

R. Heltzel

Psychodynamische Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie

Zusammenfassung Ausgehend von eigenen Erfahrungen als Psychiater und Psychotherapeut im Sozialpsychiatrischen Dienst (SPsD) einer norddeutschen Großstadt arbeitet der Autor die „Bausteine“ einer psychodynamischen Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie heraus. Sie betreffen die Kontaktaufnahme; die haltende Beziehung; die Kooperation mit Angehörigen; die Vernetzung der Professionellen im Sektor; das bifokale Arbeiten; das Verstehen verborgener Sinnhaftigkeit, insbesondere das unbewusste Konflikte; die Arbeit in und mit partieller gegenseitiger Verstrickung; den handelnden Umgang; die Arbeit mit dem Rahmen; die Entwicklungsförderung durch Therapie und die Bearbeitung von Größenphantasien der Therapeuten („gut genug sein“). – Zur Veranschaulichung dient eine ausführliche Kasuistik (Behandlung eines Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Niveau).

Schlüsselwörter: Gemeindepsychiatrie, psychodynamische Grundhaltung, präverbale Kommunikation, Austausch durch Handeln, Holding.

Les bases psychodynamiques de la psychiatrie communale

Résumé L'auteur est psychiatre et, se référant à son expérience dans le service de sociopsychiatrie d'une grande ville située au nord de l'Allemagne, il tente de promouvoir des rapprochements entre psychiatrie et psychanalyse. Sachant qu'en Allemagne, il existe une obligation d'offre en psychiatrie dans le secteur communal, la question qui se pose est la suivante: comment caractériser une attitude de type fondamentalement psychodynamique, de manière telle qu'elle soit utile à un psychiatre travaillant dans ce secteur? L'auteur esquisse les éléments constitutifs de cette approche et les concrétise par rapport au traitement d'un patient souffrant d'un trouble narcissique de la personnalité de niveau borderline. Il se réfère aux récents développements du discours psychanalytique, avec les notions de « communication pré-verbale », d'« enchevêtrement interpersonnel », d'« échange par la négociation » – elles peuvent servir à rapprocher

The basic psychodynamic positions in community psychiatry

Summary The author worked as a psychiatrist and psychotherapist in the Sozialpsychiatrischen Dienst (SPsD) in a large city in northern Germany. Based on these experiences, he describes the basic psychodynamic positions in community psychiatry. These encompass contacting clients, maintaining relationships, cooperating with relatives, establishing a network of professionals, working "biofocally", understanding hidden meanings, particularly subconscious conflicts, working within and with partial mutual involvement, the active intercourse with clients, the work within one's framework, furthering development via therapy and dealing with one's delusions of grandeur ("being good enough"). A detailed case history demonstrating the treatment of a patient with borderline narcissistic personality disorder completes the contribution.

Keywords: Community psychiatry, psychodynamic basics, preverbal communication, exchange through action, holding.

psychanalyse et psychiatrie d'une façon qui aurait été encore inconcevable il y a dix ans.

Les éléments que nous décrivons sont les suivants:

1. La prise de contact active avec le patient, qui doit être marquée de respect et de retenue: ce dernier prend plaisir à se dissimuler, mais ce serait un désastre pour lui si le thérapeute ne le découvrait pas (Winnicott).
2. L'établissement d'une relation de maintien (holding), dans le sens de Winnicott: elle sera ensuite présente en arrière-plan pendant tout le traitement, l'accompagnera continuellement et discrètement.
3. Une relation de coopération avec la famille, qui joue un rôle extrêmement important du fait du type spécifique d'attachement inhérent aux troubles borderline. Les parents sont souvent perçus comme (la plus importante) source de soutien et il faut les faire participer activement à la thérapie, avec l'accord des patients.
4. La mise en réseau des professionnels, qui permet d'inclure

systematiquement des tiers à la démarche thérapeutique : cet aspect est important car de nombreux patients sont mal capables de symboliser et d'intégrer ; il permet aussi de gérer les inévitables conflits. 5. Le travail « bical » (Rauchfleisch) dans lequel le thérapeute prend pour point de départ les multiples problèmes sociaux dont souffrent ces patients, mais tente simultanément de les placer dans un contexte psychodynamique et de les interpréter. 6. La perception d'un sens caché (Mentzos), que ce soit au niveau intrapsychique ou à un niveau interpersonnel ; ceci inclut le contexte biographique, mais aussi la gestalt scénique actuelle. 7. Une hypothèse fondamentale concernant la présence de conflits inconscients influençant le comportement même de patients dont la structure du moi n'est pas adéquate (Mentzos) ; cet aspect a des conséquences pour la relation comme pour la démarche thérapeutique. 8. L'investissement réciproque liant inévitablement thérapeute et patient dans les cas où ce dernier souffre de troubles graves : l'accepter (et ensuite le comprendre) permet de mieux saisir ses besoins et contribue donc à une évolution positive. 9. Une attitude active, qui joue un rôle particulièrement important

dans le cas de patients souffrant d'un trouble de la symbolisation et qui dans tout setting psychiatrique, influe sur l'atmosphère dans laquelle se déroule le traitement. 10. Une démarche visant à fixer des limites au cadre, ce dernier représentant une réalité concrète qui préservera toutes les personnes impliquées d'investissements irréversibles et de régressions malsaines ; ajoutons que le psychiatre doit toujours tenir compte de deux dimensions : il a été chargé d'un mandat de (ré-)insertion par la société, mais il a aussi des obligations (psycho)thérapeutiques envers le patient. 11. L'aspect soutien au développement de la thérapie, ce qui ne signifie pas seulement qu'elle doit procurer au patient espoir et confiance en l'avenir, mais aussi que le thérapeute doit gérer son setting de manière flexible et avisée (Fürstenau). 12. Et finalement, une attitude correspondant au « suffisamment bon » de Winnicott : le thérapeute doit gérer ses propres désirs d'omnipotence et ses propres fantasmes grandioses – ils sont inévitablement constellés lors du traitement de patients souffrant de troubles graves et un manque de réflexion ou de désinvestissement peut être cause de beaucoup de souffrance et de frustration (évitables).

Psychodynamische Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie

Die Entwicklung einer psychodynamischen Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie hat die Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft für psychodynamische Psychiatrie (NAPP), die ich hier vertrete, von Anfang an sehr intensiv beschäftigt. Sie macht sozusagen den Kern der Identität dieser Arbeitsgemeinschaft aus, insofern es darum geht, **berufsgruppenübergreifend** und auf **alle psychiatrischen Störungsbilder** bezogen zu einer psychoanalytisch orientierten Einstellung in den **verschiedenen psychiatrischen Arbeitsfeldern** zu kommen.

In fortlaufenden Gruppen mit Pflegekräften, mit Sozialarbeitern und mit Assistenzärzten in der Psychiatrie, in denen eine psychodynamische Grundhaltung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit gefördert wird, erfahre ich immer wieder, wie hilfreich eine zeitgemäße **psychoanalytische Ausrichtung** für die Bewältigung des psychiatrischen Arbeitsalltages ist.

Der Fokus dieser Arbeit soll jedoch nicht auf der psychodynamischen Orientierung der psychiatrischen Abteilung, sondern auf der Tätigkeit in einer typischen gemeindepsychiatrischen Institution, nämlich dem **Sozialpsychiatrischen Dienst (SPsD)** liegen. Ich versetze mich aus Gründen der Anschaulichkeit in die Rolle des jungen Psychiaters dieser Einrichtung (der ich selbst einmal war) und verdeutliche meine grundsätzlichen Überlegungen mit einem Fallbeispiel aus meiner damaligen Tätigkeit im SPsD der Stadtgemeinde Bremen. Dieses Beispiel betrifft einen **Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Niveau**, dessen therapeutische Begleitung ich seinerzeit gut dokumentiert habe.¹

Die Behandlung begann mit einer Krisenintervention und schloss über lange Zeit sowohl die Kooperation mit den Eltern des Patienten als auch die Vernetzung der beteiligten psychiatrischen Professionellen im Sektor ein, später ging sie in eine im engeren Sinne einzelpsychotherapeutische Arbeit im Sinne einer analytischen Psychotherapie über. Insgesamt habe ich in dieser Behandlung (die ich mit begleitender Supervision durchführte) sehr viel profitiert, was meine Identität als **Psychiater und Psychoanalytiker** betrifft, und ich hoffe, dass diese Veröffentlichung dazu anregen kann, die Begegnung von Psychiatrie und Psychoanalyse zu fördern (Heltzel, 2000b). – Persönlichkeitsstörungen machen einen beachtlichen Anteil der psychiatrischen Klientel aus, in einer sozialpsychiatrischen Beratungsstelle wird der Anteil sicher zwischen 10 und 20% oder sogar darüber liegen. An diesem Begriff („Beratungsstelle“) wird deutlich, dass ich mir hier ein multiprofessionell zusammengesetztes Team vorstelle, das **für die psychiatrische Pflichtversorgung eines Sektors zuständig** und personell ausreichend ausgestattet ist, so dass mehr getan werden kann als eine bloße obrigkeitsstaatliche Verwaltung psychisch Kranker. In zahlreichen Großstädten der Bundesrepublik Deutschland ist dies der Fall.

Wie lässt sich die psychodynamische Grundhaltung beschreiben, mit der ein junger Psychiater in diesem Feld arbeiten könnte? – Ich werde so vorgehen, dass ich die „Bausteine“ einer solchen Orientierung skizziere und bei jedem Schritt dieser von mir vertretenen Konzeption einen Blick auf die Behandlung meines oben erwähnten Patienten werfe.²

1 Ich danke meinem ehemaligen Patienten, der mir seinerzeit die Erlaubnis zur Veröffentlichung dieser Kasuistik gab.

2 Zahlreiche hier dargestellte Punkte decken sich mit den von Waldinger (1987) zusammengestellten Richtlinien für die Borderline-Behandlung (siehe dazu Janssen, 1994; Gabbard, 1994; Dammann, 2000).

Einleitend eine Bemerkung, die das Verhältnis von Psychiatrie und Psychoanalyse im allgemeinen betrifft: dieses Verhältnis ist, wie es Rohde-Dachser anhand ihrer Erfahrungen in der Medizinischen Hochschule Hannover beschrieben hat, ein spannungs- und risikoreiches (Rohde-Dachser, 1987). In der psychodynamischen Qualifizierung psychiatrischer MitarbeiterInnen kommt es entscheidend darauf an, diese Konflikthaftigkeit kreativ aufzugreifen und in einem fortlaufenden Diskurs weiter zu entwickeln (Heltzel, 1994, 2000b). Nur so lassen sich die beiderseitigen Berührungsängste, das Misstrauen und die Entwertungsneigungen abbauen. In meiner Arbeit in psychiatrischen Institutionen stoße ich immer wieder auf eine große Ambivalenz der Psychoanalyse gegenüber: ihre Sichtweisen erregen Angst und Abwehr, sie erwecken aber auch große Neugier und lösen Faszination und Lust auf Veränderung aus – vorausgesetzt, ich lasse mich auch meinerseits auf die Begegnung mit der psychiatrischen Kultur und damit auf den Prozess einer eigenen Veränderung ein.

Glücklicherweise **fördert** die aktuelle Entwicklung in Theorie und Praxis der Psychoanalyse die Lust auf einen solchen Balanceakt, also die riskante Begegnung zwischen beiden Fächern: In den zeitgenössischen psychoanalytischen Schulen (und nahestehenden Disziplinen wie z.B. der modernen Säuglings- und Kleinkindforschung) findet derzeit eine Entwicklung statt, die eine Berührung von Psychoanalyse und Psychiatrie näher legt, als dies noch vor einem Jahrzehnt denkbar gewesen wäre. Diese aufregende Situation ist mit den Stichworten „**präverbale Kommunikation**“, „**interpersonelle Verstrickungen**“, „**Intersubjektivität**“ und „**Austausch durch Handeln**“ umrissen und verdankt sich (obwohl sie bis auf Ferenczi zurückgeht) der Entwicklung der modernen Säuglingsforschung, der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie und der interpersonellen Theorie und Praxis der Psychoanalyse. Dieser Prozess reflektiert eine übergreifende Entwicklung in den Wissenschaften, er ist in der Psychoanalyse mit Namen wie Stern, Treurniet, Bollas, Mitchell, Renik u.a. verbunden und macht es verführerischer als je zuvor, diese in den zeitgenössischen psychoanalytischen Schulen erarbeiteten Konzepte und Modelle auf die Arbeit mit psychiatrischen Patienten zu übertragen. – Nun also zu meiner Fragestellung einer psychodynamischen Grundhaltung in der Arbeit mit persönlichkeitsgestörten Patienten im gemeindepsychiatrischen Kontext.

1. Kontaktaufnahme

Mitarbeiter psychiatrischer Institutionen wissen, wie befremdlich, wie schwierig und bizarr, wie schrill und abweisend, ja sogar abstoßend oder jedenfalls belastend das Kontaktverhalten dieser Patienten sein kann. Häufig steckt der Kontaktwunsch – gut verborgen – in geradezu kontaktabwehrendem Auftreten. Es gehört eine Portion Lebens- und Berufserfahrung dazu, dieses Auftreten angemessen zu beantworten. „Angemessen“ meint hier: so zu beantworten, dass ein guter persönlicher (emotionaler) Kontakt zustandekommt und auch dann aufrechterhalten werden kann, wenn der Patient dies zu verhindern oder zu sabotieren sucht (Fürstenau,

1992; Gabbard, 1994; Janssen, 1994). Es fällt häufig schwer, dies so umzusetzen, dass wir weder zu nahe noch zu fern sind – oder anders formuliert: dass sich unser Gegenüber weder bedrängt bzw. verfolgt noch verlassen fühlt. Oftmals läuft es – in einer gemeinsamen Inszenierung – auf genau dieses Erleben hinaus. Jedenfalls erfordert die Situation sowohl aktives Engagement in der Kontaktaufnahme, als auch Zurückhaltung und Respekt vor dem Wunsch, in Ruhe gelassen zu werden. Winnicott hat beschrieben, dass es in der Behandlung solcher Patienten anfangs darauf ankommt, sich sehr an die Erwartungen des Gegenüber anzupassen (Winnicott, 1974, S. 217). Er vertrat sogar, dass es in besonderen Fällen nötig ist „**zum Patienten zu gehen**“ und die Hilfe aktiv anzubieten, da der Patient nur existiert indem er sich entzieht und verbirgt (Winnicott, 1976, S. 102). Die Kontaktaufnahme sei dann „(...) ein hochdifferenziertes Such- und Versteckspiel, in dem es ein Vergnügen ist, verborgen zu bleiben, jedoch ein Desaster, nicht gefunden zu werden“ (zitiert nach Aucter, 1995, S. 79).

Genau diese Lernerfahrung vermittelte mir der Patient, den ich vor nahezu 20 Jahren selbst im SPsD behandelte: Der etwa 30-jährige Herr U. gelangte schließlich, nachdem er zuvor mehrere Mitarbeiter des SPsD kontaktiert hatte, über Umwege an mich als Psychiater im SPsD. – Er habe die Geburt, die Schule, die Konfirmation und den Führerschein geschafft – ansonsten aber nur versagt! Bei größeren Anforderungen, manchmal aber auch „einfach so“, verberge er sich in öffentlichen Gebäuden, deren Generalschlüssel er sich „besorgt“ habe. Dann lebe er längere Zeit in nur ihm bekannten Verstecken und ernähre sich von Vorräten, die er den Mitarbeitern heimlich entwende. Manchmal sei er dann dort mit Selbstmordideen befasst, und einmal habe seine Mutter ihn kurz vor der Verwirklichung solcher Pläne gefunden und mit nach Hause genommen – woher sie gewusst habe, wo sie ihn finden könne, wisse er nicht. ... Er habe keine eigene Meinung, habe viele Diebstähle und Betrügereien begangen und mehrere Suicidversuche unternommen. – Mir war Herr U. sympathisch, aber ich spürte auch Angst vor ihm und seiner manipulativen Potenz. Seine diffuse, von Andeutungen übervolle Kommunikation löste ein Gefühl großer Verwirrung und zeitweiser „Verrücktheit“ in mir aus. Alles in allem war ich angespannt, irgendwie wachsam und wohl selber nicht natürlich und lebendig, weil – auch unter dem Einfluss meiner berufsbegleitenden psychoanalytischen Ausbildung – kontrollierter als sonst.

*Obwohl ich mit Herrn U. eine längerfristige, niederfrequente Begleitung im SPsD vereinbarte, meldete er sich **nicht** wieder und reagierte auch nicht auf ein freundliches Anschreiben. Er hatte mich, wie ich später erfuhr, unsympathisch, kühl und abweisend erlebt. Ein Jahr später las ich zufällig einen Zeitungsbericht über einen Mann, der sich vier Monate lang mit Hilfe eines gestohlenen Generalschlüssels in einem großen öffentlichen Gebäude versteckt gehalten, von Lebensmitteln der Mitarbeiter ernährt und am Rande des Suicids gelebt hatte. Bei der Verhaftung hatte er erleichtert gewirkt und ein Geständnis abgelegt. – Ich erkannte in dem Bericht unzweifelhaft Herrn U. wieder und ent-*

schloss mich, ihn anzurufen. Da sein Telefonanschluss aufgelöst war, fand ich die Telefonnummer seiner Eltern heraus, rief sie an und hatte unerwartet Herrn U. selbst am Telefon, der sehr überrascht war und sich aufrichtig freute. Es gehe ihm schlecht, und seine Eltern litten sehr unter der Situation. Er sei nun arbeits- und wohnungslos und erwarte einen Prozess. Seine (weiter entfernt wohnenden) Eltern würden ihm unter den gegebenen Umständen nicht einmal ihr Auto anvertrauen, so dass er nicht wisse, wie er zu mir kommen könne. Also schlug ich ein gemeinsames Gespräch mit den Eltern vor, das kurze Zeit später stattfand. Es war der Beginn einer nun folgenden jahrelangen therapeutischen Zusammenarbeit zwischen Herrn U. und mir, auf die ich im folgenden wiederholt zurückkommen werde, um meine Gedanken zu veranschaulichen. Vorerst wollte ich zeigen, welches Verhalten meinerseits hinderlich, und welches förderlich für den Kontakt zum Patienten war.

2. Haltende Beziehung

Die Etablierung einer haltenden Beziehung ist die Basis, der Hintergrund jeder stimmigen psychodynamischen Arbeit. Dies gilt für die stationär-psychiatrische Arbeit ebenso (Heltzel, 1995, 1998) wie für ambulante Settings (Müller und Lempa, 1998; Dührssen, 1999). Letztlich gehen alle hier diskutierten Punkte in die Ausgestaltung einer haltenden Beziehung ein, insofern die Umsetzung aller dieser Themen einen – mehr oder weniger förderlichen – Einfluss auf die Etablierung einer haltenden Beziehung haben wird.

Zugehörige Begriffe sind hier: Holding (Winnicott) und Containing (Bion), worüber jeweils sehr viel im Detail zu sagen wäre. Nach meinem Verständnis ist das **Holding** nicht auf akute klinische Phasen begrenzt, sondern begleitet den gesamten Behandlungsprozess als Hintergrundaspekt (Treurniet, 1995), also auf eine eher stille, unauffällige, kontinuierliche Art und Weise (das ist Winnicotts „Umweltmutter“). Damit ist v.a. Atmosphärisches gemeint, aber eben auch das Gesamtarrangement der Behandlung, das schließlich darüber entscheidet, ob sich der Patient „gehalten“ fühlen kann. In der therapeutischen Beziehung werden dann eher die **Störungen** dieser Hintergrundbeziehung deutlich, die sich als mehr oder weniger abrupter Ausdruck von „Widerstand“ manifestieren.

Bei Herrn U. war dies z.B. sein initiales Wegbleiben nach der ernüchternden Erfahrung des Erstkontaktes mit mir. Erst danach konnte er erleben, dass ich mich besser auf ihn und seine Bedürfnisse einstellte, indem ich z. B. von mir aus Kontakt zu ihm aufnahm und ihm Hoffnung vermittelte, indem ich Rücksicht auf seine Toleranzgrenze in Bezug auf Konflikte nahm und ganze Stunden mit ihm oberflächlich „verplauderte“, weil ansonsten seine sensible innere Balance gefährdet gewesen wäre. Noch später „testete“ er mich und meine Belastbarkeit mit Rückfällen in delinquentes Verhalten und noch einmal später traf mich aufgrund verschiedener Anlässe seine Wut, der ich standhielt, ohne mich zu rächen. – All dies trug dazu bei, dass er sich im Großen und Ganzen gehalten fühlen konnte – wie

übrigens auch ich selbst in der parallel laufenden Supervision. – Zu einem anderen, ganz wesentlichen Aspekt des Haltens (nämlich die Kooperation mit anderen psychiatrischen Professionellen und mit den Familienangehörigen des Patienten) siehe weiter unten.

In der Therapie bzw. Begleitung von Patienten mit Persönlichkeitsstörung bedeutet **Containing**, dass die therapeutische Bezugsperson mit schwierigsten Gegenübertragungsgefühlen zu tun bekommt und immer wieder das Gefühl erlebt, benutzt, manipuliert und missbraucht zu werden. Die Aufgabe ist es dann, diese Gefühle zuzulassen, also in sich aufzunehmen und zu „verdauen“. Oftmals ist der Psychiater-Psychotherapeut ein „Behälter“ (Container) und **nicht** ein Interpret. Er versucht also quasi, „im Stillen“ auszuhalten und zu verstehen, was in der Beziehung zu seinem Gegenüber geschieht, **ohne** dieses Verstehen jeweils in Worten zu kommunizieren (vielleicht ist dies später und in Ansätzen möglich).

Was Herrn U. betraf, hatte ich nicht nur im Erstkontakt, sondern auch noch lange Zeit danach und immer wieder intensive Gefühle von Verwirrung, Verrücktwerden, Leere und Diffusion – neben solchen der Ohnmacht und der Angst, die ich ohne begleitende, fortlaufende Supervision wohl nicht zu bewältigen gewusst hätte. Sie reflektierten u. a. seine schwere Identitätsstörung und begleiteten uns wie ein Markenzeichen dieser Therapie. – Vermutlich war ich auch deswegen „empfindlich“ für diese Gefühle, weil ich mich selbst in einem anhaltenden Prozess der beruflichen Entwicklung (vom Psychiater zum Psychoanalytiker), also in einer (freilich reflektierten) anhaltenden „Identitätsdiffusion“ befand.

3. Kooperation mit Angehörigen

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, insbesondere mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, sind – wie im übrigen auch psychotische Menschen – intensiv an ihre „Primärobjekte“ (ihre Eltern) oder andere nahe Verwandte und Bezugspersonen gebunden. „Die Psychodynamik dieser Patienten hängt engstens mit ihrem Beziehungsnetz zusammen, ist Soziodynamik. Entsprechend sind Veränderungschancen und Behandlungsmotivation nur auf diesem Hintergrund einschätzbar“ (Fürstenau, 1992, S. 104). Neben Fürstenau hat insbesondere Rauchfleisch diesen Aspekt beschrieben und in seiner behandlungstechnischen Konsequenz durchdacht (Rauchfleisch, 1996, 1999): In seinem Konzept der Betreuung, Begleitung und Psychotherapie von Dissozialen und Wohnungslosen (unter denen sich sehr viele Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung finden) plädiert er engagiert für die Zusammenarbeit mit Drittpersonen aus dem privaten und dem professionellen Umfeld des Patienten. Dabei schlägt er nicht die auf verschiedene Professionelle verteilte Arbeit vor, sondern das Vorgehen in einer Hand, das sich u.a. wegen der massiven Spaltungstendenzen der Patienten anbiete. – Ich teile diese Einstellung und habe sie in all den Jahren meiner Tätigkeit als im Sektor arbeitender Psychiater auch praktisch umgesetzt, indem ich mir – von begründeten Ausnahmen abgesehen – zur Regel machte, nicht

nur den Patienten zu treffen und zu sprechen, sondern (natürlich in Absprache mit dem Patienten) auch seine wichtigsten familiären oder sonstigen Bezugspersonen. Ich-strukturell schwerer gestörte Patienten begrüßen nach meiner Erfahrung eine solche Einstellung, viele finden sie selbstverständlich, fast alle fühlen sich eher entlastet und verstanden, da sie sich ohnehin große Sorgen etwa um ihre Eltern machen. Dies nicht nur, weil sie sie real so stark belasten, sondern auch, weil sie in tiefer (unbewusster) Loyalität an sie gebunden sind und sich für sie und ihr Befinden verantwortlich fühlen – auch wenn sie laut und lärmend opponieren (Boszormenyi-Nagy und Spark, 1981).

Die Eltern der Patienten sind – auch wenn sie persönlich schwierig erscheinen oder ebenfalls hilfsbedürftig sind – oftmals die wichtigste verbliebene Quelle von Hilfe und Unterstützung für ihre (erwachsenen) Kinder, und sie sind von wirklich großer Bedeutung für die Entwicklung der Motivation zur Behandlung, die bei den persönlichkeitsgestörten Patienten ja oftmals fragil ist und erst noch aufgebaut werden muss. Arbeitet man ohne oder gar gegen die Eltern, so ist der Behandlungsabbruch mitunter schon vorprogrammiert, da sich die Patienten im Zweifel (und zu Recht) für ihre Primärobjekte und gegen die ehrgeizigen Psychiater (Sozialarbeiter, Krankenpflegekräfte, Betreuer etc.) entscheiden. Etwas vereinfacht lässt sich die folgende Grundregel aufstellen: Je stärker die ich-strukturelle Störung des Patienten und je akuter die zum Kontakt führende Krise, desto eher sollte das private Umfeld in die Krisenintervention und die darauf folgenden Gespräche einbezogen sein.³ – Dies alles bedeutet selbstverständlich nicht, dass vorwiegend Freude und Harmonie zwischen den Therapeuten und den Familienangehörigen herrschen, wohl aber eine **Grundhaltung der Kooperation** – die kann auch Konflikte einschließen, wenn die Basis der Zusammenarbeit stimmt.

Ohne die Mithilfe seiner Eltern, insbesondere seiner (recht komplizierten) Mutter wäre die Behandlung von Herrn U. gar nicht in Gang gekommen. Seine Eltern brachten den anfangs suicidalen Patienten nicht nur zu den Stunden zu mir in den SPsD, sie beteiligten sich auch engagiert an gemeinsamen Familiengesprächen, die die Therapie zunächst im Monatsabstand, dann vierteljährlich begleiteten. Obwohl diese Gespräche nicht nur Verbundenheit (Liebe) sondern auch wirklichen Hass zwischen Mutter und Sohn offenbarten (während der Vater eher im Hintergrund blieb), war es doch möglich, eine Atmosphäre von Unterstützung und Krisenhilfe aufrechtzuerhalten. So vereinbarten die Eltern eine „Kreditlinie“ mit der Bank, sicherten also die Rückzahlung der beträchtlichen Schulden ihres Sohnes, während dieser im Verlauf der Jahre das Geld an seine Eltern zurückerstattete. Die Modalitäten dieses „Vertrages“ waren wiederholt Thema der Familiengespräche, ebenso wie die zeitweisen Probleme bei der Umsetzung. Am Ende der Therapie war Herr U. immerhin schuldenfrei, was eine mehrfach determinierte Bedeutung hatte, u.a. die einer nunmehr gesicherteren

und auch von der Mutter akzeptierten Autonomie. – Der zweite Teil der Behandlung fand dann ohne weitere Treffen mit den Eltern statt. Wir richteten Grüße über den Patienten aus und manchmal hörte ich, dass die Mutter – nicht ganz ohne Eifersucht – anfragte, warum der Sohn denn immer noch zu mir gehe ...

4. Vernetzung der Professionellen

Bruns ist – aus psychoanalytischer Sicht – ausführlich auf die Vernetzung als wichtiger Modifikation in der psychotherapeutischen Arbeit mit Schizophrenen eingegangen (Bruns, 1995, 1997). Aber nicht nur diesen psychotischen, sondern auch den persönlichkeitsgestörten Patienten mangelt es an Symbolisierungs- und Integrationsfähigkeit – insbesondere in Zeiten akuter Irritation. Therapeutische Vernetzung, d.h. die Teilnahme von Patienten und Therapeuten an einem Netzwerk psychosozialer Beziehungen kann helfen, die verlorene oder verschüttete Symbolisierungsfähigkeit wieder zu erreichen. Therapeutische Vernetzung als systematischer Einbezug von **Dritten** in die therapeutische Beziehung schützt, wie die unten diskutierte Struktur des therapeutischen Rahmens, vor ungebremster Regression in die Dyade, die als bedrohlich erlebt wird. Dazu trägt auch der Umstand bei, dass sich der Therapeut in solchen Zusammentreffen von anderen Fachleuten helfen und beraten lassen und dass er Kompromisse schließen muss. Die Realisierung dieser Tatsachen kann dem Patienten helfen, von unangemessenen Idealbildern und „Alles-oder-Nichts“-Einstellungen Abschied zu nehmen. Aus all diesen Gründen ist ein solches Vorgehen bei schwerer ich-strukturell Gestörten dringend indiziert (Rauchfleisch, 1999).

Natürlich beinhaltet der harmlos klingende Begriff „Vernetzung“ auch die Bearbeitung der zwischen den verschiedenen Professionellen bzw. ihren Institutionen existierenden **Konflikte**. Diese sind bekanntlich gerade dann häufig, wenn es um die Behandlung von Borderline-Patienten geht, die diese Konflikte provozieren oder verschärfen, weil sie ihre Übertragungsneigungen **aufspalten** und auf die verschiedenen Professionellen verteilen. Auf diese Weise externalisieren sie ihre Schwierigkeit, gegensätzliche Positionen zu integrieren, und die betreffenden Professionellen sind aufgefordert, in einer gemeinsamen Anstrengung zusammenzufügen, was die Patienten strikt getrennt halten müssen.⁴

Herr U. benötigte wegen schwerer depressiver Verstimmung und begleitender Suicidalität zunächst 1/4Jahr stationäre und anschließend 1/2Jahr tagesklinische Behandlung. Wegen der Nähe zur Sektorstation

4 Dieser Aspekt führt unmittelbar zur Thematik multiprofessioneller Teamarbeit in gemeindepsychiatrischen Institutionen. Diese zentrale Thematik ist nicht Gegenstand dieser Veröffentlichung, da mein Fokus die Arbeit des Psychiaters im SPsD und dessen vernetzte Kooperation im gemeindepsychiatrischen Feld ist. Das Thema multiprofessioneller Zusammenarbeit im Team **einer** gemeindepsychiatrischen Einrichtung (etwa des Teams einer Tagesklinik oder einer Station der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie) müsste Gegenstand einer eigenen Veröffentlichung sein.

3 Siehe dazu auch die Empfehlungen von Ruiz-Sancho und Gunderson (2000).

bzw. zur Tagesklinik und aufgrund guter kooperativer Beziehungen konnten unsere wöchentlichen Gespräche im SPsD weiterhin stattfinden und ich hielt – in Absprache mit dem Patienten – in größeren Abständen Kontakt zu den zuständigen Professionellen. Nach der Tagesklinik zog er für ein Jahr in eine therapeutische Wohngemeinschaft für psychisch Kranke, wo ich ihn auf seinen Wunsch hin einmal besuchte. Zu den Betreuern hielt ich losen Kontakt wie schon zuvor zu den betreffenden Behandlern. Auch als Herr U. einen – zunächst beschützten – Arbeitsplatz fand, besuchte ich ihn dort einmal und plauderte bei dieser Gelegenheit mit seinem Vorgesetzten, der den weiteren Weg des Patienten hilfreich unterstützte. So war ich gut vertraut mit seinem Umfeld und Herr U. konnte den Eindruck erhalten, dass sich die beteiligten Professionellen in gemeinsamer Abstimmung (also um Integration bemüht) für seine Entwicklung interessierten und engagierten.

5. Bifokales Arbeiten

Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sehen sich in der Regel einer Fülle von sozialen Schwierigkeiten gegenüber – insbesondere in Zeiten akuter Zuspitzungen ihrer Problematik. Nach einem von Rauchfleisch beschriebenen bifokalen Behandlungskonzept (Rauchfleisch, 1996, 1999) muss der Therapeut von den vielfältigen sozialen Problemen ausgehen, die sich dem Patienten stellen, er muss mitunter aktiv in das reale Leben des Patienten eingreifen und **zugleich** versuchen, das dabei in die Stunden gelangende Material psychodynamisch zu verstehen und zu interpretieren. Dabei braucht er Geduld, da er die Bereitschaft, innere Prozesse wahrzunehmen und zu reflektieren, nicht ohne weiteres voraussetzen kann. Dieses Vermögen stellt sich sozusagen selbst erst als Ergebnis längerer psychotherapeutischer Zusammenarbeit ein, muss also gefördert und entwickelt werden. Dies geschieht nicht auf einen Schlag, sondern in unzähligen kleinen Episoden, Lernerfahrungen und Tests, in denen der Patient u.a. immer wieder überprüft, ob er überfordert oder gar traumatisiert werden könnte.

Was Herrn U. betrifft, so habe ich bereits angesprochen, wie massiv seine sozialen Probleme zu Anfang der Therapie waren: er war arbeits- und wohnungslos, für seine Verhältnisse hoch verschuldet, und es erwartete ihn ein Prozess wegen schweren Hausfriedensbruchs und fortgesetztem Diebstahl. Hinzu kamen die Probleme, die er sich durch dissoziale Rückfälle u.a. Eskapaden während der Therapie neu schuf. So waren wir in den ersten 2 Jahren eigentlich immer mit irgendeinem seiner Problemthemen befasst, die es zu klären und – möglichst – zu regeln galt. Ohne zeitweise recht aktives Engagement meinerseits wäre dies vermutlich kaum möglich gewesen, und so wurde ich allmählich zu einer auch real bedeutsamen Figur im Leben des Patienten – mit all den Konsequenzen für die Entwicklung einer (negativen) Übertragung. – Trotz der Risiken eines solchen bifokalen Vorgehens boten sich auch zahlreiche Möglichkeiten gemeinsam zu verstehen, was die verschiedenen Aktionen und Inszenierungen

des Patienten bedeuteten, d.h. welche inneren Zustände und Verfassungen er in diesen Externalisierungen auszudrücken versuchte. Es dauerte etwa 2–3 Jahre, also 100 Sitzungen, bis dieser Punkt erreicht war.

6. Verstehen verborgener Sinnhaftigkeit

Wer psychodynamisch arbeitet, interessiert sich für verborgene Sinnzusammenhänge, und zwar sowohl intrapsychisch als auch interpersonell, sowohl im lebensgeschichtlichen Kontext als auch in der aktuellen, szenischen Gestalt. Aus psychodynamischer Sicht haben alle Symptome und Verhaltensweisen einen positiven Sinn, eine (mehr oder weniger) unbewusste Bedeutung. Auch das auffallendste, skurilste, verrückteste Verhalten ist als der Versuch zu verstehen, ansonsten unerträgliche intrapsychische Konflikte zu bewältigen oder wenigstens in der Balance zu halten (Mentzos 1991, 1992). Freilich erschließt sich uns der Sinn nicht immer oder nur in Ansätzen, oder wir verstehen über längere Zeit gar nichts und brauchen die engagierte Mithilfe unserer Patienten, um neu oder anders zu verstehen. Natürlich ist kein Symptom, keine Phantasie, kein Verhalten ein für allemal verstanden, immer kann Neues, Unerwartetes hinzukommen, und immer legen sich mehrere Bedeutungsschichten übereinander, die wir erst in lang anhaltenden Bemühungen differenzieren können. Manches **soll** auch nicht verstanden werden, damit wir unseren Patienten nicht zu nahe kommen bzw. sie ihrer Autonomie berauben.

Was Herrn U. betrifft, so hatte sein „Versteckspiel“ viele Bedeutungen, die wir erst nach und nach gemeinsam verstanden: Es enthielt Wut und Hass seiner Umwelt, seinen Eltern, später auch mir gegenüber – und korrespondierend gehörige Selbstbestrafungstendenzen (seine Erleichterung beim Geständnis!). Es transportierte oral-aggressive Impulse (er stahl vorwiegend Schokolade und legte den Mitarbeitern Zettel aus, welche ihm am besten schmeckten!). Auf der tiefsten Ebene aber sicherte es sein psychisches Überleben als eigenständiges, von seiner Mutter unabhängiges Wesen. In Zeiten großer innerer Verlorenheit, auch in Zeiten großer Übertragungsverstrickung (also großer Abhängigkeit) beschäftigte er sich immer wieder mit der drängenden Phantasie, in sein Versteck abzuhauen, und er sagte mir: „Ich weiß immer noch nicht, was ich fühle, wer ich bin. Nur wenn ich am Versteck vorbeigehe, denke ich: „**Das war wirklich ich!**“

So hatte ich Herrn U. ja auch „erkannt“: als ich den Bericht über seinen Aufenthalt im Versteck las, wusste ich: das war unzweifelhaft er! Bizarre Verhaltensweisen schützen nicht selten das in seiner Existenz gefährdete Selbst, mitunter sind sie das einzig verfügbare Mittel, um das Selbst überhaupt erst zum Ausdruck zu bringen. So verstanden fordern sie unseren Respekt: Psychodynamisches Verstehen kann helfen, manches Leiden **nicht** zu ändern und Dinge so zu lassen, wie sie sind.

7. Unbewusste Konflikte

Die psychodynamische Sicht des Menschen ist im Kern eine Konfliktpsychologie (Mentzos 1991, 1992): sie in-

teressiert sich für unbewusste (und bewusste) Konflikte in und zwischen Menschen. Für die Kontaktaufnahme und das Verstehen z.B. persönlichkeitsgestörter Patienten bedeutet dies, dass auch ausgesprochene Mängel (also wahrnehmbare Defizite) im Gegenüber einen konflikthafter Hintergrund haben können. Das hat Konsequenzen für die Beziehungsgestaltung und das psychotherapeutische Vorgehen.

Was Herrn U. betraf, so habe ich einige der für ihn charakteristischen innerpsychischen Konflikte bereits benannt. Dabei ging es zentral um Schuld und Schuldentlastung (durch Selbstschädigung), noch tiefer verstanden jedoch um das „Verbrechen“, eine eigene, von der Mutter unabhängige Identität zu entwickeln: Indem er systematisch scheiterte, entlastete er, wie wir ganz allmählich verstanden, seine Mutter von eigenen Gefühlen des Unwertseins und verhalf ihr dazu zu überleben. So war er hin- und hergerissen zwischen dem Wunsch, sich aus dieser Bindung zu lösen (und ihr zu schaden) und dem Strafimpuls, der Scheitern und eine Vertiefung der Mutterbindung zur Folge hatte. – Wenn wir in den ersten 2–3 Jahren der Zusammenarbeit auch nur in die ungefähre Nähe dieser Thematik kamen, reagierte er mit einem Zustand, der teils wie eine Demenz, teils wie eine präpsychotische Verfassung, in jedem Fall aber wie eine handfeste Behinderung wirkte. Ich lernte auf diese Weise, mich in Geduld zu üben. Wir lernten beide, an entscheidenden Stellen oberflächlich zu plaudern und die eigentlich konflikthafter Themen eben auf später zu verschieben. Sobald wir dies taten, klang der skizzierte „Behinderungs“-Zustand ab – er hatte eindeutig Abwehrcharakter und schützte Herrn U. vor der (traumatisierenden) Wahrnehmung bisher noch unerträglicher Konflikte.

8. Partielle gegenseitige Verstrickung

Vor einigen Jahren nahm der niederländische Psychoanalytiker N. Treurniet in zwei grundlegenden Arbeiten zur Frage Stellung, was Psychoanalyse heute und wie eine „postklassische“ Ethik der psychoanalytischen Technik zu konzipieren sei (Treurniet, 1995, 1996). Darin vertrat er u.a., „(...) dass Analyse eine Interaktion ist, in die beide Parteien *regelrecht affektiv verstrickt* sind“ (Treurniet, 1996, S. 18). Ich zitiere wörtlich: „Erfolgreiche analytische Arbeit entfaltet sich in einem Prozess kontinuierlicher, aktiver, gegenseitiger Verstrickung zwischen Analytiker und Analysand plus dem ständigen Versuch beider, sich der Art dieser Verstrickung bewusst zu werden und sie aufzuklären“ (Treurniet, 1996, S. 12). Ich meine, dass diese belebende Formulierung auch für psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungs-Settings gelten kann – allerdings mit dem Zusatz, dass es den Beteiligten hier schwerer fällt, von der Verstrickung zu deren Aufklärung überzugehen (vielleicht gelingt dies aber in begleitender Supervision). – Ich lasse wieder Herrn U. und mich als damals beteiligtem Therapeuten sprechen:

Im dritten Jahr unserer Zusammenarbeit intensivierte sich die therapeutische Beziehung, denn der Patient entdeckte Charakteristika seiner (übergriffigen) Mutter in meinen Einstellungen und Verhaltenswei-

*sen. Und er hatte Recht mit diesen Wahrnehmungen, da ich wiederholt eindringlich intervenierte und seine Autonomie nicht wirklich achtete. So zischte er mich in einer Stunde an: „Früher dachte ich, was Sie sagen, tut mir gut. Heute merke ich Skepsis und werde nachdenklich. Am Ende bin ich ein Abklatsch von Ihnen statt von meiner Mutter!“ Wie ein Faustschlag traf mich seine Mitteilung, „ein anderer, zweiter Herr U.“ habe einen Einbruch unternommen und das Geld in der Szene verschleudert! Ich verstand nichts von dem, was passiert war und erarbeitete mir erst im Nachhinein – in der Supervision – diese Vermutung: Der Rückfall war wohl eine Reaktion auf mein eindringliches, wirklich übergriffiges Verhalten und bedeutete auch, dass ich nichts verstehen **sollte!** So schützte er seine (negative) Identität vor meiner Eindringlichkeit: Dieses delinquente Verhalten – das war unzweifelhaft er selbst, und es war von großer Bedeutung, dass ich diesen Raum als „nicht zu verstehen“ respektierte.*

9. Handelnder Umgang

Ich-strukturell gestörte Patienten – insbesondere solche, die sich in akuten Krisen befinden – haben Probleme damit, innerpsychische Konflikte zu symbolisieren. Daher bringen sie ihre Ängste, Bedürfnisse usw. handelnd zum Ausdruck und beziehen dabei ihr aktuelles Lebensumfeld und die mit ihnen verbundenen Menschen als Mittel der szenischen Selbstdarstellung ein. Indem sie auf diese Weise Intrapsychisches veräußern, machen sie uns per **Handlungssprache** verständlich, wie und worunter sie leiden (Heltzel, 1998). Janssen spricht in diesem Zusammenhang von „**handelnder Reinszenierung**“ (Janssen, 2000). In dieser Sicht wird Agieren zum entscheidenden Kommunikationsmittel, wobei zu bedenken ist, „(...) dass viele, wenn nicht alle Menschen erst dann etwas fühlen können, wenn sie es auch in Handlung umsetzen“ (Treurniet, 1996, S. 13). Insofern wird heute nicht einmal mehr im klassischen analytischen Setting vom Analysanden erwartet, dass er erst fühlt und dann handelt – es kann auch umgekehrt sein, und natürlich gilt dies umso mehr, je weiter sich das Behandlungs-Setting von der psychoanalytischen Praxis weg und hinein in die ernüchternde Realität des psychiatrischen Sektors bewegt.

Es geht also darum, das Agieren als Kommunikationsmittel ernstzunehmen, wie es schon Balint vorschlug (Balint, 1970). Balint war in dem berühmten Beispiel der Purzelbaum schlagenden Patientin übrigens derjenige, der dieses Verhalten anregte, der also seinerseits agierte, **bevor** seine Patientin ihm folgte (Mitchell, 1988, S. 154–155). Am besten vergleicht man solche Inszenierungen – mit Treurniet – mit dem Spiel des Kindes und fasst sie – wie das kindliche Spiel – als Probedenken auf, dann verlieren sie den Charakter von Schmutzigem, Verbotenem und Missratenem.

*Herr U. war anfangs so gut wie unfähig, erst zu denken und dann zu handeln. Es ging bei ihm immer anders herum, wobei er eine bemerkenswerte **Begabung** besaß, überraschend zu agieren und dabei die verschiedensten Menschen in den unterschiedlichsten Situationen für sich und seine Zwecke manipulativ*

einzusetzen. Meine anfängliche Angst, von ihm missbraucht und manipuliert zu werden, rührte daher, und ganz entsprechende Rückmeldungen erhielt ich von vielen Menschen, die mit ihm zu tun hatten. – Das Prinzip „Handeln kommt vor Fühlen und Denken“ gab er übrigens nie ganz auf. Noch gegen Ende der Therapie behielt es insbesondere dann die Oberhand, wenn seine Angst zunahm.

10. Grenzsetzung

Für die Arbeit mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen gilt (wie im übrigen auch für die Behandlung von Psychosen), dass Holding und Containing nicht nur durch diffizile Kommunikations- und Verstehensprozesse, nicht nur durch Atmosphärisches, sondern auch durch den Rahmen des Settings gesichert werden, den der Psychiater (die Therapeuten) anbieten und (u.U. gegen heftigen Widerstand des Patienten) aufrecht erhalten. Der Rahmen „hält“ den Patienten in seiner (dyadisch verstandenen) Beziehung zum Therapeuten und stellt einen Schutz vor äußeren und inneren Reizen und Gefahren dar, er steht für Realität und schützt **alle** Beteiligten vor irreversibler Verstrickung. Er fördert Verzicht, Realitätskontrolle und das Anerkennen klarer Selbst-Objekt-Grenzen und symbolisiert damit **ein Drittes** in Ergänzung zur mütterlich-nährenden Dimension, die jede psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit hat oder jedenfalls haben sollte. Grenzsetzung in diesem Sinne ist umso bedeutsamer, je tiefer der Patient gestört ist, d.h. auch: je gravierender seine Symbolisierungsstörung ist (Heltzel, 2000a).

In der Arbeit mit Patienten, die eine Borderline-Persönlichkeitsstörung aufweisen, kommt es **immer** auch zu Situationen, in denen ein grenzsetzendes Handeln gefordert ist, da die Patienten austesten (müssen), wie ernst ihr Gegenüber diese Frage nimmt und wie klar er sich zu verhalten weiß. Findet dieses Austesten im Kontext des Sozialpsychiatrischen Dienstes statt und ist der Adressat gar der dort angestellte Psychiater, so kommen alle Punkte ins Spiel, die mit der obrigkeitstaatlichen Funktion dieser Institution, also mit ordnungspolitischen Aufgaben („Zwangseinweisungen“) zu tun haben. Die Patienten müssen dann erfahren, dass sie sich zwar fremd- oder selbstgefährdend verhalten dürfen (dass sie also weder Vorwürfe noch Rache befürchten müssen), dass ihr Verhalten jedoch Folgen hat bzw. haben muss, die bis zur stationären Unterbringung gegen den Willen des Betroffenen gehen können. Die Frage, ob sich ordnungspolitische und psychotherapeutische Aufgaben in der Rolle des behandelnden Psychiaters vertragen bzw. ob und wie sie miteinander in Verbindung gebracht werden können, ist bekanntlich umstritten. Meine eigene Position, die auf mehr als einem Jahrzehnt persönlicher Erfahrung und vielen ergänzenden Eindrücken aus Supervisionen, die ich durchführte, basiert, ist die folgende: Zur Rolle des Psychiaters gehören **immer** beide Seiten der Medaille, also sowohl die ordnungspolitische als auch die (psycho-)therapeutische Dimension seiner Tätigkeit. Verteilt man diese beiden Dimensionen auf unterschiedliche Personen (wie es manche Autoren empfehlen), so fördert man die

ohnehin vorherrschenden Spaltungstendenzen ichstrukturell gestörter Patienten, also die Etablierung „nur guter“ und „nur böser“ Objektrepräsentanzen und hindert sie daran zu erkennen, dass ihr behandelnder Psychiater eine Mischung aus beidem ist (also „sowohl als auch“), und dass er darüberhinaus selbst in einem Kontext mit bestimmten Rollenaufträgen arbeitet, den er akzeptieren und mit dem er in möglichst beständiger Selbstreflektion umgehen muss. Gelingt ihm dies einigermaßen gut, so ist er seinen Patienten auch ein Modell für die schwierige Integration von Widersprüchlichem und für die lebenslange Aufgabe, Kompromisse einzugehen und von Idealansprüchen Abschied zu nehmen. – Dabei endet psychodynamisches Verstehen keineswegs, wenn der Kommissar von Dienst angerufen werden muss. Im Gegenteil – gerade bei Zwangseinweisungen und vergleichbaren Krisensituationen verdichten sich gemeinsam gestaltete Beziehungs-Szenen oft besonders prägnant (Heltzel, 1987).

*Was Herrn U. betrifft, so kam es zwar nicht zu einer Zwangseinweisung. In der ersten Einzelsitzung (zu der sein Vater ihn mit dem Auto brachte), sprach er jedoch in der ihm eigenen, indirekten, aber höchst wirkungsvollen Weise seine Verfassung an, indem er sagte: „Wenn ich Ihnen jetzt sagen würde, dass ich selbstmordgefährdet bin – Sie sind ja Arzt – was würden Sie tun?“ Mich versetzte diese „Frage“ emotional in hohe Alarmbereitschaft, zumal Herr U. andeutete, dass er kurz davor sei, wieder abzuhaufen oder Suizid oder eine schwere Straftat zu begehen, damit er endlich in den Knast komme, wo er hingehöre. Ob ich ihm das glaube?! Ich glaubte es ihm und schlug – sicherlich auch zu **meiner** Beruhigung – eine stationäre Behandlung vor, die der Patient jedoch vehement ablehnte. Erst in Gegenwart seiner Mutter, die ihn zur zweiten Sitzung begleitete, stimmte er zu und ging freiwillig in die Klinik. Vielleicht tat er dies auch, weil **sie** nun verletzlicher schien als er, depressiv, den Tränen nahe und am Ende ihrer Kräfte. In dieser Situation vermittelte die von mir vorgeschlagene Klinikaufnahme einen Funken Hoffnung und ermöglichte ein vorübergehendes Luftholen aller Beteiligten.*

11. Entwicklungsförderung

Patienten, die in Kontakt mit dem SPsD kommen, befinden sich in aller Regel in einer tiefgreifenden Lebenskrise. Sie sind mit überwältigenden sozialen Problemen konfrontiert, ermangeln der Hoffnung in Bezug auf die überschaubare Zukunft und werden in dieser desolaten Stimmung oftmals auch von den ihnen am nächsten stehenden Personen **bestärkt**, da auch diese nicht mehr weiter wissen. Da ist es entscheidend, auf Helfer zu treffen, die diese Hoffnungslosigkeit verstehen und auch selbst ein Stück weit zulassen (d.h. aushalten) können (Heltzel, 1994). Nichts ist in dieser Lage unpassender als eine oberflächliche „Das-wird-schon-wieder-werden“-Haltung des Gegenüber. Der Psychiater muss also den Patienten so nehmen, wie er augenblicklich ist. **Zugleich** muss er jedoch ein Bild in sich wachrufen und lebendig halten, wie sich der Patient möglicherweise und zu seinem Vorteil weiterent-

wickeln könnte. „Von dieser Haltung muss der Umgang mit dem Patienten geprägt sein, denn es gilt, dem Patienten Raum für eine entwicklungsträchtige Übertragungsbeziehung zu geben“ (Dührsen, 1999, S. 46).

Insbesondere zu Beginn der Zusammenarbeit muss der Therapeut Zuversicht und Hoffnung ausstrahlen, verbunden mit Geduld und Genügsamkeit, denn es wird dauern, bis Erfolge eintreten. Es kann auch nicht schaden, wenn der Patient die Erfahrung macht, dass der Therapeut selbst Lebensfreude empfindet und über Humor verfügt – alles dies macht Hoffnung in Bezug auf die bessere Zukunft, und wir müssen diese Seite vorerst stellvertretend für unsere von Resignation und Verzweiflung erfüllten Patienten in die gemeinsame Arbeit einbringen (Rauchfleisch, 1996, S. 150).

Auf eine weitere Dimension von Entwicklungsförderung hat Fürstenau hingewiesen: Die Möglichkeit von Entwicklung sollte sich nicht nur in der Grundhaltung des Therapeuten, nicht nur in der Atmosphäre der Zusammenarbeit ausdrücken, sondern auch in der „Fähigkeit zur elastischen Handhabung von Behandlungssetting und Rahmenbedingungen je nach Therapiestand“ (Fürstenau, 1992, S. 106). Damit haben psychoanalytisch trainierte Therapeuten oftmals Probleme, da die psychoanalytische Ausbildung diese Kompetenz bisher nur unzureichend fördert. In der ambulanten, gemeindenahen Arbeit mit ich-strukturell gestörten Patienten ergeben sich aus dem von ihm vorgeschlagenen Vorgehen, das Behandlungsarrangement und die Arbeitsmethodik entsprechend dem erreichten Entwicklungsstand des Patienten (und seines Bezugssystems) zu modifizieren, aber oftmals Möglichkeiten der Entwicklungsförderung, auf die wir nicht verzichten sollten – auch für den Fall, dass wir nicht alle neueren Bausteine der Fürstenau'schen Behandlungskonzeption akzeptieren.⁵

In der Behandlung von Herrn U. hatte ich über lange Strecken immer wieder ein intensives „Entwicklungsgefühl“, für das es real – zumindest anfangs – keinen wirklichen Anlass gab. Ich erlaubte mir ausschweifende „Träumereien“ in Bezug auf die Zukunft des Patienten, die ich ihm nicht mitteilte, aber oftmals in der Supervision besprach (vermutlich reflektierten auch diese Phantasien nicht nur seine, sondern auch meine potentielle – berufliche – Entwicklung).

Was das Behandlungssetting und die Arbeitsmethodik betrifft, so unterlagen beide einer kontinuierlichen Weiterentwicklung, die ich dem Stand der Therapie anzupassen versuchte und stets mit dem Patienten absprach: Am Beginn stand – wie berichtet – eine die Eltern intensiv einbeziehende Krisenintervention, die durch stationäre, teilstationäre und „extramurale“ Hilfen unterstützt wurde. Das von Rauchfleisch be-

schriebene „bifokale“ Arbeiten hatte Priorität. Die begleitenden Familiengespräche fanden zunächst monatlich, dann vierteljährlich statt, im 3. Jahr der Therapie waren sie nicht mehr erforderlich, ebenso wie mein Engagement im realen Leben des Patienten mehr und mehr nachließ. Wir unternahmen nun eine mit 2 Wochenstunden im Sitzen verlaufende analytische Psychotherapie, die ich – als beauftragter Ausbildungskandidat – in meiner Teilzeit-Psychotherapiepraxis durchführte. Als ich – bewusst in guter Absicht – 2 Jahre später den Wechsel auf die Couch vorschlug, erlebte Herr U. dies (zurecht!) als im Grunde übergriffig und tendenziell missbräuchlich (da es mehr meinen als seinen Interessen diente) und protestierte energisch und erfolgreich dagegen, was einen wichtigen Punkt in seiner Entwicklung markierte. Das letzte Jahr fand dann wieder einstündig statt.

Heute glaube ich, dass ich eine solche Therapie vielleicht über die meiste Zeit mit einer Wochenstunde durchführen würde, weil ich darin Übung erlangt und befriedigende Ergebnisse erzielt habe. Dies wäre dann – mit begleitender Supervision – auch in einer Institution wie dem SPsD praktikierbar, jedenfalls bei einigen wenigen Patienten.

12. „Gut genug sein“

Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich mit der Behandlung von Herrn U. einen Fall geschildert habe, der sich – gemessen an möglichen Fehlschlägen und Katastrophen – relativ gut entwickelte. Das habe ich getan, weil ich zeigen wollte: Psychodynamische Arbeit mit Borderline-persönlichkeitsgestörten Patienten kann sinnvoll und lohnend, sie kann lehrreich und relativ erfolgreich, sie kann spannend sein und Freude bereiten. Ich wollte auch zeigen, dass solche Arbeit unter Bedingungen möglich ist, die nicht dem „Standard“ psychoanalytischer Arbeit entsprechen.

Natürlich ist dies viel zu selten so, und allzuoft scheitern wir an den Hindernissen einer solchen Arbeit. Ich habe selbst ein Jahrzehnt unter den teilweise ernüchternden Bedingungen des psychiatrischen Berufsalltags gelitten und begleite heute als Supervisor viele psychiatrische Professionelle und die Institutionen, in denen sie arbeiten dabei, den Herausforderungen dieses Alltags immer wieder neu gerecht zu werden. Wie schwer das ist, und was es so mühsam macht, eine psychodynamisch ausgerichtete Identität in der Psychiatrie zu bewahren, habe ich ausführlich diskutiert: (Heltzel, 1999). Ich bin also weit entfernt davon, die Verhältnisse zu idealisieren oder die Probleme bei der Umsetzung einer psychodynamischen Sichtweise in der Psychiatrie zu unterschätzen. – Ich möchte aber auch nicht in das Gegenteil verfallen und in den Chor derer einstimmen, die so sehr an den Verhältnissen verzweifeln, dass sie kaum noch dazu kommen, ihre Arbeit gründlich zu reflektieren. Diese Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen leiden nach meinem Eindruck doch daran, dass sie – trotz mancher gegenteiliger Beteuerungen – zu viel von sich und ihren Patienten erwarten. Es könnte ihnen besser gehen, wenn sie nicht versuchten, perfekt, sondern im Sinne Winnicotts „gut genug“ zu sein.

5 Die „klassische“ psychoanalytische Behandlungstechnik benutzte für entsprechende Modifikationen bekanntlich den Begriff des „Parameters“, der jedoch, da er mit der Theorie einer „normativen Idealtechnik“ in Verbindung steht, mehr Probleme geschaffen als gelöst hat (Thomä und Kächele, 1985, S. 280). Im Grunde braucht jeder Patient seine eigenen „Parameter“, „(...) womit der Begriff zum großen Teil seine Bedeutung verloren hat“ (Treurniet, 1996, S. 16).

*Ich will mit Herrn U. schließen, indem ich zitiere, was er sich als Ergebnis seiner Therapie wünschte. In einer Stunde am Ende des 2. Behandlungsjahres sagte er, er wünsche sich schließlich eine **Ablösung von den Eltern** und ein **anderes Selbstwertgefühl** (also nicht das eines Kriminellen) – ob das zu erreichen sei? – Nach einigem Nachdenken bejahte ich diese Frage. – Ich kenne die weitere Entwicklung des Patienten recht gut, so dass ich sagen kann: er ist, was diese beiden Wünsche angeht, einigermaßen vorangekommen, und zwar sowohl in der äußeren, als auch – mit Abstrichen und deutlichen Kompromissen – in der inneren Realität.*

Literatur

- Auchter Th (1995) Über das Auftauen eingefrorener Lebensprozesse. Zu Winnicotts Konzepten der Behandlung schwerer psychisch Erkrankter. *Forum Psychoanalyse* 11: 62–94
- Balint M (1970) Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Klett, Stuttgart
- Boszormenyi-Nagy I, Spark GM (1981) Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Klett-Cotta, Stuttgart
- Bruns G (1995) Soziale Vernetzung: Ein Parameter in der psychoanalytischen Behandlung psychotischer Patienten. *Forum Psychoanalyse* 11: 84–94
- Bruns G (1997) Die Öffnung der Dyade. Eine patienteninduzierte Modifikation in der psychoanalytischen Behandlung psychotischer Patienten. *Psychotherapeut* 42: 350–355
- Dammann G (2000) Psychoanalytische Therapie bei Persönlichkeitsstörungen – Allgemeines. In: Senf W, Broda M (Hrsg) *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie*. Thieme, Stuttgart New York, S 395–405
- Dührsen S (1999) Handlung und Symbol. Ambulante analytisch orientierte Therapie mit Psychosepatienten. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Fürstenau P (1992) Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. Pfeiffer, München
- Gabbard GO (1994) *Psychodynamic psychiatry in clinical practice. The DSM-IV-Edition*. American Psychiatric Press, Washington DC London
- Heltzel R (1987) Zur Beziehungsdynamik bei psychiatrischen Zwangseinweisungen. *Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie* 13: 196–217
- Heltzel R (1994) Thesen zur psychotherapeutischen Qualifizierung von Psychiatern. *Psychiatr Prax* 21: 215–220
- Heltzel R (1995) Die haltende Beziehung im stationär-psychiatrischen Setting. *Sozialpsychiatrische Informationen* 25: 30–38
- Heltzel R (1998) Das psychiatrische Krankenhaus als Ort von Psychotherapie. In: Meißel Th, Eichberger G (Hrsg) *Sozialpsychiatrie und Psychotherapie*. edition pro mente, Linz, S 85–102
- Heltzel R (1999) Psychotherapie ist unverzichtbar. Aber warum tut sich die Psychiatrie so schwer mit ihr? *Zeitschrift der HPE Österreich Kontakt* 22/3: 5–11
- Heltzel R (2000a) Beziehung in der Sozialpsychiatrie – aus psychodynamischer Sicht (Zur Veröffentlichung eingereicht)
- Heltzel R (2000b) Förderung der psychotherapeutischen Kompetenz in psychiatrischen Organisationen (Zur Veröffentlichung eingereicht)
- Janssen PL (1994) Zur psychoanalytischen Behandlung der Borderline-Störungen. In: Streeck U, Bell K (Hrsg) *Die Psychoanalyse schwerer psychischer Erkrankungen. Konzepte – Behandlungsmodelle – Erfahrungen*. Pfeiffer, München, S 124–142
- Mentzos S (1991) Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Mentzos S (Hrsg) (1992) *Psychose und Konflikt*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Mitchell SA (1988) *Relational concepts in psychoanalysis. An integration*. Harvard University Press, Cambridge London
- Müller Th, Lempa G (1998) Die psychoanalytische Haltung in der Behandlung von Psychosen. In: Kutter P et al (Hrsg) *Weltanschauung und Menschenbild. Einflüsse auf die psychoanalytische Praxis*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 255–281
- Rauchfleisch U (1996) *Menschen in psychosozialer Not. Beratung, Betreuung, Psychotherapie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Rauchfleisch U (1999) Außenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Ruiz-Sancho A, Gunderson JG (2000) Familien von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen: ein Literaturüberblick. In: Kernberg OF et al (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart New York, S 771–792
- Thomä H, Kächele H (1985) *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 1. Grundlagen*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Treurniet N (1995) Was ist Psychoanalyse heute? *Psyche* 49: 111–140
- Treurniet N (1996) Über eine Ethik der psychoanalytischen Technik. *Psyche* 50: 1–31
- Winnicott DW (1974) *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M
- Winnicott DW (1976) *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M

Korrespondenz: Dr. Rudolf Heltzel, Außer der Schleifmühle 56, D-28203 Bremen, Bundesrepublik Deutschland, e-mail: r.heltzel@gmx.de

Dr. Rudolf Heltzel, Nervenarzt, Arzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker (DGPT) und Gruppenanalytiker (DAGG/GAS). Arbeitet in eigener psychotherapeutischer Praxis und als Supervisor, Berater und Fortbilder in zahlreichen psychiatrischen und psychosozialen Organisationen. 1. Vors. der Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft für psychodynamische Psychiatrie (NAPP e.V.).