

Michael Putzke

Brücken zwischen Psychoanalyse und Sozialpsychiatrie

„Im Grimmschen Märchen von der weißen Schlange kostet der Diener ein Stückchen aus der geheimen Schüssel des Königs, welche eine weiße Schlange enthält, und kann dann plötzlich die Sprache der Vögel verstehen.

Mit diesem Gleichnis ist die Umwälzung zu charakterisieren, welche Freuds Lehre in das Leben des Psychiaters brachte, der sich erkühnte, von dieser verbotenen Schüssel zu kosten. Die Gebärdensprache der Kranken, ihre phantastischen Wahnideen und ihr verirrter Unsinn bekamen einen Sinn, und damit ward der lebendige Kranke wieder Mensch unter Menschen, und nicht mehr, wie zuvor, und wie jetzt noch bei einer Anzahl von wissenschaftlichen Anstaltsärzten, ein ziemlich wertloser Anhang zu seinem Gehirn, dessen Verscheiden mit kaum verdrängter Ungeduld abgewartet wurde, und der erst nachher, im Laboratorium lege artis zerstückelt, zum Objekt eines ästhetischen Totenkultes ward.“ (Stärke 1921)

Als August Stärke, von dem dieses Zitat von 1921 stammt, den Vortrag, abgedruckt als Beiheft zum Jahrbuch für Psychoanalyse, gehalten hatte, war die kurze Zeit der ‚friedlichen Koexistenz‘ zwischen der Psychiatrie und der Psychoanalyse im deutschsprachigen Raum fast schon wieder beendet. Hatten Bleuler und Jung gemeinsam mit Freud das Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschung bis 1913 herausgegeben, ging diese Phase spätestens mit der Debatte um die Kriegszitterer und die Auffassung um die Ätiologie dieser Erkrankung zu Ende. Im Vorwort der Redaktion zum Jahrbuch 1914 wurde die Veränderung des Titels in „Jahrbuch der Psychoanalyse“ damit begründet, dass die Zeitschrift ausschließlich der „Förderung der

psychoanalytischen Wissenschaft“ dienen solle und sie nicht mehr für Artikel offen stehe, „welche nur in einem losen Zusammenhang (mit der Psychoanalyse M.P.) stehen.“

Für Stärke gab es gravierende Unterschiede in der Wahrnehmung des kranken Menschen und in der Folge unterschiedliche Mittel und Hoffnungen bei ihrer Betrachtung, je nachdem ob es sich um Psychiater oder Psychoanalytiker handele. Während er beim Psychiater ein psychisches Skotom wahrnahm, trage der Psychoanalytiker zur Beseitigung des Skotoms bei. Der Gegenstand der Forschung sei in der Psychiatrie auf das Bewusste beschränkt, das hypothetische Korrelat sei das Gehirn und der Körper. Psychiater hätten deshalb ein **Interesse an der Verbesserung der Instrumente** zur Behandlung psychiatrisch erkrankter Menschen. Die Psychoanalytiker dagegen wendeten sich dem Unbewussten zu, deren Korrelat sei die Libido und die Ich-Triebe, sie suchten eine **Verbesserung des Untersuchers** herbeizuführen. Es gab für Stärke durchaus zu verwertende Ergebnisse aus der feineren Anatomie und Physiologie des Zentralnervensystems, der Sinnesorgane und der endokrinen Drüsen, die vielversprechend seien und geeignet, „von dort aus die Brücke zur Freudlehre von der anderen Seite“ zu legen. Diese Disziplinen seien aber allenfalls Hilfswissenschaften, Psychiatrie könne nichts anderes sein als die Wissenschaft von der ärztlichen Behandlung der Seele.

Psychoanalyse, so Stärke zeichne sich dadurch aus, dass sie

- I. vom Typus zu den Einzeltatsachen zurückgekehrt sei
- II. erträgt, nicht alle Fragen beantworten zu müssen und unerledigte Probleme zu haben
- III. ihre Machtillusionen aufgibt, Unlust bzgl. der Behandlung erträgt und Befriedigung aufschiebt

IV. versucht, das Problem der Gegenübertragung zu bewältigen.
(Stärke 1921)

Was hat sich in den über 80 Jahren seitdem in der Psychiatrie im deutschsprachigen Raum getan? Schaut man in das Verzeichnis der letzten DGPPN Tagungen wird man der Annahmen von Stärke zustimmen müssen, dass Psychiatrie sich ausschließlich mit dem Gehirn befasst. Diese augenblickliche Begeisterung für das Gehirn und seine molekularen Funktionen lassen allerdings die bedeutsame Rolle der Affektregulation, der Beziehungen, der Subjektivität und der kulturellen Einflüsse für die Entstehung und den Verlauf der Schizophrenie im Dunkeln. (Read, Mosher, Bentall 2004) In Melbourne kam es 2003 zu einer Debatte innerhalb der ISPS (The International Society for Psychological Treatments of the Schizophrenias and other Psychoses) darüber, inwieweit es zu einer Integration von biologischen und psychologischen Therapieansätzen bei einer Behandlung von Psychosen kommen kann. Read führt dazu aus, dass die Integration wünschenswert wäre, allerdings hätte die jahrzehntelange Bevorzugung ‚biologischer‘ Theorien die Sichtweise auf die Ursachen der Psychose verstellt. So gäbe es zwar das propagierte bio-psycho-soziale Modell, allerdings versteht er es eher im Sinne einer Kolonialisierung psychischer und sozialer Faktoren durch die biologische Theorie. In diesem Kontext werden psychische und soziale Ereignisse zu einer Triggersituation reduziert, die eine genetische Prädisposition katalysiert. (Read 2003) Bentall führt in derselben Debatte aus, es gäbe drei Gründe, die eine Integration verhindern würden: das zugrunde liegende medizinische Modell der biologischen Psychiatrie, die Kontrolle des größten Teils der Ausbildung und die herrschende Meinung und Ignoranz gegenüber der Subjektivität des Patienten. (Bentall 2003)

Andererseits gab es in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts einen Aufschwung an psychoanalytischer Forschung und Praxis zur Psychosentherapie, verschiedene Weiterbildungsstätten wurden gegründet, Zeitschriften publiziert, im Rahmen der Forschung öffnete sich die Psychoanalyse zunehmend den Erkenntnissen der Neurowissenschaften, der Affekt- und Bindungstheorien sowie der Säuglingsforschung, um festzustellen, dass deren Ergebnisse durchaus Brücken zur Psychoanalyse der Psychose zu schlagen in der Lage sind. Gleichzeitig sieht häufig die psychiatrische Praxis zumal an den Universitätskliniken, aber bei weitem nicht nur dort, so aus, wie es Stärke vor über 80 Jahren beschrieben hat.

Mit meinem Vortrag möchte ich auch versuchen Brücken zwischen Psychoanalyse und Psychiatrie zu bauen. Dazu bedarf es zunächst einer kurzen historischen Rückbesinnung auf die Anfänge der Psychiatrie und den damals gemachten Grundannahmen, um zu einem Verständnis der Einbindung der heutigen Psychiatrie zu gelangen. Danach möchte ich mich mit der Subjekt-Objekt Problematik befassen, da sie der Schlüssel zur Integration beider Sichtweisen sein kann. Im weiteren möchte ich darüber Nachdenken, was die heutige Psychoanalyse zum Verständnis der Psychosen beitragen kann und will ich dies anhand kurzer Fallvignetten erläutern.

Kraepelin und die Folgen

Mit dem von ihm propagierten Ziel, die Psychiatrie als medizinisches Fach mit naturwissenschaftlicher Methodik zu etablieren und damit Anerkennung zu bekommen, fokussierte Emil Kraepelin seine Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Ausschnitt der Realität der Kranken, der nach naturwissenschaftlichen Kriterien objektiver Beschreibung und Messung zugänglich ist. Damit einher ging die

systematische Ausklammerung anderer Wirklichkeitsbereiche, wie die Subjektivität des Kranken, dessen biographische Entwicklung sowie seiner Beziehungsstruktur und –dynamik. Diese vorempirischen Implikationen prägen nicht nur die unmittelbare Forschung bis in die heutige Zeit, sondern auch die daraus abgeleiteten Konzeptualisierungen und damit ganz entscheidend die Struktur des institutionalisierten Diskurses. Dadurch wurde der Forschungsschwerpunkt auf das ‚Objektive‘ verschoben, der Patient in seiner je eigenen Lebensgeschichte erschien einem solchen Wissenschaftsverständnis eher hinderlich. Als Konsequenz daraus existieren die Krankheitseinheiten unabhängig vom Kranken und auch unabhängig vom Beobachter.

Krankheit wurde definiert als Summe veränderter Funktionsänderungen des Gehirns.

Aus einem post hoc der Naturwissenschaft wurde ein propter hoc der Psychiatrie, die abgegrenzten Krankheitsbilder waren das Resultat einer von vornherein eingeengten Forschungsstrategie und nicht das Ergebnis klinisch-empirischer Forschung. In Analogie zur naturwissenschaftlichen Medizin sollte die neue psychiatrische Nosologie vorzeigbare Resultate liefern, wie z. Bsp. Richtlinien zur Therapie, Prävention und Prognose.

Man muss sich diese prä-empirische, professionspolitische Entscheidung vor Augen halten, um zu begreifen, dass dadurch eine Tradition begründet wurde, die durch eine somatisch-biologische Perspektive dominiert war unter weitgehender Ausblendung biographisch-psychologischer und soziokultureller Dimensionen. An Bedeutung gewann der kraepelinsche Ansatz durch den berufspolitischen Einfluß, den er durch die Gründung des Deutschen Forschungsinstitutes für Psychiatrie in München erlangte.

Kupfer und Gold?

Theodor Cahn hat 1999 einen beachtenswerten Aufsatz über die Anwendung der Psychoanalyse in der Psychiatrie veröffentlicht, in dem er zunächst das auf Freud zurückgehende und auch von Stärcke so übernommenen Muster kritisiert, welches eine idealisierte, reine Analyse, das einer abgewerteten Anwendung in der öffentlichen Psychiatrie entgegengesetzt. Er zitiert dabei die bekannte Passage aus Freuds Schrift ‚Wege der psychoanalytischen Therapie‘und stellt dem seine Erfahrung in einer psychiatrischen Institution gegenüber.

Er diskutiert dabei drei Ebenen:

- die PSA erfahre bei der Anwendung in der Psychiatrie, v. a. in der Klinik eine Verdünnung, die ihre Essenz bedrohe
- die PSA befinde sich auf dem Rückzug
- sie sollte aber durchschlagskräftiger sein

Insgesamt ergibt sich für Cahn eine Ambivalenz, die er folgendermaßen beschreibt:

„Einerseits zeigt sich eine tief greifende Skepsis gegenüber der Anwendung der PSA in der institutionellen Psychiatrie, verbunden mit einer Angst vor Verunreinigungen bzw. Grenzverlust, andererseits der Wunsch nach Einfluss und Macht genau dort...“

Cahn kommt nach einer Betrachtung der institutionellen Bedingungen der Psychiatrie zu dem Schluss, dass die PSA innerhalb dieses Systems nur einen sinnvollen Platz als ein offenes System, als eine Methode neben anderen finden kann. Das Problem der Bedeutung und Anwendung der Psychoanalyse in solchen Feldern sei eben nicht ihre Verdünnungsproportion im Vergleich mit der ‚tendenzlosen‘ PSA der

niedergelassenen Behandler, der psychoanalytischen Gesellschaften oder geisteswissenschaftlicher Studien. Vielmehr betreffen die offenen Fragen

- die Integration in institutionelle Strukturen, den Umgang mit dem Auftrag und mit der Macht
- das Verhältnis zu anderen Methoden auf konzeptioneller und praktischer Ebene und
- die Anwendung der PSA bei Psychiatriepatienten unter stationären Bedingungen.

Auf die ersten beiden Punkte möchte ich nur kurz eingehen, den letzten dann intensiver betrachten.

PSA kann nur dann innerhalb der Institutionen ein wesentliches therapeutisches Anliegen darstellen und zugleich ein Identifikationsmerkmal der Institution sein, wenn der Leiter für ein Umfeld und Bedingungen sorgt, die es den Mitarbeitern ermöglichen, gemeinsam entsprechende Strukturen und Behandlungsprinzipien zu entwickeln.

Dazu bedarf es aber ÖA und Psychologen mit hinreichender psychoanalytischer Ausbildung und institutionelle Plattformen, in denen Diskussionen mit psychoanalytischem Gehalt geführt werden können.

Bzgl. der Methoden ist zu akzeptieren, dass in der öffentlichen Vollversorgungspsychiatrie notwendigerweise kombinierte Methoden bei allen Patienten zur Anwendung kommen. Diese institutionellen Realitäten können aber als ‚Sachzwänge‘ stets auch der institutionellen Abwehr dienen.

Gleichzeitig befindet man sich mit einem psychoanalytischen Standpunkt im eindeutigen Widerspruch zu den modernen Normierungstendenzen, zu manualisierten Behandlungsprogrammen.

Andererseits kann die PSA auf den Stationen ein Potential an rationaler bzw. sprachlicher Durchdringung des Irrationalen bieten, also ‚Unverdautes‘ in ‚Verdautes‘ verwandeln. Es kommt häufig vor, dass psychodynamische Erläuterungen in Team-Diskussionen zu Evidenzerlebnissen führen, ähnlich wie eine Deutung in einer Therapie wahrgenommen werden. Wenn die PSA mit ihren klinischen Begriffen und Konzepten, mit ihrer therapeutischen Haltung und mit einer Diskussionsweise, die auf die Prozesse unter der Oberfläche achtet, in der Institution etabliert ist, dann besteht die Grundlage, auch mit anderen Methoden zu arbeiten, ohne sich im Eklektizismus zu verlieren.

Ökologie des Gehirns

Daniel Hell (2003) führt in seinem Buch „Seelenhunger“ aus, dass gerade die die Psychiatrie fundierenden neurowissenschaftlichen Grundlagen das seelische Erleben nicht oder nur als Ausdruck von Gehirnpotentialen erfassen. Je mehr sich die wissenschaftliche Auffassung vom seelischen Erleben des einzelnen entferne, desto mehr finde sich ein Hunger nach Seelischem, denn gerade das subjektive Empfinden, die ‚Innenansichten‘ einer psychiatrischen Erkrankung, lassen sich nicht verdinglichen und spielen eine große Rolle für das Erleben und die Verarbeitung der Erkrankungen. Er fragt sich, was passiere, wenn die Sprache des Inneren verloren gehe und die genau vermessenen Außenbezirke zunähmen. Hell plädiert für eine dialektische Sichtweise, in der beide Bereiche, das subjektive Erleben und der objektive Befund aufgehoben sind. Allerdings, darauf weist Hoff (1995) hin, komme es in der biologisch orientierten Psychiatrie immer wieder zu einem naturalistischen Fehlschluss, indem empirisch-kausale, das

materielle Substrat beschreibende Befunde zu vermeintlichen Gesamterklärungen des psycho(patho)logischen Geschehens dienen.

Im Januarheft des Nervenarztes 2005 publizierte Fuchs einen grundlegenden Aufsatz, in dem er versucht, den aktuellen neurobiologischen Konzeptionen und der damit einhergehenden reduktionistischen Auffassung von Subjektivität eine ökologische Sicht des Gehirns gegenüberzustellen. So scheint sich nach den Erkenntnissen der biologischen Psychiatrie subjektives Erleben im Gehirn abzuspielen und damit messbar zu werden. Daraus wird innerhalb der Psychiatrie häufig abgeleitet, abweichende Hirnaktivitäten seien die Ursache eines psychischen Leidens oder es wird dort das Leiden selbst im Gehirn lokalisiert. Allerdings lassen sich subjektive oder Erlebnistatsachen nicht in objektive Tatsachen überführen, sie sind immer Kontextabhängig. Fuchs schlägt eine systemische oder ökologische Sichtweise des Gehirns vor. Die Grundlage dafür liefert für ihn der ontologische Monismus, der der Gehirnentwicklung die Aufgabe zuschreibt, die Vermittlung eines immer komplexeren Bildes seiner Umwelt und seiner selbst in dieser Umwelt zu gestalten. Bewusstsein entstehe eben nicht in einem isoliert zu betrachtenden Gehirn, sondern nur in einem lebendigen mit der Umwelt vernetzten Organismus. Dabei gibt es sowohl Verbindungen vom Gehirn zum Organismus als auch zur Umwelt, das Gehirn dient der Transformation der Informationen aus dem Inneren und aus der Umwelt. Frühe soziale und emotionale Erfahrungen prägen das implizite Gedächtnis und damit die Fertigkeiten des motorischen, sensorischen und emotionalen Umgangs mit anderen, und daraus resultierenden zukünftigen Beziehungsmuster. Da das Gehirn fortlaufend durch die soziale Umwelt geformt und verändert wird, ist es ein wesentlich sozial und geschichtlich gebildetes Organ. Ein dadurch sich entwickelndes ‚Selbst bewusst sein‘ hat für uns die Funktion, die inneren Zustände

anderer in eigenes Erleben zu übersetzen, sie zu verstehen und mit ihnen kommunizieren zu können. Aus diesem Ansatz sieht Fuchs für die Psychiatrie zweierlei Konsequenzen. Die herkömmlichen, in der Psychiatrie gebräuchlichen Kausalitätsbegriffe greifen zu kurz, vielmehr stellt sowohl der neurobiologische als auch der psychologische Prozess Aspekte eines letztlich einheitlichen psychophysischen Geschehens dar. So wirke Psychotherapie ‚top-down‘, indem Veränderungen auf der bewussten und der emotionalen Ebene zu einer Veränderung der letztlich molekularen Struktur beitragen. Psychopharmaka wirken ‚bottom-up‘, da sie zunächst auf der molekularen Ebene eingreifen und danach die höheren Strukturen beeinflussen. Zum Zweiten wird bzgl. psychiatrischer Erkrankungen aus einem entweder-oder biologischer vs psychologischer Ätiologie oder einer multifaktoriellen Genese eine systemische Wechselwirkung des sowohl als auch. Abschließend plädiert Fuchs für die subjektive Erfahrung, nur durch sie ließen sich dysfunktionale oder traumatische Wahrnehmungs- bzw. Reaktionsmuster verändern, Psychopharmaka könnten keine Beziehungs- und Selbsterfahrungen erzeugen. Dazu bedarf es der Interaktion, die naturwissenschaftliche Sicht der Psychiatrie löse aber prinzipiell Phänome aus ihrem Kontext, was die gemeinte Interaktion verhindere. (Fuchs 2005)

Psychoanalytische Milieuthérapie

Für Günther Ammon (1973) ist die psychoanalytisch definierte Milieuthérapie aus der konsequenten Erweiterung der Standardsituation der klassischen Psychoanalyse entstanden. Auch ist dies kein neuer Ansatz, bereits Ernst Simmel hatte Ende der 20-iger Jahre in Berlin ein

„Psychoanalytisches Sanatorium“ aufgebaut, in dem er begann, sog. „Psychopathen“, besonders Alkoholiker im Rahmen einer stationären, psychoanalytisch orientierten Therapie zu behandeln. Sigmund Freud, der Simmel häufiger besuchte, war von diesen Versuchen sehr beeindruckt und meinte, ein Praktikum in einer solchen Einrichtung müsse obligatorischer Bestandteil der psychoanalytischen Ausbildung werden. Neben diesen Ansätzen sind die von Harry Stack Sullivan zu nennen, der in den USA der 20-iger und 30-iger Jahre milieuthérapeutische Voraussetzungen schaffte und mit dem Hintergrund der Psychoanalyse schizophrene Patienten behandelte. Des Weiteren sind Karl und William Menninger zu nennen, die auf der Grundlage der Arbeiten von Simmel ab Mitte der 30-iger Jahre die ersten milieuthérapeutischen Programme in den USA einführten.

Psychoanalytische Milieuthérapie ist als ein Versuch zu verstehen, dem Problem jener Patienten gerecht zu werden, deren schwere Störungen es ihnen unmöglich macht, das eigene Verhalten zum Gegenstand reflektierender Beobachtung zu machen, die auch nicht in der Lage sind, mit Hilfe einer therapeutischen Gruppe, die ihre vergangene und aktuelle Lebenssituation repräsentiert, Einsichten in ihr Verhalten und ihre Konflikte zu gewinnen. (s. a. Küchenhoff, 2000) Hier muss die Therapie einen Schritt weiter gehen. Es geht da nicht um die symbolische Darstellung der Lebenssituation durch die therapeutische Gruppe, sondern um die tatsächliche Verwandlung der aktuellen Lebenssituation durch ihre Verpflanzung in ein therapeutisches Milieu, welches die Lebenssituation des Patienten zeitlich und örtlich umschließt. Dadurch werden Lebenssituationen und Behandlungssituationen identisch. Dabei wird sich der Umstand zunutze gemacht, dass im Rahmen des therapeutischen Settings beinahe sämtliche Lebensäußerungen des

Patienten der Beobachtung und der Interpretation zugänglich sind. Andererseits aber konfrontiert diese Veränderung uns auch mit spezifischen Problemen und verlangt eine grundlegend veränderte psychoanalytische Technik. Anna Freud hat dafür bezüglich der Kinderanalyse wichtige Impulse gegeben. Dort ist es so, dass der Kinderanalytiker zum aktiven Partner in der Spielwelt des Kindes wird, die seine Lebenssituation darstellt. Der psychoanalytisch orientierte Psychiater wird zum aktiven Partner des ich-kranken Patienten im therapeutischen Milieu, das zur Lebenssituation des Patienten geworden ist. Es verwundert nicht, dass viele Impulse für den psychoanalytischen Zugang zu psychotisch erkrankten Menschen durch den Kinderanalytiker Winnicott in den 40-iger und vor allen Dingen 50-iger Jahren entwickelt wurden.

Die therapeutische Situation des auf Station herzustellenden Milieus hat letztlich 2 Aufgaben zu erfüllen. Zum einen muss sie einen Ort des Ausagierens der pathologischen Symptomatik bieten, dadurch dem Patienten die Wiederholung der krankmachenden Lebenssituation in der Primärgruppe zu ermöglichen. Die therapeutische Situation ist in diesem Sinne Ort der Übertragung. Da die Reaktion des Milieus (in aller Regel) jedoch in einer Situation erfolgt, die frei ist von der pathogenen Dynamik der Primärgruppe und die das Verhalten des Patienten daher nicht feindselig destruktiv, sondern verständnisvoll und schützend beantwortet, handelt es sich nicht um eine bloße Wiederholung, sondern auch um eine Wiedergutmachung der früheren Erfahrung. Dies bedeutet, dass die doppelte Dynamik von Wiederholung und Wiedergutmachung die psychodynamische Grundlage der Therapie dieser schweren Störung darstellt. Das zieht natürlich Veränderungen in der therapeutischen Technik nach sich, die sich aus dem Umstand ergeben, dass ein schwer gestörter, psychisch Kranker über seine Konflikte nicht unmittelbar

sprechen kann, ihm bleibt deshalb nur das Ausleben. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen sind:

1. Der Therapeut wird direkt zum aktiven Partner in der Lebenssituation des Patienten, er wird zu einem der wichtigsten Faktoren dieser Lebenssituation. In sofern kann man in diesem Zusammenhang von aktiver Direkttherapie sprechen.
2. Der Therapeut ist in der gemeinsamen Situation des therapeutischen Milieus erst in zweiter Linie Interpret des Verhaltens und der Konflikte des Patienten, er beantwortet und deutet die Aktionen und Konflikte des Patienten zunächst vor allem durch sein Verhalten. Er steigt mit anderen Worten als aktiver Partner in die Lebenssituation des Patienten ein, ist Teil von ihr, um dem Patienten dabei zu helfen, diese Lebenssituation zu verstehen und dadurch auch Veränderungsmöglichkeiten zu geben. In diesem Sinne ist zu verstehen, dass es dem Patienten ermöglicht wird, neue Erfahrungen im Sinne einer Wiedergutmachung zu geben und ihm damit häufig erstmals das Erlebnis des Gelingens und ein positives Gefühl der eigenen Existenz zu vermitteln.

Zwischen das sprachlose Ausagieren der Symptomatik und die verbale psychoanalytische Interpretation wird dadurch eine informelle, überwiegend non verbale, dabei jedoch analytisch kontrollierte Interaktion zwischen dem Patienten und seiner therapeutischen Umgebung eingeschoben, die dazu dienen kann, eine emotional korrigierte Erfahrung im Sinne einer Wiedergutmachung zu erleben und damit die Basis für weitergehend analytische Arbeit zu legen. Die Übernahme der wesentlichen Ich-Funktionen des Patienten durch das Behandlerteam, der Patient delegiert dies häufig im Zuge seiner Regression, führt im Behandlerteam in aller Regel nicht dazu, destruktiv mit zu agieren, sondern nur vorübergehend und die Behandler sind von Anfang an darum bemüht, dem Patienten im Laufe des therapeutischen

Prozesses diese delegierten Ich-Funktionen der Abgrenzung seines Ich's und der Kontrolle seines Verhaltens schrittweise ihm zurück zu geben.

Um diese theoretischen Aspekte fruchtbar in die Praxis umzusetzen, muss das therapeutische Milieu in der Struktur und in seiner Organisation bestimmte Voraussetzungen erfüllen.

Zum einen stellt die Klinik selber ein therapeutisches Instrument dar. Die verschiedenen Mitglieder des therapeutischen Teams sind durch jeweilige spezifische Funktionen an der Herstellung des therapeutischen Milieus, in seiner Aufrechterhaltung und Absicherung beteiligt. Damit das nicht in gegen agierender destruktiver Weise geschieht, bedarf es der geständigen gemeinsamen Reflektion und Kontrolle. Wobei die Aufgaben des therapeutischen Teams insgesamt den einer Gruppe innerhalb einer der psychoanalytischen Gruppentherapie ähnelt. Durch die Herstellung einer flexiblen gemeinsamen Gruppengrenze, mit der sie den Patienten umgibt, entlastet das therapeutische Team sein schwaches und gestörtes Ich und bildet in der Realität ihre interpersonellen Beziehungen, ein Vorbild für die Ich-Grenzen, die der Patient im Zuge seiner nachholenden Ich-Entwicklung aufbauen soll. Die Gruppe als Ganzes hat damit eine doppelte Funktion, sie soll dem Patienten eine Wiederholung seiner traumatischen Erfahrung gestatten und sie soll diese Wiederholung durch die verständnisvolle und konstruktive Reaktion systemisch in eine Wiedergutmachung verwandeln. Dies setzt eine, gegenüber der traditionellen Psychiatrie, sehr veränderte Sichtweise auf den Patienten voraus. Er wird von den Mitarbeitern von vorne herein als selbstverantwortliche Person behandelt, die infantile Seite seiner Persönlichkeit wird zur Kenntnis genommen, angesprochen wird aber eher das gesund Ich, wobei die regressiven Tendenzen jeweils auf ihre Funktion hin untersucht werden.

Und noch einmal: Da wir der Meinung sind, dass auch das Symptom etwas ist, was im Kontext der Biographie des Patienten nicht beliebig erscheint, er in gewisser Weise auch dafür „verantwortlich ist“, nehmen wir die Selbstverantwortung des Patienten sehr ernst. An dieser Selbstverantwortung ansetzend, d. h. die gesunden Ich-Anteile stärkend und gleichzeitig in einem dialektischen Prozess die regressiven Anteile als wichtige Informationsquellen wertschätzend, versuchen wir ein therapeutisches Milieu zu gestalten. In der Konsequenz bedeutet dies, das therapeutische Milieu in seinen verschiedenen Facetten wahrzunehmen, entweder konfrontierend oder zur Identifikation einladen, bildet dieses Milieu insgesamt eine unumgängliche Voraussetzung für die analytisch psychotherapeutische Erhellung und Bearbeitung der unbewusst gewordenen Konflikte des Patienten. Die Kunst dabei besteht darin, dem Patienten in der milieutheraeutischen Arbeit jenes genaue Maß an ausagierender Abwehr zu gestatten, dass er für die Aufrechterhaltung seiner Ich-Grenzen braucht und ihm andererseits genau jenes Maß an analytischer Interpretation zu geben, dass er mit Hilfe seiner neu entwickelten oder wieder entdeckten Ich-Kräfte verarbeiten kann. Diese ständige Synchronisierung der verschiedenen Ebenen des therapeutischen Prozesses ist die Aufgabe des Behandlungsteams. Dazu gehört es auch, im Rahmen gemeinsamer Fallbesprechungen ein Bild von der aktuellen Psychodynamik des Patienten zu bekommen und damit das Ausmaß und die Tiefe der Intervention zu erarbeiten.

Praktisch geschieht das dadurch, das Modell von Stavros Menzos aufgreifend, in dem eine laufende therapeutische Nähe-/Distanzregulierung stattfindet, da der psychotische Patient permanent versucht, auf der einen Seite Distanz aufrecht zu erhalten und gleichzeitig Kontakt herzustellen. Dies bedeutet zum 2., das Konzept der

Affektlogik von Ciompi zu integrieren und in der akuten psychotischen Krise ein möglichst reizgeschütztes entspanntes Milieu und eine behutsame mitmenschliche Stützung und Begleitung herzustellen.

Drittens machen wir uns das von Janssen beschriebene Model des multidimensionalen Übertragungsangebots zu nutze, die Chance der stationär psychoanalytisch orientierten Therapie besteht dann darin, dass sich diese multidimensionalen Übertragungsprozesse, Übertragungsspaltungen und agierte Reinszenisierung von Objektbeziehungsmustern entfalten können und im Rahmen von Teambesprechungen für das Team wahrnehmbar und damit bearbeitbar werden und sich wie kleine Mosaiksteinchen zu einem integrierten Bild zusammen bauen lassen. Notwendig dafür sind regelmäßige Teambesprechungen, in denen die Teammitglieder möglichst offen, authentisch und subjektiv über ihre Beobachtungen, Erfahrungen und Gefühle mit Patienten berichten, die Wahrung der therapeutischen Identität jedes einzelnen Teammitgliedes bei der Gleichwertigkeit jedes Beziehungsfeldes und die Einhaltung von Rahmenbedingungen.

Zwischen Psychodynamik und Sozialpsychiatrie:

Es erscheint sehr schwierig in der Akutpsychiatrie psychodynamisches Denken und Handeln zu etablieren, da die institutionell vorgegebenen Rahmenbedingungen unüberwindbar erscheinen. Vor allen Dingen die Gegensätze zwischen dem psychotherapeutischen Anspruch und dem sozialpsychiatrischen bzw. ökonomischen Vollversorgungsdruck wird dabei deutlich. Wenn ein akut aufgenommener Patient sich durch empathische Zuwendung unsererseits, vielleicht erstmalig in seinem Leben, ermutigt fühlt, eine starre Abwehrstruktur etwas aufzuweichen bzw. Regression zuzulassen, müssen wir schon – mit der baldigen

Entlassung vor Augen – beginnen, wieder seine Autonomie, manchmal durchaus etwas forciert, zu fördern. Gleichzeitig kann aber der Patient in einem dynamisch strukturierten Raum das Erleben haben, auch mit der Botschaft seiner Symptomatik ernst genommen zu werden. Vielleicht ist die Leitlinie von Winnicott, der von einem „Auftauen eingefrorener Lebensprozesse“ spricht, für diese Form der Arbeit sinnhaftig. Wir können also im Idealfalle eingefrorene pathologische bzw. pathogene Strukturen aufweichen und vielleicht eine neue Weichenstellung ermöglichen, die noch nicht die „Reise“ bis zum Zielbahnhof bzw. bis zur Beendigung der Therapie begleiten. Entscheidend bleibt, dass im Balanceakt zwischen der Empathie, der Regressionsförderung, der Nähe und psychotherapeutischen Grundhaltung und dem des psychiatrischen Rahmens der Strukturierung und Autonomieförderung keine endgültige „Ideallösung“ geben kann. Meist übernehmen verschiedene Mitglieder des Teams jeweils die beiden „Pole“ zwischen psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischem Anspruch. Es bleibt eine Aufgabe der täglichen Triangulierung, diesen Spannungsbogen aufrecht zu erhalten und das Festlegen auf die eine endgültige und damit Entwicklung verhindernde Lösung zu verweigern.

Allerdings gibt es auch aus psychoanalytischer Sicht kritische Einwände. Die Arbeits- und Grundhaltung in der Sozialpsychiatrie ist, wie kürzlich Bruns (2008) ausgeführt hat, dadurch gekennzeichnet, dass eine partnerschaftliche Beteiligung, in der die Beteiligten gleichberechtigt und gleichwertig sind, hergestellt werden soll. Damit, so seine Kritik, trägt die von Dörner und Plog vorgeschlagene Grundhaltung stark idealistische Züge, die tendenziell die Berufsrolle zur Disposition stellt, dass therapeutische und private Begegnungen nicht mehr unterscheidbar sind, dass eine Grenze des Verstehens vom Patienten nicht zugelassen wird. Finzen (1991) hatte dieses Ideal als einen „moralischen Pietismus“

beschrieben. Bruns stellt im Gegensatz dazu das Ziel der psychoanalytischen Behandlung in den Vordergrund, das dem Patienten zu einem Verständnis der unbewussten Bedeutung seiner Symptome und zu der inneren Freiheit verhelfen soll, neue Sicht- und Verhaltensweisen zu erproben. Während die sozialpsychiatrische Behandlung die Symptomüberwindung, den Außenweltbezug mit Orientierung an ihren Realitäten, die Entwicklung lebenspraktischer Fertigkeiten, Teamarbeit, Partnerschaftlichkeit ohne strenge professionelle Abgrenzung und gemeinsames praktisches Handeln in den Vordergrund stellt, setzt die analytische Behandlung auf die Einzelbeziehung, die Expertenfunktion, die Unterschiedlichkeit, den Innenweltbezug mit Orientierung an metaphorischen und symbolischen Bedeutungen, Selbstreflektion und Selbsterkenntnis sowie Deuten.

Vignette

Herr B., ein im Erstkontakt zum Behandler 46jähriger Mann, der in den letzten 15 Jahren zuvor wegen immer wiederkehrendem Alkoholmissbrauch insgesamt 41 Mal stationär behandelt werden musste, kam aufgrund von Bettenknappheit auf eine allgemeinpsychiatrische Station. Dort benahm er sich unflätig, war aggressiv gereizt, kaum absprachefähig und forderte die Grenzen heraus, indem er im Wortsinn Mitpatienten anpöbelte. In dieser Situation wurde nicht auf den sich anbietenden Handlungsdialog Klüver (1983, 1995) eingegangen, sondern die in der Gegenübertragung neben dem ärgerlichen Affekt spürbaren tief traurigen Gefühle des Patienten benannt.

Vorausgegangen war eine emotional-kontroverse Auseinandersetzung darüber, wie dieses „unmögliche“ Verhalten zu sanktionieren sei, ob der Patient nicht ‚niedergespritzt und fixiert gehöre‘. Erst als es gelang das aggressive acting out des Patienten als verzweifelten Versuch zu verstehen, die unerträglichen depressiven Gefühle zu unterdrücken, trat eine gewisse Beruhigung des in sich völlig zerstrittenen Teams ein.

Die Reaktion des Patienten auf das Benennen der Gegenübertragungen im oben geschilderten Sinn bestand in einer tiefen, sich über zwei Monate hinziehenden

depressiven Reaktion. Später konnte Herr B. berichten, dass es ihm sehr geholfen habe, vom Team in seiner Befindlichkeit wahrgenommen worden und nicht erneut den Weg der Sanktionen und des sich damit stabilisierenden aggressiven Impulses gegangen zu sein. Stattdessen wurde ihm die Möglichkeit eröffnet, andere Erfahrungen machen zu können.

Darüber hinaus stellte sich heraus, dass er sich lieber mit der sozial akzeptierteren Diagnose der Alkoholabhängigkeit zufrieden gab als sich mit der eigentlichen, auch von den Kollegen über Jahre verleugneten schizoaffektiven Erkrankung auseinandersetzen zu müssen.

Er erholte sich danach und es begann eine bis heute über 18 Jahre andauernde therapeutische Beziehung, die zu einer Stabilisierung führte. D. h., er war seitdem fünf Mal (längstens 2 ½ Wochen) hospitalisiert. Die weiter, im Durchschnitt einmal jährlich auftretenden Krisen, konnten im ambulanten Setting durch eine Erhöhung der Frequenz abgefangen werden. Den Alkoholkonsum benutzt Herr B. nur vereinzelt als Medikation in diesen Krisen. Neuroleptika oder Phasenprophylaktika erhielt der Patient dauerhaft nicht, in Krisensituationen war eine Einnahme von 1mg Benperidol für ca. 5-10 Tage ausreichend.

An dieser Vignette wird zweierlei deutlich, zum einen, dass es auch im stationären Setting zunächst eine dyadische Wahrnehmung eines Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehens geben kann, wie es in einer Praxis geschieht. Zum anderen ist es dem Behandler offensichtlich gelungen, sich nicht vom acting out des Patienten blenden zu lassen und damit die bekannten, gleichzeitig erhofften und auch gefürchteten Reaktionen zu wiederholen, sondern vielmehr durch Bions ‚biokulares Sehen‘, Herrn B. in seiner hinter der aggressiven Fassade verborgenen Not wahrzunehmen.

In einem stationären therapeutischen Setting muss aber nicht nur die geschilderte Gegenübertragung reflektiert werden, vielmehr setzt sie innerhalb der Mitarbeiter eine ganze Kaskade von Reaktionen in Gang, die ich oben sehr verknappt wiedergegeben habe. Es ist jedem sehr leicht vorstellbar, welche kontroversen Ansichten aufeinander prallten, wobei die Wucht, die das geschilderte Verhalten des Patienten in dem Team auslöste, mit der Wucht der depressiven Reaktion, die durch das Verhalten des Patienten zunächst verdeckt und danach offen zutage trat, korrespondierte. Diese im stationären Setting in der Psychiatrie häufig zu machenden Beobachtungen führen, wenn sie nicht einem reflexiven Prozess zugänglich sind,

dazu, dass es zu einer unauflösbaren Verstrickung zwischen der Stabilisierung abgespaltener aggressiver Anteile des Patienten und den komplementären Reaktionen des Teams kommt. In dem geschilderten Fall hätte dies Fixierung und ‚niederspritzen‘ bedeutet.

Dührsen (1999) hat darauf hingewiesen, dass jedes Behandlungsangebot dem psychotisch erkrankten Menschen Übertragungsangebote macht und dadurch eine entlastende Funktion hat, gleichzeitig aber auch Aspekte dieser Übertragungsangebote ausblendet, wodurch vereinzelte Konflikte abgespalten und in das jeweilige Behandlungssetting verlagert werden. So wäre in der geschilderten Vignette die Reaktion einer kustodialen Psychiatrie für Herrn B. entlastend gewesen, da den sichtbaren Phänomenen mit Zwangsmedikation und Fixierung begegnet worden wäre, um die ‚Ordnung‘ aufrecht zu erhalten. Es wäre ihm gelungen, damit das Team zu aggressiven Verfolgern zu machen und gleichzeitig wäre es zu einer Externalisierung von Kontrollfunktionen gekommen, so dass die hinter dem aggressiven Verhalten liegende depressive Problematik nicht in den Fokus geraten wäre.

Im Beharren auf Eigensinn und der Auseinandersetzung mit dem Team gelang es dem Behandler stellvertretend für den Patienten sich seiner Kernproblematik zu nähern. In der konkreten Auseinandersetzung im Team, wie auf die Provokationen reagiert werden sollte, zeigte sich auch deren Reife.

Nur wenn es gelingt, die Gegenübertragungsreaktionen in das Team zu integrieren, es, ein Ausdruck Bions gebrauchend, wie ein Prisma zu benutzen, in dem die scheinbare Einheitlichkeit des Patienten in der Vielfältigkeit seiner Facetten wahrgenommen werden kann, indem die je eigenen Gegenübertragungen der einzelnen Mitarbeiter einem Diskurs zugänglich gemacht werden, kann es zu einem tieferen Verstehen des Patienten kommen. Der Vorteil einer stationären Akutbehandlung in Bezug auf die Gegenübertragung ergibt sich aus der Tatsache, dass es eben nicht nur eine, sondern viele ‚richtige‘, gibt Gegenübertragungen, so dass das Spektrum der Wahrnehmung reicher wird. Auf der Seite der Behandler setzt dieses Vorgehen ein Vertrauen in die Arbeit des Einzelnen voraus, gleichzeitig gelten alle Wahrnehmungen als gleich wichtig in Bezug auf den Patienten, da sie jeweils einen Aspekt von ihm repräsentieren.

Dies ist aber nicht ein einmal erreichter Zustand, sondern bedarf immer wieder der Erarbeitung: Ein Indikator für psychosenahes Verhalten des Teams stellt das

Aufeinanderprallen von starken, sich widersprechenden Affekten im Team dar, wie es sich prototypisch bei der Behandlung von Menschen mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung einstellt. Wenn dies geschieht ist das ‚biokulare Sehen‘ besonders wichtig. Die im Team tobenden Affekte sind für das Verständnis der inneren Zustände des Patienten essentiell, gleichzeitig verstellt sie aber häufig auch den Blick auf die dahinter liegende Problematik. Diese ‚unvorstellbaren Stürme‘ (Jackson, Williams, 2007) im psychotisch erkrankten Menschen haben ihre Entsprechung somit im Team. Erst wenn es diesem gelingt, diese Affekte in sich zu verdauen und dem Patienten verdaut zur Verfügung zu stellen, im Sinne Bions durch die alpha-Funktion beta-Elemente in alpha-Elemente zu verwandeln, kann eine Beruhigung einsetzen, kann dem archaischen Gefühl einen Namen gegeben, Präsymbolisches in Symbolisches verwandelt

Zusammenfassung

Ich habe versucht zu zeigen, wo im Lichte der neusten Forschungsergebnisse der biologischen Psychiatrie die Psychoanalyse ihren notwendigen Platz hat und zu der Aufhebung der von Stärke angesprochenen Skotomisierung beitragen kann. Ich hoffe, dass deutlich geworden ist, dass der naturalistische Fehlschluss, dem die biologische Psychiatrie immer wieder unterliegt, die Ergebnisse der Hirnforschung zur Ursache für psychiatrische Erkrankungen zu deklarieren, dazu führt, ein zentrales Moment der Entstehung und Therapie dieser Krankheiten zu ignorieren. Der damit verbundene Schluss, „Geisteskrankheiten“ kurzerhand zu „Gehirnkrankheiten“ umzudefinieren (Hell 2003), greift zu kurz, er ignoriert die Eigenarten psychiatrischer Erkrankungen, die sich hauptsächlich oder doch zum größten Teil durch subjektives Erleben und den ihr dadurch gegebenen Bedeutungen auszeichnen. Da es sich bei psychiatrischen Störungen um komplexe Verbindungen objektiv erfassbarer Parameter und subjektiven Erlebens handelt, die innere Dynamik nicht objektivierbar, auch nicht reduzierbar auf ein molekulares Geschehen ist, bedarf es der Psychoanalyse, um das

Moment der subjektiven Ebene wissenschaftlich zu erfassen. Wie Hell formuliert, bedarf es des Seelischen um Seelisches zu erkennen. Die Psychoanalyse gibt uns Instrumente an die Hand, sowohl den Verstehensprozess in der Zwei-Personen-Perspektive zu analysieren, als auch sie zu benutzen, die im Team ausgelösten unbewussten Niederschläge der psychotischen Dynamik wahrzunehmen.

Psychoanalyse berücksichtigt die unbewussten Prozesse, gibt uns die Möglichkeit, Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene wahrzunehmen und zur Behandlung zu nutzen. Selbst auffälligstes Verhalten versucht sie in einen Kontext zu stellen und ihr die für das Überleben und Existieren notwendige oder befriedigende Bedeutung zu geben. Dabei steht nicht die Deutung im Vordergrund, sondern der Handlungsdialog (Klüver 1983). Mit Hilfe der psychoanalytischen Methode konnten psychiatrische Institutionen als strukturierte Großgruppen aufgefasst werden, die Großgruppenprozesse mit archaischen Abwehrmechanismen und „primitiven“ Übertragungsformen fördern. Psychotische Patienten rufen bei den Mitarbeitern „frühe“ Beziehungsmuster hervor, die sie in der Institution durch ihr Verhalten reinszenieren (Heltzel 1995). Damit ist es möglich über das Verständnis der Teamprozesse und der Gruppenreaktion den Patienten zu verstehen. Das Team dient, ein Bild Bions gebrauchend, dann wie ein Prisma dazu, die Komplexität des Erlebens des Patienten in seine Facetten aufzufächern und damit das Verständnis für ihn zu fördern.

Neben der Wahrnehmung der psychotischen Symptomatik als Reaktion und Adaptionversuch weist Böker (1995) zu Recht darauf hin, dass im Symptom auch ein Widerstand gegen die Aufgabe primär-narzißtischer Gratifikationen enthalten ist. Dadurch kommt dem stationären Behandlungsfeld auch die Funktion eines Externalisierungs- und Projektionsraumes zu, der durch die Reaktivierung früher

Wahrnehmungs-, Affekt- und Handlungsmuster im Sinne Lichtenbergs (1989) gebildet wird. Die inneren Konflikte des an einer Psychose erkrankten Menschen können dann durch den Handlungsdialog zu einem „Organ neuer Einsichten“ (Böker 1995) werden, was allerdings wiederum das Verstehen der Gegenübertragung zur Voraussetzung hat. „Die therapeutische Qualität einer psychiatrischen Institution könnte man daran messen, inwieweit es ihr gelingt, die adaptiven Elemente bei den Angehörigen, den Mitgliedern des therapeutischen Teams, abzustützen, sie damit zu entlasten und für die Behandlung der Patienten kreativ zu machen“. (Böcker 1995, S. 27) Die Auseinandersetzung der Behandler mit dem Handlungsdialog kann so wesentliche Einsichten in das konflikthafte Erleben schizophrener Menschen fördern, allerdings bedarf es dazu der Psychoanalyse, die jede Form der Kommunikation unter dem Gesichtspunkt der Übertragung, der Gegenübertragung und des Widerstandes reflektiert. Ein wesentlicher psychodynamischer Beitrag zum Verständnis und zur Gestaltung des Stationsmilieus bei der Behandlung schizophrener Menschen besteht darin, die jeweiligen Verflechtungen und Verstrickungen sämtlicher therapeutischer Maßnahmen in der Behandlung Schizophrener deutlich zu machen. (Leuschner 1985; Putzke 1992; Hoffmann 2002) Oft erfahren wir mehr durch die ‚Fehler‘, die wir machen, über die unbewusste Inszenierung des Patienten mit uns, jedenfalls mehr als dadurch, gar nicht in Beziehung zu ihm zu treten und nur seinen „entgleisten Hirnstoffwechsel“ zu reparieren.

Psychoanalyse in der Psychiatrie ist notwendiger denn je, um zu verhindern, was Leder (1990) als Gefahr ansieht, wenn er schreibt: „Es besteht die Gefahr, dass die moderne Medizin bei ihrem Versuch, die wissenschaftlich unscharfe Subjektivität zu eliminieren, gleich das Subjekt als ganzes mit ausschließt.“

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Michael Putzke

Cherfarzt der

Klinik für Psychiatrie

& Psychotherapie

Gesundheitszentrum Wetterau

Johann-Peter-Schäfer Straße 3

D-61169 Friedberg

Michael.Putzke@gz-wetterau.de

Literatur:

beim Verfasser