

# NAPPO

NAPPO



## 8

Mitgliederrundbrief der Norddeutschen  
Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische  
Psychiatrie e.V. Nummer 8, Herbst 2001

# EsstEthik und Sympathie

**Editorial (2)**

**In der Vorstandsarbeit der NAPP stehen wichtige Veränderungen an. Von R. Heltzel (3)**

**Selbstmord, Freitod und die Kunst des Lebens - Tagungsbericht von I. Engelmann (5)  
Die stationäre und die tagesklinische Behandlung suizidaler Patienten (C. Happach) (9)**

**Es gibt sie eben doch! - Eine nachdenkliche Polemik von Rudolf Heltzel (12)  
Sympathie und Qualitätssicherung. Von K. Kinkelbur (14)**

**Timmendorfer Continuo - 2. Interne NAPP-Tagung (I. Engelmann) (15)  
Psycho-Wellness an der Ostsee - R. Strecker (17) und Erwiderung von R. Heltzel (18)**

**Die Fachausschüsse der NAPP (19)**

**Frankfurter Treff - Protokollskizze (22)**

**Verschiedenes (23)**

**Einladung zur Mitgliederversammlung 2002 (24)**

# EsstEthik

**Manche meinen  
Lechts und rinks  
Kann man nicht verwechsellern  
Werch ein Illtum**

Ernst Jandl

Jandl schwurbelte durch den Raum bei der Großgruppensitzung in Timmendorf. Die Klimaanlage brummte, aber der Gruppenprozeß noch nicht, und Gerd Wilke (der Großgruppenanalytiker) brachte Jandl ins Gespräch.

Jetzt schwurbelt mir Jandl durch den Kopf, als ich die Begrüßungsworte für das achte NAPPO schreiben will. Begrüßung? Ich weiß ja gar nicht, was zu dem Zeitpunkt los sein wird, wenn Sie das NAPPO in der Hand halten. Als ich dies zu schreiben beginne, werden gerade die bundesdeutschen Soldaten zum Eingriff legitimiert, und wieder ist ein Flugzeug in New York abgestürzt. Wie begrüßen wir uns in Kriegszeiten?

In Timmendorf hat uns die Weltlage in den Großgruppensitzungen beschäftigt. Viele hatten Angst, Sorge oder Wut über Politik, über früher pazifistische Bundesgenossen, über (alte) Selbstverständlichkeiten im (neuen) militärischen Denken. Einige wissen nicht mehr, wo sie stehen, wofür sie stehen. Gelten rechts und links noch? Oder lechts und rinks? So viele Fragen. So viele Illtümer. Es geht nicht vorrangig um das Schöne, sondern um das Gute. Deswegen schrieb Jandl auch statt Ästhetik lieber "EßtEthik".

\*

Das neue NAPPO bringt Überblicke über die Vorstandsarbeit und über die Fachausschüsse. Tagungsberichte und Meinungen über Timmendorf Zwo sowie über die Hamburger Tagung zu Suizid und Psychoanalyse schreiben die psychodynamische Chronik weiter. In einer kleinen Polemik zeigt Rudolf Heltzel neue Ausgrenzungstendenzen auf.

Lange ist kein NAPPO mehr erschienen - fast ein Jahr. Es gab wenig Material, kaum einer schrieb uns. Erst als der geplante Schlußtermin für ein (dünn) NAPPO herannahte, kamen plötzlich Ideen und Vorhaben, wurden Artikel angekündigt und andere verzögerten sich, und so dauerte es nun doch wieder zwei Monate, bis das Heft vorliegt, und es ist plötzlich gar nicht mehr dünn.

Besonders weisen wir hin auf die Einladung zur nächsten Mitgliederversammlung - jetzt noch im alten Gewand, d.h. an einem Abend eines langen Wochenarbeitstages und entsprechend mitgliederunfreundlich (wie in Timmendorf angemahnt wurde). Neuwahlen des Vorstandes stehen an, ein neuer "Zweiter Stellvertreter des Vorsitzenden" wird gesucht, und Fragen der weiteren Organisation der Mitgliederversammlung müssen diskutiert werden.

Bis dann!

Ihre Redaktion

NAPPO ist der Mitgliederrundbrief der NAPP e.V. und erscheint unregelmäßig ein- bis zweimal im Jahr. Redaktion: Ingo Engelmann, Kerstin Kinkelbur, Anja Feyerabend. Anschrift: Friedrichstraße 66a, 21244 Buchholz. Zuschriften möglichst per e-mail an: [klangengel@aol.com](mailto:klangengel@aol.com)

# In der Vorstandsarbeit der NAPP stehen wichtige Veränderungen an

von Rudolf Heltzel

Am Samstag, dem 8.9.01 trafen sich die Mitglieder des Erweiterten Vorstandes der NAPP zu einem ganztägigen Arbeitstreffen in Buchholz (bei Ingo Engelmann, das ist die Mitte zwischen unseren Heimatorten). Auf der Tagesordnung standen die Punkte: 1. Situation der NAPP und Vorstandsplannung, 2. Fachausschuss Forschung, 3. Tagung Lüneburg 2002, 4. Tagung Timmendorf 2001. – Das Treffen fand in einer freundlichen, konzentrierten und ergebnisorientierten Stimmung statt – so fühlt sich die Vorstandsarbeit der NAPP seit Anbeginn tatsächlich an: Wir beginnen pünktlich, wir hören pünktlich auf, und wir bearbeiten in einer konstruktiven Arbeitsatmosphäre die Punkte, die wir uns vorgenommen haben. Dazwischen gibt's Eß- und Trinkbares aus dem Hause Engelmann – wer sich da (als potenzielles Mitglied des Vorstandes) nicht angesprochen fühlt, ist selber schuld und bringt sich um die gar nicht so selbstverständliche Erfahrung lustvoller, effizienter Zusammenarbeit.

Zu viel Eigenlob? Ich glaube nicht, denn die Diskussion des Treffens kreiste gerade um die Grenzen unserer Vorstandarbeit! Und die sind zu allererst in den Erfolgen der NAPP begründet: Die NAPP wächst aufgrund fundierter Arbeit auf verschiedenen Ebenen (Tagungen, Fachausschüsse usw.) kontinuierlich und ist mittlerweile auf die Zahl von etwa 140-150 Mitgliedern angewachsen. Das fühlt sich im Vorstand gut an, aber eben nicht **nur** gut: Der Verein ist nämlich aus den lustvollen Kinderschuhen heraus gewachsen, er hat die **Pionierphase** der Organisationsentwicklung (Glas/Lievegoed) allmählich hinter sich gelassen und ist in die **Differenzierungsphase** eingetreten, für die er – bisher – nicht genügend gerüstet ist. Was heißt das?

**Pionierbetriebe** (und als solchen betrachte ich die NAPP hier mal probenhalber) entstehen durch das schöpferische Engagement von Gründern (und damit meine ich hier **Gruppen** von Menschen), denen es gelingt, ihre schöpferische Phantasie in Realität umzusetzen. Sie geben eine kreative Antwort auf eine Bedarfslücke, werden mit Hilfe persönlicher Autorität geführt, und ihr Führungskreis (damit meine ich hier nicht nur den Erweiterten

Vorstand, sondern den Kreis der aktiv Engagierten) arbeitet „unter einem guten Stern“: Alle kennen einander und pflegen persönliche Kontakte; indem man sich auf gemeinsam Erlebtes beziehen kann, fallen ermüdende Auseinandersetzungen weg; die Aktivisten sprechen in etwa die gleiche Sprache wie die „passiven“ Mitglieder; eine Formalisierung der Kommunikation und Dokumentation findet gerade **nicht** statt; die Motivation der aktiv Engagierten ist in der Regel hoch; die Arbeit macht – obwohl sie Kraft fordert – Spaß, die Probleme werden durch Improvisation gelöst, Flexibilität wird besonders geschätzt; die Zielgruppe (neudeutsch oder in Wirtschaftschinesisch: der „Kunden“-Kreis) ist umgrenzt, oftmals persönlich bekannt und dem „Unternehmen“ treu, in dieser Bindung liegt die Stärke des „Betriebes“. Pioniere arbeiten wie größere Handwerksbetriebe, mit all den Vor- und Nachteilen derselben. Sie wissen nicht, was sie bestimmte Arbeiten kosten, tun sie aber trotzdem, weil sie vom Sinn des Gesamtprojekts überzeugt sind. Pioniere führen ohne Management, einfach durch ihren persönlichen Einsatz, durch ihr Beispiel und ureigenstes Interesse an der „Unternehmensidee“ (hier: Psychodynamische Psychiatrie).

Solche Pionierprojekte kommen – gerade durch ihren Erfolg und die sich verändernden Umstände – an bestimmte Grenzen: Indem sie sich vergrößern und ihr Aktionsradius wächst, stellen sich neue Aufgaben, die sie bisher gar nicht im Blickfeld hatten; es kann sein, daß die Klagen der bisher zufriedenen Zielgruppe zunehmen; die Motivation kann sinken – auch bei denen, die sich bisher zielstrebig für das „Unternehmen“ engagierten; neue Mitglieder der „Familie“ können neue Sichtweisen, neue Vorschläge einbringen, die integriert werden sollten, usw.. All das bringt gewisse Brüche mit sich, die beachtet und bewältigt werden sollten – der Pionierbetrieb ist „in der Krise“: Die Kosten des Projekts können aus dem Blick geraten, die Organisationsstruktur hinkt den „Umsätzen“ hinterher, und eine Umorientierung steht an, wenn das Projekt nicht an den eigenen Erfolgen ersticken soll.

Ich will die Analogie zur Unternehmensentwicklung nicht überstrapazieren, denn bei Glasl und Lievegoed folgt nun „wissenschaftliche Unternehmensführung“ als Notwendigkeit, das heißt Rationalisierung, Standardisierung und Spezialisierung – das haben die Älteren unter uns schon in den wilden Zeiten der Studentenbewegung abgelehnt, und die Jüngeren erleben gerade erstmals an ihren Arbeitsstellen, welcher Preis dafür zu zahlen ist. Das können wir natürlich nicht wollen, und das brauchen wir auch nicht. Was wir aber durchaus benötigen, ist etwas mehr Rationalität in unserer Vereinsarbeit, etwas mehr Bewußtsein für vernünftige, effiziente Arbeitsabläufe – ohne den Spaß am Austausch und die Lust an persönlichen Kontakten zu verlieren. Die NAPP ist inzwischen so komplex geworden, daß es nottut, bestimmte Abläufe zu

formalisieren, vielleicht auch zu kontrollieren, um notwendig auftretende Fehler korrigieren zu können (das System der Postaussendungen z. B. hat – da ausschließlich ehrenamtlich betreut – Anlaß zu Kritik gegeben, und die Mitgliederwerbung ist – ich schließe mich ausdrücklich ein – weniger effizient als die eines dörflichen Fußballvereins). M. a. W.: Die NAPP hat Charme (das bekommt sie immer wieder bestätigt), aber mit Charme allein ist auf die Dauer kein Staat zu machen, es braucht auch mühsame Detailarbeit, Rationalität der Alltagsbewältigung, praktische Intelligenz, das heißt hier: eine **professionell ausgeübte Geschäftsstellenfunktion** durch eine teilzeitangestellte Kraft, deren Arbeit mit dem Geschäftsführenden Vorstand sowie dessen Erweiterung abgestimmt und ausdifferenziert werden muß.

Zu diesen Umstrukturierungen kommen **personelle Veränderungen** hinzu, denn ich (R. H.) werde mich in absehbarer Zeit aus der Vorstandsarbeit zurückziehen. Obwohl ich das bereits vor einem Jahr auf der MV in Lüneburg angekündigt hatte, hat es viele jetzt doch noch einmal überrascht, so daß der Vorstand nach ausführlicher Diskussion dieses angekündigten Ausscheidens und des damit notwendigen Wechsels einig war: Dieser Wechsel sollte gut vorbereitet werden, er sollte nicht überstürzt erfolgen und in einer Übergangszeit schon so gestaltet werden, daß Alternativen zum 1. Vorsitzenden gefunden und eingearbeitet werden können (ich benutze hier mit Bedacht die Mehrzahl, denn der 1. Vorsitz kann sehr wohl in Kooperation gestaltet werden). Übrigens könnte das, was ich über mich berichte (die Bereitschaft zum Wechsel) in ein oder zwei Wahlperioden auch für andere Vorstandsmitglieder gelten. – Zur überstürzten Aktion besteht aus meiner Sicht kein Anlaß, denn ich kann mir gut vorstellen, noch einmal und letztmalig für eine 2-jährige Wahlperiode zu kandidieren. Wenn man die zweijährige Vorbereitung der Vereinsgründung mitbedenkt, werde ich dann 10 Jahre aktiv für die NAPP engagiert gewesen sein (wir werden älter!), danach möchte ich in eine hintere Reihe zurücktreten, um der NAPP in bestimmten, umgrenzten Bereichen weiterhin zur Verfügung stehen zu können. Ein immer fortgesetztes Engagement im Vorstand suggeriert aber Unersetzlichkeit, und das liegt mir nicht. Die NAPP steht so gut da, daß sie solche Wechsel nicht nur überstehen, sondern sicherlich auch zu ihrer Weiterentwicklung nutzen wird.

Diese Hoffnung wurde nicht nur durch die Vorstandsdiskussion zu den Punkten 2. – 4. bestätigt, sondern noch mehr durch den Verlauf der Timmen-dorfer Tagung, wo mehrere engagierte Mitglieder vorschlugen, die MV in diese Tagung zu integrieren, um mehr Personen mit ihrem Engagement in die Vereinsarbeit einbeziehen zu können. Als Gruppenanalytiker erkläre ich mir diese Koinzidenz zwischen Vorstandsdebatte und Mitgliedervotum

durch die „Matrix“ der NAPP, die immer noch viel von unserem „Pioniergeist“ enthält und die skizzierten Veränderungen im Vorstand sicherlich tragen wird.



## Selbstmord, Freitod und die Kunst des Lebens

Tagung „Suizidalität Psychoanalyse“ vom 30.  
August-2. September 2001 in Hamburg

Von Ingo Engelmann

Das „Therapiezentrum für Suizidgefährdete“ ist eine ambulante Beratungsstelle an der Psychiatrischen Uniklinik in Hamburg-Eppendorf. In den zehn Jahren ihres Bestehens hat sie ein dezidiert psychoanalytisches Profil entwickelt und sich gegen mannigfaltige Anfechtungen im eigenen Haus und durch die Kostenträger zu wehren gewußt. Ungefähr ein halbes Dutzend Psychotherapeuten beschäftigen sich mit Erstgesprächen und Therapievermittlung für suizidgefährdete Menschen und erforschen Probleme des Lebensüberdrusses, der Sinnlosigkeit und Überforderung nach erlittenen Kränkungen (und wie man ihnen begegnen kann).

Weltweit gibt es nicht sehr viele Psychotherapeuten und Forscher, die sich mit gezielt mit diesen Problemen befassen. Es ist eine kleine Szene, in der „man sich kennt“, aus der aber nicht viel nach außen dringt. Diese Szene zu verbreitern und ihre Erkenntnisse in die Fachwelt zu transportieren war Ziel eines internationalen Kongresses in Hamburg, an dem ungefähr 450 Fachleute aus einem Dutzend Ländern teilnahmen. Weil es eine internationale Tagung war und die Tagungssprache Englisch, hieß der Veranstalter nun „Center for Therapy and Studies of Suicidal Behavior“ oder kurz, im Tagungs-Slang, „the Hamburg Group“.

Vier Tage lang hatten die Teilnehmer Gelegenheit, zwischen zwanzig und dreißig Vorträgen zu lauschen (je nach Pflichtbewußtsein) und viermal 8-10 Fachleute am langen Podiumstisch ihre Statements abgeben zu hören. Workshops oder Arbeitsgruppen waren nicht vorgesehen, es ging um Darstellung, nicht um Erarbeitung. Die umfangreichen Darstellungen lassen sich grob unterteilen:

- Exkurse in die Geschichte der Psychoanalyse und ihrer Beschäftigung mit dem Suizid,
- Präsentation verschiedener psychoanalytischer Ansätze und Theorien zum Thema,
- psychoanalytische Anwendung in der Therapie und in (manchmal) psychodynamischen Praxisfeldern wie der Psychiatrie
- themenzentrierter Blick in politische Aktivitäten und andere Erscheinungsformen des realen Lebens

## Ein neues Kapitel in einem alten Buch

Die Hamburger Tagung war die erste psychoanalytische Tagung zum Thema seit über 50 Jahren, wie *MALTSBERGER* feststellte. Sie eröffnete damit ein neues Kapitel zum aktuellen Stand psychoanalytischer Theorie und Praxis im Umgang mit Suizidalität. Erstmals hatte sich die Psychoanalyse offiziell mit diesem Thema im Jahr 1910 beschäftigt. In den Mittwochsgesprächen der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung war Suizid zweimal Thema, weil die Wissenschaft durch aktuelle Buchveröffentlichungen darauf gestoßen worden war. 1914 erschien dann FREUDs Aufsatz „Trauer und Melancholie“, in dem er sich mit Tod, Todessehnsucht und Destruktivität beschäftigte. Erst 15 Jahre später ging die analytische Debatte weiter, als die Wiener Zeitschrift für Psychoanalyse sich dem Thema zuwandte. Seit „Trauer und Melancholie“ als psychoanalytischem Meilenstein gab es in der Welt der Psychoanalyse nicht mehr als 50 Veröffentlichungen, in deren Titel das Wort „Suizid“ auftaucht. Es blieb ein Nischenthema.

In der frühen Diskussion der intrapsychischen und zwischenmenschlichen Aspekte des Selbstmordes spielte die Sexualität sowie Projektion aggressiver Gefühle die Hauptrolle. Schuldgefühle aufgrund sexueller Wünsche oder Handlungen wurden vermutet. Die Betonung der aggressiven Triebenergie läßt sich aus der Wortwahl „Selbstmord“ herauslesen, das in der Tradition Kants gewählt worden war. „Freitod“ oder „Suizid“ wären Begriffe gewesen, die die freie Entscheidung des Menschen stärker in den Mittelpunkt rücken. Die Richtung der Aggression wird unterschiedlich gewichtet: niemand bringe sich um, der nicht einen anderen umbringen möchte, nahm eine Gruppe um ADLER an. Eine andere um FEDERN ging davon aus, daß sich nur der selbst morde, der von einem anderen „totgewünscht“ wird – in beiden Fällen geht es um eine aggressionsgeladene Interaktion in Übertragung und Gegenübertragung, um die Wut in der Beziehung. FEDERN schlußfolgerte, daß Selbstmord verhütet werden könne, wenn der Patient in der Psychoanalyse liebevoll so angenommen wird, wie er ist (was möglicherweise eine etwas romantische Vorstellung ist).

Nach den ersten Debatten um Selbstmordhandlungen und –versuche kam in der weiteren Entwicklung die Dimension der Selbstmordphantasien hinzu. Diese müssen gegen den Selbstmord als Tat deutlich abgegrenzt werden, weil sie im Gegensatz dazu deutlich stabilisierende Funktion haben können.

KLEIN und ihre Schüler arbeiteten die Rolle der Destruktivität weiter aus. Die Bedeutung eines primitiven grausamen Über-Ichs wurde betont: Diese Seite gehört zu jeder Eltern-Kind-Beziehung, muß aber durch liebevolles Halten in der Balance

gehalten werden. Wo das unzureichend bleibt, gewinnt die destruktive Kraft die Überhand. In der Therapie kann sich das bemerkbar machen durch heftige Haß-Gefühle in Übertragung und Gegenübertragung. Auf der Tagung tauchte mehrfach die Frage auf, warum die Auseinandersetzung mit den destruktiven Kräften bis hin zum Haß in der Therapie in Deutschland unterrepräsentiert blieb. Könnte es angesichts der überwältigenden Gewalt in der jüngsten deutschen Geschichte eine Scheu geben, sich mit der psychischen Dynamik von Haß und Zerstörung zu beschäftigen? Möglicherweise hätten Deutsche so viel zu betrauern (und mittlerweile vielleicht tatsächlich schon getrauert), daß Aspekte des Suizids nicht ausreichend berücksichtigt werden können: Verlust zum Beispiel, der gezielt und aggressiv eingesetzt wird. Oder: die aggressiv-mörderische Dimension menschlicher Existenz ist in Deutschland so mit Nazi-Geschichte kontaminiert, daß sie hier kaum den ihr zustehenden Raum erhält.

Seit dem Zweiten Weltkrieg gab es hauptsächlich drei Strömungen, die sich ablösten oder ineinander flossen.

- RINGEL und PÖLDINGER waren Psychiater, die zunächst die Depression in den Mittelpunkt des suizidalen Geschehens rückten. Daraus wurde das Konzept des 'Präsuizidalen Syndroms' entwickelt – die stimmungstabilisierende Einengung der Weltwahrnehmung nach erfolgtem Entschluß zu einem Suizid.
- Mit den Namen KOHUT und HENSELER verbindet sich die selbstpsychologische Sichtweise. Sie stellt statt Depression oder destruktiver Aggression das Selbstbild in den Mittelpunkt. Wenn es uneinheitlich ist, Brüche enthält und so das Gleichgewicht zwischen positiven Rückmeldungen und kritischer Selbstsicht ins Wanken gerät, kann ein „narzißtischer Zusammenbruch“ drohen. Die innere Zerstörung kann dann zum Suizid führen. Aspekte des Narzißmus bestimmten die Debatte in den siebziger und achtziger Jahren.
- In den letzten zehn Jahren wurde diese Betrachtung erweitert um die objektpsychologischen Faktoren in Beziehungen und deren inneren Repräsentanzen. Außerdem wurde die Verbindung zu früheren triebtheoretischen Überlegungen erneuert. Jedem Mensch sollte in seiner Lebensgeschichte irgendwann einmal die biblische Atmosphäre zuteil werden, die sich mit dem Bibelwort „und er sah, daß es gut war“ verknüpft, meinte *KIND* auf der Tagung. Ist das nicht der Fall, entwickelt sich als

Leitsymptom eine zunehmend überflutende Angst. Sie fließt in die projektiven Identifikationsprozesse ein und erreicht so beispielsweise auch den Therapeuten. In der Therapie geht es darum, diese Prozesse zu verstehen und bearbeiten zu können. Vorher kann man nur Schulter an Schulter gegen die Symptomatik kämpfen, also auch gegen die suizidalen Impulse.

### **Streiflichter aus Theorie und Forschung**

Wurzeln suizidaler Tendenzen können in bestimmten Lebensabschnitten liegen oder sich entsprechend der biografischen Zuordnung unterscheiden. Sie haben mit dem Geschlecht zu tun. Unterschiedliche psychische Strukturen, Störungen oder Krankheiten weisen unterschiedliche Affinität zum Suizid auf. Die Hintergründe für Suizide werden von Biologen, Soziologen und Psychoanalytikern unterschiedlich beschrieben.

*GERISCH* wies darauf hin, daß Männer und Frauen mit ganz gegensätzlichen Aufgaben im Reifungsprozeß befaßt sind: die erste zentrale Identifikationsfigur (nämlich die Mutter) ist für Männer gegengeschlechtlich, für Frauen gleichgeschlechtlich. Das hat Folgen. Wenn sie erwachsen werden wollen, müssen sich Männer von der primären Identifikationsfigur abgrenzen, ihre männlichen Seiten finden und betonen. Frauen werden zur Frau, wie die Mutter eine Frau war. Sie können sich viel von der Mutter abgucken, erst in zweiter Linie wird für sie wichtig, sich auch gegen sie abzugrenzen und eine eigenständige Person zu entwickeln. Die Trennung ist für Männer Grundlage der eigenen Autonomie. Wenn diese Trennung nicht gut funktioniert, ist die männliche Autonomie zerbrechlich. Spätestens im höheren Alter werden Trennung und Verlust wieder wichtig, weil sie zentrales Beziehungsmoment des Altwerdens sind. In dieser Lebensphase steigt die Suizidrate bei Männern steil an und liegt deutlich über der von Frauen (*TEISING*). Möglicherweise liegt hier ein Zusammenhang zwischen geschlechtergebundenen Identifikations- und Abgrenzungsprozessen und Suizidgefährdung.

Bei Jugendlichen gibt es eine Vielzahl von Ähnlichkeiten zwischen den Mustern und Aufgaben bzw. Unsicherheiten, die das Leben in dieser Phase bereithält, und Suizidalität (*LADAME, BOHLEBER*). Zur Entwicklung der autonomen Person führt ein Pfad voller Gefahren, der Wind und Wetter ungeschützt ausgesetzt ist und den man nur allein gehen kann. Das "Steppenwolf-Syndrom" ist ein normales Durchgangsstadium dieses Lebensalters. Daher kann es kaum verwundern, wenn Jugendliche auf diesem Pfad über Suizid nachdenken oder sprechen. Zum Problem wird das

erst, wenn sie den Eindruck gewinnen, angesichts überwältigender Konflikte könnten sie nur noch handeln und hätten keine Alternative auf Metaebenen wie Betrachtung, Reflexion, Austausch.

Psychiater wie PÖLDINGER haben schon seit langem die Bedeutung der Depression für suizidale Gefährdung betont. MALTSBERGER gab an, 98% der Suizidanten hätten eine psychiatrische Diagnose - zur Hälfte eine "major depression". Dem stellte GÖTZE den hohen Anteil psychotischer Entwicklungen gegenüber: 25% aller Suizide findet auf der Grundlage einer solchen Entwicklung statt. Am Verhältnis von Suizid und Psychose entfachte sich ein kleiner Disput. Ist die besondere Realitätswahrnehmung des suizidalen Menschen eine (Mini-) Psychose? Kongreßteilnehmer aus psychiatrischen Feldern schienen eine Stigmatisierung suizidaler Menschen zu befürchten. Möglicherweise lagen die Meinungsverschiedenheiten an der Vermischung pathologischer und dynamischer Begriffe: wenn man Psychose als psychiatrisches Krankheitsbild, als pathologische Kategorie versteht, muß Suizidalität nicht mit Psychose verknüpft sein. Man kann den Begriff "psychotisch" aber auch dynamisch verstehen: als vorübergehendes Durchgangsstadium, das keine funktionierende Realitätsskontrolle über die (z.B. tödlichen) Folgen des eigenen Handelns aufweist und extrem verwirrt sein kann. Eine derartige Phase ist vor dem Suizid (fast) immer anzutreffen.

Indirekt spricht gegen die lange Zeit betonte überragende Bedeutung der Depression, daß bis auf Lithium andere Antidepressiva die Suizidalität nicht reduzieren (GÖTZE, BRONISCH). Das geht auch darauf zurück, daß komplexe Verhaltensabläufe wie Suizidplanung und -durchführung nicht auf Serotoninmangel allein zurückzuführen sind (HÜTHER). Der Serotoninstoffwechsel ist der Hauptangriffspunkt der meisten Antidepressiva. Komplexe Abläufe wie Suizidalität beruhen aber auf Prozessen, an denen nach seiner Einschätzung bis zu einhundert verschiedene Neurotransmitter beteiligt sind. Deren Zusammenwirken ist ausgesprochen kompliziert und unterliegt (wie mittlerweile klar ist) zudem Interaktionen mit Umwelteinflüssen und Lernprozessen.

Ein Streit mußte auf der Tagung zwischen Biologen und Analytikern also nicht ausgetragen werden, weil aus der Neurobiologie selbst die Analyse verteidigt wurde. Nicht so harmonisch löste sich ein anderer Konflikt innerhalb psychoanalytischer Schulen selber. Wiederholt wurde in verschiedenen Beiträgen auf die hervorragende Rolle der kleinianischen Theorie und Praxis hingewiesen, die den Aspekt des grausamen Über-Ich in die Analyse eingeführt hatte (z.B. WEISS, BELL). Destruktivität

in ihren verschiedenen Ausprägungen ist wesentlicher Aspekt kleinianischer Analyse von Suizidalität. In anderen Vorträgen fand sich eine große Nähe oder Identifikation mit selbstpsychologischen Ansätzen von KOHUT und anderen (z.B. ORANGE, MILCH). Da ging es eher um Verstehen und Containing, um Scham und Einsamkeit des suizidalen Menschen. Beide Aspekte scheinen eine bedeutsame Rolle zu spielen, in den jeweiligen Schulen aber eher einseitig in die destruktive oder fürsorgliche Richtung monopolisiert zu werden. Es gab eine Podiumsdiskussion, in der die Diskrepanz kurz aufflackerte. Frau ORANGE attackierte aus selbstpsychologischer Position die kleinianische Haltung von Herrn BELL, der darauf mit großer Betroffenheit und verbissenem Gesicht reagierte. Da brannte kurzfristig die Luft im Audimax, und die dringende Notwendigkeit einer Auseinandersetzung über die Differenzen war greifbar. Dann entschuldigte sich Frau ORANGE, wenn Herr BELL sich von ihr angegriffen gefühlt hätte, das habe sie nicht bezweckt, und die Sache war vergessen. Was für eine verpaßte Chance!

#### **Anwendungen: Gegenübertragung und kein Ende**

Viele Referenten<sup>1</sup> schienen davon auszugehen, daß man/frau als TeilnehmerIn<sup>2</sup> schon wissen wird, was zu tun ist, wenn man nur ausreichend konsistente Theorie-Bausteine um sich herum angehäuft hat. Das heißt: Über Anwendungen und Konsequenzen des Referierten für die psychiatrische, psychotherapeutische und psychoanalytische Praxis wurde nicht so viel gesprochen. Übereinstimmend wurde mehrfach auf die Bedeutung der Gegenübertragung im Umgang mit suizidalen Menschen hingewiesen. Es ist sehr ernstzunehmen, wenn ein Therapeut spürt, daß er sich innerlich vom Patienten zurückzieht. Als Gegenübertragungswahrnehmung betrachtet, kann das auf eine suizidale Einengung des Patienten hinweisen (STREECK). Ein diffuses Gefühl von Kälte kann als Gegenübertragung auf Suizidalität im Gegenüber zurückgehen. Im Team können solche Gefühle häufig besser erkannt und abgeglichen werden. Ebenso sind Alarmsignale in Form von Angst oder Haß in der Gegenübertragung hier besser herauszufinden (BATEMAN).

KLÜWER präsentierte eine problematische Lösung des Problems wenig motivierter, suizidaler Patienten: Er definierte sie weg. Der Psychoanalytiker sieht sich mit Zumutungen konfrontiert, die er nur so lange aushalten muß, wie eine ausreichende Motivation zur therapeutischen

<sup>1</sup> Fast alles Männer

<sup>2</sup> mehr Frauen als Männer



(analytischen) Behandlung vorliegt. Das klingt unmittelbar einleuchtend. Aber die Menschen, die in ihrer Not auch noch darunter zu leiden haben, daß sie ein funktionierendes Arbeitsbündnis mit einem Therapeuten nicht finden, gibt es real weiter - auch wenn der Analytiker sie abgibt (zum Beispiel an die Psychiatrie). Abgrenzung ist gut, und es ist klar, daß *KERNBERG* oder andere ihre ambulanten Behandlungen unterbrechen, wenn der Patient suizidal wird, und sie erst nach Entlassung aus der Klinik fortführen. Viele Kongreßteilnehmer aus Krankenhäusern hätten gern etwas über die Zeit zwischen diesen ambulanten Therapiephasen erfahren. Und ein weiterer Aspekt spielt hier herein: *GANS* wies auf die Signalfunktion hin, die (möglicherweise gehäuft aufgetretene) Weiterverweisungen von Patienten haben. Bei diesen Menschen, die nirgends zu halten sind oder ungeliebt oder rastlos, handelt es sich mit hohem Risiko um Todeskandidaten.

Die Nachteile stationärer Behandlung gegenüber langfristiger, teilstationärer (tagesklinischer) Behandlung stellte *BATEMAN* dar. Er vermutete, das "falsche Selbst" werde in der Käseglockenwelt der Station eher gefördert und konserviert, und nannte stolze Zahlen über die abnehmenden oder ganz ausbleibenden Suizidversuchsfälle unter day-patients. Hier wird ein interessantes Modell erprobt, dessen konkrete Durchführung in Hamburg noch nicht deutlich genug wurde. Das Spannungsverhältnis zwischen edukativer Aufklärung und einer psychoanalytischen Haltung (*GANS*) konnte hier noch nicht produktiv gewendet werden.

#### Leicht dysphorischer Schluß

Zahlenmäßig wurden auf der Tagung mit der Fülle an Information mehr Fragen beantwortet, als ich vorher gehabt habe. Inhaltlich sind wichtige Bereiche nicht ausreichend berücksichtigt worden. Oder habe ich zu vieles nicht verstanden? Die Übersetzungen führten denn doch hier und dort in die Irre. Das englische "psychoanalysts" wurde konsequent mit "Analysten" übersetzt. Nun sind das wirklich ganz andere Leute: die beobachten nämlich die Börse und Unternehmungen sowie deren Projekte, die an der Börse gehandelt werden, und dann geben sie teure Tipps, welche Aktien man kaufen soll und welche nicht. Mir ist bisher nicht zu Ohren gekommen, daß die IPV an die Börse gehen will, und ich würde auch davon abraten, der Kurs scheint derzeit eher zu sinken. Die Aktienpapiere der Psychoanalyse bleiben vorerst "halluzinatorische Wishe" (wie ein Übersetzer mal halb übersetzte und halb nicht). Modernität: Die Dia-Slides von *DI LEO* erinnerten bis ins Letzte an schicke Web-Sides im Internet. Aber eines ersparte er uns. Sie trugen keine Werbebanner.

#### Eskalierende gegenseitige Vorstellung zweier Akademiker.

m2 du sein gut sprechen  
 du haben denkenkraft  
 du wortengewalt  
 m1 ich sein ein professor  
 was du sein?  
 m2 ich sein ein kunstler  
 was du sein?  
 m1 ich sein ein universitäten  
 professor  
 was du sein?  
 m2 ich sein ein groß kunstler  
 was du sein?  
 m1 ich sein ein universitäten  
 professor  
 von geschichten  
 was du sein?  
 m2 ich sein ein groß deutschen und  
 nder  
 national kunstler  
 was du sein?  
 m1 ich sein ein universitäten  
 professor  
 kapazität von den geschichten  
 was du sein?  
 m2 ich sein ein groß deutschen und  
 nder  
 national nobel preisen kunstler  
 was du sein?  
 m1 ich sein ein nobel preisen  
 universitäten  
 professor kapazität von den  
 deutschen  
 geschichten  
 ich sein ein nobel preisen  
 m1 ich und du sein ein nobel  
 preisen  
 m2 herren kollegen  
 m1 herren kollegen  
 m2 ich und du sein ein nobel  
 preisen  
 m1 ich und du sein ein herren  
 kollegen

Ernst Jandl



# Die stationäre und die tagesklinische Behandlung suizidaler Patienten

## Welches Setting ist für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung geeigneter?

von Claas G. Happach

In seinem Vortrag auf dem Kongreß „Suizidalität und Psychoanalyse“ verglich Anthony Bateman die Ergebnisse unterschiedlicher Behandlungskonzepte für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, bei denen Suizidalität ein häufiges Phänomen ist: 10% dieser Patienten suizidieren sich und bei 60-80% kommen schwere Selbstverletzungen vor.

Bateman geht von einem psychoanalytischen Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung aus, ging in seinem Vortrag jedoch nicht auf Einzelheiten ein. In seinem Artikel „The treatment of Borderline Patients in a Day Hospital Setting“ (Bateman 1995) hat er einige grundlegende theoretische Konzepte und das Vorgehen in der Halliwick Psychotherapie-Tagesklinik beschrieben, in der er seine Untersuchungen durchgeführt hat. Für ein besseres Verständnis sollen diese Ausführungen kurz zusammengefasst werden:

Die Halliwick Tagesklinik ist eine psychoanalytisch orientierte Behandlungseinrichtung und Teil der psychiatrischen Versorgung des Londoer Stadtbezirkes Haringey. Es werden 25 Behandlungsplätze für schwer behandelbare Patienten, die meisten von ihnen mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, angeboten. 80% der Zuweisungen kommen aus dem vollstationären Bereich, mit dessen Teams, wie auch mit anderen gemeindenahen Versorgungsteams enge Verbindung gehalten wird. Das Therapieprogramm besteht aus vormittags stattfindenden Gruppenangeboten – an drei Tagen Kleingruppen mit ca. 8 Patienten, an zwei Tagen Großgruppe -, nachmittags Beschäftigungstherapie, Psychodrama, Kunsttherapie, Entspannung, Musiktherapie und Video-Feedback. Jeder Patient hat einen Bezugsbetreuer, mit dem ein 50minütiger Einzeltermin pro Woche stattfindet. Das Behandlungsteam arbeitet nach vereinbarten Regeln, die auch den Patienten bekannt sind. Zwei dieser Regeln sind von zentraler Bedeutung:

Erstens, alle Informationen aus den Einzel- und den Gruppensitzungen werden mit dem gesamten Team geteilt. Es finden tägliche Besprechungen statt, bei denen den Gegenübertragungserfahrungen besondere Bedeutung gegeben wird. Material aus den Einzelsitzungen wird nicht an andere Patienten weitergegeben, jedoch kann der Patient dies tun, wenn es ihm möglich ist.

Zweitens, alle Entscheidungen oder Änderungen eines Behandlungsplans werden erst nach der Diskussion im gesamten Team getroffen. Dies entmachtet die Einzelperson und gibt die Macht dem Behandlungsteam.

Die Theoriekonzepte gründen sich auf Winnicott's Vorstellungen von der Fähigkeit zu „sein“ im Gegensatz zum aktiven Bezug zum Objekt, dem „tun“. Er setzt das „mit dem Objekt sein“ mit dem mehr weiblichen Element und das „etwas mit dem Objekt tun“ mit dem mehr aktiven männlichen Element gleich, wobei beide als Möglichkeiten in jedem Mann und jeder Frau vorhanden sind. In jeder psychotherapeutischen Arbeit sei es hilfreich, so Bateman, sich vorzustellen, daß das „mit-sein“ mit dem Patienten entscheidend dafür ist, ihm Raum und Zeit zur Verfügung zu stellen und dadurch seine eigenen Entwicklungs- und Wachstumskräfte zu befördern. Im Gegensatz dazu bezieht sich das „etwas (mit dem bzw. am Patienten) tun“ z.B. eine Injektion verabreichen, Verhalten zu kommentieren oder etwas zu deuten, mehr auf die therapeutischen Funktionen. Das Gleichgewicht von „tun - am“ und „sein - mit“ ist ein grundlegender Aspekt eines kreativ funktionierenden elterlichen Paares, das für eine wirksame Therapie von Patienten nötig ist. Durch Spaltung und projektive Identifikation, die hauptsächlich Abwehrmechanismen der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, wird dieses kreativ funktionierende Paar immer wieder durcheinander gebracht, geht verloren oder wird zerstört.

Anhand einer Fallvignette illustriert Bateman sehr anschaulich wie der Therapeut von seiner therapeutischen Aufgabe weggestoßen wird, den Konsens seiner Mitarbeitergruppe verläßt und ein unangemessenes „am (...) tun“ beginnt und so in eine Kollusion mit dem Patienten gerät. Auf der

Ebene der Institution werden Behandlungsteams gegeneinander ausgespielt.

Die Aufgabe des Therapeuten, der Institution sowie des Behandlungsteams ist es, die Vorstellung des elterlichen Paares jederzeit aufrechtzuerhalten und als zusammenhängendes Ganzes zu funktionieren. Ein Versagen führt zu einem übermäßigen „am (...) tun“ oder zu einem unangemessenen „mit sein“. Beides hat ein therapeutisches Scheitern zur Folge: übermäßiges „am (...) tun“ führt zu schädlichen enactments mit dem Patienten, übermäßiges „mit sein“ hat kollusive Verstrickungen zur Folge.

Der Übergangsraum (nach Winnicott), in dem das „am (...) tun“ und das „mit sein“ sorgfältig ausbalanciert werden, ist immer durch die Gegenübertragungsreaktionen der Mitarbeiter bedroht. Bateman führt drei für die Aufrechterhaltung der therapeutischen Funktion der Tagesklinik wichtige Strukturen an: die Supervision, die Vernetzung mit anderen „Behandlungs“teams einschließlich der Polizei sowie die Verlagerung von Entscheidungen weg von der Einzelperson hin zum Gesamtteam, Entmachtung des Einzelnen, Stärkung der Gruppe. Nur so, schließt Bateman, könne das Eltern-Paar funktionieren und das therapeutische Unterfangen stattfinden.

So weit der Artikel -, nun zurück zum Vortrag. Bateman beschrieb die verschiedenen Behandlungsansätze und die entsprechenden Studien zur Effektivität: die von M. Linehan entwickelte dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), rein ambulante psychotherapeutische Konzepte sowie das eigene oben beschriebene tagesklinische Konzept und im Vergleich dazu das stationäre, ebenfalls psychoanalytisch orientierte Konzept des Cassel Hospital (Skogstad 2001)

Seine eigene Untersuchung (Bateman 1999) und (Bateman 2001) bezieht sich auf 44 Patienten, die randomisiert der tagesklinischen Behandlung über maximal 18 Monate bzw. einer allgemeinen psychiatrischen Behandlung zugeordnet wurden. Untersucht wurden die Häufigkeit von Suizidversuchen, Selbstverletzungen, Zahl und Dauer stationärer Behandlungen, Psychopharmakotherapie, und Selbsteinschätzungsfragebögen zu Depression, Angst, allgemeine Symptombelastung, interpersonelles Funktionieren und soziale Anpassung. Die Patienten in der teilstationären Behandlung zeigten (interessanterweise erst ab einer Behandlungsdauer von 6 Monaten) eine signifikante Besserung in allen Bereichen im Vergleich zur Kontrollgruppe, die in der gleichen Zeit nur eine begrenzte Veränderung oder sogar Verschlechterung aufwies.

Das Langzeit-follow-up der teilstationär behandelten Patienten (Bateman 2001) zeigte nicht nur eine stabile Besserung sondern darüber hinaus eine fortgesetzte Besserung in den meisten Bereichen, was darauf hinweist, daß

Langzeitveränderungen angestoßen wurden, wie es in psychoanalytisch orientierten Therapien beabsichtigt wird.

Im Vergleich zu dieser Behandlung beschreibt Bateman die vollstationäre Therapie, wie sie in der Studie des Cassel-Hospital untersucht wird. Diese Studie (Chiesa 2000) vergleicht zwei Behandlungsgruppen, eine mit einer Krankenhausbehandlung von 11-16 Monaten Dauer ohne explizite ambulante Weiterbehandlung und eine mit einer stationären Phase von sechs Monaten und einer anschließenden 12-18 monatigen ambulanten Gruppenpsychotherapie begleitet von Betreuung in der eigenen Wohnung, beides organisiert durch die vorbehandelnde Klinik. Beide Gruppen zeigten auf den nach 6 und 12 Monaten untersuchten Skalen eine deutliche Besserung gegenüber einer Kontrollgruppe, die eine übliche psychiatrische Behandlung erhielt. Die Gruppe mit der zweistufigen Behandlung zeigte sich dabei im Vergleich mit der langzeitigen stationären Therapie klar im Vorteil. In der stationären Gruppe ereigneten sich vier Suizide im Vergleich mit einem in der anderen Gruppe und keinem in der Kontrollgruppe. Die Autoren der Studie kommen zu dem Ergebnis, daß insbesondere der Umgang mit Trennung und Abschied, der in der zweistufigen Therapie besser zu bearbeiten ist, zum größeren Erfolg beiträgt. Dieser Ansatz, der zuerst durch die intensive stationäre Behandlung die chronischen maladaptiven Beziehungs- und Verhaltensmuster angeht und dann während der ambulanten Phase dem Patienten hilft, wieder ein soziales Netz zu knüpfen, Interessen und Beschäftigung aufzunehmen und so den Rückfall in chaotische Beziehungsmuster zu vermeiden, erscheint eine wirkungsvollere Strategie als ein reiner stationärer Ansatz.

Bateman nahm abschließend Bezug auf Winnicott's Konzept des wahren und des falschen Selbst um die problematischen Effekte längerer stationärer Behandlungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen zu erklären. Er argumentierte, daß sich bei ihnen ein falsches Selbst als einzige Möglichkeit der Welt zu begegnen, entwickelt und das wahre Selbst rudimentär und verborgen bleibt. Nach einer stationären Langzeitbehandlung werde das noch nicht überlebensfähige „wahre Selbst“ unter Umständen zu abrupt bloßgestellt. Der Patient wird zu schnell gezwungen, zwischen innen und außen, Realität und Illusion zu unterscheiden und anzuerkennen, daß die äußere Realität nicht einfach den eigenen Projektionen entspricht. Dies könne einerseits mehr Kontaktaufnahme mit anderen und deren Vorstellungswelten und damit eine erweiterte Selbstvorstellung zur Folge haben, aber auch zu einem inneren Zusammenbruch führen, der durch Spaltung, Projektion und projektive Identifikation, omnipotente Kontrolle und narzisstischen Rückzug

abgewehrt wird. Dies führt zu einem der Abwehr dienenden Rückzug in das „falsche Selbst“, das jedoch nicht mehr als Alternative haltbar ist, nachdem das wahre Selbst, wenn auch nur flüchtig, erkennbar geworden ist. Das Gefühl von Versagen und Verlassensein werde so groß, daß der Suizid als einzige Lösung erscheine. Eine kürzere stationäre Behandlung oder noch besser, eine ambulante, wohnortnahe Behandlung schütze vor einer unkontrollierten Preisgabe des wahren Selbst, indem es nur langsam aufgedeckt werde.

Der Vortrag von Bateman, wie auch seine Artikel geben Anlaß für eine Diskussion über unsere Behandlungskonzepte für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Insbesondere sind wir aufgefordert, die Verknüpfung von ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungsphasen gut im Blick zu behalten bzw. für eine solche zu sorgen. Andererseits wird unser Ansatz einer psychoanalytisch orientierten Psychiatrie durch die Ergebnisse der Untersuchung von Bateman und Fonagy weiter unterstützt und bestätigt. Allerdings hält er uns auch vor Augen, daß Veränderungsprozesse Zeit erfordern und dies müssen wir in die Auseinandersetzungen um Behandlungsdauern einbringen.

#### Literatur:

- Bateman, A. (1995). "The treatment of borderline patients in a day hospital setting." Psychoanalytic Psychotherapy 9: 3-16.
- Bateman, A., Fonagy, P. (1999). "Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial." American Journal of Psychiatry 156: 1563-1569.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2001). "Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up." American Journal of Psychiatry 158: 36-42.
- Chiesa, M., Fonagy, P. (2000). "Cassel personality disorder study." British Journal of Psychiatry 176: 485-491.
- Skogstad, W. (2001). "Innere und äussere Realität in der stationären Psychotherapie." Forum der Psychoanalyse 17: 118-139.

## Es gibt sie eben doch!

**Gesellschaftliche und psychiatrische Entwicklungen bedrohen die umfassende Verantwortlichkeit und Zuständigkeit der Psychiatrie für psychisch erkrankte Menschen - oder haben sie sie schon verändert? Die neuen Endstationen sind nicht mehr die Landeskrankenhäuser, aber auch nicht die sozialpsychiatrischen Dienste in der Gemeinde.**

**Nachdenkliche Polemik von Rudolf Heltzel**

Wenn man die Ansprüche (die Ideologie?) von Sozialpsychiatern in ihrer reinsten Form finden will, muß man bei Klaus Dörner suchen. Der schreibt: „Handle so, dass du in deinem Verantwortungsbereich mit dem Einsatz all deiner Ressourcen (an Empfänglichkeit, Zeit, Kraft, manpower, Aufmerksamkeit und Liebe) immer beim jeweils verletzbarsten, Letzten beginnst, bei dem es sich am wenigsten ‚lohnt‘“ (Dörner 2001, S. 11). In der Umsetzung dieses Grundsatzes plädiert Dörner dafür, nicht nur die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser, sondern auch alle Heime aufzulösen (die betreffenden Träger und Leitungen seien „Geiselnnehmer“). Daß das möglich und übrigens kostensparend sei, habe man in Gütersloh bewiesen, wo sämtliche Langzeitpatienten in die Kommune integriert wurden. Ich kann nicht beurteilen, ob dies zutrifft, aber vieles spricht dafür, daß die Realität der Unterstützung und Hilfestellung für psychisch Kranke - insbesondere für chronisch Kranke - eine andere ist. Bevor ich dies mit eigenen Eindrücken als gruppenanalytischer Supervisor belege, berufe ich mich auf psychiatrische Sachverständige:

- Thomas Becker aus Leipzig referiert eine repräsentative skandinavische Untersuchung, die als Folge der Deinstitutionalisierung in der Psychiatrie für Dänemark eine 7%ige Zunahme der Zahl psychisch Kranker Rechtsbrecher, eine Zunahme von Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Akutstationen, eine zunehmend intensivere Bettenbelegung in der Psychiatrie sowie das Weiterexistieren sog. „Drehtürpsychiatrie“ feststellt (Becker 2001). Aus England gebe es Hinweise darauf, daß besondere Probleme in der Versorgung jüngerer, nie längerfristig institutionell behandelter Psychosepatienten beständen. Er macht geltend, „(...) dass bei einer entschiedenen Umschichtung der Versorgung aus Krankenhäusern in dezentrale Einrichtungen ein enormer Druck auf das Gesamtsystem ausgeübt wird, da Orte mit ‚asylärer Funktion‘ – auch im beschützenden Sinne – wegfallen“ (Becker 2001, S. 15).
- Elmar Spancken aus Bedburg-Hau konstatiert als Credo engagierter Sozialpsychiatrie, daß Deinstitutionalisierung als Maß für Fortschritt gelte, daß jeder Tag weniger im Krankenhaus ein Schritt in die richtige Richtung sei (die Verweildauer als wesentliches Fortschrittskriterium), und er stellt fest: „Die Klinik darf oder will nicht mehr behandeln, ‚die Gemeinde‘ kann oder will nicht integrieren. Betroffen ist besonders die Gruppe der sogenannten ‚Schwierigen‘. Ihre Problematik wird zunehmend zum Thema selbst in Regionen mit relativ ausdifferenziertem ambulanzkomplementärem Netz“ (Spancken 2001, S. 23). Der chronisch Kranke „drohe“ aus dem Blick (der Psychiatrie) zu geraten.
- Auch Hermann Elgeti aus Hannover denkt an eine bestimmte Gruppe schwer psychisch Kranker: „Diese Kranken passen allerdings aufgrund ihrer Verhaltensstörungen teilweise gar nicht mehr in die anspruchsvoller und sanfter gewordenen therapeutischen Milieus eines Krankenhauses oder eines Heimes. Sie werden dann abgewiesen oder hinausgeekelt, sind irgendwann vielleicht wohnungslos und kriminell geworden. Die Maßregelvollzugspatienten in der forensischen Psychiatrie, die meist unbehandelten psychisch kranken Obdachlosen und Gefängnisinsassen stellen die Erfolgsbilanz der Gemeindepsychiatrie in Frage. Das ist bei allen Fortschritten in den letzten 25 Jahren eine bedrückende Bilanz“ (Elgeti 2001, S. 25).

Halten wir fest: Die Bilanz der Gemeindepsychiatrie weist – außer natürlich in Gütersloh, wo alles anders ist – neben unbestreitbaren Erfolgen bedrückende Mängel auf. Diese Mängel werden von den Verantwortlichen durchaus gesehen und benannt, jedoch tendenziell verharmlost oder schöngeredet, denn die Vernachlässigung einer bestimmten, schwierigen Klientel „droht“ nicht, wie die Standardformulierung der Sozialpsychiater lautet (Spancken 2001), sie ist vielmehr bereits eingetreten. Und sie betrifft auch nicht eine „sehr kleine Gruppe schwerst störanfälliger psychisch Kranker“ (Weig 2001, S. 9), sondern viele Menschen, die sich inzwischen entweder als psychisch kranke Rechtsbrecher im Gefängnis oder im Maßregelvollzug befinden, oder – noch häufiger – als sogenannte „Wohnungslose“ (das sind sie auch) im Hilfesystem der spezifisch zuständigen Sozialarbeit. An diesen Orten bin ich als Supervisor und Fortbilder tätig und sammle Erfahrungen, die ich hier auszugsweise wiedergeben will. Durch diese Erfahrungen bin ich nachhaltig nachdenklich geworden, was die Langzeiterfolge gemeindepsychiatrischer Reformen angeht.



An diesen Reformen hatte ich als angestellter Psychiater engagiert teilgenommen – wir Mitarbeiter des SPsD berieten Professionelle, die die ersten Wohngemeinschaften für langzeithospitalisierte Patienten im Stadtteil eröffneten. Wir waren damit Teil einer Bewegung, die die psychiatrischen „Asyle“ als Orte der Entmündigung und der Ausgrenzung kritisierte und Alternativen dazu aufbaute. Das liegt nun 25 Jahre zurück. – Seit Jahren bin ich Supervisor in verschiedenen Institutionen der Wohnungslosenhilfe und erfahre von ambulant tätigen Beratern, Streetworkern, WG-Betreuern sowie Mitarbeitern aufsuchender und stationärer Hilfen (deren Träger und Leitungen Dörner als „Geiselnahmer“ bezeichnet) von ihren Klienten. Nicht wenige von ihnen sind schwer gestörte Menschen, die nicht nur chronisch suchtkrank, sondern häufig auch schwerst persönlichkeitsgestört oder floride psychotisch sind. Manche sind schon lange erkrankt, haben alle möglichen Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung durchlaufen und meiden gerade deswegen den Kontakt zur Psychiatrie. Andere sind relativ junge Ersterkrankte, die aus irgendeinem Grund keinen Zugang zur Psychiatrie gefunden haben, sie leben einsam, bindungslos und ohne Halt. Alle gelten sie als „behandlungsunwillig“, „krankheitsuneinsichtig“, „begrenzt mitwirkungsbereit“ oder gar „therapieresistent“ und werden von der Psychiatrie mehr oder weniger abgelehnt, weil sie dem Standard des kooperativen Patienten nicht entsprechen. Ich benutze die allgemeine Formulierung („die Psychiatrie“) hier mit Bedacht, weil ich nicht die Praxis einzelner Professioneller beschreiben, sondern eine Grundhaltung, die sich in der Matrix psychiatrischer Institutionen wahrnehmen läßt, kennzeichnen möchte. Also: „Die Psychiatrie“ schlägt diesen Menschen medikamentöse Therapie, stationäre Aufnahme, Arbeits- und Beschäftigungstherapie und manch andere, allesamt ehrenwerte Bestandteile des psychiatrischen Versorgungssystems vor, aber das alles wollen sie nicht und lehnen es vehement ab. Sie wünschen sich ein Dach über dem Kopf, sie wollen ihre Ruhe haben (d. h. nicht therapeutisch angesprochen werden), sie wollen – offenbar – schräg, verrückt, verschroben, kauzig, provokant und trotzdem irgendwie gelitten sein. Sie wollen keine verbindlichen Absprachen eingehen, keine intimen Kontakte pflegen und mit sich allein bleiben. Manche wollen auch stinken, fluchen, spucken, drohen usw. – so wie sie sein wollen, kann man es sich heutzutage noch 23 Tage lang auf einer akupsykiatrischen Station erlauben, dann endet die (fiktive) Durchschnittsaufenthaltsdauer, und auch das geht nur mit Mühe und Not, denn die Mitarbeiter wollen, daß der Patient Medikamente nimmt, daß er sich wäscht, daß er das Bett verläßt, daß er vielfältig kooperiert und vor allem, daß er sich bald wieder entlassen läßt usw. – also gehen sie selbst oder werden disziplinarisch entlassen und nicht wieder aufgenommen. In den psychiatrischen Wohngemeinschaften macht man keinen, oder wenn, eben **einen** Versuch mit ihnen, dann

steht zweifelsfrei fest, daß er gescheitert ist – so wenig passen sie in die verbreiteten Betreuungskonzepte. Im SPsD berät man den Patienten über die Möglichkeiten des Systems psychiatrischer Hilfen, befragt ihn bezüglich seiner Mitwirkungsbereitschaft und konstatiert achselzuckend, daß man hier leider nicht weiterhelfen, übrigens auch keinen rechtlichen Zwang anwenden könne (was tatsächlich keinen Sinn macht, denn auch Zwang würde den Betroffenen nicht erreichen).

Diese Menschen verweigern sich einer „Integration“ in „die Gemeinde“, halten aber dauerhafte und auf eine Weise sogar verbindliche Kontakte zu den Professionellen der Wohnungslosenhilfe aufrecht. Sie können das, weil ihnen dort keine Diagnosen, keine Krankheitsbilder, v. a. aber keine vorgefertigten Behandlungs- und Rehabilitationspläne aufgedrückt werden. Daher wollen sie dort bleiben und keineswegs von der Psychiatrie aufgefunden und „heimgeholt“ werden, letzteres empfinden sie als unerträglichen Übergriff. Sie wünschen sich eine „Heimat“, eine „Herberge“, ein „Asyl“ im Sinne einer unaufdringlichen Präsenz der Professionellen, die sich nicht aufzwingen, im Hintergrund aber „fürsorglich“ bereit stehen, wenn es not tut. Die Umsetzung einer solchen Haltung im alltäglichen Kontakt zu den Betroffenen hat viel mit Balint (unaufdringliche Präsenz) und sehr viel mit Winnicott (Halten und Übergriffe vermeiden) zu tun. Im übrigen klingt Ferenczi an, weil unkonventionelles Arbeiten, experimentelle Phantasie und Sympathie mit schwierigen Menschen gefragt sind. Und natürlich ist all dies nur möglich, wenn die eigenen emotionalen Reaktionen reflektiert und wenn Verstehenszugänge immer wieder neu erarbeitet werden. Das braucht Supervision und Fortbildung.

In dieser Arbeit geht es um ein **Paradox**: Wie man nämlich professionell verstehen und zugleich reflektiert „unprofessionell“ handeln kann – also gerade **nicht** spezifisch „psychiatrisch“. Weil dies zunehmend gelingt, sind die Klienten tatsächlich am richtigen Ort – nur, daß dies von den zuständigen Kostenstellen nicht unbedingt so gesehen wird. In letzter Zeit kommt es gehäuft vor, daß diese Stellen (um Kosten zu sparen) die Überweisung der betreffenden Klienten in das psychiatrische Hilfesystem anmahnen (dort wäre ein anderer „Topf“ dran) – mit der Konsequenz, daß die Betroffenen in den allermeisten Fällen dort gar nicht „landen“ und somit definitiv obdachlos gemacht und der Verelendung überlassen werden. Das ist die zynische Variante der „Enthospitalisierung“: Man raubt diesen wirklich bedürftigen Menschen das letzte verbliebene „Asyl“, ohne ihnen eine wirklich annehmbare Alternative zu bieten. Die Sozialpsychiatrie muß aufpassen, daß sie nicht – mehr oder weniger bewußt – zu dieser Variante beiträgt, indem die Problematik dieser Klientel schön geredet, verharmlost oder gar verleugnet wird. **Es gibt sie eben doch**, diese schwierigen, störenden, unkooper-

halb der Psychiatrie als innerhalb ihrer Grenzen statt, Dörnerland natürlich ausgenommen...

In Berlin gibt es ein „Weglaufhaus“, in dem Patienten Aufnahme finden, die nicht (mehr) in der Psychiatrie sein wollen. Ich wünschte mir „Hinflaufhäuser“, in denen die hier beschriebenen Menschen Zuflucht fänden. Ob die Träger und Leitungen den Sozialpsychiatern als „Geiselnnehmer“ gelten würden oder nicht, wäre mir egal.

#### Literaturangaben:

BECKER; Th.: Gemeindepsychiatrie – Fortschritte und Risiken. In: Soz.psych.Inf. (31) Sonderausgabe 2001, S. 13-17. DÖRNER, K.: Die Zukunft der Psychiatrie. In: Soz.psych.Inf. (31) Sonderausgabe 2001, S. 11-13. ELGETI, H.: Reformation und Gegenreformation - Besichtigung der Bettendebatte. In: Soz.psych.Inf. (31), Heft 2/2001, S. 25-30. SPANCKEN, E.: Abteilung oder Fachkrankenhaus – Die falsche Front! In: Soz.psych.Inf. (31), Heft 2/2001, S. 21-25. WEIG, W.: Worum geht es eigentlich bei der Weiterführung der Psychiatriereform? In: Soz.psych.Inf. (31), Heft 2/2001, S. 7-11.

## Sympathie und Qualitätssicherung

Von Kerstin Kinkelbur

Individueller Behandlungs- und Rehabilitationsplan IBRP, Fragebögen, Instrumente zur Dokumentation und Qualitätssicherung in psychiatrischen Einrichtungen - sie sind im Zeitalter des Qualitätsmanagements nicht mehr wegzudenken.

Wie paßt das zu psychodynamischem Denken? Muß es sich diesen Instrumenten unterordnen, oder ergänzt es diese? Hat das Verstehen der Psychodynamik bei all der Instrumentalisierung überhaupt noch Platz? Eine möglichst optimale Hilfebedarfsermittlung stellt Fragen wie:

- "Wieviele Stunden pro Tag übernimmt er/sie Tätigkeiten im Rahmen der Selbstversorgung, Tätigkeiten für andere, Arbeit/Beschäftigung?"
- "Welche Fähigkeitsstörungen sind zu beobachten?"
- "Wieviele und wo gibt es aktivierbare nicht-psychiatrische Hilfen?" usw.

MitarbeiterInnen sollen das in der therapeutischen Beziehung Erlebte erfassen und in einem gut abprüfbar Instrument festhalten. Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene können dabei nicht erfaßt werden.

Bleibt dabei überhaupt noch Zeit für die Wahrnehmung von Gegenübertragungsreaktionen? Kann man sie noch reflektieren und sensibel damit umgehen? Wie lassen sich eine psychodynamische und eine beobachtende Haltung miteinander vereinbaren? Man kann sich kaum "in die Beziehung zeitweilig verstricken lassen, an Szenen von unbewußten Konflikten teilhaben" (Heltzel), wenn man sich immer mit der Frage beschäftigt, was er oder sie kann bzw. nicht kann. Will ich beobachten und erfassen, kann ich mich nicht gut auf psychodynamische Prozesse einlassen. Lasse ich mich auf psychodynamische Prozesse ein, kann ich nicht mehr objektiv beobachten. Geht es also um ein entweder-oder? Geht es um ein Miteinander (vielleicht Nacheinander)?

Fest steht, daß beides Zeit braucht, und die ist knapp bemessen. Keine der beiden Haltungen (Verstehend und beobachtend) läßt sich so einfach streichen. Also muß es darum gehen, einen bestmöglichen Kompromiß zu finden. Denn ohne Sympathie gibt es keine Heilung, und ohne verstehende Psychodynamik gibt es keine Qualität.

# Timmendorfer Continuo

Zum zweiten Mal führte die NAPP ihre vereinsinterne Fachtagung in Timmendorf durch. Auf den Spuren des Freud-Vertrauten Sandor Ferenczi suchten Teilnehmer und Referenten zwei Tage lang nach dem psychoanalytischen Weg, mit Traumatisierungen im seelischen Erleben und in der Welt umzugehen. Ein (Stimmungs-)Bericht von Ingo Engelmann.

Vor zwei Jahren, auf der ersten NAPP-internen Tagung in Timmendorf, war das Thema pfleglicher. Es war um die haltende Umwelt gegangen, die in den Vorschlägen von D.W. Winnicott eine so große Rolle spielt. Diesmal klang das Thema der Tagung („Ohne Sympathie keine Heilung“ – das war ein Zitat von S. Ferenczi) auch freundlich. Aber es war dann doch ein hartes Brot, das zu kauen war: es ging um Entstehung, Übertragung und Gegenübertragung traumatischer Erfahrungen. Für die Mitglieder, so zeigten es die Großgruppensitzungen, ging es aber nicht nur um isolierte Therapiethemen. Sie sprachen auch über den Rahmen der Weltlage mit Terror und Krieg. Damit verbinden sich Ängste und Traumata, es macht resignativ und zornig.

Das klingt nach harter Arbeit, und die gab es auf der Tagung auch. Überraschenderweise (?) war das Ganze aber eingebettet in eine Atmosphäre von Offenheit, Zutrauen und gelassener beruflicher Zukunftserwartung, die angesichts des Rahmens nicht unbedingt zu erwarten war. Eine schwierige Materie war so eingebettet in eine haltende (Tagungs-) Umwelt, die die Konfrontation erträglich machte.

Nicht zuletzt hing das wieder mit den Referenten zusammen, die die Tagung wesentlich mitgestaltet haben. Herr Hirsch als fachlicher Dialogpartner meisterte die Gratwanderung zwischen Vermittlung theoretischer Zusammenhänge und persönlicher Praxiserfahrung in einer Weise, die im Laufe der Tagung immer mehr verschmolz mit dem NAPP-typischen Flair. Die Großgruppensitzungen waren kein großer Einheitsbrei, aber trotzdem von einer großen Gemeinsamkeit im Bemühen um Perspektiven gekennzeichnet. Und der kreative Teil mit seinen gestalterischen Selbsterfahrungsmöglichkeiten brachte die Tagungsteilnehmer äußerlich und innerlich in Bewegung, machte das Ganze farbig. Diese drei Anteile, kombiniert in einer Gruppe von fast sechzig engagierten NAPP-

Mitgliedern, sind das Geheimrezept für eine außerordentliche Tagung. Diese zweite, so war zu hören, war noch besser als die erste im Jahr 1999. Ein Continuo, obwohl zwei ganze Jahre dazwischen liegen. Wie haben wir das hinbekommen?

## Der erste Trauma-Therapeut

Der 1873 geborene Ferenczi war einer der engsten Vertrauten des siebzehn Jahre älteren Sigmund Freud. Dieser war sein Lehranalytiker gewesen, auch wenn die Analyse nicht immer direkt auf der Couch stattfand, sondern auf (Männer-) Spaziergängen durch das Vorkriegs-Wien. Zeitweise soll geplant gewesen sein, daß Ferenczi Freuds Schwiegersohn wird. Diese Nähe und Vertrautheit war Wonne und Fluch für Ferenczi, denn soviel er auch vom väterlichen Freud gelernt hatte, so eng war er auch an ihn gebunden und tat sich schwer, neue Gedanken neben die des Meisters zu stellen. Dabei stellte er nicht unbedingt die zentralen Momente der freudschen Psychoanalyse in Frage. Aber die Einpersonenpsychologie (der Einzelne und seine Objekte) entwickelte er weiter zu einer frühen Form der Objektbeziehungspsychologie: Reifungsprozesse bedeuten vor allem Internalisierung von Beziehungserfahrungen. Darin sind aber auch traumatische Erfahrungen enthalten, deren realen Hintergrund Ferenczi nicht so in Zweifel zog wie Freud. Es geht um den Verrat der Kindheit, den Verrat an den Kindern, der in unserer Gesellschaft eine kaum zur Kenntnis genommene Selbstverständlichkeit geworden ist.

Ferenczi war kein einfacher Mensch. Er hatte seine persönlichen Ecken und Kanten, und er war sowohl mutig als auch ängstlich. Als er 1932 seinen letzten großen Vortrag in Wiesbaden auf einem psychoanalytischen Kongreß hielt, führte seine Auseinandersetzung mit der Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft zur Ausgrenzung. Ferenczi, eigentlich für höchste Führungspositionen in der analytischen Gemeinde vorgesehen, stand allein, als er 1933 starb.

Die aktuelle Auseinandersetzung um Trauma und Konflikt, um Gewalt gegen Kinder und den zärtlichen Umgang mit mißhandelten Menschen findet in Ferenczi einen ersten Pionier. Balint und Winnicott haben den von ihm begonnenen Weg weiter beschritten. Hirsch zog in seinen Vorträgen hochspannende Verbindungen zwischen Ferenczi und modernen Körperbildern. Traumatischen



Inhalten wird der Zugang zum Sachgedächtnis verweigert, es wird in ein Körpergedächtnis verbannt. Dieses ist dem bewußten reflektierenden Zugriff sprachlicher Therapiediskurse nicht zugänglich. Es geht in der Therapie traumatisierter Patienten mehr darum, Körper- und andere Gedächtnisspeicher zu verstehen, als an Sacherinnerungen zu appellieren. Daraus ergeben sich Konsequenzen für die Therapie, deren Bedeutung noch gar nicht ganz erfaßt wird. Ein abstinent-spröder Analytiker kann manchem traumatisierten Patienten nicht gerecht werden, weil der die Frustration nicht durchhält. Persönliche Präsenz, Körperkontakt, mehrdimensionale Verständigung mit Hilfe von Symbolen, Märchen, Geschichten, Klängen, Bewegungen... Das psychodynamische Konzept der NAPP würde Ferenczi gefallen, so viel war schon mal klar auf der Tagung.

### **Können Gruppen dick sein?**

Die Großgruppensitzungen standen in der Tradition der Vorgänger in Timmendorf und Lüneburg und waren doch anders. Das begann mit den Einleitungen von Gerd Wilke: beide Sitzungen befaßten sich zunächst mit Stichworten, die er selbst (gezielt? zufällig?) angeboten hatte: die Verlässlichkeit dicker Männer/Väter in der ersten Sitzung und Ernst Jandl in der zweiten. Beide wurden aufgegriffen, einverleibt und verarbeitet.

Mit der Verlässlichkeit ist das so eine Sache: fast alle suchen sie, fast alle finden davon zu wenig, fast keiner ist zufrieden mit seiner eigenen Verlässlichkeit. Der Bogen spannte sich in der Gruppe schnell von den Vätern zum Krieg, den wir selbst mit verantworten. Erstmals sind wir als Deutsche kriegführende Partei, und nicht "die da" sind dafür zuständig, sondern die Mitdemonstranten von damals, die Genossen oder Friedensfreunde früherer Straßen- oder Redeschlachten. Heute sind sie Minister oder Bundestagsabgeordnete. Viele der Anwesenden dachten an ihre 68er-Vergangenheit und an die Fehler, die gemacht wurden: Redeverbote in Vorlesungen und Seminaren, subtile Gewalt gegen Personen, unverantwortliche Erziehungskonzepte... Hinter der Auseinandersetzung mit der eigenen Schuld stand auch immer wieder das Bedürfnis, Schuld zu vermeiden, unschuldig zu bleiben. Aber wie man nicht schwanger werden und unschuldig bleiben kann, so geht das auch mit dem Erwachsenwerden und der Unschuld nicht zusammen. Was hat Pazifismus mit Regression zu tun?

Es wurde viel, viel mehr gesprochen und bedacht. Hier ist nicht der Ort für inhaltliche Protokolle. Aber das Streiflicht zur Großgruppe muß meines Erachtens besonders betonen, daß in der abgewogenen Reflexion von Schuld und Unschuld

sich atmosphärisch etwas NAPP-internes abbildete. Im Unterschied zu den Diskussionen von vor zwei Jahren unterstellte niemand einem anderen, er habe etwas Schlechtes vor, führe Finsteres im Schilde oder denke nicht ausreichend nach. Die Teilnehmer nahmen sich wechselseitig ernst, respektierten Unterschiede und waren neugierig aufeinander. Da zeigte sich eine reifere Gelassenheit, wo noch vor zwei Jahren kabbelige Auseinandersetzungen um Vorstandsentscheidungen und unterschwellige Konflikte den Ton bestimmt hatten. Insofern wies die Gruppe eine Verlässlichkeit auf, die der dicker Männer in nichts nachstand. Kann eine Gruppe dick sein? Sie kann.

### **Christliche Psychodynamik**

Der spannende und ausführlich vorgestellte Bericht über die Behandlung einer psychotischen Patientin bildete den Hintergrund für die praktische Arbeit mit Farbe und Papier. Frau Schulz schilderte die tagesklinische Behandlung der Patientin, Frau Müller die ambulante ergotherapeutische Weiterbehandlung. Dann war die Mitwirkung der Tagungsteilnehmer gefordert: acht Teilnehmer sollten ein Gruppenbild fertigen, acht weitere allein gestalten. Die Gruppenplätze waren sofort vergeben, aber mehr als sieben Teilnehmer für die einsamere Variante fanden sich nicht.

Fast am interessantesten war die Bewegung, die den ganzen Raum dann nach und nach einnahm. Ein Viertel der Teilnehmer gestalteten an den Tischen mitten im Raum, die anderen saßen zunächst auf ihren Stühlen im Kreis drumherum. Einige erhoben sich, um besser beobachten zu können, die ersten verließen ihren Platz und wechselten die Perspektive, und irgendwann gab es eine konzentrierte, langsame, aber stetige Bewegung um die Tische herum. Die Zuschauer wurden zu Mitakteuren einer Gesamt-Szene, die nichts von der Spannung enthielt, die es vor zwei Jahren in der musiktherapeutischen Balint-Arbeit zwischen Innen- und Außenkreis gegeben hatte. Eine angenehme, bewegende Erfahrung.

Die Bilder zeigten viel von der Geschichte der Patientin und von den Gestaltenden. Darüberhinaus gab es Muster, die sich mit anderen Gruppenthemen der Tagung verknüpften. Christliche Symbole (der Fisch, das Kreuz, das Licht) traten häufig auf - unsere mitteleuropäische Kultur wirkte in die Gestaltung hinein. Der Krieg, über den vorher gesprochen worden war, tauchte hier in anderem Kleid wieder auf. Islamistische Fanatiker sind uns fremd. Die christliche Tradition scheint vielen von uns verlässlicher.

Dieser kurze Stimmungsbericht schließt mit dem schon erwähnten Ernst Jandl. Verstorben vor drei Jahren, steht er unter anderem in der Tradition des



Dadaismus - begonnen 1917 in der Schweiz von deutschen Studenten. Einer von ihnen war R. Huelsenbeck, der später jahrzehntelang in New York als Psychoanalytiker arbeitete. So viel zu den Verknüpfungen.

zweierlei Handzeichen

ich bekreuzige mich  
vor jeder kirche  
ich bezwetschkige mich  
vor jedem obstgarten  
wie ich ersteres tue  
weiß jeder katholik  
wie ich letzteres tue  
ich allein

ernst jandl

## "Psycho-Wellness" an der Ostsee

**Kritische Anmerkungen zur Fachtagung der NAPP "Ohne Sympathie keine Heilung - Die Psychoanalyse S. Ferenczis" am 2. und 3. November 2001 in Timmendorfer Strand (von R. Strecker, Hamburg)**

Nicht, daß ich falsch verstanden werde: Ich will nicht undankbar, nicht miesepetrig und auf keinen Fall ungezogen sein (auch wenn wir "einfachen" NAPP-Mitglieder von den sich sorgenden "Eltern" des NAPP-Vorstandes manchmal so erlebt werden) !!! Und doch...., ich habe die Tagung mit einem unbefriedigten Gefühl verlassen, ohne dies anfänglich genauer benennen bzw. richtig verstehen können.

Die Unterbringung und Versorgung in unserem Tagungshotel, dem "Seeschlößchen", war wie immer ausgezeichnet, der Ausblick auf die Ostsee aus meinem Zimmer im 8. Stock einmalig... (leider konnte ich auf Grund der knapp kalkulierten Zeit

die Annehmlichkeiten kaum genießen). Auch aus dem Tagungsprogramm heraus könnte ich meine Unzufriedenheit nicht erklären. Die drei Referate von Herrn M. Hirsch zum Tagungsthema, "Das Trauma in der Psychologie von Ferenczi (Traumatische Realität und psychische Struktur)"; "Die Bedeutung des Körpers in der Psychologie Ferenczis (oder: ...was der Körper tut)"; "Persönlichkeitsstörungen aus der Sicht Ferenczis", waren allesamt hoch interessant, anregend und, nachdem der Referent sich gegen Ende der Veranstaltung zunehmend von seinem Manuskript löste, lebendig, mit viel Bezug sowohl zur klinischen als auch ambulanten psychotherapeutischen Arbeit. Anregend auch die Selbsterfahrungsmöglichkeiten sowohl in den beiden Großgruppen als auch in der ausdruckszentrierten Gestaltung, wobei die Rahmenbedingungen für mich zu wenig Schutz boten, um wirklich neue Erfahrungen (sowohl aktiv als auch passiv) zuzulassen.

Nein, das diffus unangenehme Gefühl, das sich im Verlauf der Tagung bei mir allmählich einschlich und sich in den Tagen nach der Veranstaltung zu deutlichem Ärger auswuchs, war die Verweigerung, sich mit konträren Wünschen und Forderungen auseinanderzusetzen.

Vorschläge und Diskussionsbeiträge sowohl zur Veränderung von Strukturen innerhalb der NAPP (hier konkret der Vorschlag einer Teilnehmerin, die Mitgliederversammlungen in die Tagungen zu integrieren, um somit einen lebendigeren und vielstimmigeren Austausch zu ermöglichen) als auch nur geringste Veränderungsvorschläge zum Ablauf der Fortbildungsveranstaltung in Richtung der Einführung von Kleingruppenarbeit zur Verbindung des Gehörten mit der unterschiedlichen alltäglichen Arbeitsrealität der Teilnehmerinnen wurden mittels Psychopathologisierung dieser Standpunkte abgewehrt.

Abgewehrt wird für mich darüber m.E. vor allen Dingen aber die schwierige und für mich noch nicht beantwortete Auseinandersetzung und Positionierung der NAPP zur Bedeutung und Stellung der psychodynamischen Sichtweise in sowohl stationärer als auch ambulanter Psychotherapie/Psychiatrie in Zeiten umfassender Ökonomisierung von privaten und gesellschaftlichen Beziehungen und dem damit zusammenhängenden Primat von Machbarkeitsideologien (sowohl psychologisch als auch soziologisch) bzw. der zunehmenden Betäubung von Leere, Angst, Schmerz und Verzweiflung im schönen Schein der Wellness-Industrie.

Dies sollte nicht Stil der NAPP werden !!!

Reinhard Strecker war damit einverstanden, daß sein Text von Rudolf Heltzel kommentiert wird - dazu wäre die nächste Ausgabe des NAPPO zu weit weg. Daher hier gleich die Stellungnahme:

## Was soll Stil der NAPP werden?

### Eine Erwiderung von Rudolf Heltzel

Da zwei Drittel der NAPP-Mitglieder *nicht* in Timmendorfer Strand waren, kann der hier abgedruckte Beitrag R. Streckers nicht unbeantwortet bleiben. Er enthält nämlich eine schwerwiegende und m. E. unzutreffende Kritik an der Veranstaltung, so daß im Verein möglicherweise ein schiefes Bild dessen entsteht, was am 2./3. November wie Thema war. Wer so schwere Geschütze auffährt wie der Autor, sollte seine Kritik mit Bedacht vorbringen und sie belegen können. Einfach mal so drauflos zu hauen – nach dem Motto: „Macht nichts, es wird schon passen!“ – das war bisher nicht „Stil der NAPP“ und sollte es auch nicht werden!

Niemand hat sich – wie R. Strecker suggeriert – der Auseinandersetzung mit konträren Wünschen und Forderungen verweigert, die Diskussion darüber war vielmehr in der Großgruppe ausführlich Thema. Der Vorschlag einer Teilnehmerin (Marita Barthel-Rösing), die Mitgliederversammlungen in die Tagung zu integrieren, wurde von mir persönlich in der Gruppe aufgegriffen und unterstützt, er wird sehr wahrscheinlich auch beim nächsten Mal umgesetzt. Auch die von R. Strecker angesprochene Einführung von Kleingruppenarbeit habe ich – ich saß nur wenig entfernt vom Kritiker und habe ihn direkt angesprochen, alle haben es vernehmen können – sehr interessiert aufgenommen und ich habe angedeutet, daß dies in Form des „Bienenkorbes“ (Kleingruppenarbeit) kreativ umgesetzt werden könnte. Ich könne verstehen, führte ich aus, daß nicht alle Teilnehmer einer Großgruppe diese Form des Austausches passend fänden, und wir sollten versuchen, diese Mitgliedermeinungen zu berücksichtigen (selbst unter Gruppenanalytikern gibt es übrigens viele, die sich in Großgruppen selten oder gar nicht zu Wort melden, denen dieses Setting also einfach nicht liegt – Menschen sind eben verschieden). Am Ende der Gruppe sprach ein Teilnehmer noch einmal anerkennend an, daß die kritischen Anregungen aus der Gruppe vom Vorstand aufgegriffen worden seien, so daß sie nicht einfach verpufften. Ich zitiere

das als Beleg dafür, daß meine Erinnerung an die Aussprache offenbar zutreffend ist.

Kopfschüttelnd und ärgerlich sitze ich vor der Formulierung R. Streckers, daß „auch nur die geringsten Veränderungsvorschläge zum Ablauf der Fortbildungsveranstaltung in Richtung der Einführung von Kleingruppenarbeit (...) mittels Psychopathologisierung dieser Standpunkte abgewehrt (wurden)“. Daß diese Vorschläge gehört, aufgenommen und und wie sie aufgegriffen wurden, habe ich eben ausgeführt. Irgendwelche Beiträge in Richtung einer „Psychopathologisierung dieser Standpunkte“ erinnere ich beim besten Willen nicht. Ich finde diesen Vorwurf so schwerwiegend, daß er entweder belegt oder wirklich zurückgenommen werden sollte. R. Streckers Vorgehen ist nicht „undankbar“, „miesepetrig“ oder „ungezogen“, wie er eingangs versichert, es ist vielmehr, was die Kommunikation im Verein angeht, wenig dienlich. Ich hatte beim Lesen seines Beitrages zeitweise das Gefühl, er schreibe von einer anderen Tagung und einer anderen Großgruppe. Das gilt auch für den letzten, komplizierten Absatz: Wenn ich ihn richtig verstehe, war die in ihm angesprochene Konfliktkonstellation ein Thema der letzten Großgruppe – jedenfalls in meiner Wahrnehmung. Großgruppen werden von den beteiligten Teilnehmern eben unterschiedlich erlebt und erinnert, das liegt in der Natur der Sache. Schreibe jede und jeder ein Gedächtnisprotokoll der Gruppe, hätten wir ebenso viele Versionen wie TeilnehmerInnen. In einer Großgruppe gibt es – noch mehr als in jeder Kleingruppe – immer mehrere subjektive „Wahrheiten“, die es zu respektieren gilt. Richtig schwierig wird's, wenn scheinbar „objektive“, noch dazu schwerwiegende und nicht belegte Vorwürfe anderen gegenüber in den Raum gestellt werden, dann leidet die Kommunikation untereinander. Bisher haben wir solche Entwicklungen rechtzeitig wahrnehmen und korrigieren können. Ich hoffe, das gelingt uns auch weiterhin.

## Die Fachausschüsse der NAPP

Eine wesentliche Säule der Vereinsarbeit stellen die Fachausschüsse dar. In ihnen finden alle Mitglieder die Möglichkeit fokussierter inhaltlicher Arbeit. Die Themen der Fachausschüsse ergeben sich aus den Interessen der Mitglieder. Diese Arbeit fließt durch die Vertreter der Fachausschüsse im Erweiterten Vorstand in die Vorstandstätigkeit ein (es gibt eigentlich kaum Aufgaben, die der Geschäftsführende Vorstand sich exklusiv zueigen macht - die Fachausschußvertreter sind immer beteiligt). Hier stellen sich die Fachausschüsse selbst vor.

## Fachausschuß Tagung

Der FA Tagung arbeitet "projektbezogen", d.h. er befaßt sich mit der inhaltlichen und organisatorischen Vorbereitung und Durchführung der alle zwei Jahre im NLKH Lüneburg stattfindenden "großen" NAPP-Tagung. Während die Lüneburger Tagung öffentlich und auf "Außenwirkung" angelegt ist, hat die "kleine" Tagung in Timmendorf in den Jahren dazwischen die Vereinsmitglieder und die verbandsinterne Entwicklung zum Ziel.

Der FA trifft sich in wechselnder, bedarfsorientierter Frequenz im Bethesda Allgemeines Krankenhaus Bergedorf im Zimmer von Frau Chun-Juelich, in der Regel montags um 19 Uhr.

Um arbeitsfähig zu bleiben, sollte der FA die Zahl von sieben bis acht Teilnehmern nicht überschreiten. Wichtig ist eine heterogene Zusammensetzung aus unterschiedlichen Berufsgruppen und psychiatrisch/psychotherapeutischen Arbeitsfeldern.

Aktuelle Zusammensetzung für die Vorbereitung der Tagung "Die Person des Therapeuten" am 01./02.11.2002:

Frau Dr. Chun-Juelich, Psychiaterin  
Herr Dr. Juelich, Psychoanalytiker  
Frau Stemke, Krankenschwester  
Herr Wendt, Psychologe  
Herr Dr. Lurz, Psychiater  
Frau Melchin, Ergotherapeutin  
Herr Dr. Trautvetter, Psychoanalytiker  
Herr Dr. Stierl, Psychiater (Sprecher des Fachausschusses, Tel. 04131/60-1300)

## Fachausschuß Pflege:

- Melden bei Karin Höhn, Lohmannstraße 136, 28215 Bremen, Tel. 0421/375188
- Treffen in der Vergangenheit ca. 4mal im Jahr, dazukommen kann jeder, der sich nach dem Termin erkundigt
- Arbeitsthema: was ist psychodynamische Krankenpflege? Begriffsfindung, Beschreibung, Definition.

Der Fachausschuß wird wieder aufleben, wenn es einen / eine Gruppe von Pflegekräften gibt, die ihn anschieben und koordinieren wollen. Durch berufliche Veränderungen vieler aktiver Mitglieder ist die Arbeit derzeit zum Erliegen gekommen. Daher sind neue Impulse dringend gewünscht. Da sich die Entfernung Hamburg - Bremen als recht hinderlich erwiesen hat, könnte eine regionale Gliederung möglicherweise weiterhelfen.

## Fachausschuß Musiktherapie

Der Fachausschuß Musiktherapie trifft sich zweimal im Jahr und ist für Interessenten offen. Die Treffen dienen dem Austausch und der Kommunikation und sollen zwischen dem Unterausschuß und dem Vorstand vermitteln. Außer diesem Vermittlungsaspekt können spezifische, dme Musiktherapie betreffende Themen behandelt werden, die von den Anwesenden in die Gruppe eingebracht werden. Die Untergruppe besteht zur Zeit aus vier Musiktherapeutinnen und ist geschlossen. Ihre Treffen finden monatlich statt. Themen, die verhandelt wurden, sind: "Gruppentherapie" und "Die Identität der Musiktherapeutin im Spannungsfeld der Institution Psychiatrie".

Das nächste Fachausschußtreffen findet am 21. Februar 2002 statt. Ansprechpartnerin ist Barbara Dehm-Gauwerky, Tel. 04102/41755 oder 04535/505327

## Stationäre Psychosentherapie:

Der FA befindet sich in der Gründungs- und Findungsphase. Thematisch geht es um Behandlungskonzepte für Patienten mit Psychosen im stationären Kontext. Er ist für Interessenten offen, derzeit nehmen Psychologen und Ärzte aus Lüneburg, Bergedorf und dem UKE teil. Der Fachausschuß versteht sich berufsgruppenübergreifend, neue Mitglieder aus der Pflege bzw. anderen Bereichen sind daher sehr willkommen. Ein Rhythmus der Sitzungen steht noch nicht fest. Der

nächste Termin ist am Di. 18.12. um 19.00 Uhr im  
Bethesda Allgemeines Krankenhaus Bergedorf.  
Ansprechperson: Claas Happach  
(cghappach@aol.com)

---

## Ambulante Psychosenpsychotherapie

Der FA Ambulante Psychosenpsychotherapie besteht seit Gründung der NAPP und tagt sechs mal im Jahr mit 8-9 Mitgliedern, fünf mal freitags 19-21 Uhr und einmal samstags tagsüber für einen ganzen Arbeitstag. Seit einem Jahr treffen wir uns in meiner Praxis, davor hatten wir uns im Therapiezentrum für Suizidgefährdete im UKE versammelt. Zu den Abendterminen stellen sich die Mitglieder gegenseitig psychotherapeutische Behandlungen aus ihrer Praxis vor, und an den einmal jährlich stattfindenden Arbeitstagen haben wir jeweils zu speziellen Themen theoretische und praktische Überlegungen bzw. Fallberichte zusammengetragen (Übertragung in der Psychose, Traum und Psychose, eine therapeutische Positionsbestimmung der Gruppenmitglieder, Enactment in der Behandlung mit Psychosekranken). Die Zusammensetzung der Gruppe variierte im Lauf der Jahre nur wenig und umfaßt derzeit 9 Mitglieder (Frau Dipl.-Psych. Rosemarie Böhme, Herr Thomas Bolm, Frau Dr. med. Sabine Dührsen, Herr Dipl.-Psych. Matthias Ewald, Herr Claas Happach, Herr Dr. med. Dipl.-Psych. Günter Lurz, Frau Ingrid Mehner, Herr Dr. med. Michael Putzke, Herr Dr. med. Hans Schultze-Jena), so daß wir derzeit keine neuen Interessenten aufnehmen können. Herr Happach baut aber gerade eine Gruppe für Kollegen auf, die sich zu Fragen stationärer Psychosenpsychotherapie austauschen wollen, und Mitglieder unserer Gruppe würden gern andere Kollegen beim Aufbau eigener Interventionsgruppen für den Bereich Psychosenpsychotherapie unterstützen!  
(Ansprechpartner: Hans Schultze-Jena, Tel. 040 / 4292 4236, Email [schultze-jena.hans@t-online.de](mailto:schultze-jena.hans@t-online.de). Vertretung im erweiterten Vorstand der NAPP: Claas Happach, Email [CGHappach@aol.com](mailto:CGHappach@aol.com)))

---

## Fachausschuß Gruppentherapie

Der Fachausschuß Gruppentherapie der NAPP gründete sich nach der NAPP Tagung „Zwei sind keine Gruppe“ 1997 und besteht seither unter Veränderung der Form.

Anfänglich war es ein sich 3 - 4mal/ Jahr zusammenfindender Kreis wechselnder Besetzung von psychiatrisch - psychotherapeutisch Tätigen unterschiedlicher Berufsgruppen mit besonderem Interesse an Gruppentherapie und Gruppendynamik. Bei diesen Treffen wurde nach einem kurzen Einführungsvortrag über das Thema ausführlich und auch kontrovers diskutiert. Es entstand die Idee, ein berufsübergreifendes Weiterbildungsseminar ins Leben zu rufen, um in einer konstanten Zusammensetzung längerfristig und gezielt zusammenarbeiten zu können.

Dieses Projekt fand die dankenswerte Unterstützung der NAPP und die TeilnehmerInnen erhalten einen finanziellen Zuschuss zu den Teilnahmegebühren.

Das „berufsübergreifende Seminar zur Einführung in gruppenanalytisches Verstehen und in analytische Gruppentherapie“ wurde dann als „slow - open „ Gruppe von Dr. H.J. Marter, M. Barthel - Rösing und Dr. W. Reinhard konzipiert und beinhaltet pro Jahr 20 Doppelstunden Selbsterfahrungsgruppe sowie 10 Doppelstunden Theorieseminar und gruppenanalytische Supervision. Es findet seit September 2000 zweiwöchentlich statt; begonnen wurde mit 8, zur Zeit sind es 7 TeilnehmerInnen.

**Theorie:** In den bisherigen Theorieseminaren wurden die Gruppenmodelle nach dem „Göttinger Modell“ und nach „Foulkes“ sowie Übertragung, Gegenübertragung, Abwehr und Widerstand sowie szenisches Verstehen unter besonderer Berücksichtigung des gruppentherapeutischen Settings dargestellt. Weitere Themen waren Indikation und Prognose der Gruppentherapie, Angst des Therapeuten vor der Gruppe und die Bedeutung des Rahmens.

**Selbsterfahrung:** Bei der Planung des „berufsübergreifendem Seminars“ war ein wichtiger Bestandteil die analytische Selbsterfahrung in einer Gruppe mit Anderen. Wir gingen zu Beginn der Weiterbildung von einer Dauer von einem Jahr aus, mit der Option zu verlängern und sind jetzt bereits im zweiten Jahr. Die Fortsetzung der Selbsterfahrung wurde auch gewünscht vor dem Hintergrund der Erweiterungsmöglichkeiten der eigenen Identität in der Begegnung mit anderen Identitäten. Für Neueinsteiger wäre die nächste sich bietende Gelegenheit der September 2002.

Die Möglichkeit der Selbsterfahrung in der „Gruppe“, das natürliche Lebensmilieu des Menschen, bot nicht nur für „Einsteiger“ oder Interessierte eine Möglichkeit der „Selbst - und anderen Begegnung“, sondern ermöglichte auch eine Komplementierung der eigenen Methode und Arbeit durch Andere.



**Supervision:** In der Gruppenanalytischen Supervision haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einmal jeden Monat den Raum einer doppelstündigen Sitzung, um ihre Probleme im Berufsfeld zu besprechen; das kann ein Patienten-Fall sein, ein Problem mit Kollegen, mit der Leitung, der Institution insgesamt, oder auch ein Konflikt, der die berufliche Identität betrifft. Wir teilen die Zeit der Sitzung so ein, daß jeweils mehrere in einer Sitzung ihr Problem zur Darstellung bringen und die Gruppe zur Klärung in Anspruch nehmen können. Die Gruppe ist so kompetent, daß oftmals selbst eine kurze Zeitspanne genügt, um den latenten Kern der Konfliktodynamik im Zusammenspiel aufzuspüren und herauszuarbeiten. Mit der Dauer der Zusammenarbeit nimmt diese Kompetenz noch zu, da das Vertrauen in die Gruppe wächst - und die Fähigkeit der Gruppe, auch schwierige Probleme zu containen und zu verarbeiten.

Aus diesem Grund ist es wünschenswert, daß die Weiterbildungsgruppe möglichst mehrere Jahre lang zur Begleitung der beruflichen Arbeit genutzt werden kann.

Dr. Walter Reinhard  
Dipl. Psych./ DGPT  
Psychoanalyse/ Psychotherapie  
Gruppenlehranalytiker/DAGG  
28203 Bremen  
Außer der Schleifmühle 56  
Tel. 0421- 2010136  
e-mail: Dr.W.Reinhard@t-online.de

Marita Barthel-Rösing  
Gruppenlehranalytikerin DAGG  
Analytische Kinder- und Jugendpsychotherapeutin  
Albrecht-Roth-Straße 8  
28757 Bremen  
Tel. 0421/6659936  
Fax 0421/6659956

# Frankfurter Treffen

(Schulze-Venrath, Bergisch-Gladbach?  
Hartwich, Frankfurt? Bosch-Stiftung  
Sponsor?)

Gedächtnisskizze des Treffens von Vertretern des Frankfurter Psychoseprojekts FPP (S. Mentzos), der Münchner überregionalen Weiterbildung (F. Schwarz, G. Lempa) und der NAPP (R. Heltzel, I. Engelmann) am 10. März 2001 in Frankfurt

1. Bei der gegenseitigen **Vorstellung der Verbände** zeigen sich unterschiedliche Schwerpunkte: steht in München der Aspekt der Weiterbildung im Mittelpunkt, so ist das für das FPP die wissenschaftliche Arbeit und deren Publikation und bei der NAPP der Aspekt der Versorgung und berufsgruppenübergreifenden Praxis. Die Schwerpunkte ergänzen sich hervorragend.

## 2. Gemeinsame Projektideen:

Öffentlichkeitsarbeit ist erforderlich bzgl. Status der Psychosentherapie z.B. für Krankenkassen. Das kann zum einen über Presse laufen, zum anderen direkt in Richtung auf Krankenkassen. Hierfür ist möglicher weiterer Bündnispartner die DGSP (C. Firnenburg). Thematisch aufzugreifen wären auch Leitlinien z.B. zur Behandlung von Psychosen, wie sie von der DGPPN veröffentlicht sind und psychotherapeutisch vollkommen unterbelichtet. Anlaß für Pressearbeit ist z.B. das zehnjährige Bestehen der Münchner Weiterbildung im November 2002.

Es soll geklärt werden, wieweit es realistisch ist, einen Fernsehbeitrag über Psychosenpsychotherapie zu erstellen (R. Heltzel spricht Herrn Rösing an, der für TV schon ähnlich sensible Themen bearbeitet hat). Arbeitstitel: "Recht auf Biografie".

Forschungsarbeit muß begonnen werden: eine langjährig angelegte Evaluation von tiefenpsychologisch / psychoanalytisch behandelten psychotischen Menschen zeigt mit Sicherheit Effekte - sie muß nur in Angriff genommen werden (multizentrisch, bundesweit mit regionalen Schwerpunkten im süddeutschen Raum (München), Mitteldeutschland (Frankfurt) und Norddeutschland (Hamburg-Bremen), wo sich Therapeuten auch treffen und Konzepte / Kasuistiken erörtern können). Wenn 50 Patienten in einem solchen Setting erfaßt werden können, würde das eine ernstzunehmende Aussage bringen. Anbindung an eine Hochschule unabdingbar

## Innere und äußere Publikationstätigkeit:

Verbandszeitschriften sollen ausgetauscht werden, es könnten auch Artikel für die jeweils andere Mitgliederzeitung zur Verfügung gestellt werden.

- Vier Antragsteller aus dem Kreis der Münchner Weiterbildung haben Antrag gestellt auf Anerkennung der analytischen Psychosentherapie als Richtlinienverfahren. Das Verfahren ist für alle Verbände von Interesse.
- Im Thieme-Verlag erscheint demnächst ein Buch über Psychotherapie der Psychosen, das im wesentlichen von F. Schwarz, G. Lempa und S. Mentzos bestritten wird, aber auch andere Ansätze als den analytischen berücksichtigt.
- Als weiterer Kooperationspartner entsteht derzeit in München die "Europäische Gesellschaft für analytische Psychosentherapie" als Dachverband für (ehemalige) Teilnehmer an der Münchner Weiterbildung.

2. Auf einer **gemeinsamen Tagung** sollen die Mitglieder der Verbände Gelegenheit erhalten, sich kennenzulernen und die Schwerpunkte und jeweiligen Arbeitsweisen der Verbände zu erfahren. Ort der Tagung wird Frankfurt sein, als Termin wird der 21./22.9.2002 festgelegt. Bei einer anvisierten Teilnehmerzahl von 200 hält sich das finanzielle Risiko in Grenzen, wenn Räume der Universität (S. Mentzos) genutzt werden können. Die weitere Vorarbeit zu dieser Tagung wird zunächst über e-mail erfolgen, ehe ein erneutes Treffen abgesprochen wird.

-ie

## **Letzte Meldung zum Frankfurter Treffen:**

Die geplante Tagung wird wegen Überlastung der an der Vorbereitung Beteiligten möglicherweise nicht im Jahr 2002 stattfinden können, sondern erst ein Jahr später.

## Verschiedenes

### NAPP online

Seit einem Jahr diskutiert der Vorstand die Notwendigkeit, eine NAPP-Homepage ins Internet zu stellen. Tagungsankündigungen, Hinweise auf Publikationen, Erreichbarkeit von Vorstand und Fachausschüssen - eine ganze Reihe wichtiger Informationen wären hier jederzeit abrufbar. Das Projekt scheitert bisher daran, das sich niemand findet, der die Sache mit Spaß und durchschnittlich laienhaftem Sachverstand in die Hand nimmt. Die NAPP hat nicht genug Geld, um einfach ein professionelles Unternehmen mit der Aufgabe zu beauftragen.

Ein erster Schritt ist jetzt trotzdem getan: ein möglicher Name für eine Homepage wurde gesichert. napp.de und ähnliches sind leider besetzt von Herr Napp, einem Kaminbauer aus dem rheinischen oder so, napp.org besetzt die National Association of Professional Physicians und so weiter. Belegt haben wir zunächst

napp-ev.de

um überhaupt etwas in der Hand zu haben. Andere Vorschläge (napp-online.de zum Beispiel) müssten erst geprüft werden (noch frei?), dann können wir endgültig entscheiden.

-ie

### 5. Lüneburger Arbeitstagung

Am 1. und 2. November 2002 findet im NLKH Lüneburg die 5. Arbeitstagung der NAPP statt. Thema: "Die Person des Therapeuten" bzw. der Therapeutin. Verschiedene Hauptreferenten sind im Gespräch bzw. in Verhandlungen, zugesagt haben bisher mehr oder weniger verbindlich Herr Ott (Düsseldorf), Herr Schmidbauer (München) und Herr Leithäuser (Bremen). Eine vielversprechende Liste potentieller Workshopthemen und -referenten läßt schon im jetzigen Planungsstadium eine spannende Tagung erwarten.

-ie

## Veröffentlichungen<sup>1</sup>

**Bolm, Th.; Piegler, Th.: Der Einsatz von Naltrexon bei dissoziativen Störungen.**  
Psychiatrische Praxis (28) 2001: 214-218

Die Behandlung von Borderline- und posttraumatischen Störungen profitiert vom Einsatz von Opiatantagonisten, eine Tatsache, die im deutschen Sprachraum erst seit einem Jahr zunehmend rezipiert wird. Voraussetzung ist, daß psychotherapeutische Behandlungsansätze, Pharmakotherapie und gehirphysiologische Erkenntnisse in ein Gesamtbehandlungskonzept eingehen.

**Dehm-Gauwerky, B.: Die Erleichterung. Das Sterben der 70jährigen dementen Frau S.**  
In: Kimmerle, G. (2000): Zeichen des Todes in der psychoanalytischen Erfahrung. edition diskord.

Auch die psychoanalytische Erfahrung ist von dem in alle menschlichen Lebenszusammenhänge eingewobenen Thema Sterben und Tod betroffen. Der vorliegende Band will zeigen, welche grundlegende, bisher nicht hinreichend gewürdigte Bedeutung dem Todesthema für die Psychoanalyse therapeutisch und theoretisch zukommt.

**Gerisch, B.; Fiedler, G.; Gans, I.; Götze, P.; Lindner, R.; Richter, M.: "Ich sehe dieses Elends kein Ende als das Grab".**

Zur psychoanalytischen Konzeption von Suizidalität und der Behandlung Suizidgefährdeter.  
In: Kimmerle, G. (2000) s.o.

**Heltzel, R.: Psychodynamische Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie.**  
Psychotherapie Forum (8) 2000: 107-116

Die Bausteine einer psychodynamischen Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie betreffen die Kontaktaufnahme, die haltende Beziehung, die Kooperation mit Angehörigen, die Vernetzung der Professionellen im Sektor, das Verstehen verborgener Sinnhaftigkeit insbesondere unbewußter Konflikte, die Arbeit in und mit partieller gegenseitiger Verstrickung, den handelnden Umgang, die Arbeit mit dem Rahmen, die Entwicklungsförderung durch Therapie und die Bearbeitung von Größenphantasien der Therapeuten. Veranschaulicht durch eine Kasuistik.

<sup>1</sup> Wir weisen gern auf Publikationen aus dem Kreis der NAPP-Mitglieder hin. Dabei sind wir auf Informationen angewiesen - wer hat wo was geschrieben? Bitte an die Redaktion!

Heltzel, R. : Die Begegnung zwischen Sozialpsychiatrie und Psychotherapie.  
In: Sozialpsychiatrische Informationen 3/2001 -  
Themenheft: Was ist Sozialpsychiatrie?

Metzner, S.: Ein Traum: Eine fremde Sprache kennen, ohne sie zu verstehen. Zur Evaluation von Gruppenimprovisationen.  
In: Musiktherapeutische Umschau 21 (2000) 234-247

## Das Letzte: Katzentrauma

"Infektionen als Mikro-Feinde im täglichen Überlebenskampf sollen mit der Entstehung und Entwicklung psychotischer Symptome verbunden sein. Bei Patienten mit schizophrener Erstmanifestation wurden erhöhte Toxoplasmose-Titer im Liquor nachgewiesen. Bis zu ihrem fünften Lebensjahr hielten die Patienten mehr Katzen als ihre Kontrollpersonen."

(Neuro-Depesche 11/2001)

## Einladung zur ordentlichen Mitgliederversammlung 2001

Alle NAPP-Mitglieder werden herzlich eingeladen zur diesjährigen Mitgliederversammlung.

### Tagesordnung:

- 1.) Begrüßung und Feststellung der Beschlußfähigkeit
- 2.) Bericht des Vorstandes und des Schatzmeisters, Entlastung
- 3.) Neuwahl des Vorstandes
- 4.) Künftige Organisation der Mitgliederversammlung (z.B. Verknüpfung mit Tagung?)
- 5.) Verschiedenes

Für die Neuwahl stehen bis auf C. Fahlbusch die bisherigen Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstandes (Rudolf Heltzel, Günter Lurz, Reinhard Sefke, Ingo Engelmann) wieder zur Verfügung. Für die Position des zweiten stellvertretenden Vorsitzenden werden KandidatInnen gebeten, ihre Bereitschaft zu bekunden!

**Zeit:** Montag, 11. März 2002 um 19 Uhr

**Ort:** Buchholz (Psychiatrische Tagesklinik im Kreiskrankenhaus, Steinbecker Straße 44)

Buchholz, den 12.12.2001  
Für den Vorstand

I. Engelmann  
Schriftführer