch ein bestimmtes reales Verhalten, obwohl ich auf beides gerne verzichtet hätte. Ich selbst fühlte mich – als Adressat dieser Manipulation – extrem unfrei, quasi gezwungen zu reagieren, und natürlich war dies zusammengenommen das, was wir als „projektive Identifizierung“ bezeichnen. Sie alle werden Situationen aus Ihrer Berufspraxis kennen, in denen sie sich ähnlich unfrei und manipuliert gefühlt haben.

3. Der Therapeut handelt in bewußter Absicht, um dem Patienten auf diese (vorsprachliche) Weise etwas mitzuteilen, das dieser anders (noch) nicht verstehen kann.

Wir sind inzwischen relativ gewohnt, das Handeln unserer Patienten als Kommunikation, als bedeutsame zwischenmenschliche Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung zu verstehen. Dagegen wird noch viel zu wenig darüber nachgedacht, wie wir unsererseits handelnd kommunizieren und intervenieren können. Der psychiatrische Alltag bietet viele willkommene Anlässe für derartige Handlungssprache, insbesondere für das Pflegepersonal. Es ist bedauerlich, daß therapeutisches Handeln in diesem Sinne bei den Beteiligten immer noch nicht die Wertschätzung erfährt, die ihm eigentlich entspräche, während Zusammensitzen und Sprechen (also der Austausch in Worten) generell – und fälschlicherweise – mit hochwertiger Arbeit (sprich: Psychotherapie) gleichgesetzt wird. Es ist dies sowohl ein Mißverständnis, was die Psychotherapie von persönlichkeitsgestörten und psychotischen Patienten betrifft, als auch eine Verkennung der Psychodynamik psychiatrischer Pflege, beides werden wir heute und morgen noch ausführlich hören. Die Möglichkeiten, im Zusammensein mit psychiatrischen Patienten durch Handeln zu kommunizieren, sind so mannigfaltig, daß es unmöglich ist, sie auch nur annähernd aufzuzählen. Fast ließe sich – mit nur geringer Übertreibung – sagen, auf einer psychiatrischen Station oder im Betreuten Wohnen etwa passiere gar nichts anderes als fortwährendes gegenseitiges

Be-Handeln. Dabei sollten sich psychiatrische Professionelle bemühen, das eigene Handeln so zu gestalten, daß es die Ichfunktionen der Patienten stärkt und ihre weitere Entwicklung, v. a. die Entwicklung ihrer Symbolisierungsfähigkeit (also das Vermögen, innere Verfassungen differenzierter zu fühlen und sprachlich auszudrücken) fördert.

4. Der Therapeut handelt ohne bewußte Einsicht und drückt damit etwas über sich, den Patienten oder über die gemeinsame Beziehung aus, das er (der Therapeut) noch nicht verstanden hat.

Dieser Punkt ist schon schwieriger zu akzeptieren, da er weniger Souveränität, weniger Gelassenheit und weniger professionellen Überblick als vielmehr eigenes Mitagieren, also partielle unbewußte Verstrickung und verschiedene Grade der professionellen Unsicherheit, vielleicht sogar der eigenen Hilflosigkeit anspricht. Und das läßt sich schwerer kommunizieren als z. B. ein gut durchdachter Handlungsplan, wie es z. B. die angemessene Rahmgestaltung – etwa mittels einer Zwangsmaßnahme – darstellt. Aber kennen wir nicht alle Situationen, in denen wir alles andere als souverän agieren? In guten, also ehrlichen Fallsupervisionen geht es immer wieder um solche Geschichten. Wahrscheinlich übertreibe ich auch hier nur geringfügig, wenn ich sage, daß unsere therapeutische Alltagskommunikation eher durch Handlungssprache dieser wenig souveränen Art bestimmt ist, als durch gut reflektierte, absichtsvolle, elegante Interventionen.

5. Beide (Patient und Therapeut) handeln in mehr oder weniger bewußter Absicht und kreieren damit einen gemeinsamen Handlungsdialog.

Psychiatrische und psychotherapeutische Szenen sind gemeinsame Kreationen der Beteiligten, sie geschehen in gemeinsamer zeitweiser Verstrickung, in interpersoneller Aktion und sind mitunter erst im Nachhinein und in mühsamer Detailarbeit (z. B. in gelingenden Supervisionen) verstehbar. Ich möchte diese, unseren Narzißmus und unsere Omnipotenzwünsche kränkende Einsicht ausführen, indem ich mein Beispiel der psychiatrischen Krisenintervention fortsetze. Der bisherige Blick darauf war ja bewußt vereinfachend, indem ich zunächst nur den Patienten und die von ihm ausgehende interpersonelle Manipulation beschrieb, also – sehr vereinfacht formuliert – seine Wirkung auf mich. In Wirklichkeit offenbart die Geschichte aber nicht nur diese einseitige Sicht der Dinge. Tatsächlich be-handelten wir uns beide gegenseitig.

Der „Plot“, den mein damaliges Gegenüber anbot, handelte von traumatischem Verlust, mörderischer Wut, zerreißen Selbstzweifeln, unerträglicher Schuld, schreiender Verzweiflung, tiefer

Hoffnungslosigkeit – und der paradoxen Hoffnung, daß all dies doch irgendwie zu bewältigen, zu überstehen, zu reparieren sein müßte (ohne diese Hoffnung hätte sich der Patient nicht im richtigen Moment an die richtige Stelle wenden können). Als Adressat war ich damals – was der Patient nicht wissen konnte – nicht nur psychiatrischer Amtsarzt, sondern auch in Ausbildung zum Psychoanalytiker, also Lehranalysand. Ich lag also auf der Couch und übte mich in der Bewältigung mehr oder weniger regressiver Verfassungen. Folglich kannte ich die Geschichte, die der Patient mir anbot. Ich konnte mich nicht perfekt verweigern darin mitzuspielen, war also „empfangsbereit“ für die ausgesandten Botschaften und daher sehr persönlich involviert. Dies betraf nicht nur meine Gegenübertragungsgefühle, sondern auch meine Neigung zum Agieren und Mitagieren.

Ich beantragte also, nachdem mein Patient den SPsD verlassen hatte, eine „Zwangseinweisung“, so wie ich es ihm angekündigt hatte. Der Kommissar vom Dienst lehnte die Zustimmung ab, nachdem Polizisten den Patienten aufgesucht hatten, wo er den Beamten vollkommen ruhig und geordnet erschien. Die Weigerung des KvD, eine „Zwangseinweisung“ anzuordnen, bewirkte eine Intensivierung meiner oben geschilderten Gegenübertragungsgefühle, allerdings kam jetzt noch heftige Wut auf die Polizei und ihre von mir erlebte Inkompetenz hinzu. Mit diesem ganzen Knäuel an Gefühlen blieb ich das ganze Wochenende über beschäftigt. Ich war also weder ruhig noch geordnet und rief den Patient sogar einmal von mir aus Zuhause an – so etwas hatte ich noch nie zuvor getan und empfand es selbst nicht gerade als den Höhepunkt eigener beruflicher Souveränität. Ich unternahm diesen ungewöhnlichen Schritt damals in der bewußten Absicht zu klären, ob der Patient nahe an einer psychischen Dekompensation bzw. einer Gewalttat war, außerdem wollte ich meine Angst besänftigen, weil er ja persönliche Rache mir gegenüber angekündigt hatte. Heute denke ich aber, daß ich mich vermutlich vergewissern mußte, ob er meine eigene, unbewußte Aggression ihm gegenüber überlebte. Ich hatte offenbar Angst vor meiner eigenen Destruktivität und deren irreparablen Folgen.

Als ich am Montag morgen den SPsD betrat, begrüßte mich die Sekretärin mit der Mitteilung, der Patient habe vor wenigen Minuten angerufen und mitgeteilt, daß er jetzt ernst machen wolle mit seinen Vorhaben! Bei meinem Hausbesuch schien er aufgewühlt und bereit zu einem Klinikaufenthalt, so daß ich ihn in die Klinik begleitete und am Aufnahmegespräch mit dem diensthabenden Arzt teilnahm. Schon am Nachmittag rief mich dieser Kollege an und teilte mir mit, daß der Patient in hoch aggressiver Anspannung die Klinik wieder verlassen habe, so daß ich erneut eine „Zwangseinweisung“ beantragte, die nun auch

bewilligt wurde. Der Patient kam auf eine geschlossene Station, wo er sich augenblicklich beruhigte und bei der richterlichen Anhörung am Tag nach der Aufnahme selbst darum bat, die Unterbringung nicht vorzeitig aufzuheben. So blieb er eine Woche dort, wo ich ihn besuchte und mit Gesprächen begann, die wir ambulant über einen Zeitraum von etwa 1/2 Jahr fortsetzten. In diesen Gesprächen bearbeitete der Patient mit meiner Hilfe die tatsächlich stattgefundene Trennung, wobei er mir nun eröffnete, daß er im Heim aufgewachsen sei und als junger Mann einen Autounfall verschuldet habe, bei dem seine damalige Freundin ernsthaft zu Schaden gekommen sei...Er habe das bis jetzt nicht „verdaut“ und sei dankbar, daß er nun Gelegenheit fände, darüber zu sprechen. – Nach Wochen des intensiven Handelns und Mithandelns waren wir schließlich beim Gespräch angelangt, das von Trennungsangst, Destruktivität, Schuld, Überleben und Wiedergutmachung handelte. Das muß dem Patienten tatsächlich geholfen haben, denn er meldete sich Jahre nach meinem Ausscheiden aus dem SPsD bei meinem Nachfolger, fragte nach mir und bat um Gespräche, da es in seiner aktuellen Partnerschaft Probleme gebe und er nicht wieder warten wolle, bis eine Katastrophe drohe....

Mein Beispiel zeigt, daß Handeln vor Fühlen (und Reden) kommt, und daß dies in schweren Krisen nicht nur für unsere Patienten, sondern auch für uns selbst gelten kann. Es zeigt übrigens auch, daß wir nie nur zu zweit sind in diesen Geschichten, auch wenn uns dies mitunter so erscheinen mag. Immer sind viele involviert, das hatte ich anfangs bereits erwähnt. Hier waren es der Kommissar vom Dienst, die dienstausübenden Polizeibeamten und behandelnde Kollegen im Psychiatrischen Krankenhaus, mit denen ich zu kooperieren hatte. In anderen Fällen handeln multiprofessionelle Teams, oder es sind von Anfang an Familienangehörige des Patienten mitbetroffen, oder es sind Gruppen von Patienten, die mit Gruppen von Mitarbeitern verstrickt sind usw.. Und wenn gehandelt und behandelt wird, kommen u. U. besondere Medien (also etwa Musik, Farben, der Körper usw.) zum Einsatz, was die Verhältnisse differenziert und spezifisch prägt. Ich glaube aber, daß die von mir referierten Grundstrukturen des Handlungsaustausches für alle diese Optionen Geltung haben können, und ich hoffe, daß sich vieles davon in den Diskussionen dieser Tagung widerspiegelt.

(Der Beitrag erscheint ungekürzt im Tagungsband zur 4. Arbeitstagung der NAPP. Dort sind auch Literaturhinweise zu entnehmen)

Von der Psychodynamik des eigenen Handelns

Impressionen einer Workshopleiterin - von Kerstin Kinkelbur

Die Tagung in Lüneburg: Workshop vorbereiten - sind alle Arbeitsmaterialien vor Ort? Ist der Raum ausreichend groß? Das Referat für den ersten Teil ist viel zu lang, das weiß ich schon vorher, aber da müssen alle durch, läßt sich nicht kürzen.

Im Eingangsreferat von Rudolf Heltzel finde ich Teile meines Workshops wieder...paßt sich also gut in das Tagungsthema ein. Beruhigung. Vom zweiten Vortrag kriege ich nur Bruchstücke mit, bin gedanklich schon im Workshop. Siebzehn Uhr dreißig: Beginn. Sechzehn TeilnehmerInnen sind da, alles BerufskollegInnen aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern - verspricht, interessant zu werden.

Ich möchte am liebsten gleich über Psychodynamik, Beziehungsgestaltung und Team reden, aber mein Vortrag muß schnell losgehen, damit er in die erste Sitzung paßt. Die Aufnahmekapazität der KollegInnen kann/darf mich nicht interessieren, ich muß - und lege los. Gesichter sehen aufmerksam bis unbeteiligt aus. Ich halte mich an meinem Text fest - interessiert die das überhaupt??? Ich erzähle denen bestimmt nichts Neues! Stehe auf, gehe zum Flip-Chart und will meine vorformulierten Kernsätze aufschreiben, hinter mir spüre ich, daß die Energie langsam abnimmt. Ich komme mir vor wie eine Lehrerin ohne Verbindung zur Klasse, irgendwas stimmt nicht. Aber ich muß mein vorbereitetes Programm durchziehen. Halt - das sind *BerufskollegInnen* mit eigenen und sicherlich guten Ideen! Ich wende mich der Gruppe zu und beziehe sie in das Thema mit ein, werde auf einmal ganz sicher, brauche meinen Text nicht mehr, kann mich besser auf die Gruppe einstellen. So ist das mit der Psychodynamik des eigenen Handelns. Der Bedarf an Diskussion ist in der ersten Sitzung deutlich größer als der Platz, den ich dafür gelassen habe. Ich tröste mich damit, daß die zweite Sitzung mehr Raum dafür läßt, aber den TeilnehmerInnen kann ich das nicht mehr sagen, weil wir pünktlich um sieben Schluß machen.

Elf Uhr am nächsten Morgen. Zwölf TeilnehmerInnen sind wiedergekommen, ich beschließe, das als gutes Zeichen zu nehmen, und kündige die Diskussionsmöglichkeit an. Die Stimmung ist lebendig und macht Lust auf mehr. Bin heute mehr Gruppenmitglied. Die Anteile von Information und Diskussion sind heute besser ausgewogen. Ich hätte Lust, noch mehr mit diesen TeilnehmerInnen zu machen. Wir sind beim Thema "burn out" angelangt, als ich feststelle, daß die zwei Stunden um sind, vergesse darüber, eine Abschlußrunde zu machen und *mir* Feedback zu holen. Ich denke, ich kann das vielleicht nachlesen in den Meinungsäußerungen zu den Workshops, und bin enttäuscht, daß dafür gar keine Spalte in den Fragebögen vorgesehen ist.

Nun gut. Es war informativ, lebendig und hat Spaß gemacht. Ich nehme neue Ideen mit und fühle mich bestärkt: psychodynamische Aspekte sind bedeutsam im sozialarbeiterischen Handeln! Was kann ich beim nächsten Mal anbieten?

Zur Statistik der Tagung

Ergebnisse der Erhebungsbogens zur Rückmeldung

Die größte Gruppe der Teilnehmer war zwischen 36 und 45 Jahre alt, gefolgt von den 26-35jährigen (zusammen über zwei Drittel der Teilnehmer). Pflegeberufe und Sozialpädagogen stellten bei gleichen Anteilen zusammen über die Hälfte der Teilnehmer, Ärzte / Psychologen / Ergotherapeuten / Sonstige lagen jeweils um 10 Prozent. Fast die Hälfte aller Teilnehmer arbeitet in der Klinik. Über die Hälfte der Teilnehmer hat eine abgeschlossene Zusatzausbildung absolviert.

Breiteste Zustimmung in der Beurteilung: Programmstruktur gut (88%), Atmosphäre angenehm (94%), Organisation gut gelungen (82%), und 88% wollen zur nächsten Tagung wiederkommen!

Stichworte aus den Anmerkungen: Zu lange Mittagspause - Büchertisch fehlte (stimmt, uns auch!) - tendenzielle Überforderung durch zu lange Vorträge oder zu viel auf einmal - Rauchbelästigung - organisatorische Mängel im Detail - sehr gut gelungen - das Gesellschaftshaus ist sehr schön!

Stierl/ie

Vor dem Schlafgemach der Gräfin Ete LaPeutete

Vor dem Schlafgemach der Gräfin Ete LaPeutete
Steht ein riesenhafter Neger
und er spielt auf einer sonderbar geformten Schnabelflöte
Schnabelflötenwiegenlieder von Max Reger.

Und die Fremden, welche durch die Traumstadt reisen,
fragen sich verwundert, was des Negers Tun bedeutet.
Wenn der Schwarze bald mit lauten Tönen, bald mit leisen
flötend vor dem Schlafgemach der Gräfin auf und nieder schreitet
sei's den Fremden mitgeteilt: Der Neger muß geträumte Schlangen,
die der Gräfin Ete LaPeutete Schlummer stören,
daß es ihnen nicht gelinge, in die Kemenate zu gelangen,
muß der Neger sie, die Schlangen, mit dem Flötensang beschwören.

Und die Gräfin Ete LaPeutete träumt infolgedessen
Statt von Schlangen von dem Schlangenbändiger
Hingegeben selig namenlos und selbstvergessen
Und wahrscheinlich noch viel unanständiger.

(Peter Paul Althaus)

ISPS-Kongreß '2000 in Stavanger

Von Claas Happach

Die ISPS-Kongresse (International Symposium for the Psychological Treatment of Schizophrenia and other Psychoses) haben eine Tradition, die auf das erste Zusammentreffen 1956 in Lausanne zurückgeht. Damals hatten Gaetano Benedetti und Christian Müller nach Lausanne eingeladen. Die bisher 13 Symposien (wie auch der Name, der lange "International Symposium on the Psychotherapy of Schizophrenia" lautete) reflektieren die Entwicklung dieses Feldes. Zu der dezidiert psychoanalytisch ausgerichteten psychiatrischen Therapie der fünfziger Jahre kamen in der Folge familientherapeutische, systemische, sozialpsychiatrische und integrative Konzepte hinzu. Grundlage blieb die Diskussion, die interdisziplinäre Begegnung und der offene Austausch von Forschungsergebnissen und Meinungen.

Das Motto des Kongresses im Juni diesen Jahres war: "Schizophrenia and other psychoses: Different stages - different treatments?" Eingeladen und für die Organisation gesorgt hatte die Psychiatrische Klinik in Stavanger, die mit 180 stationären Behandlungsplätzen eine Region von 350.000 Einwohnern versorgt.

Das 13. ISPS-Symposium wurde von mehr als 700 Teilnehmern aus 40 Ländern besucht, an vier Tagen fanden etwa 350 wissenschaftlich und klinisch ausgerichtete Vorträge in Plenarsitzungen, Symposien, Workshops, Posterpräsentationen und Freien Referaten statt.

Entsprechend dem Kongreßmotto lag ein Schwerpunkt auf der Darstellung von Untersuchungen zur Früherkennung und -intervention psychotischer Erkrankungen. Hier reichte das Spektrum von eher phänomenologischen, am Konzept der schizophrenen Basisstörung orientierten Ansätzen über Diskussionen zur ethischen Verantwortbarkeit einer frühen Konfrontation mit einer Verdachts-

diagnose bzw. sogar einer prophylaktischen Medikation bis zu breit angelegten Multicenterstudien zur Wirksamkeit integrierter sozialpsychiatrischer, psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Interventionen.

Stellvertretend für die vielen dargestellten Forschungsprojekte aus der ganzen Welt möchte ich drei Studien aus den skandinavischen Ländern näher beschreiben.

Die norwegisch - dänische TIPS - Studie (Early Treatment and Intervention in Schizophrenia) untersucht, wie sich frühzeitige Erkennung, Intervention und Behandlung bei den ersten Anzeichen einer psychotischen Krise auf die weitere Entwicklung auswirken. Verglichen wird dabei die Region von Stavanger in West-Norwegen mit zwei anderen Bezirken in Südost-Norwegen und in Dänemark. Ausgehend von der großen ökonomischen Bedeutung der Schizophrenie (in Norwegen werden 60% des Psychriatriebudgets für die Behandlung und Pflege von schizophrenen Patienten ausgegeben, die gesamten mit der Erkrankung verbundenen Kosten für die Gesellschaft werden auf über 1% des Bruttosozialprodukte geschätzt) wurde in der Region um Stavanger ein auf Kontinuität ausgerichtetes Behandlungskonzept entwickelt. Kontinuität sowohl in der Verknüpfung der beteiligten Institutionen als auch in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut, was bedeutet, daß derselbe Therapeut den Patienten vom ersten ambulanten Kontakt, über die stationäre Behandlung bis in die Nachsorge bzw. Rehabilitation begleitet. Zu den Prinzipien dieses Ansatzes gehört unter anderem, daß eine ausreichend lange Zeit der stationären Behandlung (bis zu einem Jahr!), eine Einzelpsychotherapie mit zwei Stunden pro Woche, eine pflegerische Begleitung durch eine Pflegeperson, die nicht innerhalb des nächsten Jahres wechselt, Wohnmöglichkeit außerhalb der Familie zur Verfügung gestellt wird, aber auch, daß die ambulante Weiterbehandlung nach Entlassung wenn erforderlich zwangsweise geschieht. In der Bemühung um eine weitgehende Aufklärung der Bevölkerung über psychische Erkrankungen ist eine breite Informationskampagne entstanden. Seit mehr als zehn Jahren gibt es in Stavanger einmal im Jahr die "Tage der Schizophrenie", eine Woche mit Informationsveranstaltungen, Theateraufführungen, Kinofilmen und Kunstausstellungen mit etwa 1000 Professionellen und 2000-4000 Teilnehmern aus der Bevölkerung. Auf diesem Wege soll die Bevölkerung mit psychischen Erkrankungen vertrauter werden, der Stigmatisierung entgegengewirkt und die Schwelle für die Inanspruchnahme von Hilfe bei psychischen Krisen gesenkt werden. Die Vergleichsstudie mit den anderen beiden skandinavischen Regionen, in denen

"wie gewöhnlich" vorgegangen wird, soll insbesondere die Zeit zwischen dem erstmaligen Auftreten psychotischer Symptome und der stationären Aufnahme bzw. dem Beginn einer adäquaten Behandlung mit Antipsychotika (DUP - duration of untreated psychosis) verkürzt werden. Außerdem soll über einen Zeitraum von 5 Jahren beobachtet werden, wie sich ein auf zwei Jahre angelegtes optimales Behandlungsprogramm auf den Krankheitsverlauf auswirkt.

Neben der TIPS-Studie wurde zu diesem Thema eine von J. Cullberg, Stockholm initiierte Studie aus Schweden, das "Fallschirm-Projekt" vorgestellt. Bei dieser Untersuchung, an der 19 schwedische Kliniken teilnehmen, und die sich inhaltlich eng auf die Arbeit von Y. Alanen und Mitarbeitern aus Finnland bezieht, sind die Grundsätze: möglichst frühe Intervention, d.h. die erkrankten Patienten werden zuhause aufgesucht, situations- und bedürfnisangepasstes Psychotherapieangebot, eine enge Einbeziehung der Familie, eine kontinuierliche Betreuung über mind. 3, mögl. 5 Jahre, eine Niedrigdosisbehandlung mit Neuroleptika bei angestrebter Medikamentenfreiheit in der frühen Phase sowie Übernachtungsmöglichkeiten in kleinen Krisenwohnungen zur Vermeidung stationärer Aufnahmen. Die Ergebnisse aus einer Pilotstudie mit etwa 30 nach diesem Konzept über zweieinhalb bis drei Jahre behandelten Patienten zeigen, daß im Vergleich mit einer Gruppe konventionell behandelter tatsächlich weniger Neuroleptika benötigt wurden, sowohl was die Dosierungen betraf, als auch die Zeiträume. Auch war der Bedarf an stationärer Behandlung deutlich geringer, wodurch sich gegenüber der Vergleichsgruppe eine erhebliche Kostenersparnis ergab. Ein weiteres Ergebnis ist, daß der Bedarf bezüglich Zwangsbehandlung bzw. geschlossener Unterbringung für die bisher insgesamt 70 Patienten in diesem Projekt zu keinem Zeitpunkt mehr als 1 Klinikbett betrug. An dieser Stelle wird deutlich, daß ein wesentliches Ziel auch dieser Untersuchung die Reduzierung der Zahl stationärer Behandlungsplätze und der mit diesen verbundenen Kosten ist.

In Dänemark entstand in den 90er Jahren das "Dänische Nationale Schizophrenieprojekt" (DNS), ein Netzwerk von insgesamt 19 Psychiatrischen Abteilungen und ambulanten Behandlungseinrichtungen, das die Frühintervention bei erst-erkrankten schizophrenen Patienten untersuchen soll. Besonders interessant war hier, daß neben der Erfassung von Daten über die Zugangswege zu Versorgungseinrichtungen, die bestehenden Behandlungsangebote (treatment as usual, TAU) und der Untersuchung verschiedener psychologischer Tests ein Schwerpunkt auf der Etablierung eines psychoanalytisch ausgerichteten Psychotherapie-

konzeptes liegt. Anhand eines eigens entwickelten Manuals wurden landesweit erfahrene Psychotherapeuten geschult, die dann die mit verschiedenen Skalen voruntersuchten Patienten behandelten. Die Therapie wurde über ein Jahr als Einzelbehandlung 45 Min./Wo. (alternativ 2x 30 Min.) und anschließend über drei Jahre in der Gruppe durchgeführt. Ein Ziel dieser noch laufenden Untersuchung ist es, herauszufinden, ob sich Merkmale finden lassen, die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie sind. Ein weiterer Bereich des DNS ist die Entwicklung und Untersuchung eines Gruppenangebotes für Familien von psychotisch Erkrankten. Im Unterschied zu den bekannten psychoedukativen Ansätzen solcher Gruppen wurde hier neben der Information über die Erkrankung auch auf psychodynamische Aspekte abgehoben und untersucht, inwieweit sich neben der Entlastung durch das Gespräch mit ähnlich Betroffenen auch Schuld- und Schamgefühle vermindern. Es zeigte sich, daß der nach Abschluß zur Erfassung der Zufriedenheit ausgefüllte Fragebogen diese Gefühle kaum erfasste, was damit zu tun haben könnte, daß viele Familienmitglieder Schuld- bzw. Schamgefühle nicht artikulieren können.

Bei all diesen Projekten ist deutlich, daß ihnen psychoanalytische Orientierungen zugrundeliegen, was sich in einer Betonung der Beziehungskontinuität, der angestrebten bzw. für erforderlich erachteten Zeitdauer der Interventionen wie auch der Berücksichtigung der Bearbeitung von Gegenübertragungsphänomenen, besonders in stationären Behandlungssettings, niederschlägt.

Die Tagung in Stavanger zeigte eindrucksvoll, daß neben den großen Multicenterstudien und besonders den von der Pharmaindustrie dominierten Medikamentenuntersuchungen nach wie vor ein großes Interesse an den kleinen individuellen Fallbeschreibungen besteht. Die vielen spontanen Begegnungen mit anderen Teilnehmern sprechen dafür, daß die ISPS eine Vereinigung von Menschen ist, denen an der Beziehung, dem Interesse für den und das Fremde und am Austausch von Erfahrungen liegt. Die nächste ISPS-Konferenz wird im September 2003 in Melbourne stattfinden, ein Datum, daß man sich für eine sicher lohnende Reise vormerken sollte. Weitere Informationen zur ISPS lassen sich im Internet unter www.isps.org finden.

Verschiedenes

Einladung zur Mitgliederversammlung 2001 der NAPP

Die 6. Mitgliederversammlung der NAPP wird am Montag, 26. Februar 2001 in Lüneburg stattfinden. Auf der Tagesordnung stehen auf alle Fälle die gewohnten Punkte sowie ein "Überraschungspunkt", der über die vereinsrechtlichen Notwendigkeiten hinaus in inhaltliche Überlegungen ausufern wird.

Tagesordnung:

1. Begrüßung der Mitglieder
2. Rechenschaftsbericht des Vorstandes
3. Kassenbericht und Entlastung
4. NAPP-Wundertüte
5. Verschiedenes und Anfragen

Wahlen stehen erst im nächsten Jahr wieder ins Haus. Wir hoffen, auch von den neuen Mitgliedern möglichst viele auf der MV begrüßen zu können, wo dann auch Möglichkeiten der Mitarbeit vorgestellt werden können.

Ort: Niedersächsisches Landeskrankenhaus
Lüneburg, Am Wienebüttler Weg 1,
21399 Lüneburg, Hauptgebäude

Zeit: Montag, 26. Februar 2001
19.30 Uhr bis ca. 21.30 Uhr

im Namen des Vorstands

Dr. I. Engelmann
(Schriftführer)

Stationäre psychotherapeutische Behandlung Psychosekranker

Bisher werden in der NAPP in einem eigenen Fachausschuß nur die Fragen der Psychotherapie psychotischer Patienten im *ambulantem* Feld bearbeitet. Mehrere Anfragen richten sich nun auf das stationäre Setting: Wie werden in Kliniken oder anderen Institutionen psychotische Patienten psychotherapeutisch behandelt? Wie sieht das praktisch aus (kautistisch-technische Arbeit), welche Grundlagen gibt es (theoretische Arbeit)? Eine feste Gruppe von ca 8-10 Mitgliedern könnte sich ungefähr einmal monatlich treffen (das wäre der Rahmen, wie er im Fachausschuß "Ambulante Psychosenpsychotherapie" bewährt ist) oder auch alles ganz anders machen.

Interessenten melden sich bei

Claas Happach
Oberarzt d. Abt. f. Psychiatrie u. Psychotherapie
Bethesda Allgemeines Krankenhaus Bergedorf
Gojenbergsweg 30
21029 Hamburg
Tel. 040/72593-454
Fax: 040/72593-506
e-mail: cghappach@aol.com

Gleiches

Geschäftsführender Vorstand

1. Vorsitzender

Rudolf Heltzel, Außer der Schleifmühle 56, 29263
Bremen

28203

1. Stellvertretender Vorsitzender

Günther Lurz, NLKH Lüneburg, Wienebüttler
Weg 1, 21339 Lüneburg

2. Stellvertretender Vorsitzender

Carsten Fahlbusch, Bethesda AK Bergedorf,
Gojenbergsweg 30, 21029 Hamburg

Schatzmeister

Reinhard Sefke, NLKH Lüneburg, Wienebüttler
Weg 1, 21339 Lüneburg

Schriftführer

Ingo Engelmann, Bethesda AK Bergedorf,
Gojenbergsweg 30, 21029 Hamburg

Erweiterter Vorstand

Dem erweiterten Vorstand gehören die Sprecher der
Fachausschüsse an.

FA Pflege

Karin Höhn, Lohmannstraße 136, 28215 Bremen

FA Tagungen

Sebastian Stierl, NLKH Lüneburg, Wienebüttler
Weg 1, 21339 Lüneburg

FA Ambulante Psychosenpsychotherapie

Claas Happach, Bethesda AK Bergedorf,
Gojenbergsweg 30, 21029 Hamburg

FA Musiktherapie

Barbara Dehm, Eschenweg 50, 22929 Ammersbek

FA Ergotherapie

Kerstin Müller, Arnoldstraße 23, 22765 Hamburg

FA Gruppentherapie

Hans-Jürgen Marter, Oberneulander Landstraße
97a, 28355 Bremen

Impressum

NAPPO ist der Mitgliederrundbrief der
Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft Psycho-
dynamische Psychiatrie e.V. und erscheint in der
Regel zweimal jährlich. Der Bezugspreis ist im
Mitgliedsbeitrag enthalten.

Redaktion: Ingo Engelmann, Carsten Fahlbusch,
Anja Feierabend, Kerstin Kinkelbur

Redaktionsanschrift: Ingo Engelmann, Bethesda
Allgemeines Krankenhaus Bergedorf, Gojen-
bergsweg 30, 21029 Hamburg
Tel. 040/72593-0 - Fax 040/72593-470
e-mail klangengel@aol.com

