

■ die Psychotherapeutin

Zeitschrift für Psychotherapie

1: Herbst 1994

herausgegeben von Beatrice Alder, Basel
Ulrike Hoffmann-Richter, Basel
Ursula Plog, Berlin

unter Mitarbeit von Johanna Lalouschek, Wien
Almuth Massing, Göttingen
Mariele Ritter-Gekeler,
Müllheim/Baden
Angela Schürmann, Lübeck



die Psychotherapeutin

erscheint halbjährlich im Frühjahr und im Herbst
in der Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag gemGmbH,
Postfach 2145, D-53011 Bonn

Herausgegeben von Beatrice Alder

Buchhandlung Das Narrenschiff GmbH
Postfach 611, CH-4051 Basel

Dr. Ulrike Hoffmann-Richter (geschäftsführend)
Psychiatrische Universitätsklinik
Wilhelm-Klein-Str. 27, CH-4025 Basel

Dr. Ursula Plog
Lützelsteiner Weg 35, D-14195 Berlin

Einzelpreis: DM/sFr. 25,- ; ÖS 195,-

Abonnement: jährlich DM/sFr. 45,-; ÖS 360,-

Bestellungen nehmen der Verlag sowie alle Buchhandlungen entgegen.

Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Die Psychotherapeutin: Zeitschrift für Psychotherapie. -

Bonn: Ed. Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verl.

ISSN 0946-3453

ISBN 3-88414-192-9

© Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag Bonn 1994

Alle Rechte vorbehalten

Druck: Clausen & Bosse, Leck

gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier



Die Psychotherapeutin

freut sich über die Zusendung von Manuskripten. Dies können klinische Beiträge sein ebenso wie theoretische Aufsätze, Buchbesprechungen, Kongreßberichte, Veranstaltungshinweise und anderes mehr.

Die Publikationssprache ist deutsch, Übersetzungen aus anderen Sprachen sind sehr willkommen.

Sprachliche Gleichbehandlung von Mann und Frau wird vorausgesetzt, ohne daß der Sprache Gewalt angetan wird. Dies bedingt einen bewußten und kreativen Umgang mit der Sprache.

Postadresse für Beiträge ist diejenige der geschäftsführenden Herausgeberin

Themen der nächsten Hefte:

2/ Frühjahr 1995

3/ Herbst 1995 voraussichtlich

Psychotherapie in Institutionen

Psychotherapie und Justiz

■ Psychotherapie und Psychiatrie

Editorials:

Vom Segen eines guten festen Rocks	4
Zu diesem Heft	6

Die Psychiatrie psychotherapeutisch durchdringen Psychiatrie und Psychotherapie. Eine Übersicht <i>Ulrike Hoffmann-Richter</i>	9
--	---

Die unbequemen Angehörigen Veränderungen der unbehandelten Dritten während der Psychotherapie <i>Almuth Massing</i>	37
--	----

Meine Geschichte mit Rosa Eine Langzeitbegleitung <i>Ruth Hodel</i>	56
---	----

Psychotherapie anders gesehen Anmerkungen zur Geschichte mit Rosa <i>Ursula Plog</i>	64
--	----

Eine Krankengeschichte zum Tode Therapeutische Beziehungen und Suizid in der Klinik <i>Cornelia Östereich</i>	66
--	----

Wann beginnt Psychotherapie? Ein Erfahrungsbericht über den Umgang mit Neuroleptika im Dienste psychotherapeutischer Prozesse bei Psychosekranken <i>Silvia Cueni</i>	81
---	----

Interview mit Eva Freudenberg	91
-------------------------------	----

Forum

Tagungsberichte	101
Bücher	105

Autorinnen	115
------------	-----

Vom Segen eines guten festen Rocks

Editorial der mitherausgebenden Verlegerin

■
Beatrice Alder

Fachzeitschriften heißen „Der Nervenarzt“, „Der Gynäkologe“ oder „Der Hausbesitzer“. Nichts ist naheliegender als „Die Psychotherapeutin“. Patin bei der Namenssuche für unsere Zeitschrift für Psychotherapie stand die einzige Ausnahme: „Die Philosophin“ der Tübinger editio diskord.

DIE PSYCHOTHERAPEUTIN will die Frage diskutieren, was Psychotherapie ausmacht und wozu sie gut ist. Sie sucht und beschreibt psychotherapeutische Elemente in jeglicher Form therapeutischen Umgangs. DIE PSYCHOTHERAPEUTIN führt diese Diskussion schulen- und fachübergreifend, unabhängig von durch Interessengemeinschaften oder Fachgesellschaften vorgegebenen Pfaden.

DIE PSYCHOTHERAPEUTIN wird von Frauen gemacht. Sie soll vor allem Frauen als Forum dienen, wo sie fachliche Fragen aus ihrer Perspektive stellen und diskutieren können. DIE PSYCHOTHERAPEUTIN will psychotherapeutisch arbeitende Frauen in den unterschiedlichsten Tätigkeitsfeldern erreichen, seien sie nun Ärztinnen oder Krankenschwestern, Sozialpädagoginnen oder Psychologinnen. DIE PSYCHOTHERAPEUTIN stellt den Anspruch, den Blick auf die Psychotherapie zu erweitern durch die Verknüpfung dieses Bereichs mit anderen Fachbereichen wie Psychiatrie, Psychologie, Pädagogik, aber auch Linguistik, Soziologie oder Philosophie u.a..

„DIE PSYCHOTHERAPEUTIN würde dadurch zum Kramladen“, begründete eine potentielle Herausgeberin ihren Austritt aus der Gründungsredaktion. Genau das will DIE PSYCHOTHERAPEUTIN sein: reichhaltig, vielfältig, anregend für Seele und Geist, mit Platz für Ideen und Gedanken. Die Bewertungen will DIE PSYCHOTHERAPEUTIN Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, überlassen. Uns – Herausgeberinnen und Verlegerin – scheint dieser Ansatz gewinnbringend zu sein. Frauen machen sich auf, die wissenschaftliche Welt nach ihren Vorstellungen mitzugestalten. Früher machten sich Frauen auf, die physische Welt zu erobern. Mary Russel schreibt in ihrem Buch „FrauenReisen“ in diesem Zusammenhang „Vom Segen eines guten festen Rocks“ auf den strapaziösen Reisen. Dieses Bild tauchte vor unseren Augen auf angesichts mancher unerwarteter Hindernisse, die sich unserem Projekt entgegenstellten. Wir begegneten viel Verzagttheit, diffusen Vorbehalten, Furcht vor mangelnder Anerkennung, Angst vor dem Verlassen sicherer Pfade und Mißtrauen gegenüber den Motiven der Edition. Zweimal brach eine Redaktion auseinander, bevor sich die jetzige Gruppe zusammenfand.

Heute wie damals braucht es offenbar Mut und Stehvermögen, um Neues zu wagen; das Risiko des Mißlingens einzugehen; sich zu exponieren und sich damit der Kritik auszusetzen. Lust am Abenteuer und ein guter fester Rock sind immer noch von Nutzen.

Wir wagen das Abenteuer und wünschen uns und Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, anregende Lektüre, lebhaftige Diskussionen und eine gewinnbringende Auseinandersetzung mit allen Fragen der Psychotherapie.

Russel, Mary: FrauenReisen. Vom Segen eines guten festen Rocks. Die Lebensgeschichten weiblicher Abenteuerer und Entdecker. Goldmann Taschenbuch 9808, 286 Seiten, DM 12,80.

Zu diesem Heft

■
Ulrike Hoffmann-Richter

Gemeinsamkeiten, aber auch das Spannungsfeld zwischen Psychotherapie und Psychiatrie sind Thema des ersten Heftes. Während Neurosepatienten und deren Psychotherapeutinnen gegen die Begrenzung der erstatteten Stundenzahl in der aktuellen deutschen Krankenkassenregelung protestieren, müssen Psychosekranken und deren Angehörige sich dafür einsetzen, daß auch Psychosepatienten eine Psychotherapie zusteht: Im neuesten Entwurf des Psychotherapeutengesetzes sind Psychosen weiterhin keine psychotherapiewürdigen Krankheiten. Psychotherapeutische Arbeit mit Psychosepatienten findet nach wie vor nur in seltenen Einzelbehandlungen statt. In psychiatrischen Kliniken wie in der ambulanten Versorgung gilt, daß mit Psychosekranken pharmakologisch und sozialpsychiatrisch gearbeitet werden müsse. Eine Psychotherapie erfordere äußerst langjährige Erfahrung und könne allenfalls von Analytikern wie Benedetti, Mentzos, Matussek, Sandner und anderen durchgeführt werden oder von erfahrenen Familientherapeutinnen.

Was aber geschieht in der Klinik? Was passiert, wenn eine Patientin über Jahre nicht in der Lage ist, Konflikte zu bearbeiten oder wiederholte Beziehungsstörungen zu reflektieren? Sind hier nicht Psychiater und Psychotherapeutinnen gefordert, die so geartete Störung in der Psychose zum Ausgangspunkt der Therapie zu nehmen?

In einem Tagungsband (Zeig 1991) erklären „old men“ der Psychotherapie fast einhellig, daß ein Analytiker nicht warten könne mit der Behandlung der schweren Depressionen seines Patienten, bis dieser ordnungsgemäß in seiner Praxis erscheint. Das Problem bestehe gerade darin, daß er morgens nicht aus dem Bett komme. Oder die Therapie einer schweren Angstsymptomatik mit Claustrophobie müsse vor dem Moment beginnen, in dem die Patientin zu ihrem Therapeuten mit dem Aufzug in den x-ten Stock fahren könne. Warum soll das bei einer Psychosepatientin anders sein? Angehörige verschiedener Methoden befürchten, hier werde Etikettenschwindel betrieben. Psychotherapie sei nur, was getreu den Richtlinien der DPG, DPV, der DGVT, des BDP oder der systemischen Familientherapie stattfindet. Aber wo wird sonst in der ärztlichen Versorgung Monotherapie betrieben? Wo wird in der somatischen Medizin eine Lungenentzündung nur mit Antibiotika behandelt und nicht auch die Schmerzen mit Analgetika? Warum sollte es nicht möglich und nötig sein, in einer psychotherapeutischen Haltung Patienten zu begegnen? Wer hat erforscht und empirisch bestätigt, daß Grundelemente psychotherapeutischen Handelns nicht in einem psychiatrischen Kontext anwendbar und hilfreich sein können?

In der Allgemeinmedizin hat Balint solcher Art Pionierarbeit geleistet. Dennoch haben sich seine Erkenntnisse, seine Behandlungsmethoden nicht im Medizinstudium oder in der ärztlichen Grundausbildung durchgesetzt. Sie sind freiwilliger Zusatz geblieben. In der Psychiatrie gab es an verschiedenen Orten solche Ansätze, z.B. im Burghölzli von Eugen Bleuler, oder in Münsingen und Lausanne von Max und Christian Müller. Aber sie haben sich nicht durchgesetzt. Ratschläge, wie sie von psychoanalytischer Seite in einer frühen Arbeit von Loch (1970) oder 1991 bei Strupp und Binder zu finden sind, sind bisher Inseln geblieben. Noch immer dominieren theoretische Konzepte, die mehr oder weniger losgelöst von klinischer Arbeit entstanden sind, über die klinische Tätigkeit. Theoretische Konzepte aber können beengen, vor allem wenn sie (Mono)kausalität für sich beanspruchen.

Nun soll nicht einem purem Pragmatismus das Wort geredet werden. Aber die Klinik, die Notwendigkeit empirischer Untersuchungen und die Ausrichtung psychotherapeutischer Arbeit am real existierenden Alltag muß dort Vorrang haben, wo bisherige Theorien nicht bestehen konnten.

Wir meinen nicht, daß solche Art psychiatrische Psychotherapie nicht stattfindet, im Gegenteil. Nur findet sie zu selten statt. Sie ist bei weitem nicht Allgemeingut. Und sie findet sich weder in der wissenschaftlichen Diskussion noch in den Curricula psychiatrischer oder psychotherapeutischer Ausbildungsgänge. Es geht nicht um „je mehr Psychotherapie, desto besser“, auch nicht um „wo Psychiatrie war, soll Psychotherapie werden“. Es geht um die Erarbeitung eines psychotherapeutischen Handwerkzeugs für den psychiatrischen Alltag. Es geht um den gezielten Einsatz psychotherapeutischen Arbeitens mit dem Wissen um Wirkung und Nebenwirkung, um Möglichkeiten und Grenzen. Dieses Heft will einen Beitrag dazu leisten, dieses Handwerk sichtbar und benutzbar zu machen.

Die Übersichtsarbeit der Herausgeberin beginnt mit einem historischen Abriss über die Literatur zum Thema seit 1900. Sie beschreibt das Spannungsfeld zwischen psychiatrischem und psychotherapeutischem Handeln, die soziologischen Hintergründe und eröffnet Perspektiven, wie eine konstruktive Zusammenarbeit aussehen könnte. Almuth Massing fordert in ihrem Beitrag Psychotherapeutinnen auf, den Blick nicht nur auf die von ihnen Behandelten zu konzentrieren, sondern die Auswirkungen ihrer Arbeit auf die Angehörigen ihrer Patientinnen in Betracht zu ziehen. Es nützt nichts, die Verantwortung hierfür von sich zu weisen. Ebenso kann es unter bestimmten Umständen wichtig sein, andere mitbehandelnde Kolleginnen oder Institutionen miteinzubeziehen. Massing diskutiert Indikationen ebenso wie unerwünschte Wirkungen solcher Gespräche. Umsichtig und überlegt zeigt sie einen Weg aus der beengten Perspektive alleiniger psychoanalytischer Therapie.

Ruth Hodel berichtet als Psychiatriseschwester von einer 20-jährigen Begleitung einer Patientin. Ihr Bericht ist nicht sozialpsychiatrischer Alltag. Ihre Begleitung war keine Psychotherapie. Aber aus dem Umgang mit der etwa gleichaltrigen Patientin werden Grundprobleme psychotherapeutischen Arbeitens in der Sozialpsychiatrie deutlich: der Umgang mit persönlichen und professionellen Anteilen, der Umgang mit Nähe und Distanz und die Auseinandersetzung mit Institutionen. Ursula Plog kommentiert diesen Bericht unter psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Aspekten. Sie diskutiert, inwiefern hier psychotherapeutisches Handwerkszeug einfließt, daß wir als Psychiaterinnen und Psychologinnen zu lange der Tätigkeit des Pflegepersonals abgesprochen haben. Cornelia Östereich reflektiert in ihrem Bericht rückblickend die Psychodynamik eines Behandlungsteams und verschiedener Psychiater, die versucht haben, eine Patientin aus ihrer schweren Depression herauszuholen. Die Patientin hat sich suizidiert. Östereichs Arbeit ist ein Versuch, aus dieser fehlgeschlagenen Behandlung zu lernen.

Silvia Cueni beschreibt einen anderen psychotherapeutisch orientierten Zugang zu psychiatrischen Patienten: Entlang klinischer Vignetten erzählt sie von ihrem Umgang mit Konflikten in ihrer Behandlung. Diese kristallisieren sich nicht zuletzt in Problemen mit der Medikamenteneinnahme. Sie zeigt, daß psychotherapeutische Arbeit nicht erst beginnt, wenn die akute Symptomatik abgeklungen und eine Patientin stabilisiert ist. Psychotherapeutisches Denken und Handeln kann und sollte von der ersten Kontaktaufnahme an miteinfließen. Das Interview stellt Eva Freudenberg als langjährige psychiatrisch und psychotherapeutisch tätige Oberärztin einer Universitätsklinik vor. Sie berichtet insbesondere von der Teamdynamik auf einer psychiatrischen Abteilung, dem Umgang mit einzelnen Patienten und Patientinnen und den psychotherapeutischen Funktionen, die die Bezugsschwestern günstigenfalls übernehmen. Den Ausblick bilden Gedanken zur jetzigen Ausbildungssituation und zu Möglichkeiten einer integrierten Ausbildung von Psychiatrie und Psychotherapie. Durch alle Beiträge zieht sich die Frage, was gelungene Therapie auszeichnet, was davon lehr- und lernbar ist und was sie uns an theoretischen Erkenntnissen bringt.

Loch, W.: Beratung – Behandlung: Methoden und Abgrenzungen. In: Familienkonflikt und Familienberatung. Verlag Butzon und Bercker, Kevelaer 1970
 Strupp, H. H., J. L. Binder: Kurzpsychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart 1991
 Zeig, J. K. (Hrsg.): Psychotherapie. Entwicklungslinien und Geschichte. dgvt Verlag, Tübingen 1991

Die Psychiatrie psychotherapeutisch durchdringen

Psychiatrie und Psychotherapie

■
Ulrike Hoffmann-Richter

Die Entwicklung der Weiterbildungsordnungen läßt annehmen, daß die Psychotherapie in jüngster Zeit ein Stück weiter in der psychiatrischen Versorgung verankert ist: In Deutschland wurden zwei neue Ausbildungsgänge zur Fachärztin verabschiedet – für „Psychiatrie und Psychotherapie“ und für „Psychotherapeutische Medizin“; in Österreich wurde per Gesetz die psychotherapeutische Versorgung in die Krankenkassenregelung aufgenommen; in der Schweiz steht eine Neuauflage des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie bevor. In der Ausbildungsordnung soll die psychotherapeutische Weiterbildung im Gegensatz zu bisher ihren festen Platz erhalten. Aber der Schein der Verankerung trügt. Der Nervenarzt druckte im Herbst 1993 eine zehnteilige vermeintliche Übersichtsarbeit mit dem Titel: „Ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eine Außenseitermethode?“ M. M. Weber aus dem Max Planck Institut in München vertrat die Ansicht, daß tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Prototyp einer Außenseitermethode gelten könne. Sie erfülle nicht die Ansprüche, die an eine naturwissenschaftliche Methode gestellt werden müßten. Dennoch empfahl er, diese Form der Psychotherapie im ärztlichen Versorgungskatalog beizubehalten, da sonst der Schulmedizin ein zu großes Klientel verlorengehe. Unter der Hand waren solche Äußerungen in Fachkreisen schon lange zu hören. Im Nervenarzt wurde diese Argumentation jedoch bis dahin nicht vorgetragen. Die biologische Psychiatrie ist nicht nur auf dem Vormarsch. Sie scheint auch die Neuauflage eines Anspruchs an ärztliche Tätigkeit zu befördern, der nur naturwissenschaftliches Denken gelten läßt. Um 1850 waren solche Vorstellungen schon einmal en vogue. Damals sind sie gescheitert.

Statt Verankerung geht es demnach um wohlwollende Duldung einer „Außenseitermethode“ um der Patienten Willen. Angermeyer et al. (1993) bestätigen, daß Webers Befürchtungen berechtigt sind: Zwei Drittel der Bevölkerung sehen bei psychischen Störungen Psychotherapie als ursächliche Behandlung an. Medikamente milderten lediglich die Symptome, ohne an der Störung etwas zu ändern. Psychoanalyse oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie könnte sich ihre Sporen dort verdienen, wo die naturwissenschaftliche Medizin nicht – wie viele meinen noch nicht – greift: In Spezialbereichen psychosomatischer Erkrankungen; fixierter Neurosen, funktioneller Störungen oder Persönlichkeitsstörungen. Das Ziel wäre, auch dort für die naturwissen-

schaftliche Seite Terrain zu gewinnen. Wer den Ursachennachweis erbringt, hat gewonnen.

Die Psychoanalyse suchte von Anfang an Ursachennachweis von psychischer Seite zu betreiben. Freud hat nicht nur die Neurosen als Krankheitseinheiten beschrieben, sondern auch ihre Ursache in der psychischen Entwicklung der Kranken ausgemacht. Er stellte dem somatischen Krankheitskonzept das psychogenetische gegenüber. Es schien besonders erstrebenswert, die Behandlungen mit dem „Gold der reinen Analyse“ durchzuführen. War dies nicht möglich, mußte man die Methode „mit Kupfer legieren“. Nicht nur psychoanalytische Behandlungen, auch tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist heute noch von dieser Rangfolge geprägt.

Frau könnte diese auseinanderlaufende Ursachenforschung als Abgrenzungsbedürfnis unvereinbarer Methoden begreifen, die in größerer Nähe einander in Frage stellen: Wüßten wir genug über physiologische und biochemische Abläufe, könnten wir damit unsere Affekte, unseren Seelenhaushalt erklären. Oder umgekehrt: Könnten wir unbewußte Abläufe noch besser zu Bewußtsein rufen und erforschen, hätten wir im Sinne einer Metaphysiologie physiologische und biochemische Abläufe gleich miterklärt. Ganz verständlich wird das Spannungsverhältnis mit dem Abgrenzungsbedürfnis nicht. Die Beunruhigung ist uns nicht genommen. Vielmehr scheint es, als gehe es hier weniger um wissenschaftliche Erkenntnis, als vielmehr um die Vertretung des rechten Glaubens. Ein alles verbindendes bio-psycho-soziales Modell hilft darüber nicht hinweg.

Psychiaterinnen und Psychiater arbeiten biologisch und sozialpsychiatrisch. Viele beklagen, daß sie mit ihren psychiatrischen Patientinnen nicht psychotherapeutisch arbeiten können. Viele, die eine fundierte psychotherapeutische Ausbildung auf sich nehmen, wandern in rein psychotherapeutische Praxen ab. Psychotherapeutinnen haben genug Zulauf. Sie können sich ihre Patientinnen auswählen. Psychosepatientinnen gehören dazu in der Regel nicht. Hinzu kommt, daß psychotherapeutische Ausbildungsinstitute vor der Arbeit mit Psychosepatienten warnen. Zur Ausbildung sind allemal nur Behandlungen mit Neurosepatientinnen gestattet. Wir beklagen diesen Zustand. Wir fragen uns, warum eine psychiatrische Psychotherapie nicht möglich sein soll, und warum dafür keine Ausbildung angeboten wird. Kann es tatsächlich sein, daß niemand vorher auf die Idee gekommen ist, im psychiatrischen Alltag psychotherapeutisch zu arbeiten? Es kann nicht sein. Außer der Literatur zu konzeptuellen Überlegungen über die Psychoanalyse der Psychosen gibt es einige Arbeiten zur psychiatrischen Psychotherapie mit Psychosepatientinnen, die auffallend in den Hintergrund getreten oder ganz in Vergessenheit geraten sind. Die Literatur aus jüngster Zeit (Held 1993; Heltzel 1994; Hubschmid 1993;

Huszonek 1987) zitiert die alte Literatur nicht. Die Übersicht kann die bestehende Literatur nicht vollständig darstellen, wohl aber die Entwicklung beschreiben und die wichtigen Themen benennen. Daraus werden einige Beobachtungen, Überlegungen und Fragen zur gegenwärtigen Situation entwickelt.

Freuds Analyse von Horace Frink

Horace Frink war 1911 eines der Gründungsmitglieder der New Yorker psychoanalytischen Gesellschaft. 1913 und 1923 war er Präsident der Gesellschaft. 1918 hatte er ein vielbeachtetes Buch veröffentlicht über Ängste und Zwänge von Krankheitswert („Morbid fears and compulsions“). In den frühen 20er Jahren versprach er, eine psychoanalytische Führungspersönlichkeit zu werden. Freud hatte ihn als seinen amerikanischen Stellvertreter ausersehen. Unter diesen Voraussetzungen begab sich Frink von März bis Juli 1921 und von April bis Juli 1922 nach Wien, um sich von Freud analysieren zu lassen. Aber die Dinge liefen anders als geplant: Frink litt unter einer manisch-depressiven Psychose. Er hatte bereits 1908 und 1918 unter einer schweren depressiven Episode gelitten. Während der zweiten Analysephase wurde er erneut depressiv und suizidal. Von Mai bis Oktober 1924 begab er sich in eine psychiatrische Klinik zu Dr. Adolf Meyer. Bereits im November 1924 wurde er abermals psychiatrisch hospitalisiert und blieb es bis 1925. Soweit die Unterlagen eine Interpretation erlauben, blieb sein psychischer Zustand bis kurz vor seinem Tod 1936 stabil. Damals wurde er erneut schwer depressiv und starb eine Woche nach Aufnahme in die psychiatrische Klinik mit 53 Jahren an einem Herzinfarkt.

Silas L. Warner (1994) hat sich mit der Geschichte von Frinks Analyse bei Freud auseinandergesetzt. Er wollte herausfinden, wie es zum Scheitern dieser Analyse gekommen ist. Dabei stieß er auf einige Informationen, deren genauere Betrachtung unsere Thematik trifft:

Aller Wahrscheinlichkeit nach hatte Freud zu Beginn der Analyse mit Frink keine eingehende Anamnese erhoben. Er tat dies nicht routinemäßig. Frink war von seinem früheren Analytiker A. A. Brill empfohlen worden. Aus Amerika kam nur Lob über Frink. Seine psychische Stabilität war kein Thema.

Im nachhinein sieht es so aus, als habe sich Frink während der ersten Phase einer Analyse bei Freud 1921 in einem hypomanischen Zustand befunden. Er brauchte nur wenig Schlaf, wachte jeden Morgen um drei Uhr auf und war voller kreativer Gedanken. Aktuell litt er unter seiner unglücklichen Ehe, und die Beziehung zu seiner Patientin Angie beschäftigte ihn. Diese kam 1921 ebenfalls nach Wien und sprach mehrere Male mit Freud, der einen guten Eindruck von ihr hatte. Freud

sollte ihr und Horace bestätigen, daß sie richtig handelten, wenn sie beide die Scheidung einreichten, um einander zu heiraten. Mehrfach wurden sie von Freud ermutigt. Freud betrachtete diese Ermutigung jedoch nicht als Beratung seinerseits. Aus Briefen Freuds geht im Gegenteil hervor, daß er sein Verhalten nicht als Unterstützung im Sinne einer Heirat ansah und seinen Einfluß auf die beiden in grotesker Weise unterschätzte. So vermittelte er zwischen den beiden während der Zeit, in der sich Angie Bijurs Mann weigerte, sich scheiden zu lassen, und als dieser im Mai 1922 starb, schrieb Freud auf ein Photo: „To Angie Frink“.

Ganz offensichtlich hatte Freud Frinks manisch-depressive Erkrankung zu Beginn der Analyse nicht in Erfahrung gebracht und in der Folgezeit nicht als solche erkannt. Das zweite Problem bestand (ähnlich wie in der Beziehung zu C.G. Jung) in der Erwartung Freuds, einen nicht-jüdischen amerikanischen Leiter der Psychoanalytischen Bewegung gefunden zu haben. Offensichtlich entwickelte sich eine intensive Vater-Sohn-Übertragung und Gegenübertragung, deren Tragweite Freud entging. Schließlich bestand eine problematische Verquickung in der finanziellen Abhängigkeit Frinks von seiner Patientin Angie. Angie Bijur hielt Frink über längere Zeit finanziell aus. Auf ihre finanziellen Möglichkeiten hatte Freud auch für die Psychoanalytische Bewegung in Amerika ein Auge geworfen.

Freud war kein Psychiater. Er hatte ein halbes Jahr auf einer psychiatrischen Abteilung im Wiener Allgemeinen Krankenhaus bei Meynert gearbeitet. Dort interessierten ihn vor allem neuropathologische Fragen (Hirschmüller 1991). Wir müssen davon ausgehen, daß er schizophrene und affektive Psychosen in ihren mannigfachen Erscheinungsbildern nicht kannte. Als er sich dann mit Psychosen befaßte, tat er dies aus psychoanalytischer Perspektive, aus einem anderen, spezifischen theoretischen Konzept.

Historische Aspekte

Freud selbst setzte sich genial über die Diskrepanz zwischen einem psychiatrischen und psychoanalytischen Verständnis psychotischer Phänomene hinweg. Er erklärte, die Psychoanalyse stehe nicht im Gegensatz zur Psychiatrie, „wie man nach dem nahezu einmütigen Verhalten der Psychiater glauben sollte. Sie ist vielmehr als Tiefenpsychologie, Psychologie der dem Bewußtsein entzogenen Vorgänge im Seelenleben, dazu berufen, ihr den unerläßlichen Unterbau zu liefern und ihren heutigen Einschränkungen abzuhelpfen“ (G. W. XIII/227). Psychoanalytische theoretische Konzepte sollten also die Grundlage eines Verständnisses der Psychosen bilden. So sah er in der Paranoia vor allem

ihren Abwehrcharakter und reihte sie mit Hysterie und Zwangsneurose in die „Abwehrpsychosen“ ein (1986). Eine andere Zuordnung machte er über die Eifersucht: „Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht, Paranoia und Homosexualität“ (G. W. XIII, 1922). Gemeinsam sei allen dreien die Eifersucht. Sie entstamme lediglich verschiedenen Schichten oder Stufen. Entsprechend sei die Stärke der Verdrängung unterschiedlich. In einem späteren Schritt unterschied er zwischen den Übertragungsneurosen wie der Hysterie und Zwangsneurose einerseits und den „narzißtischen Psychoneurosen“ andererseits (G. W. XIII/390). Mit dem Strukturmodell erklärte er den Unterschied zwischen Melancholie und Schizophrenie: Im Krankheitszustand nähere sich das Ich im bezug zur Realität dem Es an. „Der Anlaß für den Ausbruch einer Psychose ist entweder, daß die Realität unerträglich schmerzhaft geworden ist oder daß die Triebe eine außerordentliche Verstärkung gewonnen haben, was bei den rivalisierenden Ansprüchen von Es und Außenwelt um das Ich die gleiche Wirkung erzielen muß“ (G.W: XVII/132). Bei den schizophrenen Psychosen konzentriere sich der Konflikt auf die Auseinandersetzung zwischen Ich und Außenwelt; bei der Melancholie zwischen Ich und Überich. Psychotisches Denken wird von Freud als primärprozeßhaft verstanden.

Wiederholt erklärt Freud, Psychotiker seien nicht analysierbar, zumindest nicht in der bis dahin entwickelten Form der Psychoanalyse, ohne sich mit diesem Ergebnis ganz zufrieden zu geben: „Es würde wahrscheinlich die Mühe lohnen, wenn man versuchte, entsprechende Krankheitsfälle nach den hier entwickelten Voraussetzungen zu studieren und auch ihre Behandlung danach einzurichten. Man würde die vergebliche Bemühung aufgeben, den Kranken von dem Irrsinn seines Wahns, seinem Widerspruch zur Realität, zu überzeugen und vielmehr in der Anerkennung eines Wahrheitskerns einen gemeinsamen Boden finden, auf dem sich die therapeutische Arbeit entwickeln kann“. (G. W. XVI/55). Freud blieb äußerst vorsichtig in der Behandlung von Patienten mit Psychosen. Er erklärte, daß sie nicht zur Übertragung in der Lage seien, möglicherweise weil er mit seiner Gegenübertragung nicht zurecht kam. Eine andere Seite mag seine spätere langjährige klinische Erfahrung sein, aus der er einen großen Respekt vor ausgelösten psychotischen Episoden hatte. Als weiteres mag hinzu kommen, daß Freud seine Interpretation des psychotischen Geschehens als Realität betrachtete. So hielt Sullivan später Freud entgegen, daß der Psychotiker überhaupt nur übertrage (nach Bally 1961/230 ff).

Pionierzeit (ca. 1900-1940)

Ch. Müller (1959) erinnert daran, daß es seit jeher eine seelische Beeinflussung der Geisteskranken gegeben habe. Diese sei aber nicht syste-

matisch oder methodisch erfolgt und auch nicht aufgrund einer bestimmten theoretischen Vorstellung von Geisteskrankheit. Es sei deshalb willkürlich, die Psychotherapie der Psychosen in einer bestimmten Epoche der Medizin beginnen zu lassen. Unter den Titeln medizinisch-psychiatrischer Publikationen erscheine der Begriff Psychotherapie im Zusammenhang mit Psychosen jedoch erst um die Jahrhundertwende. Um 1900 finden sich einzelne Berichte über Erfolge mit Hypnose bei schizophrenen Erkrankungen. Sie stehen unter dem Einfluß der Schule von Nancy. Im übrigen äußern sich Bernheim oder Dubois reserviert zur psychotherapeutischen Beeinflussung schizophrener Psychosen (nach Müller 1959). In zwei ausführlichen Literaturübersichten hat Ch. Müller die Literatur zur Psychotherapie der Psychosen bis 1950 zusammengetragen (1958; 1959). Er zeigt darin, daß die meisten Elemente psychotherapeutischen Arbeitens mit schizophrenen Patientinnen schon bei den frühen Autoren zu finden sind: Probleme der Regression, der Übertragung, der Gegenübertragung, der Milieugestaltung, der „Maternage“, der direkten Analyse u.a.m. Die Pionierzeit zeichne sich dadurch aus, daß „bei einem an sich richtigen theoretischen Verständnis der Pathogenese in einer unzulänglichen und rührend naiven Weise nach einer Methode gesucht wird“ (1958/458). Die Arbeiten der Autorinnen und Autoren um Eugen Bleuler beschreiben Versuche, auf analytischer Grundlage schizophrener Patientinnen ihre Symbole direkt zu deuten. Sie lieferten ausführliche Kasuistiken (Amaeda, Abraham, Spielrein, Iten, Grebelskaja). Nach der ersten Begeisterung zog Ernüchterung ein. Das gesuchte „Material“ von Sexualsymbolen war zwar reichlich vorhanden, aber die eifrige Deutungsarbeit brachte nicht den gewünschten Erfolg. Das neue „theoretisch spekulative Verständnis des Schizophrenen“ (Ch. Müller 1959/366) bedeutete eine gewisse Gefahr. Nicht analytische Psychiater blieben den Psychotherapieversuchen ihrer Kolleginnen gegenüber sehr reserviert. Klaesi (1922) erregte durch die Verbindung von Psychotherapie und Somatotherapie Aufsehen. Er vertrat die Idee, daß jede psychisch Kranke Selbstheilungstendenzen besitze, die es aufzufinden und zu stützen gelte. Der Gedanke, Anstaltspatienten psychotherapeutisch zu behandeln, wurde auch von anderen aufgegriffen. Dabei wurde angenommen, daß nur gewisse Formen von Schizophrenie psychotherapeutisch angebar seien. Der gesunde Rest der Persönlichkeit müsse gefördert werden.

Während in den Jahren von 1910 bis 1930 in der theoretischen Diskussion die ödipale Problematik, die vermeintlich verdrängte Homosexualität und der Narzißmus die entscheidende Rolle spielten, tauchte ab 1930 die Frage des Ichs auf. Daneben beschäftigten sich Autorinnen und Autoren mit der Beziehung zwischen Psychotherapeutin und Patient und der inneren Haltung der Therapeutin (Sullivan; Fromm-Reichmann). Erste Überlegungen zu Anstaltsproblemen im

Zusammenhang mit Psychotherapie wurden beschrieben (Gebrüder Menninger). Pratt hatte sich mit der Gruppentherapie beschäftigt. In den USA gewann die Gruppentherapie schizophrener Patientinnen ab 1930 eine gewisse Bedeutung. Es machte sich die Erkenntnis breit, daß die Persönlichkeit der Kranken respektiert werden müsse. Dann sei auch ein tragfähiger Kontakt zu entwickeln. Die Grundkonflikte müßten am Anfang geschont werden. Die Therapeutin dürfe nicht damit beginnen, an der Wahnwelt der Kranken herumkorrigieren zu wollen. Sie müsse sich vielmehr mit ihr auseinandersetzen.

Ab 1940 ist die Pionierzeit bereits beendet. Zwischen 1940 und 1950 erscheinen gehäuft Arbeiten aus amerikanischen Kliniken. Psychotherapie schizophrener Patientinnen wird zunehmend als Aufgabe eines Arbeitsteams betrachtet. Die Autorinnen beschäftigen sich mit den Wechselwirkungen zwischen Ärzten, Patientinnen und Pflegepersonal. Frieda Fromm-Reichmann publiziert etliche Arbeiten. Daneben treten J. Rosen und M. Sechchaye auf. Rosen propagiert die sogenannte „direkte Analyse“. Er schreckt auch vor körperlichem Kontakt nicht zurück. Er vertritt die Ansicht, die Kranke sei in ihrer Hilflosigkeit wie ein eigenes Kind anzunehmen. Sechchaye beschreibt die intensive Analyse einer schizophrenen Patientin mit Hilfe der „symbolischen Wunscherfüllung“ (1947; deutsch 1955).

Blütezeit (ca. 1950-1960)

Ab 1950 steigt die Zahl der Publikationen rapide an. Als Ch. Müller seine Übersichtsarbeit im Juni 1958 beendet, schreibt er: „Psychotherapie der Psychosen und insbesondere der Schizophrenie ist eine sehr aktuelle Angelegenheit und läuft dadurch auch immer wieder Gefahr, von den einen als revolutionäres Ereignis überbewertet, von den andern als törichte Modesache unterschätzt zu werden.“ (1959/363) Frieda Fromm-Reichmann erklärt, daß nach einer Phase des Verstehens, aber unmäßigen Deutens und nach einer des Kontaktnehmens nun die Phase gekommen sei, in der frau gelernt habe, wie diese Beziehung zu Kranken zu handhaben sei.

Melanie Klein hatte den Ursprung schizophrener Psychosen in die ersten Lebensmonate verlegt (1946) und als „paranoid schizoide Position“ bezeichnet. Sie sah in ihr einen frühen Zwiespalt zwischen guten und bösen Objekten, die introjiziert und projiziert und mit den späteren Verfolgungsängsten in Verbindung gebracht werden. Sie bildeten die Grundlage für einen Mangel an Zusammenhalt im frühen Ich. Hieraus erwachsen die Spaltungsprozesse im Ich und die spätere schizophrene Desintegration. Einige ihrer Schüler griffen diese Theorie auf und entwickelten sie weiter. Als wichtigster Vertreter sei H. A. Rosenfeld genannt (1965; deutsch 1981). H. Hartmann sah die übermächtigen

Aggressionen als Störung der Ich-Funktionen. Im Gefolge könnten Aggressionen nicht mehr neutralisiert werden und wendeten sich gegen das Selbst. Von verschiedenen Autoren wurden die selbstzerstörerischen Impulse schizophrener Patientinnen von der Wirkung einer Primitivform des Ich abgeleitet (z.B. Eissler, Hill, Wexler, alle in Brody Redlich 1964; Jacobson 1954).

G. Benedetti ließ sich von Secheyay und Rosen anregen und beschäftigte sich an der Zürcher Klinik intensiv mit schwer, zum Teil chronisch schizophrenen Patienten. Ab 1954 publizierte er fortlaufend zu diesem Thema. Die Schweiz bildete ein Zentrum der psychodynamisch orientierten Schizophrenieforschung mit G. Bally, G. Benedetti, M. Bleuler, M. und Ch. Müller, M. A. Secheyay, A. Storch u.a. Mehrere Kongresse und Symposien zur Psychotherapie der Schizophrenie wurden von Benedetti und Ch. Müller organisiert und publiziert (Benedetti und Müller 1956, 1959, 1964).

Es entwickelten sich verschiedene therapeutische Schulen, die mit verschiedenen psychoanalytischen Konzepten arbeiteten. Keines konnte letztlich überzeugen. Hinzu kam ein ungeheuer großer zeitlicher Aufwand. Die Wirksamkeit alleiniger Psychotherapie schizophrener Patientinnen war nicht gesichert. Größere Fallzahlen waren nur schwer zu erhalten. Ch. Müller hat 1961 in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich mit der Befragung schizophrener Patientinnen einen Versuch gemacht. Matussek und Triebel (1974) legten eine faktorenanalytisch katamnestiche Studie über die Wirksamkeit von Psychotherapie bei 44 zwischen 1965 und 1970 behandelten schizophrenen Patienten vor: Fast die Hälfte der Kranken zeigte eine deutliche Besserung.

*1960-1994 – Psychoanalytische Konzepte als „Steinbruch“
psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit*

Bisher unerwähnt blieben die Theorien der Palo-Alto-Gruppe um Bateson (Jackson, Haley, Wynne, Lidz, Fleck, Searles, Weakland u.a. 1984). Sie griffen Beobachtungen gestörter Kommunikation in Familien mit psychotischen Patientinnen auf. Frieda Fromm-Reichmanns unglücklicher Begriff der „schizophrenogenen Mutter“, die „double-bind-Hypothese“ wurden formuliert und als Ursache der Schizophrenie befunden. In Familienbeziehungen mit Schizophrenen wurde eine „Pseudogemeinschaft“ diagnostiziert; ein Bestreben der Kranken, „den anderen verrückt zu machen“. Das „gefühlsgestörte Kind“ sollte von der Familie zum „Sündenbock“ erklärt worden sein. Diese und ähnliche Theorien klingen plausibel, sind aber ohne Ausnahme empirisch nicht belegt. Man glaubte, die Ursache der Schizophrenie gefunden zu haben. Die Anfänge der systemischen Familientherapie wurden entwickelt.

Eine ihrer Wurzeln findet sich bei Harry Stack Sullivan. Dieser betrachtete psychische Störungen, von körperlich begründbaren Psychosen abgesehen, nicht als organisch bedingt. Er sah in ihnen Muster unzulänglicher oder unpassender Beziehungen oder inadäquater Verhaltensweisen, die auf eine ungünstige Lebensgeschichte zurückzuführen waren: „Harry Stack Sullivans interpersonale Psychiatrie ließ ihn erkennen, daß die Schizophrenie keine Krankheitseinheit ist, sondern eine schwere Lebensstörung, ein Prozeß, dessen Phasen über die Zeit verfolgt werden können und die am besten verstanden werden kann als ein katastrophales Versagen der dissoziativen Kräfte des Selbst, gefolgt von einer Reihe inadäquater Versuche, ein Gefühl, des in bezug auf eine bedeutungsvolle Welt kohärenten Selbst wieder zu gewinnen.“ (Mullahy nach Huppmann und Wyss 1980) Daraus entwickelte Sullivan die Annahme, daß das Verhalten schizophrener Patientinnen fast vollständig als Zeichen ihrer Übertragung auf die Therapeutin zu betrachten sei. Für den klinischen Alltag verlangte er vor allem, den Kranken gegenüber Respekt zu zeigen und ihr Selbstwertgefühl zu stützen. Außer der Palo-Alto-Gruppe beriefen sich auf Sullivan auch Frieda Fromm-Reichmann und bekannte Sozialpsychiater wie z. B. Mosher.

1953 erschien das Chlorpromazin als erstes Neuroleptikum auf dem Markt. Bis 1963 wurden in der Folge die wesentlichen Neuroleptika und Antidepressiva entwickelt. Sie setzten sich schnell im klinischen Alltag durch. Dadurch trat ein völlig anderes therapeutisches Instrument in den Vordergrund. Bis damit klinische Erfahrungen gesammelt waren, aus denen sich theoretische Überlegungen auf biologischer Grundlage entwickelten und die Forschung nach den biologischen Grundlagen in den Vordergrund trat, vergingen ca. 15 Jahre. In diesen Jahren aber fand in psychiatrischen Kliniken und vereinzelt in psychotherapeutischen Praxen Psychotherapie mit Psychosepatientinnen statt, die auch medikamentös behandelt wurden.

Verlaufsuntersuchungen zeigten, daß Psychotherapie alleine nur einen mäßigen dauerhaften Erfolg brachte. Unter alleiniger Pharmakotherapie besserten sich mehr Patienten. Unter einer Kombinationsbehandlung von Pharmako-, Sozio- und Psychotherapie jedoch konnten ca. zwei Drittel der behandelten Patienten gut leben, wenn nicht gar symptomfrei. Im klinischen Alltag fanden sich also bereits andere therapeutische Bedingungen. Psychoanalytische Konzepte als Grundlage einer Psychotherapie der Psychosen wurden dadurch jedoch noch nicht beeinflusst. Im Gegenteil entwickelten die verschiedenen Schulen ausgefeiltere Konzepte, deren wesentliche Grundlagen aber mit wenigen Ausnahmen bis Mitte der 60er Jahre feststanden. Trieb-psychologische und Ich-psychologische Theorien geisterten weiter durch die Literatur, auch wenn sie mit dem psychiatrischen Alltag nicht mehr viel zu tun hatten. Mancherorts wurde kommentiert, man könne die psychoanaly-

tische Theorie zur Behandlung der Psychosen als Steinbruch benutzen. Es lasse sich allemal ein brauchbares Konstrukt finden.

Matussek schreibt dazu: „Die Wahrheit über die Psychosen wurde deklariert ohne den Erfahrungshintergrund der Arbeit mit Patienten, nur aus der Literatur und somit nicht anders als bei Freud. Auch Therapeuten, die einige Fälle behandelt hatten, lebten aus dem bis heute weitgehend festgefrorenen Wissensstand.“ Als typisches Beispiel zitierte er eine Arbeit von Hans Quint von 1987 und fährt fort, „man sprach zwar über die Schizophrenie, aber ohne Überprüfung in der therapeutischen Praxis. Anekdoten bestimmten die Anschauung. So ist es nicht verwunderlich, daß die tatsächliche psychotherapeutische Arbeit mit Schizophrenen an der Psychoanalyse vorbei ging, deren theoretische Grundannahmen als Hemmnis erschienen. Statt dessen wurden neue Konstrukte etabliert. In erster Linie sind hier die Verhaltens- und die Kognitionstherapie zu nennen. Sie hätten nicht den Raum einnehmen können, den sie weltweit besitzen, wenn die analytischen Psychotherapeuten sich nicht fast vollständig aus der Psychosentherapie zurückgezogen hätten. Die Ausbildung der Psychoanalytiker beschränkte sich auf die Behandlung von Neurosen – für die der Psychosen bot sie bestenfalls einige rein theoretische Hinweise“ (Matussek 1993/102-103).

Die Erweiterung Matusseks besteht in der Annahme eines öffentlichen und privaten Selbst. Der Beitrag der Psychoanalyse bestehe darin, die Lebensgeschichte der einzelnen Patienten miteinzubeziehen. Mit Seitenhieb auf die Psychiatrie erklärt er, diese sei „von einer Geschichte der Unempfindlichkeit geprägt ... der Unempfindlichkeit gegenüber der individuellen Lebensgeschichte und dem Sinn der Beschwerden“ (1993/103). Jeder Mensch stehe unter dem „Doppelaspekt von öffentlichem und privatem Selbst. Ihm obliegt es, die für ihn zutreffende Balance zwischen beidem zu finden. Im allgemeinen ist das möglich. Wo die Balance nicht gelingt, kommt es zu den beschriebenen Fehlentwicklungen, nämlich zu Depression oder Schizophrenie – bzw. zu einem Zwischenzustand, dem der Mischpsychose Die Fähigkeit, über private und öffentliche Selbstaspekte frei, d.h. situationsadäquat verfügen zu können, ist das zentrale Erfolgskriterium für eine therapeutische Hilfe bei Psychosen“. Voraussetzung hierfür ist ein stabiles privates Selbst, auf das nirgends so radikal eingegangen werde wie in der Psychoanalyse – insbesondere durch die Arbeit an Träumen (1993/140-141).

Mentzos äußert sich 1991 vorsichtiger. Er spricht von „psychodynamischen Modellen in der Psychiatrie“. Nach seiner Hypothese sind viele psychische, auch psychotische Störungen „nicht direkte Folge tatsächlicher oder hypothetisch angenommener biologischer Defekte und Schädigungen oder psychologischer Traumatisierungen, Mangelzustände oder aus intrapsychischen Konflikten resultierender intrapsychi-

scher Spannungen und Belastungen ... , sondern eine Reaktion darauf – eine oft hochkomplizierte Reaktion, die aus einem komplexen System von Abwehr und Kompensationsvorgängen besteht. Es geht also hier nicht so sehr um die Genese, um die Somato- und Psychogenese, als vielmehr um die komplexe intrapsychische Dynamik, die aus dem Zusammenspiel von primärer Störung, Schädigung, Belastung etc. einerseits, sowie Bewältigungs-, Abwehr- und Kompensationsmechanismen des psychischen Organismus andererseits besteht.“ (1991/10) Er meint, daß der Begriff der „somatopsychischen-psychosomatischen Erkrankung“ sich auch als integratives Modell für die endogenen Psychosen eigne und benennt als „Kernarbeitshypothese“: „eine zunächst vorgegebene, konstitutionelle relativ geringfügige Störung führe unter den Bedingungen eines bestimmten Milieus, einer bestimmten psychosozialen Konstellation und insbesondere unter den Bedingungen einer in bestimmter Weise gestörten Beziehung zu den Primärbezugspersonen zur Entwicklung einer psychischen Struktur und einer Persönlichkeit, die unausweichlich mit der Entstehung intrapsychischer Konflikte und Spannungen einhergeht, die ihrerseits in einem lebenslangen Prozeß zu nunmehr sekundären, auch zusätzlichen somatischen Veränderungen, Störungen und Schädigungen führen können.“ (1991/15-16)

Kritische Anmerkungen zur Theorie

Es ist nicht einzusehen, warum psychoanalytische Konzepte weiterhin auf Hypothesen zur Verursachung insistieren. In Matusseks Entwurf macht ebensogut der Umkehrschluß Sinn: Eine Depression oder schizophrene Erkrankung führen dazu, daß die Balance zwischen öffentlichem und privatem Selbst nicht mehr hergestellt werden kann. Auch Matussek und Mentzos bemühen sich um eine Theorie der Pathogenese. An ihr orientieren sie ihre Therapie. Die psychosozialen Bereiche der Medizin schreiben der Somatik gerne zu, daß sie die Ursachen der behandelten Erkrankungen kenne. Sie übersehen, daß eine Behandlung möglich ist, selbst wenn die Ursachen nicht benennbar sind. Beide Autoren halten fraglos an der Hypothese fest, daß es sich bei Psychosen um eine frühkindliche Störung handelt, sei es aufgrund einer Fehlentwicklung des Selbst oder einer Beziehungsstörung im Gefolge einer somatopsychisch-psychosomatischen Erkrankung.

Nachdenklich stimmt, daß die erschütternden Berichte aus der Vor-Neuroleptika-Ära (z. B. Secheyne 1955; Ch. Müller 1957) kein Thema sind. Die frühen Analytikerinnen und Psychiater, die psychoanalytisch orientiert waren, gingen mit Optimismus in die Behandlung schizophrener Patientinnen. Mit ihrem Engagement und ihrer Aufmerksamkeit für die einzelnen Patientinnen brachten sie Bewegung in

die Behandlung. Sie holten die Patientinnen aus den Isolationszellen. Diskutiert werden seit Jahrzehnten aber theoretische Konzepte, viele ohne Bezug zum klinischen Alltag. Die bewegende Frage in der Psychiatrie blieb zunächst, wie in der Klinik eine menschenwürdige Behandlung der Patienten möglich wäre. Wie könnte nicht nur einzelnen Patienten, sondern jedem eine individuelle Behandlung zuteil werden.

Die Sozialpsychiatrie gewann an Boden: Die Neuroleptika waren in die Klinik eingezogen. Es wurde möglich, Patienten aus der Klinik zu entlassen. Sie profitierte auch von Psychoanalytikern, die ihre psychoanalytischen Kenntnisse, ihre klinischen Erfahrungen und ihr psychodynamisches Denken in den Dienst ihrer psychiatrischen Tätigkeit stellten: Bion (1990) entwickelte die Gruppentherapie. Sie diente zunächst der Behandlung von Kriegsneurosen der Soldaten im Zweiten Weltkrieg. Später wurde sie für die Psychotherapie psychotischer Patientinnen weiterentwickelt (z.B. Sandner 1986). Maxwell Jones beschrieb die „Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft“ (1968; 1976).

Die Entwicklung und Blüte der Sozialpsychiatrie entstand neben soziologischem Denken aus der Anwendung psychoanalytischer Erkenntnisse: Schwer erkrankte Patienten psychoanalytisch in einer Zweier-situation zu behandeln genügte nicht. Die Institution mußte beachtet werden: In Chestnut Lodge hatten viele Patienten einen Hospitalismus entwickelt (Foudraine 1973). Wo ein Team mit Schwestern, Pflegern und Ärztinnen eine Patientin behandelten, mußte die Team-Dynamik in Betracht gezogen werden und nicht nur die Zweierbeziehung. Die entwickelte Milieuthherapie konnte andererseits auf Dauer nur funktionieren, wenn Team-Prozesse fortlaufend reflektiert und psychodynamisch untersucht wurden. Wo Psychotherapie in Institutionen stattfindet, bedarf es eines anderen Settings. Es geschieht nicht mehr dasselbe wie in einer Praxis zu zweit alleine (Hinz 1984; Leuzinger-Bohleber 1985; Janssen 1987, 1989).

Beispielhafte Untersuchungen zeigten, daß aktuelle Diskussionen die gängigen Theorien prägten. Diese färbten die Sicht auf die familiäre Situation schizophrener Patientinnen und im Gefolge die therapeutischen Bestrebungen ihrer behandelnden Ärzte. So war die Protestbewegung Ende der 60er Jahre von einem radikalen Antifamilialismus geprägt. In der Regel junge Assistenzärzte projizierten häufig ihre Probleme in der Beziehung zu den eigenen Eltern auf ihre Patientinnen. Und diese fanden ihren Niederschlag in der Beschreibung der Eltern ihrer Patientinnen und deren familiärer Situation in den Krankenakten (Angermeyer 1984).

Zum Verständnis dieser Zusammenhänge bedurfte es also nicht nur psychoanalytischen Wissens und Arbeitens. Es bedurfte der Erkenntnis, daß auch psychoanalytische Theorien zeitgebunden sind. Sie sind abhängig vom sozialen Kontext, in dem sie angewendet werden und

bedürfen der Auseinandersetzung mit anderen Wissensbeständen. In ihren Anfängen hatte die Psychoanalyse viele neue Impulse in die Psychiatrie getragen. Die engagierte, mühevoll Einzelarbeit von Analytikern und Analytikerinnen mit einzelnen Patientinnen hatte nicht nur diesen einzelnen Patientinnen geholfen, sondern auch theoretische Konzepte befördert. Dann aber führten psychoanalytische Konzepte über Psychosen zunehmend ein Eigenleben. Bis auf wenige Ausnahmen befaßten sich Psychoanalytiker nicht mehr mit psychiatrischen Patienten. Neue Impulse kamen aus der Sozialpsychiatrie, die psychoanalytisch-psychotherapeutische Elemente in kreativer und konstruktiver Weise nutzte. Dieser zeitweise glückliche Prozeß gegenseitiger Anregung und Befruchtung von Psychiatrie und Psychotherapie unterliegt jedoch vielfachen Störungen, die hier gesondert betrachtet seien.

Soziologische Aspekte

Ärztliche und psychotherapeutische Haltung

Psychiaterinnen haben verschiedene Aufgaben, die sie in einer Person erfüllen müssen. Konfliktvoll stehen sich nicht selten ärztliche und psychotherapeutische Funktionen gegenüber. Willi beschrieb diese 1978, wobei er als prototypisch Hausärzte auf der einen Seite und Psychotherapeuten auf der anderen Seite betrachtete, zu der ersten Gruppe aber auch Nervenärzte und Psychiater rechnete. Kriterium war der Umgang mit Kranken, der eine körperliche Untersuchung, eine diagnostische Abklärung und bei der Behandlung auch die Verschreibung von Medikamenten beinhaltet. Unter Psychotherapeuten faßte er Fachleute zusammen, die vor allem tiefenpsychologische Methoden anwendeten. Ihre Verständigungsprobleme und ihre unterschiedliche Behandlungsorientierung sah er aufgrund von vier verschiedenen Aspekten gegeben:

Hausärztinnen und Psychotherapeuten stehen an verschiedener Stelle der Gesundheitsversorgung. Ein Hausarzt soll an „vorderster Front“ eine Patientin in möglichst kurzer Zeit von ihren Beschwerden befreien. Eine Psychotherapeutin begegnet einem Patienten in der Regel, wenn Beschwerden sich über längere Zeit hartnäckig halten.

Aus den unterschiedlichen zeitlichen und räumlichen Gegebenheiten benutzen Hausärztin und Psychotherapeut nicht dasselbe Krankheitsmodell. Zur Akutversorgung paßt das Streßmodell. Zur Behandlung von neurotischen, funktionellen oder psychosomatischen Beschwerden eignet sich eher ein komplexes, z. B. psychoanalytisch orientiertes Krankheitskonzept. Beschwerden erscheinen hier als Symptom einer tiefer liegenden Ursache.

Auch die Hilfserwartungen der Patientinnen sind verschieden:

Der Hausarzt soll ein Medikament verschreiben, für unmittelbare Entlastung sorgen. Die Psychotherapeutin soll zuhören, Zeit haben, Prozesse in Gang setzen.

Schließlich haben die verschiedenen Aufgaben und Einstellungen von Hausärztinnen und Psychotherapeuten auch zur Folge, daß beide in der Gesellschaft eine unterschiedliche Stellung bekleiden: Der Hausarzt ist eine soziale Institution und ein definierter Rollenträger seiner Gemeinde.

Psychotherapeutinnen dagegen stehen eher in einer „außenparlamentarischen Opposition“. Sie sind wenig mit der bestehenden Gesellschaftsordnung identifiziert und üben nur widerwillig Macht und Autorität aus. Sie treten gegenüber gesellschaftlichen Anforderungen eher als Anwältinnen von Patienten auf und akzeptieren deren abweichendes Verhalten.

Psychiaterinnen nun müssen dieses Spannungsfeld in sich austragen. Sie sind sowohl an der unmittelbar ärztlichen Versorgung ihrer Patienten beteiligt: Wo nötig, müssen sie eine körperliche Untersuchung durchführen, sie müssen auf alle Fälle eine Diagnose stellen und nicht selten Medikamente verordnen. Andererseits können sie ihre Aufgaben nicht wahrnehmen, ohne auf unspezifische und spezifische Weise psychotherapeutisch tätig zu werden. Am drastischsten tritt dieses Spannungsverhältnis in Akutsituationen zutage. Als Beispiel sei akute Suizidalität genannt. An ihr führt Light (1971/72) aus, welche verschiedenen Pole eine Psychiaterin in sich vereinen muß.

Suizidalität in akuten psychischen Krisen ist Symptom der Krankheit. Sie steht nicht mehr in der freien Willensentscheidung der Patientin. Der Psychiater übernimmt die Verantwortung, gegebenenfalls durch zwangsweise Zurückhaltung auf einer geschlossenen Abteilung. Dieses Übernehmen der Verantwortung kann lebensentscheidend sein. Aber die Zurückhaltung bildet nur den äußeren Rahmen. Neben einer allenfalls notwendigen medikamentösen Behandlung bedarf es der Bereitschaft des Psychiaters, sich in einen therapeutischen Prozeß mit der Patientin zu begeben. Psychotherapeutische Arbeit aber setzt voraus, daß die Patientin selbst verantwortlich ist. Sie muß klären, ob sie weiter leben kann und will. Sie muß ihre Krise positiv nutzen – oder ihrem Leben ein Ende setzen. Da ein psychotherapeutischer Prozeß Bewegung in eine festgefahrene Situation bringt, die Art der Entwicklung aber offen ist, beinhaltet Therapie das Risiko des Suizids. Der therapeutische Prozeß muß sich mit selbstzerstörerischen Tendenzen auseinandersetzen.

Der Psychiater als Psychotherapeut versucht, so zu handeln, als könne er die Patientin von der Suizidalität heilen. Er interpretiert die Warnsignale als Schreie nach Hilfe. Zugleich hospitalisiert er als Psychiater eine Patientin oder verstärkt die Restriktionen bei einer Klinikpatientin. Unsicherheit gehört zu schweren psychischen Erkrankungen.

Professionelle psychiatrische Kompetenz erhöht das Maß an Sicherheit im Umgang mit akuten psychischen Krisen. Aber die nicht aufhebbare Unsicherheit stellt den professionellen Status der Psychiatrie in Frage. Ja, Suizid stellt das Wesen der Therapie in Frage.

Suizidale Patienten wurden früher nackt in isolierte Zellen gesperrt. Dieses Vorgehen symbolisierte den Endpunkt professioneller Ambivalenz zwischen der Verantwortlichkeit für den Arzt, der nicht mehr helfen kann und für die helfende Therapeutin, die keine Verantwortung übernehmen will.

Todesfälle sind in der Medizin mit der Tätigkeit jedes Arztes untrennbar verbunden. Der Tod durch die eigene Hand ist der Tod in der Psychiatrie. Psychotherapie findet häufig im ambulanten Setting statt. Wird eine Patientin akut suizidal, wird sie in die Klinik eingewiesen. Damit wird der Suizid an die Psychiaterin weitergereicht. Kind (1992) beschreibt hierbei einen weiteren Aspekt im Spannungsfeld zwischen Ärzten und Psychotherapeutinnen: In der organischen Medizin sei die Wirkung der Heilmaßnahme besser sichtbar und leichter überprüfbar. Sie sei an technische Faktoren geknüpft. In der Psychotherapie gebe es ausgrenzbares Drittes nicht. Die Therapeutin sei selbst das Instrument der Diagnostik und der Therapie. Sie muß ihre Emotionalität bis zu einem gewissen Grad „instrumentalisieren“ können. „Dem überwiegenden Objektcharakter des Wirkfaktors in der Medizin steht der Subjektcharakter in der Psychotherapie gegenüber. Daraus folgt aber fast zwangsläufig auch eine andere Einstellung zu mißglückten Therapien und zum Todesfall.

Der Psychotherapeut wird eine gescheiterte Therapie stärker als subjektives Versagen erleben, als das in der Medizin der Fall ist. Er wird Behandlungserfolg und Mißerfolg mehr der eigenen Person zuschreiben.“ (1992/193) „Iatrogen“ als „vom Arzt herrührend“ wird negativ konnotiert: Eine iatrogene Krankheit wird als eine durch Handlungen und Äußerungen des Arztes hervorgerufene Krankheit verstanden. In dieser Beschreibung erscheint die Wirkung der Ärztin als schädlich, zum Beispiel in Form eines Kunstfehlers. Was nicht schädlich ist, was heilsam wirkt, ist nicht „iatrogen“. Es mag durch die Ärztin verabreicht und eingeleitet werden, wird aber nicht unmittelbar mit ihr verknüpft. Kind erklärt nun, daß Psychotherapie „in ihrer Essenz iatrogen“ sei, denn sie rühre von der Therapeutin her. „Daß dieses nicht nur hilfreich und förderlich sein kann, sondern auch schädigendes enthalten wird, ist unumgänglich, wird aber kaum diskutiert.“ (1992/194) Auch ein Suizid könne iatrogen sein. Psychoanalytisch hilfreich ist hier das Konstrukt des „inneren Objekts“. So könnte zum Beispiel eine Psychotherapeutin ein sadistisches inneres Objekt in den Patienten verlegen. Es gebe verschiedene Gründe für den „Abstand zu den Toten“. Einer bestehe in unserer eigenen Ambivalenz gegenüber der Suizidalität unserer Patien-

ten und in unserer verborgenen Tendenz zur Bejahung eines Suizids. „Und wir können nichts anderes tun, als uns dieser Tatsache zu stellen, um uns unserer Ambivalenz in der Behandlung suizidaler Patienten bewußter zu werden, in der Hoffnung, daß keine zu großen Mengen bewußter und unerkannter Feindseligkeiten in unsere Behandlungen einfließen.“ (Kind 1992/197-198).

Diese Überlegungen zeigen, daß eine psychiatrische Behandlung psychisch schwer erkrankter Patientinnen undenkbar ist ohne psychotherapeutische Arbeit. Gerade diese aber setzt sich mit der therapeutischen Beziehung zwischen Patientin und Ärztin auseinander. In der Analyse werden die Grenzen zwischen dem, was unabhängige Entscheidung einer Patientin war und dem, was aufgrund ärztlicher und psychotherapeutischer Tätigkeit in Gang kam, unscharf. Auf einer Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprophylaxe wurde in einer Diskussion deutlich, wie nahe es in solchen Situationen liegt, eine strikte Arbeitsteilung vorzunehmen: Die anwesenden Psychotherapeutinnen hatten sich offensichtlich intensiver mit Fragen der Mitverschuldung eines Suizids, der „Iatrogenität“ auseinandergesetzt. Zu ihrer Tätigkeit gehörte aber in der Regel nicht der tägliche Umgang mit akut suizidalen Patienten und Suiziden. Auf der anderen Seite standen Psychiater, die in der Diskussion in kürzester Zeit auf das juristische Problem der Verantwortung, auf die Haftung hinwiesen und auf die Verrechtlichung ärztlichen Handelns.

Psychotherapeutinnen stehen häufig nicht in unmittelbar gesellschaftlicher und institutioneller Verantwortung. Eine Psychotherapie muß bis zu einem gewissen Grad losgelöst sein von gesellschaftlichen Aufgaben der Patientin wie der Psychotherapeutin. Dadurch liegt aber auf psychotherapeutischer Seite die Versuchung nahe, die Verantwortung abzugeben. Die Verwicklung Freuds in Horace Frinks Lebensgeschichte ist ein typisches Beispiel für dieses Dilemma.

Verantwortung und Macht

Es sieht so aus, als könne Psychotherapie im machtfreien Raum gesellschaftlicher Aufgaben wirken. Dies ist aber nicht der Fall. Dennoch bedarf es der Grundannahme, daß Psychotherapie über eine hilfreiche therapeutische Beziehung, über Selbsterkenntnis und Reflexion der Patientin wirkt. Machtvolles Einflußnehmen auf den therapeutischen Prozeß durch die Therapeutin ist nicht gestattet. Tatsächlich aber steht die Patientin, je besser die therapeutische Beziehung sich entwickelt, in einem um so deutlicheren Abhängigkeits- und damit auch Machtverhältnis zu ihrer Therapeutin. Eine laufende Psychotherapie arbeitet mit der sich entwickelnden Übertragungsbeziehung. Unausgesprochen eignet sich auch eine reale Begegnung zwischen zwei Menschen. Diese

hat Auswirkungen auf den realen Alltag der betreffenden Patientin. Eine wie auch immer unspezifische Wirkung der Therapeutin auf den Alltag der Patientin ist unvermeidlich. Insofern solche machtvollen Einflüsse der Therapeutin auf die Patientin nicht auszuschalten sind, müssen sie bewußt sein, angesprochen und im Prozeß bedacht werden.

Vielfach thematisiert wurde in den letzten Jahren, daß sich dies Abhängigkeitsverhältnis in einer psychoanalytischen Ausbildung noch verschärft. Der Anspruch, daß angehende Analytikerinnen sich mit eigenen Machtphantasien, Wünschen und ihrer Emanzipation auseinandersetzen müssen, wurde deshalb in Frage gestellt. Psychoanalytische Institute haben in Deutschland keine geringe Macht. Parin und Parin-Matthèy (1986) beschreiben, daß diese „stille Machtausübung über Mitglieder“ auch im unabhängigen Psychoanalytischen Seminar Zürich wieder stattfand. Die individuelle Skotomisierung der Macht sei aber dort einer Korrektur ungleich besser zugänglich. Parin und Parin-Matthèy betrachten Psychoanalytikerinnen als „kritische Intellektuelle“. Diese hätten ein „obligat unglückliches Bewußtsein“. Sie seien heimliche Subversive. Sie attackierten die Machtverhältnisse der Gesellschaft, der sie als Privilegierte angehörten. Sie stünden im Widerspruch zu ihrer Klassenlage. Fast durchweg gehörten sie bürgerlichen Schichten an, teilten deren traditionellen Ideale. Ihr Gruppenideal sei weitgehend identisch mit dem humanistischen Wertsystem der bürgerlichen Schichten der westlichen Industrienationen am Ausgang des 19. und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Wegen ihres Wissens um Macht, um Machtphantasien und versteckte Ausübung von Macht hätten sie nicht nur ein obligat unglückliches Bewußtsein. Sie stünden außerdem vor der Aufgabe, sich entweder dauernd mit dieser zwiespältigen Lage auseinanderzusetzen oder aber sich ihr durch Verleugnung und Verdrängung persönlichkeitswirksam zu entziehen.

Psychoanalytikerinnen seien eine Gruppe von Outsidern ohne wirkliche Macht, die nicht nur abhängig sei von der staatlichen Gesetzgebung, sondern auch äußerst verwundbar durch Verlust an Prestige und öffentlicher Anerkennung. Sie seien leicht diskriminierbar und hilflos narzisstischen Kränkungen ausgesetzt. Deshalb seien sie nicht nur umstürzlerisch, sondern andererseits überangepaßt, den bestehenden Machtverhältnissen unauffällig angeglichen und führten eine obligat unglückliche oder zumindest schwierige Existenz. Sie entwickelten eine „Emigrantenmentalität“. Diese zeichne sich durch Überidentifikation mit den Werten, Normen und Regeln einer mächtigen fremden Kultur aus, der sie als recht- und hilflose, fremde und widersprüchliche Gruppe ausgeliefert seien. Sie versuchten, sich des schwer zu verleugnenden gesellschaftskritischen Potentials ihres Wissens und Tuns ganz zu entledigen. Es bestehe eine Tendenz dazu, das Wissen über den Ursprung von Macht und ihr Wirken in den Institutionen kampfflos

aufzugeben. Die wirkliche und wirksame Waffe der Analytikerinnen gegen die Anmaßung der Macht, nämlich ihre Fähigkeit, die „gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit“ nach Erdheim aufzudecken und damit weniger wirksam zu machen, würden sie gerne preisgeben (1986/90-95).

Es verwundert deshalb nicht, wenn niedergelassene analytische Psychotherapeutinnen ein zwiespältiges bis gelegentlich feindseliges Verhalten gegenüber Kolleginnen an den Tag legen, die als leitende Ärztinnen in psychiatrischen Kliniken tätig sind. Nun sind psychoanalytische Institute seit ca. 30 Jahren in Deutschland nicht wenig mächtig. Durch den Prozeß der Institutionalisierung ist die ursprünglich oppositionelle Macht in gesellschaftliche Aufgaben eingebunden. Es scheint, als sei trotz mancher kritischer Publikationen diese Erkenntnis nicht in die Köpfe der psychotherapeutisch Tätigen durchgedrungen.

Die in den 70er Jahren noch junge und zur Blüte gelangte sozialpsychiatrische Bewegung in Deutschland hat einen ähnlichen Prozeß exerziert: Sie erkannte 1979 Psychotherapie als „etablierte Macht“ und bewertete sie deshalb negativ. Vielen der Psychiaterinnen und Psychiater, die mit der sozialpsychiatrischen Bewegung groß geworden waren, stand die Übernahme größerer Verantwortung und Macht selbst bevor. Auf der Jahrestagung der DGSP im November 1979 versuchten einige führende Sozialpsychiater und Sozialpsychiaterinnen, sich von ihrer psychotherapeutischen Ausbildung zu distanzieren und auf eine „neue Einfachheit“ zurückzuziehen (Pörksen 1980; Finzen 1981). Therapeutische Methoden, insbesondere psychotherapeutische wurden Ende der 70er Jahre innerhalb der Sozialpsychiatrie fragwürdig. Die Technik wurde ebenso in Frage gestellt wie der Einfluß, die Macht, die Psychotherapeutinnen durch ihre besondere Beziehung zu Patientinnen gewannen. Patientinnen sollten keine anderen Menschen sein. Therapeutinnen sollten keine besondere Haltung gegenüber ihren Patientinnen einnehmen: „Wenn es konkret darum geht, der Ausgrenzung entgegenzuwirken, sich in der Gemeinde gegenseitig zu ertragen, dann muß jeder seine Maske fallenlassen, auch der Therapeut. Dann geht es um ‚normales‘ Miteinanderumgehen. Ebenso heilsam wird uns die Erfahrung sein, daß es uns mit keiner therapeutischen Methode gelingt, Leiden, Verrücktsein, Anderssein, abzuschaffen oder zu ‚heilen‘. Uns wird es vielmehr darum gehen müssen, den Kranken und Verrückten ihren Lebensraum zu schaffen, sie teilnehmen zu lassen an unserem Leben, sie nicht auszugliedern. Dadurch wird ihr Leiden für sie erträglicher. Dadurch gehören sie wieder zu uns.“ (Pörksen 1980/3 - 4)

Die Antwort auf den Psychoboom, die Antwort auf die Anforderung, die verliehene Macht verantwortlich zu übernehmen, bestand in der „neuen Einfachheit“, wie Finzen formulierte. Der Anspruch wurde enorm hoch. Es ging um moralisch einwandfreies Verhalten, um Solida-

rität mit dem Kranken. Der Rückzug ins Private wurde damit unmöglich. Die Anforderungen wurden allumfassend. Wenn es nicht mehr nur um Behandlung, sondern um miteinander leben ging, stand eine Haltung zum Leben, eine Lebensform zur Diskussion und nicht mehr eine berufliche Aufgabe. Psychotherapeutische Tätigkeit erhielt den Nimbus einer Technik, der distanzierten Machbarkeit, Künstlichkeit oder gar Maskierung von seiten der Therapeutin. Ganz ähnlich hatten in der Anfangseuphorie Psychoanalytikerinnen gehofft, durch die Möglichkeit der Behandlung von Neurosen neue Menschen schaffen zu können, die glücklich würden leben können – eben jene Heilserwartung, die mit dem Psychoboom wieder auferstanden war.

Dazu wurde mit dieser Haltung Psychiatrie wie Psychotherapie entprofessionalisiert und therapeutische Willkür wurde gerade gefördert, nicht behindert. Schließlich stützt sich die neue Einfachheit auch auf ein falsches Verständnis psychischer Krankheit. Finzen stellt fest: „Sie tut so, als gäbe es keinen Unterschied zwischen deprimiert sein und schwerer Depression, ein bißchen spinnen und schizophrener Psychose ... Das psychische Leiden, das uns alle durch unser Leben begleitet, ist – seien wir dankbar dafür – eben nicht das Gleiche, was die meisten unserer Patienten in psychiatrische Behandlung führt. Die psychische Krankheit selber begrenzt die Tragweite des normalen miteinander Umgehens. Der halluzinierende Schizophrene, der stuporöse Depressive, der desorientierte Alte, der Angstneurotiker, verlangen zusätzlich besondere Formen des Umgangs, wenn wir ihnen helfen wollen: spezifische therapeutische Techniken, auch wenn die Ereignisse, die mit ihrer Hilfe erreicht werden können, unvollkommen bleiben.“ Freud hatte einst seine eifernden Schüler daran erinnert, daß die Aufgabe der Psychotherapie sei, neurotisches Elend in gemeines Unglück zu verwandeln.

Meines Erachtens ist dieser Prozeß als Teil der Institutionalisierung in der Sozialpsychiatrie zu betrachten. Darüber hinaus war der Gedanke der „neuen Einfachheit“ eine andere Variante, dem Spannungsverhältnis zu entgehen von machtvolltem therapeutischem Eingreifen, zum Beispiel als Teil einer Institution einerseits und analysierender, verstehender Haltung andererseits.

Eine weitere Komplikation besteht darin, daß psychoanalytische Psychotherapie voraussetzt, die behandelte Patientin sei Frau ihrer Entscheidungen, ein mündiges, handlungs- und urteilsfähiges Subjekt. Akute psychische Erkrankungen verhindern aber genau dies. Nicht nur akute Suizidalität, sondern auch akute psychotische Krisen verunmöglichen der Kranken häufig, ihre Situation zu erkennen und für sich zu entscheiden. Die Autonomie der Kranken steht nicht nur gegen die Pflicht, sondern unter Umständen gegen das Recht auf Hilfe wider Willen.

Institutionen

Findet Psychotherapie innerhalb einer Institution statt, müssen institutionelle Gegebenheiten berücksichtigt werden, da sie auf den therapeutischen Prozeß ebenso Einfluß nehmen wie auf die aktuelle Situation von Patientin und Psychotherapeutin (z. B. Begemann-Deppe 1985). Einige Analytikerinnen und Psychiater haben sich mit der speziellen Situation psychotherapeutischen Arbeitens in Institutionen, deren Möglichkeiten und Begrenzungen, aber auch mit den Möglichkeiten der fruchtbaren Einwirkung auf die Institution befaßt. Bereits früher erwähnt wurden psychoanalytische Ansätze in der Milieuthérapie. Hier wurden psychoanalytische Theorien und psychodynamisches Denken zu einer Grundlage milieuthérapeutischen Arbeitens. Von psychoanalytischer Seite begann die Auseinandersetzung mit institutionellen Gegebenheiten und Psychotherapie, seitdem es stationäre Einrichtungen für Psychotherapien gibt: Psychosomatische Kliniken, manche Suchtkliniken, voll- und teilstationäre Einrichtungen für Menschen mit schweren Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Beispielhaft seien hier Janssen und Heigl-Evers genannt. Einige Autorinnen beschäftigten sich mit der Frage der Anpassung ursprünglich emanzipatorischen psychotherapeutischen Denkens an institutionelle Bedingungen. Andere konzentrierten sich auf die notwendige Modifikation der psychotherapeutischen Technik. Eine weitere Gruppe setzte sich von psychotherapeutischer Seite mit der Notwendigkeit auseinander, die Organisation einer Institution, die Arbeit eines therapeutischen Teams und das Milieu auf einer Abteilung in die Behandlung miteinzubeziehen (z.B. der Sammelband Leuzinger-Bohleber 1985). Hier fanden in den letzten Jahren Annäherungen zwischen ursprünglich psychiatrischen Konzepten aus der Milieuthérapie kommend (Finzen 1977) und ursprünglich psychoanalytischen Konzepten, in der institutionellen Arbeit mit notwendigen Veränderungen konfrontiert, statt.

Stand der Dinge

Im Verhältnis zu Art und Anzahl der stationären Einrichtungen ist die Literatur hierzu erstaunlich gering. In den letzten Jahren sind einige Arbeiten erschienen, die sich mit den Möglichkeiten einer angewandten Psychotherapie im psychiatrischen Alltag, mit Angeboten psychotherapeutischen Arbeitens mit Psychose-Patienten auseinandersetzen. In der allgemeinen Diskussion gehört die Psychotherapie der Psychosen nach wie vor zur „Krone der Schöpfung“. So anspruchsvoll die Anforderungen an die jeweiligen Psychotherapeutinnen, so selten kommt dadurch eine einzelne Patientin in den Genuß einer solchen Psychotherapie. Der psychiatrische Alltag wird davon nicht berührt. Gerade im Umgang mit

akut kranken Patientinnen und Patienten; in den hochkochenden, ungefilterten Emotionen auf geschlossenen Akutabteilungen; mit den lang andauernden Spannungen und dem zermürbenden Elend vieler schwer Kranker auf einer Abteilung; für die Begleitung und Aufarbeitung einer neu aufgetretenen, voraussichtlich lang andauernden psychischen Erkrankung bedarf es dringend einer psychotherapeutischen Haltung, psychotherapeutischer Techniken und Elemente im psychiatrischen Alltag. Es bedarf jenes, wenn auch schwer erträglichen Spannungsverhältnisses zwischen ärztlichem Handeln einerseits und psychotherapeutischer Haltung andererseits.

Held hat bereits 1986 kritisiert, daß Psychoanalyse noch immer als Neurosenpsychologie betrieben werde. Er plädiert für psychoanalytisches Arbeiten in der Psychiatrie als Beziehungsanalyse. Strukturelle Fragen müßten gestellt werden. Er erinnert daran, daß Psychosepatientinnen nicht wie Neurosepatienten eine „andere Szene“ unterscheiden können, in der „psychische Bilder und Abläufe zugleich erlebt und beobachtet werden können, daß sie Teile des Ichs und zugleich fremdes, entfremdetes darstellen. Mit der Ich-Spaltung des Psychotikers, mit seiner ‚doppelten Buchführung‘ hat dies nichts zu tun, da diesem gerade die dialektische Verbindung beider Szenen grundsätzlich fehlt. Die ‚andere Szene‘ konstituiert sich auch nicht, psychoanalytisch gesprochen, im Begehren des Patienten ... Der Psychotiker begehrt vor allem eine Bescheinigung, daß er geistig völlig gesund sei.“ (1986, 145-146)

Held sieht das Dilemma institutioneller Psychotherapie in der Schaffung einer „Neorealität“ in der Klinik. Sie entsteht durch die Lebensbedingungen der therapeutischen Institution, „und zwar um so sicherer, je humaner, dem äußeren Leben ähnlicher diese Bedingungen sind. Die aktive Erzeugung oder das spontane Entstehenlassen dieser institutionellen Neorealität zehrt eben jene Kluft auf, von der Psychoanalyse ihre Wirksamkeit bezieht: Die Kluft zwischen dem weiterlaufenden, ‚normalen‘ Leben und der Begegnung mit der ‚anderen Szene‘ in der Analyse“. Je konsequenter eine therapeutische Gemeinschaft, eine „Psychothérapie institutionelle“ verwirklicht sei, desto totaler sei dieses therapeutische „Als-Ob-Leben“ organisiert (146). Held sieht sozialpsychiatrisches und psychoanalytisches Arbeiten als entgegengesetzte, aber als sich ergänzende Techniken an: „Sozialpsychiatrische Erfahrung lehrt, daß die Verlaufsform einer schizophrenen Störung prinzipiell und jederzeit als offen anzusehen ist: Psychoanalytische Aufgabe ist es, die intrapsychischen Vorgänge zu kennen und zu unterstützen, die solcher Offenheit der Entwicklung zugrunde liegen ... Allerdings stehen dem Psychoanalytiker erfreuliche Erfahrungen mit der Sozialpsychiatrie erst dann offen, wenn er in sich jene Lust am Handeln und Gestalten entdeckt hat, die er aus seinen psychoanalytischen Behandlungen tunlichst heraushält ...“

Held, Heim u. a. kritisieren den Begriff der Stütztherapie. Sie gebe die Behandlung schizophrener Patientinnen nicht adäquat wieder und diene im übrigen zur Rechtfertigung einer generellen Behandlungspraxis Schizophrener, „die ihnen die Psychotherapiefähigkeit abspricht und sie zum alleinigen Adressaten pharmakotherapeutischer Interventionen und zeitlich knapp bemessener Ratschläge macht“. Im Laufe einer aufmerksamen und langdauernden Begleitung schizophrener Patientinnen würden tiefgreifende Neuorientierungen notwendig, „immer auch tiefe Veränderungen im „Sein zur Welt, Sein zur Zeit, Sein zu sich“... Nach allem was wir heute wissen, wirkt Psychotherapie nicht direkt auf die Vulnerabilität, kann aber sehr wohl Einfluß nehmen auf Art und Ausmaß der Rückfälle und eine Chronifizierung verhindern. Wichtig ist, sich von einem rigiden Setting zu verabschieden; sich mit dem Umgang mit negativer Übertragung und negativen Beziehungsaspekten auseinanderzusetzen und das Therapieziel in einer Ich-Stärkung zu sehen und nicht so sehr in einer Behandlung der Psychose oder der zugrundeliegenden Vulnerabilität. Eine Voraussetzung für eine Psychotherapie mit Psychosepatientinnen sei, „daß der Therapeut seinem Patienten nicht als Repräsentant einer einzigen Methode, sondern als ein polyvalenter, nämlich phasengerecht agierender Behandler und Begleiter entgegentritt“ (Held 1993; Heim 1980; Hubschmid 1993; Huszonek 1987; Zeig 1991).

Hubschmid (1993) benennt vor allem die krassen Diskrepanzen zwischen der nach wie vor üblichen gängigen Psychotherapieweiterbildung und der psychotherapeutischen Arbeit mit Psychosepatientinnen: Viele Patientinnen könnten ihre Probleme nicht verbalisieren. Sie betrachteten sich nicht als krank, sie erlebten sich als von außen beeinträchtigt oder negierten gar jegliche Problematik, so daß keine gemeinsame Problemdefinition möglich würde. Viele seien abhängig von ihrer Umgebung. Anhand von mehreren Beispielen zeigt er, daß es für die meisten psychiatrischen Patientinnen und Patienten anderer therapeutischer Konzepte bedarf.

Ausbildungssituation

Ich komme zurück auf die Ausbildungssituation im psychotherapeutischen Bereich. Die Einführung des neuen Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie bietet die Chance einer Annäherung und gegenseitigen Durchdringung. Dazu wird es nötig, nicht nur komplizierte Curricula zu entwerfen, in denen beide Bereiche ausreichend berücksichtigt werden, sondern insbesondere therapeutische Techniken für die Behandlung einzelner Patienten zu entwickeln. Voraussichtlich braucht es hierzu die Untersuchung und Beschreibung einzelner psychotherapeutischer Elemente, losgelöst vom traditionellen Setting.

Meines Erachtens müssen diese nicht neu entwickelt, sondern von vielen psychiatrisch tätigen Psychotherapeutinnen erfragt, beschrieben und didaktisch aufbereitet werden. Heltzel hat dazu einige Überlegungen angestellt und Vorschläge gemacht.

Es erstaunt, daß es zwar Michael Balint für die Allgemeinmedizin gegeben hat, nicht aber ähnliche Konzepte für die Anwendung psychotherapeutischer Elemente im psychiatrischen Alltag. Für solch eine Ausbildung gibt es bisher kein Curriculum, es gibt jedoch alte und neuere Arbeiten, die sich auf Grundbestandteile psychotherapeutischer Arbeit konzentrieren (Fromm-Reichmann 1959; Loch 1970; Heim 1980; Cremerius 1990; Strupp/Binder 1991).

In den letzten Jahren wurden psychotherapeutische Weiterbildungskonzepte entwickelt, die im Rahmen der Facharztausbildung innerhalb einer psychiatrischen Klinik bis auf die Selbsterfahrung durchgeführt werden können (z.B. Rohde-Dachser 1979; Blaser, Heim et al. 1992). Diese letzten Ausbildungsangebote berücksichtigen jedoch psychotherapeutisches Arbeiten mit Psychosepatientinnen nicht. Diese Beschränkung dürfen wir nicht länger auf sich beruhen lassen.

Die Diskussion über psychotherapeutisches Arbeiten in der Psychiatrie ist wieder angelaufen. An verschiedenen Orten werden Überlegungen angestellt, wie solch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Tätigkeit vermittelt werden könnte (in der Schweiz z.B. in Basel, Bern und Zürich; in Deutschland z.B. Heltzel 1994). Es bleibt zu hoffen, daß eine Realisierung nicht mehr lange auf sich warten läßt.

Zusammenfassung

Die Psychotherapie ist entgegen dem Anschein in der psychiatrischen Versorgung nicht verankert. Die Arbeit erläutert dies, indem sie einen historischen Überblick über die Entwicklung psychotherapeutischer Arbeit mit Psychosepatientinnen gibt. Freuds theoretische Konzepte werden gestreift, von einer Pionier- und Blütezeit berichtet, in der auch psychotherapeutische Arbeit in psychiatrischen Kliniken durchgeführt, reflektiert und untersucht wurde. Aktuelle psychoanalytische Konzepte werden kurz zusammengefaßt. Noch immer stehen psychoanalytische Konzepte neben einzelnen beispielhaften, langjährigen Behandlungen im Vordergrund der Diskussion. Einen psychiatrisch-psychotherapeutischen Alltag scheint es nicht zu geben. In einem zweiten Teil der Arbeit werden deshalb Probleme und Hinderungsgründe für eine fruchtbare gegenseitige Durchdringung psychiatrischer und psychotherapeutischer Tätigkeit dargestellt. Dazu gehören ein Spannungsverhältnis zwischen einer ärztli-

chenundeinerpsychotherapeutischenHaltung, unterschiedliche Verantwortungsbereiche; der Umgang mit Macht, die Auseinandersetzung mit Institutionen und das nach wie vor fehlende gezielte Ausbildungsangebot einer psychiatrischen Psychotherapie.

Literatur

- Ammon, G.: Psychotherapie und Psychosen. Kindler, München 1975
- Angermeyer, M. et al.: Psychotherapie und Psychopharmakotherapie im Urteil der Bevölkerung. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 43 (1993) 286-292
- Angermeyer, M. C.: Der theorie-graue Star im Auge des Psychiaters. In: M. C. Angermeyer, A. Finzen (Hrsg.): Die Angehörigengruppe. Familien mit psychisch Kranken auf dem Weg zur Selbsthilfe. Enke Verlag, Stuttgart (1984) 17-24
- Arieti, S.: The Interpersonal and Intrapsychic. Int. J. Psychiat. 4 (1967) 522-524
- Arieti, S.: Individual Psychotherapy of Schizophrenia. In: S. Arieti, E. B. Brody (Hrsg.): American Handbook of Psychiatry, III: Adult Clinical Psychiatry. Basic Books, New York (1974) 627-651
- Bach, H.: Psychosebehandlungen in psychiatrischen Institutionen durch niedergelassene Psychotherapeuten. Z. Psychosom. Med. Psychoanal. 13 (1967) 196-212
- Bateson, G. et al.: Schizophrenie und Familie. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1990
- Begemann-Deppe, M.: Zum Dilemma des Assistenzarztes im klinisch-psychiatrischen Alltag. In: H.-U. Deppe et al. (Hrsg.): Medizinische Soziologie. Campus, Frankfurt, New York 1985.
- Benedetti, G.: Klinische Psychotherapie. Einführung in die Psychotherapie der Psychosen. Huber, Bern, Stuttgart, Wien 1980
- Benedetti, G.: Todeslandschaften der Seele. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1983
- Benedetti, G. et al.: Psychosentherapie. Psychoanalytische und existentielle Grundlagen. Hippokrates, Stuttgart 1983
- Benedetti, G.: Psychotherapie als existentielle Herausforderung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992
- Biering, E.: The Mechanism of Depression. In: P. Greenacre (Hrsg.): Affective Disorders. Psychoanalytic Contributions to their Study. International Universities Press, New York (1953) 13-48
- Bion, W.R.: Erfahrungen in Gruppen. Fischer, Frankfurt am Main 1990
- Bister, W.: Symptomwandel bei Schizophrenen in psychotherapeutischer Sicht. Enke, Stuttgart 1964
- Bister, W.: Über das neue Verständnis für die schizophrenen Psychosen. In: Dieter Eichele (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts (II). Kindler, Zürich (1976) 738-759
- Bleuler, E.: Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Archiv der edition diskord, Tübingen 1988
- Bosch, G.: Psychotherapie und Soziotherapie. In: M. von Cranach, A. Finzen

- (Hrsg.): Sozialpsychiatrische Texte. Springer, Berlin, Heidelberg, New York (1972) 79-93
- Brody, E. B.: The Treatment of Schizophrenia: A Review. In: E. B. Brody, F. C. Redlich (Hrsg.): Psychotherapy with Schizophrenics. International Universities Press, New York (1964) 39-88
- Bruch, H.: Grundzüge der Psychotherapie. Fischer, Frankfurt am Main 1977
- Bullard, D. (Hrsg.): Psychoanalysis and Psychotherapy. Selected Papers of Frieda Fromm-Reichmann. University of Chicago Press 1959
- Clarkin, J. F. et al.: Therapeutic Alliance and Hospital Treatment Outcome. Hosp. and Commun. Psychiatry 38 (8) (1987) 871-875
- Finzen, A.: Die Tagesklinik. Psychiatrie als Lebensschule. Piper, München 1977
- Finzen, A.: „Die neue Einfachheit oder die Entprofessionalisierung der Psychiatrie“. Sozialpsychiatrische Informationen. 11 (1981) 5-20
- Freud, S.: Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht, Paranoia und Homosexualität. Gesammelte Werke (G. W.) X 1922
- Freud, S.: „Psychoanalyse“ und „Libidotheorie“. G. W. XIII 1923
- Freud, S.: Neurose und Psychose. G.W. XIII 1924
- Freud, S.: Konstruktion in der Analyse. G.W. XVI 1937
- Freud, S.: Abriss der Psychoanalyse. G.W. XVII 1938
- Freud, S.: Briefe an Wilhelm Fließ 1887-1904 (Hrsg. von J. M. Masson). S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main 1986
- Fromm-Reichmann, F.: Intensive Psychotherapie. Grundzüge und Technik. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1959
- Fromm-Reichmann, F.: Heilung durch Wiederherstellung von Vertrauen. In: Matussek, P. (Hrsg.): Psychotherapie schizophrener Psychosen. Hoffmann und Campe, Hamburg (1976) 34-56
- Foudraire, J.: Wer ist aus Holz? Neue Wege der Psychiatrie. R. Piper & Co. Verlag, München 1973
- Heim, E.: „Stütztherapie“ – neu entdeckt? Plädoyer für adaptive Psychotherapien. Psychother. Med. Psychol. 30 (1980) 261-273
- Held, T.: Kritische Gedanken zu Psychoanalyse und Sozialpsychiatrie. Psychother. med. Psychol. 36 (1986) 143-149
- Held, T.: Die Psychotherapie Schizophrener im Zeitalter der Vulnerabilität. Prax. Psychother. Psychosom. 38 (1993) 266-277
- Helmchen, H., Linden M., U. Rüger: Psychotherapie in der Psychiatrie. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1982
- Heltzel, R.: Thesen zur psychotherapeutischen Qualifizierung von Psychiatern. Sozialpsychiatrische Informationen 24 (1994) Heft 2/2-13
- Hinz, G.: Institutionelle Aspekte der Psychosenbehandlung. Enke Verlag, Stuttgart. Forum der Psychiatrie 20 (1984)
- Hirschmüller, A.: Freuds Begegnung mit der Psychiatrie. Von der Hirnmythologie zur Neurosenlehre. edition diskord, Tübingen 1991
- Hubschmid, T.: Psychotherapie in der psychiatrischen Institution – über Therapie am anderen Pol des diagnostischen Spektrums. Psychiat. Prax. 20 (1993) 141-144
- Huppmann, G., D. Wyss: Der Einfluß neoanalytischer Schulen auf die klinische Psychiatrie. In: U. H. Peters (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. (X): Ergebnisse für die Medizin (2). Kindler Verlag, Zürich (1980) 696-716
- Huszzonek, J.J.: Establishing Therapeutic Contact with Schizophrenics: A Supervisory Approach. Am. J. Psychother. Vol. XLI 2 (1987) 185-193

- Jacobs, D. H. et al.: The Neglected Alliance. The Inpatient Unit as a Consultant of Referring Therapists. *Hosp. Commun. Psychiatry* 33 (5) (1982) 377-381
- Janssen, P. L.: *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Klett-Cotta, Stuttgart 1987
- Janssen, P. L.: Behandlung im Team aus psychoanalytischer Sicht. *Prax. Psychother. Psychosom.* 34 (1989) 325-335
- Jaspers, K.: *Wesen und Kritik der Psychotherapie*. Piper-Bücherei, München, 1955
- Kapur, R., Ramage J., K. Walker: Group Psychotherapy in an Acute Inpatient Setting. *Psychiatry* 49 (1986) 337-349
- Kind, J.: Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992
- Kisker, K.P.: Psychiatrie und Psychoanalyse. *Psychother. med. Psychol.* 30 (1980) 2-5
- Knoepfel, H.-K.: Allgemeinärztliche Psychotherapie und psychotherapeutische Haltung. In: D. Eichele (Hrsg.): *Psychologie des 20. Jahrhunderts III, Freud u. d. Folgen* (2). Kindler, Zürich (1976) 1322-1330
- Lee, H. S.: Patients' Comments on Psychiatric Inpatient Treatment Experiences: Patient-Therapist Relationships and their Implications for Treatment Outcome. *Psychiatric Quarterly* 51 (1) (1979) 39-54
- Light, D. W.: Psychiatry and Suicide: The Management of a Mistake. *Am. J. of Sociology* 77 (1971/72) 821-838
- Loch, W.: *Beratung – Behandlung: Methoden und Abgrenzungen*. In: *Familienkonflikt und Familienberatung*. Verlag Butzon und Bercker, Kevelaer 1970
- Margo G. M., J. M. Manring: The Current Literature on Inpatient Psychotherapy. *Hospital and Community Psychiatry* 40 (9) (1989) 909-915
- Marmor, J.: Der psychotherapeutische Prozeß: Gemeinsame Nenner der verschiedenen Ansätze. In: J. K. Zeig (Hrsg.) *dgvt Verlag, Tübingen* (1991) 431-454
- Matussek, P., Triebel, A.: Die Wirksamkeit der Psychotherapie bei 44 Schizophrenen. *Nervenarzt* 45 (1974) 569-
- Matussek, P.: *Analytische Psychosentherapie*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1993
- Maxwell, J.: *Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft. Soziales Lernen und Sozialpsychiatrie*. Herausgegeben von E. Heim. Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien 1976
- McGlashan, Th., B. Nayfack: Psychotherapeutic Models and the Treatment of Schizophrenia: The Records of Three Successive Psychotherapists with One Patient at Chestnut Lodge for 18 Years. *Psychiatry* 51 (1988) 340-362
- Mentzos, St.: *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Meerwein, F.: Die Bedeutung der Anstalt für die Gegenübertragung des Therapeuten. In: G. Benedetti, C. Müller (Hrsg.): *Internat. Sympos. über d. Psychother. Schizophrenie Lausanne* (1956) Basel (1957) 152
- Müller, H.: Ist Chestnut Lodge Salz in der wunden Stelle des psychoanalytischen Beitrags zur Behandlung der Schizophrenie? *Psychiat. Prax.* 14 (1987) 22-26
- Müller, Ch.: Die Pioniere der psychoanalytischen Behandlung Schizophrener. *Nervenarzt* 23 (1958) 456-462
- Müller, Ch.: Die Psychotherapie der Psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 27 (1959) 363

- Müller, Ch.: Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik. Versuch einer vorläufigen katamnestic Übersicht. *Nervenarzt* 32 (1961) 354-361
- Müller, Ch.: Psychotherapie und Soziotherapie der endogenen Psychosen. In: *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. II/1. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York (1972) 291
- Müller, Ch.: *Psychiatrische Institutionen. Ihre Möglichkeiten und Grenzen.* Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1981
- Müller, Ch.: Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen. In: A.R. Bodenheimer (Hrsg.): *Freuds Gegenwärtigkeit – zwölf Essays.* Reclam, Stuttgart 1989
- Müller, Ch.: Standortbestimmung der Psychotherapie von Schizophrenen heute. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1990.288-297
- Mullahy, P.: Harry Stack Sullivan's Theory of Schizophrenia. *Int. J. of Psychiatry* 4 (1967) 492-521
- Parin, P., G. Parin-Matthèy: *Subjekt im Widerspruch.* Athenäum Verlag, Frankfurt am Main, 1988
- Pörksen, N. (Hrsg.): *Therapie. Hilfe – Ersatz – Macht?* Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie, Band 30: Psychiatrie-Verlag, Bonn 1980
- Prinzhorn, H.: *Psychotherapie. Voraussetzungen, Wesen, Grenzen.* Georg Thieme Verlag, Leipzig 1929
- Psycho-Analysis and Psychiatry. *Intern. J. Psycho-Anal.* 17 (1936) 202-205
- Roberts, J. P.: Inpatient Group Psychotherapy. *Br. J. of Hospital Medicine* 36 (5) (1986) 367-370
- Rohde-Dachser, Ch.: *Ärztliche Psychotherapie – Weiterbildung in der psychiatrischen Klinik – Erfahrungen und Reflexionen am Beispiel der Medizinischen Hochschule Hannover.* *Psychiat. Prax.* 6 (1979) 183-194
- Rosenberg, H. A.: *Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände.* Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Frankfurt a.M. 1989
- Sandner, D. (Hrsg.): *Analytische Gruppentherapie mit Schizophrenen.* Verlag für Medizinische Psychologie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1986
- Schneider, H.-R.: *Zwischen Innen und Außen – Zur angewandten Psychoanalyse in der Psychiatrie.* In: M. Leuzinger-Bohleber (Hrsg.): *Psychoanalytische Kurztherapien. Zur Psychoanalyse in Institutionen.* Westdeutscher Verlag, Opladen (1985) 156-168
- Sechehaye, M.: *Die symbolische Wunscherfüllung.* Huber, Bern 1955
- Shemo, J. P. D.: *Medical Psychotherapy. Clinical Application in an Inpatient Setting.* *Gen. Hosp. Psychiatry* 10 (1988) 231-235
- Stein, L. K. et al.: *Adding Individual Therapy to an Inpatient Milieu Program.* *Annals New York Academy of Sciences* 273 (1973) 533-542
- Strotzka, H.: *Psychotherapie bei Psychosen.* In: H. Strotzka (Hrsg.): *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen.* Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, Wien (1975) 369-378
- Strupp, H. H., J. L. Binder: *Kurzpsychotherapie.* Klett-Cotta, Stuttgart 1991
- Sullivan, H. S.: *The Psychiatric Interview.* New York: W. W. Norton 1954. Deutsch: *Das psychotherapeutische Gespräch.* Fischer, Frankfurt am Main 1976
- Warner, S. L.: *Freud's Analysis of Horace Frink, M.D.: A Previously Unexplained Therapeutic Disaster.* *J. of the American Academy of Psychoanalysis* 22 (1) (1994) 137-152
- Weber, M. M.: *Ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eine Außenseitermethode?* *Nervenarzt* 64 (1993) 578-586

- Willi, J.: Konflikte zwischen Ärzten und Psychotherapeuten. Psychosozial. 2 (1978) 6-21
- Winkler, W. Th.: Übertragung und Psychose. Hans Huber Verlag, Bern, Stuttgart, Wien 1970
- Winkler, W. Th.: Zur historischen Entwicklung der Beziehungen zwischen Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland seit 1900 unter besonderer Berücksichtigung der Psychoanalyse. In: Psychotherapie in der Psychiatrie. Herausgegeben von H. Helmchen, M. Linden, U. Rüger. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York (1982) 11-25
- Wolberg, L. R.: Die Entwicklung der Psychotherapie. Zukünftige Trends. In: J. K. Zeig (Hrsg.): Psychotherapie. Entwicklungslinien und Geschichte. dgvt Verlag, Tübingen (1991) 406-430
- Yalom, I. D.: The Theory and Practice of Group Psychotherapy. Basic Books, New York 1970. Deutsch: Gruppenpsychotherapie. Grundlagen und Methoden. Ein Handbuch. Kindler, München 1974
- Zeig, J. K. (Hrsg.): Psychotherapie. Entwicklungslinien und Geschichte. dgvt Verlag, Tübingen 1991

Die unbequemen Angehörigen

oder: Veränderungen der unbehandelten Dritten während der Psychotherapie



Almuth Massing

Es beruht auf allgemeiner psychotherapeutischer Erfahrung, daß die Angehörigen sowohl in jeder Psychotherapie als auch in den eigenen Analysen der PsychotherapeutInnen nicht nur als verinnerlichte Objekte, sondern ganz konkret in ihrer gegenwärtigen Person eine erhebliche Rolle spielen. Sie reagieren auf die Veränderungen ihres sich in Einzeltherapie befindenden Angehörigen. Sie reagieren besorgt oder feindselig, vorwurfsvoll oder geängstigt, sich verteidigend, streitsüchtig oder ganz einfach hilflos. Dies gilt es als Folge der Einzeltherapie, die weitreichende Veränderungen im gesamten Beziehungssystem induziert, zu berücksichtigen.

Diese Thematik soll unter folgenden Gesichtspunkten aufgezeigt werden:

1. Ein idealtypisches Praxisbeispiel und Erörterungen im Schrifttum.
2. Warum und wie werden Angehörige so beunruhigt?
3. System- oder familientherapeutische Erkenntnisse.
4. Überlegungen zur Integration von Einzeltherapie und Familientherapie.

1. Ein idealtypisches Praxisbeispiel und Erörterungen im Schrifttum

Das Beispiel

Ich kann mich deutlich an meinen ersten Analysepatienten erinnern. Er war mein „Probefall“ in der psychoanalytischen Weiterbildung vor 20 Jahren. Kurz nach Beginn der Therapie bekam ich einen Brief von seinem Vater, in dem er mir ausführlichst seine Einschätzung der Erkrankung seines Sohnes gab, die, mit einer Stellungnahme des Hausarztes versehen, darauf hinauslief, daß der Sohn alle Anzeichen eines seltenen Hirntumors hätte. Er legte mir dringend nahe, dieses von fachärztlicher Seite abklären zu lassen. Im ersten Moment beunruhigt, wurde ich ärgerlich auf ihn und meinen Patienten, der sich hatte „ausquetschen“ lassen, so daß es zu diesem Brief kam. Hinsichtlich meiner Ausbildung war ich hilflos, konnte ich mich nicht erinnern, in solch einer Angelegenheit Hilfestellungen von meinen DozentInnen bekommen zu haben. Mein Supervisor empfahl mir, den Brief mit meinem Patienten durchzuarbeiten. Und Freuds Ratschläge von 1912 hinsicht-

lich der Angehörigen der Patienten waren auch nicht hilfreich, wenngleich sie das Spannungsfeld drastisch verdeutlichten. So bemerkt Freud: „Am dringendsten möchte ich davor warnen, um die Zustimmung und Unterstützung von Eltern oder Angehörigen zu werben (indem man ihnen ein einführendes oder tiefer gehendes Werk unserer Literatur zu lesen gibt). Meist reicht ein wohlgemeinter Schritt hin, um die naturgemäße, irgendeinmal unvermeidliche Gegnerschaft der Angehörigen gegen die psychoanalytische Behandlung der Ihrigen vorzeitig losbrechen zu lassen, so daß es überhaupt nicht zum Beginn der Behandlung kommt. ... Was die Behandlung der ‚Angehörigen‘ betrifft, so gestehe ich meine völlige Ratlosigkeit ein und setze auf deren individuelle Behandlung überhaupt wenig Zutrauen.“ (Freud, 1912e, S. 386 f.)

Ich entschloß mich damals, dem Vater einen beruhigenden Brief zu schreiben. Die Einzeltherapie schien ungestört. Der Patient wagte es erstmals, seine Wäsche nicht zu der 300 km entfernt wohnenden Mutter zu schicken, sondern sie wesentlich preisgünstiger im Waschsalon zu waschen. Das aber alarmierte die Eltern endgültig. Eines Tages standen sie mit meinem Patienten in meinem Behandlungszimmer. Die Mutter: „Wo Sie sich so gut um meinen Sohn kümmern, habe ich Ihnen aus meinem Garten Erdbeeren mitgebracht.“ Und der Vater zur Couch, dem Tonband und Mikrophon gewandt: „Ach, Sie hören meinen Sohn auch ab – wußtest Du das Thomas?“ Äußerlich um Fassung bemüht, versuchte ich irgendein Gespräch. Innerlich war ich aber gekränkt, daß sich mein Patient wieder auf die Seiten seiner Eltern geschlagen hatte und, was mir damals hinsichtlich meiner analytischen Ausbildung ungeheuerlich vorkam: er hatte agierend das analytische Setting verletzt. Aus der heutigen Distanz beurteile ich die damalige Situation mit Humor, damals aber gab es für mich Regeln hinsichtlich des Settings, welche zu wahren Freud 1916/1917 uns ermahnt: „Sie wissen, welche Vorkehrungen der Chirurg dabei zu treffen pflegt: geeigneter Raum, gutes Licht, Assistenz, Ausschließung der Angehörigen. Nun fragen Sie sich selbst, wie viele dieser Operationen gut ausgehen würden, wenn sie im Beisein aller Familienmitglieder stattfinden würden, die ihre Nasen in das Operationsfeld stecken und bei jedem Messerschnitt laut aufschreien würden. Bei den psychoanalytischen Behandlungen ist das Dazwischenkommen der Angehörigen geradezu eine Gefahr und zwar eine solche, der man nicht zu begegnen weiß.“ (Freud, 1916/17, S. 477 f.) Auf diese eingangs skizzierte Familie werde ich später noch einmal eingehen.

Die Literatur

Meine damalige Unbeholfenheit und Freuds Warnungen finden sich auch noch 70 Jahre später bei Thomä und Kächele (1985), die betonen, daß die Familienangehörigen die gute und versöhnliche Beendigung der

Einzeltherapie erschweren, wenn nicht gar verderben können. Idealtypisch – so Thomä und Kächele (1985) – könnten wir eigentlich durch die fortschreitende Theorieentwicklung von der Libidotheorie hin zur Ich-Psychologie und zur Theorie der Objektbeziehungen auf den Kontakt mit den Angehörigen verzichten, weil wir dank der damit einhergehenden Technik an uns selbst im Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen erfahren können, wie der Patient mit seinen Bezugspersonen umgeht und Handlungen und Einstellungen gegen oder für sich unbewußt provoziert. Zudem bringt das *interaktionelle* Verständnis von Übertragung und Gegenübertragung es mit sich, daß der Therapeut sich einerseits in die Sichtweisen des Patienten einfühlen, andererseits auch die Verhaltensweisen der Angehörigen nachvollziehen kann, weil diese Ähnlichkeit mit seinen Gegenübertragungsreaktionen haben können. Außerdem verfügt er über professionelles Wissen zwischenmenschlicher Interaktionen.

Die Praxis ist jedoch anders. Dies drückt sich in Untersuchungen aus USA gleichermaßen wie in der PROGNOSE-Studie (vgl. Brede 1989) aus: PsychoanalytikerInnen gleichermaßen wie PsychotherapeutInnen führen nur noch etwa 1/5 reguläre Erwachsenen-, Kinder- und Jugendlichen-Therapien durch. Mehr als 70 % der PatientInnen werden mit modifizierten Psychotherapieverfahren wie Paar-, Familien-, Gruppentherapien behandelt. Dieses sind Methoden, bei denen also gerade die systemischen Gesichtspunkte hervorgehoben sind. Thomä und Kächele (1985) kommen zum Fazit, daß zur Kenntnis zu nehmen ist, daß PsychotherapeutInnen es in den wenigsten Fällen mit den hochgeschätzten idealen PatientInnen mit einer klassischen Neurose zu tun haben, die gut motiviert eine Behandlung suchen, eine erwünschte Krankheitseinsicht bereits mitbringen und Angehörige haben, die ihre Entwicklung liebevoll unterstützen. Vielmehr sei Tatsache, daß die psychotherapeutische Einzelbehandlung nicht nur Auswirkungen auf die EinzelpatientInnen hat, sondern gleichermaßen auf die Angehörigen und oftmals Probleme mobilisiert, womit *beide Seiten nicht* zurechtkommen. Gruneberger (1958) vermutet das aufkommende Spannungsverhältnis zwischen den Angehörigen und den Patienten in der Umstrukturierung des Über-Ichs während des therapeutischen Prozesses. Er zeigt auf, daß die Modifikationen der Über-Ich-Strukturen notwendigerweise zu einer Störung der Übereinkünfte, die das Zusammenleben der Familie bisher geregelt hat, führen. Gelingt es den PatientInnen nicht, ihre Konflikte in die Übertragungsbeziehung einzubringen oder aber sind TherapeutInnen nicht ausreichend bereit, negative und auch sexuelle Übertragungen anzunehmen, wird die Dynamik nach draußen verschoben, so daß es zu Konfliktmanifestationen bei den Angehörigen kommen kann. Cremerius (1984) stellte fest, daß die Einmischungen der Angehörigen um so größer sind, je neurotischer sie selber sind.

Obwohl dieses breite klinische Relevanz hat, gibt es bislang wenig empirische Untersuchungen zu den Veränderungen der Angehörigen. In diesem Zusammenhang ist auf Untersuchungen von Bolk-Weischedel (1978), Kohl (1962) oder Schöttler (1981) hinzuweisen, die bei Partnerinnen, Partnern und aufregenderweise vor allem bei den oftmals weit entfernt lebenden Eltern der PatientInnen während des Therapieprozesses psychische, psychosomatische, ja lebensbedrohliche Erkrankungen sowie schwere Ablösungskrisen, Suicidversuche, Suicide, Scheidungen eruierten. Nach einer mündlichen Mitteilung von Bolk-Weischedel (1992) decken sich diese Ergebnisse auch mit Auswirkungen auf die Angehörigen von psychotherapeutischen WeiterbildungskandidatInnen, die in eine Vergleichsstudie mit einbezogen wurden. Als Folge wurde von den Angehörigen Göttinger WeiterbildungskandidatInnen diskutiert, eine Angehörigen-Selbsthilfegruppe zu gründen! In den o.g. Untersuchungen scheinen die Auswirkungen auf die Angehörigen bei psychosomatisch erkrankten PatientInnen am gravierendsten zu sein, die ebenfalls psychosomatisch reagieren. Diese suchen jedoch keine PsychotherapeutInnen auf, sondern, so konnten Hessler/Lamprecht (1986) nachweisen, gehen zu organbezogenen Fachärzten. Sie kommen von daher nicht in das psychotherapeutische Blickfeld. Thomä und Thomä (1968) beschreiben, daß Einzelbehandlungen von PatientInnen Partnerinnen und Partner *automatisch* in eine „exzentrische Position“ bringen. Rohde-Dachser (1981) sprach sogar von einem *iatrogenen Loyalitätskonflikt*, der in der Partnerbeziehung durch eine dyadisch orientierte Einzeltherapie induziert würde, wenn die EinzeltherapeutInnen *nicht ausreichend die systemischen Auswirkungen der dualen therapeutischen Situation berücksichtigen*.

Es sei aber schon an dieser Stelle betont, daß die Symptomentstellungen oder Veränderungen der unbehandelten Dritten während der Einzeltherapie an sich noch nicht beunruhigend sein müssen. Sie geben zunächst erst einmal darüber Auskunft, daß der Patient sich verändert, es zur Lockerung des alten Beziehungsgefüges gekommen ist und in vielen Fällen der bis dahin als „gesund“ erschienene Partner oder die Partnerin in eine Rolle gerät, in der ihre Stabilität stark gefährdet wird. Hierauf reagieren diese nun ihrerseits mit Symptomen. Diese Schnittstelle ist nach Beobachtungen von König und Kreische (1991) dann erreicht, wenn sich die vorher ausbalancierten Dominanzverhältnisse verändern, die Symbiosepartner nicht mehr in dem Maße benötigt werden, Abgrenzungen stattfinden – z.B. bei dem eingangs geschilderten Patienten zu dem Zeitpunkt, als er seine Wäschepakete nicht mehr nach Hause schickte oder durch Verselbständigung die narzißtische Besetzung von der Partnerin oder vom Partner abgezogen wird.

Veränderungen und Symptomverschiebungen bei dem unbehandelten Dritten müssen als Signal der Labilisierung während der Einzel-

behandlung verstanden werden. Diese ermöglicht erst eine *gemeinsame* progressive Entwicklung. Voraussetzung hierzu ist allerdings, daß die Partnerin oder der Partner flexibel genug ist und sich gegebenenfalls für die nun sichtbar gewordenen Konflikte selber therapeutische Hilfe sucht. Immerhin aber ließen sich bei den Untersuchungen von Bolks-Weischedel (1978) bei 1/3 der Partner *keine* progressiven Entwicklungen auffinden.

Gibt es insgesamt nur wenige empirische Untersuchungen zu den Veränderungen der erwachsenen Angehörigen während des therapeutischen Einzelprozesses, befassen sich die vorliegenden Untersuchungen *überhaupt nicht* mit möglichen Auswirkungen auf die Kindergeneration. Hierzu ein Vater unverblümt: „Wir wollen jetzt noch ein viertes Kind, dann werden unsere Auseinandersetzungen gerechter verteilt.“ Daß Eltern ihre konflikthafte Dynamik zur eigenen Spannungsreduzierung auf die Kinder als schwächste Glieder verschieben, gehört zum familientherapeutischen Alltag. Hierdurch beginnt ein neuer *circulus vitiosus* für die nachgeborene Generation!

Im Schrifttum lassen sich nur vereinzelt Hinweise des technischen Umgangs mit Angehörigen finden. Von Freud ist die berühmte Therapie des „Kleinen Hans“ bekannt mit dem therapeutischen Zugang über den Vater (Freud, 1906-09, S. 243 ff.). Freud hätte diese Therapie sicherlich nicht als „Familientherapie“ bezeichnet. Nach heutigen systemtheoretischen Erkenntnissen halte ich sie aber dafür. Thomä und Kächele (1985) bestätigen die allgemeine Beobachtung, daß eine zunehmende Einbeziehung der Angehörigen in den psychotherapeutischen Therapieplan festzustellen ist. Sie selber geben wichtige Hinweise und technische Vorschläge für die Einbeziehung der Angehörigen in das Behandlungsarrangement, wobei die Zielsetzung prozeßfördernd sein muß (vgl. Thomä u. Kächele 1985, S. 195 ff.).

2. Warum und wie werden Angehörige während des einzeltherapeutischen Prozesses beunruhigt?

Die folgenden Beobachtungen wurden sowohl aus Familientherapien gewonnen, in denen ein Familienmitglied bereits eine Einzeltherapie gemacht hatte, als auch aus Familien, die während der Einzeltherapie hinzugezogen worden waren. Des weiteren wurden Beobachtungen der Patienten selber im Hinblick auf Veränderungen in ihrem Beziehungsnetz ausgewertet, die natürlich wegen der subjektiven Verzerrungen mit Vorsicht zu betrachten sind und zuletzt aus Reaktionen der Angehörigen selber auf die stationäre Einzelbehandlung eines Familienmitglieds. Diese erscheinen noch pointierter, was unmittelbar mit dem

besonderen Setting zusammenhängt, bei dem ein Familienmitglied ja faktisch aus der Bezugsgruppe herausgenommen wird.

Reich (1991) ist systematisch der Frage nachgegangen, was Angehörige über Psychotherapie und über PsychotherapeutInnen denken. Seine Ergebnisse sind folgendermaßen: Psychotherapie bei einem Familienmitglied kann von der Bezugsgruppe als *hilfreich* erlebt werden. Sie wird der Sorge um eines ihrer Mitglieder enthoben. Es wird ihr die Verantwortung für die für sie unverständliche Entwicklung dieses Familienmitglieds abgenommen oder die Belastung, die mit einer chronifizierten Erkrankung verbunden ist. Bei Paarkonflikten zieht die symptomfreie Partnerin oder der symptomfreie Partner hieraus den „Gewinn“, daß die oder der andere nur neurotisch sei. Diese Beobachtungen stellen eher den Idealfall dar.

Die Regel ist vielmehr, daß die Angehörigen sowohl die Psychotherapie eines Familienmitglieds als auch seine Psychotherapeutin oder seinen Psychotherapeuten in verschiedener Hinsicht als *Bedrohung* erleben, als *Einbruch* in ihre bisherige Lebensform, in ihr Selbstbild und Selbstgefühl.

Hiervon sind nicht nur die Familien von PatientInnen, sondern gleichermaßen die von psychotherapeutischen WeiterbildungskandidatInnen betroffen. Damit wurden wir in Göttingen konfrontiert, als WeiterbildungskandidatInnen während ihrer familientherapeutischen Weiterbildung konkret die Angehörigen einladen mußten. Ziel bei diesem Vorgehen war, ein Gespür in das *wirklich* erlebte und gefühlte dynamische Geschehen der eigenen Familie zu erlangen im Sinne einer „Familienselbsterfahrung“. Alle verfügten über analytische Selbsterfahrungen. Abgesehen davon, daß in diesem Setting immense Angst vor der Konfrontation mit den „konkreten Objekten“, also den Eltern, Geschwistern – mehr noch als vor den Partnerinnen und Partnern – mobilisiert wurde, und wir doch angenommen hatten, die Konflikte mit diesen in den eigenen Analysen im Übertragungsgeschehen „abgearbeitet“ zu haben, machten sich die Angehörigen Luft und berichteten von ihrer Furcht, Verletzung und Scham vor ihren sie ständig in Frage stellenden „psychotherapeutischen Kindern“ (vgl. Sperling, Klemann, Reich 1980). Überwiegt – so Reich (1991) – in manchen Familien die Angst vor *Verurteilung*, wird in einigen Familien die Psychotherapie als *existentielle Bedrohung* erlebt. Gefürchtet wird die mit dem psychotherapeutischen Prozeß einhergehende Autonomie besonders dann, wenn der bisherige Modus war: „Wenn wir uns trennen, gehen wir unter“ oder „Nur zusammen sind wir überlebensfähig“. Dieses korrespondiert mit Befürchtungen der PatientInnen, die Eltern, die Partnerin oder den Partner durch ihre Therapie zu schädigen oder zu verraten. Weiterhin können durch die Einzeltherapie verschiedene *Über-Ich-Probleme* in der Familie virulent werden. Hierdurch gerät z.B. eine *Schuldthematik*

in den Mittelpunkt. Die Erkrankung eines Familienmitglieds und die Notwendigkeit der Behandlung sind für diese Familien schon Zeichen dafür, daß sie etwas „verschuldet“ haben. Die Therapeutin oder der Therapeut kann dann als Staatsanwalt oder Richter, die Patientin oder der Patient als Ankläger erlebt werden, die durch ihre „Aussagen“ „Beweismaterial“ gegen die Familie liefern. Dieser Aspekt ist natürlich bei einer stationären Unterbringung eines Familienmitgliedes noch gravierender, da hier zusätzlich die Öffentlichkeit gefürchtet wird. Bekannt ist das Gegensteuern der Familien, die die PatientInnen dann oftmals „überreden“, die Klinik zu verlassen. Weiterhin kann die notwendige Psychotherapie eine familiäre *Schamproblematik* verstärken. Die Therapie wird als Veröffentlichung eigenen Versagens gegenüber ihrem eigenen und dem sozialen Ideal gesehen. Die Therapeutin oder der Therapeut wird hierdurch in eine moralische Position gedrängt, evtl. einer Priesterin oder eines Priesters, die über „gut“ und „böse“ befinden. Nach Kreische (1986/1990) und König und Kreische (1991) können neben diesen Reaktionen auf die Therapie die *Idealisierungen* der Einzeltherapeutin oder des Einzeltherapeuten als Liebhaber, bessere Mutter, verständnisvollerer Vater, humorvolleres Geschwister etc. zu massiven Schwierigkeiten führen. Auch hier, so die Autoren, ist zu bedenken, daß abgesehen von den Idealisierungen, die mit der Übertragung idealer Objekte aus der inneren Welt des Patienten oder mit Externalisierungen des Ich-Ideals oder Größenselbst zusammenhängen, sich TherapeutInnen ganz real oft zugewandter, einfühlsamer und verständnisvoller als die Partnerin, der Partner oder die Familie verhalten. Die Patientin oder der Patient – und schon gar nicht seine Familie – machen sich klar, daß dieses Verhalten der TherapeutInnen nur unter den besonderen Bedingungen der therapeutischen Situation möglich ist.

Auf Abstinenzverletzungen soll hier bis auf eine Anmerkung nicht eingegangen werden, nämlich, daß die derzeitige breit in den Medien ausgeschlachtete Diskussion um sexuelle Übergriffe zusätzlich auch als ernstzunehmender Hinweis der Reaktionen der Angehörigen reflektiert werden muß, in der brisanten Vermischung von „Faktum und Phantasie“.

Das bisher Gesagte läßt die Schlußfolgerung zu, daß die Auswirkungen auf die Dritten, also die Familienangehörigen, unter der Therapie eines ihrer Familienmitglieder sich weder ausreichend aus der Lockerung der Über-Ich-Strukturen mit entsprechenden Umstrukturierungen erklären lassen noch mit der ungenügenden Kompetenz des Einzeltherapeuten. Dieses ist sicherlich altes Erfahrungsgut der Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten. Weiterführende Erkenntnisse hierzu lieferten uns systemische oder familientherapeutische Erfahrungen.

3. System- oder familientherapeutische Erkenntnisse

Vergegenwärtigt man sich den frühen Ausgangspunkt der Familientherapie, so wurden folgende Beobachtungen erhoben: Wenn man eine Person mit einem psychischen Leiden im Sprechzimmer von TherapeutInnen sah, lag die Vermutung nahe, diese leide an einer in der Vergangenheit entstandenen *intrapsychischen* Krankheit. Sah man aber dieselbe Person mit der Familie und im Zusammenhang mit den gegenwärtigen Beziehungen, begann man etwas völlig Neues zu sehen. Man konnte Beziehungen und Verhaltensweisen eines jeden Anwesenden erkennen, aus denen sich viele zirkuläre Kreise zusammensetzten, die vor und zurückgespielt wurden, wobei das Verhalten des Kranken nur *ein Teil* eines größeren immer wiederholten Tanzes war. Als Folge verstand man das Symptom der PatientInnen nicht mehr nur in der Person selber begründet, sondern ebenfalls als metaphorischen Ausdruck der Verzerrungen und Paradoxien, der diese Personen verbindenden Kommunikationen. Unvergeßlich bleibt mir ein Familienerstinterview, zu dem der magersüchtige Junge mit seinen Geschwistern und seinen Eltern nach Göttingen eingeladen wurde. Es erschienen aber nur die Eltern und der Patient. Auf meine Frage nach den Geschwistern sagte die Mutter, die gingen in Göttingen spazieren. Ich war völlig verduzt, worauf auch der Vater bestätigte, ich hätte ja lediglich gesagt, alle sollten nach *Göttingen* kommen. Hier relativierte sich für mich rasch die Frage, wer denn der Patient sei. Aber nicht nur Interaktionsmuster oder Kommunikationsstrukturen wurden beobachtet, sondern die Ergebnisse der Erforschung von Partnerwahlen gaben uns Einblick in zentrale *unbewusste* Beziehungswünsche von Partnern, die ineinander greifen. Sie führen zu Kollusionen mit teils hochambivalenten wechselseitigen Dominierungen und Umklammerungen. Wenn Partnerwahlen überwiegend durch den Wunsch nach innerer Konfliktentlastung entstanden sind, wird es bei Loslösungsversuchen des einen z.B. während der Einzeltherapie zu Konflikten bis hin zu Symptomen des anderen kommen. Dieser Sachverhalt findet sich in familientherapeutischen Konzepten (vgl. hierzu unter vielen anderen Willi 1975, 1985) ebenfalls wieder wie schon frühzeitig bei Freud (1905/1906, S. 123) in seiner Erwähnung der „narzißtischen Partnerwahl“.

Die Paar- oder FamilientherapeutInnen stellen sich also auf das innerfamiliäre Beziehungsfeld ein und leiten die Symptome des sogenannten Indexpatienten aus der *Beziehungsdynamik* des Paares oder der gesamten Familie ab. Hierdurch geraten *Motivationen* in den Blick, die sich aus einem gemeinsamen Interesse verstehen lassen, die das Paar oder alle Familienangehörigen bindet. Symptome weisen nach diesen Erkenntnissen nicht nur auf eine *historische* Verzerrung, sondern auch auf eine irrationale Verzerrung der *aktuellen* innerfamiliären oder part-

nerschaftlichen Beziehungswirklichkeit hin und haben stabilisierende Funktion. Je stärker dieser Aspekt vorherrscht, um so eher ist zu erwarten, daß bei unveränderter Familienstruktur das Verschwinden oder der Wandel des Symptoms eines Mitgliedes zur Symptombildung bei anderen Mitgliedern führen muß. Beeindruckend fanden wir eine Familiensitzung, zu der wir sowohl die Familie als auch deren Therapeuten einbestellt hatten. Schließlich befanden sich die Eltern, drei Kinder und sieben die Familie gleichzeitig behandelnde Therapeuten im Raum. Dies ist nach Ackermann (1958) ein Beweis für die Verzahnung der Pathologie in den Familien, ein Ausdruck und Folge verborgener Loyalitäten nach Boszormenyi-Nagy und Spark (1981), nach Watzlawick und Weakland (1980) der Beweis, daß man noch auf „Nebenschauplätzen“ arbeitet, nach Stierlin (1978) würde hierdurch eine unindividuierte Familie sichtbar, die gebundene Symptomträger braucht; Massing et al. (1992) verweisen auf den mehrgenerationalen intrafamiliären Wiederholungszwang.

4. Überlegungen zu integrativen Aspekten von Einzel- und Familientherapie

Familiendynamische Konzepte in Beziehung zu entwicklungspsychologischen – also einzeltherapeutischen Modellen – zu bringen, ist sicherlich nicht unproblematisch. Dennoch scheint es langfristig sinnvoll, beide Konzepte zu integrieren, anstatt auf einem entweder/oder zu verharren. Bemühungen finden auf beiden Seiten statt, wenngleich vorläufige Theoriemodelle mich weder als Einzel- noch als Familientherapeutin befriedigen. Noch sind wir allenthalben im Stadium des „Experimentierens“ und sollten dies auch freimütig so benennen. Der Widerspruch in den Vorstellungen liegt darin, daß ich als Psychotherapeutin versuche, die innere Organisationsform des Individuums aus den Notwendigkeiten der Kindheit heraus, aus seinen Objektbeziehungen im Zusammenwirken seiner Triebnatur, Ich-Struktur und Über-Ich-Bildung zu verstehen, um die sich hieraus ableitenden Konflikte zu erkennen. Der Ansatz der Familientherapie ist dagegen eine sozialkommunikative Perspektive.

Bei einem integrativen Vorgehen von Familientherapie und Einzeltherapie geht es mir, um das ausdrücklich hervorzuheben, *nicht* um Fragen von Effektivität, Therapieverkürzung o.ä., sondern um die Berücksichtigung der Wechselbeziehungen von Einzeltherapie und systemischer Auswirkungen auf das Bezugsfeld und das Eruiieren von deren Flexibilität und Valenzen.

Die integrative Betrachtungsweise rückt sowohl das Individuum als auch die Familie stärker in unser therapeutisches Blickfeld, basierend

auf dem systemischen Grundsatz: Jede Veränderung des einzelnen – und hierunter fällt auch die Einzeltherapie – verändert nicht nur *seine* Beziehung zum familiären Umfeld, sondern setzt eine Dynamik in Gang, die im ganzen System Veränderung provoziert. Das soll nicht bedeuten, Einzeltherapien zu unterlassen, sondern es erscheint sinnvoll, diese Erkenntnisse theoretisch mitzubedenken und auch je nach Indikationsstellung das Setting der Familientherapie zu nutzen.

Die wesentlichen Kriterien zur Indikation einer Familientherapie ergeben sich aus dem Ausmaß der Vernetzung der PatientInnen mit ihren Familien und dem Grad der Verinnerlichung der Konflikte. Denn sind Patienten sehr in ihrer Herkunftsfamilie verstrickt, stehen Individuation und Loyalität im starken Gegensatz; so verhindern die familiären Bindungen in der Regel den durch psychotherapeutische Einzeltherapie angestrebten emanzipatorischen Prozeß. Eine Bearbeitung der Beziehungskonflikte kann oft die notwendigen Freiheitsgrade für individuelle Entwicklungen schaffen, z.B. dann im einzeltherapeutischen Setting.

a. Die Einbeziehung der Angehörigen in die anamnestic Phase während der Einzeltherapie

Als erstes möchte ich aufzeigen, daß es fruchtbar werden kann, die Angehörigen für einen familientherapeutischen Prozeß im Sinne einer „psychotherapeutischen Vorbereitung“ für die anschließende Einzelsanalyse der Patientin oder des Patienten zu gewinnen. Hierzu ein Beispiel:

Nach einem Workshop kam ein junger Mann auf mich zu und fragte nahezu abrupt: „Wann kann ich mit meiner Familie zur Therapie kommen? Mir ist deutlich geworden, daß meine Neurodermitis irgendwie im Zusammenhang mit dem Trinken meiner Mutter steht.“ Er faltete einen Zettel auseinander, auf dem er fragliche Korrelationen aufgezeichnet hatte. Ihm war ein Traum in Erinnerung geblieben, daß er sich wieder einmal für den Weg seiner Mutter entschieden hatte. Doch dann sagte er zu mir trotzig: „Ich hab’s nicht getan, ich habe jetzt eine Freundin. Nur komisch, daß meine Mutter die wie ihre Tochter behandelt und jetzt ist meine Neurodermitis wieder schlimmer geworden, und als ich ins Ausland wollte, fing meine Mutter wieder an zu trinken.“ Die Eltern wohnten ca. 150 km entfernt und befanden sich quasi in phobischem Rückzug von der Außenwelt. Der Vater arbeitete „unter Tage“ in einem Salzbergwerk, in der Freizeit flog er mit seinem Segelflugzeug. Der 16jährige Bruder wurde mit Mädchennamen angedredet, der Patient galt in den Augen der Mutter als „Heiland“. In den Familiensitzungen wurde deutlich, daß der Indexpatient als Selbst-Objekt für das narzißtische Gleichgewicht der Mutter unentbehrlich geworden war, nachdem

sich der Ehemann sozusagen „in den Himmel“ oder „unter die Erde“ verflüchtigt hatte. Der Patient erlebte in einer intensiven, nahezu grausamen Weise die Unmöglichkeit, ein Individuum zu werden. Gleiches war auch schon der Mutter geschehen. Daher war das Ziel dieser längerfristigen Familientherapie, *jedes* Individuum aus dem verstrickten Familiennetz zu entwirren, um ihm zu individuellem Wachstum als auch zu einer gemeinsamen Familienentwicklung zu verhelfen. Hiervon profitierte vor allem die Mutter. Erst jetzt begann die Einzeltherapie des Indexpatienten. Meine Erfahrung ist, daß die Familien diese nach erfolgter Familientherapie in weitaus geringerem Maße konterkarieren.

Nicht immer stellt sich wie in diesem Falle vom Indexpatienten induziert primär die Frage der Familientherapie oder einiger familientherapeutischer Sitzungen. Dennoch hat es sich nach meinen bisherigen Erfahrungen oftmals als günstig erwiesen, quasi eingebaut in den anamnestischen Prozeß, die Familie einzuladen, vor allem dann, wenn die *interpersonelle* Beziehungsthematik die individuelle intrapsychische Konfliktsituation in den Hintergrund treten läßt. Denn die *nachfolgende* psychotherapeutische Methode erfordert nicht nur vom Patienten, sondern *reaktiv auch* von seinen Angehörigen ein hohes Maß an *Introspektionsfähigkeit* und *Flexibilität*.

In diesen Sitzungen versuche ich, den Angehörigen das Gefühl zu vermitteln, daß ich um ihre Belastungen weiß, z.B. frage ich jeden einzelnen, was ihn persönlich beschäftigt und worunter andere leiden etc. In vielen Fällen haben sowohl die PatientInnen als auch andere Familienangehörige therapeutische Erfahrungen hinter sich.

Bei diesem Vorgehen eröffnet sich die Chance, die ganze Familie zu Gesprächen zu motivieren, indem man die Leiden eines jeden ernst nimmt. Natürlich kann man auch mit sogenannten „ideal-gesunden“ Familien konfrontiert werden, die gutwillig scheinen, bei denen es keinen Streit gibt, die loyal und besorgt sind und besondere Fürsorglichkeit mit dem Patienten empfinden wie z.B. bei phobischen Konstellationen! Diese sind nach meiner Erfahrung im weiteren Verlauf im besonderen zu fürchten!

Zum anderen versuche ich zu fragen, was sich die Familienangehörigen unter einer „Psychotherapie“ vorstellen und bestätige ihre Bedenken und ihr Mitbetroffensein von den Auswirkungen des therapeutischen Prozesses. Dieses Vorgehen hat sich als äußerst günstig erwiesen, da die Familie die Therapeutin oder den Therapeuten nicht primär auf dem Boden ihrer eigenen Störungen als *übermächtigen Feind* phantasieren müssen. Ihre Skepsis wird auch dadurch verringert, daß sie sich nicht in dem Maße ausgeschlossen oder schuldig fühlen. Gerade für jüngere PatientInnen kann eine Entlastung dadurch stattfinden, daß sie ihre Therapie auf unbewußter Ebene nicht als Loyalitätsverrat erleben. Das war der zentrale Aspekt des eingangs geschilderten Patienten.

Wenn in diesen Vorgesprächen der interpersonelle Beziehungskonflikt im Vordergrund steht, versuche ich, die Familie einleitend zu einer Familientherapie zu motivieren.

Wenn sich ein hohes Maß an Agieren der Patientin oder des Patienten verdeutlicht, haben sich Gespräche mit den Angehörigen bewährt, um diese wechselseitige Dynamik zu verdeutlichen und Grenzsetzungen auszuhandeln.

Wenn kleine Kinder schon Symptome zeigen, ist dies für mich eine unabdingbare Indikation, die Familie insgesamt einzuladen, um die dynamischen Verhältnisse abschätzen zu können und dann gegebenenfalls einleitend eine Familientherapie durchzuführen.

Wenn ebenfalls viele Therapieabbrüche – nicht nur bei dem Indexpatienten, sondern auch bei anderen Angehörigen – deutlich werden, versuche ich, auch die Familie zu einer Familientherapie zu motivieren, denn diese sind ein deutliches Signal für die Alarmbereitschaft und den erfolgten Widerstand gegen jede Labilisierung des Familiensystems.

b. Die Einbeziehung der Familie in den laufenden einzeltherapeutischen Prozeß

Schon heikler ist die Indikation zur Einbeziehung der Angehörigen in die laufende Einzeltherapie. Hier geht es ja vorrangig darum, das Arbeitsbündnis zwischen uns und den Patienten zu schützen. Dies gelingt allerdings vor allem dann – so auch Greenson (1973) und Thomä/Kächele (1985), wenn sich die Einmischung der Angehörigen in Grenzen hält.

Es gibt auch hier für mich Indikationen, diesen dualen Prozeß kurzfristig zu verlassen, wohl wissend, daß ich hiermit vorübergehend z.B. die Übertragungsbeziehung unterbreche zugunsten einer familiär-interaktionellen.

Der Anstoß, Angehörige in die Einzeltherapie einzubeziehen, kann von den PatientInnen, von den Angehörigen oder von dem Einzeltherapeuten selber kommen.

1. Durch die Patientin oder den Patienten reden:

Wenn wir Aspekte des Agierens für uns kritisch geprüft haben, z.B. klären, wie und was die PatientInnen ihren Angehörigen aus der Therapie mitteilen oder ob sie die Therapeutin oder den Therapeuten als Verbündeten gegen die Familie mißbrauchen möchten, stellte ich fest, daß PatientInnen ihre Veränderung als Loyalitätsverrat empfanden. Sie gerieten in Not, an der während der eigenen Therapie akuten Erkrankung von Mutter oder Vater „Schuld“ zu haben. Ein Fakt, der, wie ich aus der Literatur zitierte, berechnete Entsprechungen findet. Hier sollte unbedingt ein Gespräch zum Schutze aller stattfinden. Immer fühlten sich die Angehörigen quasi lebensbedrohlich als Ausgeschlossene.

Wichtig wurde, in diesen Gesprächen einen Zusammenhang bewußt zu machen, der die Eltern aus ihrem symbiotischen Verhaftetsein mit den PatientInnen erlöste. An dieser kritischen Stelle sind sicherlich ein Großteil der Therapieabbrüche anzusiedeln.

2. Durch die Angehörigen:

Wenn die Initiative von den Angehörigen ausgeht, die sich direkt mit dem Therapeuten in Verbindung setzen oder ihren Wunsch über den Patienten ausrichten lassen, kam nach sorgsamer Indikationsstellung in den Familiengesprächen Hilflosigkeit, Angst, Eifersucht, gar Rache zutage, weil sie das Ausgeschlossen sein nicht mehr ertragen konnten. Mir wurde von einer Frau berichtet, die sich seit sieben Jahren bei einem Kollegen in Einzeltherapie befand und der Ehemann m.E. nicht zu Unrecht fragte, wer denn der eigentliche Partner seiner Frau sei.

3. Durch die Einzeltherapeutin oder den Einzeltherapeuten:

Aber auch EinzeltherapeutInnen selber stellen zunehmend Indikationen zu einer intermittierenden Familientherapie. Man könnte dieses Vorgehen vielleicht unter einem Aspekt von „life-Supervision“ betrachten. Sie setzt in jedem Falle eine gegenseitige kollegiale Akzeptanz voraus!

So wurde uns eine Familie überwiesen, deren 25jähriger Sohn bei einem Kollegen bereits 75 Stunden – also etwa ein Jahr – einzelnanalytisch behandelt worden war wegen einer herzphobischen Symptomatik. Eines Tages bat der Patient nicht nur um eine Stundenverlegung, weil er seine jüngere Schwester im Krankenhaus besuchen wollte, sondern erörterte auch, seine Therapie zu beenden. Erst hierdurch wurde erstmalig von dem Patienten die akute Morbus Crohn Erkrankung seiner Schwester thematisiert, die er ich-synton „vergessen“ hatte zu erwähnen. Bei weiterem Nachfragen wurde der Vater zur gleichen Zeit arbeitslos und die Mutter hatte sich nach einer Knochenfraktur eine Sudecksche Erkrankung zugezogen. Das familientherapeutische Ziel lag darin, die Konflikte und symbiotischen Verzahnungen der Familienmitglieder aufzulösen, die sich auf dem Boden grausamer Schicksale mit Zwangssterilisationen auf der mütterlichen Seite im Dritten Reich und dem Suicid der Mutter väterlicherseits ausgebildet hatten und den Patienten in der Rolle des parentifizierten Kindes band. Hier wurde sozusagen im Sinne der Allparteilichkeit die Indikation des therapeutischen Settings vom Einzelpatienten weg vorübergehend zum „Patient Familie“ gestellt. Die Familie hatte für ihn in dieser dramatischen Exacerbation Vorrang. Er hatte die Motive des angedeuteten Therapieabbruches seines Patienten richtig eingeschätzt.

Ich selber stelle in der Einzeltherapie die Indikation zum familientherapeutischen Setting, wenn ich über lange Zeit das Übertragungs-

angebot weder im Text noch im Szenischen erkennen konnte und sich bei mir so eine Art un-heimlicher Blässe im Gegenübertragungsgefühl einstellte oder aber, wenn weder die vorliegenden genetischen Rekonstruktionen noch die abgeleitete Psychodynamik ausreichende Erklärungen für ein auffällig grausames meistens affektisoliertes Vokabular der PatientInnen ergaben. In diesen Gesprächen kamen dann *immer* Familiengeheimnisse zutage, bei denen es sich in allen Fällen um verschwiegene Suizide, gar Verbrechen oder Nazibeteiligungen (vgl. Massing, 1991) handelte. Diese hatten in präverbaler Zeit der Patienten stattgefunden und zu familiären Abwehrmustern und Mythologisierungen geführt. Erst durch die faktische Benennung der verborgenen biographischen Wirklichkeiten konnte dann der un-heimliche Sinn der Gefühlsahnungen aufgehoben werden und ein vertieftes Durcharbeiten im anschließenden einzeltherapeutischen Prozeß fruchtbar werden. Hierher gehört auch die eingangs erwähnte Familie, die ich von mir aus an solch einer Stelle nochmals einlud. Es stellte sich ein grausames Schicksal des Vaters in der ehemaligen DDR heraus, über das niemals gesprochen worden war mit Bespitzelungen, Verrat, „Gehirnwäsche“ und körperlichen Mißhandlungen im Gefängnis Bauen. Jetzt wurde die Angst des Vaters vor dem Mikrophon in meinem Zimmer nachvollziehbar, seine Angst vor der Analyse, die er quasi in Art einer „Gehirnwäsche“ fürchtete, da man tief aus dem Inneren Dinge verraten könnte, deshalb seine Vorstellung: lieber einen Tumor zu haben, aus dem nichts zu ersehen wäre!

c. Kontraindikationen für Familiengespräche

Wenn es bisher so schien, als gäbe es grundsätzlich erst einmal keine Kontraindikationen, sich die Beziehungssituation des Patienten zu gegenwärtigen und sein Umfeld kennenzulernen, so müssen doch Einschränkungen oder sogar Kontraindikationen gegenüber der konkreten Einbeziehung der Familie in den einzeltherapeutischen Prozeß genannt werden. Hier decken sich meine Erfahrungen mit denen von Reich (1991) beschriebenen, daß *erstens* gerade bei jungen Erwachsenen darauf zu achten ist, daß der therapeutische Raum für sie ein Schutzraum ist, in dem mühsame Autonomiestritte gewagt werden. Sie haben den Eltern diesen Therapieschritt oftmals noch verschwiegen. Sie befürchten mit Recht, daß die Angehörigen wieder zu sehr in diesen eindringen wollen. Diese Befürchtung findet bei Eltern ihre Berechtigung, die mit der Loslösung des „Kindes“ selber nicht fertigwerden und zu grotesken „Angeboten“, wie z.B. Wäschewaschen der in weit entfernten Städten wohnenden Studenten kommen! Eine weitere Gefahr gibt Reich (1991) zu bedenken, nämlich daß *zweitens* Familiengespräche sowohl von seiten des Patienten als auch von den Angehörigen als *Anklagetribunal*

mißbraucht werden können. Die PatientInnen wollen z.B. unter dem Schutz ihres psychotherapeutischen „Bündnispartners“ ihre Eltern wegen Versäumnisse aus der Kindheit anklagen oder Verantwortung abwälzen nach der Devise: „Nur wenn sich meine Eltern verändern, werde ich mich verändern.“ Die Eltern dagegen, die evtl. unter starkem Schulddruck stehen, möchten dem Therapeuten zeigen, wer das „schwarze Schaf“ ist. Hier würde nicht die Veränderung der eigenen Person durch Klärung im Vordergrund stehen, sondern das Abwälzen von Verantwortung, das „family blaming“.

Mit Patienten, bei denen ungesteuerte Wut, paranoide Befürchtungen, Projektionen im Vordergrund stehen, habe ich zwar hin und wieder gute Erfahrungen mit dem familientherapeutischen Setting gemacht, des öfteren kam es aber doch durch unglaubliche „Unbarmherzigkeiten“ der Eltern oder der Geschwister zu therapeutisch unfruchtbaren Exacerbationen. Hier könnten dann eher die TherapeutInnen Einblick in die familiären gegenwärtigen *Wirklichkeiten* des Patienten bekommen.

Noch ein etwas prekärer Gesichtspunkt bei der Indikationsstellung zum familientherapeutischen Setting während einer Einzeltherapie ist zu bedenken. Dieser hängt mit Gegenübertragungsproblemen des behandelnden Kollegen zusammen. So hatte z.B. eine Patientin ihrer Psychotherapeutin ein so „schiefes“ Bild über ihre „unmöglichen“ Schwiegereltern, die ihren Ehemann so „verbogen“ hätten, vermittelt, daß sie uns bat, einige familientherapeutische Sitzungen durchzuführen. Uns fiel rasch auf, daß die junge Frau uns die Familientherapie nach *ihren* Bedingungen aufzwingen wollte. Sie selber empfand sich quasi als Co-Therapeutin und gab Instruktionen, wie die Schwiegereltern zu behandeln seien. Wir entpuppten uns für sie schon im Erstgespräch als mindestens ebenso „böse“ Schwiegereltern, während ihre abwesende Therapeutin als „gute“ Mutter Anerkennung fand. Quasi in Art dieser familientherapeutischen Supervision konnten wir im Anschluß mit der Kollegin bestimmte Aspekte herausfinden, die auf eigene abgewehrte negative Gegenübertragungsgefühle hinwiesen. Speziell in diesem Fall korrespondierte dieses auch damit, daß wir Familientherapeuten uns wiederum keine ausreichenden Hypothesen über die Indikationsstellung gemacht hatten. Dieses paßte, wie uns allen hinterher deutlich wurde, natürlich hervorragend zu dem agierenden willkürlichen Verhalten der Patientin. Sie hatte nun ihren Triumph, wir alle unseren Ärger und die Analytikerin wieder die psychoanalytische Einzelarbeit!

d. Zur Neutralität der PsychotherapeutInnen

Wie sieht es mit der Neutralität der TherapeutInnen aus, wenn sie ihre „dyadische Position“ zugunsten der einer Familientherapeutin oder

eines Familientherapeuten verlassen? Sie kommen durch ein dergestaltetes integratives Vorgehen notwendigerweise nicht nur in einen Methodenkonflikt, sondern es stellen sich für sie auch Bedenken hinsichtlich ihrer eindeutigen Loyalität zu ihren EinzelpatientInnen; z.B. fördert man nicht wieder die Bindung zur Familie, von der sie sich gerade befreien möchten? Kann die Patientin oder der Patient den Vorschlag dahingehend mißverstehen, daß man ihrem oder seinem geschilderten Erleben mißtraut? Könnte die PatientInnen sich gar im Zuge der Übertragungsbeziehung erpreßt fühlen?

Diese und ähnliche Bedenken sind zu berücksichtigen und durchzuarbeiten. Außerdem muß der Vorschlag einer Settingänderung für den Patienten als Angebot erlebbar und auch gemeint sein, nicht als „Muß“.

Meine bisherigen Erfahrungen zeigten mir allerdings, daß unsere therapeutischen Befürchtungen weniger die der PatientInnen sind, als daß sie vielmehr aus eigenen Gegenübertragungsproblemen resultieren: Wer möchte schon von uns selber mit der eigenen Herkunftsfamilie konfrontiert werden?

Diese Facetten bedenkend, hat sich bei längerfristigem Settingwechsel am günstigsten erwiesen, wenn die Einzeltherapeutin oder der Einzeltherapeut die Familie zu einer anderen familientherapeutischen Kollegin oder einem anderen familientherapeutischen Kollegen überweist.

Als optimal stellte sich heraus, wenn die Therapeutin oder der Therapeut zur ersten Sitzung kurz mitkommt und allen erklärt, warum diese Indikation für ratsam gehalten wird.

Die Familie kann dann miterleben, daß die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, der Analytiker sich um alle sorgt. Zum anderen signalisiert er aber auch seinem Einzelpatienten, daß er vor allem dessen einzeltherapeutischen Auftrag an ihn respektiert. Hier wird, denke ich, das Arbeitsbündnis am wenigsten belastet, selbst wenn die Einzeltherapie vorübergehend bis zur Klärung der interpersonellen Konflikte ausgesetzt wurde.

Bei nur kurzfristiger Einbestellung der Familie kann der Therapeut trotz kurzer Irritation im dualen Geschehen darauf bauen, daß die tragfähige Beziehung zwischen ihm und dem Patienten keinen anhaltenden Schaden erleidet, sondern eher die erlebten und gewonnenen Erkenntnisse prospektiv für vertieftes Durcharbeiten günstig sein werden.

Zusammenfassung

Zu allen Zeiten wurden PsychotherapeutInnen in ihrer Praxis mit den Reaktionen der Angehörigen ihrer PatientInnen auf deren Einzeltherapie hin konfrontiert. Die Idealvorstellung der Ein-

zeltherapeutInnen vom wohlwollenden Mitschwingen der Angehörigen ließ sich ebenso wenig aufrechterhalten wie die Idealvorstellung, die familiären Kommunikationsmuster befriedigend mitzubersichtigen. Die FamilientherapeutInnen wiederum mußten von der Wunschvorstellung Abschied nehmen, daß neurotische Symptome sich ausschließlich in der Familientherapie bearbeiten ließen. Sie verkannten die Macht internalisierter Strukturen, unbewußter Motive und ihrer Widerstände. Dennoch konnte die System- oder Familientheorie verdeutlichen, daß Symptome nicht nur als historische Verzerrungen Bedeutung haben, sondern daß ihnen auch stabilisierende Funktionen irrationaler Verzerrungen der *aktuellen* innerfamiliären Beziehungswirklichkeit inhärent ist. Hieraus lassen sich bei Eingriff in diese Homöostase – und als ein massiver muß auch die Einzeltherapie angesehen werden – Labilisierungen bis hin zu folgenschweren Symptomverschiebungen und Erkrankungen vor allem in der Herkunftsfamilie oder der nachfolgenden Kindergeneration erklären. Die Familienmitglieder treten dann als die „unbequemen Angehörigen“ ins Blickfeld. Nur wenn ein ausreichendes Veränderungspotential im Beziehungssystem vorhanden ist, kann es zu progressiven Neuorientierungen aller kommen. Wo dieses fehlt haben wir, wie ich aufzeigte, durch die Familientherapie Möglichkeiten gefunden, der Familie insgesamt bei notwendigen Individuationsschritten zu helfen.

Die Integration beider Ansätze führt zu einer komplexeren Betrachtungsweise, in der die *wechselseitigen* Beeinflussungen von Familie, Individuum und intrapsychischen Repräsentanzen beachtet werden. *Und dieses ist keine behandlungstechnische Frage sondern eine ethische.* Das Verständnis von Zusammenhängen zwischen intrapsychischen und interaktionellen Vorgängen ist also ein Vorzug dieser Sichtweise. Hierdurch wird keineswegs der Anspruch erhoben, die Angehörigen unserer Patienten in jeder Einzeltherapie konkret mit einzubeziehen; vielmehr erweitert sich – so Fürstenau (1984) – bei einer dergestalteten Indikationsstellung durch die PsychotherapeutInnen ein veränderungsoptimaler Systembezug für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten. Die Chancen der Integration von Familientherapie und Einzeltherapie könnten sein, daß die von Freud befürchtete „unvermeidliche Gegnerschaft“ der Angehörigen aufgehoben werden könnte und daß diese den Einzeltherapieprozeß nicht mehr in dem Ausmaß stören müßten, sondern daß das Familienmitglied, das eine Einzeltherapie machen möchte, nun ungestört mit seiner Therapeutin oder seinem Therapie-

ten sein Konfliktszenarium aufarbeiten kann. Es ist wichtig sich zu vergegenwärtigen, daß hinter dem Wunsch des Patienten nach Therapie – selbst bei vehementem Haß gegen seine Familie – immer der Wunsch nach Befriedung steht. Das heißt, daß der Patient am Ende der Therapie seine vergangene Wirklichkeit als Erwachsener akzeptiert, um hieraus neue Entscheidungen für die Zukunft zu treffen, ohne hierdurch anhaltendes Leid bei den anderen seines sozialen Kontextes ausgelöst zu haben.

Literatur

- Ackermann, N.(1958): The psychodynamics of family life. Basic Books, New York.
- Bolk-Weischedel, D.(1978): Veränderungen beim unbehandelten Partner des Patienten während einer analytischen Psychotherapie. Zschr. Psychosomat. Med. 34:116-128.
- Boszormenyi-Nagy, I. u. Spark, G.M. (1981): Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Klett, Stuttgart
- Brede, K. (1989): Die Psychoanalyse in der Prognos-Studie. Psyche 11:1044-1056
- Cremerius, J. (1984) :Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik. Band 2. problemata 102, fromann-holzboog. Suttgart, Bad Cannstatt
- Freud, S. (1904-1905): Die Umgestaltung der Pubertät. GW Bd.V: 108-131
- Freud, S. (1906-1909): Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. GW VII: 243-377
- Freud, S. (1912 e): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. GW Bd.VIII: 375-387
- Freud, S.(1916-1917): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd. XI: 466-482
- Fürstenau, P. (1984): Der Psychoanalytiker als systemisch arbeitender Psychotherapeut. Familiendynamik 9: 155-176
- Greenson, R.R. (1973): Technik und Praxis der Psychoanalyse, Bd.1. Klett, Stuttgart
- Grunberger, B. (1958): Über-Ich und Narzißmus in der analytischen Situation. Psyche 12: 270-290
- Hessler, M. u. Lamprecht, F. (1986): Der Effekt stationärer psychoanalytisch-orientierter Behandlung auf die unbehandelten Partner. Psychother. med. Psychol. 36: 173-178
- König, K. u. Kreische, R. (1991): Psychotherapeuten und Paare. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Kohl, R.N. (1962): Pathologic reactions of marital partners to improvement of patient. Am.J.Psychiatry 118: 1036-1041
- Kreische, R. (1986): Zu den Auswirkungen von Charakterstruktur, Übertragung und Gegenübertragung bei der Behandlung neurotischer Paarkonflikte. Gruppenpsychother.Gruppendynamik 22: 22-35
- Kreische, R. (1990): Die besseren Hälften. Paartherapie in zwei Systemen: die

- Kombination von Paar- und Gruppentherapie. In: Massing, A. (Hrsg.): Psychoanalytische Wege der Familientherapie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York. S. 40-57
- Massing, A. (Hrsg) (1990): Psychoanalytische Wege der Familientherapie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Massing, A. (1991): Die Reinszenierung nationalsozialistischer Weltbilder im psychotherapeutischen Prozeß. Forum Psychoanal. 7: 20-30
- Massing, A., Reich, G. u. Sperling, E. (1992): Die Mehrgenerationen-Familientherapie. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen
- Reich, G. (1991): Familientherapie in der stationären Psychotherapie (im Druck)
- Rohde-Dachser, Ch. (1981): Dyade als Illusion? Zschr.Psychosom.Med. 27: 318-337
- Schöttler, Ch. (1981): Zur Behandlungstechnik bei psychosomatisch schwer gestörten Patienten. Psyche 35: 111-141
- Sperling, E., Klemann, H. u. Reich, G. (1980): Familienselbsterfahrung. Familiendynamik 5: 140-152
- Stierlin, H. (1978): Delegation und Familie. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Thomä, H. u. Kächele, H. (1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, 1. Grundlagen. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Thomä, H. u. Thomä, B (1968): Die Rolle der Angehörigen in der psychoanalytischen Technik. Psyche 22: 802-822
- Watzlawick, P. u. Weakland, J.H. (Hrsg.) (1980): Interaktion. Huber, Bern, Stuttgart, Wien
- Willi, J. (1975): Die Zweierbeziehung. Rowohlt, Reinbek
- Willi, J. (1985): Koevolution. Die Kunst des gemeinsamen Wachsens. Rowohlt, Reinbek.

Meine Geschichte mit Rosa

Eine Langzeitbegleitung

■
Ruth Hodel

Eine junge, aggressive Patientin öffnete mir die Augen. Völlig fehlplatziert vegetierte sie mit ca. 40 meist viel älteren Frauen in einem großen Saal dahin. Seit 20 Jahren begleite ich nun diese Frau, mal lockerer, mal intensiver, durch das Leben. Ich nenne sie hier Rosa.

Auf den Langzeitabteilungen herrschten Mißstände. Dort waren keine gemütlich eingerichteten Zimmer, kein Luxus. Im Gegenteil: In jeden Raum wurden möglichst viele Betten gepfercht, die Toilette stand ungeschützt im Zimmer; alle schauten zu, wenn eine Frau sie benutzen mußte. Sommers und winters wurden die Patientinnen um 17.30 Uhr ins Bett gesteckt. Die Fenster und Türen waren tagaus, tagein verriegelt. Natürlich wurde streng darauf geachtet, daß die Patientinnen beim Abendessen um 17 Uhr die vielen Medikamente schluckten, die ihnen verordnet worden waren; somit waren sie alle ziemlich benommen und schliefen bald ein. Morgens begann der Tag aber schon um 6.30 Uhr. Alle mußten sie sich nackt in den Großwaschraum begeben, wo sie von einer Schwester gewaschen wurden, wie am Fließband, wortlos. Danach durften sie ihre Kleider holen, die nachts in der Garderobe eingeschlossen waren. Den Tag verbrachten etwa 40 Personen in einem einzigen großen Raum, der als Arbeits-, Eß- und Aufenthaltsort diente und „Hüter“ genannt wurde. Natürlich gab es da immer wieder Auseinandersetzungen. Die Frauen gerieten sich in die Haare, und wenn das Pflegepersonal beim Schlichten nicht geschickt genug vorging, kriegte auch es etwas ab.

Wer war Rosa?

Damals war sie eine 20jährige, schlanke, mittelgroße Frau mit kastanienbraunen, kurzgeschnittenen Haaren. Ihre auffallend großen braunen Augen schauten meistens unruhig und unsicher, manchmal aber auch fröhlich und keck in die Welt.

Rosa wurde als zweites Kind einer Lehrerin und eines Beamten geboren. Kurz nach ihrer Geburt starb die Mutter an einem Mamma-karzinom, das während der Schwangerschaft diagnostiziert wurde. Zwei Jahre später verheiratete sich der Vater wieder mit einer Österreicherin. Mit dieser Frau verstand sich Rosa angeblich nie. Sie wohnte deshalb bis zum 7. Schuljahr oft bei den Großeltern. Rosa wurde vom Großvater sexuell mißbraucht und zum Schweigen genötigt.

Nach der Primar- und Sekundarschule ging Rosa gegen ihren Willen ins Welschland, zuerst in eine Familie, wo sie unglücklich war, da sie viel allein war, dann als Hilfsschwester in ein Altersheim, wo sie ebenfalls Probleme mit dem Alleinsein hatte. Sie wollte fliehen, verstauchte sich aber den Fuß beim Sprung aus dem Fenster. Etwas später machte sie dann einen Suizidversuch mit Schlaftabletten, die sie auf der Abteilung gestohlen hatte. Darauf wurde Rosa in eine psychiatrische Klinik eingewiesen, denn ihre Eltern weigerten sich, sie wieder bei sich aufzunehmen.

In der Klinik verhielt sie sich sehr unangepaßt, frech, böse, rebellisch und riß immer wieder aus, um dann auf der Abteilung mit ihren Männerbekanntschaften zu prahlen. Rosa wurde mit 19 Jahren zwangssterilisiert, zum Schutze für sie!? Mit 22 Jahren wurde sie in unsere Klinik verlegt, angeblich wegen Ratlosigkeit der sie bisher behandelnden Ärzte in bezug auf die Therapie. Alle erhofften sich durch den Klinikwechsel eine Besserung ihres Verhaltens.

Meine erste Begegnung mit Rosa

Ich wurde von der Oberschwester telephonisch in den „Hüter“ gerufen. Hoppla, da hat wohl ein Föhnsturm gewütet, dachte ich beim Eintreten. Stühle, Schranktüren, Blumentöpfe, Handarbeiten, alles lag zertrümmert auf dem Boden. Sogar die Fische im Aquarium lagen auf dem Boden und schnappten nach Luft. Dazu drang ein mörderisches Geschrei aus dem blauen Zimmer, das eigentlich als Ruheraum diente. Dort wurde Rosa von sechs Paar Händen auf einem Bett festgehalten. Durch Beißen, Spucken und Strampeln versuchte sie, sich zu befreien. Die Oberschwester überreichte mir eine Spritze mit den Worten: „So, spritzen Sie das, schließlich muß ein Scheusal wie die da bestraft werden. Einem Oberarzt das Nasenbein zu brechen, unerhört!“ Ich hörte, wie Rosa bettelte und schrie: „Nein, ich will keine schwarze Spritze.“

„Ja, warum muß eigentlich ich ihr die Spritze verabreichen“, fragte ich (auch zu meinem eigenen Erstaunen) die Oberschwester. „Sollten nicht die unmittelbar beteiligten Personen sie bestrafen, wenn schon bestraft sein muß?“

Udenkbar, daß da eine Lernschwester plötzlich besser wissen wollte, wer was macht. Dort hörte ich, was mein Ungehorsam alles für Folgen haben könnte: Zurückversetzung in der Ausbildung, wenn nicht gleich Ausschluß aus der Schule, Meldung an unseren Chefarzt, der gleichzeitig auch ein Schulkommissionsmitglied war etc. etc.

Rosa war in der Zwischenzeit sehr ruhig geworden. Auch war niemand mehr versessen darauf, sie zu bestrafen. Alle halfen sie einander, den „Hüter“ wieder aufzuräumen.

Was war eigentlich geschehen? Rosa war den ganzen Montag über gereizt. Allerlei Wünsche brachte sie bei den dort arbeitenden Schwestern an. Sie wollte z.B. unbedingt „frische Luft schnappen gehen“. Als ihr dies nicht bewilligt wurde, verlangte sie eine Telephonlinie, um eine Bekannte anzurufen usw. Alles wurde ihr verweigert, sogar eine Zigarette. Plötzlich schlug sie um sich, riß alles, was ihr in die Hände kam, zu Boden. Den Oberarzt, der dann dazu kam und sie festhalten wollte, schlug sie ungewollt, jedoch mit aller Gewalt, auf die Nase.

Wie es weiterging

Für Rosa war es unfassbar, daß sich plötzlich jemand für sie einsetzte (so faßte sie meine Verweigerung auf). Bisher hatte sie die Erfahrung gemacht, daß sie immer bestraft wurde, wenn ihr ein Fehler unterlaufen war. Zudem hatte sie gemerkt, daß ihre Wünsche einigermaßen erfüllt wurden, wann immer sie tobte. Die Erfahrung, daß man etwas aushandeln konnte, fehlte ihr jedoch.

Nach jener ersten Begegnung besuchte ich Rosa oft in meiner Freizeit. Ich ließ sie ihre Träume erzählen, hörte zu, wenn sie über Gott und die Welt schimpfte. Eigentlich, so schien mir, hatte Rosa doch gar nicht so krankhafte, unrealistische Vorstellungen vom Leben. Sie wollte z.B. alleine eine Wohnung haben und in einem Büro arbeiten gehen. Obschon Rosa als schwer „fluchtgefährlich“ galt, wagten wir uns ab und zu sogar in den Park für einen Spaziergang oder ins Dorf für Einkäufe. Offenbar genoß Rosa aber einfach die Zuwendung und die Tatsache, daß jemand ihr zuhörte und für sie da war.

Mit der Zeit schmiedeten wir gemeinsame Zukunftspläne. Doch mir wurde klar, daß Rosa nie aus der Klinik käme, wenn sie nicht auf eine andere Abteilung verlegt würde. (Auf der Abteilung waren z.T. Frauen mit 40 Jahren Dauerhospitalisation untergebracht.) Mit Hilfe eines neuen Assistenzarztes gelang es uns schließlich, die Abteilungsleitung zu überzeugen, daß es für Rosa lebensnotwendig sei, auf eine ansatzweise milieutheraeutisch geführte Abteilung zu kommen.

Anfangs hatte Rosa sehr große Mühe, das mit ihr ausgearbeitete Programm regelmäßig zu erfüllen. Immer wieder gab es Rückschläge, und dann tauchten Überlegungen auf, ob sie nicht doch besser auf die „alte“ Abteilung zurückverlegt werden sollte. Auch gegen die Reduktion der Medikamente (Sordinol, Entumine, Largactil, Valium) wehrte sich Rosa heftig. Mit massiven verbalen Drohungen versuchte sie immer wieder zu Medikamenten zu kommen. War ihr doch vorher eingetrichtert worden, wenn sie brav die Medikamente schlucke, gehe es ihr gut!

Doch es gab auch positive Erfahrungen. So lernte sie, sich vor einem Wutausbruch bei einer Betreuerin zu melden, um ihren Unmut

oder ihre Wünsche zu besprechen. Auch brachte sie viel frischen Wind auf die Abteilung, wirkte gelöster, manchmal sogar fröhlich. Rosa kochte und buk sehr gerne. Nichts bereitete ihr mehr Freude, als für den Gemeinschaftsnachmittag eine Torte zu kreieren. Als der Assistent den Arbeitsplatz wechselte, konnte Rosa in dieselbe Klinik gehen wie er, in eine außerhalb des Klinikareals gelegene Rehabilitationsabteilung.

Unstimmigkeiten

Auch als Rosa nicht mehr in unserer Klinik war, hatten wir noch engen Kontakt. Fast täglich telephonierten wir miteinander. An meinen freien Tagen fuhr ich immer zu ihr. Sie erzählte mir alles, was sie so den ganzen Tag machte: daß sie in eine Kochgruppe eingeteilt wurde und für die ganze Abteilung kochen helfen dürfe, oder daß sie in einem Atelier arbeiten könne und dafür sogar entlohnt werde. Wöchentlich nehme sich ein Arzt die Mühe, mit ihr zu sprechen. Sogar die Eltern sollten dabei sein. Rosa wurde gelobt und erhielt nun auch mehr Freiheiten. Sie konnte Kinobesuche und Spaziergänge machen, ja sogar in die Ferien fahren.

Was sie mir allerdings verschwieg, war, daß es auch am neuen Ort ab und zu Streitereien gab, noch dazu aus einem Anlaß, der uns zwei, oder besser gesagt mich, schon vorher irritiert hatte. Rosa hatte ein sehr großes Mitteilungsbedürfnis. Sie redete ständig und vor allem sehr laut. Das war mir unangenehm, besonders wenn sie mich am Bahnhof abholte und in aller Lautstärke auf dem Bahnsteig meinen Namen rief. Oder wenn in einem Restaurant unfreiwillig alle Gäste in unser Gespräch einbezogen wurden.

„Ach Gott, merkt sie es denn nicht“, dachte ich verzweifelt. Einige Male schluckte ich meinen Mißmut, doch dann brach es aus mir heraus. Rosa war ganz verstört. Da ich ihr gegenüber früher beinahe kritiklos gewesen war, hatte sie nun Mühe, meine Äußerungen anzunehmen. Wutentbrannt schrie sie mich an, daß ich halt meine Höflichkeitsbesuche unterlassen solle. Sie hätte mich ja nicht darum gebeten, sondern ich sei von mir aus gekommen. Ich solle meine Freizeit so gestalten, wie es mir passe. Wenn es mir zuviel werde, sie zu besuchen, könne ich ihr das ja mitteilen, anstatt einfach plötzlich mit Kritisieren zu beginnen. Damit ließ sie mich stehen und lief davon.

Ja, genau! Mir wurden die ewigen Besuche langsam zuviel. Aus falscher Angst, daß ich sie verletzen könnte, wenn ich meine Freizeit anders verbringen würde, sagte ich ihr nichts, war aber dann doch enttäuscht, daß sie sich nicht nur mit mir abgab. – Ich fuhr recht nachdenklich nach Hause. War das der Dank? Andererseits wußte ich, daß ich auch durch mein eigenes Verhalten diesen Streit provoziert hatte.

Die Beziehung war zu eng, für Rosa wie für mich. Und vor allem war Rosa nicht mehr die eingesperrte, auf Hilfe angewiesene Frau.

Nach einer längeren „Funkstille“ meldete sie sich wieder bei mir. Sie hatte gehört, daß ich private Sorgen hatte und daß ich die Arbeitsstelle wechseln wollte. Ich hatte in der Tat die Absicht, in jener Klinik arbeiten zu gehen, in welcher Rosa war. Das hatte sie erfahren und schrieb mir nun einen lieben, tröstenden und aufmunternden Brief. Ich solle ja keine Angst haben, bei „ihr“ in der Klinik die Arbeit aufzunehmen; hier sei alles besser. Sie beschrieb mir die Tagesabläufe der verschiedenen Rehabilitationsabteilungen und sogar die Arbeitszeiten und den Turnus der freien Tage.

Dann war es soweit. An einem nebligen 1. November trat ich meine neue Stelle an. Rosa stand mit einem Riesenblumenstrauß vor dem Hauptportal, begrüßte mich herzlich und wünschte einen guten Start. Tatsächlich kamen mir die ersten Stunden nicht mehr so schlimm vor. Rosa hatte mir mit ihrer Geste den ersten Arbeitstag erleichtert. Offenbar wußte sie genau, daß es mir etwas mulmig zumute war.

Auch ihr stand ein Wechsel bevor. Nach längerem Suchen nach einem geeigneten Platz für sie war mit ihr beschlossen worden, daß sie in ein Wohnheim umziehen sollte. Da sie mittlerweile eine Arbeitsstelle als Kioskverkäuferin gefunden hatte, die ihr sehr viel bedeutete, sollte dieses Wohnheim im Raume Bern sein.

Ein Traum soll in Erfüllung gehen

Seit Rosas Eintritt ins Wohnheim waren schon wieder fünf Jahre vergangen. Sie hatte zunächst große Mühe, sich dort einzuleben. Immer wieder wollte sie zurück in die Klinik. Doch alle Anstrengungen mit und von ihr lohnten sich, sie begann, sich ans neue Leben zu gewöhnen.

Ich hatte mit Rosa auch über meine Vorstellungen, über die Zukunft gesprochen. Sie wußte, daß ich nicht immer in einer Klinik arbeiten wollte. Als daher eine Stelle in dem Ambulatorium der SPK frei wurde, von dem sie seit ihrem Eintritt ins Wohnheim betreut wurde, berichtete sie mir davon. Ich meldete mich und wurde angestellt.

Durch diesen Stellenwechsel wurde ich plötzlich zur Hauptzugsperson sowohl für Rosa als auch für Wohnheimbetreuer, Arbeitgeber, Mutter, Vater, den Hausarzt und gelegentlich auch einzelne Mitglieder des örtlichen Patientenclubs.

Ich merkte schnell, wie wichtig eine solche zentrale „Anlaufstelle“ für alle Beteiligten war, die z.T. fast am Ende ihrer Kräfte waren: Rosa sei in letzter Zeit sehr störrisch gewesen, fordernd, sich bei allen in den Vordergrund drängend, mit niedriger Frustrationstoleranz, verbal aggressiv. Im Wohnheim versuchte sie ständig, für sich „Extras“

auszuhandeln. Am Arbeitsplatz verwickelte sie sich immer wieder in Streitereien mit ihren Kollegen/-innen und ging dann ins nahegelegene Restaurant, um sich zu betrinken. Auch tauchte sie unerwartet bei den Eltern auf und verlangte Einlaß und Aufnahme. In der Öffentlichkeit zeigte sie sich als die Schwergeprüfte, Leidende und Ängstliche, im Patientenclub, wo sie früher als geschätztes Mitglied galt, gab sie sich als jene, die alles beherrschte und über alles informiert war. Sie versuchte, neue Mitglieder mit Intrigen zu schockieren oder ihnen Hausverbote zu erteilen.

In gemeinsamen Gesprächen erarbeiteten wir dann mit allen Beteiligten folgendes Programm für einen stufenweisen Übertritt in eine eigene Wohnung:

- » Zuerst stundenweise Aufenthalt in der Wohnung am Nachmittag:
- » dann Vorbereiten des Abendessens in der Wohnung und dort essen (das erste Mal mit mir zusammen) und zurück ins Wohnheim zum Schlafen;
- » schließlich das Wochenende in der Wohnung verbringen mit Besuch der Eltern bei ihr am Sonntag.

Um den Übertritt in die Wohnung etwas zu entlasten, handelten wir mit dem Arbeitgeber eine Arbeitszeitreduktion von 50% aus (Rosa bezog schon seit Jahren eine IV-Rente).

Nach ungefähr einem halben Jahr mühsamer Probezeit konnte Rosa schließlich endgültig aus dem Wohnheim in ihre Wohnung zügel. Mühsam deshalb, weil sie z.B. manchmal am Nachmittag nicht in ihre Wohnung ging, sondern sich in einem Restaurant dem Bier und Whisky widmete, um dann betrunken und sich übergebend abends in die Wohnung zu gehen. Im Haus ärgerte sie die Mitbewohner, indem sie bei falschen Wohnungstüren Einlaß verlangte oder in ihrer Wohnung laut um Hilfe rief. Der Hauswart rief mich dann an, manchmal auch zu Hause und bat um Rat und Hilfe.

Ja, Rosa ging so weit, daß sie Tabletten schluckte, sich dann mit der Sanitätspolizei zum Notfall transportieren ließ und dort erklärte: „Ich habe in suizidaler Absicht Tabletten geschluckt!“ Gottlob stand in ihrer Krankengeschichte aus dem Ambulatorium „nicht gleich in Klinik einweisen!“. Somit wurden jeweils ich oder der Assistenzarzt des Ambulatoriums informiert. Rosa hatte einfach große Angst, den letzten Schritt in die Freiheit zu wagen, wie sie es sich vor 20 Jahren wünschte.

Als es dann doch so weit war, lud sie zur Einweihung alle Betreuer ein. Bei der kurzen Aussprache, die sie mit ihrem Vater vorbereitete, dankte sie allen herzlichst, daß sie in den schweren Krisen nicht fallengelassen wurde, daß sie immer wieder aufgenommen wurde, wie sie eben war, daß alle ihr zu verstehen gaben, daß sie es schaffen würde, sich ihren Traum zu erfüllen.

Schlußwort

So ein Schicksal, wie es Rosa erlebte, sollte in unserer Gesellschaft niemandem widerfahren. Durch Proteste verschaffte sich Rosa Freiraum und machte zugleich auf ihre mißliche Lage aufmerksam. War es sie selbst, die sich therapierte? Mich jedenfalls schreckte sie aus meinem monotonen Handeln in der Klinik auf. Es war von enormer Bedeutung, daß wenigstens ich mich fragte, was ihr unangepasstes Verhalten eigentlich bedeuten sollte. Was mußte sie „ausleben“, was wollte sie uns sagen mit ihrer Krise? Hätten wir „jüngsten Töchter“ in der „Lernklinik“ noch länger die Mißstände auf den Abteilungen geduldet, ohne zu reklamieren, wäre alles beim alten geblieben. Und war es vielleicht auch dank Rosa, daß nach langem „Gschtürm“ endlich kleine bauliche Verbesserungen gemacht wurden? Heute ist die Klinik ganz umgebaut und modern.

Was bedeutete es für Rosa, daß ich mit ihren Eltern Gespräche führte? Daß sie selbst wieder mit ihnen Kontakt hatte und ihnen sagen konnte, sie sei eine Frau und nicht ein Monster, vor dem man Angst haben müsse? Offenbar war es für Rosa immer wichtig, daß einfach jemand da war, der ihr zuhörte, der für sie da war, der sie ernst nahm, der an sie glaubte. Noch heute ist es manchmal so, daß durch die vielen Sonderabteilungen mit hochspezialisiertem, alles besser wissendem Personal das Zuhören oft zu kurz kommt.

Es ist wesentlich, daß bei allen wichtigen Entscheidungen die Betroffenen miteinbezogen werden und daß eine Koordination mit den verschiedenen Teams, Institutionen und Ämtern besteht. – Rosa war es möglich, sich mit Hilfe der verschiedenen Teams auf ein Leben außerhalb der Klinik vorzubereiten. Dazu mußte aber auch jede Betreuerin/jeder Betreuer mal über seinen Schatten springen und die Rivalitäten mit den andern begraben. Nur gemeinsam kamen wir ans Ziel.

Sie lebt heute mit ihren zwei Kanarienvögeln alleine in einer Anderthalb-Zimmerwohnung und arbeitet 80 % als angelernte Bürokräft. Immer noch haben wir Kontakt, gehen gemeinsam ins Kino oder auch mal übers Wochenende ins Dorf der „alten“ Klinik oder unternehmen gemeinsam eine Bergtour. Sicher hat sie noch ab und zu Krisen, meistens wenn etwas Neues auf sie zukommt, doch weiß Rosa, wo, wann und wieviel Hilfe sie holen kann und braucht.

Zusammenfassung

Die Autorin berichtet über eine 20jährige Begleitung einer Patientin. Über die Identifikation und die Auseinandersetzung mit dieser Patientin lernt die Autorin die Institution anders sehen, in

der sie selbst arbeitet. Das Ringen um den beruflichen, dabei immer auch persönlich getönten Kontakt, um Nähe und Distanz, um die Entwicklung und die Ablösung der Patientin, wird plastisch geschildert. Der langjährige Kontakt erwuchs aus einer Behandlung auf einer Akutabteilung und entwickelte sich zu einer langjährigen, in erster Linie sozialpsychiatrisch orientierten Begleitung, in die psychotherapeutische Elemente einfließen.

Psychotherapie anders gesehen

Anmerkungen zur Geschichte mit Rosa

■
Ursula Plog

Ruth Hodel schreibt die Geschichte einer Langzeitbegleitung. Sie beschreibt, wie sie Rosa kennengelernt hat und erzählt den weiteren Verlauf der Begegnungen.

Zeit und Ort

Die Erzählung von Ruth Hodel hält sich an die Chronologie und an die Begebenheiten. Da ist schon ein Gesichtspunkt: sie erzählt nicht die Geschichte einer chronischen Patientin, wie es landläufig heißt, oder etwas korrekter, die Geschichte einer chronisch psychisch kranken Frau, sondern sie erzählt die Geschichte einer chronischen Beziehung. Die Zeit spielt in dieser Geschichte schon eine bemerkenswerte Rolle. Zwanzig Jahre Begleitung. Ich bin gar nicht sicher, ob das nicht oft vorkommt, aber es sind nicht die Dimensionen, in denen heute so forsch über die Dauer von helfenden Beziehungen gesprochen wird. Gut, wir wissen, psychische Prozesse brauchen Zeit, und dennoch sind wir oft skeptisch, wenn einer oder eine sich auf so lange Beziehungen einläßt, sprechen oft entwertend von Hospitalisierung oder von Helfersyndrom. Von beidem ist in dem Bericht von Ruth Hodel nichts zu finden. Vielmehr kann sie offensichtlich über die Zeit die prekäre Balance zwischen Selbständigkeit und Abhängigkeit, zwischen Nähe und Distanz für sich – und für Rosa – finden und über die Zeit halten. Sie läßt nicht deutlich erkennen, wer sie stützt, wie sie die Risiken der Beziehung halten lernt, sie bezieht sich in ihren Schilderungen auch nicht auf ein Team, sondern bleibt in der Darstellung der Dyade. Was sicher bei der Entwicklung dieser chronischen Beziehung geholfen hat, ist die Entwicklung des Ortes, die Entwicklung der Psychiatrie. Anfangs die gestanzte Wahrnehmung der Psychiatrie als Horror, auch der Lernsituation als zwar luxuriös, aber total institutionalisiert. Dann folgen Orte wie Rehabilitationsstation, Wohnheim, Ambulatorium, betreute Arbeit, betreutes Wohnen, alles Institutionen psychiatrischer Hilfe, die im Laufe dieser chronischen Geschichte entstanden sind und sicher als Orte des Geschehens die Entwicklung positiv beeinflusst haben. Bemerkenswert hier, wie sich nicht nur „die Psychiatrie“ entwickelt, sondern wie Ruth Hodel die eigene Entwicklung als Krankenschwester und die von Rosa als Patientin und die der Orte über die Zeit hin in ein Bedingungsgefüge stellt. Dabei spielt für sie ihre eigene Reifung, der Zuwachs an Professionalität, der Zuwachs an Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, eine wichtige Rolle.

Die Beziehung

Ein drittes Merkmal dieser Geschichte, neben Zeit und Ort, ist die Begegnung selbst. Sie beginnt als Identifikation – und als unabhängige Empörung einer jungen Lernschwester gegen einen Mißbrauch ihrer Situation. Aus dieser starken Emotion entsteht eine Beziehung, von der offenbleibt, wie weit sie privat ist, wieweit sie professionell ist. Gewollt ist sie und belastet, so daß aus der Nähe der Konflikt entsteht, der zur Distanz führt, dann aber auch zur Klärung, zum Finden jener Balance, die die beschriebene Nähe in einer eindeutig professionell geprägten Beziehung ermöglicht. Der anfängliche Affekt hat die Fremdheit der beiden jungen Frauen aufgehoben und sie offen für die Beziehung gemacht. Die Bereitschaft von Ruth Hodel, bedingungslos akzeptierend zuzuhören ermöglicht es, daß Rosa ihrer eigenen Entwicklung eine andere Richtung geben kann, daß sie sich als Mensch verstanden, angenommen fühlt, zu Entwicklung ermutigt. Ruth Hodel hat die eigenen Grenzen ihrer Fähigkeit zu akzeptieren, zu halten erfahren, sie hat auch erfahren, wie der – wieder nicht geleitete – affektive Ausbruch ihrer Hilflosigkeit die Beziehung unterbricht, und sie hat auch erfahren, daß ihre Beziehung in Rosa schon so stabil verankert war, daß Rosa sie wieder aufnehmen konnte – und zu ihrer Professionalität beitragen konnte. Insofern hat sie erfahren, daß diese helfende professionelle Beziehung nicht technisch ist, nicht theorie-geleitet ist, sondern dadurch wirkt, möglicherweise, daß sie Rosa in ihrem Anders-Sein akzeptieren konnte, ihr zuhören konnte und ihr treu sein konnte, was heißt sie stützen konnte.

Die sich verändernde Psychiatrie

Festhalten sollten wir den Gedanken, daß Begegnungen und Beziehungen dieser Art auch ein Produkt der veränderten Psychiatrie sein können. Die Problematisierung von Begegnungen und Beziehungen gibt es erst seit den vierziger Jahren dieses Jahrhunderts – und für die Psychiatrie erst seit der Hineinnahme therapeutischen Wissens. Die Möglichkeit einer Begegnung ist die Möglichkeit der Aufhebung alltäglicher Entfremdung.

Zusammenfassung

Der Kommentar diskutiert, inwiefern die Geschichte mit Rosa eine sozialpsychiatrische Betreuung ist, was diesen ausmacht und wie weit psychotherapeutische Elemente in solch eine Begleitung einfließen.

Eine Krankengeschichte zum Tode

Therapeutische Beziehungen und Suizid in der Klinik

■
Cornelia Östereich

Der Patientensuizid, der Suizid psychisch Kranker während der Behandlung, war lange Zeit eines jener Themen, über die man nicht spricht. Das hat sich während der vergangenen 15 Jahre geändert. Seither sind zahlreiche Arbeiten dazu veröffentlicht worden – die meisten mit epidemiologischen Fragestellungen. Ohne Zweifel sind solche Untersuchungen wichtig. Sie vermitteln Aufschluß über Gruppen besonders gefährdeter Kranker, über ihre Krankheit, ihre soziale Situation und die institutionellen Rahmenbedingungen, unter denen der Suizid geschieht. Epidemiologische Fragestellungen bleiben die Antwort schuldig, wenn es darum geht, in welcher Weise Krankengeschichte und Biographie, Beziehungsumfeld und therapeutischer Prozeß ineinandergreifen und auf die Entscheidung für oder gegen den Suizid einwirken.

Gewiß beantwortet die Epidemiologie nicht die drängende Frage, warum gerade dieser Mensch, der das Schicksal der Krankheit, deren diagnostische Einordnung, die sozialen Umstände, das psychiatrische Krankenhaus und das Stationsteam mit vielen anderen Kranken teilt, gerade an diesem Punkt von Krankheit und therapeutischem Prozeß sein Leiden, seine Lebensumstände und seine Lebensperspektive so unerträglich findet, daß er in eine suizidale Krise gerät und seinem Leben ein Ende setzt. Ich habe vor einigen Jahren 40 Krankengeschichten von Menschen durchgearbeitet, die sich aus der stationären psychiatrischen Behandlung heraus selbst getötet haben (Östereich 1990). Beim Eintauchen in die Biographien dieser Menschen, deren Ende für mich ja feststand, erschien mir über meine persönliche Betroffenheit, meine Trauer – und gelegentlich meinen Zorn – hinaus der Suizid aus der Rückschau bei einer Reihe von Patientinnen und Patienten beängstigend logisch. Die „Logik“ des als unfaßbar Erlebten zu begreifen, scheint mir der Schlüssel zum Patientensuizid und zur Suizidprophylaxe während der psychiatrischen Behandlung zu sein.

Das Schlagwort vom „Bilanzselbstmord“ geistert durch die psychiatrische Literatur. Es spielte auch in meinen bisherigen Erklärungs- und Interpretationsversuchen als mitbetroffene Psychiaterin und Psychotherapeutin eine Rolle. Aber die Frage bleibt: Warum Bilanzieren zu diesem Zeitpunkt der Krankengeschichte, der Biographie, der Behandlung, des therapeutischen Prozesses? Und warum ist das Ergebnis der Bilanzierung zu diesem Zeitpunkt der Suizid? Wir können den guten Willen und das Engagement aller an der Behandlung Beteiligten, einschließlich der Patienten getrost voraussetzen. Dennoch mußte nach

meinem Eindruck immer wieder etwas „schief gelaufen“ sein: Wenn man einerseits nicht an Zufälle in Beziehungsgeflechten glaubt, auch nicht in therapeutischen Prozessen, sich andererseits aber auch nicht mit der Erklärung zufrieden gibt, daß viele Erkrankungen zum Tode führen können und daß psychiatrische Krankheiten da keine Ausnahme sind, muß man nach „Fehlkalkulationen“ – Fehlern in der Beurteilung oder in der Wahrnehmung – im therapeutischen Prozeß, im individuellen Lebens- und Krankheitsverlauf und im Beziehungsumfeld suchen.

Krankengeschichten

Bei der Analyse der Krankengeschichten wiederholten sich bestimmte Phänomene immer wieder. Auffällig war beispielsweise die große Zahl von Diagnosen, die wir im Rahmen unseres Forschungsprojektes retrospektiv anders stellen mußten als die Therapeutinnen und Therapeuten (vgl. Huntemann 1986, Finzen 1988). Solches Vorgehen ist problematisch. Aber es ist nicht illegitim, wenn man versucht zu begreifen, wovon Therapeutinnen und Therapeuten – und Kranke – sich bei ihrem Denken, Fühlen und Handeln leiten ließen. Es ist evident, daß eine „falsche“ Diagnose in der Regel die Konsequenz falscher oder doch wenigstens inkonsequenter Behandlung haben muß. Besonders auffällig war es, wenn die für die Therapie Verantwortlichen der in der Krankengeschichte dokumentierten „richtigen“ Diagnose offensichtlich im Alltagshandeln keine Beachtung schenkten und ihr eine „falsche“ Therapie folgen ließen. Eine Reihe der Dokumentationen in den Krankengeschichten offenbarte in eindrucksvoller und teilweise erschütternder Weise, daß die Übereinstimmung von Therapeutinnen und Patienten über das Behandlungsziel, die Behandlungsintensität und deren Geschwindigkeit verlorengegangen war. Krankengeschichten mögen für die retrospektive Erhebung „objektiver“ Daten denkbar ungeeignet sein. Sie sind aber oft eine schier unerschöpfliche Fundgrube, wenn es um die subjektiven Meinungen und Empfindungen der Behandelnden geht. So wiederholte sich in einer Dokumentation während des Monats vor dem Suizid fast monoton der Eintrag, die Patientin berichte in jedem psychotherapeutischen Gespräch, es gehe ihr schlechter; „in Wirklichkeit“ gehe es ihr aber besser.

Die Analyse der Krankengeschichten zeigt aber auch, daß es sich bei solchen Diskrepanzen, die dem Außenstehenden als Ungeheuerlichkeiten erscheinen mögen, regelhaft nicht um Schlampereien, Nachlässigkeiten oder um unfaßbare Dummheit handelt. Es geht vielmehr um nachgerade typische Fallstricke, wie sie immer wieder aus der therapeutischen Beziehung zwischen Behandelnden und suizidgefährdeten Patientinnen und Patienten erwachsen. Kranke, die – aus welchen

Gründen immer – ihr Leben beenden wollen, verstören die Behandelnden, die verpflichtet sind, ihnen entgegenzutreten. Sie stellen sie nicht selten in ihrer persönlichen Identität und Integrität sowie in ihrer eigenen Einstellung zum Leben in Frage. Und sie rühren, wie der amerikanische Medizinsoziologe D.W. Light (1971) hervorgehoben hat, an dem empfindlichsten Punkt ihrer beruflichen Identität: dem Rollenkonflikt zwischen ärztlichem und psychotherapeutischem Handeln, der im psychiatrisch tätigen Psychotherapeuten ohnehin mühsam über-tüncht sei. Der Arzt übernehme Verantwortung für die Kranken; die Psychotherapeutin ermutige sie, die Verantwortung für das eigene Leben selbst in die Hand zu nehmen: „Der Suizid spaltet die mühsam gehaltenen Hälften der professionellen Identität des Psychiaters.“ Er führe zum Zusammenbruch der psychiatrischen Professionalität. Suizidgefährdung stellt somit regelmäßig eine außerordentliche Bedrohung für den psychotherapeutisch tätigen Psychiater und die Psychiaterin dar, die mit entsprechenden emotionalen Belastungen und unter ungünstigen Bedingungen mit den entsprechenden Reaktionen auf die suizidgefährdeten Kranken verbunden sein kann.

Literatur

In die Literatur zum Patientensuizid hat die extremste Form der Abwehrreaktion von Therapeutinnen und Therapeuten gegenüber suizidgefährdeten Kranken in Gestalt des Begriffes des „Gegenübertragungshasses“ Eingang gefunden. Dieser Begriff wurde 1974 von den amerikanischen Psychotherapeuten und Psychiatern J. Maltzberger und D.H. Buie geprägt und ist seither von vielen anderen Autorinnen und Autoren wieder aufgenommen wurden, die sich mit der Behandlung Suizidgefährdeter befassen. Gefährlich ist nicht das Phänomen des Hasses (den Therapeuten und Therapeutinnen in ihrer Selbstwahrnehmung ihren männlichen und weiblichen Patienten gegenüber nicht empfinden dürfen!). Entscheidend ist, daß so übermächtige Gefühle wie Haß – oder wie Liebe – blind machen und die eigene Wahrnehmungsfähigkeit einschränken. Das beginnt bei der Problemdefinition, der Diagnose. (So hat man beispielsweise bei Menschen, die einem emotional oder sozial besonders nahestehen, Hemmungen, die Diagnose einer Schizophrenie zu stellen). Es setzt sich fort in der Abstimmung des Behandlungsplans und wird zur Gefahr, wenn Emotionen, Gedanken und Handlungen der Kranken durch den Filter der eigenen nicht erkannten negativen Gefühle wahrgenommen und interpretiert werden. Auf einige Untersuchungen zu dieser Problematik sei hier verwiesen:

Renate Queren (1983) unterstreicht die Gefahr, die Signale zu übersehen oder mißzuverstehen, wenn ein therapeutischer Clinch ent-

standen ist: „(Es) sind Zweifel angebracht, ob die Schlußfolgerungen überhaupt wirksam werden und tatsächlich in Handeln umgesetzt werden können, denn entscheidend ist ja gerade der Umstand, daß dem Therapeuten der spezielle Signalcharakter des Verhaltens entgeht. Die Warnsignale, die doch mehr oder weniger allgemein sind, können als solche eben nur innerhalb einer festen Patienten-Therapeutenbeziehung interpretiert werden“. Mitterauer (1981) beschrieb auf der Kommunikationsebene ein Abwendungsverhalten des Patienten im negativen oder positiven Sinne, mit dem dieser das Urteilsvermögen der Therapeuten einschläfere und seine Suizidabsichten maskiere. Rotov (1970) untersuchte in 20 Fällen die Arzt-Patientenbeziehung nach dem Scheitern der therapeutischen Beziehung durch Suizid. Er beschrieb bestimmte Persönlichkeitsmerkmale der betroffenen Therapeuten: eine Gruppe sei eher wohlwollend, unentschlossen und schwach, eine andere Gruppe eher aggressiv und nihilistisch gewesen. Diese heikle Frage ist insgesamt selten Gegenstand von Untersuchungen zum Patientensuizid gewesen. Flinn et al. (1978) sehen eine mögliche Ursache von Suiziden innerhalb psychiatrischer Behandlung in einer bestimmten Form von therapeutischer Beziehung. In den von ihnen beschriebenen Fällen reagierten die Mitarbeiter einer Klinik nach Suiziden mit Schuldgefühlen und dem Gefühl therapeutischen Versagens. Jeder Suizid führte unreflektiert zu neuen Maßnahmen, die Suizide verhindern sollten. Damit übernahmen die Therapeuten die Verantwortung für kurzfristige Suizidverhütung. Da die Suizide und die daraus folgenden Aktionen so aber nicht reflektiert und therapeutisch aufgearbeitet werden konnten, so die Autoren, erhöhte sich langfristig gesehen das Suizidrisiko der Patienten.

Therapeutenfehler

Krieger (1978) benannte mehrere häufig vorkommende „Therapeutenfehler“ in der Behandlung von potentiell suizidalen Patienten. Auch er benennt die gelegentliche Unfähigkeit der Therapeuten, Botschaften der Patienten zu entschlüsseln, gibt aber keine Hinweise, wie die therapeutische Beziehung geartet war, daß sie zu solcher „Unfähigkeit“ führte. Auch die des weiteren genannte Abschiebung der Patienten in das Milieu, in dem sie suizidal wurden, wird nicht unter dem Aspekt der Beziehungsdynamik untersucht. Ebenfalls wird die Meinung der Therapeuten, daß sie es mit einem „hoffnungslosen Fall“ zu tun hätten, als möglicher Beitrag zum Suizid verstanden. Cotton, Drake und Gates (1985) arbeiteten kritische Behandlungsprobleme heraus, die in ihrer Bedeutung für den Patienten häufig unterschätzt werden oder fehlinterpretiert werden, z.B. die richtige Einschätzung des Behandlungszieles,

d.h. vor allem Reduktion zu hoher Erwartungen seitens des Therapeuten, da unangemessen hohe Behandlungsziele, etwa orientiert an der prämorbidem Persönlichkeit, den Druck auf den Patienten erhöhen und er erleben muß, daß er jetzt auch die Erwartungen des Therapeuten nicht erfüllen kann, was eine erneute Minderung des Selbstwertgefühles bedeutet. Die Bedeutung der Gegenübertragungsgefühle für den Suizid arbeitete auch Bloom (1967) heraus. Er fand, daß Feindseligkeit und Abhängigkeit seitens des Patienten als Übertragungsreaktion in der Gegenübertragung ebenfalls Feindseligkeit und Zurückweisung hervorrufen können. Suizide der dortigen Untersuchung seien oft unmittelbar im Zusammenhang mit eindeutigen Zurückweisungen zu sehen.

Zu den verkannten oder nicht wahrgenommenen Therapeutengefühlen gehört jenes der Hoffnungslosigkeit, die fatale Folgen haben kann. Kobler und Stotland (1964) schreiben in ihrer Monographie „The end of hope“: „Wir haben die Theorie aufgestellt, daß es bestimmte Vorbedingungen gibt, die einen Suizid in einer bestimmten Umgebung möglich machen. Ein Mensch hat das Gefühl, daß seine Zukunft ohne Hoffnung ist. Er oder jemand anderes bringt die Alternative des Suizids in sein Gesichtsfeld. Er versucht, seine Überzeugung von Hoffnungslosigkeit anderen zu übermitteln. Er hofft dabei, die Rückmeldung zu bekommen, daß es noch Hoffnung für ihn gibt. Die Art und Weise der Rückmeldung ist von entscheidender Bedeutung dafür, ob es zum Suizid kommen wird oder nicht. Damit es zum Suizid kommt, ist es notwendig (obwohl nicht ausreichend), daß die Rückmeldung in Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit besteht. Diese von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit gekennzeichnete Reaktion ist gewöhnlich mit der impliziten oder expliziten Erwartung verbunden, daß der Betroffene sich töten wird.“

Die Kranken- und Behandlungsgeschichte der Lina Schmidt

Frau Lina Schmidt wurde 1921 als Tochter eines Stellmachers in einer niedersächsischen Kleinstadt geboren. Sie besuchte die Realschule und war später zwölf Jahre bei der Stadtverwaltung ihrer Heimatstadt tätig. Über ihre Beziehung zu den Eltern ist nur wenig bekannt. Immerhin erzählt sie 1955, als sie mit Zwangsgedanken und zwanghaften Wünschen von unerfüllbaren Dingen und dadurch ausgelöstem zwanghaftem Grübeln erstmals stationär psychiatrisch behandelt wird, daß ihr Vater der einzige Mensch sei, dem es gelinge, mit beruhigenden Worten einen solchen Anfall von Zwangswünschen zu durchbrechen. Die Beziehung zur Mutter bleibt blaß. 1933 solle sie ähnliche Symptome gehabt haben wie später die Tochter. Sie ist offenbar ebenfalls irgendwann einmal stationär psychiatrisch behandelt worden. Die Tochter beschreibt sie als

schwermütig. 1954 erhängt sie sich – angeblich als Reaktion auf die psychische Erkrankung der Tochter. Damit wiederholt sich ein Familiendrama in der zweiten Generation: bereits die Mutter der Mutter hat sich das Leben genommen – durch Ertrinken. Auch sie soll schwermütig gewesen sein. Über Zeit und Umstände ist nichts bekannt.

Frau Schmidt hat zwei Schwestern, die beide verheiratet sind, Familie haben und gesund sind. Über ihren weiteren Lebenslauf erfahren wir in der Krankengeschichte zunächst nur, daß sie in den ersten Kriegsjahren verlobt war, daß sie diese Verlobung aber 1941 wieder löst. 1943 lernt sie ihren späteren Mann kennen, einen Tischler, der in der Krankengeschichte der Universitätsnervenklinik in X als „damals temperamentvoll und sexuell sehr leistungsfähig“ bezeichnet wird. Frau Schmidt beschreibt, daß ihr Mann 1949 sehr verändert aus der Gefangenschaft nach Hause zurückgekehrt sei mit „Dystrophie“ und im Wesen stiller und zurückhaltender als früher. Nach der Heirat habe er dann, zu ihrer Enttäuschung, ihre sexuellen Ansprüche nicht zu befriedigen vermocht. Insbesondere was die Häufigkeit der sexuellen Begegnungen anging, hatte sie weit höhere Erwartungen an ihren Mann: wenn es hochkomme, hätten sie dreimal pro Woche Verkehr, berichtete sie 1957 dem Arzt in der Universitätsnervenklinik in X. Aus der Ehe gingen eine Tochter (1953) und ein Sohn (1954) hervor. Während der zweiten Schwangerschaft erkrankte Frau Schmidt erneut, ohne daß eine Klinikbehandlung erforderlich war.

Erste Hospitalisierung

Die erste stationäre Aufnahme erfolgte 1955 im nahegelegenen Landeskrankenhaus in Y. Dort wurde die Diagnose einer Zwangsneurose gestellt: nach der Geburt ihres Sohnes sei sie von einem Grübelzwang überfallen worden. Wann immer sie bei Bekannten einen schönen Gegenstand sehe, müsse und wolle sie diesen um jeden Preis haben. Alle Gedanken kreisten dann nur noch um einen solchen zufälligen Wunsch, der nach ein oder zwei Tagen plötzlich von einem anderen abgelöst werde. Mit Ringen und Schmuckstücken habe es angefangen. Es habe sich schließlich ausgedehnt auf Haushaltsgegenstände, Teppiche, Badezimmer Einrichtungen.

„Wenn sie sich in die Sackgasse eines Zwangsgedankens verrannt hatte, kam es reaktiv zu heftigen Erregungszuständen, Weinkrämpfen und dem Wunsch, aus dem Leben zu gehen“, heißt es in der Krankengeschichte. Mehrfach drohte sie mit Suizid. In der Krankengeschichte wird ebenfalls vermerkt, Zeichen einer „endogenen Depression“ fehlten; trotzdem entschloß man sich zu einer Elektrokampfbehandlung.

1957 wird Frau Schmidt über einen Zeitraum von sechs Wochen in der Universitätsnervenklinik X behandelt. Die Zwänge haben sich

ausgeweitet. Zu dem Grübel- und Wunschzwang ist ein Putzzwang hinzugetreten: „Von morgens bis abends sei sie in ihrem Haushalt beschäftigt gewesen, alles zu putzen und mit Bohnerwachs zu polieren. Selbst die Wäschefächer und alle Möbel auf dem Boden wurden in den Bohnerzwang einbezogen. Immer lebte sie gehetzt und in der ständigen Furcht, mit der Arbeit nicht fertig zu werden, was bei diesem Verhalten auch nicht ausbleiben konnte, so daß sie mehr und mehr auf die Hilfe der Schwiegermutter angewiesen war, was sie andererseits bedrückte.“

Im ausführlichen Entlassungsbericht heißt es: „... erwies sich Frau Schmidt als eine ausgesprochen temperamentvolle, vitale, liebebedürftige, insbesondere hinsichtlich der Frequenz sexueller Betätigung anspruchsvolle Persönlichkeit bei gutem Intelligenzniveau Bei weiteren Aussprachen mit der sehr offenen Patientin wurde auch deutlich, daß sie sich, ihrem Temperament entsprechend, in der Jugend gerne ‚mehr ausgelebt‘ hätte, wobei sie jedoch ethisch-moralischen Hemmungen unterlag und sich zweifellos nicht herumgetrieben hat“. Der dort behandelnde Arzt kommt zu folgendem Schluß: „Die heutigen Zwangsphänomene dürften daher tiefenpsychologisch zweifach determiniert sein: Einmal einen in der Pubertät aktuellen, schon von Freud als eine Ursache von Zwangsercheinungen herausgestellten Konflikt zwischen einer asketischen und einer höchst vital-erotischen Persönlichkeitshaltung, andererseits durch die jetzt seit Jahren bestehende Konfliktsituation in ihrer vita sexualis, bedingt durch die ihren Leistungsansprüchen nicht mehr genügende Leistungsfähigkeit ihres Mannes. Das tiefe vitale Unbefriedigtsein hat nunmehr die Zwangsneurose ausgelöst. Anlaubebedingte endogene Schwankungen (Mutter, Großmutter) ... dürften ein übriges getan haben.“

Eine längerfristige analytische Therapie wird nicht für realistisch gehalten. Deshalb wird Frau Schmidt mit verschiedenen Neuroleptika und Barbituraten behandelt. Dem Ehemann wird eine Hormonbehandlung empfohlen. 1958 erfolgt eine erneute stationäre Einweisung in eine psychotherapeutische Klinik. Fünf Jahre später wird diese Behandlung wiederholt. In der Zwischenzeit war 1961 ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen worden und die damit verbundenen Schuldgefühle hatten erneut eine Periode verstärkter Zwänge ausgelöst. 1963/64 wird auch über „aggressive Zwänge“ gegenüber dem Ehemann berichtet. Erneut wird die „Psychogenese“ der Beschwerden diagnostiziert. Die Behandlung bestand aus Einzelgesprächen, Fichtennadelbädern, Arm- und Fußwechselfädern. Bei der Entlassung aus Y machte sie einen ruhigen und ausgeglichenen Eindruck. Sie sagte über sich selbst, „mich kann jetzt nichts mehr aus der Ruhe bringen“.

Trotzdem wird sie ein Jahr später (1965) erstmals nach einem Suizidversuch durch Erhängen im Landeskrankenhaus W. aufgenommen

men. Bereits nach vier Wochen erfolgt die Entlassung. Im Arztbrief wird sie charakterisiert als eine ausgesprochen psychopathisch strukturierte Persönlichkeit im Sinne einer stimmungslabilen, reaktiv leicht verstimmbaren, zu Kurzschlußreaktionen neigenden, überimpulsiven Wesensart von besonderer Anspruchshaltung bei entsprechender familiärer Belastung. „Die unerfüllten Wunsch- und Triebhaltungen führten bei der Patientin auf der Basis ihrer anlagebedingt sehr schwierigen Persönlichkeitsstruktur zu schweren hysterieformen Exaltationen, dies wiederum zu verständlichen Unmuts- und Abkühlungsreaktionen seitens des Ehemannes, so daß ein unheilvoller Circulus vitiosus entstand Für eine Psychose fand sich auch hier kein Anhalt. Behandelt wurde mit regelmäßigen ärztlichen Aussprachen, sowie mit 12 mg Perphenazin pro die und 75 mg Amitriptylin pro die sowie beschäftigungstherapeutisch.“

Siebzehn Jahre danach

Erst 17 Jahre später wird Frau Schmidt wieder aufgenommen. Sie berichtet, daß sie 1968 nach dem Tode der Schwiegermutter wieder begonnen hatte zu arbeiten, seither sei es ihr besser gegangen. Jetzt kommt sie zur Aufnahme, weil ihr behandelnder Nervenarzt in Urlaub gehe. Sie berichtet, daß sie wieder von Zwangsgedanken und Zwangsgrübeleien geplagt werde. Unentwegt mache sie sich Sorgen um ihren Sohn, habe Angst um ihren Mann, Angst, daß beiden etwas zustoßen könne. Sie sei unruhig, „tobe“ manchmal, „gestern habe sie ihre Zeitung zerrissen“, dann schlage ihr Mann sie und sie schlage zurück, „dann gehe es ihr besser“. Sie bete viel, Gott möge ihr helfen. Sie wolle viel weinen, können dies jedoch nicht. Über nichts könne sie sich freuen. Morgens wolle sie im Bett liegenbleiben, es solle nicht hell werden. Lediglich abends im Dunkeln komme nichts mehr auf sie zu ... „sie habe Suizidideen, habe auch Angst davor“. Zwei Wochen zuvor habe sie einen Suizidversuch durch Einnahme der Medikamente des Ehemannes gemacht.

Frau Schmidt ist zum Zeitpunkt der Aufnahme seit zwei Jahren Rentnerin. Die Stimmung wird im psychiatrischen Befund als „eher ausgeglichen“ beschrieben. Die Patientin wirke sehr gepflegt, ihre gedrückte Stimmung, die sie schildere, wird als kaum nachvollziehbar empfunden. Auch die schweren Ängste, auf die sie immer wieder hinwies, seien im Aufnahmegespräch kaum spürbar. Die sexuelle Problematik zwischen den Eheleuten scheint weiter zu bestehen. Seit sechs bis acht Wochen vor der Aufnahme laufe sexuell nichts mehr. Ihr eigenes Verlangen sei inzwischen auch zurückgegangen. Sie sei auch mit Zärtlichkeiten zufrieden. Trotzdem wolle ihr Mann jetzt zum Arzt, um sich Medikamente verschreiben zu lassen. Unter 150 mg Thioridazin pro die

klangen die Ängste prompt ab. Nach mehreren Beurlaubungen konnte sie schließlich nach Hause entlassen werden.

Ein Jahr später erfolgt erneut eine stationäre Aufnahme. Sie kommt erneut nach einem Suizidversuch. Sie hat sich vor ein Auto geworfen. Auslöser war, daß sie ihren Nervenarzt um ein Gespräch gebeten hatte und er ihr geantwortet habe, er habe den ganzen Tag Zeit. Dadurch habe sie sich verspottet gefühlt. Jetzt zum Zeitpunkt der Aufnahme habe sie keine Suizidgedanken. Sie bittet darum, nicht auf die geschlossene Station zu müssen. Im psychischen Befund wird sie beschrieben als „depressive Frau in gedrückter Stimmung; etwas starre Mimik und salbenartiges Gesicht, reißt immer mal bedeutungsvoll die Augen auf, spricht leise und langsam. Negative Grundeinstellung. Viele Selbstvorwürfe. Sie habe das Gefühl, nicht mehr viel leisten zu können. Affektiv mäßig erreichbar und schwingungsfähig. Hier keine Hinweise auf akute Suizidalität, keine Hinweise auf psychotische Symptome“. Sie wird auf einer halboffenen Aufnahmestation aufgenommen.

Allseitige Ablehnung

Im Gespräch mit dem Stationsarzt berichtet sie, daß sie nach dem Suizidversuch von der Polizei zunächst zu ihrem Nervenarzt und dann in die Klinik gebracht worden sei. Sie klagt darüber, daß niemand sie verstehe, daß ihr Mann sage, sie spinne, und ihr Sohn sage, sie gehöre in eine Klapsmühle. Sie mache sich große Sorgen um den Sohn, meint, den Haushalt nicht recht zu schaffen, bricht während des Gespräches in Tränen aus und meint, sie sei froh, daß sie wieder weinen könne. Das könne sie oft nicht. Der Stationsarzt beschreibt ihre Physiognomie als auffällig: „Deutlich rote Mittelstirn, dagegen blaß abfallende äußere Stirnpartien und eckige hochgezogene Augenbrauen, die ihr ein diabolisches Äußeres verleihen, wozu die verweinten Augen jedoch im Kontrast stehen.“

Auf der Station wird mit ihr vereinbart, daß sie sich jederzeit beim Stationspersonal und beim Stationsarzt melden könne, wenn sie traurig oder stark belastet sei. Zehn Tage nach der Aufnahme sucht Frau Schmidt kurzfristig und ungeduldig um einen Gesprächstermin nach. Sie erscheint mit dem Ehemann und besteht darauf, mit ihm über das Wochenende nach Hause zu gehen. Der Ehemann verhält sich zurückhaltend und meint, der Stationsarzt müsse dann die volle Verantwortung übernehmen. Auf Befragen meint er, er wolle seine Frau erst zurück haben, wenn sie gesund sei. Sie würde ständig an Türen klopfen, ziellos herumlaufen und Selbstmordgedanken äußern. Letzteres bestreitet Frau Schmidt. Im gleichen Gespräche setzt sie sich mit ihrem Mann über ihre häufigen Telefonanrufe bei der Tochter auseinander. Diese fühle sich dadurch beeinträchtigt und verweigert der Mutter ihre Privattelefon-

nummer. Danach ruft sie die Tochter ständig im Büro an. Im Zusammenhang mit dem gleichen Gespräch protokolliert der Stationsarzt, er lasse einfließen, „daß Frau Schmidt, wenn sie nun hier nicht mehr ganz gesund werde, ja dann in ein Heim müsse, was ein teurer Spaß werde“. Daraufhin erfolgt von beiden Eheleuten zunächst keine Äußerung. Insgesamt entstand der Eindruck, daß Herr Schmidt seine Frau absolut nicht zu Hause sehen wolle, jedenfalls nicht im momentanen Zustand und sie offenbar ständig versuche, „ihn in irgendeine Richtung zu drängen und zu bugsieren“.

Schon vier Wochen nach der Entlassung erfolgt durch Verlegung aus dem Landeskrankenhaus Z. die letzte stationäre Aufnahme in W. Der Aufnahmebericht ist diesmal kurz: Frau Schmidt klagt wieder über Angstzustände, wenn ihr Sohn von zu Hause weg ist. Sie sorgt sich, ihr Sohn könne sich etwas antun. Als diese Angstzustände sich panikartig zuspitzen, wird sie zunächst in Z. auf der geschlossenen Abteilung aufgenommen. Dort geht es ihr kurzfristig besser. Sie wird verlegt, obwohl sie dies eigentlich nicht will. Sie wolle höchstens eine Woche bleiben. Man könne ihre Angst hier im Krankenhaus doch nicht beseitigen. Überhaupt ist sie überzeugt davon, ihr Mann habe die Einweisung nach W. gegen ihren Willen veranlaßt.

Im psychischen Aufnahmebefund wird zu depressiver Verstimmung, Affektverhalten und affektiver Schwingungsfähigkeit nicht Stellung genommen. Die Diagnose bleibt unverändert gegenüber der letzten Entlassungsdiagnose. Die letzte Eintragung im Krankenblatt lautet: „Am Freitag begab sich Frau Schmidt kurz nach 7.30 Uhr zur Beschäftigungstherapie. Wie es schien, war sie in einem ausgeglichenen Zustandsbild. Einer Schwester gegenüber äußerte sie, daß sie sich auf das Wochenende freue. Offenbar muß es dann auf dem Wege zur Beschäftigungstherapie zu einem Umschlag in der Stimmung gekommen sein, so daß Frau Schmidt sich zum Bahnhof W. begab und sich dort suizidierte, indem sie sich vor einen Zug warf. Im anschließenden Bericht über den Suizid wird noch einmal betont, daß eine Suizidgefährdung nicht gesehen worden war.“

Interpretation

Frau Schmidt entstammt einer Familie, die durch die „Schwermütigkeit“ von Mutter und Großmutter schwer belastet ist. Der Suizid der Großmutter hat mit Sicherheit bei der Mutter der Patientin schwere Schuldgefühle ausgelöst, die ihre Lebensfreude und ihre Beziehung zu ihrem Mann und zu ihrem Kind, der späteren Patientin, Frau Schmidt, beeinträchtigt haben. Dieses „Schuldigwerden“ am Tode der eigenen Mutter (ihrer Großmutter) hat Frau Schmidt sicher bei ihrer Mutter

gespürt. Vermutlich haben sich daraus unbewußt „Regeln“ ergeben, wie ein Kind sich einer Mutter gegenüber verhalten muß, damit dieses Kind die Mutter nicht zu Tode bringt.

Trotzdem mußte Frau Schmidt erleben, daß auch ihre Mutter Phasen von „Schwermütigkeit“ hatte. – In der unbewußten Interpretation der Tochter könnte das bedeutet haben, daß sie als Tochter ebenfalls versagt hat. Unbestreitbar und offen vor der Welt wird dieses „Versagen“ zum Zeitpunkt des Suizides der Mutter. Frau Schmidt stellt selbst bei einem ihrer ersten stationären Aufenthalte dar, daß ihre Mutter sich in Reaktion auf die psychische Erkrankung der Tochter, kurz nach deren Krankheitsbeginn, suizidiert habe.

Ab jetzt trägt Frau Schmidt nicht nur ihre „eigenen“ Beziehungskonflikte aus der schwierigen Ehe, sondern sie trägt auch die Schuld am Tod von zwei wichtigen Beziehungsobjekten, nämlich Mutter und Großmutter auf ihren Schultern. Selbst wenn aus psychiatrischer Sicht sowohl Mutter, wie auch Großmutter an „endogenen Depressionen“ erkrankt waren, so ist doch auch eine solche Diagnose eingebettet in individuelle biographische Lebensentwürfe mit ihren je individuellen Konflikten, sowie eingebettet in ein familiäres System, in dem sie eine bestimmte Bedeutung haben.

Über die Lebensgeschichte und die Familien von Großmutter und Mutter wissen wir nichts. Auch die Beziehung zwischen Frau Schmidt und ihrer Mutter bleibt sehr blaß. Wir können nur allgemeine Aussagen machen über die Bedeutung von Suizid innerhalb familiärer Systeme. Paul Federn formulierte 1910 „niemand tötet sich selbst, dem nicht ein anderer den Tod wünscht“ (zitiert aus: Sperling, Massing u.a. 1982). Nach den Erfahrungen, die Sperling und Massing aus ihren Mehr-Generationen-Familien-Therapien bei Suizidalen ableiteten (Sperling et al. 1982) seien die Mütter, die das Leben gaben, oft auch die Überträger des Todeswunsches. Da wir über die Beziehung zwischen Frau Schmidt und ihrer Mutter nichts wissen, können wir nur spekulieren. Das aber soll an einem Beispiel erlaubt sein.

Frau Schmidt könnte für ihre Mutter ein unerwünschtes Kind gewesen sein. Das Leben der Mutter war ohnehin durch ihre schuldhafte Verstrickung mit der Großmutter und die Schuld an deren Suizid belastet. Als die Tochter in der Zeit der ersten Schwangerschaft und Geburt des ersten Enkels erstmals manifest erkrankte, hat die Mutter sich offenbar die Schuld gegeben an der Erkrankung der Tochter. Nun hat sie, die Mutter, nicht nur selbst als Tochter versagt, sondern auch als Mutter. Auch mag sie die Erkrankung der Tochter als Erfüllung einer vermuteten früheren unbewußten Ablehnung der Tochter erlebt haben. Vielleicht hat Frau Schmidt in ihrer eigenen Krankheit auch deutlich Aggressionen gegenüber ihrer Mutter ausgedrückt, die ja durch ihre eigene Kindheit das Leben ihrer jetzt erkrankten Tochter schwer bela-

stet hat. Jedenfalls bestraft die Mutter sich selbst und nimmt sich das Leben. Frau Schmidt nimmt nun die Schuld am Tod der Mutter auf sich. Das wiederum beeinträchtigte sicherlich die Möglichkeit, die eigenen seelischen und die Beziehungskonflikte zu bearbeiten. Möglicherweise durfte sie nun das Leben erst recht nie wieder genießen, nachdem die Mutter sich ihretwegen das Leben genommen hatte.

Gegenübertragungen

Auffällig ist, daß Frau Schmidt bei ihren späteren Therapeuten sehr verschiedene Gegenübertragungsreaktionen ausgelöst hat. In ihrer Individualität, in der Besonderheit ihrer Persönlichkeit wurde sie eigentlich nur von dem Psychiater, der sie 1957 in der Uni-Nervenklinik X behandelte, angenommen. Dieser beschreibt sie überwiegend positiv, auch in ihrem Leiden („temperamentvoll, liebebedürftig, vital, sexuell anspruchsvoll“). Verständnissvoll interpretierte er die Zwangssphänomene als Konflikt zwischen „einer asketischen und einer höchst vital-erotischen Persönlichkeitshaltung“, sowie der aus dieser Konstellation entstandenen Ehekrise, bei der der Ehemann sehr viel weniger sexuelle Bedürfnisse hat als die Frau.

Ein Teil der übrigen behandelnden Psychiater haben eine eher ablehnende, moralisierende Haltung der Patientin gegenüber, die sich teils verbal in der Krankenakte ausdrückt oder die man in heutzutage unsinnigen und falsch erscheinenden Therapieanordnungen wiederfinden kann. (Z.B. obwohl ausdrücklich vermerkt wird, daß es keinen Anhalt für eine endogene Depression gibt und eine Zwangsneurose diagnostiziert wird, wird eine Elektrokrampfbehandlung mit vier Elektroschocks durchgeführt.)

1965 wird die Patientin gar wie folgt charakterisiert: „Ausgesprochen psychopathisch strukturierte Persönlichkeit im Sinne einer stimmungslabilen, reaktiv leicht verstimmbaren, zu Kurzschlußreaktionen neigenden, überimpulsiven Wesensart, von besonderer Anspruchshaltung ...“

Der eheliche Konflikt, der aus den gegenseitigen, nicht erfüllbaren Wünschen und entsprechenden Enttäuschungsreaktionen entstanden ist, wird entsprechend moralisch abgewertet dargestellt, wobei auch hier die Patientin abwertend beschrieben wird. „Die unerfüllten Wunsch- und Triebhaltungen führten bei der Patientin auf der Basis ihrer anlagebedingten sehr schwierigen Persönlichkeitsstruktur zu hysterieformen Exaltationen, dies wiederum zu verständlichen Unmut- und Abkühlungsreaktionen seitens des Ehemannes ...“ Obwohl sich auch hier für eine Psychose kein Anhalt bot, wurde medikamentös sowohl neuroleptisch, wie auch antidepressiv behandelt.

Ein Jahr vor ihrem Tod wurde Frau Schmidt nach 17 Jahren erstmals wieder stationär aufgenommen. Jetzt beschrieb sie bei der

Aufnahme ihre Beschwerden so klassisch, daß man sie nachträglich unschwer als Symptome einer endogenen Depression einordnen kann. Auffallend ist, daß auch jetzt dem aufnehmenden Arzt das Leiden hinter dem Beschwerdebild nicht spürbar wird. Zur Diagnose einer endogenen Depression können die behandelnden Ärzte sich nicht entschließen. Das Befinden der Patientin bessert sich aber unter 150 mg Thioridazin pro Tag, was ja auch antidepressiv wirkt.

Vier Wochen später unternimmt Frau Schmidt einen Suizidversuch im Anschluß an eine schwere Kränkung, die sie von ihrem ambulanten Nervenarzt erfahren hat. Für Beobachter erscheint die Kränkung unwichtig, Frau Schmidt aber hat sich so verspottet gefühlt, daß das ausreichte, die möglicherweise bereits vorhandenen Suizidgedanken in Handlung umzusetzen. Auch bei dem anschließenden Aufenthalt wird eine negative Gegenübertragung des behandelnden Stationsarztes deutlich. Ihr Äußeres wird als „fast diabolisch“ beschrieben. In einem Gespräch mit dem Ehepaar Schmidt macht der Stationsarzt eine taktlose, aggressiv gefärbte Bemerkung gegenüber Frau Schmidt, die er selbst protokolliert hat: „... daß Frau Schmidt, wenn sie nun hier nicht mehr ganz gesund werde, ja dann in ein Heim müsse, was wohl ein teurer Spaß werde.“

Vier Wochen später kam Frau Schmidt erneut auf die gleiche Station mit dem gleichen behandelnden Arzt. Es ist kaum zu erwarten, daß die Gegenübertragung sich positiv gewandelt hat in der Zwischenzeit. Frau Schmidts Angstzustände haben sich panikartig zugespitzt. Im psychischen Befund wird zu depressiver Verstimmung, Affektverhalten und affektiver Schwingungsfähigkeit nicht Stellung genommen. Die Diagnose bleibt unverändert. Im Abschlußbericht über den Suizid wird allerdings noch vermerkt, daß eine Suizidalität nicht bemerkt worden war. Hätte die Patientin in diesem Behandlungssetting überhaupt ihre Suizidgedanken zeigen können, hätten eventuelle Suizidimpulse angesichts der negativen Übertragungsbeziehung überhaupt wahrgenommen werden können?

Natürlich kann man die ablehnenden aggressiven, moralisierenden, abwertenden Gegenübertragungsgefühle nicht losgelöst von der Patientin betrachten. Sie selbst löste ja mit einem bestimmten Verhalten diese Gefühle aus, gefährlich wird eine solche Gegenübertragungssituation aber dann, wenn ein solcher Patient auf einen Psychiater oder ein Stationsteam trifft, die solche Gegenübertragungsgefühle nicht reflektieren können. Es muß Frau Schmidt früher einmal möglich gewesen sein, auch andere Seiten von sich zu zeigen, die eine positive Einstellung ihr gegenüber möglich machten. Offenbar konnte sie sich mit diesen sicherlich noch vorhandenen Aspekten ihrer Persönlichkeit vor ihrem Suizid der Umgebung (Behandlungsteam und Familie) nicht mehr verständlich machen.

Zusammenfassung

Eine Patientin nimmt sich während der Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus das Leben. Ihr Suizid ist eine Krankengeschichte zum Tode. Sie lebt mit dem fatalen Vermächtnis der Selbsttötung von Großmutter und Mutter. Sie kämpft gegen ihr psychisches Leiden – zunächst mit Erfolg, nach einem 17jährigen Intervall vergebens: sie isoliert sich; sie wird isoliert. Sie gerät in Clinch mit ihrem Therapeuten, erfährt schließlich allseitige Ablehnung. Lebensgeschichte, psychische Krankheit und therapeutische Beziehungen greifen – wie die Literatur zeigt – in fatal typischer Weise ineinander.

Literatur

- Bloom, V.: An analysis of suicide at a training center. *Amer J. Psychiat.* 123, 8, (1967)
- Cohen, S., Leonard, C.V., Faberow, N.L., Schneidman, E.S.: Tranquilizer and Suicide in the schizophrenic Patient. *Arch gen. Psychiat.* 11, 312-321 (1964)
- Cotton, P.G., Drake, R.E., Gates, CH.: Critical treatment issues in suicide among schizophrenics. *Hosp. Community Psych.* 36, 5 (1985)
- Federn, P.: Zitiert aus Sperling, E., Massing, A., Reich, G., Georgi, H., Wöbbe-Mönks, E.: Die Mehrgenerationen-Familientherapie. Göttingen: Verlag Vandenhoeck u. Ruprecht, 189 (1982)
- Finzen, A.: Der Patientensuizid. Untersuchungen, Analysen, Berichte zur Selbsttötung psychisch Kranker während der Behandlung. Unter Mitarbeit von R. Huntemann und C. Österreich. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1988
- Flinn, D.E., Slawson, P.F., Schwartz, D.: Staff response to suicide of hospitalized psychiatric patients. *Hosp. Community Psychiat.* 29, 122-127 (1978)
- Huntemann, R.: Aus dem Nds. Landeskrankenhaus Wunstorf – Suicidgefährdung in einem psychiatrischen Krankenhaus. *Med. Diss., Hannover, Med. Hochschule, 1986*
- Kobler, A.L., Stotland, E.: The end of hope. A social-clinical study of suicide. New York: The Free Press of Glencoe Ltd., Toronto, Ontario: Collier-Macmillan (1964)
- Krieger, G.: Common errors in the treatment of suicidal patients. *J. clin. Psych.* 39, 649-651 (1978)
- Light, D.W.: Psychiatry and Suicide: The Management of a Mistake. *Amer. J. Sociol.* 77, 821-838, (1971/72)
- Maltsberger, J., Buie, D.H.: Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 3, 625-63 (1974)
- Mitterauer, B., Pritz, W.F.: Familienanamnestische Untersuchung von 89 Selbstmördern nach Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung. *Wiener Med. Wochenschr.* 134, 37-43 (1934)
- Österreich, C.: Suicid von Patienten während psychiatrischer Behandlung. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin in der Medizinischen Hochschule Hannover 1990

- Queren, R.: Untersuchungen von Klinik-Suiziden in der Nerven-Klinik Spandau, Berlin. *Suicidprophylaxe* 10, 38-47 (1983)
- Rotov, M.: Death by suicide in the hospital. An analysis of 20 therapeutic failures. *Amer. J. Psychother.* 25, 216-227 (1970)
- Sperling, E., Massing, A., Reich, G. Georgi, H., Wöbbe-Mönks, E.: Die Mehr-generationen-Familientherapie. Göttingen: Verlag f. Med. Psychologie im Verlag Vandenhoeck u. Ruprecht, 189, 1982

Wann beginnt Psychotherapie?

Über den Umgang mit Neuroleptika im Dienste psychotherapeutischer Prozesse bei Psychosekranken – ein Erfahrungsbericht



Silvia Cueni

Meine klinische Erfahrung entstammt der psychiatrischen Grundversorgung in einer psychiatrischen Klinik mit Versorgungspflicht und meiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis. Jede psychiatrische oder psychotherapeutische Arbeit setzt eine wie auch immer geartete Beziehung der Therapeutin mit der Patientin voraus. Besonders bei Psychosekranken beginnt diese nur ausnahmsweise im Rahmen eines Psychotherapiesettings: In einer Zweipersonenbeziehung, ein- bis zweimal wöchentlich für 50 Minuten. Auch ist die Psychosekranken in der Regel zunächst nicht für eine Therapie motiviert oder fähig, einer Therapeutin einen Therapieauftrag zu erteilen. Die therapeutische Arbeit mit einer Psychosekranken konzentriert sich am Anfang auch kaum auf das Aufdecken frühkindlicher Konflikte. Nicht selten ist die Kranke selbst nicht in der Lage, uns Angaben über den bisherigen Lebenslauf oder die einer Krise vorausgegangenen Ereignisse zu machen.

Ich bin überzeugt, daß die psychotherapeutische Arbeit mit Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Psychosen jederzeit und in jeder Alltagssituation einer psychiatrischen Klinik beginnen kann. In diesem Zusammenhang ist für mich Psychotherapie nicht eine Frage des Settings oder einer bestimmten Technik, sondern vielmehr eine Frage der inneren Bereitschaft der Therapeutin, eine reflektierende Haltung einzunehmen und in jeder Begegnung mit den Betroffenen offen zu sein. Es bedarf einer Art „freischwebender Aufmerksamkeit“. Ich muß in der Lage sein, das innere Drama dort, wo es sich gegebenenfalls darzustellen vermag, zu erkennen und wenn möglich therapeutische Antworten zu finden.

Meist ist der Einsatz von Neuroleptika ein unerlässlicher Bestandteil der Behandlung. Speziell in der Beziehung zwischen der Ärztin und der Patientin spielt die medikamentöse Behandlung eine wichtige Rolle. Im folgenden versuche ich anhand einiger Beispiele zu zeigen, in welcher Weise ich durch den Umgang (oder trotz des Umgangs) mit dem Medikament Ansätze zu einem therapeutischen Prozeß suche, oder wie ich in einem laufenden therapeutischen Prozeß den Umgang mit dem Medikament therapeutisch benütze. Dabei geht es mir ausschließlich um die nicht pharmakologischen Aspekte einer medikamentösen Therapie. Das Medikament auch für psychotherapeutische Zwecke einzusetzen, ist nicht nur naheliegend. Es ist auch sinnvoll, die Patientin

möglichst gut zu informieren und zu einer möglichst hohen Eigenverantwortung zu bewegen, da dies die Prognose entscheidend beeinflusst. Auf der Basis einer adäquaten Pharmakotherapie aufbauend kann Psychotherapie ihre Wirkung besser entfalten als ohne Medikamente. Im Idealfall wird schließlich beides überflüssig.

Es gehört zum psychiatrischen Allgemeinwissen, daß die psychotherapeutische Behandlung langfristig die Prognose deutlich verbessert. Was eine psychotherapeutische Behandlung genannt werden darf und wie unterschiedlich diese aussehen kann oder gar muß, wissen wir noch nicht. Inhalt dieser Arbeit ist nicht die Auseinandersetzung mit der vorhandenen Literatur zur Psychotherapie schizophrener Psychosen. Auch werden theoretische Überlegungen nicht im Zentrum stehen. Vielmehr möchte ich anhand einiger klinischer Beispiele mögliche Ansätze zur psychotherapeutischen Arbeit mit Medikamenten beschreiben. Neben dem Medikament gibt es im klinischen Alltagsleben einer Klinik eine Fülle anderer möglicher und ebenso guter Ansatzpunkte.

Therapie mit psychosekranken Patientinnen ist in der Regel eine Langzeitbehandlung, in deren Verlauf Patientin und Therapeutin wichtige Wegmarken passieren. Ich möchte im folgenden Beispiele für solche Wegmarken skizzieren mit den sich darin kristallisierenden Konflikten und einen möglichen Umgang.

Wegmarken der therapeutischen Beziehung

Aufnahmesituation

In einem meiner Nachtdienste kam eine Patientin mitten in der Nacht. Mehrere Polizisten brachten sie auf eine geschlossene Aufnahmestation. Als ich die Abteilung betrat, machten die Pfleger den Eindruck, als hätten sie in Gedanken schon die Spritze aufgezogen. Es herrschte eine bedrohliche Atmosphäre. Die gespannte Patientin befand sich im offenen Isolationszimmer. Ich ging zu ihr hinein. Sie war offensichtlich psychotisch und redete zerfahren. Ich verstand zunächst nicht, was sie sagte. Ich mußte mich fürs erste mit der Atmosphäre, ihrem Gesichtsausdruck und ihrem Verhalten begnügen. Sie war sehr angetrieben und schrie. Es schienen Befehle zu sein, als sei sie eine Herrscherin: Nimm das weg! Geh hier raus! ... Mir kam die Idee, mich möglichst klein zu machen, als sei ich zu vernachlässigen. Sie brüllte. Ich setzte mich stumm aufs Bett. So war ich kleiner als sie. Ich wartete, sagte nichts. Schließlich setzte sie sich auch aufs Bett. Ganz beiläufig, und mehr zu mir selbst sprechend, fragte ich, was denn hier los sei. Sie stand auf und schrie wieder: Sie haben hier nichts zu suchen, hier hat niemand was ... Wieder setzte sie sich hin, um kurz danach wieder aufzustehen und zu brüllen.

Aber die Phasen unseres Dialoges wurden allmählich länger. Ich ließ sie zwischendurch immer wieder schreien.

Die Pfleger wurden nervös. Sie bedeuteten mir, daß die Patientin nun schlafen solle. Es sei genug des Theaters, es sei mitten in der Nacht. Auch ich war der Meinung, daß eine medikamentöse Behandlung hier dringend indiziert war. Zwischendurch verließ ich das Zimmer und bat einen der Pfleger, eine bestimmte Menge Haldol-Tropfen zu richten und mir zu bringen. Dann ging ich ins Zimmer zurück, um meinen Austausch mit der Patientin fortzusetzen. Während ich mich ruhig und bescheiden verhielt, wurde die Patientin geordneter und weniger aufgeregt. Sie erzählte Bruchstücke der vorausgegangenen Ereignisse. Sie war in ihrer Würde schwer verletzt und gedemütigt worden. Ganz beiläufig, nachdem sie bereits viel erzählt hatte, mich schließlich auch umarmt hatte, reichte ich ihr den Becher mit den Tropfen und erklärte, „das sind 10 mg Haldol“. Sie nahm sie entgegen und schluckte sie, ohne zu zaudern oder weitere Fragen zu stellen. Das Warten hatte sich gelohnt. Das Medikament war zur Nebensache geworden. Es war gelungen, die mögliche erneute Demütigung durch eine Zwangsmedikation zu umgehen. Die weitere Behandlung konnte auf einem Stück positiver Beziehungserfahrung aufbauen.

Ringens um die Dosierung

Im weiteren Verlauf der Behandlung setzte ich viel daran, die Beziehung zur Patientin zu verdichten und zu festigen. Auf einer geschlossenen Akutabteilung behandelte ich vor einigen Jahren eine Patientin, die akut psychotisch war und zunächst in einer angemessen hohen Dosierung hochpotente Neuroleptika erhielt. Nach wenigen Tagen klopfte sie an meine Zimmertür. In ihrem wahnhaften, desintegrierten Zustand formulierte sie ihr Anliegen: Sie verlangte eine Dosisreduktion. Ich glaubte bei dieser in ihrem Selbstwert schwer verletzten Patientin nebst immenser Angst auch einen gewissen Wunsch nach Kontakt zu erkennen. Es war mir klar, daß ich ihrem Wunsch trotz des Risikos nachkommen mußte. Aus psychiatrischem Blickwinkel war es zu früh zum Reduzieren. Trotzdem schien es mir für die Beziehung sehr hilfreich. Ich kam ihrem Wunsch nach und reduzierte das Neuroleptikum nach ihrem Vorschlag.

Aus diesem Kontakt erwuchs eine mehrjährige therapeutische Beziehung. In der späteren Psychotherapie nahm die Patientin immer wieder Bezug darauf: Sie fühlte sich damals ernstgenommen. Ihr Anliegen hatte ich nicht abgelehnt, wie es in meiner Macht gestanden wäre. Außerdem schien sie gespürt zu haben, daß ich ein Risiko für sie eingegangen war. Ich hatte etwas für sie gewagt. Ich hätte selbst eine Rüge vom Oberarzt in Kauf genommen. Später bedeutete sie mir, sie

habe verstanden, daß sie mir so wertvoll war, für sie ein Risiko einzugehen. Diese Erfahrung wurde für die Patientin zum Ausgangspunkt der nachfolgenden Psychotherapie und des Wiederaufbaus ihres Selbstwerterlebens.

Medikamentenreduktion

Erstaunlicherweise gibt es gelegentlich auch ein gegenteiliges Ringen – nämlich das um die Reduktion der Medikamente. Am deutlichsten wurde mir dies an einer Patientin, deren Psychose sich u.a. durch eine ausgeprägte orale Problematik kennzeichnete. Nebst einer Mangel-erfahrung hatte sie im Elternhaus auch ein Klima voller Feindseligkeiten und Haß kennengelernt. Diese junge Frau sah in mir vor allem eine Mutter, und folgedessen empfand sie die Tabletten als „Milch“. Hätte ich ihr die Milch vorenthalten, hätte sie mich unverzüglich als schlechte, zurückweisende Mutter erlebt. Mit Zurückweisung schien sie innerlich Sterben und Tod zu verbinden. So war z.B. auch das Beenden unserer Gespräche über eine längere Zeit ein schier unüberwindbares Problem. Über Jahre lebte sie in einer Welt voller Ängste und Wahnideen. Sie schien an einem Abgrund entlangzuwandeln.

Im Verlaufe der Psychotherapie vermochte sie jedoch allmählich „innere Inseln“ ihrer Existenzberechtigung zu spüren, auch waren ihre äußeren Lebensumstände seit geraumer Zeit geordnet und stabil. Eine Medikamentenreduktion schien sich aufzudrängen. Ich begann mit ihr darüber zu sprechen und erntete prompt einen Schwall von Haß und Enttäuschung. Sie beschuldigte mich, ihr etwas wegzunehmen, sie nicht mehr zu mögen. Sie wähte mich bald in einer Reihe mit ihren wahnhaften Widersachern.

Mir kam die Idee, ihr etwas zum Tausch anzubieten. In meiner Praxis habe ich eine Sammlung von farbigen Glaskugeln, wenig größer als eine Tablette. Ich schenkte ihr eine Glaskugel. Diese verschwand wortlos und blitzschnell im Portemonnaie der Patientin. Nun war die Patientin bereit, jeden Tag eine Tablette weniger zu schlucken. Die Patientin tolerierte diese Dosisreduktion ohne Destabilisierung. Bei der nächsten Dosisreduktion verfuhr ich analog. Die damit verwobenen Themen beschäftigten uns intensiv. Die Glaskugeln trug sie wie früher die Reservemedikation stets auf sich. Schließlich wurden Dosisanpassungen möglich ohne Tausch, das Erwähnen der Glaskugeln genügte.

Abhängigkeit – Autonomie

Eine junge Frau war mit ihrer Adoptivmutter überaus eng verbunden und wagte keine erwachsenen Schritte. In der floriden Psychose schoß sie etwas übers Ziel hinaus und wollte einen unpassenden Mann sogleich

heiraten. Nach dem Abklingen der Akutphase zeigte sie übermäßige Abhängigkeitswünsche an ihre Therapeutin. Sie hatte die Abhängigkeit von ihrer Adoptivmutter mit der zu ihrer Therapeutin vertauscht. Die Tatsache, daß ich ihr Neuroleptika gab, unterstrich die Abhängigkeit. Sie schien nur die Extrempositionen der totalen Unabhängigkeit und der bedingungslosen Unterwerfung zu kennen.

Die konkrete Abgabe der Tabletten delegierte ich an eine andere Person. Vorsichtig und über eine längere Zeitspanne hinweg schlug ich der Patientin vor, sich vorzustellen, wie es wäre, wenn sie selbst die Dosierung vornehmen würde. Sie hatte sich längst von ihrer akuten Psychose erholt. Ich informierte sie ausgiebig und umfassend über die Regeln einer Neuroleptika-Behandlung. Ihre insgeheimen Autonomie-wünsche bekamen allmählich etwas Aufwind und wir kamen überein, daß die Patientin sich lediglich ab und zu mit mir in der Medikamentenfrage beriet. Mit meiner Unterstützung legte sie jeweils eine Bandbreite bzw. eine Minimal- und eine Maximaldosierung fest. Innerhalb dieser Grenzen mußte sie sich täglich neu entscheiden, wieviel Milligramm sie einnahm. Daneben mußte sie herausfinden, wann sie wieviel Reservemedikation benötigte. Es wurde ihr bald deutlich, daß das Zusammentreffen mit ihrer Adoptivmutter ein belastendes Moment für sie darstellte, und gelegentlich einen zusätzlichen medikamentösen Schutz notwendig machte. Es war ihre Idee, eine Art Protokoll zu führen: Sie notierte sich täglich wie sie sich fühlte und wieviel Milligramm sie einnahm. Dabei übte sie, sich selbst besser wahrzunehmen, was den therapeutischen Prozeß günstig beeinflusste. Die Medikamentenfrage erwies sich in dieser Psychotherapie als ein nützlicher Schauplatz, auf dem die zentralen Themen dieser Patientin sich darstellen konnten und wo wir allmählich Lösungen erarbeiteten.

Wesentlich ungünstiger war die Situation mit einer anderen Patientin, welche vehement um ihre Autonomie kämpfte. Obwohl sie krankheitseinsichtig war, versuchte sie auf der Medikamentenebene zu erproben, wie unabhängig sie wohl sein könnte: Sie wollte die Medikamente zu einem Zeitpunkt absetzen, zu dem sie ein ziemlich großes Risiko für einen Rückfall eingegangen wäre. Sie drohte auch, die Behandlung abzubrechen, und sie sparte nicht mit Kritik an meiner Person. Trotzig bemerkte sie, daß der Stuhl, auf dem ich gewöhnlich saß, mir so viel Macht über sie gebe. In der Not schlug ich ihr das Experiment vor, sich auf „meinen“ Stuhl zu setzen und herauszufinden, wie sie sich dann fühle. Triumphierend setzte sie sich willig auf „meinen“ Stuhl. Nach einem kurzen Moment des Triumphes brach sie erschüttert in Tränen aus und berichtete zum ersten Mal, wie sie in ihrer Kindheit immer als Verliererin in Konflikten mit ihren Eltern hervorgegangen war. In der weiteren Therapie entwickelte sich das Ritual zu Beginn jeder Sitzung: Ich fragte sie stets, auf welchem Stuhl sie sitzen wolle. Sie

nahm jedes Mal „meinen“. Und wir konnten an dieser Thematik arbeiten. Der ursprüngliche Ort der Auseinandersetzung wurde unwichtig und hatte uns geholfen, die relevanten inneren Szenen zu finden.

Diskussion

Ich muß zugeben, daß die geschilderten Beispiele eine gewisse positive Auswahl darstellen. Zudem waren die skizzierten therapeutischen Situationen in Wirklichkeit von einer weit höheren Komplexität, als sich in schriftlicher Form wiedergeben läßt. Dennoch waren es für mich ermutigende Erfahrungen, besonders da ich mir bewußt bin, daß psychotherapeutische Prozesse in einer Versorgungsklinik unter meist maximal schwierigen Umständen beginnen müssen. Die Diagnose Schizophrenie zu bekommen bedeutet für die meisten Betroffenen Entwertung. Viele Psychosekranken werden von der Gesellschaft diskriminiert, manche erfahren einen sozialen Abstieg.

Ich-Störung – Krankheit – Kränkung

In eine psychiatrische Klinik allenfalls zwangseingewiesen zu werden, ist ebenfalls eine ungeheure Kränkung. Ist eine medikamentöse Behandlung unumgänglich, kann die Tablette ein Zeichen dafür sein, daß ich als behandelnde Ärztin einen psychischen „Defekt“ vermute und also die Patientin nicht so annehme wie sie ist. Unter diesen Prämissen einen psychotherapeutischen Zugang zur Patientin finden zu wollen, ist in jedem Falle eine Herausforderung. Oft scheitern wir. (Durch die Erfahrung des Mißerfolgs kommen wir aber dem Patienten unter Umständen wieder ein Stück näher). Bei allem, was wir mit einer Psychosekranken tun, ist es hilfreich, die meist schwere Selbstwertproblematik zu berücksichtigen. Die Betroffene ist sich in ihrer eigenen Existenzberechtigung meist unsicher. Viele Formen der Wertschätzung der Patientin sind daher mögliche therapeutische Antworten.

Beziehung aufbauen

Kontakt und Beziehung herzustellen ist mir ein zentrales Anliegen. Ich gehe davon aus, daß es bei jedem Kranken einen mehr oder weniger offenen Beziehungswunsch gibt. Hier ist unsere ganze menschliche Präsenz und Kreativität gefragt, Mittel und Wege zu finden. Vielleicht müssen wir verschiedene Strategien ausprobieren und mehrere Anläufe nehmen. Ein möglicher Weg benützt die medikamentöse Behandlung als Aufhänger. Über den Umgang oder das Gespräch über das Medikament erfährt die Patientin nicht nur Informationen über die pharmakologi-

sche Wirkung der Substanz, sondern die Patientin erfährt auch, wie ich über psychische Krankheiten denke, wie ich sie erlebe, was ich mir über ihre Situation vorstelle, wie ich meine Rolle als Ärztin verstehe usw. Diese Transparenz, die das Sprechen über mich selbst einschließt, schafft Beziehung und Vertrauen.

Macht – Ohnmacht

Von vornherein sind wir fraglos Patienten gegenüber in einer überaus mächtigen Position. Bestehen wir dann noch darauf, daß dies oder das genau so geschehen müsse, kann unsere Macht nur noch erdrückend wirken. Wir stacheln damit die Opposition an. Im Notfall geraten wir in einen Kampf mit der Patientin. Die Situation eskaliert. Es liegt an uns, die Macht nicht noch zu betonen oder sie gar zu mißbrauchen. Ich meine, es ist möglich, in einer inneren Haltung der therapeutischen Liebe zu arbeiten, ohne die eigene Machtposition zu verleugnen.

Mein innerer Prozeß, eine therapeutische Antwort zu finden, folgt kaum erklärbaren Regeln. Vielmehr folge ich einer Intuition oder gebe einem Impuls nach. Ich beuge mich in die Welt der Patientin, soweit ich von ihr Kenntnis habe. Die Form der Antwort kann verschieden sein: eigenes Verhalten in einer gegebenen Situation, eine Handlung, eine Metapher oder selten auch einmal eine verbale Deutung. Die Antwort wird vom Patienten intuitiv verstanden und bedarf keiner Erklärung. Wenn ich am Anfang vielleicht nichts verstehe, sage ich zum Beispiel: „Es ist doch gut, daß wir hier sitzen und uns unterhalten können.“

Besonderheiten psychotherapeutischen Arbeitens mit Psychosepatienten

Meines Erachtens geht es darum, mit jeder Patientin individuell die aktuelle Situation zu klären, ihr Befinden, die Möglichkeit ihrer Autonomie und die konflikthafter Elemente. Ich gehe nicht davon aus, daß wir von spezifischen Konflikten sprechen können. Auch meine ich nicht, daß wir immer einen einzelnen Konflikt benennen können. Ob es verschiedene Muster gibt, muß ich offen lassen. Ich werte Erscheinen, Verhalten, Äußerungen einer Patientin als Hinweise, ebenso die mir zentral wichtige Analyse meiner Gegenübertragung. Es gibt viele, vielleicht winzige Beobachtungen in der Begegnung mit einer Patientin, die zusammengesetzt eine Richtung weisen, wo sich die Patientin befindet und welche Themen aktuell wichtig sind. Ob solche Konfliktmuster theoretisch zu fassen sind, ist in der praktischen Arbeit nicht meine Frage. Ich orientiere mich am Alltäglichen.

Orientierung am Alltäglichen

Wenn ich einer Patientin zum ersten Mal begegne, habe ich keine Beziehung zu ihr. Auch weiß ich von ihrer Geschichte nur Rudimentäres. Ich kann nicht immer davon ausgehen, daß die Patientin mir Auskunft geben kann. Möglicherweise ist sie akut psychotisch und kann mir kaum Informationen liefern. Zuerst bin ich also auf meine Wahrnehmung, auf mein Gespür angewiesen. Wenn eine Patientin akut in die Klinik kommt, steht in der Regel fest, daß sie Medikamente braucht. Darauf gibt es fast immer eine Reaktion. Es ist naheliegend, diese Reaktion als Ansatz zu nehmen, um zu sehen, was die Patientin damit macht. Ich denke, es gibt so viele Reaktionen, wie es Menschen gibt.

Metaphorische Ebene

Vielfach ist es mir in meiner Arbeit begegnet, daß ich von einer Patientin lernen mußte, ihre Äußerungen, ihr Verhalten, ihre Erwartungen metaphorisch zu verstehen. Ein Beispiel war die Patientin mit den Glaskugeln. Es gibt viele andere. Hier finde ich mich bei Sechehayes „Symbolische Wunscherfüllung“ wieder. Ich meine, wir können diese metaphorische Ebene im alltäglichen erkennen. Gelingt es, therapeutische Antworten in dieser Sprache zu formulieren, dann können wir uns mit den Patientinnen sehr viel besser verständigen.

Die psychotherapeutische Arbeit geschieht im Kopf der Therapeutin

In der Regel spreche ich mit einer Patientin nicht über einen bestimmten Konflikt, den ich zu verstehen meine – weder in theoretischer Form noch in praktischer. Bei der Patientin aus dem Beispiel der Medikamentenreduktion habe ich weder etwas von oraler Fixierung erwähnt noch ihr interpretiert, daß sie wütend auf mich wurde, weil ich ihr eine Tablette wegnehmen wollte. Ich sprach nicht über die Tatsache, daß sie von mir eine Glaskugel erhielt. Wichtig schien mir allein, daß ich den Prozeß verstanden hatte, aufgrund dessen sie zunächst keine Medikamente hergeben wollte und später mit der Reduktion zurecht kam. Es liegt an mir, herauszufinden, wann es um eine vertrauensbildende Maßnahme geht, wann ich keinen Gebrauch von meiner Macht machen sollte, wann ich für eine Patientin sorgen muß oder wann ich sie in ihrem Autonomieprozeß unterstützen muß. Es macht keinen Sinn, eine Kränkung, das Bedürfnis nach Abgrenzung oder Autonomie losgelöst zu thematisieren. Ich kann alle diese Fragen auch z. B. am Medikament abhandeln. Ich halte dies für Psychotherapie. Meines Erachtens besteht darin die Besonderheit psychotherapeutischen Umgangs mit Psychosepatienten, daß Psychodynamik nicht loslösbar ist vom alltäglich Konkreten.

Die Handlungsrelevanz

Es ist deshalb nötig, daß mein psychodynamisches Verständnis eine Handlungsrelevanz hat. Für die Patientin zählt, was ich tue: Sei es, die Betonung auf die Kontaktaufnahme zu legen und nur beiläufig ein Medikament anzubieten; sei es, die Entscheidung über eine Dosierung während der Behandlung abzugeben; sei es, der Patientin die Abgrenzung zu ermöglichen und zunehmend die Selbstverantwortung zu fördern. Ich muß die metaphorische Sprache, die Konflikte meiner Patientin verstehen. Aber eine verbale Deutung auszusprechen, ist in der Regel unverständlich für den Patienten. Es kommt darauf an, mein Verständnis durch mein Handeln in der Beziehung umzusetzen.

Ich habe hier vom psychotherapeutischen Umgang mit Patientinnen gesprochen, die noch nicht in der Lage waren, losgelöst vom Konkreten, psychodynamische Überlegungen anzustellen. Idealerweise schließt sich dieser Phase eine weitere an, die sehr viel mehr mit klassischem psychotherapeutischem Arbeiten gemein hat. Ich meine aber, daß Psychotherapie nicht erst mit der Aufarbeitung frühkindlicher Beziehungsdefizite beginnt. Sie beginnt mit dem ersten Kontakt.

Zusammenfassung

Die Autorin schildert an einzelnen Vignetten, wie es ihr möglich wird, den Umgang mit Neuroleptika psychotherapeutisch zu nutzen. Aus der klinischen Tätigkeit werden einzelne, entscheidende Behandlungssituationen geschildert, z.B. die Kontaktaufnahme mit einer Patientin beim Eintritt in die Klinik, das Ringen um die Dosierung während der Behandlung, das Ringen um Medikamentenreduktion oder gar Absetzen. Wiederkehrende Themen sind Abhängigkeit-Autonomie, die Kränkung durch die Krankheit, das Selbsterleben mit einer Ich-Störung, der Beziehungsaufbau und das Pendeln zwischen Macht und Ohnmacht. Als Besonderheit psychotherapeutischer Arbeit mit Psychosepatientinnen erweist sich die notwendige Orientierung am Alltäglichen, die Möglichkeit eines Austauschs auf einer metaphorischen Ebene. Die psychotherapeutische Arbeit geschieht im Kopf der Therapeutin. Der Patientin gegenüber werden Handlungen relevant.

Literatur:

- Benedetti, G.: Psychotherapie als existentielle Herausforderung, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992
- Rosenfeld, H.A.: Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1981
- Searles, H.: Counter-transference and related Subjects, Selected papers, Intern. Univ. Press, New York 1979
- Sechehaye, M.A.: La réalisation symbolique. Nouvelle méthode de psychothérapie appliquée à un cas de schizophrénie. In: Revue suisse de psychol. et de la psychol. appliquée, supp. 12, Huber, Bern 1947
- Mentzos, S.: Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992

Interview mit Eva Freudenberg

Frau Dr. Eva Freudenberg ist Ärztin für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapeutin. Sie ist als Oberärztin in der psychiatrischen Abteilung der Medizinischen Hochschule Hannover tätig.

Das Interview führte Ulrike Hoffmann-Richter

Können Sie zuerst beschreiben, wie Ihr jetziges Arbeitsfeld aussieht?

Ich bin Oberärztin hier in der Klinik und für zwei Stationen zuständig. Die eine ist eine allgemeinpsychiatrische Station mit zwölf Betten, für alle Patienten, außer suchtkranken und gerontopsychiatrischen Patienten, wobei da unsere Altersgrenze bei 50 ist. Und die andere Station ist die sogenannte gerontopsychiatrische Station, die eher ruhigere psychiatrische Station, auf der Patienten über 50 Jahren aufgenommen werden. Sie ist sehr groß, 29 Patienten, die Arbeit ist dadurch sehr viel schwerer.

Psychiatrische Akutbehandlung

Wie würden Sie ihre Arbeit dort umschreiben? Verstehen Sie sie eher als eine sozialpsychiatrische Arbeit oder eine psychotherapeutisch orientierte Arbeit?

Als psychiatrische Akutbehandlung, wobei Akutbehandlung sich bis auf die Dauer von einem Jahr erstrecken kann. Die Patienten werden also nicht auf andere Stationen verlegt, so daß es sowohl um Akutbehandlung geht mit Krisenintervention als auch um längerfristige Behandlung, bei der Therapieziele und weitere Perspektiven formuliert werden. Ich wende relativ viel Zeit für die Pharmakotherapie auf, um die Assistenten richtig anzuleiten, damit die Patienten nicht zu viele Medikamente bekommen und man auf Nebenwirkungen achtet. Ich will nicht, daß man die Patienten hier im Hause sofort an ihrem Gang als Psychiatriepatienten erkennt. Wir versuchen auch, die Patienten aufzuklären, sie kompetent zu machen, was die Psychopharmakotherapie angeht. Das nimmt einen bestimmten Raum ein, aber es ist natürlich keine reine Pharmakotherapie. Was auf den Stationen relativ wenig gemacht wird, ist ärztliche Psychotherapie in Form von Einzelgesprächen. Eher führen die Krankenschwestern und -pfleger als Bezugstherapeuten regelmäßig Einzelgespräche mit den Patienten.

Also würden Sie sagen, daß die psychotherapeutischen Aufgaben die Krankenschwestern haben?

Das würde ich nicht so sagen, weil das in einen Gesamtbehandlungsplan eingebettet ist. Man macht das nicht bei jedem Patienten so genau, es ist auch nicht bei allen Patienten nötig. Bei manchen Patienten sind die Behandlungsziele von Anfang an sehr klar. Bei den chronisch psychisch Kranken ist es oft nur eine Erholung von einer bestimmten Stresssituation. Sie brauchen erst einmal Ruhe, um zu sich zu kommen. Wir überlegen vorweg, was ist passiert, daß er oder sie jetzt wieder psychotisch geworden ist. Aber wir versuchen dann nicht das aufzuarbeiten, sondern es wird konstatiert und dem Patienten gesagt, es war wohl zuviel. Wir versuchen nicht daran zu arbeiten, wie er oder sie solche Situationen besser bewältigen kann, sondern eher daran, wie sie frühzeitig merken können, daß es zuviel wird. Also Training, wie erkennt der Patient frühzeitig, daß er wieder psychotisch wird. Wir fragen nach den Frühsymptomen, wann merken sie das, wie sollen sie reagieren. Lassen sich bestimmte Situationen herausfinden, in denen eine Psychose praktisch regelhaft auftritt. Z.B. eine Patientin wird psychotisch, wenn die Mutter zu Besuch kommt. Oder ein Patient kommt in eine Krise, wenn er größere Rechnungen bekommt, die mit seinem Haus, das ihm Schutz gibt, zusammenhängen. Ich halte es für sehr wichtig, daß wir so etwas herausfinden und zusammen mit dem Patienten besprechen. Die Gespräche können in eine Psychotherapie einmünden. Z.B. kann man mit einer Patientin herausarbeiten, daß sie jedesmal psychotisch wird, wenn sie in eine Situation kommt, die ihre Größenideen aktiviert. Die Versuchung besteht in ihrer Vorstellung, sie komme ganz groß raus. Wenn man das bearbeitet, ist das schon Psychotherapie im engeren Sinne, als nicht nur Alltagsbewältigungstraining.

Was ist Psychotherapie in der Psychiatrie?

Sie sind sehr zurückhaltend, von Psychotherapie zu sprechen. Was verstehen Sie darunter?

Ich habe mir nie überlegt, wie ich es definieren würde. Ich habe immer noch ein wenig die Vorstellung, Psychotherapie ist, wenn ein Therapeut und ein Patient zu festgesetzten Zeiten eine Stunde miteinander reden, bzw. wenn mit einem anderen Therapieverfahren, sei es Familientherapie oder ein imaginatives Verfahren, in einer definierten Zeit, in einer Stunde oder auch zwei Stunden, eine Behandlung durchgeführt wird. Das ist natürlich nicht die richtige Definition. In der Psychiatrie ist die Psychotherapie ganz stark abhängig von dem Milieu, in dem die Behandlung stattfindet. Die Atmosphäre auf einer Station ist meiner Meinung nach mit das wichtigste. Sie kann einer Therapie förderlich sein,

sie aber auch behindern oder unmöglich machen. Für die Atmosphäre ist entscheidend, wie die Mitarbeiter miteinander umgehen. Wenn nun das Milieu „gut“ ist, kann man eine Art psychotherapeutische Milieuthherapie versuchen, in dem man die Übertragungsphänomene in den Blick nimmt. Ich fragte mich, in welcher Übertragungskonstellation ist der Patient auf der Station, zu wem entwickeln sich welche Beziehungsmuster und wie kann man das handhaben. Um ein Beispiel zu nennen: Es hat eine Patientin zu einer bestimmten Krankenschwester eine Mutterübertragung entwickelt, gedeiht darunter offenbar gut, bekommt viel Fürsorge und Zuwendung, wir müssen aber aufpassen, daß sie nicht zu sehr regrediert und dazu vielleicht jemand anderen stärker in die Therapie mit einbeziehen, der dann auch bestimmte Forderungen stellt. Ich persönlich fände es noch besser, wenn das durch die gleiche Person erfolgt, wenn also die Krankenschwester die Beziehung etwas anders entwickeln läßt. Ich denke, so können sehr wirksame psychotherapeutische Prozesse auf einer Station in Gang kommen. Sie laufen aber nicht unbedingt so ab, daß sich eine Krankenschwester zu festgesetzten Zeiten mit der Patientin zusammensetzt, sondern diese Behandlung ist verwoben in den Alltag, in die Gruppenangebote auf der Station, z.B. Kochen oder etwas zusammen unternehmen, die sogenannte Außenaktivität.

Wie gehen die Schwestern mit den verschiedenen Seiten um: Was machen sie im gemeinsamen Alltag, den man traditionellerweise als milieutherapeutisch betrachtet, und was machen sie mit den vielen therapeutischen Seiten, in denen Übertragungsphänomene vorkommen, über die sie auch sprechen.

Da müssen Sie am besten mit den Schwestern und Pflägern selbst sprechen. Ich fände ein Interview mit einem Stationsteam eine gute Idee.

Haben sie eine Stationsbesprechung?

Ja. Es gibt viele Besprechungen. Jeden Mittag eine einstündige sogenannte Übergabe, die bei nur zwölf Patienten relativ ausführlich ist. Einmal in der Woche sind es anderthalb Stunden, da bin ich mit dabei. Bei besonders schwierigen Patienten nehmen wir uns dann auch für einen Patienten eine Stunde für eine Fallbesprechung. Dabei wird konzeptuell überlegt, was ist mit dem Patienten los, wie können wir ihn erreichen und welche Therapieziele können mit welchen Risiken in Angriff genommen werden. Ein Beispiel: Eine junge Patientin mit einer schwierigen Kindheitsentwicklung, die jetzt eine Angst- und Zwangssymptomatik entwickelt hat, ist vor kurzem zur Aufnahme gekommen. Die Krankenschwester, die die Bezugstherapeutin ist, hat schon mehrere Gespräche mit der Patientin geführt und etwas über einen sexuellen Mißbrauch in der Vorgeschichte erfahren. Wir überlegten, daran zu-

nächst nicht zu rühren, da die Patientin zur Zeit so wenig Ich-Stärke hat, daß sie nicht in der Lage wäre, sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen. Wir formulierten als aktuelles Therapieziel, die Stärkung von Ich-Funktion, wobei dies bei der wenig differenzierten Patientin dadurch geschieht, daß wir gemeinsam mit ihr etwas tun. Nachdem bei dieser Patientin eine Stabilisierung eingetreten war, wäre es möglich gewesen, sie für längere Zeit auf der Station zu behalten und intensiver in eine psychotherapeutische Beziehung mit ihr zu kommen. Dies wiederum erschien nicht klug, weil sie schon lange vorbehandelt war und gerade mit einer Ausbildung angefangen hatte, die bei einer langen stationären Therapie hätte abgebrochen werden müssen. Wir haben nach der Stabilisierung die Patientin wieder nach außen orientiert, was von den Mitarbeitern viel Sensibilität erfordert hat, da es in der Form geschehen mußte, daß sie sich nicht abgelehnt fühlte. Gleichzeitig wurde eine ambulante Behandlung in die Wege geleitet. Solche Fragen, also Behandlungsziele und Wege, dorthin zu kommen, werden in den Besprechungen thematisiert.

Sind Sie damit einverstanden, wenn ich sage, die Überlegungen sind psychotherapeutisch-psychoanalytisch orientiert, aber es soll daraus nicht eine verbale Aufarbeitung resultieren, sondern eine praktische Umsetzung im Alltag?

Ja, die Konflikte werden eher in Szene gesetzt auf der Station, der Patient verbalisiert sie nicht unbedingt. Wir reagieren und arbeiten mit dieser Inszenierung. Was ja im Prinzip auch in der Psychotherapie gemacht wird. In einer analytischen Therapie ist man ja heute auch der Meinung, daß das Wirksame nicht das Bewußtmachen ist, sondern das, was in der Übertragungs-/Gegenübertragungs-Beziehung abläuft. Insofern denke ich, es ist gar nicht mal nötig, daß man das verbalisiert.

Das denke ich auch. Wieweit thematisieren Sie solche Überlegungen mit den Bezugstherapeutinnen?

In den Teambesprechungen. Die beschränken sich natürlich nicht auf die anderthalb Stunden wöchentlich. Wir haben ja sonst auch Gelegenheit, zwischendurch über dies und jenes zu sprechen, insbesondere, wenn es Schwierigkeiten gibt. Sie dürfen sich das nicht zu ideal vorstellen. Es läuft natürlich nicht bei jedem Patienten so ausführlich, psychotherapeutisch ab.

Haben sie den Anspruch, daß psychotherapeutische Arbeit im Team stattfindet? Inwieweit ist sie Ihnen wichtig?

Ich finde schon, daß sie wichtig ist. Es ist die Chance einer stationären Therapie, im Vergleich zur ambulanten Therapie. Man kann zwar auch in einer Ambulanz im Sozialpsychiatrischen Dienst das Setting so ein-

richten, wenn man ein Team hat, mit dem unterschiedliche Übertragungsmöglichkeiten bestehen. Das kann ich in einer Einzelbehandlung nicht machen, da bin ich allein.

Ich denke jedenfalls, daß es einen großen Unterschied gibt, was in einer Einzelbehandlung oder in einer Institution mit allen Beteiligten stattfinden kann. So wie ich es bisher verstanden habe, heißt es, es gibt in der stationären Arbeit viele psychotherapeutische Elemente. Zwar wird nicht bei jedem Patienten gleich viel gearbeitet, aber wenn es möglich ist, findet eine modifizierte Psychotherapie innerhalb dieses Settings statt.

Ja, ich muß dazu sagen, ich spreche jetzt nicht von den beiden Stationen, für die ich zuständig bin. Ich habe jetzt nur von dieser kleinen Station, auf der zwölf Betten sind, gesprochen. Es ist auf dieser großen Bettenstation (29 Betten) bisher nicht so möglich. Ich weiß nicht, ob es schwer möglich ist, weil die Station so groß ist. Es ist eine viel schwierigere Station deshalb, weil die Patientengruppe uneinheitlich ist. Es sind viele demente Patienten, also auch Patienten mit organischen Psychosyndromen, depressive Patientinnen und auch chronisch psychotisch Kranke. Das stellt an die Mitarbeiter sehr unterschiedliche Anforderungen. Sie müssen mit dementen Patientinnen den Tag strukturieren, müssen es mit schwer depressiven Patienten aushalten und mit ihnen eine Art Psychotherapie machen und sind, dadurch daß das Team viel größer ist, eine weniger homogene Arbeitsgruppe. Sie kennen sich gegenseitig nicht so gut, sind nicht so gut aufeinander eingespielt. Auf der kleinen Station mit zwölf Betten ist es viel einfacher. Wir arbeiten gut eingespielt. Die Mitarbeiter haben eine eigene Identität. Das Team hat eine therapeutische Identität, aber die einzelne Mitarbeiterin auch. Wir wissen, welcher Krankenpfleger besonders geeignet ist für Patienten, die aggressiv reagieren, er kann also gut mit ihnen umgehen. So gibt es unterschiedliche Identitäten. Das führt natürlich auch zu einem guten Selbstbewußtsein. Das ist auf der großen Station bisher noch nicht möglich. Die Arbeitsbedingungen sind hier viel schlechter.

Sozialpsychiatrie und Psychotherapie – ein Spannungsfeld?

Sehen Sie ein Spannungsfeld zwischen Sozialpsychiatrie und Psychotherapie?

In mancher Hinsicht ja. Ich finde es problematisch, daß die ambulant behandelnden Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu einem hohen Prozentsatz leichter Kranke oder auch fast Gesunde behandeln, während es trotz einer steigenden Zahl niedergelassener Psychotherapeuten nach wie vor schwierig ist, für schwerer gestörte Patienten Therapie-

plätze zu finden. Den einzelnen Psychotherapeuten ist daraus nicht einmal ein Vorwurf zu machen, weil ein wichtiger Grund im Vergütungssystem der Krankenkassen liegt, das die „normalen“ Neurotiker bevorzugt. Ich finde es schwer erträglich, daß die Kassen einer im wesentlichen gesunden Frau, die Eheprobleme hat, eine Psychotherapie bezahlen, während eine junge schizophrene Patientin nur eine „psychiatrische Behandlung“, also ein Gespräch von wenigen Minuten bezahlt bekommt.

In meiner täglichen Arbeit ist das von Ihnen angesprochene Spannungsfeld zwischen Sozialpsychiatrie und Psychotherapie allerdings kein Problem.

Es läßt sich gut vereinbaren, sowohl die soziale Situation des Patienten im Blick zu haben und da auch planend tätig zu werden, z.B. im Hinblick auf betreutes Wohnen oder Arbeiten, und gleichzeitig mit ihm oder ihr an bestimmten innerpsychischen Problemen zu arbeiten.

Sie haben sicher die Facharzt-Ausbildung gemacht und einen Psychotherapiezusatztitel. Wie haben Sie das erlebt: War es schwierig, so verschiedene Konzepte kennenzulernen? Oder haben Sie beides als homogen erlebt? Liefen beide Konzepte dort schon ineinander?

Das war sehr unterschiedlich. Die Psychotherapie-Ausbildung war auf neurotische Patienten ausgerichtet. Im psychiatrischen Alltag habe ich aber fast keine neurotischen Patienten behandelt, es sei denn, die Neurose war so schwer, daß eine längere stationäre Behandlung unumgänglich war. Manche Patienten kommen auch nur zur Krisenintervention.

Am Anfang hatten die beiden Bereiche für mich wenig miteinander zu tun. Da war einerseits die Psychiatrie, in der ich damit beschäftigt war, wie ich die Station leiten kann, wie die ganze Psychiatrie lernen. In der Zeit im Sozialpsychiatrischen Dienst habe ich angefangen, mehr psychotherapeutische Elemente in die psychiatrische Behandlung zu bringen. Ich hatte dort die Möglichkeit, viele, insbesondere psychotisch Kranke zu behandeln. Da die nicht mehr so akut krank waren, mußte ich keine Angst haben, auch aufdeckend vorzugehen. In der ambulanten Behandlung erwies sich das in gewisser Weise als stabilisierend. Ich hatte in dieser Zeit sehr viele Patienten gesehen und mit manchen dieser Patienten über die Zeit einen engeren psychotherapeutischen Kontakt entwickelt. Es blieb nicht beim üblichen sozialpsychiatrischen Behandlungssetting. Die Behandlung wurde intensiver. Solches Arbeiten war sehr befriedigend und hat sehr viel Spaß gemacht. Ich glaube, es ging deshalb so gut, weil ich mir die Patienten ausgesucht habe oder weil die mich ausgesucht haben. Der psychotherapeutische Kontakt hatte sich im Laufe der Behandlung entwickelt. Ich hatte mich nicht hingesetzt und gesagt, wir machen jetzt Psychotherapie, sondern es ist eine Symptomatik entstanden. Ich habe gelernt, daß es eine gemeinsame Sprache

gibt. Diese Behandlung war dann auch erfreulich. Als ich nicht mehr in der Beratungsstelle war, habe ich es auch zwei, drei Mal versucht, daß psychotisch Kranke zu mir kamen oder geschickt wurden. Es sollte keine rein psychotherapeutische Behandlung sein, aber doch schon eine intensivere. Das ist schiefgegangen. Ich glaube, es lag daran, daß es keine gewachsene Beziehung war, sondern daß es eine „Reißbrett-Psychotherapie“ war.

Das heißt also, aus der Arbeit der Reißbrett-Psychotherapie ist etwas anderes geworden?

Ja, bzw. ich habe zur Reißbrett-Psychotherapie keine Lust. Nicht bei diesen Schwerstgestörten.

Es ist ja die Frage, ob bei Schwergestörten „Reißbrett-Psychotherapie“ falsch ist oder ob die Arbeit mit ihnen eine Möglichkeit sein kann, weiterzudenken: Wie kann frau psychotherapeutisch arbeiten jenseits des klassischen Settings?

Noch einmal zu den schwergestörten Patienten. Es sagen alle, die mit ihnen arbeiten, daß diese Arbeit sehr anstrengend ist. Ich glaube, das ist auch ein Grund, weshalb eine psychotherapeutische Beziehung sich entwickeln muß, bzw. weshalb man sich gegenseitig aussuchen muß. Die Patientin muß sich die Therapeutin aussuchen, sonst hält sie es nicht so gut aus. Die Beziehung kann sich auch aus einer Notfall-Behandlung heraus entwickeln, aus der Sympathien erwachsen. Dann mag ich die Patientin, weil ich sie so lange behandelt habe. Aber ich muß solche Patienten auch wirklich leiden können.

Wenn Sie mitzugestalten hätten, wie eine Psychotherapieweiterbildung für Psychiater und Psychiaterinnen aussieht, was wäre Ihnen wichtig, was würden Sie vorschlagen?

Selbsterfahrung. Deshalb, weil die Betroffenen sonst keine Vorstellung davon haben, wie lange bestimmte Prozesse dauern können. Ich sehe das bei Jüngeren. Sie denken, es könnte so schnell gehen. Veränderungen entstehen nicht so schnell. Ich denke, wenn die einzelne selber erlebt hat, wie hartnäckig eine Veränderung in Gang kommt, dann hat sie eine andere Einstellung dazu. Ich glaube, daß die Selbsterfahrung sehr wichtig ist. Auch dafür, daß ich erfahren habe, was eine Übertragungsbeziehung ist, wie irrational sie sein kann.

Ausbildung

Sie haben vorher von der Reißbrett-Psychotherapie gesprochen. Was ist an ihr frag-würdig? Wie könnte sie für den psychiatrischen Alltag nütz-

lich werden? Die Selbsterfahrung findet ja außerhalb des psychiatrischen Alltags statt und muß auf jeden Fall stattfinden. Die klassischen Psychotherapie-Weiterbildungen gehen immer noch davon aus, das sich 20-80 Stunden (jeweils eine Stunde bzw. 50 Min.) lang ein Patient und eine Psychotherapeutin gegenüber sitzen. Wenn wir jetzt den psychiatrischen Alltag nehmen, haben Sie eine Idee, wie Weiterbildung dort stattfinden könnte?

Wie man Assistenten ausbilden könnte? Muß ich mal darüber nachdenken.

Wie geben Sie denn mit ihren Assistenten um, was sollten die psychotherapeutisch wissen?

Manchmal weise ich auf Prozesse hin, die in einem Gespräch ablaufen: Wie sich die Gegenübertragung entwickelt, z.B. die aggressive Gegenübertragung bei depressiven Patientinnen. Nicht immer ist es angebracht, die Gegenübertragung zu thematisieren. Aber die Assistenten müssen wissen, daß wir solche Prozesse nicht überspielen, wegdrücken können. Wir können mit ihnen arbeiten. Wenn wir mit der Gegenübertragung arbeiten, wird sie in gewisser Weise neutralisiert.

Findet das Gespräch darüber zwischen Ihnen und dem Patienten statt oder zwischen dem Assistenten und dem Patienten in Ihrer Anwesenheit? Letzteres, die Assistenten berichten davon. Außerdem entwickeln wir dynamische Hypothesen, wenn wir uns überlegen, was eigentlich mit dem Betroffenen los ist.

Geschieht das in Stationsbesprechungen nebenher, ohne daß sich die Beteiligten dessen bewußt sind?

Manchmal. Wir überlegen die Hypothesen ganz genau im Rahmen der Visite. Wir machen die Visite nicht im Patientenzimmer, sondern im Arztzimmer. Wir haben dann, wenn wir die Patientin gesehen haben, noch Zeit. Wir können noch über sie sprechen. Dann können wir genaue psychodynamische Thesen entwickeln.

Wenn ich noch einmal an Ihre Psychotherapie-Weiterbildung erinnern darf – was könnte im Vergleich dazu kliniknah organisiert sein?

Ich habe Glück mit meiner Psychotherapie-Weiterbildung gehabt, weil ich sie hier an der Medizinischen Hochschule gemacht habe. Damals habe ich noch nicht hier gearbeitet. Sie wurde von Frau Rohde-Dachser geleitet. Sie hat hier in der Klinik mitgearbeitet, hat Patientenvorstellungen geleitet und Kasuistiken. Sie hat mitüberlegt, wie wir therapeutisch vorgehen könnten. Sie hatte eine Vorstellung von schwergestörten Patienten und ein unglaublich didaktisches Geschick. Da habe ich viel gelernt, was die Behandlung von Frühgestörten angeht.

Sie sehen also keine große Diskrepanz zwischen Psychotherapie und Psychiatrie?

Doch.

Und wie sieht sie aus?

Ich denke, daß man bei den Patientinnen, die in der Psychiatrie behandelt werden, mit Psychotherapie allein nicht weiterkommt. Wir brauchen Pharmakotherapie. Die sozialen Weichenstellungen stehen stärker im Vordergrund als bei neurotisch Kranken. Ich halte die Pharmakotherapie für wichtig. Sie macht psychotherapeutisches Arbeiten erst möglich. Und eine Hauptvoraussetzung ist eine kompetente Pharmakotherapie.

Wenn Sie Psychotherapie und Psychiatrie in einen Bezug bringen müßten, ist Psychotherapie eine Teildisziplin der Psychiatrie?

Ja, das kann ich so sagen, jedoch eine Teildisziplin, die mit anderen Teildisziplinen ganz eng verwoben ist. Es gibt psychisch Kranke, bei deren Erkrankung ich organische Faktoren für wichtig halte, z.B. schwere psychotische Depressionen, wenn auch bei ihrer Entstehung psychogene Faktoren mit wirksam gewesen sind. Obwohl ich da nicht im engeren Sinn psychotherapeutisch arbeite, muß ich ein kluges und angemessenes Umgehen mit diesen Symptomen entwickeln, damit die Patienten nicht zusätzlich leiden bzw. vielleicht eine leichte Besserung erfahren. Das würde ich dann auch Psychotherapie nennen, obwohl sie weit entfernt ist von allen klassischen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren. Es gibt andererseits Erkrankungen, bei denen körperliche Faktoren kaum eine Rolle spielen, bei denen die Psychotherapie das Hauptverfahren ist. Und es gibt eine ganz große Gruppe von Menschen, die beide Behandlungen brauchen. Ich denke, die Psychotherapie ist dann oft unsichtbar, gerade für diese Patienten: Sie denken, sie sind in der Klinik, bekommen Medikamente und nehmen an Gruppen teil, in denen sie zusammen mit anderen etwas tun. Sie sprechen natürlich auch mit ärztlichen und pflegerischen Therapeutinnen und nehmen diesen Teil vielleicht auch als Psychotherapie wahr, einen ganz großen Teil jedoch nicht. Das habe ich auch in der ambulanten Behandlung beobachtet. Ich kann mich erinnern, daß in der Wunstorfer Ambulanz unter den Patienten eine Umfrage über die Behandlung gemacht wurde. Die meisten Patienten sagten, daß sie Medikamente bekamen, sie sprachen aber nicht über die Kaffeerunden, bei denen sie mit anderen Patienten saßen, oder von den Gesprächen mit der Krankenschwester, weil sie das nicht als Therapie, sondern als persönliche Beziehung erlebten. Ich glaube nicht, daß es gegen eine Behandlung spricht, wenn sie von dem Patienten nicht als Psychotherapie erlebt wird.

Vielleicht ist es diese Wirkung im Hintergrund, die es schwer macht, psychotherapeutische Elemente zu beschreiben und aufzuarbeiten oder für andere verstehbar zu machen.

Vielen Dank für das Gespräch.

Zusammenfassung

Eva Freudenberg stellt ihre Arbeit als Oberärztin einer akutpsychiatrischen und geriatrischen Abteilung vor. Sie denkt darüber nach, wie Psychotherapie in der Psychiatrie aussehen könnte; inwiefern Sozialpsychiatrie und Psychotherapie ein Spannungsfeld bilden. Ausbildungsmöglichkeiten für eine psychiatrische Psychotherapie werden diskutiert.

Tagungsberichte

■ Weibliche Aggressivität und ihre Wirklichkeiten

Bericht über eine Tagung zu dem Thema „Feminismus und Psychoanalyse“ in Hamburg vom 18.02.-20.02.1994, veranstaltet vom Hamburger Arbeitskreis für Feminismus und Psychoanalyse

In der Frauenbewegung und feministischen Literatur ist weibliche Aggressivität schon seit längerem ein ebenso festes wie heikles Thema. Wenigstens ihrem Anspruch nach können und sollen Frauen auch aggressiv sein, sich wehren und sich behaupten können. Was konstruktive oder destruktive Aggression bedeuten kann und welche Implikationen sie hat, ist aus feministischer Sicht nicht unumstritten, wie die beispielhafte Gegenüberstellung von aktiv in Befreiungskriegen kämpfenden, sich mit Gegengewalt wehrenden, in Partnerschaften mißhandelten Frauen und KZ-Aufseherinnen zeigt. Sich dieser Problematik von psychoanalytischer Seite zu nähern und einer etwas differenzierteren Betrachtung zu unterziehen, war Anliegen der Tagung.

In ihrem Einführungsvortrag betonte Christa Rohde-Dachser, daß es nicht nur auf eine Beschreibung weiblicher (und männlicher)

Formen von Aggressionen ankommt, sondern es vielmehr um das Verstehen der Motive gehen müsse. Auch nach neueren entwicklungspsychologischen Studien seien Frauen und bereits Mädchen weiterhin Meisterinnen der indirekten Aggression, bewerten offen aggressives Verhalten (eher männlich) negativ und ziehen es vor, die angestammte Rolle der immer Guten, des Opfers einzunehmen. Selbst bei erfolgreichen Frauen finde sich immer noch die Haltung, ihre Karriere dem Zufall oder sonstigen günstigen Umständen zuzuschreiben. Dazu gehöre häufig die Unfähigkeit, die eigene „Täterschaft“ für sich zu reklamieren und den dazu gehörigen Entwicklungsprozeß anders als passiv zu erleben. Zu der Frage, warum das so ist, konnte auch Frau Rohde-Dachser keine schlüssigen Hypothesen vorlegen. Sie stellte jedoch die Vermutung auf, daß dieses Phänomen nicht nur, wie bisher häufig in der Literatur beschrieben, etwas mit der speziellen Beziehung zu und mit der Identifikation mit der Mutter, sondern auch etwas mit den Vätern zu tun haben könnte. Die dem unter Umständen zu Grunde liegende Angst, väterliche Figuren „zu überholen“ illustrierte sie mit einigen klinischen Beispielen, in denen es im Kern um Frauen ging, die – Männern nachgeordnet –

kreativ arbeiten konnten, bei selbstverantwortlichen Projekten jedoch ausgeprägte Arbeitsstörungen entwickelten. Aggressive Auseinandersetzungsformen seien bei Frauen generell eher mit Frustrationsaggression assoziiert, weniger mit einem aktiv „sich die Welt erobern“ oder „etwas in Angriff nehmen“.

Weitere Beiträge befaßten sich mit „Blitzlichtern“ zu weiblicher Aggressivität aus der Geschichte, Mädchen in der Pubertät, weiblichen Trotz und der Zerstörung weiblichen Begehrens unter Frauen. Zum Konzept der Tagung gehörte es, daß einige der Themen in Arbeitsgruppen vertiefend diskutiert werden konnten.

Zum Schicksal sog. „wilder Mädchen“, die vor der Pubertät ein eher an Jungen orientiertes Verhalten zeigen, wurden dabei zwei Aspekte deutlich. Wie Sonja Düring in einer qualitativen Untersuchung zeigen konnte, ist zum einen das scheinbar souveräne, bisweilen jugenhaft-draufgängerische Verhalten im wesentlichen auf emotionale Mangelenerfahrungen zurückzuführen. Zum anderen scheinen die früheren „wilden Mädchen“ in ihrer späteren Entwicklung Schwierigkeiten zu haben, eine stabile weibliche Identität auszubilden.

In ihrem Referat zum Thema „Die Zerstörung des Begehrens unter Frauen“ führte Edda Uhlmann einige Gedanken zur Beziehung zwischen Müttern und Töchtern unter diesem Blickwinkel aus. Anhand einiger Skizzen zur Biografie

der Lyrikerin Sylvia Plath und eigener klinischer Fallbeispiele zeigte sie, in welcher Weise und Intensität sich Mütter der Lebenswirklichkeit ihrer Töchter bemächtigen und damit die Individualität des Begehrens beschädigen können. Wie sehr dabei die Grenzen verloren gehen können, wird eindrücklich an dem Beispiel Sylvia Plath illustriert, die ihrer Mutter wöchentlich Briefe schrieb, in denen sie unter Preisgabe ihres eigenen Selbst ihr auch ihre intimsten Erlebnisse zur Kenntnis gab.

Auch der sehr originelle Abschlußvortrag von Luise F. Pusch („Wir treten aus der Küche aus und schicken ihn in Pension“ – Neue Überlegungen zum Faulenzen) konnte nicht darüber hinwegtäuschen, daß auf dieser allein von Frauen gestalteten und besuchten Tagung einiges vermieden wurde. So schien es selbst in einer Arbeitsgruppe zum Umgang mit der eigenen Aggressivität („Bin ich wirklich so ein Monster?“) kaum möglich, über eigene aggressive Phantasien ins Gespräch zu kommen. Auch an dieser Stelle wäre eine zeitweise Verschiebung des thematischen Schwerpunkts weg von den Müttern und hin zur Rivalität unter Schwestern nötig gewesen. ■

Angela Schürmann,
Lübeck

■
Der Abschied von Babylon ...

*Bericht über den XVI.
 Weltkongreß für soziale
 Psychiatrie. Er fand unter dem
 Titel „Abschied von Babylon“
 vom 5. bis 10. Juni 1994 in
 Hamburg statt.*

Der „Abschied von Babylon“ war das Leitthema des XVI. Weltkongresses für Soziale Psychiatrie, der im Juni 1994 in Hamburg stattfand. Intendiert war damit eine kritische Reflexion der in dem Bau des Turms implizierten (psychiatrischen) Größenphantasien und ihrer mittelbaren und unmittelbaren Folgen, die bekanntlich in der Sprachverwirrung endeten. Es sollte eine Plattform für Patienten, Angehörige und Professionelle geschaffen werden, auf der über klinische und wissenschaftliche Fragen mit einer gemeinsamen Sprache diskutiert und nachgedacht werden sollte.

... und die Realität

Die Plattform entstand über weite Strecken, allerdings mit variierenden Eintrittspreisen und der etwas schmerzlichen Erfahrung, daß manch mehr oder weniger prominenter Teilnehmer kostenlos davonkam, während andere tief in die Geldbörse zu greifen hatten.

Wer angesichts des für den Zweck etwas konventionellen, den Kongreß beherbergenden Hamburger Kongreßzentrums damit gerechnet hatte, daß die Sozialpsychiatrie nach der Aufbruchstimung der 60er und 70er Jahre im „Sumpf der Institutionen“ ge-

wissermaßen versickert war, wurde eines anderen belehrt. Die „dunklen Seiten der Psychiatrie“ standen am ersten Kongreßtag im Vordergrund. Der allumfassende Anspruch (sozial-)psychiatrischer Versorgungssysteme, die Vernichtung psychisch Kranker und die zweite Verfolgung der Verfolgten in den Wiedergutmachungsverfahren war in Symposien ebenso repräsentiert wie der Mißbrauch der Psychiatrie in einigen Staaten des sogenannten Ostblocks, die Bedeutung von Realtraumatisierungen etwa in Jugoslawien und der Existenz von sogenannten Randgruppen wie der Obdachlosen und Heimbewohner in der „Schattenpsychiatrie“. Die Beschäftigung mit subjektivem Erleben und Miterleben bildete den Schwerpunkt des zweiten Tages, an dem u.a. neben den Erfahrungen von Betroffenen und Angehörigen auch die theoretischen und therapeutischen Antworten der Professionellen sich gegenüberstanden, wie dies etwa in den Symposien zu psychoanalytischen Konfliktmodellen der Psychosen oder zur Expressed Emotion-Forschung deutlich wurde. Transkulturelle Erfahrungen und Ansätze bildeten den Themenschwerpunkt des dritten Tages, während der vierte Tag den politischen und strukturellen Voraussetzungen der Sozialpsychiatrie vorbehalten war. Dem aufmerksamen Zuhörer wurde an diesen beiden Tagen eine Fundgrube verschiedener und z. T. sehr spannender Erfahrungen aus verschiedenen Kulturen und Versorgungssystemen geboten.

Insgesamt bestand das Eindrucksvolle des Kongresses vor allem in der Lebendigkeit, in der zahlreiche kleinere und größere Projekte in den Symposien vorgestellt und diskutiert wurden und in der Art und Weise, in der die Integration von Patienten und Angehörigen gelang. Die Vielgestaltigkeit war aber auch seine Schwäche, so daß durch eine Vielzahl von inhaltlich und qualitativ höchst unterschiedlicher Veranstaltungen jene für derartige Großereignisse wohl unvermeidbare Desintegration entstand, die die Veranstalter eigentlich umgehen wollten. Aus der sozialpsychiatrischen Aufbruchstimmung der 60er und 70er Jahre sind, werden die Ereignisse dieses Kongresses zu Grunde gelegt, z.T. elaborierte Versorgungs- und Selbsthilfekonzepte entstanden. Daß Finzens These von der „neuen Ein-

fachheit“ in der Sozialpsychiatrie nach wie vor eine gewisse Gültigkeit besitzt, zeigte sich in einigen Veranstaltungen durch eine spürbare Aversion sozialpsychiatrisch Tätiger gegenüber psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Modellen und empirischer Überprüfung ihres Tuns. Der im Psychiatrie-Verlag als Sonderband der „Sozialpsychiatrischen Informationen“ herausgegebene Abstractband des Kongresses verdient vielleicht gerade deshalb eine besondere Beachtung, da er die Verständigungsgrenzen widerspiegelt, die zwischen den verschiedenen Bereichen der Psychiatrie bestehen bleiben. ■

Harald J. Freyberger,
Lübeck

Buchbesprechungen

■ *Nuber, Ursula (Herausgeberin): Bin ich denn verrückt?! Was Psychotherapie für Frauen leistet – und was nicht. 186 Seiten, DM 29,80, Kreuz Verlag, Zürich 1994*

Psychotherapie als Land der unbegrenzten Selbstverwirklichung zu begreifen, ist out. Auch ob die Umsetzung feministischer Forderungen für Frauen größeres Glück bedeutete, bleibt offen, da wir zwar nicht mehr im Patriarchat, aber in einer männerdominierten Gesellschaft leben. Kurz, es ist einiger Realismus angesagt. Diesen Tenor prägte schon Ursula Nubers letzter herausgegebener Band im Kreuz Verlag: „Wir wollten alles, was haben wir nun? Eine Zwischenbilanz der Frauenbewegung“ (1993).

Der neue Band ist in drei Kapitel gegliedert. Das erste befaßt sich mit der „Krankheitsursache: Weibliches Geschlecht“. Hier geht es um spezifische Eigenschaften oder Probleme von Frauen, die in Psychotherapien berücksichtigt werden müssen. Auf verschiedene Weise wird hervorgehoben, daß Symptome von Frauen aus männlicher Sicht analysiert werden: die vielfachen Anforderungen an Frauen seien dazu angetan, psychisch zu erkranken. Typisch männliche Eigenschaften werden als Anzeichen psychischer Gesundheit betrachtet (Monika Sieverding). Angststörungen können bei Frauen eng verknüpft sein mit der erlernten Unfähigkeit, Probleme zu lösen (Anne

Maria Leimkühler). Depressionen bei Frauen können ein „gesundes“ Symptom sein und zum Ausgangspunkt für produktive Veränderungen genommen werden (Ursula Nuber). Lebenssituationen von „Solo-Frauen“ werden nicht selten als ungesund betrachtet, oder zumindest als Einsamkeit und Unglück befördernd (Dorothee Schmitz-Köster).

Die beiden folgenden Kapitel: „Frauen in Therapie: Erfahrungen“ und „Die riskante Chance“ beschäftigen sich zwar auch mit besonderen Problemen von Frauen, sie sprechen aber prinzipiell Probleme und Grenzen von Psychotherapie an. Bis auf wenige Ausnahmen sind diese Beiträge anspruchsvoller und Psychotherapiekritisch. Anke Roming berichtet von einer problematischen Erfahrung mit einer Paartherapie. Ursula Nuber beschreibt die Angst vor einem „therapielosen Leben“. Ann Koellreuter reflektiert Probleme und Fallen in der Psychoanalyse einer Frau bei einer Psychoanalytikerin, und Ursula Wirtz schreibt über sexuellen Mißbrauch in der Therapie und den „Verrat am Eros“.

Die Beiträge sind gut und flüssig zu lesen, eher als Bettlektüre oder leichte Lektüre zwischendurch zu betrachten denn als anspruchsvolle wissenschaftliche Auseinandersetzung. So drohen auch einige konstruktive Gedanken zur gegenwärtigen Psychotherapie-Diskussion unterzugehen. Christa Damkowskis Beitrag z.B. „Ich schaffe es

allein. Aus eigener Kraft Krisen bewältigen“ enthält in zwei Berichten von Frauen über ihre Therapie die Erfahrung, daß die Zeit der Psychotherapie als Moratorium erlebt wurde. Konstruktiv an dieser Zeit schien vor allem die Möglichkeit des Rückzugs, einer Pause im Leben und ausreichend Zeit für eine Neubesinnung zu sein. Daneben aber wird berichtet, daß alle Energien durch eine Analyse gebunden waren, so daß während fünf Jahren weder eine Liebesbeziehung entstehen konnte noch eine konstruktive Neuorientierung im Beruf möglich war. Eine andere Frau berichtet über eine 50 Stunden Psychotherapie als „sehr schöne Zeit“. Sie sei aber mit ihrem Problem alleine geblieben. Während der Therapie habe sie in einer Passivität gelebt und weder beruflich noch privat etwas Neues angefangen. Als einziger Mann ist Hans Strupp von Ursula Nuber für das Buch interviewt worden zu Möglichkeiten und Bedeutung analytischer Kurzpsychotherapie. In diesem Interview pointiert Strupp, daß die Kurzpsychotherapie ein Ziel braucht, ähnlich einer Autofahrt von Punkt A zum Ziel B. Damit sei eine Richtung vorgegeben. Bei der Psychoanalyse werde nicht selten einfach „ins Blaue gefahren“. Außerdem betont Strupp als Problem, daß in einer erfolgreichen Psychotherapie die Hauptwirkung von der sich entwickelnden Beziehung ausgehe. Weder Krankenkassen noch Regierungen aber könnten damit etwas anfangen. Sie benötigten Methoden und Indikationen

für eine Methode. Die logische Folge davon wäre, daß Psychotherapie eben eine menschliche Beziehung und keine medizinische Behandlung sei. Leider endet an diesem spannenden Punkt das Interview.

Den Abschluß bildet ein bissiger Beitrag von Fay Weldon über „Die hohen Priester der richtigen Gefühle. Eine sehr persönliche Warnung vor Psychotherapie“. Heilung sei genauso undefinierbar wie die Beschwerde, denn die Therapeuten unterlägen in ihrer Mehrheit keinen strengen Regeln. Warnen will sie, weil Psychotherapie ein Eldorado für Ausbeuter sei. Im Mittelalter habe frau Ablaß bezahlt, um Rabatt auf ihre Sünden zu bekommen. Heute verließen wir die Macht, Sünden zu vergeben, an den Therapeuten. Dazu liege heute die Betonung darauf, daß wir alle glücklich sein müßten. Wenn wir es nicht seien, sei irgend jemand daran schuld. Viele Frauen sehen die Ursache für ihr Unglücklichsein oder ihre Eßprobleme in der Vergangenheit. Da sie sonst keine Erklärung finden, suchen sie die einzig mögliche, die sie anscheinend vergessen hatten: Mißbrauch! Viele Therapeuten und Berater wollten uns davon überzeugen, daß Unglück, Unzufriedenheit und innere Unruhe abnormale Zustände seien und nicht das Schicksal der Menschheit.

Auf den ersten Blick wirkt der Band wie ein Trendbuch – ein paar Gedanken zu Frauen in Psychotherapie, leicht geschrieben, leicht zu lesen. Das wäre zu wenig. Nur schade, daß die anregenden Gedanken, die lohnenden Diskussionsbeiträge

zur Psychotherapie wirken, als seien sie darin gut verpackt worden. ■

Ulrike Hoffmann-Richter,
Basel

■
Gur, Batya: Denn am Sabbat sollst Du ruhen. 384 Seiten, 12.80 DM, Goldmann Verlag, München 1994

Ein Krimi dient in der Regel der Kurzweil im Urlaub oder der Entspannung vor dem Schlafengehen. Gehört er zu den Anspruchsvollen, liefert er möglicherweise ein Psychogramm bestimmter Personen, einer Gruppe oder eines Milieus. Wie aber, wenn die Autorin uns nur vordergründig eine Kriminalhandlung lieferte und etwas ganz anderes bezweckte – eine Kritik der Psychoanalytischen Vereinigung? Liest frau Batya Gurs „Roman“ gegen den Strich, liegt die Schlußfolgerung nahe, zumal der Umschlag uns wissen läßt, daß ihr Mann Psychoanalytiker ist.

Aber ihr Krimi ist nicht nur fingiert: Er ist spannend von der ersten bis zur letzten Seite, packend und zuweilen abgründig: Im Jerusalemer Psychoanalytischen Institut soll an einem Sabbatmorgen eine verehrte Lehranalytikerin einen Vortrag halten. Eine Stunde zuvor wird sie von einem Kandidaten in einem Behandlungszimmer tot aufgefunden. Kandidaten, Kandidatinnen und Analytiker versammeln sich. Die Polizei tritt auf den Plan und mit ihr bricht die Welt in das geschlossene Institut ein. Angst und Mißtrauen breiten sich aus. In-

spektor Michael Ochajon ist von seiner Dienststelle beauftragt, den Mord aufzuklären. Von Ernst Hildesheimer, dem Ausbildungsleiter und weisen Alten des Institutes wird er gedrängt, sich zu beeilen. Denn die weitere Funktionsfähigkeit, ja die Existenz des Institutes steht auf dem Spiel, solange der Verdacht besteht, daß ein Mitglied aus dem inneren Kreis des Institutes einen Mord verübt hat.

Mit Ochajon, der nicht nur Polizeiinspektor, sondern auch ausgezeichnete Historiker ist, betritt ein intelligenter, differenzierter „Normalmensch“ das Institut. Mit seinen Augen sehen alle, die sich in psychoanalytischen Instituten nicht auskennen, die Mechanismen einer totalen Institution, in der der Ausbildungsausschuß Legislative und Exekutive zugleich darstellt. Vor allem aber hören die, die analytische Institute durchwandert haben, in welchem Ausmaß der geschlossene Kreis ihnen, die sich in ihm bewegen, andere Normen aufzwingt. Lehranalytiker werden zu (Halb)göttern, Lehranalytikerinnen zu unberührbaren Göttinnen. Unvorstellbar, daß solche Wesen menschliche Bedürfnisse haben wie essen, schlafen oder persönliche Kontakte. Die bis um das vierzigste Lebensjahr verlängerte Unmündigkeit der Kandidaten wirkt lächerlich, wenn der gestandene Psychiater Gold in den Räumen des Institutes unsicher und scheu wird oder in der Begegnung mit Lehranalytikern auf der Straße erleichtet und verstummt. Die Männer und Frauen, die mit den Weihen des Analy-

tischen Institutes ausgezeichnet wurden, scheinen tatsächlich keine normalen Wesen zu sein. Sie zeichnen sich durch beachtliche bis beinahe unmenschliche Leistungen höchster Konzentration aus. Intime Nähe über mehrere Stunden pro Woche während etlicher Jahre mit anderen Menschen kontrastiert mit Steifheit, Starrheit, Unberührbarkeit bis zur Versteinigung. Die Polizei stellt fest, daß kein einziger Rechnungen versäumte abzugeben oder kleinste Beträge der Steuer zu melden. Das hatte es noch nie gegeben. Die Behandlungsräume in den verschiedenen Wohnungen findet Michael Ochajon bestürzend ähnlich. Bei einer wie dem andern findet er ein bizarres, kaputtes oder scheinbar gefühlloses Privatleben, dem gegenüber er selbst als geschiedener Mann und Vater beinahe glücklich wirkt. Wie eherne Gesetze werden die Spielregeln eingehalten: Wer wann wen sprechen oder aufsuchen darf. Diesen Gesetzen fallen auch akute menschliche Nöte zum Opfer, wenn der perfekte Analytiker oder die vollkommene Lehranalytikerin einen Anrufer in der Not auf eine einzelne Stunde in vierzehn Tagen vertröstet In dieser perfekten, erstarrten, versteinerten Atmosphäre ereignet sich der Mord als exemplarischer Durchbruch von Gefühlen. Wo Leidenschaft zur Todsünde wird, scheint ein Mord nur folgerichtig, auch wenn Außenstehende ihn als Groteske erleben. Neid, Eifersucht, Konkurrenz und Machtkämpfe scheinen nicht weniger, alnschlossenheit des Systems. Das

System ist nicht nur unmenschlich, es wird absurd, denn durch die weihe Ausbildung werden die Menschen nicht besser. Sie werden zur Statue, versteinern oder versagen.

Der Krimi enthält zusätzlich noch eine spezielle Thematik. Diese kann jedoch nicht angesprochen werden, ohne dem Krimi die Spannung zu nehmen. Dieser vorletzte Abschnitt ist deshalb nur für diejenigen Leserinnen und Leser gedacht, die sich die Auflösung des Mordfalls nicht für die Lektüre aufheben wollen. Der Mord geschieht im Gefolge einer Verwicklung in eine „Verführung auf der Couch“ – nicht durch einen Analytiker, sondern durch eine Analytikerin! Die äußerlich perfekte, makellose, getreue Schülerin des Instituts erscheint im Verlauf des Krimis als kalt, berechnend und als ein schwarzes Schaf. Dadurch wird zwar die Starrheit und Leblosigkeit der Psychoanalytischen Gesellschaft aufgelockert, indem sich in der Täterin äußerliche Perfektion mit Gefühlskälte und Berechnung verbinden. Sie ist eine Außenseiterin. In ihr wohnt der Tod. Die spannende und selten beschriebene Thematik der Verführung in einer therapeutischen Beziehung durch die Frau; das Thema einer reifen Frau, die eine sexuelle Beziehung mit einem jungen Mann eingeht, wird zum Nebenthema degradiert. Schade, aber vielleicht ist das Thema zu groß, und es bedürfte dafür eines eigenen Romans.

Trotz der beschriebenen Entdeckungen übt auch auf Michael Ochajon diese Gesellschaft einen

Bann aus. Beim Anblick einer eben verlassenen Couch verspürt er später das große Bedürfnis, sich dort hinzulegen, zu sprechen und angenommen zu sein. Währenddessen wird der große Alte, Ernst Hildeheimer, ein Mensch: „... Man muß sich allmächtig vorkommen, um zu glauben, daß man sich nicht manchmal irren könnte. Kein System der Welt verhindert Irrtümer. ... 5 Jahre! Viermal wöchentlich! Und ich dachte, sie macht Fortschritte! ... Ich müßte sehr narzißtisch sein, um zu glauben, es sei alles meine Schuld, aber es ist doch schwer, diesen Gedanken abzuwenden. Wir sehen nie die ganze Wahrheit. Manchmal verliert man im Prozeß der Analyse die Maßstäbe ... Es ist vielleicht Ironie. Therapeuten kennen ihre Patienten in- und auswendig, aber sie wissen nicht, wie sie sich als Menschen außerhalb der Therapie verhalten. Nur was man hier auf der Couch hört, wissen wir ...“ ■

Ulrike
Hoffmann-Richter,
Basel

■
Dowling, Colette: Befreite Gefühle. Neue Wege aus Depression, Angst und Abhängigkeit. 336 Seiten, 32,- DM, Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main 1994

Die amerikanische Sachbuchautorin Colette Dowling, die in Deutschland besonders durch ihr Buch „Der Cinderella Komplex“ bekannt geworden ist, bricht in ih-

rem neuesten Werk „Befreite Gefühle“ auf 285 Seiten eine Lanze für die biologische Psychiatrie.

Aus sehr persönlicher Sicht – sie selbst, ihre Tochter und ihr erster Ehemann sind oder waren psychisch krank – hat sie in ihrem Buch die Entwicklung der biologischen Psychiatrie in den USA zusammengefaßt und für ihre Leser verständlich aufbereitet. Sie kann dabei aus ihrer umfangreichen Kenntnis der wissenschaftlichen Literatur zu diesem Thema schöpfen. Jedem der acht Kapitel ist jeweils eine Liste der zitierten Literaturstellen zugeordnet, eine Literaturliste und ein Namen- und Sachregister am Ende des Buches erleichtern den Lesern den Zugang zu dem sperrigen Thema. Viele Fallbeispiele aus z.T. eigener Erfahrung illustrieren immer wieder den Kernpunkt der Aussage dieses Buches: psychische Erkrankungen beruhen auf vererbten Transmitterstörungen des Gehirnes und sind daher mit Medikamenten leicht zu behandeln.

Angst, Depression, Bulimie und Suchterkrankungen lassen sich aus Sicht der Autorin im wesentlichen auf eine serotoninerge Stoffwechselstörung zurückführen. Die Antwort auf die Frage, welche Medikamente bei welchen Störungen zum Erfolg führen, beantwortet sie gleich mit. Dieser, bestenfalls leichtfertig zu nennende Umgang mit den Erkenntnissen der biologischen Psychiatrie, hat denn auch den Verlag zu einem warnenden Vorwort veranlaßt, in dem dringend von Selbstmedikation und Selbstdiagnose anhand dieses Bu-

ches abgeraten wird. Dieser wohl-tuend realistische Aspekt wird allerdings durch die im Anhang befindlichen Fragebögen zu Themen wie „Ist ihr Kind depressiv?“ und zu „übermäßigem Essen“ wieder deutlich relativiert.

Die Psychotherapie – man ahnt es schon – hat keinen leichten Stand in diesem Werk, das im Hinblick auf die Wirksamkeit von Medikamenten ähnlich viel Optimismus verbreitet, wie der Werbeprospekt einer Pharmafirma. Sie ist als therapeutische Methode in das zweite Glied verbannt und soll dazu dienen, die Medikamenteneinnahme zu begleiten, um die Compliance der Patienten zu fördern. Colette Dowling wirft den psychoanalytisch orientierten Therapieformen vor, daß sie Patienten das Gefühl vermitteln, selbst an ihrer Erkrankung Schuld zu sein. Hinweise auf persönliche Schwächen, versäumte Klärungen und schwierige Familienverhältnisse verursachen unnötige Scham- und Schuldgefühle, die das Leiden der Betroffenen nur verlängern und verstärken. An Beispielen verdeutlicht die Autorin wiederholt, wie befreiend die frohe Botschaft der Psychopharmakologie auf psychotherapeutisch „Vorgeschiedigte“ wirken kann.

Trotz der vielen hilfreichen und brauchbaren Hinweise und der verständlich geschilderten Übersichten zu neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen erscheint das Buch insgesamt unhaltbar in seiner Einseitigkeit. In einer Zeit, in der der Versuch unternommen wird, den psychischen Erkrankungen präzise

diagnostische Methoden und differenzielle therapeutische Ansätze entgegenzusetzen, kann von dem hier vertretenen reduktionistischen Ansatz nur vehement abgeraten werden. Als Sachbuch für Patienten und Angehörige weckt es zudem überhöhte Erwartungen in Bezug auf schnelle medikamentöse Abhilfe, die bei weitem nicht gedeckt werden können. Bei aller z.T. gerechtfertigten Kritik an den gängigen psychotherapeutischen Methoden ist die des latenten Schuldvorwurfes an die Betroffenen die am wenigsten überzeugende. Gerade die Neigung vieler Patienten, sich und ihre Fähigkeiten ständig in Frage zu stellen, ist es doch, die behandelt werden sollte. Selbstzweifel, Schuldgefühle und mangelndes Selbstwertgefühl sind das Thema vieler Psychotherapien, ihre Auflösung und Relativierung das gemeinsam gesteckte Ziel. Patienten mit so gelagerten Problemen zu allem Überfluß auch noch mit dem „Makel“ einer genetisch bedingten Stoffwechselstörung zu versehen, ist nur paradox zu nennen.

Würde die Autorin ihre zweifelsohne vorhandene Sachkenntnis in den Dienst einer ausgewogenen Übersicht zu Genese, Therapie und Verlauf der geschilderten Störungen gestellt haben, so hätte sie bei Betroffenen gleich mehrere Wissenslücken schließen können.

Schade, daß sie es nicht getan hat. ■

Silke Kleinschmidt, Lübeck

■ *Goodrich, Thelma Jean:*
Frauen und Macht – Neue Perspektiven für die Familientherapie., 240 Seiten, 48,- DM,
 Campus, Frankfurt/M 1994

Frauen und Macht ist ein feministisches Buch mit Beiträgen amerikanischer Familientherapeutinnen und -forscherinnen und einem Beitrag eines Familientherapeuten und -forschers. Die eindeutig feministische Position mit – zumindest im ersten Beitrag von Goodrich – provokanter und teilweise zu Pauschalisierung neigender Kritik an der Familientherapie erregten zunächst meinen Ärger und Widerspruch. Bei der weiteren Lektüre mußte ich feststellen, daß viele der beschriebenen Alltagsprobleme, Verhaltensweisen und Konflikte von Frauen mir wohl vertraut waren. Ich begann mir und anderen Fragen zu stellen, die ich noch nie gestellt hatte. Vor allem männliche Gesprächspartner reagierten zunächst mit Betroffenheit und Gegenwehr, ähnlich meiner ersten Reaktion. Frauen und Macht ist ein politisches Buch, das zu kämpferischen Positionen aufruft, gesellschaftliche Gegebenheiten und Ungleichheiten hinterfragt und beleuchtet und dadurch auch beunruhigt.

Die Hauptthese des Buches ist, daß in der heutigen amerikanischen Gesellschaft die Macht zwischen Männern und Frauen ungleich verteilt ist. Die Unterdrückung der Frauen im patriarchalisch geprägten System erfolge nicht direkt. Vielmehr komme sie durch „den

stillschweigenden Vorrang der Wünsche des Mannes und die Unterordnung der eigenen Wünsche“ der Frauen zustande (Hare-Mustin, S. 88). Verschiedene Formen von Macht und Machtausübung werden skizziert und diskutiert.

Goodrich meint, daß die Macht des Mannes in patriarchalischen Systemen für Frauen nicht erstrebenswert sei, da die Frauen den psychischen Preis, den Männer dafür zahlen, beobachten, nämlich die eigene Isolation, Unterdrückung anderer und Aufgabe emotionaler Verbundenheit. Eine neue weibliche Form der Macht, die „gegenseitige Ermächtigung“, d.h. eine Machtteilung und Auseinandersetzung um Machtfragen mit den anderen, wird der hierarchisch unterdrückenden patriarchalischen Machtausübung gegenübergestellt. Für Familien fordert sie: „Um die ungleiche Verteilung von Gewinn und Verlust auf die Familienmitglieder zu ergründen, müßte ein ganz anderes Familienmodell zugrunde gelegt werden, das sich die Familie als einen Raum vorstellt, in dem widerstreitende Interessengruppen tagtäglich Kämpfe um Territorien, Zuwendung, Ressourcen und Einfluß ausfechten.“ (Goodrich, S. 32) Die Familientherapie solle sich dem Machtproblem stellen, die Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern zur Kenntnis nehmen und auch die Begrenzung der therapeutischen Möglichkeiten durch diesen gesellschaftlichen Kontext berücksichtigen. Hierzu muß natürlich kritisch bemerkt werden, daß es durchaus familientherapeutische (nicht feministi-

sche und nicht rein systemische) Schulen gibt, die an tiefergehenden Änderungen der Konfliktfähigkeit, der Geschlechterrollen und der Machtverteilung in Familien arbeiten.

Folgende Themen finden sich in den Beiträgen: Die Wurzeln und Folgen der ungleichen Machtverteilung zwischen den Geschlechtern im System diskutiert Goodrich. Miller äußert sich zu psychologischen Barrieren, die Frauen an der Übernahme und Ausübung von Macht hindern. Hare-Mustin weist daraufhin, wie die Privilegien der Männer durch die humanistisch-liberale Tradition maskiert würden. Goldner stellt an einem Fallbeispiel dar, wie die ungleiche Machtverteilung zwischen Frauen und Männern sich bis in das Sexualleben auswirkt. Rampage beschreibt, wie Geschichtsschreibung und Märchen, mit ihren vorrangig männlichen Helden, aber auch Familiengeschichten das Lernen von Geschlechterrollen prägen. Laird zeigt, wie durch Rituale Macht ausgeübt wird und auch hier vor allem die Macht der Männer gefestigt wird. Dazu gehören auch die Rituale im Wissenschaftsbetrieb, wie z.B. das Halten von Vorträgen und die Teilnahme an Podiumsdiskussionen. Sie kommt zu dem Fazit, daß Beiträge von Frauen auch in der Familientherapie „heruntergespielt, als trivial abgetan und schlimmstenfalls in der Geschichtsschreibung unseres Faches einfach übergangen“ würden. Doherty geht auf Gegenübertragungsfallen bei Therapien von Klientinnen durch Therapeuten ein. Avis beschreibt ihre feministische Vorgehensweise bei

der Therapie von Klientinnen. Carter berichtet von einer Paartherapie, Luepnitz von der feministischen Familientherapie einer Mutter und ihrer Töchter nach Inzest, und Walters von einer Einzeltherapie einer jungen Frau. Mc Goldrick zählt Faustregeln zur Berücksichtigung der ungleichen Machtverteilung bei der Anamneseerhebung in Familientherapien auf. Papp illustriert an einem Beispiel aus ihrer Praxis, wie sich Frau und Mann konstruktiv mit der ungleichen Macht in ihrer Beziehung auseinandersetzen können.

Die Rezensentin konnte sich zwar manchmal des Eindrucks nicht erwehren, daß weibliche Lebensformen und Machtausübung idealisiert werden und physische Gewalttätigkeit nur Männern zugeschrieben wird. „Frauen und Macht“ ist kein bequemes Buch. Es fordert kritische Selbstbefragung, aber auch Widerspruch heraus. Die Position der Männer und die Nachteile und Probleme der Männer im patriarchalischen System werden nur am Rande berührt. Wohltuend ist in diesem Zusammenhang der Beitrag von Doherty, der darstellt, wie auch Männer hilfreich in den Prozeß der gegenseitigen „Ermächtigung“ einbezogen werden können. Dieser männliche Beitrag in einem feministischen Buch läßt auf eine Annäherung und ein Miteinander im Spannungsfeld der Unterschiede der Geschlechter bei der Lösung der Machtprobleme hoffen

■
 Mariele Ritter-Gekeler,
 Müllheim

■ *Stone, Leo: Die psychoanalytische Situation – Entwicklung und Bedeutung. 127 Seiten, 16,90 DM. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1993*

Es handelt sich um einen neu aufgelegten Klassiker, der bereits 1961 in den USA veröffentlicht wurde und 1973 erstmals in deutscher Übersetzung erschien. Der Autor (geb. 1904 in New York) war zunächst als Neurologe und Psychiater tätig und nach Abschluß seiner psychoanalytischen Ausbildung von 1951 bis 1958 Direktor des Behandlungszentrums des New Yorker Psychoanalytischen Institutes.

Stone unterzieht in der vorliegenden Monographie die psychoanalytische Situation einer genauen Betrachtung. Er geht dabei zunächst auf die Arzt/Patient-Beziehung ein (dies auch immer im Vergleich zur Situation in der somatischen Medizin), beschreibt die klassische psychoanalytische Situation und setzt sich davon ausgehend besonders ausführlich mit Übertragung – Gegenübertragung und Übertragungsneurose auseinander. Im zweiten Teil des Buches widmet er sich der primären unbewußten Bedeutung und schließlich „biologischen und primitiv-psychischen Aspekten“ der psychoanalytischen Situation.

Zwei lohnende und spannende Aspekte des Buches möchte ich hervorheben:

Zum einen gibt Stone sowohl im Text als auch in einem umfangreichen Anmerkungsstück ausführliche

Hinweise auf entsprechende Stellungnahmen und Entwicklungen in der psychoanalytischen Literatur seit Freud. Darüber ist auch für TherapeutInnen, die sich bisher nicht so weit in das Studium der älteren analytischen Arbeiten vorge-wagt haben, anhand des behandelten Themas ein weiter Einblick in die Entwicklungsgeschichte dieser Wissenschaft und Behandlungsmethode möglich.

Ein zweiter Aspekt: In den letzten Jahren erleben wir ja eine zunehmend vielfältige und bunte „Psychotherapieszene“. Dabei sind – teilweise auch ausgehend vom tiefenpsychologischen Ansatz – Verfahren und Vorgehensweisen entstanden und diskutiert worden, die mehr aktives Handeln und mehr Körperorientiertheit in der Therapie fordern bzw. praktizieren. Auf der anderen Seite dieser Entwicklung steht die zunehmende Zahl von Veröffentlichungen über Grenzverletzungen in der Psychotherapie bis hin zu sexuellem Mißbrauch vor allem von Patientinnen durch Therapeuten. Aus dieser aktuellen, immer wieder auch sehr aufgeladenen Diskussion heraus tut es gut, bei Stone einmal ausführlich und in Ruhe nachzulesen, was in der analytischen Situation geschieht und ihm dann auch zu folgen in seiner kritischen Betrachtung des strengen analytischen Settings und der von ihm verzeichneten Tendenz zu schematischer Perfektion bei der Anwendung der Abstinenzregel. Auch Stone schlägt Modifizierungen vor, widmet sich dabei aber besonders der hervorragenden

Rolle der Sprache in der Psychoanalyse. ■

Angela Schürmann, Lübeck

■
Langs, Robert: Die psychotherapeutische Verschwörung. 343 Seiten, 19,80 DM, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1994

Das vorliegende, in der Reihe „Geist und Psyche“ des Fischer Taschenbuch Verlags erschienene Buch des amerikanischen Psychotherapeuten Robert Langs weckt schon mit dem Titelbild die Neugier: eine Frau und ein Mann mit jeweils mit Tüchern verhüllten Köpfen küssen sich – ist also diese „verhüllte“ erotische Beziehung wohl bezogen auf PatientIn und TherapeutIn mit der Verschwörung gemeint?

Am Ende des Buches ist eine solche sehr konkrete Ebene nicht mehr zu finden: da unterscheidet der Autor zwischen „Lügen(schranken)therapie und Wahrheitstherapie“ – die Wahrheitstherapie versuche dabei rückhaltlose Offenheit und Wahrhaftigkeit zu praktizieren, die allein zu Wachstum und innerer Entwicklung führten. Die Lügentherapie hingegen stecke voller geheimer Verschwörungen zwischen PatientIn und TherapeutIn, die in erster Linie der raschen Bedürfnisbefriedigung von beiden diene. Als typische Kriterien für eine „Lügentherapie“ benennt der Autor unklare Rahmenbedingungen (Termine, Honorar), aber auch Manipulation, persönliche Reaktionen und fehlende Vertraulichkeit durch den Therapeuten.

Vielleicht illustriert dies bereits den weiteren Eindruck: ein Buch mit einem spannenden, auch provokanten Thema, mit dem jeder im therapeutischen Alltag täglich konfrontiert ist. Es läßt sich leicht lesen, enthält eine Reihe von kasuistischen Beispielen, aber in seinem gefälligen, z.T. provokanten Stil verbreitet es z. T. sehr pauschal und allgemein wirkende Urteile. Vielleicht gilt für dies Buch ja auch eine vom Autor wiederholt zitierte Ursache für die psychotherapeutische Verschwörung: „Der menschliche Geist zieht es vor zu simplifizieren; er verabscheut Schwierigkeiten.“ (S. 38) Der psychotherapeutischen, Entwicklung vermeidenden Verschwörung ist sicherlich wenig beizukommen mit kategorialen Zuschreibungen, wie der Autor z.B. die Psychoanalyse als für das Thema besonders sensibilisiert darstellt und eine Reihe alternativer Verfahren drastisch abwertet. Wohl ist das Angebot von Psychotherapie oftmals für potentielle Patienten schlecht zu durchschauen, was der Autor mit der Auflistung von einer Vielzahl z.T. absurd erscheinenden psychotherapeutischen Techniken deutlich macht. Langs wendet sich mit seinem Buch nicht nur an Psychotherapeuten, sondern auch an eine breitere Öffentlichkeit: seine dabei gehegte Intention, potentielle Patienten zu informieren und sie auch zu einer vermehrt kritischen Haltung gegenüber Psychotherapeuten anzuregen ist sicherlich überaus sinnvoll. ■

Ute Siebel, Lübeck

Die Autorinnen dieses Heftes

- Dr. med. Silvia Cueni
Psychiatrische Universitätsklinik
Wilhelm Klein-Straße 27
CH-4025 Basel
Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie,
als Oberärztin und in
eigener Praxis tätig
- Ruth Hodel
Wohnheim Chalet „Margaritha“
CH-3122 Kehrsatz
Psychiatrieschwester und
Heimleiterin, in Ausbildung
- Dr. med. Ulrike Hoffmann-Richter
Psychiatrische Universitätsklinik
Wilhelm Klein-Straße 27
CH-4025 Basel
Fachärztin für Psychiatrie;
Psychotherapeutin,
als Oberärztin in der PUK tätig
- Dr. med. Almuth Massing
Hanssenstraße 6
D-37073 Göttingen
Psychoanalytikerin und Familien-
therapeutin, niedergelassen
in eigener Praxis
- Dr. med. Cornelia Östereich
Niedersächsisches
Landeskrankenhaus
Postfach 1165
D-31515 Wunstorf,
Fachärztin für Psychiatrie und
Neurologie; Leitende Ärztin am
Niedersächsischen Landeskran-
kenhaus Wunstorf
- Dr. phil. Ursula Plog
Lützelsteiner Weg 35,
D-14195 Berlin
Diplompsychologin, Gesprächs-
psychotherapeutin, Leiterin der
Tagesklinik der Karl Bonnhoeffer
Nervenklinik in Berlin-Reinikendorf