

**Psychodynamische Psychiatrie heute –  
30 Jahre Berliner Modell**

## Inhalt

1	Begrüßung 30 Jahre Berliner Modell 20.04.2012.....	5
2	Psychotherapie bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen Fachliche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen.....	8
2.1	Vorbemerkung: „Psychosenpsychotherapie“ oder Psychotherapie bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen .....	8
2.2	Mögliche Zielsetzungen von Psychotherapie bei psychotischen Erkrankungen.....	10
2.2.1	Die Behandlung der narzisstischen Kränkung .....	10
2.2.2	Behandlung einer spezifischen strukturellen Vulnerabilität.....	11
2.3	Rahmenbedingungen bei der Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen .....	11
2.3.1	Zwei nicht aufeinander abgestimmte Behandlungsstrategien.....	11
2.3.2	Zwischen Psychiater und Psychotherapeuten abgestimmte Gesamtbehandlungsplanung.....	12
2.3.3	Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung in einer Hand durch den psychotherapeutisch weitergebildeten Psychiater.....	12
2.4	Spezifische Fähigkeiten des Psychiaters bei der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen.....	13
2.5	Wechselnde Haltung des Behandlers in Abhängigkeit vom aktuellen Zustandsbild des Patienten .....	14
2.5.1	Fallbeispiel: Rezidivierende depressive Episoden mit psychotischer Symptomatik (Schuldwahn) .....	14
2.5.2	Fallbeispiel Patientin mit einem sensitiven Beziehungswahn – ausgelöst durch eine Übertragungszentrierte Psychoanalyse .....	15
2.6	Abschließende Anmerkungen zur Identität des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie.....	18
2.7	Literatur.....	19
3	Ist eine psychodynamische Therapieweiterbildung noch zeitgemäß? .....	21
3.1	I .....	21
3.2	II .....	22
3.3	III .....	22
3.4	IV .....	25
3.5	Literatur.....	26
4	Psychodynamische Psychiatrie in der Klinik - Das Beispiel der Suchtbehandlung .....	31
4.1	Historische Bemerkungen.....	31
4.2	Psychiatrie ist biopsychosoziale Psychiatrie .....	32
4.3	Der Beitrag der psychodynamischen Psychiatrie .....	33
4.4	Das Beispiel der Suchtbehandlung .....	35
4.5	Die Klinik als Übung(Übergangs-)realität .....	38
4.6	Die Gestaltung einer einheitlichen therapeutischen Haltung .....	39
4.7	Die Rahmenbedingungen im Übertragungsgeschehen .....	40
4.8	Die Gestaltung der Beziehungskontinuität .....	42
4.9	Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode .....	42
4.10	Die Gestaltung der Behandlungsmodalitäten.....	44

4.11 Literatur.....	50
5 Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotraumatologie .....	52
5.1 Trauma und Traumafolgen .....	52
5.2 Grundmuster traumabbezogener Gegenübertragung .....	54
5.2.1 Grundwerte und Empathiestress .....	55
5.2.2 Normative Dimension des Traumas.....	55
5.3 Mögliche Folgen traumabbezogener Gegenübertragung für die therapeutische Beziehung.....	57
5.4 Schlussfolgerungen für die therapeutische Praxis .....	58
6 Die psychotherapeutische Begleitung der frühen Mutter-Kind-Beziehung im frühen stationären Setting .....	60
6.1 Literaturempfehlungen.....	65

Dr. D. Bolk-Weischadel

## 1 Begrüßung

### 30 Jahre Berliner Modell

**20.04.2012**

Zunächst möchte ich mich ganz herzlich für die Grußworte der Gastgeber: Prof. Dr. Heinz für die Charité und Dr. Steinacher für die BGPN sowie für die Hilfe der vielen Sponsoren, die diese Veranstaltung ermöglicht haben, bedanken.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
liebe Gäste und liebe Studierende,

ich begrüße mit besonderer Freude Prof. Helmchen und danke ihm zugleich dafür, dass er die damalige Gründung des Berliner Modells ermöglicht und befördert hat, sowie als weitere Gründungsväter Herrn Rüger und Herrn Katterbach.

Vor 30 Jahren gab es etwa 60 psychiatrische Fachärzte in West-Berlin, die meisten ohne psychotherapeutische Kompetenz. Es fehlte an ambulanten Behandlungsplätzen. Psychodynamisch orientierte Weiterbildung für Assistenzärzte wurde ganz überwiegend an den psychoanalytischen Instituten vermittelt, allerdings mit dem Nachteil für die Kliniken – wie die Mehrzahl der Chefarzte bei einer damaligen Umfrage vermerkte – dass sich das Weiterbildungsengagement der Assistenten eher weg von den Patienten der Klinik hin zur psychoanalytischen Ausbildung bewegte.

Es war also an der Zeit, eine innerklinische Weiterbildung – damals möglich zur Bereichsbezeichnung Psychotherapie – zu schaffen, deren praktischer Teil sich auf die Behandlung der Patienten der Klinik konzentrierte und zukünftige Fachärzte mit psychotherapeutischer Kompetenz ausstattete.

Die zugehörige Theorie wurde von Anfang an für Assistenten mehrerer Kliniken gemeinsam vermittelt. Damit war zugleich die Basis für die Weiterbildung vom späteren Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie gelegt. Hierfür schlossen sich vor 30 Jahren die Nervenklinik Spandau mit Eberhard Jung und Rainer Katterbach, die Karl-Bonhoeffer-Kliniken mit Richard Kettler, das Urban-Krankenhaus mit Reinhard Bolk und – als Basis für Organisation und Räume – die Psychiatrische Klinik der FU Berlin mit Herrn Prof. Helmchen, Ulrich Rüger und mir zusammen. Als Dozenten sind bis heute Kolleginnen und Kollegen aus psychoanalytischen Instituten – hauptsächlich Görzallee und IPB Helgoländer Ufer – und den beteiligten Kliniken, Abteilungen und Arztpraxen – inzwischen sind es 15 – aus Berlin und Brandenburg tätig.

In eineinhalbjährigem Abstand laufen jeweils 2 Kurse parallel, gegenwärtig sind es Kurs XVII und Kurs XVIII. Das 6-semestige Curriculum haben knapp 300 Teilnehmer durchlaufen, nicht alle mit Abschluß, aber die Absolventen haben sich über die ganze Republik und auch darüber hinaus verbreitet, vielfach in leitenden Positionen, wo sie für psychodynamische Ansätze in der Psychiatrie und anderen Fachgebieten, z.B. in der Gynäkologie und Geburtshilfe, wirken.

Unsere heutige Veranstaltung soll Einblick geben in psychodynamisches Verständnis und Arbeiten in verschiedenen psychiatrischen Bereichen.

Ich danke den Referenten für ihre Bereitschaft, ihre Arbeit vorzustellen und wünsche uns allen einen guten Verlauf

## 2 Psychotherapie bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen

### Fachliche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen

#### 2.1 Vorbemerkung: „Psychosenpsychotherapie“ oder Psychotherapie bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen

Der Begriff „Psychosenpsychotherapie“ ist irreführend und führt zu Fehlerwartungen im Hinblick auf „Heilung“ einer Psychose durch Psychotherapie. Psychotherapie kann aber eine wichtige Funktion bei der Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen haben. Psychotherapie ist allerdings keine Regelbehandlung bei Vorliegen einer solchen Erkrankung.

Dies wird auch in den Psychotherapie-Richtlinien entsprechend berücksichtigt. Hier werden zwei große Indikationsbereiche voneinander getrennt. In einem ersten Bereich (§ 22 Absatz (1)) sind Krankheitsbilder aufgeführt, bei denen – soweit die sonstigen Voraussetzungen erfüllt sind – eine Psychotherapie als Regelindikation gilt, z. B. depressive Episoden, Angststörungen, Essstörungen etc. Demgegenüber werden in einem zweiten Bereich (§ 22 Absatz (2)) Krankheiten aufgeführt, bei denen „neben oder nach einer somatisch ärztlich Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen“ Psychotherapie angewandt werden kann, „wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet“. In diesen so definierten

Indikationsbereich fallen auch die psychiatrischen Erkrankungen. Bei diesen kann demnach neben einer psychiatrischen Behandlung der psychotischen Grunderkrankung auch eine psychotherapeutische Behandlung indiziert sein – allerdings nur dann, „wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil“ am Zustandekommen und/oder Verlauf einer psychotischen Erkrankung hat. An dieser Stelle sprechen die Psychotherapie-Richtlinien ausdrücklich von einem „pathogenetischen“ Anteil und nicht von einem „ätiologischen“ Anteil psychischer Faktoren bei der Genese dieser Erkrankungen.

Demnach kann bei der Behandlung von Patienten mit einer psychotischen Erkrankung eine Psychotherapie neben anderen notwendigen Behandlungsmaßnahmen eine wichtige Funktion im Rahmen einer Gesamtbearbeitungsplanung haben. Eine ausschließliche Psychotherapie ohne psychiatrische Behandlung der psychotischen Grunderkrankung ist aber ethisch nicht vertretbar. Ein solches Vorgehen entspricht auch nicht einschlägigen Guidelines (vgl. z.B. NICE clinical guidelines 82, Schizophrenia 2009). Die Zielsetzungen einer psychotherapeutischen Mitbehandlung sind auch andere als bei den Erkrankungen aus dem Indikationsbereich § 22 Absatz (1). Meist geht es hier um umgrenzte Teilziele. Ohne Anspruch auf „Heilung“ wird damit ein günstigerer Krankheitsverlauf mit einer Verminderung der Rezidivgefährdung angestrebt. Welche Ziele eine solche Behandlung haben kann, soll im Folgenden kurz skizzieren werden.

## **2.2 Mögliche Zielsetzungen von Psychotherapie bei psychotischen Erkrankungen**

Wesentliche Zielsetzungen einer psychotherapeutischen Mitbehandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen können in folgenden Bereichen liegen.

- Förderung der Akzeptanz einer psychotischen Krankheitsdisposition (Bearbeitung der damit verbundenen narzisstischen Wunde)
- Verbesserung des Umgangs mit der entsprechenden Vulnerabilität (strukturelle Disposition zu psychotischen Entgleisungen)
- Sensibilisierung für spezifische (ggf. psychodynamisch relevante) Rezidiv auslösende Belastungen.

Zwei Zielsetzungen sollen hier besonders hervorgehoben werden:

### **2.2.1 Die Behandlung der narzisstischen Kränkung**

Die Tatsache, an einer behandlungsbedürftigen schweren psychiatrischen Erkrankung mit Risiko eines Rezidivs zu leiden, muss bei jedem Menschen eine narzisstische Kränkung hervorrufen.  
Unbearbeitet führt dies zu einer mangelhaften Krankheitsakzeptanz mit der Folge einer unzureichenden Compliance und einer nachfolgenden Rückfallgefährdung.  
Dementsprechend ist eine wichtige psychotherapeutische Aufgabe, dem Patienten bei der Wiedergewinnung eines narzisstischen Regulativs zu helfen – ohne die Art und Schwere die der Erkrankung verleugnen zu müssen.

## **2.2.2 Behandlung einer spezifischen strukturellen Vulnerabilität**

Bei vielen psychiatrischen Erkrankungen liegen spezifische strukturelle Defizite vor. Auch wenn diese im Wesentlichen auch biologische (über epigenetische Mechanismen ablaufende) Ursachen haben, gilt es in der psychotherapeutischen Mitbehandlung, den Umgang mit entsprechenden Defiziten zu verbessern. So kann es z.B. sehr hilfreich sein, wenn Patienten mit der Neigung zu paranoiden oder sensitiven Entgleisungen lernen, mit ihren Selbst-Objekt-Grenzen besser umzugehen und entsprechende Risiko-Situationen frühzeitig zu erkennen.

## **2.3 Rahmenbedingungen bei der Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen**

Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen kann in einem unterschiedlichen Rahmen durchgeführt werden. Darauf soll im Folgenden kurz eingegangen werden.

### **2.3.1 Zwei nicht aufeinander abgestimmte Behandlungsstrategien**

Einem solchen Vorgehen liegt eine seltsame Vorstellung zugrunde. Es wird eine Zweiteilung vorgenommen: Für die Behandlung der Psychose soll der Psychiater zuständig sein, für die Behandlung der „Neurose“ des Patienten der Psychotherapeut! Bisweilen wird dies in besonders grotesker Weise von Seiten des Therapeuten damit begründet, dass der Patient nicht „unnötig psychatriert“ werden soll. Eine solche Behandlungsplanung und die ihr zugrundeliegenden Vorstellungen sind obsolet. Sie verstößt auch gegen das ethische Gebot des „nil nocere“ –

der Verpflichtung zur Schadensvermeidung (Beauchamp und Childress 2009).

### **2.3.2 Zwischen Psychiater und Psychotherapeuten abgestimmte Gesamtbehandlungsplanung**

Dies scheint derzeit die häufigste Vorgehensweise zu sein. Bei guter Zusammenarbeit zwischen den Behandlern ist eine solche Vorgehensweise auch durchaus vertretbar. Bei einer solchen Zusammenarbeit hat der Psychotherapeut nicht nur eine Information darüber, dass „psychiatrisch mitbehandelt“ wird, sondern auch über die Art der Behandlung und die Compliance des Patienten. Umgekehrt muss der Psychotherapeut den Psychiater nicht über die Art der Behandlung informieren, sondern auch über aktuelle Belastungen/Krisen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung. Nur dadurch ist es dem behandelnden Psychiater möglich, psychopathologische Veränderungen richtig zu gewichten und bei der Behandlung zu berücksichtigen. Nur wenn beide Behandler auf diese Weise zusammenarbeiten, können Krisensituation angemessen bewältigt werden. Sollte eine solche Zusammenarbeit nicht gewährleistet sein, würde es sich um ein rein additives Vorgehen (psychiatrische Behandlung + Psychotherapie) handeln. Dies entspräche nicht dem Standard von Psychotherapie bei psychiatrischen Patienten, wie er bereits seit Jahrzehnten gefordert wird (vgl. Helmchen et al. 1982).

### **2.3.3 Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung in einer Hand durch den psychotherapeutisch weitergebildeten Psychiater**

Dieses Vorgehen hat große Vorteile bei der längerfristigen Behandlung von psychiatrischen Patienten, da sich hier – zumindest im Idealfall – psychotherapeutische Fähigkeiten und psychiatrische Erfahrungen

verbinden. Ein solches Vorgehen setzt allerdings spezifische Fähigkeiten auf Seiten des Psychiaters voraus, auf die im Folgenden näher eingegangen werden soll.

#### **2.4 Spezifische Fähigkeiten des Psychiaters bei der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen**

Bei der Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen muss der Psychiater zweit nicht ohne weiteres kompatible Fähigkeiten in sich vereinigen: Als Psychotherapeut hat er rezipтив, empathisch und abwartend zu sein im Sinne einer „frei schwebenden Aufmerksamkeit“. Gleichwohl müssen seine psychiatrischen Fähigkeiten jederzeit abrufbar sein. Er muss Signale einer psychotischen Entgleisung wahrnehmen können und dann sehr rasch von einer rezipiv-abwartenden und empathischen Haltung wechseln können in eine distante, am klinischen Phänomen orientierte Wahrnehmungseinstellung. Und er muss dann in der Lage sein, rasch zu handeln. Handlungsorientierung ist aber wiederum nicht die häufigste Eigenschaft von Psychotherapeuten (v. Rad 1996).

Schließlich muss ein solcher Behandler zwischen psychotherapeutisch bearbeitbarer Ambivalenz und einer den Patienten handlungsunfähig machenden Ambitendenz unterscheiden können. Da heißt, er muss dann auch fähig und willens sein, für den Patienten eine Entscheidung zu treffen, zu dieser temporär nicht in der Lage ist. Dieses rasch Wechselen-Können zwischen zwei an sich konträren Haltungen – und dabei ein unreflektiertes Agieren vermeiden – ist eine wesentliche Voraussetzung für eine gelingende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen.

Diese zunächst etwas abstrakt anmutende Forderung an einen idealen Psychiater und Psychotherapeuten soll im Folgenden an zwei klinischen Beispielen vertiefter erörtert werden. Es geht dabei auch um den Wechsel zwischen empathischer Haltung und handlungsorientierter Distanz.

## 2.5 Wechselnde Haltung des Behandlers in Abhängigkeit vom aktuellen Zustandsbild des Patienten

### 2.5.1 Fallbeispiel: Rezidivierende depressive Episoden mit psychotischer Symptomatik (Schuldwahn)

Eine 51jährige Französischlehrerin mit schweren depressiven Episoden, zuletzt wieder mit ausgeprägtem Schuldwahn, zeigte gerade erste Remissionstendenzen, als sie sich mit folgendem aktuellen Problem konfrontiert sah: Ihre Mutter, von der sie die Disposition zu phasischen Depressionen „geerbt“ hatte und zu der sie als „schwarzes Schaf“ in der Familie eine äußerst zwiespältige Beziehung unterhielt, stand, körperlich schwer erkrankt, vor dem Sterben. Das Zustandsbild der Patientin, die in gesunden Tagen eine sehr kräftige und dynamische Frau war, verschlimmerte sich wieder rasch. Insbesondere zeigte sie eine deutliche Antriebsstörung, Verzweiflungsgefühle und ausgeprägte Ambitionenz. Dies führte zu einer völligen Entscheidungsunfähigkeit darüber, ob sie die kranke Mutter noch einmal besuchen sollte. Ihre Selbstvorwürfe steigerten sich, ebenso wie ihre Schuldgefühle gegenüber der Mutter, die sie in gesunden Tagen immer nur als „Aas“ bezeichnet hatte. Die Patientin befand sich in einer ausweglos erscheinenden Situation und brachte auch den Therapeuten (U.R.) in ein Dilemma: Jede mögliche Entscheidung – Besuch oder Nichtbesuch – schien fatale Folgen für die weitere Remission haben zu müssen.

Schließlich ließ sich aber – bei gleichzeitiger Erhöhung der antidepressiven Medikation – doch folgendes gemeinsam zwischen Patientin und behandelndem Psychiater/Psychotherapeuten erarbeiten:  
Wenn sie den Abschied von der noch lebenden Mutter vermeiden würde, würde sie sich, so wie der Therapeut sie kennt, wahrscheinlich dann langfristig Vorwürfe machen müssen. Es könne durchaus auch gut sein, die jetzige Belastung eines Besuches auf sich zu nehmen, um zukünftige innere Belastungen zu vermeiden. Vielleicht würde sie ja auch stolz auf sich sein, diesen Schritt dann doch bewältigt zu haben.  
In diesem Fall hatte der Therapeut es in Anbetracht der klinischen Situation vermieden, den Hintergrund der sehr ambivalenten Beziehung zwischen der Patientin und ihrer Mutter anzusprechen und gegebenenfalls sogar zu deuten. Vielmehr hatte er mit der entscheidungsfähigen Patientin die weitere Entwicklung antizipiert und unter Berücksichtigung der inneren Ressourcen der Patientin („so wie ich Sie kenne“) eine bestimmte Entscheidung nahegelegt. Er hatte damit temporär fehlende Ich-Funktionen übernommen, diese gleichzeitig aber auch in ihrer Restituiierung gefördert. Der Besuch der Mutter war dann zwar belastend, wirkte sich danach aber auf die weitere Remission der Erkrankung günstig aus. („Im Nachhinein bin ich stolz, dass ich das geschafft habe, auch wenn mir in der Erinnerung daran immer noch ein Schauer über den Rücken läuft“). (Ausführliche Darstellung siehe Rüger und Reimer 2007).

### 2.5.2 Fallbeispiel Patientin mit einem sensitiven Beziehungswahn – ausgelöst durch eine übertragungszentrierte Psychoanalyse

Die 60jährige Patientin kam auf dringliche Empfehlung ihrer Hausärztin zur Konsultation mit einem klassischen Bild eines „sensitiven

*Beziehungswahns". Sie berichtete, seit längeren Jahren bei einem anderen Therapeuten „in Psychoanalyse“ zu sein. Im ersten Behandlungsjahr sei es ihr zunächst besser gegangen, dann sei es aber immer belastender geworden. Es sei soviel in Gang gesetzt worden, sie können nicht mehr abschalten, müsse nach den Sitzungen immer ein Beruhigungsmitel einnehmen. Dies helfe ihr inzwischen aber auch nicht mehr. Von ihrem Therapeuten gehe eine suggestive Kraft aus, gegen die sie sich nicht mehr wehren könne. Sie habe das Gefühl, zwischen ihr und ihrem Therapeuten sei eine Art Strom. „Ich lebe nur noch in der Behandlung!“.*

*Bei der weiteren Exploration stellt sich heraus, dass die Patientin*

*inzwischen die meisten sozialen Kontakte abgebrochen hat und ihre Wohnung zunehmend vernachlässigt. Sie ist unruhig, ratlos, zeigt ein starkes Bedeutsamkeits- und Beeinflussungserleben, das sie gerade noch realitätsorientiert steuern kann.*

*Bereits in früheren Jahren war die Patientin bei entsprechenden*

*Auslösersituationen in vergleichbare, psychosenehe Zustände geraten.*

*Bei der „hyperempathischen“ Patientin lag eine isolierte strukturelle Störung mit einer mangelhaften Selbst-Objekt-Differenzierung vor. Bei einem übertragungszentrierten Behandlungssetting musste sie zwangsläufig massiv dekompenzieren.*

*Nach Therapeutenwechsel und Medikation eines niedrig dosierten Neuroleptikums durch ihren neuen Therapeuten (U.R.) wurde eine vornehmlich an der aktuellen Realität orientierte, strukturbezogene Psychotherapie durchgeführt. In dieser konnte sich die Patientin zunehmend stabilisieren und war in der Lage „Aufäumarbeit“ in ihrem Zuhause zu beginnen. Der metaphorische Anteil dieses Bildes ließ sich dann auch auf die Restitution ihrer zunächst noch fragilen Selbst- und Objektwelt übertragen und in der weiteren Behandlung nutzen.*

*Eine grundlegende strukturelle Änderung der fragilen Persönlichkeit der Patientin wurde von vornherein nicht angestrebt, sondern eher eine Aussöhnung mit ihren schwierigen Seiten und die Entwicklung kompensatorischer Bewältigungsmöglichkeiten (z.B. „gefährliche“ Beziehungsangebote und die von ihnen ausgehende Versuchung rechtzeitig erkennen). Die Behandlung konnte nach 40 Stunden in deutlich gebessertem Zustand und mit zufriedenstellendem Ergebnis abgeschlossen werden.*

*(Ausführliche Darstellung siehe Rüger 2011).*

In diesem Fall waren eingehende psychiatrische und psychotherapeutische Erfahrungen auf Seiten des Behandlers Voraussetzung dafür, dass die Patientin sich relativ rasch wieder stabilisieren konnte und gleichzeitig ihre strukturelle Vulnerabilität akzeptieren und den Umgang damit nachhaltig verbessern konnte. Dabei war in einem hinreichend falladaptiven Vorgehen sowohl das vorliegende psychiatrische Krankheitsbild als auch die ihm zugrundeliegende strukturelle Vulnerabilität der Patientin berücksichtigt worden. Dagegen hatte das eher unadaptive psychoanalytische Vorgehen in der vorangegangenen Behandlung (ohne rechtzeitige Hinzuziehung eines Psychiaters) die beginnende psychotische Entgleisung weiter verschärft. Nach den Beobachtungen von Hoffmann et al. (2008) scheint in vergleichbaren Fällen „das Verhaftetbleiben in der eigenen Schlusslogik der Psychoanalyse“ besonders fatal für die weitere Entwicklung zu sein, da meist in entsprechenden Krisen „mehr des gleichen“ (mehr Übertragungsdeutung, mehr Regression, höhere Sitzungs frequenz) empfohlen werden, weniger dagegen ein Wechsel des Settings, der Therapiemethode oder des Behandlers.

(Zu den ethischen Implikationen einer solchen „narzissistischen Überbewertung des angewandten Behandlungsverfahrens“ vgl. Rüger und Reimer 2010).

## 2.6 Abschließende Anmerkungen zur Identität des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie

Aus den bisherigen Ausführungen wird deutlich: die berufliche Identität des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie ist eine durchaus spannungstreiche und kann zu inneren Ambivalenzen führen, die bewältigt werden müssen.

Die klassische Grundhaltung des Psychiaters ist oft – und zwar notwendigerweise – kustodial geprägt, insofern häufig Verantwortung für Patienten übernommen werden muss. Daraüber hinaus ist das Verhalten des Psychiaters nicht unerheblich durch ein administratives Denken bestimmt, das die für besonders schutzbedürftige Kranke notwendigen institutionellen und juristischen Rahmenbedingungen zu gewährleisten hat. Schließlich ist seit Mitte des 20. Jahrhunderts die therapeutische Haltung weitgehend am Paradigma der Pharmakotherapie orientiert. In diesem Sinne steht die Psychiatrie in der Denk- und Handlungstradition der klinischen Medizin, die dadurch gekennzeichnet ist, dass sie primär auf Behandlung und damit auf Effekte und Wirksamkeitsnachweise ausgerichtet ist (Helmchen et al. 1982, S. 345).

Mit dieser Handlungstradition unterscheidet sich der Psychiater von der Grundeinstellung des Psychotherapeuten: dieser ist „... nicht so sehr normorientiert und handlungsbezogen. Ein aktiv zupackender Gestaltungswille ... scheint selten zur Berufswahl des Therapeuten zu führen“ (v. Rad 1996, S. 83). Damit stehen aber bei der Behandlung von

psychiatrischen Patienten zwei notwendige Haltungen auf Seiten des Behandlers miteinander in Konkurrenz. Beide Fähigkeiten sind aber nötig. Und wer Psychotherapie bei psychiatrischen Patienten betreibt, sollte in der Lage sein, zum richtigen Zeitpunkt zwischen beiden Haltungen wechseln zu können. Das setzt die Fähigkeit voraus, je nach klinischer Situation zwischen empathischer und handlungsorientierter Wahrnehmungseinstellung rasch wechseln zu können – gleichzeitig aber ein unreflektiertes Agieren zu vermeiden (vgl. Rüger 2005). Ein wesentliches Ziel der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie muss es sein, diese Fähigkeit zu fördern.

## 2.7 Literatur

- Beauchamp TL, Childress JF (2009) Principles of biomedical ethics, 6th ed. Oxford University Press, New York, Oxford.
- Helmchen H, Linden M, Rüger U (Hrsg.) (1982), Psychotherapie in der Psychiatrie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B (2008) Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Psychotherapeut 53, 4-16.
- Nationale Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Nice clinical guideline 82, Schizophrenia.
- Rüger U (2005) Historische und konzeptuelle Anmerkungen zur Psychotherapie in der Psychiatrie. PiD 6, pp. 239-244.
- Rüger U (2011) Unreflektiertes Funktionalisieren der Arzt-Patient-Beziehung. Balint 12, 1-7.
- Rüger U, Reimer Ch (2007) Besonderheiten der Therapeut-Patient-Beziehung bei depressiven Patienten. In: Schauenburg H, Hofmann B, Hrgs., Psychotherapie der Depression. Thieme, Stuttgart, New York, S. 154-164.

Rüger U, Reimer Ch (2010) Ethical problems in psychotherapy. In:  
Helmchen H, Satorius N, eds., Ethics in Psychiatry. Springer, Berlin,  
Heidelberg, New York, 281-297.

v. Rad M (1996) Psychotherapie als Beruf. Psychother Psychosom Med  
Psychol 46, 83-89.

Dirk Schmoll

### 3 Ist eine psychodynamische Therapieweiterbildung noch zeitgemäß?

#### 3.1 I.

Kann eine Therapiemethode mit nachgewiesener Wirksamkeit veralten?  
Ja, nämlich zum Beispiel dann, wenn sich die Ziele ändern oder die  
verfügbareren Ressourcen. Sofort stellen sich die altbekannten Fragen:  
Soll es um Symptomsuppression gehen oder um persönliche  
Entwicklung? Wieviel Zeit und damit auch Geld ist der Betreffende bzw.  
der Kostenträger bereit zu investieren?

Nun wissen wir, dass psychodynamische Verfahren zwar ähnlich gut  
wirksam sind wie Verhaltenstherapien, aber meist zeitaufwändiger und  
damit teurer. Somit stellt sich natürlich die Frage, warum sich Patient und  
Weiterbildungskandidat für eine längere Therapie entscheiden sollen,  
wenn es keinen Gewinn – zumindest keinen messbaren - gegenüber  
kürzeren Methoden gibt.

Diese Frage verschärft sich unter den aktuellen Rahmenbedingungen in  
psychiatrischen Kliniken. Die stationäre Verweildauer hat seit 1990 von  
66 Tagen auf 22 Tage im Jahr 2010 abgenommen, das heißt, sie hat  
sich auf ein Drittel reduziert. Daraus ergibt sich zum einen eine deutliche  
Arbeitsverdichtung für die Therapeuten, zum anderen bleiben die  
Patienten oft nicht mehr lange genug in der Klinik, um  
psychodynamische Prozesse in Gang bringen und begleiten zu können.  
So dürfte sich die psychodynamische Psychotherapie für den  
Stationsarzt mehr und mehr zu einer Freizeitbeschäftigung entwickeln  
haben, die nur noch seinen Ausbildungsfällen zugute kommt. Ansonsten  
wird er sich damit begnügen, die Indikation zu stellen, um dann eine  
entsprechende Einzel- oder Gruppenbehandlung bei einem Psychologen

zu verordnen – nicht anders als ein Medikament. Kann es unter diesen Umständen für den angehenden Facharzt überhaupt noch attraktiv sein, eine psychodynamische Weiterbildung zu beginnen?

### 3.2 II.

Mit dieser Frage habe ich mich vor einem halben Jahr an die derzeitigen und ehemaligen Teilnehmer des Berliner Modells gewandt und ihnen den folgenden Fragebogen zugesandt (Abb. 1). Von 103 Teilnehmern der letzten 8 Jahre konnte ich die Adressen ermitteln. 43 Bögen erhielt ich ausgefüllt zurück, was einer Rücklaufquote von 41 % entspricht. Die Ergebnisse sind in den Tab. 1-5 dargestellt (Abb. 2-6). Die Frage 2, die sich auf die Pflichtversorgung bezieht, wurde von 6 Teilnehmern nicht beantwortet mit der Begründung, dass sie entweder nie mit oder nie ohne Pflichtversorgung gearbeitet haben.

### 3.3 III.

Angesichts der geschilderten Lage war ich erstaunt, dass die Bedeutung der psychodynamischen Weiterbildung fast ausnahmslos positiv beurteilt wurde. Das ist ein erfreuliches Ergebnis für unsere Weiterbildungsgemeinschaft. Etwas enttäuscht war ich allerdings über den Rücklauf von nur 41 %. Zum Vergleich: Bei einer Befragung zur Bedeutung der psychoanalytischen Ausbildung für die psychiatrische Arbeit erhielt Bolk-Weischedel (1981) eine Rücklaufquote von 69 % (135 von 195 Fragebögen). Lässt das auf einen Verlust an Interesse schließen, steckt darin eine verborgene Kritik? Die Fragen hätten sich in 3-5 Minuten beantworten lassen, so dass eine zeitliche Überforderung allein keine ausreichende Erklärung bietet. Vielleicht hilft hier die Zusatzfrage weiter, bei der der Nutzen der psychodynamischen Weiterbildung an einem konkreten Fall dargestellt werden sollte. Darauf gingen immerhin 23 Kollegen, also etwas mehr als die Hälfte der

antwortenden Teilnehmer, ein. Die Antworten lassen sich drei Bereichen zuordnen: dem Verstehen, der Beziehungs-gestaltung und der Kontrolle der Gegenübertragung.

**3.2 II.**  
Die psychodynamische Ausbildung helfe dabei zu verstehen, wie es zu bestimmten psychiatrischen Krankheiten kommt. Genannt wurden am häufigsten Borderline- bzw. Ich-strukturelle Störungen, aber auch Psychosen, chronische Depressionen und Schmerzsyndrome. Ein besseres Verständnis gelinge vor allem beim Erstkontakt, in den Szenen bei Visite und bei auto- und fremdaggressivem Verhalten.  
Was aber ist hier genau mit Verstehen gemeint? Ist es nach Jaspers die Art und Weise, wie Seelisches aus Seelischem hervorgeht, ist es im Sinne der Hermeneutik Gadamers eine Verschmelzung der Horizonte von Therapeut und Patient oder ist es nach Freud die Entdeckung unbewusster Wünsche und Abwehrprozesse? Gemeint ist wohl zunächst einmal nur, dass ein Sinn in einem zuvor unsinnig erschienenen Symptom oder Verhalten für den Arzt erkennbar wird – vielleicht vor dem Hintergrund einer bestimmten Abwehrstruktur oder eines familiären Konflikts.  
Ob eine bestimmte Sinnstiftung wahr ist, wissen wir allerdings oft nicht. Nur der Patient kann eine Deutung validieren, was im Verlauf eines therapeutischen Prozesses geschieht, selten jedoch im Rahmen einer Visite oder eines Erstgesprächs. Doch vielleicht kommt es auf Wahrheit hier gar nicht so sehr an.  
Für den Therapeuten hat eine einigermaßen plausible, psychodynamische Hypothese vermutlich schon einen Wert an sich, insofern sie Sicherheit und Struktur vermittelt und damit die therapeutische Beziehung vertieft.  
Aus den Antworten der Ärzte geht weiter hervor, dass das Verstehen sie von negativen Gefühlen gegenüber dem Patienten entlaste, was

wiederum die Beziehung verbessert, insbesondere bei abwertendem und verweigerndem Kontaktverhalten. Dass die Entwicklung einer guten therapeutischen Beziehung auch bei schwerer gestörten Persönlichkeiten gelingt, sei vor allem der Selbsterfahrung und der Supervisionen zu danken.

Bolk-Weischadel (1981, 128) kam in ihrer Untersuchung zu folgendem Ergebnis: „Für ihre psychiatrische Arbeit empfanden 72% der Weiterbildungskandidaten (47 von 65) die analytische Ausbildung hilfreich, vor allem in Bezug auf dynamisches Verstehenlernen von Patienten, Angehörigen und Personal sowie für Stellung von Diagnose, Prognose und therapeutischer Indikation. Für den Unterricht wünschen sie sich neben theoretischer Unterweisung vor allem eine praxisnahe Gestaltung …“

Schließlich wurden auch einige Verbesserungswünsche geäußert. Es sollte noch mehr Bezug zur Akutpsychiatrie hergestellt und weniger auf psychoanalytische Behandlungsprobleme fokussiert werden. Verhaltenstherapeutische Ansätze sollten stärker integriert und mehr Dozenten mit psychiatrischem Erfahrungsspektrum gewonnen werden. Diese Integration wird offenbar weiterhin als ein Problem gesehen. Wie weit ist sie überhaupt möglich? Sie dürfte durch die eingangs erwähnten institutionellen Rahmenbedingungen erschwert, aber vielleicht aus erkenntnistheoretischen Gründen überhaupt nur eingeschränkt möglich sein. Der Stationsarzt kann die Psychotherapie in der Regel nicht mehr selber durchführen, sondern nur noch verordnen. Ihm obliegt es, die einzelnen Therapiebausteine und die somatischen Behandlungsansätze wie Medikamente, Wachtherapie etc. zu integrieren. Wie diese miteinander interagieren, ist allerdings noch kaum bekannt.

Grundsätzlich stößt man auf die Frage, in welchem Verhältnis psychopathologisches und psychodynamisches Denken überhaupt zueinander stehen. Lassen sich die Schicksalhaftigkeit einer schizophrenen Psychose, der Verdacht auf Demenz, Komorbiditäten, eine Rollenüberidentifikation im Sinne des Endogenitätikonzepts von Tellenbach oder die Indikation zur Elektrokrampfbehandlung zwanglos mit einer Gegenübertragungsanalyse, der Untersuchung eines unbewussten Triebkonflikts und einer narzistischen Störung verbinden? Sind solche divergierenden Paradigmen gleichzeitig bewusst zu halten oder muss nicht vielmehr eines abgeblendet werden, um wie bei einem Vexierbild ein anderes überhaupt denken zu können? Eine solche Position vertritt Reuster (2005). In Analogie zum Gestaltkreismodell, in dem Wahrnehmung und Bewegung nicht gleichzeitig in den Blick kommen können, geht er davon aus, dass zwischen den einzelnen Konzepten ein sich wechselseitig ausschließendes, komplementäres Verhältnis besteht. Nicht ohne Grund forderte Viktor von Weizsäcker (1926) vom Psychotherapeuten die Fähigkeit, den Zauberkreis einer Methode in jedem Moment überspringen zu können. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass ein Arbeitskreis um Sabine Herpertz ein neues Curriculum für die psychotherapeutische Ausbildung der angehenden Psychiater entworfen hat, das schulenübergreifend konzipiert und noch stärker auf die Anforderungen in einer psychiatrischen Klinik oder Praxis abgestimmt sein soll (vgl. dazu Falkai und Herpertz, 2012).

### 3.4 IV.

Ich fasse zusammen: Es besteht ein großes Interesse der Weiterbildungskandidaten an einem Verständnis des Patienten und seiner Symptomatik. Dieses Interesse wird von konkurrierenden,

insbesondere verhaltenstherapeutischen Weiterbildungsangeboten offenbar nicht ausreichend bedient. Ein psychodynamisches Verstehen wird als eine nach wie vor wertvolle Bereicherung der psychiatrischen Arbeit, insbes. auch unter den Bedingungen der Pflichtversorgung, erlebt. Das Verstehen hilft beim Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung. Selbsterfahrung und Supervision werden vor allem im Hinblick auf die Kontrolle der Gegenübertragung als Unterstützung empfunden. Die Schwierigkeit, psychiatrisches und psychodynamisches Denken zu integrieren, dürfte sowohl mit institutionellen wie mit grundsätzlichen erkenntnistheoretischen Gründen zusammenhängen.

Von einem neuen curriculären Modell sind in dieser Hinsicht möglicherweise weitere Verbesserungen zu erreichen.

Die im Titel gestellte Frage lässt sich also mit „ja“ beantworten. Die Psychoanalyse als Mutterdisziplin der psychodynamischen Therapien ist eine alte, vornehme Dame geworden, altersweise, weit über 100 Jahre alt, die den mit psychiatrischen Patienten arbeitenden Therapeuten weiterhin viel zu bieten hat.

### 3.5 Literatur:

- Reuster T (2005): Integrationsprobleme in Psychiatrie und Medizin. In: Schmoll D, Kuhlmann A (Hrsg): Symptom und Phänomen. Phänomenologische Zugänge zum kranken Menschen. Alber, Freiburg, S. 72-86.
- von Weizsäcker V (1926): Der neurotische Aufbau bei den Magen- und Darmerkrankungen (Schluss). Deutsche Medizinische Wochenschrift 52, S. 2150-2152.
- Bolk-Weischdel D (1981): Psychoanalyse und Psychiatrie – ein empirischer Beitrag zur beruflichen Entwicklung und Identität von Psychoanalytikern. In: Bach H (Hrsg): Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 122-132.
- Falkai P, Herpertz S, (2012): Entwurf für ein neues Weiterbildungscurriculum für Psychotherapie in der Psychiatrie. Psychiatrie 9/2, S. 99-104.

1. Wie wichtig ist Ihnen ein psychodynamisches Verständnis des Patienten in der Akutpsychiatrie?  
1=Sehr wichtig 2=Wichtig 3=Weniger wichtig 4=Unwichtig
2. War Ihnen ein psychodynamisches Verständnis des Patienten vor Einführung der Pflichtversorgung ...  
1=Wichtiger 2=Ebenso wichtig 3=Weniger wichtig 4=Unwichtig
3. Hat ein psychodynamisches Verständnis Einfluss auf Ihren Umgang mit dem Patienten?  
1=Sehr stark 2=Stark 3=Wenig 4=Gar nicht
4. Wie schätzen Sie den Wert psychodynamischer Behandlungsverfahren in der Akutpsychiatrie ein (z.B. Interaktionelle Gesprächsgruppe, Psychodrama, Einzelgespräche)?  
1=Sehr wichtig 2=Wichtig 3=Weniger wichtig 4=Unwichtig
5. Für wie hilfreich halten Sie eine tiefenpsychologisch orientierte Supervision in der Akutpsychiatrie?  
1=Sehr hilfreich 2=Hilfreich 3=Weniger hilfreich 4=Nicht hilfreich
- Zusatzafrage:  
Fällt Ihnen eine Szene (ein Gespräch, ein Konflikt) mit einem akut psychiatrischen Patienten ein, bei dem Ihnen Ihre tiefenpsychologische Ausbildung geholfen hat? Wenn ja, bitte kurz skizzieren.

Abb. 1: Fragebogen

Wie wichtig ist Ihnen ein psychodynamisches Verständnis in der Akutpsychiatrie?

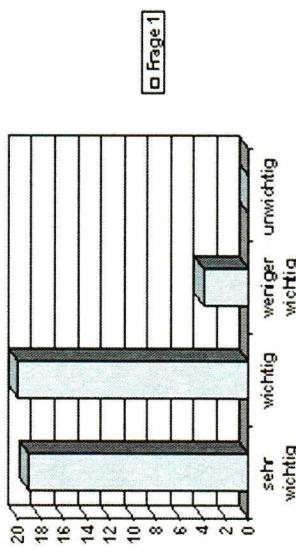


Abb. 2: Frage 1

Hat ein psychodynamisches Verständnis Einfluss auf Ihren Umgang mit dem Patienten?

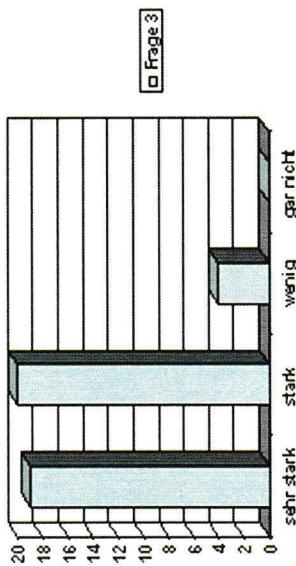
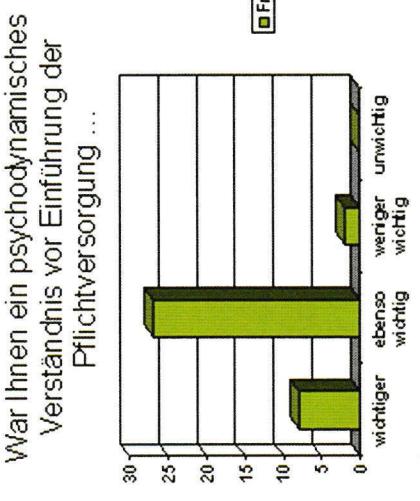


Abb. 4: Frage 3

Frage 2  
Hät ein psychodynamisches Verständnis Einfluss auf Ihren Umgang mit dem Patienten?

Abb. 3:



Frage 2  
Hät ein psychodynamisches Verständnis Einfluss auf Ihren Umgang mit dem Patienten?

Wie schätzen Sie den Wert psychodynamischer Behandlungsverfahren in der Akutpsychiatrie ein?

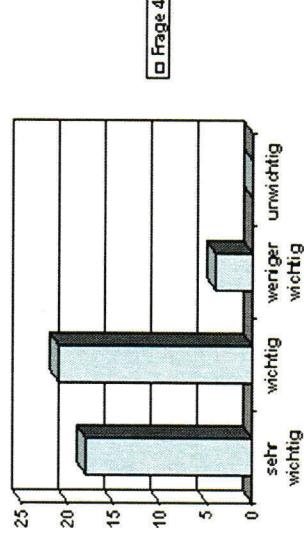


Abb. 5: Frage 4

Für wie hilfreich halten Sie eine tiefenpsychologisch orientierte Supervision in der Akutpsychiatrie?

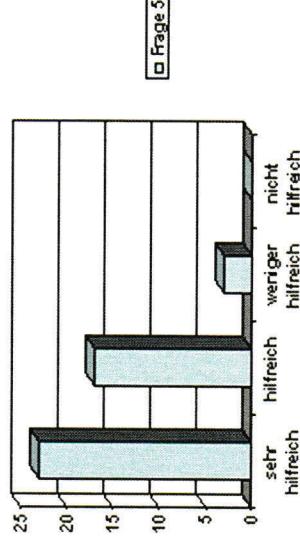


Abb. 6: Frage 5

Andreas Dieckmann

## 4 Psychodynamische Psychiatrie in der Klinik - Das Beispiel der Suchtbehandlung

### 4.1 Historische Bemerkungen

Psychoanalyse und Psychiatrie haben in den letzten 100 Jahren eine wechselvolle Geschichte miteinander erlebt. Freuds verpasste Chance, sich Bleulers Interesse an den Psychoosen zu nähern, ist einer der Kerne der unerheulichen Koexistenz zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein. Der psychiatrische Biologismus war andererseits wohl auch Ausdruck des Versuchs, die Psychiatrie zu einem anerkannten Fach der Medizin zu machen.

Die Katastrophe des Nationalsozialismus führte zur Emigration der Psychoanalyse aus Deutschland. Die Universitätspsychiatrie der Nachkriegszeit war schon deshalb nicht psychodynamisch ausgelegt und interessierte sich vorwiegend für die psychotischen Störungen, die nicht im Fokus der Psychoanalyse standen. Neurosen als Bereich der kleinen Psychiatrie waren das einzige Feld, das die Psychoanalyse wirklich besetzte. Für Persönlichkeitsstörungen interessierte sich lediglich die Justiz. Psychiatrie und Psychotherapie führten eine Koexistenz mit nur wenigen Überschneidungen.

20 Jahre nach Ende des Zweiten Weltkriegs überschlugen sich die Ereignisse: Analytisch begründete Psychotherapie wurde 1967 kassenärztliche Leistung. 1970 wurde die psychosomatische Medizin in die Approbationsordnung aufgenommen und 1972 erschien die „Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen“ von

Anne-Marie Dührsen, die von 1965 – 1984 das Institut für psychogene Erkrankungen der AOK in der Weddinger Müllerstraße leitete.

In den 70er-Jahren etablierten sich dann auch psychiatrische Kliniken, die psychoanalytisch ausgerichtet waren. Ärzte und Psychologen, die die Ausbildung zum Psychoanalytiker anstrebten, fanden in diesen Häusern eine Heimat und ein psychiatrisches Verständnismodell. Ein Krankheitsverständnis mit einem Menschenbild, das auch der Psychose die Ehre einer Dynamik zuwies und die Demenz nicht im therapeutischen nihilismus verschwinden ließ wurde die Arbeitsgrundlage eines Behandlungsplans von der Psychopharmakologie über die Psychotherapie bis zur Planung sozialpsychiatrischer, oder wie es damals hieß, extramuraler Leistungen. Gerne denke ich an die Stationsgruppen der Akutpsychiatrie zurück, die Herr Jung Woche für Woche leitete. Beeindruckend waren für mich auch die Visiten, in denen es meinem Chef gelang, älteren Damen nach einer kurzen Exploration zu ihrer Lebensgeschichte eine Vitalität abzuringen, an die man angesichts der Phänomenologie der Demenz nicht glauben wollte.

Psychiatrie nicht von der Psychotherapie zu separieren, sondern sie zu durchdringen mit Psychodynamik - diese Haltung und ein solches Menschenbild ermöglichen einen ganzheitlichen Zugang, hinter dem ein eklektischer Pragmatismus der phänomenologischen Psychiatrie zurücktritt.

#### 4.2 Psychiatrie ist biopsychosoziale Psychiatrie

Psychiatrie ist selbstverständlich bis zum Beweis des Gegenteils immer als biopsychosoziale Psychiatrie zu verstehen. Psychodynamische Psychiatrie ist nach Gabbard eine „Denkweise“ in Bezug auf den Patienten, die auch unbewusste Konflikte, Defizite und Verzerrungen der

intrapsychischen Strukturen und der inneren Objektbeziehungen umfasst und diese Elemente in Zusammenhang mit neuesten Erkenntnissen der Neurowissenschaften betrachtet. Die Psyche und die Aktivität des Gehirns können nicht getrennt gedacht werden.

Veränderungen der Hirntätigkeit im Prozess einer Psychotherapie weisen der Dynamik gar biologische Funktionen zu. Von der deskriptiven Psychiatrie lernen wir psychopathologische Beobachtungsmuster, die insbesondere diagnostische Klassifikationen fruchtbar bedienen können. Die Neurobiologie lässt das Phänomen etwa der Halluzinationen als Verständnis der Neurotransmitter und damit der Erlebensvariationen verstehen: Der Inhalt einer Halluzination weist jedoch auf den Bedeutungscharakter des psychodynamischen Konflikts hin. Im Zusammenhang mit diesen Überlegungen lassen sich Behandlungsregime entwickeln, mit denen die Patienten in ihrer biopsychosozialen Situation gewürdigt werden.

Es erscheint sicher nicht sinnvoll, den diagnostischen Zugang über den biologischen Körper und den über zwischemenschliche Kommunikation in seinen Unterschieden aufheben zu wollen. Es erscheint aber ebenso kaum fassbar, das es, wie Streeck und Dümpelmann sagen, (Böker, S. 253), Mythen gibt, die eine unvereinbare Disparität aufrütteln.

#### 4.3 Der Beitrag der psychodynamischen Psychiatrie

Der Beitrag der psychodynamischen Psychiatrie liegt in der Anwendbarkeit des Verständnisses der Begegnung zwischen Patient und Therapeut, bei der die wichtigen diagnostischen Marker zum psychologischen Nachvollzug der Bühne der sichtbaren und unsichtbaren Persönlichkeit des Patienten zum Vorschein kommen - für

Diagnose und Therapie. Das Drehbuch der Inszenierung zeigt die aufscheinenden Komplexe aus dem Unbewussten, in der Szene spielen Übertragung und Gegenübertragung die Rolle der Regieanweisung zur Ausgestaltung des Drehbuchs der psychogenetischen Vorerfahrung. Dieses Stück wird im psychiatrischen Alltag ebenso aufgeführt wie im psychotherapeutischen Setting. Krisen, Suizidalität, aber auch die Verordnung von Psychopharmaka spielen sich in diesem Kontext auf der Bühne der Station ab.

Die Dimension der Subjektivität ist in der „ver – rückten“ Beziehung eine Größe, die der Berücksichtigung bedarf. Die konflikthaften oder reduzierten Beziehungs muster sind der Boden, auf denen psychiatrische und psychotherapeutische Arbeit sich vollzieht. Mit Triebtheorie, Ich-Psychologie und Objektbeziehungstheorie lassen sich Konflikt- und Strukturpathologie voneinander unterscheiden. Mit dem topographischen Modell lassen sich Themen der Latenz besser verstehen. Im Widerstand und der Reife seiner Ausdrucksformen findet der Psychiater Verständnismöglichkeiten für die Notwendigkeit zur Erhaltung des Status quo im Sinne des Wiederholungszwangs.

Mit all diesen Instrumenten stellt die Psychoanalyse diagnostische Parameter und therapeutisch konzeptionelle Rahmenbedingungen für alle professionell Beteiligten zur Verfügung. Die dynamische Haltung bildet einen Raum für biologische, und pharmakologische u. a. Therapieinstrumente in Beratungsstelle, Klinik, Tagesstätte, Zuverdienstfirma und im Betreuten Wohnen. Die Psychoanalytische Denkweise und der psychodynamische Umgang mit den Patienten sind keine geheimen Wissenschaften, sondern Grundlagen für eine ganzheitliche Psychiatrie mit allen in ihr tätigen Professionen.

#### 4.4 Das Beispiel der Suchtbehandlung

Erst 1968 erkämpfte sich die Alkoholkrankheit durch ein höchstrichterliches Urteil die Ehre des Weges in die Reichsversicherungsordnung und der Abrechnungsfähigkeit. Zu Beginn der 70er-Jahre begründete Hartmut Spittler in der Nervenklinik Spandau eine spezialisierte Suchtabteilung mit Entzugsstation, eine damals Chronikerstation genannten Spezialeinrichtung mit integrierter Tages- und Nachtklinik für comorbide Patienten und eine Psychotherapiestation.

Die Psychotherapie der Suchtkranken entwickelte sich jedoch auf einem Sonderweg, nachdem die Rentenversicherungsträger erkannt hatten, dass die Sucht eine häufige Ursache für den Verlust der Erwerbsfähigkeit darstellte. Aus diesem Grund entstanden Suchtfachkliniken im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Im Falle der Nervenklinik Spandau wurde die Psychotherapiestation zu einer Rehaklinik. Dieser therapeutisch sinnvolle Zuschnitt der Suchtkrankenversorgung unter einem Dach findet sich heute übrigens im St. Joseph Krankenhaus in Weißensee als fortschrittliches Modell.

In der Geschichte der Suchtkliniken stand bis in die 1980er Jahre die Psychotherapie im Mittelpunkt des Interesses der Behandler. Psychoanalytisch ausgerichtete Kliniken sahen sich mit ihrem Anspruch an die Therapie gut gerüstet, hat doch Freud als Therapieziel die Wiederherstellung der Liebes- und Genussfähigkeit genannt. Die übrigen Behandlungselemente körperbezogener, kreativer und arbeitstherapeutischer Art waren mehr oder weniger beachtete Adjutanten, die nicht selten unverbunden die Zeit zwischen den

Psychotherapiestunden füllten. Das Prinzip der Psychotherapie blieb weitgehend unangefochten.

Die Beziehungsstrukturen im gesamten sozialen Gefüge einer Klinik wurden nicht zuletzt vor dem Hintergrund der theoretischen Weiterentwicklung der Psychoanalyse durch die Objektbeziehungstheorie von Melanie Klein, D.W. Winnicott und W.R. Bion, O. F. Kernberg und anderen als relevante Einflussgrößen auf die Therapie erkannt.

Mit der zunehmenden Verbreitung des Prinzips der therapeutischen Gemeinschaft war der Versuch verbunden, Teile der Verantwortung für das Gemeinschaftsleben in die Hände der Patienten zu legen. Den Begriff »Therapeutische Gemeinschaft« prägte Main (1946) und wendete das Konzept im Cassel-Hospital in London an. Jones (1968) forderte für solche »Gemeinschaften« die Auflösung der asymmetrischen Arzt-Patient-Beziehung und der hierarchischen Ordnung zugunsten einer demokratischen Partnerschaft, freie Kommunikation und Information auf allen Ebenen, Analyse der zwischenmenschlichen Dynamik auf ihren Motivgehalt, spontanes und veranstaltetes »social learning« als Auseinandersetzung mit der Realität und die Leitidee, dass die gesamte Klinik eine große therapeutische Gemeinschaft sein könnte.

In der Realität deutscher Einrichtungen blieben diese demokratisierenden Forderungen zumeist Utopie, fanden aber ihren Niederschlag in der Entwicklung eklektisch adaptierter milieutherapeutischer Konzepte. Die Chance einer psychotherapeutisch-sozialpsychologischen Einheit des gesamten Therapieprozesses stieß auf die Befürchtung, ein solches Setting könne aufgrund der Schwere

der psychischen Störungen im Chaos und in Überforderung der Therapeuten und Patienten enden. Tatsächlich zeigt die Dynamik einer Vielzahl strukturell gestörter Patienten eine fortwährende Tendenz von Abwertung, Spaltung und Destruktivität.

Ebi (2000) hat solche Erfahrungen eindrucksvoll beschrieben und herausgestellt, dass manche Regeln in den Kliniken eher Ausdruck der Befürchtungen ungeklärter negativer Gegenübertragungen der Therapeuten als Ergebnis der Umsetzung psychotherapeutischer Theoriemodelle sind. In der Landschaft klinischer Einrichtungen gab es nur wenige, die den Versuch unternahmen, ihr Gesamtkonzept einer psychotherapeutischen Leitidee zu unterstellen.

Im Klinikalltag galten häufig mit dem therapeutischen Anspruch nicht abgestimmte Regeln einer »Hausordnung«. Verstöße dagegen wurden zumeist mit Sanktionen geahndet. Die Auseinandersetzung mit dem Thema nahm einen großen Raum ein, weil die mit der Dynamik der Sucht verbundene Grenzüberschreitung in Kliniken allgegenwärtig war und ist. Es entstand ein »Psychotherapieraum«, der einem »Real-Raum« kontrovers gegenüber stand. Der in der Psychotherapiesitzung empathische Behandler konnte und musste im realen Klinikalltag zum strafenden Richter werden oder entzog sich dem Klinikalltag.

Die folgenden Ausführungen beruhen auf den Erfahrungen der Hartmut-Spittler-Fachklinik, Berlin, die seit fast 30 Jahren arbeitsplatz- und wohnnah psychoanalytisch orientierte Entwöhnungstherapien anbietet.

Aus der häufigen Vergesellschaftung von Sucht und struktureller Störung entstand der Gedanke, alle Therapiebestandteile therapeutisch im

gleichen Behandlungsstil zu konzeptualisieren. In einem »Holding« verlässlicher Interventionsstile sollte der frühen Willkürerfahrung entgegengewirkt und eine Bildung reiferer Objektrepräsentanzen ermöglicht werden.

Nachreifungsprozesse oder Defizitkompenstationen mangelnder Ich-Funktionen, sollten auf der Grundlage einer »fördernden Umwelt« (Winnicott 1974a) ermöglicht werden. Diese fördernde Umwelt hat hinreichend gute wie frustrierende Eigenschaften. Die eine therapeutische Haltung entspricht in diesem Bild der wesentlichen Anwesenheit einer Bezugsperson während der ersten Lebensmonate, die es möglich macht, Entwicklungsschritte wie Integration und die Fähigkeit, Realität wahrzunehmen, zu fördern.

Mit Beginn der 1990er Jahre hat sich die Klinik der psychoanalytisch-interaktionellen Vorgehensweise verschrieben. Aus der Möglichkeit der ubiquitären Anwendung der therapeutischen Haltung und der Interventionstechnik entwickelte sich das Konzept, in einem »herrschaftsfreien Dialog« (Habermas 1981) alle Vorgänge in der Klinik unmittelbar in die Therapie einzubeziehen. Mit einem modifizierten Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft gibt es keine Unterscheidung zwischen Therapie und Realität des Klinikalltags.

#### 4.5 Die Klinik als Übung(Übergangs-)realität

Die Therapeutische Gemeinschaft der Klinik ist allerdings kein primär demokratischer Raum: Eine geringe Zahl notwendiger Regeln bildet mit dem Therapieprogramm das Übungsfeld in einem schützenden, reifungsfördernden Rahmen.

Die Therapien werden ergänzt von eigenverantwortlich organisierten Gemeinschaftsveranstaltungen, Kulturausflügen, Sportevents und anderen Aktivitäten. Auch Aufgaben wie Blumenpflege, Ordnung im Freizeitbereich, Bücherausleihe, Küchendienst, Bewirtung der Ehemaligen in der offenen Abendgruppe obliegen den Patienten. Die Aufgabenverteilung erfolgt nach einem einheitlichen Wahlmodus in einem wöchentlichen »Plenum«.

#### 4.6 Die Gestaltung einer einheitlichen therapeutischen Haltung

Grundlegendes Therapieprinzip für die Entwicklung stabilerer innerer Repräsentanzen ist die Beziehungskontinuität.

Konsequenterweise umschließt diese Sichtweise auch die Neuauflagen der frühen Beziehungserfahrungen in realen Alltagskonflikten, die das Zusammenleben in der Klinik und die Behandlungsmodalitäten von der Körpertherapie bis zur arbeitsbezo-genen Therapie betreffen. Bereits Simmel hat 1927 vorgefragt, dass die stationäre Behandlung aufeinander abgestimmt sein müsse, weil die psychoanalytische Therapie ein »Lebenskreis« sei, der die Alltagsbewältigung mit ihren Mechanismen »ziemlich genau widerspiegelt«. Er erkannte, dass die Klinik eine Art erweiterte Person des Analytikers darstellt beziehungswise »des Urtyps seiner [des Patienten,] Familie überhaupt«. Relativ selbstverständlich spricht er von der »psychoanalytischen Krankenpflege« und bezieht damit alle Berufsgruppen in den Prozess ein.

Dass das Agieren des Patienten auf der Station als Widerstand verstanden und bearbeitet werden kann, erkannte Simmel bereits vor 85 Jahren und beschreibt ein »integratives Organisationsmodell« wie es

Bilitza dem „bipolaren Organisationsmodell“ in einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Innenleben einer Klinik aus der Sicht des Supervisors gegenüberstellt. Das psychoanalytische Verstehen der Innenwelt der Klinik und ihrer – auch pathologischen – Strukturen wie es über Team-Supervision geschieht, ermöglicht es, die gesamte Klinik als Ort eines multimodalen Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehens zu begreifen, an dem nicht zuletzt via Reflexion und Reifung klinikinterne Strukturen die Ich-Reifung der Patienten positiv beeinflusst werden kann (Bilitza 1994).

#### 4.7 Die Rahmenbedingungen im Übertragungsgeschehen

Kliniken mit einer Geschichte der psychoanalytisch-interaktionellen Vorgehens merken sehr schnell, dass das affektverträgliche Umgehen mit der Realität in der Psychotherapie den Mitarbeitern eine hohe Transparenz in der Kommunikation abverlangt: Fehler der Institution werden eingestanden, Mitarbeiter dürfen kritisiert werden und das Eingestehen eigener Unzulänglichkeiten wird wohlwollend bearbeitet.

Die kritische Auseinandersetzungsmöglichkeit ermutigt die Patienten, ihrem Widerstand Raum zu lassen. Der Patient darf sich zeigen, wie er sich erlebt.

Dennoch bilden die Regeln, eben weil sie äußere Realität verkörpern, eine fassbare Barriere gegen die illusionären Autarkiewünsche der Suchtkranken und müssen sich immer wieder an den Vorstellungen und Ideen der Patienten messen lassen. Auch die Regeleinhaltung unterliegt sinnvollerweise der Verantwortung des Patienten. Das heißt, dass willkürliche Kontrollen praktisch nicht durchgeführt werden, aber die wache Präsenz der Therapeuten einen ständigen Dialog in Gang hält.

Die in der Gruppe auszutragenden Konflikte bilden ein Ventil für die innere Wut gegen das Realitätsprinzip. Im begrenzten Umfang kann der Patient die Klinik und ihre Welt zunächst behandeln wie ein Übergangsobjekt.

Zu den weiteren Rahmenbedingungen gehört die Aufmerksamkeit gegenüber der Suchtmittelabstinenz. Im interaktionellen Umgang miteinander geht die Therapeutische Gemeinschaft von einem ambivalenten Abstinenzwillen des Patienten aus. Macht der Patient einen entsprechenden Eindruck, wird er gefragt, ob er rückfällig ist. Um die Vertrauensbeziehung zum Patienten nicht fortwährend in Frage zu stellen, kann aber auf die Prüfung des Alkohols in der Atemluft verzichtet werden. Für den psychoanalytisch-interaktionellen Umgang ist diese Begegnung zwischen Therapeut und Patient ein Netz von Übertragungs-Gegenübertragungs-Reaktionen, die der Therapeut mittels Gegenübertragungsanalyse aufarbeitet.

Dabei antizipiert er bereits die schuldgefühlsartige Reaktion des Patienten, der sich weniger umsorgt als vielmehr – seiner Erfahrung entsprechend – vorwürflich angegriffen fühlt und möglicherweise aggressiv reagiert. Die Affektklarifizierung klärt nun die aktuelle Situation. Gleichzeitig oder bei einer späteren Gelegenheit werden die Rollenirritationen angesprochen, indem der Therapeut sich mit der Aggression auseinandersetzt, die er empfunden hat, aber auch mit der schuldgefühlsartigen Verarbeitung der erwünschten Zuwendung des Therapeuten, die von den Patienten an anderer – meist unrealistischer Stelle – illusionär erwartet wird.

Im Übrigen besteht ein Rückfallbearbeitungskonzept, bei dem unter verschiedenen Aspekten in Gesprächen mit dem Therapeuten, in der Bezugs- und Großgruppe und mit einer für diesen Zweck gewählten Patientengruppe der Rückfall bearbeitet wird. Aus den Erfahrungen kann der Betroffene, ebenso wie die Mitpatienten, antizipatorische Präventionsmaßnahmen ableiten.

#### 4.8 Die Gestaltung der Beziehungskontinuität

In allen Therapiebereichen wünscht sich der Therapeut die Entwicklung konstruktiver Fähigkeiten. Das ist in einer Kontinuität der Beziehungen innerhalb der Bezugsgruppe besser erreichbar als in immer neu zusammengestellten Indikationsgruppen. Darauf hat Bilitza (2004) hingewiesen. Die konsequente Anwendung der psychoanalytisch-interaktionellen Methode in allen Segmenten des Therapieprozesses aktualisiert die Beziehungskonflikte, Ich-Funktionsdefizite und die Beeinträchtigungen der Teilhabe am täglichen Leben und der Arbeitswelt. Allerdings erfordert dieser Arbeitstil eine hohe Kommunikationsdichte zwischen den Therapeuten im täglichen Ablauf. Über die Teamsitzungen und Kurvenvisiten hinaus bedarf es des fortwährenden Austausches in Nachbesprechungen und informellen Gesprächen zwischen den Therapieeinheiten.

#### 4.9 Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode

Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode wurde von Heigl-Evers u.a. in den Siebziger Jahren auf Anregung des Gesamtverbandes für Suchtkrankenhilfe aus den Erfahrungen der Psychoanalyse entwickelt. Voraussetzung ist eine Haltung des Respekts vor dem Geworden-Sein. Daraus soll sich eine Akzeptanz des So-Seins ergeben. Dieser Teilespekt der Haltung bedarf besonderer Aufmerksamkeit, weil er dem Therapeuten nicht selten schwierige innere Prozesse abverlangt, wenn

er zum Beispiel einem Pädophilen gegenübertritt. Das Verstehen ist eine der Voraussetzungen der Entwicklung des Selbstbewusstseins. Dazu bedarf es der wachen Präsenz für alle Äußerungen des Patienten, auch der nonverbalen. Schließlich wird die Authentizität des Therapeuten gefordert, der sich als Person zur Verfügung stellt. Die therapeutische Abstinenz wird hier einerseits relativiert, andererseits speziell beachtet, weil der Therapeut seine individuellen Gefühle ausschließlich in den Dienst des Patienten stellt und sie für dessen Belange in der Gegenübertragungsanalyse interpretiert.

Über jede Begegnung reinszeniert sich eine Erfahrungsszene mit einer Übertragung, deren Bedeutung dem Therapeuten in seiner Gegenübertragungsanalyse erkennbar wird. Damit nimmt er den Patienten in seiner inneren Auseinandersetzung zunächst „bedingungslos“ an und kann ihn in seinem Sosein nachvollziehen. So kann die Methode in jedem Bereich von der Wärmestube bis zur Antragspsychotherapie zur Anwendung kommen und schließt viele Menschen in die Versorgung mit Psychotherapie ein (Dieckmann, Otto-Wulff). In geeigneter Situation wird er den verstandenen Affekt, den individuellen Bedeutungshintergrund oder die Dynamik klarifizieren. Er wird die Beziehungsproblematik oder die defizitäre Ich-Funktion fokussieren und mit einer Intervention eine Hilfs-Ich-Funktion zur Verfügung stellen. Auf Deutungen wird weitgehend verzichtet, wie es der Behandlung strukturell Gestörter angemessen ist.

Die konsequente Anwendung der Methode erfolgt in mehreren Schritten:

- 1) Wahrnehmung der Szene mit der aktuellen Übertragung,
- 2) Wahrnehmung der Gegenübertragungsreaktion,
- 3) Gegenübertragungsanalyse als Modell des frühen Objekts

- 4) das verstehende Überdenken,
- 5) die Klarifizierung,
- 6) an geeigneter Stelle die Intervention im Sinne einer Hilfs-Ich-Funktion.

Die semistandardisierte Entwicklung der Intervention ermöglicht es auch im Therapeutenteam, sich rasch zu verständigen. Insbesondere in Konfliktsituationen können die Therapeuten die Spaltungsvorgänge schneller erkennen, weil sie die wahrscheinliche Reaktion des Kollegen einschätzen können (Dieckmann 2003).

#### **4.10 Die Gestaltung der Behandlungsmodalitäten**

Die stationäre psychotherapeutische Behandlung in Gruppen hat sich bewährt. In einer Untersuchung an 919 Patienten der Klinik in Tiefenbrunn hat sich herausgestellt, dass schwerer gestörte Patienten vom psychoanalytisch-interaktionellen Setting mit signifikanten Verbesserungen profitieren (Rabung et al. 2005). Die PIM gehört zu den evidenzbasierten Therapieverfahren.

In der Hartmut-Spittler-Fachklinik wird in Bezugs- und Großgruppen gearbeitet, die durch Einzelgespräche ergänzt werden. In dieser Kombination können Beziehungsmuster und Funktionsdefizite von den verschiedenen Ebenen bearbeitet werden. In der Gruppensituation erfährt der Patient eine Triangulierung, die er insofern als therapeutisch hilfreich erfahren kann, wenn es ihm mit Hilfe des Gruppenleiters gelingt, die Übertragungen in der ödipalen Konfiguration zwischen ihm, der Gruppe und dem Gruppenleiter zuzulassen. Dieser Gruppe kommt eine wichtige Schlüsselposition in der Präsenzerhaltung der allfälligen Konflikte zu. Sie wird von zwei Therapeuten gestaltet.

- 4) das verstehende Überdenken,
  - 5) die Klarifizierung,
  - 6) an geeigneter Stelle die Intervention im Sinne einer Hilfs-Ich-Funktion.
- In der Großgruppe werden die Gruppen- und Einzelkonflikte, die in anderen Therapieeinheiten aufgetretenen Themen und die atmosphärischen Aktualsituationen in der Klinik mit Minimalstrukturierung interaktionell verhandelt. Der Therapeut benennt lediglich die Regel der freien Interaktion (Heigt-Evers et al. 1994, S. 227, 239), die anlehnt an die Regel der freien Assoziation als Grundsatz der Psychoanalyse, sonst gelten keine Regeln und Normen. Natürlich gelten die Grenzen dessen, was den anderen Gruppenmitgliedern zumutbar ist.*

*Die Vorgänge in der Großgruppe lassen sich anders als in der Kleingruppe, die als Modell der Familie gilt, durch Freuds bedeutende Schrift »Massenpsychologie und Ich-Analyse« (1921c) besser verstehen, in der er sich mit Le Bon (1912) Psychologie der Massen auseinandersetzt. Freud erforschte die Art der Beziehungen in künstlich strukturierten Massen, Kirche und Heer und nennt als Grundtatsachen der Massenpsychologie die Affektsteigerung und die Denkhemmung. Die Masse hat als Ich-Ideal ein gemeinsames Objekt. Sie projiziert ihr gemeinsames Ich-Ideal auf einen idealisierten Führer. Freud vergleicht die Masse mit der Uhorde, der er sich in »Totem und Tabu« (Freud 1912a–13) zuwendet. Durch den Mord der Söhne am tyrranischen Urvater und dessen Verzehr – von Angst und Reue getrieben – werden die beiden großen gesellschaftlichen Tabus Mord und Inzest introjiziert. In der Großgruppe erleben wir nicht selten die Wiederbelebung der archaischen Konflikte.*

*»Der Großgruppenleiter wird als der Repräsentant der gesellschaftlichen Normen und Verpflichtungen erlebt, dessen Absetzung Freiheit von Unterdrückung bedeuten würde.« Während der Großgruppe in der Klinik entstehen die im Konzept des Göttinger Modells beschriebenen Effekte*

*der normativen Verhaltensregulierung mit den entsprechenden Abwehrformationen innerseelischer Konflikte.*

*In der von je zwei Gruppentherapeuten geleiteten Bezugsgruppe – zeitlich im Anschluss an die Großgruppe – mit je 10 bis 12 Patientendifferenziert sich das in der Großgruppe anstehende Thema zumeist auf die individuelle Ebene der einzelnen Patienten. Der mögliche Widerstand durch Themenwechsel oder die Verleugnung bleiben durch die Funktion des informierten (das Problem „behütend“) Therapeuten im Prozess. Damit ergeben sich Möglichkeiten milder Konfrontation mit den Begegnungen im Hier-und-Jetzt. Die Bezugsgruppe ist die kontinuierliche Psychotherapiegruppe, die auch in den meisten anderen Therapiemodalitäten zusammenbleibt. Einer der Gruppentherapeuten ist gleichzeitig der persönliche Bezugstherapeut des Patienten.*

*In den Einzelgesprächen nutzt der Therapeut die Kenntnis der psychosexuellen Entwicklung des Individuums für die weitere Erarbeitung von alternativen Beziehungs-möglichkeiten und Entwicklung von Ich-Funktionen für die Lebensbewältigung. Diese häufig dyadisch verlaufende Begegnung ist in der gruppenzentrierten Behandlung der Suchtkranken in diesem Modell das Bindeglied in die Triangulärität und berücksichtigt spezielle Probleme des Patienten, zum Beispiel in der Vorbereitung einer ambulanten Psychotherapie im Anschluss an die medizinische Rehabilitation.*

*(Therapiekonzept der Hartmut-Spittler-Fachklinik 2006)*

*In den anderen Therapieeinheiten – der Ergotherapie, der Bewegungstherapie,*

*der Gesundheitsinformation, den themenzentrierten Gruppen, den arbeitsbezogenen Modulen, ja auch in der Diätberatung oder der Nachsorgeplanung – kommt es ebenfalls nicht zu einer Pseudoentlastung und einem weiten Feld der Verdrängungs- und Spaltungs möglichkeiten, sondern der jeweilige Therapeut weiß um die aktuellen Bedingungen und sozialen Konstellationen, die er bei seiner Arbeit berücksichtigen und gegebenenfalls in den therapiemodulspezifischen Zusammenhang einbringen kann.*

*Der Suchtkrankenhelfer steht in seiner Arbeit vor dem schier unlösabaren Problem, mit dem Patienten Wege aus der Sucht zu finden. Das labile psychische Gleichgewicht des Süchtigen beruht oft über Jahrzehnte auf der Erfahrung, dass der innere Friede nur im Rausch zu erleben war. Es sind die destruktiven Nebenwirkungen, die den Patienten in die Therapie bringen. Es ist eine erfreuliche Beobachtung, dass anfänglich hoch gespannte und aggressive Patienten, mit denen die Konflikte ausgehalten und -getragen werden konnten, im folgenden Therapieprozess mit Gewinn mitarbeiten können.*

*Eine kleine Vignette mag das veranschaulichen.*

*Ein 42-jähriger eher kleiner Patient mit einer Borderline-Störung und narzisstischen Zügen saß in der Großgruppe. Aus der Vorgeschichte ist bekannt, dass er seit mehr als 20 Jahren mit Kontrollverlust getrunken hat und wegen Körperverletzung bereits verurteilt war.*

*Nach der persönlichen Begrüßung und Erläuterung der Regeln des Setting wollte der Therapeut hinzufügen, man möge hier zur Sprache bringen, was einen bewege. Er wurde aber unmittelbar von dem Patienten unterbrochen, der kurz den Arm gehoben hatte und sofort zu sprechen begann. Die Klinik sei ein KZ und der Gruppenleiter der Führer, der dafür sorge, dass er klein bleibe und sich nicht muckse.*

Man sollte nicht glauben, dass er das mit sich machen lasse. Er werde beim Rentenversicherungsträger seine Menschenrechte einklagen und tun, was er für richtig hält. Es sei seine Therapie und er bestimme, was geschieht. Erst nach einiger Zeit wurde klar, dass sich seine Wut auf die Eingewöhnungszeit von 14 Tagen bezog. In der inneren Gegenübertragungsreaktion verschaffte sich der Impuls Raum, die Trade mit einer »Ansage« über die »realen« Verhältnisse zu kontrollieren und ihm anzubieten, er könne die Klinik gern wieder verlassen. Dazu gesellten sich zynisch entwertende Gedanken um seinen Familiennamen, der mit einer die KZ verantwortenden Nazigröße identisch ist. Die Analyse ließ vermuten, dass der Patient, sein Anliegen vorzutragen, ohnehin für zwecklos hielt, so dass er mit Entwertung und Aggression Entitätschungsprophylaxe betrieb. Die Intervention beschränkte sich demgegenüber auf die Expression der Nachvollziehbarkeit des Gefühls, eingespirt zu sein. Die Freistellung von den üblichen Verhaltensmustern soziale Realität überraschte ihn. Solche Tricks kennt er, kontierte der Patient. Offenbar zur Aufrechterhaltung der normativen Verhaltensregeln begegneten die Mitpatienten ihm mit Gegen-aggression. Er habe noch nicht genug getrunken und solle wiederkommen, wenn er »was für sich tun wolle«. Der Therapeut dankte den Patienten für ihre Teilnahme an der Diskussion und erinnerte daran, wie häufig über die Schwierigkeiten der Eingewöhnung gesprochen werde. Nach der Bemerkung des neuen Patienten, der Therapeut solle nicht glauben, er komme so schnell »aus der Nummer heraus«, schwieg er den Rest der Stunde.

In den folgenden Therapieeinheiten der Bezugsgruppe fuhr er mit seinen Tiraden fort. Im Team blieb er ein fortwährendes Thema. In den Nachbesprechungen mussten die aversiven Affekte oft erst entlastend ausgesprochen werden, bevor dann erste Beobachtungen einer

Verhaltensänderung– übrigens in der Bewegungstherapie – auch in den Prozess aufgenommen werden konnten. Hilfreich war auch die in diesem Zusammenhang entstehende Annutzung des Patienten, seine letzte Kündigung könnte wohl auch so entstanden sein, nachdem ihm eine Therapeutin Einblick in ihre Impulse auf sein Verhalten gewährt hatte. Er hatte in seiner Firma »für Gerechtigkeit« sorgen wollen und sich zum Sprecher der Kollegen gegen Willkür und Ausbeutung gemacht. Nun beschäftigte er sich mit der Frage, ob es nicht die Art und Weise seines Verhaltens war, die ihm die Arbeitslosigkeit eingebracht hatte. Diese Vermutung bestätigte sich für den Patienten übrigens in einem Gespräch mit der Firmenleitung, die ihn als Mitarbeiter schätzte und inzwischen wieder eingestellt hat.

Im weiteren Prozess erarbeitete er Verhaltensalternativen und berichtete bei seine Abschied aus der Gruppe, dass »ein falsches Wort« des Therapeuten beinahe dazu geführt hätte, die Klinik wieder zu verlassen, und er habe erlebt, dass er aus dem Wald immer höre, was er zuvor hereingeroufen habe. Dem Therapeuten wolle er aber noch sagen, dass es wirklich kaum aushaltbar gewesen sei, die Anfangszeit in der Klinik zu überstehen. Er solle sich da mal was überlegen . . . Der Patient wurde im Laufe des folgenden Jahres der ambulanten Rehabilitation (Nachsorge) nicht rück- und straffällig und fragte bei jeder Begegnung: »Kennen Sie mich noch? Die therapeutische Haltung der psychoanalytisch-interaktionellen Methode in der Klinik mache es möglich, die konflikthafte Interaktion durchzustehen. Der Austausch über die soziale Dynamik, die der Patient auslöste, half auch dem Großgruppentherapeuten, die notwendige Spaltung zu verstehen. Mit der professionellen therapeutischen Ich-Spaltung konnte er erkennen, dass er nicht als Individual/person gemeint war, sondern als externalisiertes

*böses Teilobjekt über-wunden werden musste (Dieckmann, Albertini 2007).*

Meine Damen und Herren, Psychodynamische Psychiatrie meint die Haltung, das Verständnis der Verhaltensstörung mit der Persönlichkeit und seinem Gewordensein in Verbindung zu bringen und dazu die Werkzeuge der Psychoanalyse zu nutzen. Das erleichtert viele bedrohliche Situationen im Alltag der Akutpsychiatrie und hilft bei der Entwicklung von Interventionen von der Aufnahmesituation bis zur hoffentlich gebesserten Situation am Entlassungstag.

#### 4.11 Literatur

- Bilitza, K. (1993): Suchttherapie und Sozialtherapie. Psychoanalytisches Grundwissen für die Praxis. Göttingen.
- Böker, H. (Hg.), (2006). Psychoanalyse und Psychiatrie. Heidelberg.
- Dieckmann, A.; Otto-Wulff, H. (1993): Ausgrenzung oder Rehabilitation >>prognostisch ungünstiger<< Suchtkranker? In: Heigl-Evers, A. u.a.: Eingrenzung und Aus-grenzung. Göttingen.
- Dieckmann, A. (2003): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode in der Versorgung von multimorbidien, sozial desintegrierten Abhängigkeitskranken. In: Psychotherapie im Dialog Heft 2: 145-149.
- Dieckmann, A.; Albertini, V. (2007): Psychoanalytisch-interaktionelle Suchttherapie in der Klinik - Erfahrungen mit einer einheitlichen therapeutischen Haltung. In: Billitz, K. (Hg.): Praxis der psychoanalytischen Suchttherapie. Göttingen.
- Dührssen, A. (1972): Analytische Psychotherapie in Theorie. Praxis und Ergebnissen. Göttingen.
- Ebi, A. (2000): Der ungeliebte Suchtpatient. Psyche 54/6, 521-543.
- Habermas, J. (1981): Erkenntnis und Interesse. Frankfurt/M.

Heigl-Evers, A.; Heigl, F. (1973): Gruppentherapie: interaktionell-tiefenpsychologisch fundiert. Gruppenpsychotherapie. Gruppendynamik. 7: 132-157.

Heigl-Evers, A.; Heigl, F. (1975): Zur tiefenpsychologisch fundierten oder analytisch orientierten Gruppenpsychotherapie des Göttinger Modells. Gruppenpsychotherapie. Gruppendynamik. 9: 237-266.

Jones, M. (1968): Prinzipien der Therapeutischen Gemeinschaft. London.

Main, T. F. (1946): The hospital as a therapeutic institution. Bull. Menninger Clin. 10: 66-70.

Mentzos, S. (1991): Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Göttingen.

Rabung, S., e.a. (2005): Behandlungsergebnisse psychoanalytisch-interaktioneller und analytisch orientierter stationärer Gruppentherapie.

In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 41, 130-152.

Simmel, E. (1927): Psychoanalytic treatment in the Clinic. In: PPmP 47 (3-4): 137-144 (1997).

Streeck, U., Dümpeleman, M. (2006): Psychotherapie in der Psychiatrie. In: Böker (Hg.): Psychoanalyse und Psychiatrie. S. 253.

Winnicott, D. W. (1974): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart.

Winnicott, D. W.(1974a): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München.

## 5 Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotraumatologie

### 5.1 Trauma und Traumafolgen

Die posttraumatische Belastungsstörung wird von der American Psychiatric Association (APA) im DSM-IV definiert als persistierende ( $> 1$  Monat) Symptome nach einem lebensbedrohlichen, traumatischen Ereignis, das unmittelbar Gefühle wie Angst, Hilflosigkeit oder Schrecken auslöste. Die Symptome müssen mit starken Beschwerden oder einer Einschränkung der Teilnahme am sozialen oder beruflichen Leben einhergehen und werden in drei Gruppen eingeteilt: (1) wiederholte Symptome im Sinne von Albträumen, Flashbacks oder Intrusionen und Erinnerungen, die mit dem traumatischen Ereignis zusammenhängen, (2) Übererregbarkeitssymptome mit vegetativer Labilität, erhöhter Wachsamkeit, Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen, Wut und/oder Konzentrationsstörungen und (3) Vermeidungssymptome mit Verlust des Interesses an Dingen, die zuvor Freude gemacht haben, dem Meiden von Orten, Situationen und anderen Reizen, die Erinnerungen an das traumatische Ereignis auslösen würden.

Weitere Symptome, die derzeit dem Cluster der Vermeidung zugeordnet werden, bei zukünftigen Definitionen der posttraumatischen Belastungsstörung aber wohl eine vierte Kategorie bilden werden, sind emotionale Abstumpfung („numbing“), ein Gefühl der Distanziertheit und des Ausgeschlossenseins sowie Perspektivlosigkeit. Obwohl die Definition der posttraumatischen Belastungsstörung auf klinischen Symptomen basiert, sollte man sie nicht allein als emotionales oder psychisches Krankheitsbild im engeren Sinne betrachten, sondern auch

als „Normalreaktion“ auf ein lebensbedrohliches Trauma, das zu körperlichen, kognitiven, emotionalen und psychischen Symptomen führt. Die posttraumatische Belastungsstörung weist verschiedene physiologische Korrelate auf, meist basierend auf einer chronischen neuroendokrinen Dysregulation bzw. Reaktivität des vegetativen Nervensystems. Dementsprechend gehen mit ihr körperliche Symptome und Erkrankungen einher, wie Hypertonie, chronische Schmerzen und kardiovaskuläre Erkrankungen, zellvermittelte Immunfunktionsstörungen bis hin zu einer verkürzten Lebenserwartung (Harrison 2012). Die posttraumatische Belastungsstörung tritt daneben aber auch nicht selten (zu ca. 80 %) in Komorbidität mit anderen psychischen Störungen auf, wie der Major Depression, generalisierter Angst, Erkrankungen durch Substanzmissbrauch und Risikoverhalten (z. B. aggressives Fahren, Extremsportarten, Unfälle). Die höchste Prävalenz hat der missbräuchliche Konsum von Alkohol oder anderen Substanzen, oft initial im Sinne einer Selbstmedikation.

Posttraumatische Belastungsstörungen sind psychotherapeutisch gut behandelbar. Neben tiefenpsychologischen Ansätzen (Horowitz, Lindy), bei denen die lebensgeschichtliche Einordnung des traumatischen Ereignisses eine große Rolle spielt, haben sich in den letzten Jahren die EMDR-Methode sowie die kognitive Verhaltenstherapie etabliert. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) beispielsweise wendet bei einem traumatisierten Patienten wechselseitige Augenbewegungen zu beiden Seiten des Blickfelds an, durch die Verarbeitungsprozesse angestoßen werden, vergleichbar etwa dem Geschehen während der REM-Schlaf-Phase. Die Bewegungen und das dabei Erlebte werden durch eine intensive Aufarbeitung im Gespräch mit dem Therapeuten ergänzt und vertieft.

Mechanismen der projektiven Identifikation, bei denen der traumatisierte Klient unbewusst positiv oder negativ erlebte Verhaltensweisen (gute oder böse Objekte) bei seinen engen Bezugspersonen induziert oder provoziert (Projektion), um sich dann in seinen traumabezogenen Objektvorstellungen bestätigt zu sehen (Identifikation) (König 1992).

Bei der Einschätzung, Bewertung und Bearbeitung von Übertragungs- und Gegenübertragungssphänomenen in der Psychotherapie sind verschiedene Faktoren von Bedeutung: zu berücksichtigen sind die situativen und interpersonellen Umstände der traumatischen Situation, aber auch die individuelle Ressourcensituation des/der Betroffenen. So hinterlassen beispielsweise sequentielle Traumatisierungen in der Kindheit gegenüber singulären akuten Traumatisierungen im Jugend- oder Erwachsenenalter völlig unterschiedliche psychische Folgen und Veränderungen, die sich auch auf die Ausgestaltung der therapeutischen Übertragungsbeziehung auswirken. Diese unterschiedlichen Reaktionstypen sollen in der vorliegenden Darstellung exemplarisch verdeutlicht werden.

## 5.2 Grundmuster traumabezogener Gegenübertragung

Nach den grundlegenden Konzeptionen traumabezogener Gegenübertragung (u.a. Wilson/Lindy 1994, Maercker 2009, Fischer 2009) ist das traumatische Ereignis ein eigenständig wirksamer Teil der therapeutischen Übertragungsbeziehung und ergänzt damit die ansonsten im tiefenpsychologischen Setting bestehende dyadische Beziehungskonstellation.

Der katastrophale, wesentliche Grundüberzeugungen erschütternde Charakter eines Traumas ist dabei für den Therapeuten im Narrativ des Klienten intensiv erlebbar, denn die traumabezogene Exploration und Traumakonfrontation beinhalten ausdrücklich auch die umfangreiche, verschiedene Wahrnehmungsebenen umfassende Darstellung. Dies kann zu verschiedenen Reaktionen des Therapeuten führen. Schwer abgrenzbar ist allerdings diese direkte Reaktion des Behandlers auf die Realität des Traumas von den meist gleichzeitig wirksamen

Mechanismen der projektiven Identifikation, bei denen der traumatisierte Klient unbewusst positiv oder negativ erlebte Verhaltensweisen (gute oder böse Objekte) bei seinen engen Bezugspersonen induziert oder provoziert (Projektion), um sich dann in seinen traumabezogenen Objektvorstellungen bestätigt zu sehen (Identifikation) (König 1992).

### 5.2.1 Grundwerte und Empathiestress

Traumatogene Ereignisse stellen nicht selten menschliche Grundwerte in Frage, angefangen mit Maximen zwischenmenschlichen Zusammenlebens wie Vertrauen, Sicherheit, Verlässlichkeit bis hin zu individuellen Normen und Wertbildungen, die mit der Ausgestaltung des Selbst und dem Selbstwertgefühl in enger Verbindung stehen. Beispielsweise kann die Arbeit mit Gewaltopfern oder gar Tätern, die gewaltsame Handlungen ausgeführt haben (z.B. in Justizvollzugsanstalten oder im militärischen Kontext), den Therapeuten mit Geschehnissen und Verhaltensweisen konfrontieren, die auch sein eigenes Sicherheitsempfinden und Sicherheitsbedürfnis verunsichern und ein bedrohliches Unweitempfinden induzieren können. Das „Übertragungstrauma“ (Auchter) mit der dazugehörigen Täteridentifikation kann ggf. für den Therapeuten schwer aushaltbar sein, er kann unter „Empathiestress“ geraten, indem die induzierten traumabezogenen Gedanken und Gefühle die eigenen Reaktionsmöglichkeiten in der therapeutischen Situation hemmen und er/sie sich dem Geschehen sinnbildlich ausgeliefert fühlt.

### 5.2.2 Normative Dimension des Traumas

Teil der Empathie ist nicht selten die Empfindung von Schuldgefühlen, nicht nur bei den Klienten, sondern auch sekundär bei dem Therapeuten. Die normative, moralische Dimension ist ein regelmäßiger Teil von Traumatisierungen und ihren Verarbeitungen. Traumatisierungen in

Täterrollen (zum Beispiel Kampfhandlungen im militärischen Einsatz) können durch die damit verbundenen Handlungen (zum Beispiel Verletzung oder Tötung von Menschen) direkt Schuldgefühle induzieren. Aber auch bei Opfer- oder Zeugensituationen ist ein Schulderleben möglich. Dieses hängt dann u.a. mit dem Gefühl des Versagens oder der Hilflosigkeit in der Traumsituation zusammen (beispielsweise bei Rettungsdienstmitarbeitern in Großschadenslagen), zum Teil aber auch mit dem Phänomen der Überlebensschuld, bei dem der Klient sein eigenes Überleben angesichts des Todes nacher Bezugspersonen schuldhaft verarbeitet.

Eine mögliche Gegenübertragungsreaktion auf Schuldgefühle kann bei dem Therapeuten in einem besonderen Bemühen um eine schnelle Erholung des Klienten bestehen, welches dann, wenn es nicht ausreichend erfolgreich ist, ebenfalls zu Schuldgefühlen führt, in der sich die Schuldgefühle des Klienten gewissermaßen spiegeln.

Aber auch die gegenteilige Reaktion bei Therapeuten wird berichtet: Traumatogene Situationen können unbeantwortete Fragen hinterlassen, warum es zu derart katastrophalen Ereignissen kommen konnte und warum sie nicht verhindert worden sind. Diese Thematik kann beispielsweise im Kontakt zu Flüchtlingen oder Folteropfern entstehen und bei dem Therapeuten zu erheblicher Wut / Ärger auf den Täter oder das umgebende gesellschaftliche Umfeld führen. Auch hier ist eine Verschiebung in die direkte Therapeut-Klient-Interaktion möglich, indem Wut auf den Klienten empfunden werden kann (beispielsweise durch den unterschwelligen und unausgesprochenen Vorwurf, warum er sich der traumatischen Situation nicht entzogen oder andere Verhaltensweisen gezeigt habe).

### 5.3 Mögliche Folgen traumabezogener Gegenübertragung für die therapeutische Beziehung

Die geschillerten möglichen Gegenübertragungsreaktionen des Therapeuten in der Übertragungsbeziehung können, wenn sie nicht ausreichend erkannt, reflektiert und relativiert werden, zu direkten kognitiven und emotionalen Reaktionen des Therapeuten führen, die im Sinne einer Verdärfung das Erleben weiterer schwer aushaltbarer Affekte verhindern sollen. Fassadenhaftes Verhalten, Intellektualisierung können mögliche Folgen sein, bis hin zu einer Verleugnung der Realtraumatisierung und Umdeutung der Reaktionen des Klienten als alleinige Folge neurotischer Mechanismen.

Ggf. kann diesem emotionalen Rückzug des Therapeuten auch eine Phase des Überengagements vorausgehen. Der erschütternde Charakter der Traumsituation und das ausgeprägte Leid des Klienten, aber auch die oben erwähnten Schuldgefühle, können dazu führen, dass es dem Therapeuten schwierfällt, ausreichend auf die notwendigen Grenzsetzungen zu achten und der Entwicklung einer gegenseitigen Abhängigkeit (Konfluenz) vorzubeugen. Dieser Prozess kann zunächst durch eine Idealisierung des Therapeuten seitens des Klienten noch verstärkt werden, führt aber neben der Abhängigkeitsentwicklung auch dazu, dass eventuell der Therapeut den Klienten nur ungenügend zur Nutzung eigener Ressourcen und Bewältigungsstrategien anregt. Die sich dann entwickelnde über-verantwortliche Position des Therapeuten kann im Verlauf mit einer Überforderung einhergehen und den beschriebenen emotionalen Rückzug einleiten.

Wird diesem Geschehen unreflektiert freier Lauf gelassen, kann es in letzter Konsequenz zu einem Beziehungssabbruch zwischen Therapeut und Klient kommen, welcher wiederum insbesondere bei

beziehungstramatisierten Klienten den Charakter einer Retraumatisierung tragen kann.

#### 5.4 Schlussfolgerungen für die therapeutische Praxis

Die geschilderten Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse und ihre Folgen sind als ein häufiger Bestandteil psychotherapeutischer Settings einzuschätzen. In einer repräsentativen Stichprobe in den USA gaben 60 % der Befragten an, im Verlauf ihres Lebens traumatischen Situationen ausgesetzt gewesen zu sein (Kessler 1995). Damit ist mit traumabbezogenen Übertragungs- Gegenübertragungsmechanismen auch dann zu rechnen, wenn die Bearbeitung einer traumatischen Situation nicht der primäre Anlass der psychotherapeutischen Behandlung ist. Nicht selten stehen bei traumatisierten Patienten zunächst depressive, ängstliche oder somatoforme Symptome im Vordergrund und erst im therapeutischen Verlauf werden Traumasituationen verbalisierbar. Das Übertragungs- Gegenübertragungsgeschehen ist in Teilen aber bereits vor der Verbalisierung aktiv und kann den therapeutischen Prozess behindern.

Insgesamt steht der Therapeut vor der Herausforderung, einen Balanceakt zu vollführen zwischen dem Annehmen der von dem Patienten ausgehenden Übertragungsangebote, ohne sich jedoch davon in seiner therapeutischen Funktion zerstören zu lassen (Achter, Winnicott). Die Sicherheit ausreichender und rechtzeitiger Grenzsetzungen bietet dem Klienten eine Identifikationsmöglichkeit und ermöglicht dem Therapeuten, seine „Containerrfunktion“ (Bion) auszuüben, d.h. unaushaltbare Affekte zunächst für den Klienten aufzunehmen und ihm zu passender Zeit in annehmbarer Form zurückzugeben.

Eine regelmäßige Supervision oder Intervision, aber auch die Arbeit in multiprofessionellen Team kann für den Therapeuten einen zusätzlichen Schutz vor unmodulierten Affekten darstellen und destruktive Prozesse in der Übertragungsbeziehung verhindern.

Da Traumatisierungen mit Veränderungen von Wertesystemen sowohl bei Klienten als auch bei Therapeuten in Verbindung stehen können (Siegel 2010, Zimmermann 2013), ist die kritische Reflexion dieser Ebene von besonderer Bedeutung. Sie erleichtert die therapeutische Thematisierung, kann aber auch für den Therapeuten bei der Definition des eigenen Standpunkts im therapeutischen Prozess hilfreich sein. Im positiven Fall kann der sensible Umgang mit Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen in der Traumatherapie, insbesondere auch unter Beachtung der moralischen Dimension, sowohl beim Klienten als auch beim Therapeuten kreative und umfassende psychische Wachstums- und Entwicklungsprozesse anregen, die im Sinne eines „Posttraumatic Growth“ bei der Traumaverarbeitung hilfreich sind, aber auch konstruktive Anregungen für die weitere Lebensgestaltung bieten können.

Literatur beim Verfasser

Zur Vereinfachung wurde auf eine Genderisierung der Begriffe verzichtet, gemeint sind aber jeweils Menschen beiderlei Geschlechts.

## 6 Die psychotherapeutische Begleitung der frühen Mutter-Kind-Beziehung im frühen stationären Setting

St. Joseph-Krankenhaus, Berlin Weißensee  
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Oberärzlin

Das St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee ist eine Einrichtung der Alexianerbüder. Die Klinik verfügt über ein modernes stationäres, teilstationäres und ambulantes Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

Das St. Joseph-Krankenhaus hat die Pflichtversorgung für den Bezirk Pankow mit ca. 375000 Einwohnern.

Unter der Leitung der Chefärzlin und Geschäftsführerin Frau Dr. Hauth besteht auf der offen geführten Station St. Anna ein Spezialangebot für Mutter und Kind, das insbesondere der frühen Mutter-Kind-Beziehung Rechnung tragen möchte. Eingebunden in das stationäre Setting stehen vier Plätze mit Rooming-In für die Mütter zur Verfügung.

Zum besseren Verständnis in der therapeutischen Arbeit mit der Mutter-Kind-Dyade kann die geschichtliche Entwicklung der uns wichtigen Thematik hilfreich sein.

Die Beschreibung psychischer Beschwerden im Wochenbett wurde historisch bereits von Hippokrates um 460 v. Chr. erwähnt.

Im 16. Jahrhundert vermutete Sennert Dämpfe, die aus dem Uterus aufgestiegen sein könnten und zu Depressionen geführt haben könnten.

Mitte des 19. Jahrhunderts fand die postpartale Depression Einzug in die Lehrbücher.

1958 beschrieb Louis Victor Marcé die Erkrankung. Nach ihm benannt hat sich die internationale und interdisziplinäre Fachgesellschaft, die sich mit der Thematik der schwangerschafts- und geburtsassoziierten psychischen Erkrankung beschäftigt.

Die erste Mutter-Kind-Behandlungseinheit gab es 1958 in Großbritannien. In den 1960er Jahren gab es v.a. in den USA, in Canada und Frankreich Bemühungen zur Unterstützung dieser Betroffengruppe. In den 1970er Jahren engagierten sich Kliniken in Australien und Neuseeland.

Seit den 1970er Jahren erfährt die Thematik in der Bundesrepublik neue belebende Diskussionen.

Dennoch war und ist bis heute das Versorgungsangebot eher verhalten. In Berlin bot die psychiatrische Universitätsklinik in der Eschenallee unter der Leitung von Frau Dr. Bolk-Weischedel in den 1990er Jahren Behandlungsplätze an. Vereinzelte Kliniken bundesweit schlossen sich an, beispielsweise in Heppenheim.

Ergänzend zur historischen Entwicklung sind kulturelle Aspekte im Umgang mit Wöchnerinnen bedeutungsvoll. Häusliche Unterstützung durch die Hebammen werden in Deutschland allmählich erweitert. Die Idee der Erweiterung der Ausbildung zur Familienhebamme zeigt den gesonderten Bedarf an. Häufig sind es dann die Hebammen, denen sich die Frauen mit ihren Sorgen anvertrauen.

Die bei unkompliziertem Geburtsverlauf wenige Tage dauernden Aufenthalte auf den gynäkologischen Entbindungsstationen machen ein angemessenes Erkennen von psychischen Problemen im Wochenbett nahezu unmöglich.

Ein kleiner Ländervergleich kann zu kritischen Reflektionen einladen.

Im 17. bis 18. Jahrhundert hatten die Wöchnerinnen mindestens drei Wochen Schonung. Sog. Patinnen kümmerten sich um den Haushalt und die Belange der Frauen. Anknüpfend an dieses Konzept gibt es zum Beispiel in der Schweiz die sogenannten Dhullas, Frauen, die den Wöchnerinnen hilfreich zur Seite stehen.

In malayischen Dörfern ist es Tradition, dass die Wöchnerinnen in 40 Tagen der Abgeschiedenheit sich erholen und auf ihre neuen Aufgaben vorbereiten können.

Statistische Häufigkeiten von psychischen Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett verweisen auf den Hilfebedarf. Bei ca. 10 bis 20% der Frauen treten in der Schwangerschaft depressive Symptome auf. Bei Ca. 40% psychisch vorerkrankter Frauen erleiden in der Schwangerschaft einen Rückfall der affektiven Störung. Bei etwa 10 bis 15% der Mütter treten nach der Geburt behandlungsbedürftige affektive Erkrankungen auf. Die Symptomatik der postpartalen Depression kann vielschichtig sein und finden sich in den Kriterien des Spektrums der affektiven Erkrankung in der ICD-10 wieder. So beklagen die Betroffenen zum Beispiel emotionale Labilität, Niedergeschlagenheit, das Gefühl der Gefühllosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Konzentrationsstörungen, Grübeln, Zwangsgedanken, Ängste, Schuld- und Schamgefühle, Antriebsstörungen, Schlaf- und Appetitsstörungen, andere körperliche Beschwerden ohne erkennbares organisches Korrelat sowie akute Suizidalität. Die Gefahr des Infantizids ist in der Literatur mit 1:50000 angegeben.

Nicht nur in der therapeutischen Arbeit im Bereich Mutter-Kind ist es hilfreich, zur Entlastung aller Beteiligten Netzwerkarbeit zu fördern. So können niedergelassene fachärztliche Kollegen und Kolleginnen aus den unterschiedlichen Bereichen mit den Klientinnen beschäftigt sein.

Die hausärztliche Versorgung, die gynäkologische, pädiatrische und (Kinder- und Jugend) psychiatrisch / psychotherapeutische Kooperation ist daher von Bedeutung. Regelmäßige Kontakte mit den Hebammen, freien Trägern und Selbsthilfegruppen, aber auch Ämtern wie sozialpsychiatrische Dienste und Jugendämter können je nach Ressort und Aufgabengebiete wichtige Dienste in der akuten Notsituation, aber auch für die zukünftige Entlastung und Begleitung im häuslichen Bereich leisten.

Der therapeutische Schwerpunkt der Klinik liegt in der tiefenpsychologischen Behandlung mit Berücksichtigung integrativer Ansätze der Verhaltenstherapie, Familientherapie und systemischen Richtung zugrunde. Von besonderer Bedeutung ist in der Mutter-Kind-Behandlung die psychoanalytische Familiendiagnostik (nach Cierpka). Hierbei werden Zusammenhänge zu folgenden Fragen erarbeitet.

- In welchem Zusammenhang stehen die präsentierten Probleme mit den intrapsychischen und interpersonellen Konflikten in der Familie?
- Welche Beziehungswünsche aus früheren internalisierten Objektbeziehungen werden in der familiären Interaktion sichtbar?
- Welches sind die aktuell wirksamen Wünsche, Ängste und Abwehrmechanismen?
- Welches sind die aktuell wirksamen unbewussten und vorbewussten Konflikte in der Familie?

- Was sind die unbewussten Loyalitätsdynamiken?
- Gibt es Delegationen innerhalb der Familie?
- Welche Paarkollisionen gibt es oder drohen sich zu entwickeln?

Das Therapiekonzept aufbauend auf den drei Säulen der Behandlung (medizinisch, psychotherapeutisch, soziotherapeutisch) der Station bietet

- u.a. folgende Angebote für die betroffenen Mütter mit ihren Kindern.
- Diagnostische Einschätzung des Beschwerdebildes
- Einzel- und Gruppengespräche mit ärztlich / psychologischen Psychotherapeuten, ggf. Einstellung auf Psychopharmaka
- Stressbewältigungstraining
- Teile aus dem Skillstraining
- Entspannungstraining
- Bewegungstherapie
- Sportangebot
- Anleitung zum Umgang mit dem Säugling(Videomikroanalyse)
- Babymassage
- Mutter-Kind-Spielgruppe (Prager Eltern-Kind-Programm:  
PEKiP)
- Ergotherapie
- Lichttherapie
- Aromatherapie
- Einbezug des Partners / Angehörigen
- Hilfen für Zuhause organisieren
- Nachsorge
- Selbsthilfegruppe organisieren...

Die Behandlungstechniken berücksichtigen folgende Ebenen

1. Interaktionelle Ebene (Symptomebene)
2. Repräsentationsebene  
(psychodynamische Ebene)
3. Entwicklungspsychologische Hinweise

4. Bindungstheoretische Therapieansätze
5. Wait - Watch and Wonder (Muir, 1992))

## 6.1 Literaturrempfehlungen

- Cierpka, M., Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie, Brandes & Apsel, 2007
- Dornes, M., Die Seele des Kindes, Fischer, 2010
- Eliacheff, C., Das Kind, das eine Katze sein wollte, dtv, 1997
- Pedrina, f., Mütter und Babys in psychischen Krisen, Brandes & Apsel, 2006
- Rank, O., Das Trauma der Geburt, Psychosozialverlag, 2007
- Remschmidt, H., Kinder psychotischer Eltern, Hogrefe, 1994
- Spitz, R., Angeboren oder erworben?, Beltz, 2000
- Spitz, R., Vom Säugling zum Kleinkind, Klett, 2005
- Stern, D., Die Lebenserfahrung des Säuglings, Klett, 2007
- Stern, D., Tagebuch eines Babys, Piper, 1990
- Winnicott, D., Reifungsprozesse und fördernde Umwelt, Psychosozial, 2001
- Winnicott, D., Vom Spiel zur Kreativität, Klett, 2010
- Winnicott, D., Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse, Psychosozial, 2008

Dieser Reader entstand mit der Unterstützung von:  
Berliner Gesellschaft für Psychiatrie  
und Neurologie

und der

**Vivantes** Entwöhnungstherapie Hartmut-Spittler-Fachklinik