

NAPPO

24

Mitgliederrundbrief der Norddeutschen
Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische
Psychiatrie e.V. – Winter 2015/2016



Über die Zukunft

Freundschaft im Kampf. Bericht von der 9. vereinsinternen NAPP-Tagung 2015.....	3
Wie geht psychodynamische Arbeit heute? 18 Thesen von Rudolf Heltzel.....	10
Kranke Zeiten oder Zeitkrankheiten? Ingo Engelmann über eine Kontroverse in der „Psyche“.....	16
Verschiedenes	22

NAPPO ist der Mitgliederrundbrief der NAPP und erscheint unregelmäßig ein- bis zweimal im Jahr.
Redaktion: Ingo Engelmann (ie), klangengel@t-online.de, Friedrichstraße 66a 21244 Buchholz
NAPP-Geschäftsstelle - www.napp-info.de / napp-info@t-online.de /
Maria-Louisen-Str. 57, 22301 Hamburg
Frau Seelmann – Sprechzeit Freitag 9-12 Uhr
Tel. 040 / 46 774 888 - Fax 040 / 41 357 733

Liebe Leser,

eigentlich ist psychodynamisches Denken und Handeln in unseren Zeiten eher antizyklisch. Zunehmender ökonomischer Druck in stationären und ambulanten Behandlungs- und Betreuungsdiensten macht eine ausreichend ruhige und gelassene Betrachtung von Übertragungs- und Gegenübertragungsmustern im Umgang mit Patienten und Klienten sowie innerhalb von Teams und Organisationen immer schwieriger oder unmöglich. Die drohende neue Finanzierungsverordnung über Pauschalen in der Psychiatrie setzt eine bürokratische Struktur an die Stelle einer inhaltlichen und wird die Psychiatrie verändern. Wie kann man unter diesen Bedingungen noch psychodynamisch arbeiten?

Diese Fragestellung beschäftigte die Teilnehmer der internen NAPP-Tagung (siehe Bericht Seite 3-9 sowie Rudolf Heltzels Thesen S. 10-15). Am Ende der Tagung war ein breites Panorama über die letzten Jahrzehnte und unsere aktuelle Situation ausgebreitet, aber es blieben viele Fragen offen. Wie kann man die wesentlichen, von Rudolf Heltzel skizzierten Elemente psychodynamischer Arbeit in die Praxis umsetzen und einbringen? Schnell war Einverständnis darüber hergestellt, dass diese Diskussion und kreative Suche weitergehen muss. Rudolf Heltzel schlug selbst vor, dass er einen Folge-Tag moderieren könnte, auf dem die Fragen weiter verfolgt werden. Diese Folge-Tagung sollte auch für interessierte Mitarbeiter in der psychosozialen Landschaft offen sein, denn ein Aspekt zukunftsfähiger Psychodynamik ist Öffnung und Transparenz wie auch Verbreitung der entsprechenden Ideen. Der Kreis der Teilnehmer soll 50 nicht überschreiten, so dass sich dann möglicherweise eine Gruppe trifft, die zur Hälfte an der schon begonnen Diskussion beteiligt war, zur Hälfte neu hinzukommt und „unverbraucht“ Impulse geben kann. In einem einführenden Kurzreferat wird Rudolf Heltzel versuchen, die alten und neuen Teilnehmer auf einen Stand zu bringen. Im weiteren Verlauf des Tages soll dann eng an der Praxis der Teilnehmer über konkrete Fragestellungen gesprochen werden, Krisen oder Konflikte aus dem Arbeitsalltag sollen eingebracht werden können. Insofern könnte es sich um so etwas wie eine kombinierte Fortbildungs-, Supervisions- und Diskussionsveranstaltung handeln, die immer auch die Geschichte und Person der einzelnen Teilnehmer mit einbezieht.

Die Veranstaltung wird voraussichtlich am Sonnabend, 9. April 2016 stattfinden und von 10 bis 17 Uhr dauern. Der Ort könnte in Bergedorf sein, wird aber noch konkret bekanntgegeben. Ein Eintritt wird nicht erhoben. Anmeldungen können an die NAPP-Geschäftsstelle gerichtet werden. Wer weiß, wie lange noch Plätze frei sind...

In der Hoffnung, viele von Ihnen am 9. April wieder zu sehen wünsche ich viel Vergnügen beim Lesen (sozusagen als Vorbereitung)!

Ingo Engelmann



Gute Aussichten?

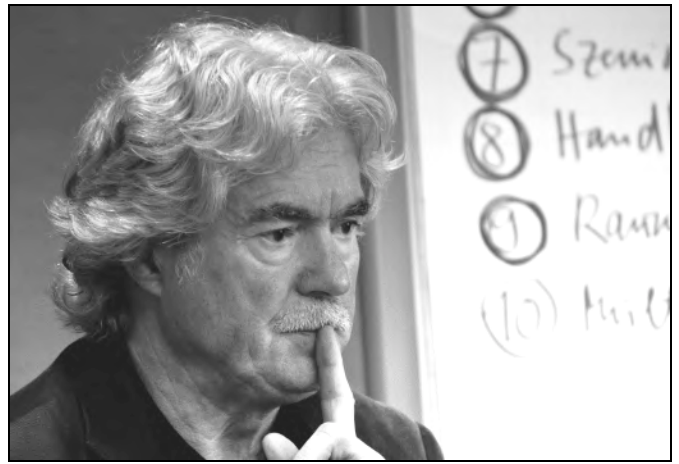
Warnung

Diese Ausgabe des NAPPO enthält wie alle vorangegangenen eine Anzahl von Meinungen und Positionen, die nicht immer als subjektive Standpunkte gekennzeichnet sind. Beim Lesen dieser Meinungen riskieren Sie beeinflusst oder verunsichert zu werden. Zur Korrektur von Meinungen oder Ergänzung von Positionen wenden Sie sich bitte an die Redaktion.

Freundschaft im Kampf

Neunte vereinsinterne Tagung der
NAPP 2015 in Hamburg-Rissen
(Elsa-Brandström-Haus EBH)

von Ingo Engelmann



Rudolf Heltzel

der Kunst Ansätze, neben den drei Raumdimensionen auch die vierte Dimension der Zeit zu nutzen und ein Objekt aus verschiedenen Perspektiven gleichzeitig zu zeigen (Heltzel nutzte dazu eine Collage von David Hockney, die eine Straßenkreuzung in den USA aus Polaroids zusammenfügt, die aus unterschiedlichen Richtungen aufgenommen sind). Irgendwie geht es auch da schon um den subjektiven Blick, zum die eigene Geschichte mit dem scheinbar Objektiven (schließlich heißt das Kamera-Auge auch schon bezeichnend: Objektiv). Heltzel dreiteilte seine Ausführungen in die Blöcke 1975-1990, 1990-2005 und 2005 bis heute (und weiter in die Zukunft). Jedem dieser Abschnitte ordnet er spezifische Charakteristika zu, der Rückblick mündet in die aktuelle Auseinandersetzung damit, wie heute psychodynamische Arbeit zu strukturieren sein könnte und wie man sie bewältigt.

1975-1990

Der erste Abschnitt beginnt mit der Psychiatrie-Enquete, der ersten gründlichen Bestandsaufnahme mit den archaischen Zuständen in der bundesdeutschen Psychiatrie. Heltzel blickt auf erschreckende Erfahrungen auf den Krankenhausstationen seines ersten beruflichen Einsatzes zurück, denen dann der Aufbruch und orientierende Entwicklungen folgten¹:

Das regionale Reformvorhaben war Teil eines Modellprogramms der Bundesregierung und ziemlich luxuriös ausgestattet. Zwar glaubten wir damals, besonders dicke Bretter zu bohren und besonders schwere Arbeit zu verrichten. Heute stellt sich das aber anders dar. Aus heutiger Sicht war der Aufbau einer alternativen Behandlungs- und Betreuungsstruktur eine belebende Aufgabenstellung: Es gab enormen Rückenwind insofern, als die Ambulantisierung und Regionalisierung psychiatrischer Hilfsangebote – befördert durch den Zeitgeist der 1970er Jahre – das Gebot der Stunde war. Die Arbeit war zwar anspruchsvoll und mit großer Verantwortung verbunden, sie fiel aber irgendwie auch „leicht“. Damit meine ich, dass sie

NAPP-typisch begonnen hatte es schon auf der Mitgliederversammlung, die wie üblich der internen NAPP-Tagung vorgeschaltet und mit 25 Mitgliedern sehr gut besucht war. Die Berichte über die aktive Arbeit des letzten Jahres, die solide Geschäftslage, der vertraute und zugewandte Umgang miteinander hatten die „nappige“ Atmosphäre schon im Vorfeld installiert. Wie sollte sich das noch steigern oder entwickeln können?

In der einleitenden Großgruppe zu Beginn der Tagung ging es dann weniger um die kuscheligen Binnenverhältnisse der NAPP, sondern die feindliche / befremdliche / ängstigende Umwelt. Die Herausforderungen der großen Zahl nach Europa und nach Deutschland Geflüchteter tauchten immer wieder auf: Die Ängste vor eigener Überforderung angesichts unbewältigbarer Aufgaben wurde ebenso genannt wie die Erfahrung, im ungebremst agierten Engagement vor Ort schnell zu versinken und nicht weiter zu können. Wie soll man psychodynamisch mit dieser Lage umgehen – oder ginge es nicht zunächst darum, einen großen Kessel warme Suppe zu kochen?

Die NAPP hatte ihren Gründungsvorsitzenden Rudolf Heltzel gebeten, aus seiner langjährigen Erfahrung in psychiatrischer, psychoanalytischer und gruppenanalytischer Tätigkeit sowie seinen Erfahrungen als Supervisor und Organisationsberater zu berichten. Rudolf Heltzel leitete seinen ersten Vortrag ein mit verschiedenen Alltagserfahrungen und spezifischen Perspektiven, die in seine fachliche Analyse einfließen. Das flexible Verhältnis von Eigenem und allgemeinem *mainstream* gehört ebenso dazu wie die moderne künstlerische Betrachtungsweise. Wie schon bei Picasso und dem Kubismus beginnend, finden sich in

¹ Die Originalzitate aus dem Referat von Rudolf Heltzel sind typografisch abgesetzt, alle Teile in „Arial“ stammen vom Berichterstatter

von dem Gefühl durchdrungen war, etwas gesellschaftlich Sinnvolles, etwas unzweifelhaft Notwendiges, etwas „Fortschrittliches“ zu tun. Die betreffenden Patienten fühlten sich ernst genommen, sie konnten in Maßen über die Formen der Betreuung mitbestimmen, sie fühlten sich freier und sie waren – jedenfalls in vielen Fällen – dankbare Partner der Professionellen. Diese wiederum freuten sich in der Regel, verkrustete Klinik- und Amtsstrukturen hinter sich lassen und in einem Ausmaß selbständig arbeiten zu können, wie sie es sich vorher nicht hätten träumen lassen. Gerade den aus der Klinik rekrutierten Schwestern und Krankenpflegern erwuchs aus dieser Entwicklung ein beachtlicher Zuwachs an beruflicher Kompetenz und persönlicher Autonomie-entwicklung, und das alles zusammen genommen erzeugte ein Klima, das – trotz fordernder Klientenarbeit – ausgesprochen konstruktiv und anregend war.

Die professionellen Vertreter der regionalisierten Sozialpsychiatrie (zu denen ich als Facharzt im Sozialpsychiatrischen Dienst gehörte) verstanden sich als Unterstützer der im Aufbau begriffenen Reformen. Wir übernahmen die Mitverantwortung für schwierige Patienten, wir führten Kriseninterventionen durch und boten fortlaufende ambulante Gespräche für viele Patienten an. Die Zuteilung von Stundenkontingenten, die Steuerung der Indikation zum Betreuten Wohnen, die Kontrolle der zur Verfügung stehenden Gelder – all das war unsere Aufgabe damals noch nicht. Und so konnte die Kooperation mit den verschiedenen Akteuren des Reformprozesses auf eine recht informelle, aber effiziente Weise erfolgen. Das fühlte sich gut an, und ich vermute, dass Ihnen diese Atmosphäre der leichtgängigen Kooperation ebenfalls vertraut ist – auch wenn Sie aus ganz anderen regionalen und professionellen Zusammenhängen kommen.

In Bremen gab es – einem bundesweiten Trend entsprechend und dem Zeitgeist folgend – sehr viel Interesse an *familientherapeutischen* Ansätzen, und diese Orientierung wurde in der gemeindepsychiatrischen Arbeit, also im Kontakt mit Angehörigen, Nachbarn, Lehrern, Polizisten, Arbeitgebern, niedergelassenen Ärzten, Pastoren, in der Wohnungslosenhilfe und bei anderen Gelegenheiten im Sektor auch dringend benötigt. Etliche Kollegen qualifizierten sich in analytisch-systemischer Familientherapie, und ich trat in die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie (DAF) ein. Die DAF war das überregionale Forum für den Austausch auch über Fragen der *Anwendung familiendynamischer Konzepte im psychosozialen Feld*. Ähnlich wie heute die NAPP und der DDPP stand sie allen Praktikern offen und war – über Grenzen etablierter „Verfahren“ hinaus – ein Ort der Kooperation ansonsten rivalisierender Gruppen. Patientenorientiert, berufsgruppenübergreifend, vernetzt, integrativ: Auch dafür wird es andernorts Entsprechungen gegeben haben, es war der Zeitgeist, der an vielen Orten wirkte, und es machte vielen Spaß so zu arbeiten.

Ich könnte es auch so formulieren: Als Mitwirkende entsprechender Reformprogramme – in Bremen und

anderswo – waren wir seinerzeit verlässlich Repräsentanten des „Guten“. Wir förderten die Neugründung von Wohngemeinschaften, wir berieten die dort zuständigen Betreuer und machten ihnen Mut, wir behandelten die neuen Bewohner (während wir Tee mit ihnen tranken), wir gründeten Beratungszentren, Tagestätten und Tageskliniken, und wir besuchten die Patienten in der Klinik, wenn sich die Notwendigkeit zu einer stationären Krisenintervention ergab. Mit den Kollegen in der Klinik und Tagesklinik pflegten wir verbindlichen Austausch, und bei alledem ließen wir uns von den Bedürfnissen der Patienten leiten (auch wenn wir das noch nicht „Need-adapted-Treatment“ nannten). Noch heute supervidiere ich Teams des Betreuten Wohnens, in deren WGen einzelne der damaligen Patienten leben, und immer noch fühlen sich Bewohner und Betreuer miteinander verbunden. Immer noch sind die Bewohner ihren Betreuerinnen und Betreuern *dankbar* dafür, in einer Atmosphäre des Respekts und der Wertschätzung, sowie in relativer Freiheit und Unabhängigkeit leben zu können. Die institutionelle Identität der damals gegründeten und von uns geförderten Betreuungseinrichtungen basiert bis heute auf dieser Haltung und Arbeitsweise, und natürlich erinnert dies an Winnicotts Konzept der haltenden Umwelt und sein Bild der „Umweltmutter“. So arbeiten zu dürfen, war und ist für die Beteiligten eine Quelle der Anerkennung und der beruflichen Zufriedenheit (vielleicht sogar des Wohlfühlens): Dafür sind die meisten von uns in einen helfenden Beruf gegangen, davon „nähren“ wir uns auch selbst.



Blick über den Tellerrand – aus dem Tagungsraum des EBH

Heltzel benennt drei Felder, die in seiner Erinnerung die späten siebziger sowie die achtziger Jahre wesentlich geprägt haben. Zum einen war da die Spannung zwischen einerseits psychodynamischen und andererseits sozialpsychiatrischen Haltungen, die er als therapiefern oder therapiekritisch erlebte. Therapeuten und besonders Psychoanalytiker mussten sich rechtfertigen, wie sie zu einer so elitären und für die Schwerkranken ungeeigneten Methode kommen. Die Rolle des „guten“ Objektes, die viele engagierte Mitarbeiter der Psychiatrie übernommen hatten, führte andererseits auch zu Spannungen mit dem gesellschaftlichen Auftrag der Psychiatrie, für Sicherheit und Ordnung zu sorgen (vor Inkrafttreten der Landesgesetze zu Zwangsmaßnahmen wurde in der

Regel bei Zwangseinweisungen nach dem „Gesetz zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung“, genannt SOG, verfahren). Und ein dritter Punkt, der Heltzel wesentlich schien, war die Entstehung einer Infrastruktur von Supervision, die es Ende der siebziger noch kaum gegeben hatte und die in den achtziger Jahren professionalisiert und institutionalisiert wurde. Zwischen dem zweiten und dritten Aspekt bestanden enge Wechselwirkungen, weil erste Supervisionsräume die Möglichkeit eröffneten, sich mit der Polizeifunktion der Psychiatrie und der eigenen Identität in diesem Kontext auseinander zu setzen.

Meine ersten eigenen Erfahrungen als Berater und Supervisor sammelte ich als Facharzt im Sozialpsychiatrischen Dienst (SPsD), indem ich einzelne Mitarbeiter des Betreuten Wohnens und andere Reformkräfte – kostenlos – beriet. Später habe ich diese Form der reflektiert-parteilichen Begleitung und Beratung „Freundschaft im Kampf“ genannt.

Es galt das Milieu und die Umgebung zu gestalten, um psychisch Leidenden im Sinne von Winnicotts „Umweltmutter“ einen fürsorglichen Raum zu bereiten. Die Mitarbeiter waren in diesem Prozess auf der Seite der Patienten und Klienten, sie waren „die Guten“ und fühlten sich wohl in dieser Rolle – aber auch ausreichend gestärkt, gegen die politischen und kulturellen Widerstände anzugehen, die sich dem fremd anmutenden psychisch Kranken, der Psychotherapie und anderen Zumutungen entgegenstellten. Professionalität wurde neu definiert und parteilich erweitert, Berufsgrenzen verwischten, wodurch auch Machtstrukturen infrage gestellt wurden.

*

Dem setzt der Berichterstatter seine eigenen Erfahrungen, seine Geschichte gegenüber:

Ich habe mich bei diesem ersten Vortrag nicht immer wohl gefühlt, weil ich Teil der von Heltzel kritisch erwähnten Sozialpsychiatrie gewesen war, in Einrichtungen der Hamburgischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie angestellt gewesen war und den Vorständen der HGSP und der DGSP mitgearbeitet hatte. Die Reibungen zwischen dem pragmatischen Machertum, der politischen Linie und den Überbleibseln des antipsychiatrischen Eifers innerhalb der Sozialpsychiatrie waren mir durchaus vertraut. Ich hatte aber auch in der Sozialpsychiatrie der siebziger Jahre ausgesprochen konstruktive Supervisionskonzepte kennen gelernt, hatte sehr ernsthafte Arbeit an der philosophischen und psychotherapeutischen Substanz sozialpsychiatrischer Rahmenumgebung erlebt und daran mitgewirkt. Die DGSP hatte damals begonnen, sich mit der Rolle der Psychiatrie, der Ärzte und Pflegekräfte im Dritten Reich auseinander zu setzen. Das hatte mich bewegt und nachhaltig geprägt. Personen wie Ursula Plog, die ich als Supervisorin und als freundschaftlich verbundene Kollegin schätzen gelernt hatte, oder meine Redaktionskollegen der Fachzeitschrift „Soziale Psychiatrie“ (Ilse Eichenbrenner und Joseph Schädle, um nur zwei herauszugreifen) hatten mir immer wieder

zeigen können, wie eine nahezu unerschütterliche moralische Integrität gelebt werden kann. Ich würde diese Zeit also wie Heltzel als Phase großer Chancen ansehen, die sicher teilweise verpasst, aber teilweise auch ergriffen und entwickelt wurden. Sozialpsychiatrie und Psychotherapie oder Psychoanalyse hätten sich (stärker als es tatsächlich geschah) als das sehen können, was sie in meinen Augen sind: zwei Seiten einer Medaille. Beispiel Auseinandersetzung mit Psychiatrie und Psychoanalyse im Nationalsozialismus: Die Ausstellung der DPV »Hier geht das Leben auf eine sehr merkwürdige Weise weiter ...«, die den ersten internationalen Psychoanalytiker-Kongress 1985 in Hamburg begleitete, hätte ein Meilenstein der Verständigung von Sozialpsychiatrie und Analyse sein können: Die DGSP hatte sich mit „ihrer“ Seite der Geschichte bereits intensiv befasst, als dann die Psychoanalyse nachzog. Allein diese Chance zu einer gemeinsamen Durcharbeitung verpuffte. Die DGSP arbeitete sich mehr an Günter Ammons psychoanalytischer Sekte „Deutsche Akademie für Psychoanalyse“ ab. Als die NAPP und die DGSP zusammen mit der Medizinischen Hochschule Hannover im Jahr 2000 eine Tagung zum Thema „Psychoanalyse und Sozialpsychiatrie“ durchführten, resümierte ich im NAPPO: „Es war ein engagierter, wohlwollender Schlagabtausch“. Mehr aber auch irgendwie nicht. In diesem kurzen kommentierenden Einschub bleibt mir nur zu konstatieren: Das Verhältnis zwischen der (politischen) Sozialpsychiatrie und der (psychodynamischen) Psychotherapie bleibt diffus, aber spannend.

*

1990-2005

Zurück zu den Ausführungen von Rudolf Heltzel. Er betrachtete jetzt den Zeitraum von 1990-2005 und bezog sich auf Entwicklungen der Organisation, der institutionellen Struktur der Psychiatrie und der psychosozialen Versorgung. Er referiert den wissenschaftlich-numerischen Blick auf die Landschaft: Abnahme der psychiatrischen Krankenhausbetten, Zunahme von Tageskliniken, Institutsambulanzen, niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten, flächendeckende Versorgung mit Wohn- und Beschäftigungseinrichtungen, Rückführung der psychiatrischen Versorgung in die Gemeinde. Klingt alles gut. Dem steht aber für die neunziger und beginnenden nuller Jahre gegenüber: Zunahme der Behandlungsplätze im Maßregelvollzug um das Dreifache, die Hälfte der in der Forensik eingesperrten Klienten sind psychotisch erkrankt, über 70% der Wohnungslosen sind psychisch erkrankt, die Zahl der Zwangseinweisungen hat deutlich zugenommen. Die Behandlungsdauer in Psychiatrischen Kliniken sinkt ständig – die Verweildauer in forensischen Einrichtungen hat sich hingegen verdoppelt. Ein Teil der Psychiatrie ist also in die Gemeinde gezogen, wurde ambulantisiert und modernisiert – ein bedeutsamer Teil ist aber in andere Felder sozialer oder polizeilicher Aufgaben umgezogen und wird dort mehr oder weniger zureichend verwaltet oder (zu häufig) ganz ignoriert. Heltzel fasst zusammen:

Vor allem in den Kliniken, aber nicht nur dort, sondern auch tagesklinisch, ambulant und im System der sozialpsychiatrischen Betreuung und Begleitung ist es im Verlauf der 1990er Jahre und noch mehr nach der Jahrtausendwende zu Verkürzungen der Behandlungs- und Betreuungszeiten und – korrespondierend – zu einem Anstieg der „Fallzahl“ gekommen. Möglichst konstante Vollbelegung ist überall Pflichtprogramm, daraus resultiert gesteigerter Aufnahme- und Entlassungsdruck, und wo dieses unter Hochdruck zu praktizierende Belegungsmanagement nicht perfekt funktioniert, drohen rote Zahlen und – am Horizont – die Insolvenz. In mehreren Kliniken, in denen ich beratend tätig bin, sind Verkauf oder Fusion entweder ständiges Thema, oder bereits eingetretene Realität. Wer heute noch denkt, von dieser Entwicklung nicht betroffen zu sein, kann schon im nächsten Halbjahr eines Besseren belehrt werden. Es gibt kaum einen psychosozialen Arbeitsplatz, der nicht vom Diktat der Ökonomie bestimmt wird, in der Folge kam es fast überall zu steigender Arbeitsdichte, zu rasanter Beschleunigung von Arbeitsprozessen, zu korrespondierender Formalisierung und Bürokratisierung. Das alles hat Konsequenzen sowohl für Mitarbeitende, als auch für Führungskräfte und Leitungsverantwortliche.



Struktur und Hygiene (Elsa-Brandtsröm-WC)

Das wirkt sich aus im Selbstverständnis von Mitarbeitern, in der Struktur und dem Ausmaß der Überlastung, und es ändert die Rolle des „guten Objekts“. Mitarbeiter müssen den Wechsel vom guten Menschen zum Begrenzer und Verweigerer von Leistungen, Zeit oder anderen Gütern verdauen. Sie sind nicht mehr die Guten, zumindest nicht per se und andauernd, sondern immer stärker (auch) Agenten des Systems.

2005-2015 und weiter

Rudolf Heltzel konstatiert für die letzten zehn Jahre eine

Veränderung in der Struktur psychiatrischer Probleme und Symptome. Zunehmend haben stationäre Einrichtungen, aber auch ambulante Sozialpsychiatrie mit selbstverletzendem Verhalten vor allem weiblicher Nutzer zu tun. Ganz allgemein wirken sich die behandelten bzw. betreuten intrapsychischen Konflikte anders aus: Patienten und Klienten sind anspruchsvoller und entwertender geworden, sie setzen Suizidalität stärker ein oder sind ihr mehr ausgeliefert, sie fühlen sich deutlich häufiger hintergangen, belogen oder betrogen durch Mitarbeiter, sind von ihnen enttäuscht oder fühlen sich ihnen ausgeliefert. Paranoide Strukturen im Umgang von Mitarbeitern und Patienten nehmen zu. Auf vielfältige und unterschiedliche Art und Weise sind Patienten, aber auch Mitarbeiter immer stärker durch Traumatisierungen belastet. Das hat spezifische intrapsychische Konsequenzen: Spaltungsprozesse nehmen zu, und zwar vor allem auch auf der Seite der Mitarbeiter und der Organisation. In den letzten Jahrzehnten sind Teamstrukturen immer bestimmender für psychiatrische Institutionen geworden. Daraus ergibt sich eine neue, oft nicht ausreichend verstandene Verletzbarkeit der Teams und der Organisationen. Der englische Psychoanalytiker Hinshelwood (1) nennt die Folge *organizational schism*, Spaltungsprozesse innerhalb der Organisation, und *burnout*.

Kumulierender persönlicher „Burnout“ trage zu einer *Organisationspathologie* mit folgenden Symptomen bei: Demoralisation, hohe Krankenstände, hohe Personalfluktuation, schwere berufliche Selbstzweifel, emotionale Distanz zu den Patienten, Arbeit nach Vorschrift, paranoid getönte Vorwürfe in Richtung Führung, Spaltungs- und Fragmentierungsprozesse unter den Beschäftigten, chronische Kämpfe zwischen verfeindeten Gruppen und Teams und schlussendlich: chronische Abwendung von der primären Aufgabe (Vernachlässigung der Behandlungen und Betreuungen). Immer massiver auftretende Gefühle des eigenen fachlichen Unvermögens (die auf andere Berufsgruppen und andere Teammitglieder projiziert würden) bewirkten einen Prozess der wechselseitigen Missachtung, der alle Beteiligten schwäche.

Über individuelle Burnout-Prozesse hinaus treten in den heutigen Teamstrukturen immer häufiger Formen des „organisationalen Burnout“ auf. Heltzel zählt Signale auf, die darauf hinweisen – und die sich lesen wie ein Wegweiser durch die Teams der Psychiatrie:

- *Alarmierende Selbstdiagnose:* Führungskräfte haben das Gefühl, dass Mitarbeitende dem Unternehmen den Rücken kehren
- *Kommunikationsprobleme:* Es hakt an Frequenz und Qualität in der Kommunikation (es gibt zu viele Meetings, oder zu wenig davon)
- *Informationsdefizite:* Mitarbeitende fühlen sich nicht ausreichend oder falsch informiert
- *Zunehmende Konflikte:* Mangel an Respekt, Desinteresse, „Mir-doch-egal“- Haltung

- *Verengung der Sinnhorizonte:* Auch wenn es noch Ziele gibt, glaubt kaum noch einer daran, dass sie sinnvoll zu erreichen sind
- *Klimawandel:* Das Betriebsklima wird depressiver, die Menschen gehen sich aus dem Weg
- *Hoher Krankenstand:* Nicht nur die Leistungsschwachen, sondern auch die Leistungsträger schmeißen den Löffel hin
- *Abschottung:* Die Menschen diskutieren stundenlang auf den Fluren, die eigentliche Arbeit wird zweitrangig, es geht nie jemand ans Telefon
- *Unberechenbarkeit:* Die Mitarbeitenden wissen nicht, was als nächstes im Unternehmen geschieht und sind permanent in Sorge.

Eine so brüchig und instabil gewordener institutioneller Rahmen reagiert doppelt empfindlich auf ideologische Zielsetzungen wie die permanente Dekonstruktion der Versorgungsstrukturen, die aus antipsychiatrischen und systemischen Quellen gespeist werden. Heltzel beschreibt das exemplarisch

In einer Tagesklinik, die Teil einer dekonstruierten Komplexeinrichtung war, saßen über zwanzig vollkommen erschöpfte und resignierte Professionelle in der Teamsupervision und versuchten über Monate vergeblich, ihre therapeutischen Angebote zu koordinieren. Jeder Beschäftigte bot (ohne systematische Begründung) irgendeine „Gruppe“ oder eine Einzelaktivität an, und weder gab es eine nachvollziehbare zeitliche Abstimmung untereinander, noch ein übergeordnetes Behandlungskonzept, in das sich die Angebote sinnvoll einfügen ließen. Sie resultierten zumeist aus dem Bedürfnis einer bestimmten Berufsgruppe und rechtfertigten deren Existenz, oder sie dienten dem Rechtfertigungsbedürfnis einzelner Kollegen. Da die oberärztliche Leitung nur kommissarisch besetzt war und da sie sich hauptsächlich durch ihr *Fehlen* bemerkbar machte, mangelte es nicht nur an Strukturgebung und Zusammenhang, sondern auch an Anerkennung und Wertschätzung der verschiedenen Beiträge. Obwohl es – auf dem Papier – Vernetzung und Kooperation in der Region gab, arbeitete die TK vollkommen isoliert und unverbunden. Gemeinsame Treffen oder Gespräche mit Vertretern der Mutterklinik oder Repräsentanten ambulanter Versorgungsangebote gab es nicht, und als ich die in der Supervision Anwesenden – fallbezogen – anregte, zuständige Mitarbeiter des SPsD und des Betreuten Wohnens anzurufen um Behandlungen bestimmter Patienten abzustimmen, schaute man mich entgeistert an: Auf diese Idee sei man seit Jahren nicht mehr gekommen, aber ich habe ja Recht, das höre sich sinnvoll an (wurde anschließend aber doch nicht umgesetzt). Natürlich habe ich Klausur- und Konzepttage der TK angeregt, aber als ein solches Treffen nach vielen Widerständen endlich zustande kam, endete es mit vagen Ergebnissen, die keine Umsetzung erfuhren.

Heltzel hält maligne Entwicklungen in der psychiatrischen Landschaft (in Wechselwirkung mit gesellschaftlichem Kontext) für wesentlich mitbestimmt

durch sozialpsychiatrische Konzepte und Einflüsse. Er beschreibt mit Bezug auf G. Wilke (3), wie

...Teams und Organisationen, darunter auch psychosoziale, *kumulativ traumatisiert* wurden, indem Beschäftigte die individuelle Erfahrung massiver repetitiver Überlastung machten (also dauerhaft mehr leisten mussten, als sie bewältigen konnten) und dabei seitens der Führung in endloser Abfolge mit immer neuen Konzepten und weiteren Umstrukturierungen konfrontiert wurden. Diese Entwicklung in der Sozialpsychiatrie meine ich. Die betreffenden Institutionen sind fast ausschließlich mit dem eigenen Überleben beschäftigt, während die ursprüngliche primäre Aufgabe ganz in den Hintergrund tritt.

*

Erneut wechsele ich an dieser Stelle aus dem Berichtsin den Kommentar-Modus. Und erneut kommt mein Unwohlsein aus der sozialpsychiatrischen (Teil-) Identität, der ich mich stärker verpflichtet zu fühlen scheine als Rudolf Heltzel. Die Struktur paranoiden und spaltender Teams und Organisationen findet dabei meine rückhaltlose Zustimmung: So ist es. Aber kann man diese unselige Tendenz allein der Sozialpsychiatrie zuschreiben?

In meinen Aufzeichnungen während dieses Vortrags-Teils habe ich neben „organisationalem Burnout“ das Stichwort „Kapitalismus“ notiert. Vieles, was Heltzel zutreffend beschreibt, kreist immer wieder um das Stichwort „Ökonomisierung“. In den letzten Jahrzehnten wurden zunehmend alle Lebensbereiche immer stärker ökonomisiert. Das zeigt sich in der zunehmenden Konsumorientierung in Freizeit oder Kulturverhalten, aber es geht nicht nur um die direkte Vereinnahmung verschiedener Lebensbereiche durch Markt-Gesetze. Darüber hinaus wandeln sich auch Beziehungen und Affekte zu Waren, werden verdinglicht und unterliegen damit auch den Entfremdungsprozessen jeder kapitalistischen Gesellschaft. Sozialpsychiatrie ist in der Folge der 68er Revolte angetreten als antikapitalistische Bewegung im Feld der Psychiatrie. Im Prozess ihrer organisatorischen, politischen und fachlichen Anerkennung hat sie sich (zu einem Großteil) stromlinienförmig angepasst und betreibt als sozialtechnologische Rest-Ideologie das Geschäft des Kapitals. So könnte man es sehr verkürzt, überspitzt und polemisch skizzieren.

Mir geht es dabei gar nicht so sehr um ein Sozialpsychiatrie-Bashing. Sondern ich finde, dass diese Skizze eines sehr deutlich macht: Wir haben es mit kapitalistischen Strömungen zu tun. Die Sozialpsychiatrie hat ihren Machtzuwachs (den sie zweifelsohne in den letzten Jahrzehnten oft auch konstruktiv ausspielen konnte) erkaufte damit, in diese Strömungen eingespeist zu werden. Aber letztlich sind nicht die sozialpsychiatrischen Konzepte Wurzel allen Übels, sondern es ist die kapitalistische Ökonomisierung, die alles überwuchert und das alltägliche Spardiktat der Gemeindepsychiatrie antreibt. Wenn dieses Diktat eine neue Finanzierungsformel für die

Krankenhauspsychiatrie (PEPP) hervorbringt und die oben beschriebenen Burnout-Prozesse damit unsäglich fort- und festschreibt, dann ist auch die DGSP nicht in der Lage, das aufzuhalten (so scheint es), selbst wenn sie – wie gerade geschehen – attac und ver.di als Bundesgenossen gewinnt.

Es wäre sicher interessant, die Verwicklungen psychodynamischer Organisationen in diesen Ökonomisierungszwang ebenso zu analysieren wie die der Sozialpsychiatrie. Dazu sind wir in der NAPP noch nicht so gekommen...

*

Abschließend ging Heltzel dann auf die Frage ein, wie denn in dieser vielfältig festgefahrenen und sich zuspitzenden Situation psychodynamische Psychiatrie



Pause bei Elsa Brandström

aussehen und wie man sie umsetzen könne. Die Behandlung dieser Frage teilt sich auf in ein konzeptionelles und ein persönliches Kapitel.

Konzeptionell bezog sich Heltzel auf seine schon 1998 formulierten grundlegenden Aspekte psychodynamischer Arbeit (2), die er um einige neue Punkte ergänzte und so auf die Zahl von 18 Thesen kam:

Psychodynamische, gemeindenah ausgerichtete Psychiatrie...

- zeichnet sich durch *Mehrdimensionalität* aus (1)
- ist *verstehende* Psychiatrie (2)
- basiert auf *Psychoanalyse* und *Gruppenanalyse* (3)
- gründet auf *Geschichte* (4)
- handelt von *unbewussten Konflikten* (5)
- ist Theorie und Praxis *zwischen-menschlicher Beziehungen* (6)
- bedient sich *szenisches Verstehens* als zentralem Interpretationsmodell (7)
- nutzt verbreitete *Handlungssprache* als Kommunikationsform (8)
- arbeitet mit der Dialektik von *Raum* und *Rahmen* (9)
- realisiert sich im *multiprofessionellen Team* (10)

- erfordert *Therapeutische Gemeinschaft* (11)
- lebt von *Innovation* und *Traditionswahrung* (12)
- braucht *elastische Kontaktaufnahme* zu den Patienten (13)
- etabliert *haltende Beziehungen* und bietet *Containment* an (14)
- lebt *Kooperation* (mit Angehörigen) und *Vernetzung* (mit Professionellen) (15)
- arbeitet *bifokal* (soziale Intervention plus psychodynamisches Verstehen) (16)
- pflegt eine *entwicklungsfördernde Haltung* (17)
- und nachsichtige Zielsetzungen (*gut genug sein*) (18).

Die Ausführungen zu diesen achtzehn wesentlichen Bestandteilen psychodynamischer Arbeit in der Psychiatrie sind in den Ausführungen von Heltzel so verdichtet, dass sie hier nicht weiter zusammengefasst werden können – man muss sie einfach in seinem eigenen Text nachlesen. Wir drucken sie daher im folgenden Beitrag original ab (ab S.)

Natürlich sind dem einen oder anderen einzelne Punkte besonders wichtig:

- Wie steht es heutzutage mit der Bedeutung des Rahmens zwischen Gängelung und Autonomie, und was kann man tun, wenn der Rahmen nicht mehr so selbstverständlich zur Verfügung steht, sondern Verunsicherung und Verwahrlosung zur Regel werden?
- Wie ist die Entwicklung psychoanalytischer und psychodynamischer Konzepte zu immer mehr relationaler Orientierung einzuschätzen? Wird Psychoanalyse tatsächlich immer sozialer?
- Wie unterscheidet man zwischen Beliebigkeit und einer fließenden Flexibilität im Methodenwechsel? Muss man auch „dreckig“ arbeiten, und wie kann Fehlerfreundlichkeit im System aussehen?

Weil viele dieser und viele andere Fragen nicht so einfach zu beantworten waren und sind, wird die NAPP (begleitet durch Rudolf Heltzel) ihnen weiterhin nachgehen. Eine Fortsetzung der Diskussion wird im April 2016 stattfinden (s. Ankündigung in diesem NAPPO). Alle Beteiligten waren dankbar für die Perspektive, die sich ergab: Hier wurde nicht nur eine scharfe Analyse der letzten vierzig Jahre vorgelegt, und es soll nicht bei der Benennung des Vergangenen bleiben. Vielmehr müssen Strategien entwickelt werden, wie mit den Problemen künftig umzugehen ist. Die NAPP wird die nächsten Schritte gehen, und Rudolf Heltzel wird sie darin ein Stück weit begleiten. Das war das beruhigende Ergebnis der drei Vortragsblocks auf dieser Tagung.

Bleibt aber neben diesen konzeptionellen Ausblicken noch das zweite, persönliche Kapitel. Heltzel legte großen Wert auf die zweizügige Fortbewegung in der psychiatrischen Landschaft. Neben den Inhalten gilt es gleichberechtigt die persönliche und subjektive

Einbindung in den Kontext zu verstehen. Wo komme ich her, wie ist es mir schon als Kind ergangen und wie hat sich das in meinem beruflichen Werdegang ausgewirkt? Heltzel beschrieb persönliche Hintergründe seiner Schwerpunktsetzung als Supervisor mit eigenwilligem Konzept. Nur wenn mir selbst mein individueller Hintergrund klarer wird, kann ich mich von den Beeinträchtigungen institutioneller Pathologien freihalten. Nur wenn ich weiß, warum mir dieses besonderen Spaß macht und jenes überhaupt nicht, kann ich freier entscheiden, wann ich mir erlauben kann, das Ungeliebte sein zu lassen oder wann ich mich doch darauf einlassen muss. Oder wovor ich da Angst habe oder was ich da wiederhole. Der subjektive Faktor ist wie die Gegenübertragung (die ja ursprünglich nur als Störfaktor verstanden wurde und unwirksam gemacht werden sollte) ein wesentlicher Teil der psychodynamischen Tätigkeit in der Psychiatrie. Wir versuchen ihn wertzuschätzen und nicht auszuräumen. Über diese Faktoren und ihre Auswirkungen in seinem eigenen beruflichen Werdegang hat Rudolf Heltzel bereits an anderer Stelle ausführlicher berichtet (4,5).

Als Berichterstatter habe ich mich rückblickend auch gefragt, wie es sich in dem ganzen Prozess wohl ausgewirkt haben mag, dass Rudolf Heltzel wie auch ich selbst im skizzierten Zeitraum vierzig Jahre älter geworden sind. Wir waren jung, und wir brauchten die Ideale... aber ich kann und will hier selbstverständlich nicht für den Referenten sprechen.

*

Zur Tagung gehört traditionell ein Block, der von NAPP-Mitgliedern handlungsorientiert gestaltet wird. In diesem Jahr stellten Betül Licht und Tareq Dinsad orientalische Heilmethoden mit Rhythmus und Atem vor. In einem Prozess der Konzentration auf den ganzen Körper und alle seine Teile sowie auf den Atem in diesem ganzen Körper beginnt eine Bewegung, die zugleich auf sich selbst zurückwirft und mit dem Raum verbindet. Das Erspüren des eigenen Körpers durch die eigenen Hände und die Wahrnehmung des Körpers durch die Bewegung lassen eine Beziehung entstehen, eine Einbindung, die dann heilsame Wirkungen ermöglicht.

Für mich selbst hatte diese sehr harmonisierende Sitzung eine Verbindung hergestellt zwischen dem Grünspan und den Sufis. Meine Geschichte (Grünspan war so 1970) und die orientierende Beschäftigung mit dem Orient (z.B. auf einer Musiktherapietagung in Istanbul 2012 – und hier bei der NAPP 2015) gingen eine Beziehung ein, die mich sehr entspannte. Und Tareqs Trommel gab den Rhythmus an...



Den Handlungsdialog beginnen (Kulturelle Landpartie 2010)

Literatur:

hier werden nur Publikationen aufgeführt, auf die im Text explizit Bezug genommen wird. Für ausführliche Literaturangaben siehe Heltzel 2015

- (1) Hinshelwood, R. D. (2012): Personal trauma and collective disorder: the example of organizational psychodynamics in psychiatry. In: Hopper, E. (Ed.) (2012): Trauma and Organisations. Karnac Books Ltd., London, p. 129-150
- (2) Heltzel (1998): Was ist psychodynamische Psychiatrie? In: NAPPO 3
- (3) Wilke, G. (2012). Leaders and groups in traumatized and traumatizing organisations: a matter of everyday survival. In: Hopper, E. (Ed.) (2012): Trauma and Organisations. Karnac Books Ltd., London, p. 195-214
- (4) Heltzel (o.J.): Als Gruppenanalytiker in komplexen Supervisionsaufträgen oder: wie GRAS mich bei der Beratungsarbeit in Organisationen begleitet
- (5) Heltzel (2014): Die (Gegen-) Übertragungen des Beraters in der organisationsbezogenen Beratung. Vortrag auf der Jubiläums-Fachtagung „Innere Arbeit des Beraters – von den Ängsten, Zweifeln und Freuden der BeraterInnen“, Berlin, 28./29. Juni 2014
- (6) Heltzel (2015): Psychodynamisches Arbeiten heute?! Rückschau und Ausblick eines Beteiligten. Vortrag interne NAPP-Tagung Hamburg 6./7.11.2015, Manuskript, 40 Seiten (kann in der NAPP-Geschäftsstelle angefordert werden)

Wie geht Psychodynamisches Arbeiten heute?

Von Rudolf Heltzel

Seit über zehn Jahren arbeitet Rudolf Heltzel daran, grundlegende Aspekte psychodynamischer Arbeit in der Psychiatrie aufzulisten. Nachdem er zu Beginn mit einem Dutzend Punkte auskam, sind es heute achtzehn geworden, die das Feld abdecken. Diese achtzehn Punkte standen am Schluss einer Vorträge auf der internen Tagung der NAPP 2015. Wir dokumentieren:

Mehrdimensionalität (1)

Wenn heute von Ganzheitlichkeit und mehrdimensionaler, bio-psycho-sozialer Sicht- und Arbeitsweise gesprochen wird, hat dies noch mehr Überzeugungskraft als vor zwanzig Jahren: Die Ergebnisse der *Neurobiologie* und der *Neurowissenschaften* (z. B. Solms 2006, Schore 2007) haben der ohnehin bedeutsamen körperlichen Dimension psychiatrischer und psychodynamischer Arbeit noch einmal Nachdruck verliehen und nicht nur das Verständnis psychisch kranker Menschen, sondern auch den therapeutischen Zugang zu ihnen vertieft. Die Wiederentdeckung und Rehabilitation der *Bindungstheorie* (z. B. Fonagy 2003), die *Säuglingsforschung* und *Mutter-Kind-Beobachtung* (z. B. Stern 1992, 1998), das Konzept der *Mentalisierung* (z. B. Allen, Fonagy, Bateman 2011, Bateman, Fonagy (Hg.) 2015) und v. a. die Entwicklung der *intersubjektiven* und *relationalen* Konzepte in der Psychoanalyse (z. B. Aron 1996; Orange, Atwood, Stolorow 2001; Mitchell 2003, 2005; Aron und Harris 2006) haben die Einsicht bestärkt, dass psychodynamisches Denken und Handeln im Grunde gar nicht anders als fachübergreifend, also integrativ und mehrdimensional existieren kann.

Verstehende Psychiatrie (2)

Was das Verstehen von Sinnzusammenhängen in intrapsychischer, zwischenmenschlicher und lebensgeschichtlicher Dimension angeht, ist es in den letzten zwei Jahrzehnten zu einer unglaublichen Erweiterung insofern gekommen, als die Erforschung und Erarbeitung *impliziten, prozeduralen Wissens*, v. a. *impliziten Beziehungswissens*, unsere Möglichkeiten, „Momente der Begegnung“ (Stern u. a. 2002) zu verstehen und therapeutisch zu nutzen, enorm differenziert und vertieft hat. Auch die beachtlichen Zuwächse an psychoanalytischen und psychodynamischen Erkenntnissen in Bezug auf *Traumata und Traumafolgeschäden* ermöglicht uns heute ein viel differenzierteres und zutreffenderes Verständnis von Patienten und Patientenschicksalen (z. B. Bohleber 1997, 2000; Küchenhoff 1998, Allen, Fonagy, Bateman 2011 S. 274ff.; Streeck-Fischer 2014; Allen, Lemma, Fonagy 2015) als noch vor zwei Jahrzehnten. Dieses Verstehen ist – zunächst – *nicht* sprachlich gebunden oder repräsentiert, sondern erfolgt mit allen Sinnen, intuitiv, körpernah und interaktionell.

Psychoanalyse und Gruppenanalyse (3)

Die seinerzeit skizzierte Vielfalt psychoanalytischer Konzepte und Haltungen hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten noch wesentlich verstärkt. Trotz anhaltender Versuche, einen „common ground“, eine gemeinsame Basis „der“ Psychoanalyse zu bestimmen, wirkt der psychoanalytische Austausch heute wie ein vielstimmiger, teils dissonanter Klang mit wachsenden Anteilen an Improvisation und freiem Spiel. Die Psychoanalyse wird mehr und mehr *selbst* zu einem *gruppalen* Phänomen, sie existiert im Plural. Besonders die *Relationale Psychoanalyse* mit ihrem (verstorbenen) Hauptvertreter Stephen Mitchell setzt sich für eine *Integration* verschiedener psychoanalytischer Konzepte und Haltungen und dafür ein, je nach Situation und je nach Bedarf auf verschiedenen Instrumenten verschiedene Musikstile zu kultivieren: „Am nützlichsten (...) ist mir die Freiheit, in verschiedenen Situationen unterschiedlich zu reagieren und auf eine Vielzahl möglicher Antworten aus meinem Repertoire zurückgreifen zu können, wenn mir diese als erfolgversprechend erscheinen“ (Mitchell 2005, S. 250). Eine solche Offenheit mag viele verwirren und ärgern, wird aber von einer stetig wachsenden Zahl von Psychoanalytikern als anregend und den Interpretationsspielraum erweiternd erlebt. Wer psychodynamisch-psychiatrisch arbeitet, kann sich über diese Entwicklung nur freuen: Er kann, wenn er seine Aufgabenstellungen flexibel und kreativ angeht, aus einem immer reicher werdenden Fundus psychoanalytischer Konzepte und Haltungen schöpfen und er darf sich ermuntert fühlen, mit verschiedenen Antworten auf den Patienten zu experimentieren und sich den Bedingungen immer wieder neu anzupassen. Er kann in einen lebendigen emotionalen Austausch eintreten und darf dabei das Risiko eingehen, sich – gemessen an den überlieferten Regeln – „nicht richtig“ zu verhalten. – Übrigens gibt es, und damit will ich diesen Punkt abschließen, eine bemerkenswerte

konzeptionelle Annäherung zwischen der Relationalen Psychoanalyse und der Foulkesschen Gruppenanalyse, da beide den Menschen als in einen sozialen Kontext hineingeboren sehen und beide zentrale Kategorien wie das Unbewusste, die Übertragung, die Gegenübertragung usw. als *gemeinsam kreiert* und als *relational*, also als sozial bestimmt ansehen.

Geschichte (4)

Während ich früher beim Thema Lebens-, Familien- und Kulturgeschichte noch den Schwerpunkt „Nationalsozialismus und seine Folgen für Verfolgte und Überlebende des Terrors“ setzte, würde ich heute – und noch mehr in nächster Zukunft – den Blick ganz allgemein auf *Traumata und Traumafolgestörungen* richten wollen. Dass eine in diesem Sinne betroffene Klientel inzwischen in allen psychiatrischen Settings anwächst, scheint mir – nach vielen Eindrücken aus Supervisionen – unzweifelhaft. Die dramatische Entwicklung der *Flüchtlingskrise* in unserem allernächsten Umfeld wird dies noch verstärken. Die Thematik von Migration und Trauma wird eine der ganz großen Herausforderungen der kommenden Jahre darstellen, auch oder gerade in der psychosozialen Arbeit. Wir werden diesen Menschen eine Unterstützung nur sein können, wenn wir uns für Ihre persönliche und soziale Geschichte öffnen.

Unbewusste Konflikte (5)

In vielen meiner Beratungsprozesse, v. a. im klinischen Bereich, dominieren heute die team- und organisationsbezogenen Themen gegenüber den fallbezogenen Anliegen. In vielen Beratungsprozessen geht es daher vorrangig um das Verständnis, noch mehr aber um die Bewältigung institutioneller Konflikte und um die gemeinsame Regulierung der zugehörigen Affekte. Die gruppenanalytische Theorie und Praxis hat uns – gerade in den letzten zwei Jahrzehnten – vieles in die Hand gegeben, was wir nutzen und hilfreich einsetzen können (z. B. Schermer und Pines (Hg.) 1994, Nitsun 1996, Hopper (Hg.) 2012). Wir wissen inzwischen mehr über tief affektive Konfliktstrukturen in Organisationen und können besser helfen, und diese Kompetenz ist – jedenfalls in meiner Beratungspraxis – zunehmend gefragt.

Zwischenmenschliche Beziehungen (6):

Dass wir hier den Kernbereich der Identität psychodynamisch ausgerichteter Profis berühren, muss ich in dieser Gruppe nicht besonders betonen. Die These 6 endete mit diesem Satz: „*Die sensible und reflektierte Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist das Wesensmerkmal psychodynamischer Psychiatrie*“. Spontan werden jetzt alle denken: „Ja, das ist es!“ Aber zeitgleich wird sich – so vermute ich – der Gedanke und das zugehörige Gefühl melden, dass es immer schwieriger und immer anstrengender wird, diesem Anspruch gerecht zu werden. Im Zusammenhang mit diesem Anspruch landen wir heute bei Selbstzweifeln, Enttäuschungen,

bei Ärger, Wut und Empörung und bei vielen anderen negativen Eindrücken, Gefühlen und Affekten. Wir landen bei Erschöpfungsgefühlen und Ängsten zusammenzubrechen, und wir werden vielleicht – im Zusammenhang mit diesem Anspruch – selber krank. All dies zuzulassen und halbwegs sensibel wahrzunehmen und wenigstens gelegentlich zu reflektieren, bleibt uns nicht erspart. Wir müssen lernen damit so authentisch, so spontan, so menschlich und so nachsichtig wie möglich umzugehen, damit wir selbst wach, gesund und lebendig bleiben. Unsere Patienten profitieren davon, wenn wir dies möglichst unverstellt und natürlich kommunizieren. Wie dies jeder von uns hin bekommt, wie wir das im Team umsetzen, das macht uns unverwechselbar, das macht unsere Einzigartigkeit aus. Jeder macht das etwas anders. Wie wir es überbringen, hängt nicht nur von unserer Tagesform, sondern auch von unserer Persönlichkeit, von unserer Lebensgeschichte ab und von vielen anderen persönlichen Faktoren ab. Es macht keinen Sinn, wenn wir uns in diesem Zusammenhang unsinnig harte, unnötig starre Standards abverlangen. Wie wir uns in bestimmten Situationen den Patienten und den Angehörigen gegenüber verhalten, lässt sich nicht übermäßig standardisieren. Es geht nicht um die Anwendung allgemeingültiger Regeln, sondern um fantasievolle Mitgestaltung der therapeutischen Beziehung. Wie wir dies tun, muss auch zu uns als Person passen, sonst wirkt es unecht. Es muss nicht unbedingt „technisch sauber“ sein, sondern nützlich. Es muss Sinn machen. Hier sind nicht Regeln gefragt, sondern praktische Klugheit, kreativer Pragmatismus, flexible Anpassung, Experimentierlust und Entdeckerfreude. Vielleicht müssen wir, wenn wir uns in diesem Sinne bemühen gut zu arbeiten, klassische Settings über Bord werfen, vielleicht geht das nur auf ganz ungewöhnliche, unorthodoxe, bisher nirgendwo beschriebene und praktizierte Art und Weise. Wenn wir uns aber in diesem Sinne unverstellt der Situation und der Herausforderung stellen, kommunizieren wir unentwegt mit dem Patienten, wir wir eine schwierige Situation meistern, in der wir uns gemeinsam mit ihm befinden. Wir sitzen mit ihm in einem Boot, wir sind „Freunde im Kampf“. Die meisten dieser Punkte kommunizieren wir implizit, unausgesprochen. Wir gehen miteinander um, ohne alles in Sprache zu bringen. Wenn es sich gut anfühlt, und wenn es miteinander „passt“, ist schon viel gewonnen. – Was ich hier anbiete, ist meine eigene Beschreibung des Wesensmerkmals relationaler psychoanalytischer Beziehungsarbeit, so wie ich das bei den verschiedensten Vertretern der interpersonellen, intersubjektiven und relationalen Psychoanalyse gelesen habe, und wie ich es selbst praktiziere.

Szenisches Verstehen (7)

Ich würde heute nicht mehr formulieren, dass Szenisches Verstehen das „zentrale“ Interpretationsmodell in der psychodynamischen Psychiatrie ist. Es ist – so sehe ich es heute – das *idealtypische* Modell der Interpretation und des Verstehens. Es handelt von Verstrickungen in Übertragungs-Gegenübertragungs-Prozesse, die nicht nur geschehen, sondern auch zugelassen werden. So kann der Patient emotional

und interaktionell von seinem professionellen Gegenüber „Gebrauch machen“. Diese Prozesse für das Verständnis des Patienten und seiner Beziehungen zu nutzen, ist essentielle psychodynamische Arbeit – die aber bestimmten Patienten in bestimmten Verfassungen nicht gut tut, ja sogar schaden kann und daher kontraindiziert ist. Aber besten lässt sich das an der Beziehungsarbeit mit Patienten erläutern, die *Bindungstraumata* erlitten haben und unter *komplexen Traumafolgezuständen* leiden. Solche Menschen sind desorientiert und unsicher gebunden und leiden unter anderem an einer gravierenden Beeinträchtigung ihrer Fähigkeit zur Affektregulation und an einer mangelhaften Mentalisierungskompetenz – insbesondere in engen Beziehungen. Das im implizit-prozeduralen Gedächtnis verankerte Beziehungstrauma wird in der Erregung und im Zustand der Affektdysregulation wiederbelebt (Schore 2007, S. 193), und der Patient benötigt eine außenstehende Person (z. B. die WG-Betreuerin), die die Situation beruhigt und aktiv zur sicheren Bindung beiträgt. Mit den üblichen Schwierigkeiten des Erwachsenenlebens fertigzuwerden, überfordert diese Patientinnen, weil Ihnen das Mentalisieren als „schützende Haut“ nicht zur Verfügung steht. So sind sie ihren überwältigenden Emotionen schutzlos ausgeliefert und nicht in der Verfassung, die eigene Motivation und die Beweggründe anderer zu prüfen und zu verstehen (Allen, Lemma, Fonagy 2015, S. 490). Um diese Notlage zu verstehen, benötigen Professionelle Kenntnisse über Traumata und ihre Bewältigung, und sie müssen es verstehen, zur sicheren Bindung und zur emotionalen Erdung beizutragen. Hier geht es nicht um das Zulassen emotionaler Verstrickung und die Nutzung der Übertragungs-Gegenübertragungs-Szene, sondern um die bedachte *Dezentrierung der Übertragungsdynamik*, etwa, indem sich die Betreuerin als anderes, von den Eltern unterschiedenes Objekt zu erkennen gibt. Indem sie die Ängste und Befürchtungen der Patientin versteht und akzeptiert, zugleich aber erläutert, dass sie – hier und jetzt – nicht angemessen sind. Um nicht zwangsläufig in eine für den Patientin *ungute* Übertragungsbeziehung zu geraten, die mit selbst- und fremddestruktiven Aktionen sowie Erregungs- und Betäubungszuständen verbunden sein kann, sollte sich die Betreuerin als Person zu erkennen geben und die Situation in ruhigen und bedachten Worten erklären. Was Annette Streeck-Fischer über traumatisierte Jugendliche schreibt, gilt analog auch für viele erwachsene Patienten: „Wenn die professionellen Begleiter während der Therapie die einzigen und zentralen Bezugspersonen sind (RH: im Betreuten Wohnen kann dies der Fall sein), ist die Gefahr groß, dass sie in traumatisiert-traumatisierende Beziehungsmuster hineingezogen werden und der Jugendliche sie immer tiefer in seine Problematik verstrickt. Die angemessene Entfernung zum Jugendlichen einzuhalten ist vor allem dann besonders schwierig, wenn es sich um vereinsamte und von vielfältigen Traumatisierungen beschädigte Jugendliche handelt (RH: Im Betreuten Wohnen kommt das häufig vor)“. Hier kommt es daher darauf an, *gerade nicht* alles einzugehen, aufzunehmen und mitzumachen und die Situation möglichst zu erden.

Handlungssprache (8):

Kein Punkt meiner Aufzählung wird durch Erkenntnisse der neueren, relationalen Psychoanalyse und ihrer angrenzenden Wissenschaften mehr begründet, unter-stützt und bestärkt als dieser: In seinem extrem lesenswerten Aufsatz „Was ist Psychoanalyse heute?“ schreibt etwa Nikolaas Treurniet, dass Agieren auch eine affektive Kommunikation und eine Inszenierung und mit dem Spiel des Kindes vergleichbar sei. Ausdrücklich plädiert er dafür, Agieren als berechtigtes Kommunikationsmittel zu akzeptieren. Partielles Agieren sei unvermeidlich, dessen Beherrschung sogar unerwünscht (Treurniet 1995, S. 122ff.). In der relationalen Psychoanalyse rangieren Worte nicht vor Handeln, Handlung wird handelnd beantwortet, u. U. in Worte gebracht, und Besprochenes wird – von beiden Beteiligten des analytischen Prozesses – in Handlung umgesetzt. Streeck formuliert: „(...) statt dem Patienten im Medium sprachlicher Symbolik vermitteln zu wollen, was er nur in der Dimension des Handelns liest, gilt es hier (RH: in der Behandlung von Patienten mit schweren strukturellen Störungen), das eigene Handeln und Mithandeln möglichst so zu gestalten, dass es für den Patienten entwicklungsförderlich ist“ (Streeck 2001, S. 50). Diese Praxis wird durch neurobiologische und neuropsychologische Befunde gestützt: Das rechtshemisphärisch (genauer: das rechts orbitofrontal gespeicherte) implizite oder prozedurale Beziehungswissen und -lernen ist nicht-symbolisch repräsentiert und wird körpernah, aber nicht sprachlich kommuniziert: „Insgesamt zeigt die Inkorporation interdisziplinärer Befunde in die klinische Theorie der Psychoanalyse, dass die Psychoanalyse keine >talking cure<, sondern eine höchst präzise >communicative cure< ist“ (Schore 2007, S. 199). – Gerade komplex traumatisierte Patienten offenbaren größte Schwierigkeiten, sich sprachlich mitzuteilen, sie neigen zur handelnden Er-Inszenierung ihrer traumatischen Erfahrungen und benötigen massives selbst- und fremdaggressives Agieren zur Spannungsabfuhr. Es dient auch der Selbstheilung und der Stabilisierung. Aus allen diesen Gründen müssen professionelle Helfer an ihrer emotionalen und körperlichen Resonanz auf nicht-sprachliche Mitteilungen der Patienten arbeiten (Streeck-Fischer 2014, S. 256 ff.). Handlungssprache ist – heute mehr denn je – verbreitete Kommunikationsform in der psychodynamischen Psychiatrie.

Dialektik von Raum und Rahmen (9): Auch wenn die seinerzeit skizzierten Dialektik von regressionsförderndem Raum und regressionsbegrenzendem Rahmen, von „Ja“ und „Nein“ in der Beziehungsgestaltung nach wie vor ihre Gültigkeit hat, wird die Bedeutung des Rahmens psychodynamischer Arbeit unter dem Einfluss neuerer, relationaler Sichtweisen tendenziell anders gesehen: Nämlich so, dass nicht nur die positiven, Sicherheit und Orientierung gebenden Aspekte desselben herausgestellt werden, sondern auch die möglicherweise nachteiligen, kritisch zu bewertenden. Neben der Klarheit und Verbindlichkeit des Rahmens psychodynamischer Arbeit (z. B. in der Forensischen Psychiatrie!) wird daher auch die Flexibilität in der Gestaltung des Settings und des

Rahmens betont. Das bringt – zusammen mit anderen Schritten der kreativen Öffnung – einen Grundton der Befreiung und der Erleichterung in die psychodynamische Arbeit: Es muss nicht immer alles gleich strukturiert bleiben. Es ist nicht immer schlecht, wenn sich Regeln, Haltungen und Verfahrensweisen verändern. In der Supervision psychodynamischer Arbeit gibt es viele Momente, die von diesem Thema handeln, und manchmal tun sich gerade die Erfahrenen schwer damit, los zu lassen und sich neuen Entwicklungen gegenüber zu öffnen. Sie fühlen sich den klassischen Konzepten gegenüber loyal verpflichtet und pochen nicht selten – mehr als nötig – auf ihre Einhaltung. Wenn wir unsere klassischen Konzepte gut kennen und sicher einsetzen, sie zugleich aber „with a light touch“ (mit leichter Hand) nutzen, dann schließen wir an vergangene Erfahrung an, öffnen uns aber zugleich für neue Möglichkeiten (Mitchell 1993, S. 75).

Multiprofessionelles Team (10)

Ohne multiprofessionelles Team geht nichts in der psychodynamischen Psychiatrie. Zweifel an diesem zentralen Punkt des psychodynamischen Selbstverständnisses sind nicht angebracht. Was theoretisch auf der Hand liegt, versteht sich praktisch aber keineswegs von selbst. Im Gegenteil: Kaum etwas scheint so fragil, so störanfällig wie die konstruktive Zusammenarbeit im Team. Manche Störfaktoren sind systembedingt: Die starre Trennung (wenn nicht gar Spaltung) zwischen Ärzten und Pflege im Krankenhaus wird durch tarif- und professionspolitische Entwicklungen gefördert. Das erschwert die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen unnötig. Der mit der allgegenwärtigen Ökonomisierung und mit der Unterfinanzierung psychosozialer Arbeit einhergehende Druck fördert ganz generell regressiv-destruktive Gruppendynamiken, so dass Spaltungen und Feindbildungen grassieren, oder innere Kündigungen zunehmen, oder jeder nur noch für sich selbst zusieht, wie er durchkommen und „überleben“ kann. Gruppenanalytisch ist all dies vielfältig begleitet, beschrieben und bedacht worden, und wir werden vermutlich in der Gruppe diskutieren, wie sich das im jeweiligen beruflichen Umfeld darstellen und anfühlen kann.

Therapeutische Gemeinschaft (11)

Alles, was ich eben über die Gefährdungen multiprofessioneller Teamarbeit ausführte, gilt hier ebenso, oder sogar verstärkt. Mir sind Organisationen bekannt, in denen der offene Austausch untereinander und die Kooperation über Berufsgruppen und Abteilungsgrenzen hinweg nicht nur nicht gepflegt, sondern sogar aktiv verweigert wird – auch wenn die Klientel komplex beeinträchtigt ist und daher reflektierte Zusammenarbeit der Professionellen zwingend geboten scheint. Solche Verweigerung kann von Teilen der Mitarbeiterschaft ausgehen, im Extremfall aber auch von der Einrichtungsleitung. Wer an solchen Orten mit psychodynamischer Beratung beauftragt ist, kommt unausweichlich an seine Grenzen. Diese Grenzen können den eigenen

Einflussbereich betreffen, aber auch die bisher genutzten, traditionellen Supervisions- und Beratungskonzepte. Als Berater muss ich in solchen Fällen u. U. neue Konzepte einsetzen und ungewöhnliche Wege gehen, und das führt mich zum nächsten Punkt.

Innovation und Traditionswahrung (12)

„Wir leben in einer psychoanalytischen Epoche“, schreibt Stephen Mitchell, „in der viele Konzepte im Fundament der Psychoanalyse, auf denen das klassische Modell der Psyche und der psychoanalytischen Situation beruht, unhaltbar geworden sind“ (Mitchell 2003, S. 183). Was für ein Satz! Was für eine Befreiung! Das gilt umso mehr, wenn man weiß, wie gut dieser viel zu früh verstorbene Autor die verschiedenen, klassischen Konzepte der Psychoanalyse kannte, und wie wertschätzend er sie miteinander verband und integrierte. Auf diese Weise trug er permanent zur Traditionswahrung *und* zur Innovation im Feld der psychoanalytischen Theorie und Praxis bei. Wer psychodynamisch-psychiatrisch arbeitet, kann sich von diesem Autor (und vielen anderen, ähnlich ausgerichteten Analytikern) lebhaft unterstützt fühlen. Als psychodynamischer Berater im Feld der Psychiatrie fühle ich mich von ihm ermuntert und bestätigt, wenn ich das klassische Modell der psychodynamischen Berater verlasse und neue Wege gehe. Manchmal ist dies unausweichlich, wie im Fall einer Einrichtung, in der Supervision und Beratung *angeordnet* wurde, und ich die Anfrage und schließlich den Auftrag erhielt, diese anzubieten und durchzuführen. Die Details dieses Beratungsprozesses behalte ich natürlich – aus Gründen der Diskretion – für mich, aber das Große und Ganze kann ich kurz skizzieren: Die Einrichtungsleitung verweigerte die konstruktive Zusammenarbeit mit bestimmten Bereichen des Hauses, so dass es keine gemeinsame Sitzungen, keine gegenseitigen Informationen und Absprachen, keine gemeinsam erarbeiteten Konzepte und keine multidisziplinäre Zusammenarbeit in Krisenfällen gab. Therapeutische Gemeinschaft – Fehlannonce! Dabei war die komplexe Aufgabenstellung der Einrichtung gar nicht anders als kooperativ zu bewältigen. Da dies ein schön länger anhaltender Zustand war, und da die Leitung selbst keine Beratung anfragte, wurde sie seitens des Trägers angeordnet. Das Ziel der Beratung war vorgegeben: Sie sollte helfen, die notwendige Zusammenarbeit der Berufsgruppen und Bereiche einzuleiten und zu etablieren. In der Umsetzung dieses Auftrages, dieser *Beratung auf Anordnung* ließ man mir grundsätzlich freie Hand. Der Vorstand des Trägers bot aber an, im Beratungsprozess mitzuwirken, wenn dies notwendig oder sinnvoll erscheine. Was resultierte, war ein komplexer Beratungsprozess, den ich – gemeinsam mit zwei Kollegen – über längere Zeit durchführte. Während es zunächst so schien, als könne die Einrichtungsleitung überzeugt werden zu kooperieren, während zunächst kleine Schritte in Richtung multiprofessioneller und bereichsübergreifender Zusammenarbeit auf den Weg zu kommen schienen, erwies sich diese Hoffnung schließlich doch als trügerisch. Uns Beratern blieb keine andere Wahl, als – in Absprache mit dem

Vorstand des Trägers – konkrete, überprüfbare Schritte in Richtung interdisziplinäre Kooperation einschließlich eines präzisen Zeitrahmens vorzugeben: Die Entwicklung hin zu einer tatsächlichen multidisziplinären und bereichsübergreifenden Zusammenarbeit sollte an konkreten Schritten ablesbar und überprüfbar sein. Mit dieser Forderung konfrontiert, entschied sich die Leitung dazu, die Einrichtung zu verlassen und eine andere Aufgabe wahrzunehmen. Die neue, bereits eingeführte Leitung wird nun die notwendige Entwicklung einleiten und umsetzen. – Beratung „auf Anordnung“, mit konkreter Zielformulierung, Erfolgskontrolle – ist das noch „psychodynamisch“? Dürfen psychodynamische Berater so aktiv intervenieren? Dürfen sie so nah am Trägervorstand arbeiten?

Elastische Kontaktaufnahme (13)

Bei diesem Punkt denke ich an Supervisionsprozesse, die ich im Betreuten Wohnen (BW), im Rahmen der integrierten Versorgung (IV) und im Kontext der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP) und im Feld der niedrigschwelligen, aufsuchenden Suchtkrankenhilfe leite. Wenn hier „Fälle“ vorgestellt werden, handelt es sich ausnahmslos um komplex gestörte, zumeist schwer traumatisierte, „multimorbide“ und chronisch beeinträchtigte Menschen, die sich im Kontakt befremdlich, bizarr, schrill, sonderbar, jedenfalls keinem Standard entsprechend verhalten. Standarddiagnosen sind so gut wie immer fehl am Platze, sie werden in ihrer Unangemessenheit nur noch von den Standardzielsetzungen der kostenbewilligenden Stellen getoppt. Ich weiß manchmal nicht, was ich schräger und bizarrer finden soll: Das Verhalten der Patienten, oder die Standardargumente der Diagnostiker und „Steuerungsexperten“. Es kommt hinzu, dass die zugesagten Betreuungsformate (Einzelfallhilfe, Betreutes Wohnen, Integrierte Versorgung, APP) ausgesprochen heterogen sind und dem wirklichen Bedarf an Begleitung und Betreuung überhaupt erst angepasst werden müssen. Manchmal reicht das zugesagte Zeitkontingent in keiner Weise aus, um die betreffenden Personen angemessen zu begleiten, in anderen Fällen ist der Patient gar nicht bereit, den Betreuer so oft zu kontaktieren, wie es die Kostenzusage ermöglicht. Und manchmal treffen sich Betreuer und Patienten, verbringen viel Zeit miteinander, haben aber keine gemeinsame Vorstellung davon, was hier miteinander Sinn machen und angestrebt werden könnte. So zuletzt in einem Fall, indem sich nach einiger Zeit ergab, dass möglicherweise *alles*, was der Patient mitgeteilt hatte, incl. seiner Lebensgeschichte und seiner aktuellen sozialen Situation, unwahr und erfunden, also eine pathologische Konstruktion war. Auf welcher Basis sollte sich die Betreuerin mit ihm treffen und austauschen? Wie viel Vertrauen oder wie viel Misstrauen war angemessen? Wie viel Offenheit war gegenüber den nur teilweise aufgeklärten Angehörigen angezeigt? Wie viel Transparenz im Kontakt mit den Kostenstellen? Welche Gesprächsführung böte sich an? Sollten die bisher geführten, langen Gespräche völlig sinnlos gewesen sein? Wie viel Konfrontation war dem Patienten zuzumuten? Wie viel Empathie, wie viel Verständnis, wie viel Unterstützung sollte die Helferin einbringen? Die Betreuung im Rahmen der IV könne

sich auf einen Zeitraum von bis zu drei Jahren erstrecken – was solle sie sinnvollerweise anstreben? Dem Patienten liege viel an den Gesprächen mit ihr, er sei sehr mitteilksam. Wenn sich nun aber alles als erfunden, als „gefaket“ erweise, sei es dann gut weiter zuzuhören? Da sein reales Leben ein einziges Chaos sei – solle sie aktiv intervenieren? – Ein anderer Patient aus der APP leidet an schwerer post-traumatischer Belastungsstörung. Er hat sich nach einer kürzlich erlittenen schweren Retraumatisierung sozial total zurückgezogen. Nun sitzt er nach der Klinikbehandlung in seiner neuen Wohnung, öffnet seit Wochen seine Umzugskisten nicht, packt einfach gar nichts an, freut sich aber auf den Besuch der ambulanten psychiatrischen Pflege und genießt offenbar das Gespräch. Nur greift er keine einzige Anregung der Pflegekräfte auf und packt schlichtweg gar nichts an. Die APP ist aber bewilligt worden, um den Patienten zu Ärzten, zum Einkaufen, zu Ämtern usw. zu begleiten! Das kann seit Wochen nicht umgesetzt werden, weil er einfach nirgendwo hinget. Wie solle man den bisherigen Kontakt einschätzen? Ist das sinnvoll? Oder sollte es – weil sinnlos – beendet werden? – Ich könnte viele weitere Geschichten erzählen, und sie alle würden davon handeln, dass gemeindenahe psychodynamische Arbeit jenseits formaler, unsinniger Vorgaben eine flexible, individuelle, entgegenkommende und elastische Haltung braucht. Das gilt heute mehr denn je.

Haltende Beziehungen und Containment (14)

„Können psychiatrische Organisationen haltende Umwelt sein?“ war mein Thema auf der zweiten Kooperationstagung in Frankfurt/Main, das war im Jahr 2003. Heute, zwölf Jahre später, ist unsere Antwort: Ja, das können sie, das können sie nach wie vor, es fällt aber immer schwerer. Der Halt wird fragiler, brüchiger, und ihn trotz widriger werdender Bedingungen aufrecht zu erhalten, fühlt sich immer anstrengender an. Die „Umweltmutter“ (Winnicott) kränkt selbst, sie ist alleinerziehend, oder der Kindesvater ist viel zu selten da, und so sehnt sie sich selbst nach Unterstützung. Sie kann oft nicht mehr, ihr ist zeitweise zum Heulen, sie wünscht sich Trost, Zuspruch oder wenigstens die Anerkennung ihres Engagements. Manchmal kommt auch das von niemandem. – In dieser Lage fühlen sich heute viele Professionelle, und wie wir das wahrnehmen, anerkennen und miteinander reflektieren und kommunizieren, das macht *Containment* aus. In vielen Supervisionen realisieren wir schließlich, dass wir gerne mit Patienten arbeiten, dass wir gerne mit Kollegen kooperieren, und dass wir eine sinnstiftende, anregende und befriedigende Arbeit ausüben. Auch diese *Entgiftung* ist Teil des Containments.

Kooperation und Vernetzung (15)

Unter dem Druck der Verhältnisse, gerät die Zusammenarbeit mit Drittpersonen aus dem privaten und dem professionellen Umfeld des Patienten selbst bei denjenigen leicht in Vergessenheit, denen sie eigentlich wichtig ist. Mein oben erwähntes Beispiel zusammenführender forensischer Fallsupervision handelte davon. Es ist heute – auch das erwähnte ich

bereits – Teil unserer Grundmatrix und Ausdruck des vorherrschenden Zeitgeistes, dass Zusammenhänge aufgelöst und Verbindungen getrennt und aufgespalten werden. Daher rege ich inzwischen in zahlreichen Supervisionsprozessen an, Mitbehandler, rechtliche Betreuer u. a. Kontaktpersonen als Gäste in die Sitzung einzuladen. Hier geht es darum, Verbindungen zu knüpfen und Brücken zu bauen („Connecting“). Das führt automatisch zum nächsten Punkt.

Bifokales Arbeiten (16)

Hier geht es um die Verbindung zwischen äußerer und innerer Realität, zwischen der sozialen Situation und der innerpsychischen Verfassung unserer Patienten. Natürlich hängt das eine mit dem anderen zusammen, selbstverständlich wäre jede strikte Trennung künstlich, unnatürlich und kontraproduktiv. Gleichwohl gibt es eine zunehmende Tendenz etwa in manchen Kliniken, Arbeitsbereiche zu separieren: Der Arzt soll dann fast ausschließlich für die somatischen Belange des Patienten zuständig sein, die Psychologin für „psychologische Gespräche“, der Sozialarbeiter für das Entlassungsmanagement und die Pflege für die spezifischen Pflegeethemen – separate Pflegeplanung, Pflegevisite und Pflegedokumentation inklusive. Psychodynamische Psychiatrie ist aber mehrdimensional und sollte ganzheitlich verstanden werden, und daran zu erinnern und darum zu ringen, steht heute wieder mehr an als noch vor 10-15 Jahren. Bifokales Arbeiten, also die Verbindung von sozialer Intervention und psychodynamischem Verstehen, ist eine Facette des *Connectings*.

Entwicklungsförderung (17)

Es stimmt traurig und macht ärgerlich, dass die Zeit, die Patienten mit schweren strukturellen Störungen benötigen, um sich therapeutisch weiter zu entwickeln, in der Allgemeinpsychiatrie immer weniger vorgehalten werden kann. Auch im Betreuten Wohnen werden Zeitkontingente immer mehr gekürzt, oder es werden in relativ kurzer Abfolge Betreuungsziele in den Raum gestellt, von denen jeder Erfahrene weiß, dass sie ganz und gar unrealistisch sind. Diese Entwicklung trägt – wie ich bereits ausführte – dazu bei, dass viele Patienten, die früher allgemeinpsychiatrisch hätten behandelt werden können, heute forensisch untergebracht und behandelt werden. Sehr langsam ablaufende, dann aber spürbare und durchaus nachhaltige Entwicklungsverläufe können Mitarbeiter (und Supervisoren!) heute vorwiegend im erweiterten Kontext des Maßregelvollzuges begleiten. Die Forensische Psychiatrie und ihre Nachsorgeeinrichtungen (FIA, Betreutes Wohnen) sind daher wichtige Orte psychodynamischer Arbeit.

„Gut genug“ reicht (18)

Ich bin beim letzten Punkt angekommen. Diesen Punkt umzusetzen, ist für sehr viele Mitwirkende in der psychodynamischen Psychiatrie der leichteste und der schwerste zugleich. Gerade deshalb muss er immer wieder diskutiert werden. Leicht und schwer zugleich –

wie ist das gemeint? Es ist leicht, sich intellektuell einzugestehen, dass wir alle nicht perfekt sind, dass wir alle Abstriche an unseren Ergebnisse akzeptieren müssen, dass das immer schon so war und heute um so mehr. Das ist rational leicht zu verstehen. – Das Herzblut, das viele in die psychiatrische Arbeit einfließen lassen, ist aber so heiß, und der Anpressdruck ist so hoch, dass sich in der hochtourigen Alltagsarbeit schnell eine unzuträgliche Betriebstemperatur einstellt. Viele tun sich nun sehr schwer, sie auf ein bekömmliches Maß herunterzukühlen. Je mehr Gegenwind und je mehr Steigungen zu bewältigen sind, desto hochtouriger und desto heißer sind sie unterwegs. Sie erwarten dann, dass die Erfolge in der Arbeit mit Schwerkranken der Leidenschaft und der Intensität entsprechen, mit der sie sich ins Zeug legen. Daher werden sie schließlich ärgerlich, unzufrieden und – wenn es ganz schlecht läuft – chronisch frustriert oder sogar verbittert. Daran zu arbeiten und die kleinen Erfolge in der psychiatrischen Berufspraxis wahrzunehmen und zu schätzen, ist daher heute noch wichtiger als zu Beginn unserer Vereinsgründung.

Kranke Zeiten oder Zeitkrankheiten?

Über eine Kontroverse in der „Psyche“

von Ingo Engelmann

Ausgangspunkt: Martin Dornes in der „Psyche“

Den Stein des Anstoßes lieferte Martin Dornes. Der Soziologie und Gruppentherapeut (Jahrgang 1950) war bis 2005 habilitiert für psychoanalytische Psychologie in Kassel, von 2002-2014 Jahre in der Leitung des Frankfurter Instituts für Sozialforschung tätig und ist Autor verschiedener weit verbreiteter Werke z.B. zur analytischen Entwicklungspsychologie.

Dornes schrieb in der *Psyche* 2/2015 einen ausführlichen Artikel zum Stand der sozialwissenschaftlichen Forschung über den seelischen Gesundheitszustand im heutigen Deutschland. Gibt es heutzutage mehr psychische Erkrankungen als früher, wie es in den Medien oder von den Krankenkassen und anderen Verbänden verkündet wird? Und, wenn das möglicherweise gar nicht so ist, woran liegt der öffentlich verkündete und weit verbreitete Eindruck? Schon in der Übersicht am Anfang des Artikels wehrt sich Dornes gegen die Kritik am neoliberalen Kapitalismus und stellt fest, dass der Kapitalismuskritik das Fundament fehle.

In dem Artikel breitete Dornes dann eine beeindruckende Zahl von Metaanalysen aus, die auf größeren Datenmengen und einer Vielzahl einbezogener Untersuchungen beruhen. Erst einmal zitiert er sich selbst und beruft sich auf seine eigenen Schlussfolgerungen aus früheren Publikationen. Im Folgenden geht es um Zufriedenheitsforschung, um Prävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen, um ICD 10 und DSM IV (zwischendurch auch mal ICD 8 und DSM III, was schon fast nicht mehr wahr ist – der ICD 8 wurde in den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts angewendet). Daten der Bundesanstalt für Arbeit wurden ebenso berücksichtigt wie Artikel aus der Frankfurter Rundschau. Aus dem länger angelegten Forschungsprojekt „Macht Kapitalismus depressiv“ wird demnächst eine Buchveröffentlichung hervorgehen, auf die sich Dornes denn auch schon mal seherisch bezieht.

Es macht im ersten Moment ein bisschen demütig, eine solche Arbeit zu lesen. Die Menge der zusammengetragenen Informationen und der breite Überblick des Autors sind beeindruckend. Für mich persönlich spielte auch eine Rolle, das ich Dornes' Buch „Der kompetente Säugling“ (1993) mit großem Vergnügen und Gewinn gelesen hatte und auch seine Überblicksartikel zu den neuen Mentalisierungskonzepten nützlich fand. Stutzig war ich aber schon bei der Lektüre eines Artikels in der *ZEIT* vom 22. Januar 2015 geworden, in dem Martin Dornes und sein Kollege Martin Altmeyer die These skizzierten, die Zahl psychischer Erkrankungen sei vorrangig abhängig von der sich wandelnden Diagnosepraxis und gesellschaftlicher Kategorisierung, nicht aber einer tatsächlichen Zunahme von Erkrankungen aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen geschuldet. Altmeyer hatte als Referent auf der NAPP-Tagung 2010 schon auf die Schiefelage zwischen Innen- und Außenwelt in der Psychoanalyse hingewiesen. Nun durfte man sich zusammenreimen, wie er sich eine größere Betonung der Realität vorstellte.

Dann kam im Februar-Heft der *Psyche* eine Publikation von Dornes unter der rhetorischen Fragestellung „Macht der Kapitalismus depressiv?“. Der provokante Titel des Aufsatzes machte mich vor diesem Hintergrund neugierig, und umso erschütterter war ich von dem, was ich da las und was ich zum Teil gar nicht recht glauben konnte. Martin Dornes zeigte sich als beinhardter Sozialwissenschaftler mit einer fast religiös anmutenden Zahlengläubigkeit, was ich zunächst einfach so zähne-knirschend hinzunehmen bereit war. So sind sie halt, die traditionellen Statistiker. Es ist ja trotzdem oft sinnvoll, sich den Fragen zu stellen, die aus den Zahlen herausgelesen werden: Was hat es zu bedeuten, wenn sich aus den Untersuchungen mehrheitlich keine Hinweise auf Zunahme der Häufigkeit psychischer Erkrankungen ergibt? Ich erspare mir und dem Leser hier genauere Schilderung meiner Bauchschmerzen, die mich befallen, wenn ein erfahrener Forscher wie Dornes Prozentzahlen vergleicht und miteinander vermischt, die sich (so habe ich das im Text verschiedentlich verstanden) aus ganz unterschiedlichen Kontexten speisen. Das ist sein täglich Brot, er macht das so verantwortlich wie es geht, aber ich merke, dass ich

diesen Vorgehensweisen aufs Heftigste misstraue. Ein jahrzehntelanger widerstrebender Umgang mit den Auswüchsen evidenzbasierter Medizin haben mich da sensibilisiert. Wenn man als Forscher Teil dieser Evidenzmaschine ist, sieht man das vielleicht selbstverständlich anders. Zwischendurch befiel mich eine düstere Vision einer kleinen Nachricht im Vermischten des „Zeitgeistkuriers“, in dem darauf hingewiesen wird, dass im Jahr 2020 das Reisen mit Pferdekutschen ungleich ungefährlicher geworden ist als es vor 150 Jahren war, was man an der signifikanten Abnahme entsprechender Unfälle ablesen könne. Manchmal wird mit richtigen Zahlen das Falsche bewiesen.

Es war aber nicht nur der aus meiner Sicht sehr begrenzte wissenschaftliche Ansatz, der mich erschütterte. Derartige Dinge ist man gewöhnt, die wissenschaftlichen Zeitschriften sind voll davon. In dem Dornes-Artikel kam aber hinzu, dass ich immer wieder auf unterschwellige, stellenweise auch explizite Bewertungen und Entwertungen gegenüber bestimmten (meist eher linken) Positionen und Konzepten stieß. Immer wieder gab es die stark populistisch gefärbte Kritik des „Jammerns auf hohem Niveau“, die ich innerlich übersetzte mit: Die sollen sich mal nicht so anstellen. Martin Dornes konnte sich nicht verkneifen, den einen oder anderen Seitenhieb zu verteilen und so eine Stimmung zu verbreiten, die ich als in der Wolle gefärbten Konservatismus verstand (was er selbst aber vehement zurückweist, warum auch immer). Oder vielmehr nicht einfach Konservatismus, denn ich habe sehr ernst zu nehmende wertkonservative Menschen kennen gelernt, mit denen ein fruchtbarer Austausch trotz unterschiedlicher Meinungen sehr gut funktionierte. Bei Dornes fand ich eine latente Stimmungsmache vor, die mich erschreckte. Ich las Formulierungen, die ich arrogant und tendenziell menschenverachtend fand. Gern zitierte Dornes andere Autoren, an deren spitzzüngigen Bemerkungen er sich erfreute: Das Diktum von der „quasitheoretischen Weltbewältigung lautstarker Moralapostel“ (Franz 2000) gehörte dazu, und ich gestehe, ich neige zu Lautstärke, ich schätze Moral und Ethik, und folglich fühlte ich mich angegriffen – aber auch die Haltung, zu der ich stehe. Darauf wollte ich reagieren, persönlich und als Vertreter einer aufgeklärten, progressiven psychodynamischen Bewegung. Zunächst war meine Stellungnahme als Beitrag zum NAPP-Mitglieder-rundbrief NAPPO geplant, wurde dann aber (zu meiner Überraschung) von der Psyche als Diskussionsbeitrag aufgenommen und zusammen mit zwei weiteren Stellungnahmen von Karola Brede und Götz Egloff in der Psyche im Sommer 2015 veröffentlicht.

Der zweite Teil: Drei verschiedene Widersprüche

Die Diskussionsbeiträge von Brede, Egloff und Engelmann stellten drei verschiedene Facetten möglicher Kritik dar. Karola Brede nahm Dornes aus der Position psychoanalytisch orientierter und verpflichteter Sozialforschung unter die Lupe, Götz

Egloff kritisierte aus Sicht des theoretisch versierten Psychoanalytikers, Engelmann aus der kritischen Position einer sich politisch verstehenden psychiatrisch-psychoanalytischen Versorgungspraxis.

Überraschenderweise gab es einige kleine rote Fädchen, die sich durch die drei Kritiken hindurch wieder fanden und so eine gewisse Signifikanz erlangten. Dornes Haltung und Sprache wurde als zynisch empfunden, oder (wie Brede schrieb) nicht einmal mehr „zynisch, sondern bar jeder Überzeugung, gleichgültig gegenüber Menschen und Sachen“ (S.753). Die Kritiker waren nicht angetan von der oberflächlichen Art, in der Dornes mit psychoanalytischen Denk- und Verstehensstrukturen umgeht. Dialektische, ambivalente und unbewusste Dynamik blieb außen vor, wie beispielsweise bei Egloffs Hinweis, ein nicht anwesendes Symptom sei nicht notwendig seelisch abwesend, sondern nur nicht bewusst wahrgenommen. Und Befremden rief Dornes Bonmot aus, Verhaltensänderung sei wirksamer als Verhältnisänderung – worin in unzulässiger Vereinfachung eine Bevorzugung verhaltenstherapeutischer Interventionen zum Ausdruck kommt. Das emanzipatorische Moment psychoanalytischer Strategien scheint damit endgültig aufgegeben. Das wirkt bei einem in psychoanalytischer Psychologie habilitierten Wissenschaftler doch zumindest erstaunlich.

Mit den von Brede und Egloff aufgezeigten Kritikpunkten war ich weitgehend einverstanden, aber auch ganz froh, dass neben ihrem fachlichen und spezifischen Widerspruch auch noch meine grundsätzliche Infragestellung des wissenschaftlichen Ansatzes bei Dornes stand. Mir war besonders wichtig, den Begriff der Objektivität zu befragen und den Wert subjektiven Verständnisses und Bewertens zu betonen. Die alltägliche Praxis psychiatrischer Versorgung stand für mich unter dem Vorzeichen vielfältiger Zunahme: Zunahme der Gewalt, Zunahme der Entwertung durch Patienten, Zunahme der Arbeit (wesentlich auch der Dokumentationspflichten). Die Struktur der psychischen Not der Bevölkerung hat sich (das zeigt z.B. die Zusammensetzung der Patientengruppen in der Psychiatrie) in den letzten Jahrzehnten substanziell verändert. Zu den psychotischen Patienten, die heute eher außerhalb der Kliniken in gemeindenahen Wohn- und Lebensräumen betreut werden, kam in den Kliniken ein immer größerer Anteil persönlichkeitsgestörter Patienten. Wo kamen die alle plötzlich her? Waren es mehr geworden – oder waren sie früher nicht so aufgefallen, auf sich selbst zurückgeworfen oder woanders aufgefangen worden?

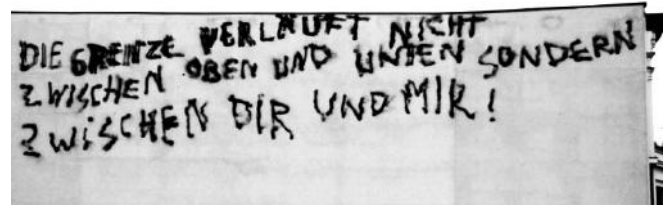
Diese Fragen stellten sich, und ihre Beantwortung war aus meiner Sicht nicht wertfrei und evidenzbasiert möglich, sondern forderte mich auf, Position zu beziehen. Das wollte ich auch gern tun, fand aber, auch die andere Seite wäre gut beraten, ihre Position deutlich und explizit zu benennen und zu vertreten, statt sie unterschwellig und atmosphärisch vergiftend wabern zu lassen – und das Ganze mit einem Tarnnetz zu verdecken, das aus „Wissenschaft“ und „Empirie“ gewoben wurde.

Der dritte Teil: Martin Dornes ärgert sich

Im November-Heft der Psyche antwortete dann Martin Dornes auf die Kritik an seinem Artikel. Da ich ihn auch persönlich angegriffen hatte und es in meinem Beitrag auch (wie bei ihm) polemische Töne gegeben hatte, musste ich mich nicht wundern, dass er in ähnlichem Ton zurückblaffte. Trotzdem hat mich erstaunt, dass meine Stellungnahme Herrn Dornes so geärgert hat. Ich entnehme das einigen Details wie beispielsweise seiner hämischen Entwertung, dass ich mehr als drei Literaturangaben nicht zur Untermauerung meiner Argumentation liefern könne. Stimmt einerseits - ich habe nur wenige Quellen angegeben. Vier davon hat mir die Psyche-Redaktion dann ohne Rücksprache gestrichen, das waren *links* zu Materialien im Internet, war für die Psyche vielleicht nicht wissenschaftlich genug. Vor allem war mir aber auf der anderen Seite ein ausführlicher Quellenapparat nicht wünschenswert erschienen, denn es ging um Meinungen, um Positionen, um das Verstehen der Welt und nicht die Aneinanderreihung von Statistiken und ihren Fundorten. Dornes kam mir an dieser Stelle vor wie ein beleidigter Kombattant, der ein Duell mit (Daten-)Säbel fordert, und ich weigere mich einfach, mich zu duellieren, der Säbel als Waffe sei mir zuwider und ich könne nichts „Ehrenhaftes“ an dem Ritual des Säbelkampfs erkennen. Dornes hatte seinem Artikel in der Februar-Psyche siebeneinhalb Seiten Literaturliste angefügt. Wieviele studentische Hilfskräfte da wohl dran gesessen hatten...

Interessanter als die tendenziell pikirierte Reaktion von Martin Dornes auf meine Kritik war aber, dass er (meinem Eindruck nach) nicht wirklich verstanden hatte, worum es mir gegangen war. Vielleicht hat ihn diese grundsätzlichere Betrachtung aber auch einfach nicht interessiert. Das war für mich als Leser einerseits bedauerlich, aber andererseits auch bezeichnend gewesen. Dornes arbeitet sich Punkt für Punkt an den Texten der Kritiker ab. Passagenweise reiht er Fragen (an mich) aneinander, die teilweise suggestiv wirken, teilweise ganz handfest der Debatte harren, die er aber dann auch nicht liefert. Oder er verpieselt sich einfach hinter Sätzen wie „Wo habe ich das geschrieben? Nirgends“. Doch, und er weiß genau, welche Sätze ich meine. Oder er leugnet: „Angeblich zunehmende Autoimmunerkrankungen“ schreibt er, da suggerierend, das sei ja eine gewagte Behauptung, dass die Autoimmunerkrankungen zunehmen. An dieser Stelle gehe ich kurz doch mal über zur Strategie der Beweissicherung, und zwar im Internet. „Bei Autoimmunerkrankungen handelt es sich um chronisch entzündliche Prozesse. Weltweit sind derzeit ca. 5-8% der Bevölkerung von ungefähr 80-100 verschiedenen Autoimmunerkrankungen betroffen. Sie bilden nach Herz-Kreislauf- und Tumorerkrankungen die dritthäufigste Erkrankungsgruppe. Allerdings wurde in den letzten Jahren eine stetige Zunahme der Häufigkeit beobachtet (z.B. Diabetes mellitus Typ 1, Multiple Sklerose)“ (IMD 2015). Greift man eine Gruppe heraus, den Diabetes, gibt das Robert Koch Institut an: Die Prävalenz hat im Vergleich zum BGS98 um 38% zugenommen (5,2% vs. 7,2%), davon sind 14% durch Alterung der Bevölkerung zu erklären. Weitere mögliche Ursachen: verbesserte Diagnose,

Behandlung, Überlebensraten, Zunahme von Risikofaktoren (Scheidt-Nave 2012). Fachleute sagen eine Zunahme von Diabetes-Patienten bis 2040 um fast die Hälfte voraus (statista 2015). Und so weiter... Man kann das leugnen, aber dann wird man nicht überzeugen. Ich hatte die Analogie zwischen Autoimmunerkrankungen und selbstverletzendem Verhalten ins Spiel gebracht – sicher ein gewagtes Bild, aber doch auch eine spannende Fragestellung: Gibt es Parallelen dazwischen, dass sich der Körper auf dem Weg fehlgeleiteter intrazellulärer Abwehrprozesse selbst schädigt, und den Selbstverletzungen scheinbar autonomer Persönlichkeiten? Stichworte wie „Psychosen als Psychosomatose des Gehirns“ (Mentzos) fallen mir ein. Bindungsstörungen als Symptome psychischer Autoimmunerkrankungen?



Berlin, neben der verdi-Zentrale

Nur selten gelangt Dornes (insbesondere in seiner Replik) von der fragmentierten Detail-Sicht zu einem größeren Überblick. Wenn er aber doch mehr als das jeweilige Detail im Blick hat, gerät ihm der Angriff gleich mächtig pauschal und allgemein: „moralisches Superioritätsbedürfnis“ attestiert er all seinen Kritikern. Mich fragt er, ob ich nur mit meinen „Gesinnungs-genossen“ so human umgehe, wie ich es von ihm einfordere (wen er damit wohl meint... spannend...) . Er übersieht dabei eines: Ich unterstelle nicht, alle die die Gesellschaft kritisieren, seien Humanisten. Aber wer heute Humanist ist, muss (davon bin ich überzeugt) die Gesellschaft kritisieren.

Worüber bleibt zu streiten?

Linke Theoretiker haben sich seit langem mit den Einflüssen der Gesellschafts- und Wirtschaftsform auf die Lebensbedingungen, die materielle Lebensqualität und die seelische Gesundheit der Bevölkerung beschäftigt. Marx hatte angenommen, dass das Proletariat materiell verelenden werde. In der Geschichte der letzten einhundertfünfzig Jahre hat sich das zumindest nicht flächendeckend so gezeigt. In den industrialisierten Ländern Europas und Amerikas hat nicht nur die Lebenserwartung zugenommen, viele Krankheiten sind zurückgedrängt oder spielen keine Rolle mehr. Dafür sind andere an ihre Stelle getreten, die es früher in dem Maße nicht gab und deren Entstehung und Verbreitung sorgfältig zu beleuchten wären. Verelendung weiter Bevölkerungsschichten ist eher ein Kennzeichen von Ländern in Afrika oder Asien, auch wurden schwere Arbeitsbelastungen (z.B. Bergbau, Agrarindustrie) in diese Länder exportiert. Wir finden somit eine

neue Qualität der globalen Arbeitsteilung vor. Dazu gehört auch eine neue globale Aufteilung der Gesundheitsgefährdung und Alltagsbelastung. Eine nationale Betrachtungsweise, auf die sich Dornes immer wieder zurückzieht, gerät hier leicht in den Verdacht einer gezielten Verzerrung.

Vor diesem Hintergrund sowie mit diesen Einschränkungen beziehe ich mich aber ebenfalls zunächst auf unser Land. Die Versorgung mit Gütern ist reichlich. Wir exportieren das, was wir selbst nicht essen mögen (Hähnchenflügel) in Länder, wo dadurch heimische Versorgungsstrukturen zerschlagen werden (z.B. Ghana), und führen aus anderen Ländern das ein, was bei uns zu wenig wächst (Bio-Gemüse aus Italien, Ägypten oder China), dafür gibt es davon dann dort weniger für die Bevölkerung. Damit fahren wir in Deutschland gut.

Die Arbeitsbelastungen haben sich in den Jahrzehnten seit dem Zweiten Weltkrieg deutlich verändert. Extrembelastungen wie im Bergbau oder der Stahlindustrie sind hierzulande selten geworden, Autos werden von Maschinen gebaut, der Arbeitsschutz wurde erheblich ausgebaut. Allerdings haben sich Fertigungsstrategien und Produktionsprozesse auch in einer Weise verändert, so dass neue Belastungen entstanden sind. Elektrizität aus Kernkraft, Agrarindustrie unter Einsatz verschiedenster toxischer chemischer Stoffe, Arbeitsverdichtung durch elektronische Datenverarbeitung bringen neue Belastungen und Krankheitsrisiken mit sich.

Die Lebensbedingungen haben sich aber nicht nur im Produktionsbereich verändert (auf der einen Seite zum Besseren – auf der anderen aber auch mit neuen Risiken und Gefahren). Die gesellschaftlichen Strukturen haben sich im politischen Sektor verändert, nicht nur durch die 68er Rebellion oder die RAF und andere terroristische Zellen. Es wurden Strukturen liberalisiert (Schwangerschaftsabbruch, Homosexualität), die Wehrpflicht wurde abgeschafft, Gleichberechtigung zwischen Mann und Frau wurde zum gesetzgeberischen Prinzip.

Neben diesen Themen der Gemeinschaftskunde änderte sich auch viel im Alltagsleben der Menschen. Fernsehen wurde zum Bestandteil der Kultur, und mit Entstehung der elektronischen Medien wurden wir überhäuft mit neuen Produkten: Computer, Handy und Smartphone, Automatisierung des Fahrkartenverkaufs und der Supermarktkasse, elektronische Bauteile im Auto und im Haushalt. Vieles ging damit schneller, einfacher oder war schlicht neu. Hier ergaben sich natürlich Herausforderungen ohne Ende, Flexibilität und Eigeninitiative waren gefragt, wer sich nicht in die Bedienung von PCs einarbeitete, wurde aussortiert. Es gab somit erhebliche Entwicklungsverluste, die mit gesellschaftlichen Veränderungen zu allen Zeiten verknüpft gewesen waren, also nichts grundlegend Neues. Politik und Gesellschaft waren und sind aufgefordert, die „Entwicklungsschäden“ zu minimieren und nicht stärker zu individualisieren als unumgänglich.

Es gab aber ein Strukturmerkmal, das sich stärker als andere Muster durch alles hindurchzog und alles beeinflusste oder bestimmte. Es ist die die Ökonomisierung aller Lebensbereiche, die sich im letzten Jahrhundert Schritt um Schritt vollzog und mittlerweile flächendeckend wirksam ist. Es ist die kapitalistische Wirtschaftsform, die alles andere überdeckt. Die Zusammenhänge verschiedener Lebensbereiche mit den Forderungen der Ökonomie beschreibt in seinem *opus magnum* „Sexualitäten“ der kritische Sexualwissenschaftler Volkmar Sigusch (2013). Die Ökonomisierung durchdringt alle Lebensbereiche wie Politik, Erziehung und Recht, vor allem aber auch Kunst, Religion, Sexualität, und (wie er mehrfach schreibt) insbesondere die Medizin bietet sich immer unverhohlener als „Hure des Kapitals“ an. Nachdem in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg zunächst Wohlfahrtsstaat und Sozialpartnerschaft die ökonomischen Interessen verbergen durften wie des Kaisers neue Kleider, zeigte sich in den letzten Jahrzehnten der Kapitalismus wieder unverfälschter und stellte „Ungleichheit, Flexibilität, Deregulierung und soziale Kämpfe“ auf den Plan statt wie bisher „Egalität, Sicherheit, Standardisierung und sozialen Frieden“ (S. 70).



Hamburger Gängeviertel

Konkret sah das so aus: Waren wir in den siebziger Jahren noch erstaunt und etwas verwirrt vom Aufkommen der „Multis“, der multinationalen Konzerne, so konnten wir seitdem die atemberaubende Konzentration des Kapitals beobachten. Finanztransaktionen lösten sich zunehmend von konkreten Waren, die Beschleunigung durch die elektronische Datenverarbeitung half neue Algorithmen zu entwickeln, die undurchschaubare und zum Teil von

Menschen kaum noch zu verstehen - und schon gar nicht durch Menschenhand zu beeinflussen sind. Die Kapitalzentrierung setzte sich fort in Bereichen, die nicht direkt als Teil der „freien“ Wirtschaft davon erfasst waren: Behörden und Staatsapparat, soziale Organisationen und Institutionen oder die Kirche fingen an zu rechnen, als wenn alles davon abhinge. In dem Maß, in dem die gewachsenen Einbindungen in Wertesysteme verloren gingen, mussten „Leitbilder“ erstellt werden, in den auf einer DinA4-Seite das Verlorengegangene verbal beschworen wurde. Die Ungleichverteilung der Kapitalströme (Privatisierung der Gewinne, Sozialisierung der Risiken und der Folgekosten) wurden zwar besser durchschaut, blieben aber nichtsdestotrotz unverändert wirksam. Es veränderte schlicht und einfach nichts, dass alle oder zumindest viele es wussten (und es ihnen nicht passte).

Im psychotherapeutischen Diskurs würde man vielleicht von der „Wirkfähigkeit“ sprechen, die anzustreben ist und (wenn sie fehlt oder reduziert ist) zu schweren Störungen führen oder beitragen kann. Ein Mensch muss die Erfahrung machen und verinnerlichen, dass er selbst etwas bewirken kann, sonst resigniert er (und wird zum Beispiel vielleicht depressiv).

Die Begriffe Entfremdung und Anomie kennzeichnen Tendenzen, die sich mit den skizzierten gesellschaftlichen Prozessen verbinden. Die Sicherheit und gleichzeitig Einengung, die sich durch klare Wertesysteme und internalisierte Vorschriften ergeben, geht verloren und Menschen sind immer mehr darauf angewiesen, ohne deutliche Orientierung einen nebligen Weg zu gehen, von dem sie nicht wissen, ob er in den Abgrund führt, weite Umwege nimmt oder sicher und gut zum Ziel führt. Das macht viele sehr zaghaft oder ängstlich, seit Durkheim führt ein Weg von den derart entstehenden Ängsten zu suizidaler Gefährdung. Es gibt viele Anzeichen dafür dass unsere Zeit gekennzeichnet ist durch stärkere Ökonomisierung als Auswirkung kapitalistischer Expansion, durch geringere persönliche Sicherheit durch (unter Kapitalgesichtspunkten) wertlose soziale oder spirituelle Orientierungen und durch so entstehende seelische Irritationen und Leere. Macht Kapitalismus depressiv? Für mich braucht es mehr, wenn man diese Frage verneinen will, als Zahlen und Statistiken.

„Der Kapitalismus ist entstanden, kann also auch vergehen“ (S.84) beruhigt Sigusch sich selbst und uns, aber er betont auch, es gebe derzeit keine Hinweise, dass der Kapitalismus sich selbst abschafft. Und, so füge ich hinzu, auch die revolutionäre Kraft der Massen ist derzeit eher unausgeprägt. Aber es gibt keine naturgesetzliche kapitalistische Endlos-schleife, sondern es ist eine Dynamik vorhanden, die genutzt werden könnte. Übrigens: Sigusch beruft sich immer wieder auf die Denktraditionen der Frankfurter Schule um seine alten Lehrer Horkheimer und Adorno. Auf diese geht auch das Frankfurter Institut für Sozialforschung zurück, zu dessen Leitung Martin Dornes jahrelang gehörte. Wie unterschiedlich sich doch geschichtliche Wurzeln entwickeln können...

Gesellschaftliche Dynamik wird gemacht und ist kein Zufallsprodukt. Ein Beispiel: Vor über zwanzig Jahren war es das Ozonloch über dem Südpol, das die Menschen beunruhigte. Ehe große Unternehmen ausreichend gegensteuern konnten (vielleicht hatten sie die Dynamik unterschätzt), gab es einen kollektiven Widerstand gegen bedenkenlose Verwendung von chemischen Stoffen in Kühlschränken, Spraydosen und Klimaanlage, die die Atmosphäre der Erde angreifen. Daraus hatte sich das Ozonloch entwickelt. Am Ende mussten Firmen erhebliche Einbussen hinnehmen und neue Stoffe ausdenken, die an die Stelle der FCKWs traten, weil diese als Verursacher der Umweltschädigung dingfest gemacht worden waren. Die Ausweitung Ozonloch ist mittlerweile fast gestoppt, Besserung ist in Sicht, diese Katastrophe konnte mehr oder weniger abgewendet werden. Ein wesentlicher Faktor dafür war die öffentliche Meinung.

Zeitgleich zu dem FCKW-Desaster wurde in den Führungsetagen der Öl-Industrie durch eigene Forschungsprojekte aus den eigenen Forschungsabteilungen deutlich, dass „Klimawandel“ eine ähnliche Rolle zu übernehmen drohte wie „Ozonloch“: ein Schlagwort für teure Verkaufsstörungen. Bei der weltgrößten Ölfirma Exxon wusste man bereits Ende der achtziger Jahre, was klimatechnisch auf die Menschheit zukam und dass man handeln müsste. Man legte aber alles darauf an, das Thema kleinzureden, zu verharmlosen und Fachleute und Politiker zu entwerten, die sich für zukunftsfähige Maßnahmen einsetzten. Dazu gründete man eigene Wissenschaftsinstitute, stiftete eigene Wissenschaftspreise und sponsorte Universitäten. Die Öffentlichkeit sollte um jeden Preis dumm gehalten, die Politik mit allen Mitteln getäuscht werden. Auf diese Weise dauerte es weitere zwanzig Jahre, bis sich die Weltgemeinschaft kürzlich in Paris auf eine neue Richtung einigen konnte, ohne allerdings schon einen Fahrplan und die voraussichtliche Dauer der Fahrt festzuschreiben. Zwanzig Jahre verloren, damit ein paar große Firmen weiter ungestört Rendite erwirtschaften konnten. Die Zukunft der Erde aufs Spiel gesetzt, um die Bilanz zu pflegen. Da sind Umwälzungen der Wertehierarchie und -struktur am Werk, die viele sich nicht vorstellen können oder wollen.

Was hat dieser Exkurs in die jüngste Klimapolitik mit der Ausgangsfrage zu tun? Die alles durchdringende Kapital-Logik, die über die elektronischen Medien bis ins Kinderzimmer und in alle privaten Lebensbereiche eindringt, lässt keinen von uns unbeeinflusst. Das Bindungsverhalten, die Toleranzfähigkeit, die Mentalisierung, die Ethik – alles wird beeinflusst durch Verwertbarkeitsdogma und damit verknüpfte Identitätskonflikte (da taucht der Begriff der „Anomie“ wieder auf). Das veränderte Sein zieht ein verändertes Bewusstsein nach sich. Und es gibt viele Hinweise darauf, dass z.B. der höhere Anteil persönlichkeitsgestörter Patienten in psychiatrischen Behandlungsfeldern mit diesen gesellschaftlichen Entwicklungen zusammenhängt. Ob der Kapitalismus depressiv macht, ist vielleicht zumindest in dieser ganz direkten Kausalität fraglich. Aber verwirrt macht er, unsicher, bindungslos, und all das sind Risikofaktoren

für zahlreiche psychische Erkrankungen, die dann begünstigt oder aggraviert werden. Und da sind wir dann wieder bei der Ausgangsfrage von Dornes und bei der Suche nach Antworten, die nicht nur die Oberfläche skizzieren, sondern zu vertieftem Verständnis führen können.

Eine letzte Anmerkung aus Sicht der NAPP: Wir sind dann auch bei Fragen im Kontext der NAPP-Diskussion „Wie kann psychodynamische Arbeit in der Psychiatrie heute aussehen?“ angekommen. Denn der zunehmende Arbeitsdruck bei gleichzeitiger Infragestellung der Wertigkeit sind direkter Ausdruck davon, wie Kapital-Logik unseren Arbeitsalltag durchzieht. Auch hier gibt es keine ganz direkten Kausalitäten, aber es gibt Bedeutungs-Nähe, clouds, morphologische Felder, es gibt Zusammenhänge. Wir werden uns dem weiter widmen, im Bewusstsein, von Herrn Dornes und seinen Wissenschaftskollegen dabei keine Hilfestellung erwarten zu dürfen.

Literatur

Brede K (2015): Steinbruch Psychoanalyse. Kritische Ausführungen zu Martin Dornes. PSYCHE 69, Heft 8, 2015, 745-755

Dornes M (2015a): Macht der Kapitalismus depressiv? PSYCHE 69, 2015, Heft 2, 115-160

Dornes, M (2015b): Kapitalismus und psychische Erkrankungen. Kontroverse. PSYCHE 69, 2015, Heft 11, 1088-1104

Dornes M; Altmeyer M (2015): Macht der Kapitalismus depressiv? Nein. Die gängige Sozialkritik ignoriert die empirischen Befunde. DIE ZEIT 2/2015 <http://www.zeit.de/2015/02/kapitalismus-depression-untersuchung-studie>

Egloff G (2015): La Bete noire. Kommentar zu Martin Dornes' Aufsatz. PSYCHE 69, Heft 8, 2015, 756-765

Engelmann I (2015): Auf dem Wege zu einer kapitalistischen Psychotherapie. PSYCHE 69, Heft 8, 2015, 766-772

Institut für medizinische Diagnostik (2015) <http://www.imd-berlin.de/spezielle-kompetenzen/autoimmunerkrankungen.html>

Scheidt-Nave, C. (2012) Wie hoch ist die Zahl der Erwachsenen mit Diabetes in Deutschland? Robert-Koch-Institut 2012 http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_diabetes.pdf?blob=publicationFile

Sigusch, V. (2013): Sexualitäten. Eine kritische Theorie in 99 Fragmenten. Campus Verlag Frankfurt New York, 626 Seiten

statista (2015) <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/256852/umfrage/praevale-nz-und-fallzahlen-von-diabetes-und-glukosetoleranzstoerungen-weltweit/>



Zukunft gestalten – Urban Art, Völklingen, 2015

Verschiedenes

Neues Standardwerk:

Neuropsychodynamische Psychiatrie

Namhafte frühere oder aktuelle Klinikchefs und Vertreter psychodynamischer Praxis und Theorie haben sich zusammengetan, um ein umfassendes Lehrbuch der psychodynamischen Psychiatrie zu verfassen. Um die enge Wechselwirkung zwischen neuronalen und seelischen Prozessen zu betonen, verwenden sie den eher unvertrauten Begriff „neuropsychodynamisch“. Hartwich, früher Chef der Psychiatrie in der Städtischen Klinik in Frankfurt-Hoechst, befasste sich seit Jahrzehnten mit Psychotherapie (vor allem auch Kunsttherapie) bei Psychosen, Böker ist Leitender Arzt des Zentrums für Depressions- und Angstbehandlung in der Züricher Klinik, Northoff ist habilitierter Neurophilosoph und lehrt in Ottawa. 560 Seiten lang breiten die Autoren Geschichte und Krankheitsmodelle der psychodynamischen Psychiatrie aus und werden dabei unterstützt von (gerade auch in der NAPP) renommierten Fachleuten: M. Dümpelmann, T. Piegler, S. Metzner u.a.m. Das Buch ist sozusagen druckfrisch 2016 im Springer-Verlag erschienen, es kostet 59,99 €. Wir bemühen uns um eine ausführlichere Rezension in der nächsten Ausgabe des NAPPO.

Mentalisierungskonzepte in der psychiatrischen Praxis

Ein Manual zum Umgang mit Mentalisierungsaspekten in der psychiatrischen Therapie ist von der Londoner Gruppe um Peter Fonagy erstellt worden. Es bietet einen strukturierten Weg durch zwei Fortbildungstage, in denen ein Arbeitsteam (z.B. einer Station oder einer Einrichtung der ambulanten Sozialpsychiatrie) sich praxisbezogen mit dem mentalisierungsbasierten Blick auf die eigene Arbeit befasst. Die NAPP hat das Manual übersetzen lassen, Claas Happach hat erste Durchläufe mit verschiedenen Teams angeleitet. Ein ausführlicherer Bericht über die ersten Erfahrungen

dieser praxisorientierten Fortbildung erscheint im nächsten NAPPO.

NAPP-Vorstand für zwei weitere Jahre bestätigt

Der Vorstand der NAPP ist auf der letzten Mitgliederversammlung am Rande der internen Tagung 2015 in seinem Amt bestätigt worden. Alle fünf Mitglieder hatten erneut kandidiert: Jan Christian Wendt (Erster Vorsitzender), Ingo Engelmann (Erster stellvertretender Vorsitzender), Claas Happach (Zweiter stellvertretender Vorsitzender), Reinhard Sefke (Schatzmeister), Thomas Müller-Thomsen (Schriftführer). Als Mitglieder des erweiterten Vorstandes werden die Fachausschüsse und andere Schwerpunkte der Arbeit vertreten von Gitta Strehlow (Musik- und Kunsttherapie), Betül Licht (Tanztherapie und transkulturelle Fragen), Tareq Dinzad (Pflege), Hans Schulze-Jena (Psychosenpsychotherapie), Manfred Gross und Günther Lurz (Tagungsvorbereitung). Der Vorstand tagt vereinsöffentlich – Neugierige sind jederzeit willkommen (Anfragen wg. des nächsten Termins an die NAPP-Geschäftsstelle)!

Zwanzig Jahre NAPP

Die NAPP wird in diesem Jahr zwanzig Jahre alt. Nähere Einzelheiten für Festakte, Kranzniederlegungen oder ähnliche Events sind noch nicht vereinbart. Ideen und Vorschläge für das Jubiläum nimmt der Vorstand auf dem Weg über die Geschäftsstelle entgegen.



Zukunft und Vergangenheit –
alles wirft Schatten