

T. Piegler

## Psychodynamische Psychiatrie in der Klinik<sup>1</sup>

**Zusammenfassung** Auf dem Symposium zu Ehren des 70. Geburtstags von Prof. S. Mentzos wurde über die verschiedenen Dimensionen einer hilfreichen therapeutischen Grundhaltung in der Arbeit mit frühgestörten Patienten im klinischen Rahmen berichtet. Letztlich ist es die Haltung einer „good enough“ Bemutterung, die die Basis für seelische Nachreifungsprozesse bietet. In der Therapie hat sich eine Amalgamierung selbstpsychologischer Aspekte mit dem Mentzoschen Konfliktmodell bewährt. Anhand einer Fallvignette wird die Vorgehensweise demonstriert. Die Vorgaben der Gesundheitsreform, die zu Personalverknappung und Verweildauerverkürzungen führen, erschweren die Umsetzung einer psychodynamischen Psychiatrie.

**Schlüsselwörter:** Psychodynamische Psychiatrie, Psychosenpsychotherapie, Mentzos.

### *La psychiatrie psycho-dynamique en milieu clinique*

**Résumé** Lors du symposium organisé pour fêter les 70 ans du professeur S. Mentzos, plusieurs contributions ont traité des différentes dimensions d'une attitude thérapeutique fondamentale, adéquate dans le cadre du travail clinique avec des patients souffrant de troubles précoces. En dernier ressort, c'est bien un « maternage suffisamment bon » qui fournit la base permettant le développement de processus venant cor-

### 1. Einleitung

Das Thema „Psychodynamische Psychiatrie in der Klinik“ bietet so viele Facetten wie ein Polyeder. Psychiatrische Kliniken und Abteilungen sind keine isoliert zu betrachtenden Monolithen, sondern stehen in gesellschaftspolitischen, gemeindespezifischen und durch die

### *Psychodynamic psychiatry in the hospital*

**Abstract** At the symposium in honour of the 70th birthday of Prof. S. Mentzos, a report was given on various aspects of a promising therapeutic approach for the treatment of patients suffering from psychologically determined early disorders. It can be shown that it is ultimately an attitude of a “good enough” mother that will promote the retarded psychological maturation process. A therapeutic approach amalgamating elements of self-psychology with the concept of Mentzos' conflict model has proved to be most successful in therapy. The therapeutic procedure is demonstrated by means of an individual case. Unfortunately, the stipulations imposed by the current reconstructing of the German public health system, implying shortages in personnel and cuts in the duration of treatment, raise severe obstacles for the application of psychodynamic psychiatry.

**Keywords:** Psychodynamic psychiatry, psychotherapy of psychoses, Mentzos.

riger l'expérience émotionnelle d'origine. Un amalgame d'aspects associés à la psychologie du soi et au modèle de conflit élaboré par Mentzos a fait ses preuves en thérapie. Une vignette de cas permet de mettre en évidence ce procédé. Les directives issues de la réforme du système de santé – pénurie de personnel et réduction de la durée d'hospitalisation compris – compliquent la mise en œuvre d'une approche psycho-dynamique.

Administration vorgegebenen Bezügen. Intrainstitutionell wirksame Faktoren kommen hinzu. Multiprofessionell zusammengesetzte Behandlungsteams entfalten ihre eigene Dynamik und last, but not least geht es um die sich in Therapiegruppen und dyadisch strukturierten Therapiesituationen entfaltende Dynamik der zentralen Figuren, nämlich der Patienten! Es geht um deren intrapsychische Dilemmata, die, durch frühe Prägung – bis hin zur Traumatisierung – entstanden, das Geschehen bestimmen und ganz automatisch den Blick auch auf familiäre, transgenerationale und soziale Aspekte lenken. Hinzu kommen grundsätzliche Fragen nach

<sup>1</sup> Überarbeiteter Vortrag, der im Rahmen des Symposiums zu Ehren des 70. Geburtstags von Prof. S. Mentzos am 2. 12. 2000 im Frankfurter Psychoanalytischen Institut, Frankfurt, gehalten wurde.

dem Verstehen psychischen Krankseins und angemessener Therapie.

Ich möchte mich auf die Betrachtung einiger weniger Facetten des Polyeders beschränken (Tabelle 1).

Zunächst werde ich mich dem Begriff „*psychodynamische Psychiatrie*“ zuwenden, im Folgenden wird es mir darum gehen, auszuführen, was sich uns in unserer Arbeit mit Frühgesörten als hilfreiche therapeutische Haltung bewährt hat, nämlich Holding, Handlungsdialog, Containment, Empathie, Intersubjektivität und ein stabiler verlässlicher Rahmen. Abschließend werde ich einige Worte zu den institutionellen Rahmenbedingungen und der Gefährdung derselben durch die Gesundheitsreform sagen, was in der Frage gipfelt: „*Quo vadis psychodynamische Psychiatrie?*“

## 2. „Psychodynamische Psychiatrie“

Intuitiv erfasst man sofort, was mit dem Begriff „*psychodynamische Psychiatrie*“ gemeint ist, wenn man Mentzos' Buch über „*Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*“ aufschlägt: „Als junger Stationsarzt“, schreibt er da auf einer der ersten Seiten in seiner Einführung, „pflegte ich mir jeden Morgen in der unruhigen geschlossenen Abteilung vor der Hauptvisite die in der Nacht eventuell neuangekommenen Patienten anzusehen. Eines Tages ging ich allein in das Zimmer einer Patientin, die in der Nacht in einem sehr unruhigen, akut psychotischen Zustand aufgenommen worden war, um mir einen ersten Eindruck zu verschaffen. Die Patientin (...) saß hoch erregt in ihrem Bett und redete verworren. Als sie mich sah, fing sie an, laut die Schwestern zu rufen, sie sollten schnell kommen, weil der Arzt verrückt geworden sei und man ihm schnell helfen müsse.“

Trotz meiner bis dahin traditionellen, streng auf das Deskriptive ausgerichteten Schulung konnte ich nicht anders, als diese absurde Behauptung der Patientin als den verzweifelten Versuch zu verstehen, das Schreckliche von sich selbst abzuwenden und den eigenen intrapsychischen momentanen Zustand sowie die Angst vor der um sich greifenden Desintegration nach außen, auf den Doktor zu projizieren, um sich womöglich dadurch eine gewisse Erleichterung zu verschaffen. Das war eine der ersten Gelegenheiten, in denen ich spontan anfang, „psychodynamisch“ zu denken“ (Mentzos, 1991, S. 9).

Psychodynamik beschreibt die Dynamik innerseelischer Abläufe gesunden und gestörten Erlebens und Verhaltens. Mit Benedetti muss man deshalb der Psychodynamik die zentrale Rolle im Verständnis psychischer Vorgänge beimessen und kann von ihr als dem „*Beitrag der Psychoanalyse zur Psychiatrie*“ (Benedetti, 1979, S. 45) sprechen. Nach Foulkes, dem Begründer der Gruppenanalyse, umfasst diese Dynamik – gerade in unserem psychiatrischen Kontext! – auch interpersonelle und psychosoziale Dimensionen, denn „sie ist kaum, wenn je, auf die Grenzen des Individuums beschränkt, sondern schließt in der Regel eine Anzahl von untereinander verbundenen Personen ein. Die psychodynamischen Erscheinungen sind transpersonale Manifestationen. Es war von Anfang an mein Bestreben, die wesentliche Einheit der Psychodynamik voll zu berücksichtigen, ob sie nun in einer Ein-, Zwei- oder

**Tabelle 1.** Aspekte psychodynamischer Psychiatrie in der Klinik

### *Psychodynamische Psychiatrie*

Therapeutische Grundhaltung:

1. Holding
2. Handlungsdialog
3. Containment
4. Empathie
5. Intersubjektivität
6. Rahmen

Quo vadis psychodynamische Psychiatrie?

Mehrpersonensituation studiert und beobachtet wird“ (Foulkes, 1974, S. 212).

Psychodynamische Psychiatrie baut sich auf der von Freud entwickelten und in Objektbeziehungstheorie und Selbstpsychologie weiter ausdifferenzierter Psychoanalyse auf. Sie berücksichtigt auch Befunde der Säuglingsforschung sowie systemische Aspekte und stellt sich damit gegen ein lineares Kausalitätsdenken. Psychodynamische Psychiatrie geht davon aus, dass psychische Krankheit viele Wurzeln hat. Neben einer angeborenen Verletzlichkeit und traumatisierenden Erlebnissen gehören Störungen in der Entwicklung der Persönlichkeit in den frühen Lebensphasen dazu. Bollas formuliert prägnant: „Die Ich-Struktur ist Abdruck (...) von ‚Beziehung‘“ (Bollas, 1997, S. 63). Da Therapie letzten Endes in der Korrektur dieses Abdruckes bestehen muss, die wiederum nur über neue Beziehungserfahrungen erreicht werden kann, ergibt sich für uns zwingend, dass in unserer klinischen Arbeit die *Beziehung* zwischen Patient und Behandlern im Mittelpunkt stehen muss bzw. der Mensch in seinen sozialen Bezügen. Dabei besteht diese Arbeit in multimodaler Teamtherapie unter Berücksichtigung der multidimensionalen Übertragungsprozesse in der Abteilung.

## 3. Die therapeutische Grundhaltung in der psychodynamischen Psychiatrie

Im Folgenden möchte ich auf die Essentials einer psychodynamischen Behandlungskonzeption für frühgestörte Patienten im klinischen Rahmen eingehen. Heltzel bringt es auf den Punkt, wenn er formuliert (Heltzel, 1995, S. 30–39): „Je umfassender psychisch Kranke gestört bzw. je tiefer sie regrediert sind, desto bedeutsamer werden Fragen des förderlichen Milieus, der hilfreichen Beziehung, der angemessenen Atmosphäre (... d.h. – d. Verf.) des Sicherheit und Halt gebenden Klimas gegenüber anderen Dimensionen traditionell psychoanalytischer Einflussnahme.“

Um Missverständnissen vorzubeugen, das meint nicht eine alles gewährende, grenzenlos fürsorgliche und bedürfnisbefriedigende Haltung!

Letztlich geht es um genau die Eigenschaften, die eine „good enough“ Mutter (Winnicott) ausmachen! Im Einzelnen sind es folgende Dimensionen:<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Die Punkte 1–3 und 6 lehnen sich an Ausführungen von R. Heltzel (1997) an.

### 3.1 Holding

Bei dieser von Winnicott geprägten Begrifflichkeit geht es um die Dimension des „Sorge-Tragens“, des „mütterlichen“ Haltens, der schützenden, bergenden Beziehung sowie der unaufdringlichen, aber wohlwollenden und verlässlichen Präsenz. Es geht um selbstverständliche Angebote der mitmenschlichen Sorge und um hilfreiche Gesten, die den Körper und die grundlegenden Bedürfnisse der Patienten einbeziehen, die also basale Sicherheit und Wohlbefinden schaffen. Hierher gehören insbesondere die pflegerischen Angebote wie Baden, Wärmen, Körperpflege etc., also alles, was gut tut und beruhigt.

### 3.2 Handlungsdialog (Klüwer, 2000)

Hier geht es um die Dimension des „Sich-gebrauchen-Lassens“ (Balint). Es geht um den Raum, der dem Patienten zur Inszenierung von Übertragungsprozessen zur Verfügung steht. Früh gestörten Patienten ist es in der Regel nicht möglich die innerseelischen Konflikte, wegen derer sie Hilfe suchen, zu symbolisieren. Daher bringen sie ihre Ängste, Bedürfnisse usw. handelnd, d. h. ganz konkretistisch zum Ausdruck, indem sie ihren Körper, ihr aktuelles Lebensumfeld und die ihnen verbundenen Menschen als Mittel der szenischen Selbstdarstellung einbeziehen. Indem sie auf diese Weise Intrapsychisches veräußern, machen sie uns per Handlungssprache verständlich, worum es geht.

Die Behandler wiederum müssen bereit sein sich „verwickeln“ (Lempa) zu lassen. Sie sind als wirklich Handelnde gefragt. Für die Patienten zählt, was sie und wie sie es tun. „Das setzt voraus,“ so Streeck, „dass das therapeutische Personal in der Lage ist, auch bei flüchtigen Begegnungen mit dem Patienten oder bei Anlässen, die scheinbar nur sachlichen Zwecken dienen, in einer Weise zu handeln, die geeignet ist, sich angesichts der spezifischen Beeinträchtigungen des Patienten entwicklungsförderlich auszuwirken. Solche handelnden Interventionen sind bewusst intendierte Handlungen, die auf ein Verhalten des Patienten antworten und in der Absicht erfolgen, mit dem Handeln Stellung zu nehmen zu dem vorangegangenen Verhalten des Patienten, weil dies mit Worten nicht oder nicht so gut möglich ist“ (Streeck, 1998, S. 75–76). Zum ersten Schritt, sich verwickeln zu lassen, gehört allerdings notwendig der zweite, das Ganze wieder zu entwickeln, und das setzt das Verstehen des Handlungsdialogs voraus. Damit kommen wir schon zur nächsten Dimension, die eng mit dem Handlungsdialog verknüpft ist.

### 3.3 Containment

Bei dieser erstmals von Bion so bezeichneten Dimension geht es um die Integration dispergierender, multipler Übertragungsprozesse im Team. Das Verstehen der Inszenierungen findet zunächst nur im Kopf des Therapeuten bzw. im therapeutischen Team statt. In Fallbesprechungen, Übergaben und Supervision wird das Material zusammengetragen und in geduldiger Arbeit assoziativ bearbeitet, allmählich synthetisiert und damit ansatzweise verstanden. Searles drückt das so

aus: „Die Art von sozialer Situation, die der ich-fragmentierte Patient auf der Station gern fördert, betrachtet man, glaube ich, am besten als einen Prozeß, in dem sowohl die Differenzierung als auch die sich anschließende Integration der disparaten Ich-Fragmente zunächst einmal größtenteils außerhalb vom Patienten, nämlich in den Personen seiner Umgebung, stattfinden müssen, bevor sich dieser Prozeß in ihm selbst abspielen kann“ (Searles, 1965, S. 105). Jede gelingende, stimmige Supervisionsitzung zeigt, wie dieses gemeinsame Verstehen eine therapeutisch hilfreiche Wirkung auf die Patienten entfalten kann: Indem etwas im Team verstanden und integriert ist, lösen sich oft Knoten im Kontakt zum betreffenden Patienten, ohne dass ein Wort mit diesem darüber gewechselt wurde. Das Team verdaut quasi die zunächst unverständlichen Inszenierungen des Patienten, nimmt die Anteile in sich auf und bewahrt sie. Das Behandlerteam „hält“ damit den Patienten, seine Ich-Fragmente und seine nicht symbolisierten Affekt- und Handlungsdispositionen und macht diese im Sinne archaischer Übertragungsneigungen nachvollziehbar.

### 3.4 Empathie

Empathie spielt schon in den allerfrühesten Austauschprozessen zwischen Mutter und Kind eine entscheidende Rolle für die Selbstentwicklung (Bergmann-Mausfeld, 2000, S. 204–213). Man weiß heute, dass das Erleben empathischen Austausches zu den bedeutsamen Wirkfaktoren jeder psychotherapeutischen Behandlung gehört. Empathie zielt darauf ab, sich in den Patienten hineinzuversetzen und die Dinge aus seiner Perspektive zu sehen. Empathie kann so aus der Sicht der Selbstpsychologie als stellvertretende Introspektion verstanden werden, quasi als empathisches „Eintauchen“ via Introspektion und Partizipieren (E. Wolf). Dabei geht es weniger um das Erfassen kognitiver Prozesse als vielmehr um das Erfassen von Affektzuständen, die das entscheidende sind. Wenn den Behandlern empathisches Eingehen auf den Patienten gelingt, ermöglicht dies jenem eine bedeutsame emotionale Neuerfahrung.

### 3.5 Intersubjektivität

Lichtenberg, Lachmann und Fosshage schreiben dazu (Lichtenberg et al., 2000, S. 282): „Der traditionelle Fokus porträtiert (...) den Analytiker, der einem anderen (dem Patienten – d. Verf.) Informationen über dessen Psyche vermittelt. Wir vertreten hingegen die Ansicht, dass zwei Menschen zusammenwirkend ein erweitertes Bewusstsein des Selbst mit und getrennt von dem anderen entwickeln. Und wegen des Bedürfnisses, die Natur einer Übertragungskonfiguration (eine von früherer Erfahrung beeinflusste Neuschaffung) zu entdecken, versucht jeder, das Selbst zu finden, wie es vom anderen erlebt wird. Das Modell für diese Vorstellung von Bewusstseinerweiterung beruht auf den gewöhnlichen Bindungserfahrungen zwischen Bezugspersonen und sich entwickelndem Kind. Eine Mutter versucht zu entdecken, wer ihr Baby ist, und ein Baby versucht eine Identität zu finden und zu bestätigen durch und mit den

Eltern. (...) Die wichtigsten gesuchten Informationen sind das unbewusste und bewusste Erspüren der Subjektivität des anderen, die als emotionsgeladene Wahrnehmungen und Erinnerungen von Ereignissen und Vorgehensweisen organisiert sind.“ Es geht also um eine symmetrische Zwei-Personen-Begegnung, wobei die privilegierte Position des Behandlers dadurch natürlich in keiner Weise in Frage gestellt wird (Paniagua, 1999, S. 958–971). Auf die psychiatrische Arbeit in der Klinik umgemünzt, bedeutet dies, sich auf gleicher Ebene auf die Beziehung zum Patienten einzulassen. Es geht hier darum den Patienten dort abzuholen, wo er gerade steht. Es geht auch um die Einstimmung auf den Patienten, das Attunement. Aus der Säuglingsforschung ist bekannt, dass solches Verhalten entwicklungsfördernd ist.

### 3.6 Rahmen

Die Dimension der Rahmengestaltung meint die Arbeit mit begrenzenden Rahmenbedingungen stationärtherapeutischen Handelns, die dem „mütterlichen“ Prinzip ein „väterliches“ hinzufügt. Damit wird Triangulierung eingeführt. Der Rahmen sichert den Raum, in dessen Grenzen sich der therapeutische Prozess abspielt. Der Patient braucht Raum, um sich in einem regressiven Prozess auf seine Art mitteilen zu können, und er braucht zugleich einen begrenzenden, Sicherheit spendenden, Schutz und Halt gebenden Rahmen. Für beide, Behandler und Patient, geht es dabei um die schwierige Balance zwischen emotionalem Sich-Einlassen und dem Einhalten einer notwendigen Grenzsetzung. Indem das therapeutische Team den Rahmen verlässlich immer sicher aufrecht erhält, erweist es sich als unzerstörbares Objekt (Balint), das die unbewussten Angriffe des Patienten überlebt (Winnicott).

Der Rahmen fördert Verzicht, Realitätskontrolle und das Anerkennen klarer Selbst-Objekt-Grenzen. Der Rahmen repräsentiert das „Nein“, das „Prinzip Vater“, und symbolisiert damit die Triangulierung in Ergänzung zur mütterlich-nährenden Dimension stationärer Behandlung. Die Arbeit mit dem konkreten Rahmen ist umso bedeutsamer, je tiefer der Patient gestört ist. Matakas geht sogar soweit zu sagen, dass „alles Progressive in der Krankenhausbehandlung sich um die Auseinandersetzung um die Regel rankt“ (Matakas, 1988, S. 132–158).

## 4. Die Behandlungstechnik

Unsere Behandlungstechnik betreffend ist zu sagen, dass wir eklektizistisch arbeiten, sehr viele Anleihen aber bei Mentzos mit seinem Modell der Bipolarität (Mentzos, 1992) sowie bei der Selbstpsychologie machen, wobei letztere wie keine andere Richtung der Psychoanalyse das Verstehen früher Störungen ermöglicht und Wege des therapeutischen Umgangs aufzeigt. Diese Vorstellungen sind mit den Mentzos'schen Theoremen, wie er selbst ausführt, gut kompatibel (Mentzos, 1995), wenn man etwa Suche nach Objektnähe mit der Aktivierung des motivationalen System des Bedürfnisses nach Bindung und Angst vor Subjekt-Objekt-Verschmelzung mit der Aktivierung des aversiven Motivationssystem in

Verbindung bringt. Ein weiterer Vorzug dieser Sichtweise ist ihre – wenn vielleicht auch nicht immer Validierung, so doch zumindest – vorbehaltlose Kompatibilität mit den Ergebnissen moderner Säuglings- und Kleinkindforschung sowie der Bindungstheorie. Ebenso gelingt es mit dieser Art der Betrachtung den Brückenschlag zur Neurobiologie herzustellen. Ich verweise auf die entsprechenden Arbeiten von Lichtenberg, Lachmann und Fosshage (Lichtenberg et al., 2000, S. 287 ff). Diese selbstpsychologische Sichtweise schließt außerdem nicht aus, dass mit dem Fortschritt der Therapie und zunehmender Ausreifung der motivationalen Systeme ein Reifegrad des Selbst erreicht wird, der dann eine Fortführung der psychotherapeutischen Arbeit im „klassischen“ Sinne ermöglicht.

Vielfältige Erfahrungsberichte über die Wirksamkeit des selbstpsychologischen Therapieansatzes bei Frühgestörten liegen vor (Siani und Siciliani, 2000).

Wie sehr sich unser Verständnis der Therapie mit Frühgestörten in den letzten Jahrzehnten gewandelt hat, mag folgende Rückblende veranschaulichen. Rosenfeld, Kleinianer und bekannter Psychosenpsychotherapeut, protokollierte vor 50 Jahren eine Therapie-sitzung mit einem Psychotiker folgendermaßen (Stundenausschnitt) (Rosenfeld zit. n. Happach und Piegler, 2000, S. 39–43): „Er (der Patient) stand auf, entdeckte einen Krug Wasser und trank daraus; dann lehnte er sich zurück und machte Saug- und Kaubewegungen. Dabei schien er ziemlich geistesabwesend. Ich (Rosenfeld) interpretierte, dass er sich beim Trinken vorstellte, er trinke von meinem Penis und esse ihn auf. Ich deutete, dass die Wünsche, in mich einzudringen, sein Verlangen nach meinem Penis anregten. In seiner Geistesabwesenheit fühle er sich ganz und gar mit mir vermischt, weil er nicht nur empfinde, dass er in mir sei, sondern auch, dass er gleichzeitig mich und meinen Penis aufesse. Er wurde wieder aufmerksamer, schien mir sehr gut zuzuhören und nickte mehrmals zustimmend mit dem Kopf.“

Kontrapunktisch möchte ich diesen Teil meiner Ausführungen mit einer Fallvignette aus unserer Abteilung abrunden und Ihnen damit einen Blick in unsere Arbeit mit Frühgestörten heute ermöglichen. Therapeut ist unser Ambulanzarzt, Herr Thomas Bolm, dem ich für das kasuistische Material danke und den ich im Folgenden immer wieder zitieren werde.

In der Vignette geht es um einen 70 Jahre alten Mann, der seit seiner Jugend an einer Schizophrenie leidet und zahllose Krankenhausaufenthalte hinter sich hat. Seine Mutter, ebenfalls schizophran, ist in der Nazi-Zeit umgebracht worden. Zur aktuellen psychotischen Dekompensation war es gekommen, nachdem Herr Z. sich verliebt hatte, und zwar in die Frau, die ihm regelmäßig im Haushalt geholfen hatte. Die stationäre Behandlung gestaltete sich sehr schwierig und ging über Monate. Nach einer alle Grenzen sprengenden Übergabe durch die Stationsärztin, die vielfältigste sozialpsychiatrische Hilfen organisiert hatte, kam es zur Entlassung des Patienten. Alles schien mehr als gut vorbereitet.

Um so mehr fiel auf, dass der Patient eine Woche später in völlig verwahrlostem Zustand die Ambulanz aufsuchte. Dazu der Therapeut:

„Er bombardierte mich mit scheinbar sinnlosem Wortsalat. Ständig wechselte sein Tonfall zwischen Begeisterung und Gereiztheit. Dabei vermischten sich seine schrecklichen Erlebnisse als Kind im Bombenhagel Hamburgs mit schönen Erinnerungen und paranoiden Wahninhalten. Er fühlte sich verfolgt und roch Giftgas. Während er mich überhaupt nicht mehr zu Wort kommen ließ, blieb mir kein Raum mehr für klare Gedanken. Stattdessen kamen mir Bilder von brennenden Städten in den Sinn.

Seine Medikation (200 mg Clozapin) bezeichnete er als ‚böse‘.

Zu einem zweiten Termin erschien Herr Z. nicht mehr. Stattdessen irrte er laut vor sich hinredend durch die Fußgängerzone. Vergeblich versuchten alle Mitarbeiter des komplementären Bereiches, die eingeschaltet worden waren, ihn – wie es so bezeichnend heißt – ‚anzubinden‘. So ging es drei Wochen lang.“

Der Therapeut fühlte sich ziemlich hilflos und erwog eine Umstellung der Medikation. Mit Unbehagen dachte er an den nächsten Polizeieinsatz. Der Therapeut fuhr weiter aus:

„Erst als ich mich mehr auf Herrn Z.s Gefühle einlassen konnte, spürte ich, welche Gewalt von seinen Todesängsten ausging, und welche zerstörerische Wut er beim Alleinsein haben musste. Die Einsamkeit nach der Entlassung musste einen Sturm in ihm ausgelöst haben, dem seine Selbstkohärenz nicht gewachsen war. Sein Bedürfnis nach Nähe und strukturierender Hilfe von außen war vermutlich so groß, dass kein Platz mehr für das Erleben der Selbst/Objekt-Grenze blieb. Seine Kontaktwünsche und -ängste konkretisierten sich in Wahn und Halluzinationen. Mit der Hilfskonstruktion fremder böser Mächte gelang es ihm nicht nur, unerträgliche Selbstanteile nach außen zu projizieren. Er erlebte auch ein intrapsychisches Surrogat einer Subjekt-/Objektgrenze, nämlich zwischen einem ich-fremd bedrohlich-agierend erlebten Selbstanteil außen und einem sich ängstigenden, ich-syntonen Selbstanteil innen. Auf der interpersonellen Ebene sorgte er durch sein Weglaufen und Weglassen der Medikamente für Abstand und forderte gleichzeitig die Außenwelt auf, diesen Abstand zu überwinden. Die Basis seines Verhaltens war Abgrenzung durch Kontaktvermeidung und zugleich Schrei nach Kommunikation. Herr Z. vermochte seine Problemlage in mir zu induzieren (...) und würde sicher beobachten, wie ich diese löste.“

Dem Therapeut wurde klar, dass im Sinne des Handlungsdialogs eine Antwort von ihm anstand. Er überlegte, dass ein stabiler Rahmen Herrn Z. helfen würde, sein raum-zeitliches Kontinuitätsgefühl zurückzugewinnen und ein solcher ihm auch Gehaltenwerden vermitteln würde. Gleichzeitig musste ein Arrangement gefunden werden, dass sein Identitätsgefühl nicht bedrohen würde. Ein „*potential space*“ (Winnicott, 1973) müsste entstehen können. Davon musste er, der Therapeut, die Mitbehandler im Sektor überzeugen.

Das ist übrigens genau das handlungstechnische Kunstwerk, von dem Bruns in Zusammenhang mit der „*sozialen Vernetzung*“ in der Gemeindepsychiatrie spricht, nämlich die von dritter Seite erfolgenden Ak-

tionen als Ausdruck der Selbstobjektwelt des Patienten zu verstehen und positiv in den Behandlungsprozess zu integrieren. Wenn das dem Therapeuten gelingt, so Bruns weiter, wird dem Patienten die Identifikation mit einer wesentlichen Integrationsleistung ermöglicht (Bruns, 1997).

Als der Therapeut seine Überlegungen mit den Mitarbeitern des komplementären Bereichs besprochen hatte, stellte der Betreuer fortan unangekündigte Besuche bei Herrn Z. ein. Die Mitarbeiter des Wohnheims gaben schweren Herzens ihre Pläne auf, ihn gegen seinen Widerstand zum Einzug in ihre Einrichtung zu überreden. Der Therapeut änderte die Pflegeverordnung auf nur noch einen täglichen Besuch. Dafür kam jetzt immer dieselbe Krankenschwester. Der Betreuer, die Krankenschwester und der Therapeut klärten die Grenzen der Zuständigkeiten und machten sie Herrn Z. in einem gemeinsamen Brief transparent. Knappe, aber verlässliche Gesprächstermine wurden vereinbart. Die Medikationendosis blieb übrigens unverändert.

Die ersten Resultate zeigten sich etwa nach einer Woche. Die Krankenschwester durfte Herrn Z. zu Hause Medikamente geben, und er erschien regelmäßiger in der Ambulanz. Und schon einige Zeit später konnte der Arzt auch die Länge der Gesprächskontakte mitbestimmen, ohne dass Herr Z. darauf sofort paranoid reagierte. Langsam traute dieser sich, einen Medikamentenwechsel zu fordern. Er fand das vorherige Depotneuroleptikum „irgendwie besser“, obwohl es ihm zuletzt nicht mehr geholfen und starke Nebenwirkungen verursacht hatte. Als sich Therapeut und Patient auf einen Umstellungsversuch einigten, war unser Ambulanzarzt nicht frei von der Sorge, ob dem Patienten die Umstellung wirklich gut tun würde. Denn der einzige Unterschied zu früher lag in der Art der Beziehung der beiden zueinander, dem Klima gemeinsamen Suchens nach einem gangbaren Weg. Tatsächlich klangen die paranoid-halluzinatorischen Symptome innerhalb weniger Wochen ab. Herr Z. zeigte keine Früh- und Spätdyskinesien mehr, die unter genau derselben Dosierung (1,0 ml Flupentixol zweiwöchentlich) zuvor beschrieben worden waren.

Heutzutage besucht Herr Z. hin und wieder seinen Betreuer wegen seiner Finanzen. Allmorgendlich freut er sich über den Besuch der Krankenschwester. Für sie zieht er sich gepflegter an, obwohl er sie zu Anfang nicht mochte. Mit einer Mischung von Schalk und Anspruchslichkeit lässt er sich sogar von ihr im Haushalt helfen. Pünktlich auf die Minute kommt er alle zwei Wochen freitags um 9.00 Uhr zu Kurzgesprächen und Depotinjektion in die Ambulanz. Die wenigen Möglichkeiten, an seiner Einsamkeit etwas zu ändern, nutzt er zurückhaltend, z.B. hat er wieder Anschluss an mehrere Seniorenskatrunden und überlegt seit kurzem, ob es vielleicht doch gut wäre die Wohnung besser aufzuräumen, falls Besuch käme. Aber sicherer fühlt er sich doch, wenn es ein Wunschtraum bleibt: „Wenn ich mit der Frau, die mir beim Seniorentreff immer so freundlich zulächelt, zusammenleben würde, müsste ich ja ein anderer Mensch werden. Ich glaube, das kann ich nicht aushalten, ich kann mich an niemand mehr gewöhnen.“ Die Geschichte liegt jetzt Jahre zurück. Eine

stationäre Behandlung ist bisher nicht mehr notwendig geworden.

In dem geschilderten Fall hat sich der Ambulanzzarzt in das acting-out des Patienten verwickeln lassen, hat empathisch verstanden und den Handlungsdialog aufgenommen. Er hat mit dem Patienten als Partner auf einer intersubjektiven Ebene gemeinsam das therapeutische Vorgehen abgestimmt und damit die Selbstregulationsversuche des Patienten unterstützt. In einem klaren Rahmen hat er „holding“ und „containing“ zur Verfügung gestellt und mit seinen Maßnahmen Nähe und Distanz gut ausbalanciert. Das gemeindepsychiatrische Beziehungsnetz hat er differenziert einbezogen und damit dem Patienten weiteren Raum für seine Entwicklung eröffnet.

### 5. „Quo vadis psychodynamische Psychiatrie?“

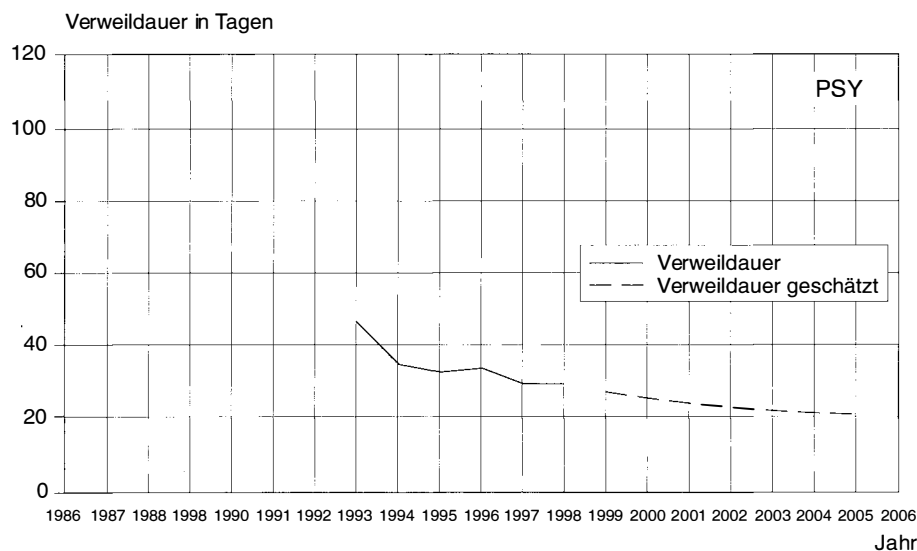
Es wurde vermittelt, welche große Bedeutung der Rahmen hat. Und so bedarf denn diese Art von Arbeit ihrerseits ebenfalls eines sichernden institutionellen Rahmens mit der Bereitstellung ausreichender Ressourcen von Seiten des Krankenhaus- und der Kostenträger.

Wir sind damit an einem Punkt angelangt, der Stoff für endlose Diskussionen bietet und durch Nachdenken allein nicht lösbar ist, nämlich bei der Gesundheitsreform und ihren Folgen für unsere psychiatrische Arbeit. Ein im Rahmen der Krankenhausplanung bis zum Jahr 2005 von der Freien und Hansestadt Hamburg in Auftrag gegebenes Gutachten (IGES Berlin) – sicher repräsentativ für die Situation in unserem Land – sieht eine stationäre Verweildauerverkürzung auf 21 Tage auf uns zukommen – 1993 lag sie noch etwa doppelt so hoch (s. Abb. 1, 2) –, und zwar bei gleichzeitigem Ansteigen der Fallzahlen und natürlich auch einer steigenden Anzahl von Klinikaufnahmen pro 100.000 Einwohnern (von ca. 700 im Jahre 1993 auf fast 1.500 im Jahre 2005). Das heißt im Klartext, dass wir es in Zukunft zunehmend mit einem Drehtüreffekt zu tun bekommen werden, was eine enorme Arbeitsverdichtung impliziert.

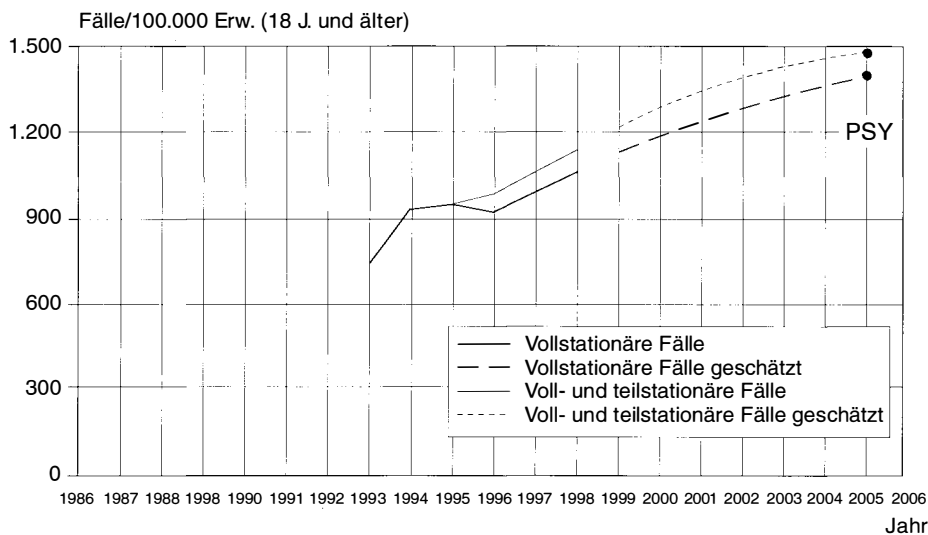
Die Anhaltzahlen der gesetzlich verankerten Psychiatrie-Personalverordnung werden landauf, landab

nicht mehr erfüllt, Behandlungsplätze werden abgebaut, der außerklinische Bereich alternativ nicht entsprechend aufgebaut, mit Sorge sieht man, wie die forensischen Abteilungen vergrößert werden und auch über der Psychiatrie das Damoklesschwert der Einführung von Fallpauschalen schwebt. Da dies gesellschaftspolitisch aus Kostenersparnisgründen so gewollt ist, regt sich kaum Widerstand, auch nicht aus den Reihen der einst so kämpferischen Sozialpsychiatrie. Mit Sorge nehmen wir zur Kenntnis, dass nunmehr alle Psychiatrie-Lehrstühle in unserem Land biologisch orientiert besetzt sind und von der durch die ärztliche Weiterbildungsordnung eingeführten Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie oft noch nicht viel zu spüren ist. Die verbindliche Einführung der ICD-10 mit einem für uns wenig brauchbaren Klassifikationssystem erschwert unsere Arbeit zusätzlich. Dies veranlasst mich zu meiner abschließenden Fragestellung: „*Quo vadis psychodynamische Psychiatrie?*“

Gerade weil die Frage heute von niemandem von uns zu beantworten ist, lohnt sich ein Blick über die Landesgrenzen hinaus, um sich durch die Problemlösungsstrategien anderer inspirieren zu lassen, denn Kostendämpfung im Gesundheitswesen ist ein globales Thema. Beim diesjährigen internationalen Psychosenpsychotherapiekongress in Stavanger kamen innovative Projekte zur Sprache. In den skandinavischen Ländern mit ihren beneidenswerten nationalen Gesundheitsprogrammen (Alanen, 2000, S. 214–222) wird ebenso wie im anglo-amerikanischen Raum der aufsuchenden ambulanten personenzentrierten Hilfe der Vorrang gegeben, kleine Kriseninterventionseinheiten werden gegenüber aufwendigen stationären Behandlungen präferiert (Martindale, 2000). Auch Casemanagement und regionale Globalbudgets scheinen Schlagworte der Zukunft zu sein. All dies ist gut kompatibel mit dem dargestellten psychodynamischen Grundkonzept. Nur, möchte ich – etwas polemisch – anmerken, die Vorstellung der Politiker von Kliniken als preisgünstig arbeitenden Gesundheitsfabriken mit zufriedenen Kunden ist korrekturfähig! Psychodynamische Psychiatrie hat ihren Preis!



**Abb. 1.** Entwicklung der Verweildauer der vollstationären Abteilungsfälle Hamburger Krankenhäuser (Psychiatrie) 1993 bis 2005 (IGES, 2000, S. 15–21)



**Abb. 2.** Entwicklung der vollstationären Abteilungsfälle Hamburger Krankenhäuser (Psychiatrie) 1993 bis 2005 (Fälle je 100.000 Einwohner im Alter über 18 Jahre) (IGES, 2000, S. 15–18)

## Literatur

- Alanen Y (2000) Schizophrenie und Psychotherapie. *Psychotherapeut* 45: 214–222
- Benedetti G (1979) Psychodynamik als Grundlagenforschung der Psychiatrie. In: Kisker KP et al (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd I/1, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 43–90
- Bergmann-Mausfeld G (2000) Empathie und Resonanz. *Forum Psychoanal* 16: 204–213
- Bollas C (1997) *Der Schatten des Objekts*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Bruns G (1997) Die Öffnung der Dyade. Eine patienteninduzierte Modifikation in der psychoanalytischen Behandlung psychotischer Patienten. *Psychotherapeut* 42: 350–355
- Foulkes SH (1974) *Gruppenanalytische Psychotherapie*. Kindler, München
- Happach C, Piegler T (2000) Zur Geschichte der psychoanalytischen Behandlung von Psychosen. *Psychotherapeut* 45: 39–43
- Heltzel R (1995) Die haltende Beziehung im stationär-psychiatrischen Setting. *Sozialpsychiatrische Informationen* 25: 30–39
- Heltzel R (1997) Der psychoanalytische Beitrag zur stationär-psychiatrischen Versorgung. *Zeitschrift supervision* 32: 68–85
- IGES Berlin (2000) *Stationäre Versorgung in der Freien und Hansestadt Hamburg 1998 bis 2005*. Vorbereitendes Gutachten, Bd II. IGES Berlin
- Klüwer R (2000) Das szenische Verstehen und psychoanalytische Prozesse. In: Drews S (Hrsg) *Zum „szenischen Verstehen“ in der Psychoanalyse*. Brandes & Apsel, Frankfurt, S 21–42
- Lichtenberg JD, Lachmann FM, Fosshage JL (2000) *Zehn Prinzipien psychoanalytischer Behandlungstechnik*. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart
- Magid B (1984) Some contributions of self psychology to the treatment of borderline and schizophrenic patients. *Dynamic Psychotherapy* 2: 101–111
- Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F (2000) *Psychosis: psychological approaches and their effectiveness*. Gaskell, London
- Matakas F (1988) Psychoanalyse in der Anstalt. *Psyche* 42: 132–158
- Mentzos S (1991) *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Mentzos S (1992) *Psychose und Konflikt*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Mentzos S (1995) Selbstpsychologische Aspekte der Behandlung von Psychosen innerhalb eines konfliktorientierten Modells. In: Kutter P, Paal J, Schöttler C, Hartmann H-P, Milch W (Hrsg) *Der therapeutische Prozeß*. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Paniagua C (1999) Das Konzept der Intersubjektivität – einige kritische Bemerkungen. *Psyche* 53: 958–971
- Searles HF (1974) *Der psychoanalytische Beitrag zur Schizophrenieforschung*. Kindler, München
- Siani R, Siciliani O (2000) Patients with psychosis, psychotherapy and reorganisation of „the self“. One model of individual therapy: description and pilot study. In: Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F (eds) *Psychosis: psychological approaches and their effectiveness*. Gaskell, London
- Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood G (1996) *Psychoanalytische Behandlung*. Geist und Psyche. Fischer, Frankfurt
- Streeck U (1998) Agieren, Deuten und unbewußte Kommunikation. *Forum der Psychoanalyse* 14: 66–78
- Winnicott DW (1973) *Vom Spiel zur Kreativität*. Klett, Stuttgart

**Korrespondenz:** Dr. med. Theo Piegler, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Bethesda – Allgemeines Krankenhaus gGmbH, Bergedorf, Gojenbergsweg 30, D-21029 Hamburg, Bundesrepublik Deutschland, Fax +49 (40) 72554 1232, E-mail: piegler@bakb.net

*Dr. Theo Piegler, Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie und Psychotherapeutische Medizin ist seit 1988 als Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Bethesda – Allgemeines Krankenhaus gGmbH in Hamburg-Bergedorf tätig. Sein Interesse gilt der psychodynamischen Psychiatrie. Hierzu gibt es von ihm eine Reihe einschlägiger Publikationen. Er ist Mitbegründer der norddeutschen Arbeitsgemeinschaft für psychodynamische Psychiatrie (NAPP) und Dozent der Arbeitsgemeinschaft für integrative Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik Hamburg e.V. (APH).*