



# *Berliner Modell*

40  
Jahre  
1982-2022



*„Die Gegenwart kann man nicht genießen,  
ohne sie zu verstehen und nicht verstehen,  
ohne die Vergangenheit zu kennen.“*

*(Sigmund Freud)*

# Psychodynamische Psychotherapie in der Psychiatrie: Vision, Illusion, Realität?

## – 40 Jahre Berliner Modell –

---

Ein Blick zurück auf die Beziehung zwischen Psychiatrie und Psychotherapie – Vorwort Dr. med. Doris Bolk-Weischedel	2-10	Behandlung moralischer Konflikte in der Psychotherapie Oberstarzt Prof. Dr. med. Peter Zimmermann	47-51
Am Anfang stand die Gründung...	11	Schritte zu einer so angemessenen wie notwendigen Psychotherapie von Menschen mit Psychosen – begonnen beim Berliner Modell	52-62
Begrüßung Vierzig Jahre BERLINER MODELL Dr. med. Doris Bolk-Weischedel	12-15	Prof. Dr. med. Dorothea von Haebler	
Überbringende der Grußworte	13	In bestem Alter. Ein Versuch über Anfänge und Abschiede Dr. med. André Kwalek	63-70
Psychotherapie in der Psychiatrie: Vision, Illusion, Realität? Dr. med. Ingrid Munk	16-34	Chancen einer psychodynamisch informierten psychiatrischen Praxis Univ.-Prof. Dr. med. Martin Heinze	71-78
Psychotherapie in der Psychiatrie – Die Sicht der Klinik-Leitenden Prof. Dr. med. habil. Vjera Holthoff-Detto	35-41	Psychoanalyse für das Leben – Dank an Doris Bolk-Weischedel Dr. med. Andreas Dieckmann	79-86
Diversität und Differenz – Chancen eines Perspektivwechsels im psychodynamischen Raum Dr. med. Louisa Diallo	42-46	Stirb und Werde – Übergabe des 'Berliner Modells' an Dr. André Kwalek Dr. med. Doris Bolk-Weischedel	87-89
		Nachwort	90-91
		Impressum	



# Ein Blick zurück auf die Beziehung zwischen Psychiatrie und Psychotherapie



## Dr. med. Doris Bolk-Weischedel

Koordinatorin des Berliner Modells

Nervenärztin und Fachärztin für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie, Psychoanalyse / Privatpraxis  
ehem. Oberärztin in der Psychiatrischen Klinik  
der Freien Universität Berlin, Eschenallee

## Vorwort

---

Emil Kraepelin<sup>5, 10</sup> schuf Anfang des 20. Jahrhunderts die Grundlagen für die heutige Klassifikation psychiatrischer Krankheitsbilder. Als ursächlich sah er gestörte Hirnfunktionen – psychodynamisches Verstehen war ihm nicht zugänglich. Er prägte damit die Psychiatrie der Weimarer Zeit, darüberhinausgehend bis heute Generationen von Psychiatern. Die Versorgung der Kranken blieb überwiegend – wie im neunzehnten Jahrhundert eingeleitet – Heil- und Pflegeanstalten und Großkliniken mit den bekannten Hospitalisierungsfolgen für die Patienten überlassen. Erst 1929 warb Hermann Simon<sup>9</sup> nach seinen günstigen Erfahrungen in Gütersloh für die Arbeitstherapie als förderndes Angebot für chronisch psychiatrisch Kranke.



Sigmund Freud<sup>3</sup> sorgte neben anderen mit seinen psychoanalytischen Ansätzen in den zwanziger Jahren für breite und kontroverse Diskussionen bei Ärzten und insbesondere bei Psychiatern und regte damit neue Wege in der Krankenversorgung an. Karl Abraham hatte bereits 1908 die „Berliner Psychoanalytische Gesellschaft“ gegründet und 1920 eröffneten Karl Abraham und Max Eitington die erste psychoanalytische „Poliklinik und Lehranstalt“, in der zahlreiche PatientInnen kostenlos behandelt und wo viele berühmte AnalytikerInnen ausgebildet wurden.

1927 rief Ernst Kretschmer<sup>7</sup> die „Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie“ ins Leben. Er hatte bereits mit seiner Habilitationsschrift über den Sensitiven Beziehungswahn psychogene Wirkfaktoren postuliert und damit Aufsehen in der psychiatrischen Fachwelt erregt.



Insgesamt kann festgestellt werden, dass in der Weimarer Zeit psychodynamisches Gedankengut enormen Aufschwung bekam und sich in psychotherapeutischen Behandlungsangeboten für Patienten niederschlug. Das Hineinwirken in Behandlungsansätze in psychiatrischen Kliniken ist allerdings nicht gelungen. Zum einen, weil vonseiten der Psychiater Desinteresse oder Ablehnung bestanden, zum anderen, weil vonseiten der Psychoanalytiker realisierbare Vorschläge fehlten.

In der Nazi-Zeit haben sich viele Psychiater schuldig gemacht an der Ermordung der ihnen anvertrauten Patienten. Erstaunlich ist übrigens, dass Psychiater, die sich vor 1933 für die Verbesserung der Lebensumstände der hospitalisierten Kranken eingesetzt hatten – wie z. B. Hermann Simon und Ernst Kretschmer – sich danach als Anhänger der Rassenideologie erwiesen und als Gutachter dementsprechend handelten. Ihre menschenverachtende Ideologie bestimmte bis in die 1970er Jahre hinein den Geist vieler Kliniken, besonders der Großkliniken, mit der Verbannung psychotherapeutisch-psychoanalytischer Einflüsse, der Arbeitstherapie sowie der Außenfürsorge aus der psychiatrischen Arbeit.

Nach der Machtübernahme mussten viele jüdische Psychoanalytiker emigrieren, einige KollegInnen auch aus politischen Gründen. Das Berliner Psychoanalytische Institut bestand unter der Leitung von Felix Böhm bis 1936 mit einer Ambulanz für Patienten weiter. Es wurde zwangsweise aufgelöst und personell überwiegend weitergeführt in der Poliklinik des Deutschen Instituts für psychologische Forschung und Psychotherapie (später „Reichsinstitut“, „Göring-Institut“).

Das heißt in der Nazi-Zeit lief ein begrenztes Angebot für psychotherapiebedürftige Patienten weiter, während psychiatrisch Kranke und Behinderte dem Tod ausgeliefert waren.

Ein Ausrufezeichen gegen die desaströse Versorgung in den psychiatrischen Kliniken setzte 1965 Heinz Häfner<sup>4</sup>, als er zusammen mit Walter von Baeyer und Karl Peter Kisker die Denkschrift „Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung in der Bundesrepublik“ verfasste.

Die „68er-Bewegung“ fand großen Widerhall bei Sozialpsychiatern, der italienische Psychiater Franco Basaglia wurde mit seinem Konzept der Öffnung der Kliniken zum antipsychiatrischen Vorbild – es begann eine lange Zeit der Auseinandersetzung.

Psychotherapie und Psychoanalyse, hauptsächlich vertreten durch Horst Eberhard Richter und Annemarie Dührssen, gingen derweil weiter ihren eigenen Weg. Obwohl mit Argwohn betrachtet, konnten sie sich im öffentlich-politischen Raum gut behaupten: 1967 wurden tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in die Versorgung durch die RVO-Krankenkassen aufgenommen, 1970 wurden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie durch den Wissenschaftsrat zu Pflichtfächern im Medizinstudium erklärt und 1967 wurde die „Bereichsbezeichnung Psychotherapie“ eingeführt, die man seit 1950 hauptsächlich durch Teilnahme an den „Lindauer Psychotherapiewochen“ erwerben konnte.

Einzelne Psychiater zeigten sich offen für Psychotherapie in der Psychiatrie: so Ernst Kretschmer in Tübingen, fortgeführt von seinem Nachfolger



Walter Schulte, Walter von Baeyer in Heidelberg und Joachim-Ernst Meyer in Göttingen.

Die Mehrzahl der psychiatrischen Kliniken erkannte jedoch nach der Einführung von Chlorpromazin, dem ersten Neuroleptikum, die damit für Sozial- und Psychotherapie eröffneten Chancen nicht und verblieb hinter verschlossenen Mauern. Man war biologisch orientiert und setzte auf Pharmakotherapie. Das Forschungsinteresse blühte - gestützt von der Pharmaindustrie. Auf Kongressen versuchte man sich durch Ausschluss der Presse vor deren Angriffen zu schützen.

Reformorientierte Psychiater und Organisationen suchten währenddem - unterstützt von der Presse - mit ihren Anliegen unbeirrt Kontakte zur Politik, wobei sie mit heftigen Widerständen von Kollegen zu kämpfen hatten, aber: Nach eingehender Beratung beauftragte der Deutsche Bundestag 1971 die Bundesregierung, eine Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland<sup>9</sup> erarbeiten zu lassen.

In der damit beauftragten Kommission bemühten sich bedeutende Psychiater und Psychoanalytiker unter der Leitung von Caspar Kulenkampff zunächst um eine Bestandsaufnahme, wonach im Enquete-Bericht 1975 für die psychiatrische Versorgung als wichtigste Reformziele postuliert wurden:

- gemeindenahe vor stationärer Versorgung
- Kooperation aller Versorgungsdienste
- flächendeckende Einrichtung psychosozialer Dienste
- Auf- und Ausbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern
- Enthospitalisierung der Langzeitpatienten
- Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken

Die Gruppe der Psychoanalytiker setzte für die psychotherapeutische Versorgung folgende Zielsetzungen durch:



- Ausbau psychotherapeutisch-psychosomatischer Kliniken
- psychotherapeutische Dienste in Gemeinden
- Einrichtung psychotherapeutisch-psychosomatischer Abteilungen in Kliniken

Frühere Kommissionsmitglieder berichten von heftigen Diskussionen zwischen Psychiatern und Psychoanalytikern in einer Atmosphäre von Interesse und Abwehr psychoanalytischer Positionen: den Psychoanalytikern wird Arroganz bescheinigt, die Psychiater verwarren sich gegen Einmischung.

Letztlich wird eingeräumt, dass die Psychoanalytiker durch ihre Denk- und Argumentationsweise großen Anteil an der Abfassung auch der psychiatrischen Reformziele haben.

Allerdings: Bemühungen um das Implantieren von dynamischer Psychotherapie in die stationäre Versorgung von psychiatrisch Kranken sind nicht zu erkennen, die bereits bestehende Arbeitsteilung zwischen Psychiatrie einerseits und Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie andererseits bleibt bestehen.

Die Veröffentlichung des Berichts der Enquete-Kommission setzte in den psychiatrischen Kliniken bundesweit Aktivitäten im Sinne der Reformziele in Gang, für vorerst fünf Jahre wurden hierfür Gelder vom Bund bewilligt. Es herrschte eine allgemeine Aufbruchstimmung, Experimente wurden gewagt, aber auch Wege eingeschlagen, die bis heute Bestand haben.

Heute sind längst nicht alle Ziele erfüllt, u. a. gibt es noch immer keine rechtliche Gleichstellung von chronisch psychiatrisch Kranken mit körperlich Kranken.

☞ In dieser Aufbruchstimmung kam ich 1977 zu Beginn meiner Facharztweiterbildung (ich hatte schon einige Jahre als Psychoanalytikerin gearbeitet) in die frisch gegründete psychiatrische Abteilung des Städtischen Krankenhauses Havelhöhe, von der im Sinne der Reformziele langjährig hospitalisierte Patienten aus der damals über 2000 Betten umfassenden Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik übernommen worden waren. Mein Chefarzt, Gerhard Zeller, unterstützte alle





Neuerungen, so auch die Umwandlung einer Station mit bislang regressionsfördernd verwahrten chronisch Kranken aus dem gesamten Diagnose-spektrum in eine Station mit aktiver Beteiligung des einzelnen Patienten an der Gestaltung des Stationsalltags. Sehr hilfreich waren bei diesem Prozess therapeutische Reisen mit Selbstversorgung in kleinen Gruppen, wobei es enorm wichtig war, Teile des Personals fürs Mitmachen zu begeistern <sup>1 a, 1 b</sup>.

Ich machte dabei die Erfahrung, dass - bei allen zu diesem Prozess gehörenden Ängsten und Widerständen von Personal und Patienten - praktisch alle Kranken in ihrem selbstbestimmteren Leben auf Station und dem ihnen entgegengebrachten Respekt mehr Lebensfreude empfinden konnten und bei über der Hälfte der Patienten im Laufe von zwei Jahren so viel Entwicklung und Nachreifung in Gang kam, dass sie in Wohngemeinschaften mit unterschiedlicher Betreuungsdichte inner- und außerhalb des Klinikgeländes verlegt werden konnten.



Alle Patienten wurden selbstverständlich entsprechend ihrer Erkrankung medikamentös behandelt. Auf der Handlungsebene verfolgten wir den sozialtherapeutischen Weg, bedeutsam war für jeden Patienten aber auch das ihm gezeigte Interesse an seiner Lebens- und Krankheitsgeschichte, an seiner Entwicklung und schließlich an seiner möglichen Zukunft.

Das heißt, ohne den psychodynamisch-psychotherapeutischen Ansatz, ohne die Vision von möglicher Veränderung, ohne psychodiagnostische und psychotherapeutische Gespräche hätte wohl diese Teilhabe am Leben bei vielen Patienten nicht erreicht werden können.

Der mehrdimensionale Behandlungsansatz - das Zusammenwirken von medikamentöser Behandlung, sozialtherapeutischen Maßnahmen und Psychotherapie - bei psychiatrisch Kranken wurde gegen Ende der 1970er Jahre in mehreren Kliniken erprobt<sup>9</sup> und von Helmchen, Linden und Rüger konzeptualisiert. Hanfried Helmchen nahm diese Strömung auf und gestaltete als DGPN-Vorsitzender 1980 zusammen mit Michael Linden und Ulrich Rüger den Kongress

„Psychotherapie in der Psychiatrie“<sup>5</sup>, der breites Interesse weckte.

Es blieb die Frage: Wie können psychodynamisches Verstehen und psychodynamische Therapieansätze in die Arbeit im psychiatrischen stationären Alltag eingebracht werden?

Das Weiterbildungsangebot der psychoanalytischen Institute bezog sich auf Theorie und Praxis der psychoanalytischen Behandlung ambulanter Patienten mit vorgegebenen Rahmenbedingungen, war also für die psychotherapeutische Behandlung stationärer Patienten nicht passend<sup>2 a</sup>.

Psychotherapie in der Psychiatrie erfordert vom behandelnden Arzt Flexibilität im Umgang mit dem Patienten nach Art und jeweiliger Schwere der Erkrankung und gegebenenfalls Offenheit für notwendige andere Behandlungsangebote<sup>8</sup>.

Darüberhinausgehend ist es sehr wichtig, das psychodynamische Verstehen vom Gewordensein des Patienten und seiner Erkrankung so zu vermitteln,

dass sich das gesamte Team damit identifizieren kann.<sup>2 b</sup>

In der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin unter der Leitung von Hanfried Helmchen fand sich die Lösung, ein Weiterbildungsangebot für werdende Fachärzte für Psychiatrie zu schaffen, das psychoanalytisch orientierte Theorie mit der erforderlichen psychotherapeutischen Behandlung von stationären Patienten verbindet.

Die Theorie auf psychoanalytischer Basis sollte für Assistenten an mehreren Kliniken gemeinsam vermittelt werden, die Praxis mit Patienten in der eigenen Klinik.

Das über drei Jahre laufende Curriculum in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, fußend auf psychoanalytischer Neurosen- und Krankheitslehre, entwarfen Ulrich Rüger und ich gemeinsam. Die Nervenlinik Spandau mit Eberhard Jung und Rainer Katterbach, die Karl-Bonhoeffer-Klinik mit



Richard Kettler und das Urban-Krankenhaus mit Reinhard Bolk schlossen sich als Gründungsmitglieder an. Als Dozenten wurden interessierte KollegInnen aus dem Institut für Psychotherapie Berlin e. V. und dem Institut für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik Berlin e. V. gewonnen. Der Unterricht wurde vierzehntägig am Rande der Arbeitszeit in der Klinik für Psychiatrie der Freien Universität angeboten. So entstand der Verbund, der sich später den Namen **BERLINER MODELL** gab und mit der Weiterbildung zur „Bereichsbezeichnung Psychotherapie“ für den späteren Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie wichtige Voraussetzungen schuf.

In den folgenden Vorträgen zu unserem Symposium „Psychodynamische Psychotherapie in der Psychiatrie: Vision, Illusion, Realität? – 40 Jahre Berliner Modell“ berichten die ReferentInnen über erarbeitete Fortschritte und Entwicklungen, aber auch über die Schwierigkeiten bei der Umsetzung angestrebter Ziele.

Work in Progress...



September 2022



- 1 a Bolk-Weisedel, D. (1980): Bewahrung oder Langfristtherapie. Erfahrungen bei der Umwandlung einer Chronikerstation. Berliner Ärztekammer 11, S. 549 - 553.
- 1 b Bolk-Weisedel, D. (1980): Die therapeutische Reise. Bestandteil der Behandlung von langjährig psychiatrisch Kranken. Nervenarzt 51, S. 749 - 753.
- 2 a Bolk-Weisedel, D. (1981): Psychoanalyse und Psychiatrie - ein empirischer Beitrag zur beruflichen Entwicklung und Identität von Psychoanalytikern. In: Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse. Hrsg. Bach, H. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen.
- 2 b Bolk-Weisedel, D. (1982): Weiterbildung zum Psychiater und gleichzeitige psychoanalytische Weiterbildung - befruchtend oder behindernd? In: Psychotherapie in der Psychiatrie. Hrsg. Helmchen, H.; Linden, M.; Rüger, U. Springer Berlin, Heidelberg, New York.
- 3 Freud, S. (1911): Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). Studienausgabe Bd. VII. Fischer, Frankfurt am Main.
- 4 Häfner, H.; Baeyer, W. v.; Kisker, K. P. (1965): Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik. Über die Notwendigkeit des Aufbaus psychiatrischer Einrichtungen (psychiatrischer Gemeindezentren). In: Helfen und heilen - Diagnose und Therapie in der Rehabilitation. Heft 4.
- 5 Helmchen, H.; Linden, M.; Rüger, U. (1982); Hrsg.: Psychotherapie in der Psychiatrie. Springer Berlin, Heidelberg, New York.
- 6 Kraepelin, E. (1903/04): Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 7. Aufl., 2 Bände.
- 7 Kretschmer, E. (1918): Der sensitive Beziehungswahn. Ein Beitrag zur Paranoiafrage und zur psychiatrischen Charakterlehre. Habilitationsschrift. Springer Berlin, Heidelberg.
- 8 Rüger, U. (2005): Historische und konzeptuelle Anmerkungen zur Psychotherapie in der Psychiatrie. Psychotherapie im Dialog (PiD); 6(3): 239-245.
- 9 Simon, H. (1929): Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. De Gruyter, Berlin.
- 10 Söhner, F. (2020): Psychiatrie-Enquete: mit Zeitzeugen verstehen. Eine Oral History der Psychiatriereform in der BRD. Hrsg. Becker, Th.; Fangerau, H. Psychiatrie Verlag, Köln.
- 11 Toller, E. (2019): Eine Jugend in Deutschland. (Irrenhaus, S. 94). Amazon, Kindle Direct Publishing (KDP), Selbstverlag.



# Am Anfang stand die Gründung...



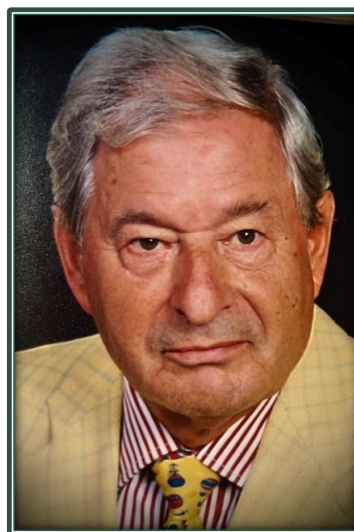
Prof. Dr. med. Ulrich Rüger  
Facharzt für Psychiatrie und Neurologie  
Facharzt für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie - Psychoanalyse  
ehem. Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik  
und Psychotherapie der Georg-August-Universität Göttingen



Dr. med. Doris Bolk-Weisedel  
Nervenärztin und Fachärztin für  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,  
Psychoanalyse / Privatpraxis  
ehem. Oberärztin in der Psychiatrischen Klinik  
der Freien Universität Berlin, Eschenallee



Prof. em. Dr. med. Hanfried Helmchen  
ehem. Direktor der Psychiatrischen Klinik  
und Poliklinik der Freien Universität Berlin



Eberhard Jung  
Nervenarzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
ehem. Chefarzt der Allgemeinpsychiatrischen Abteilung  
der Nervenklinik Spandau



Dr. med. Richard Kettler  
Nervenarzt / Facharzt für Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie - Psychoanalyse  
ehem. Chefarzt  
Abteilung für Psychotherapie  
der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik

Dr. med. Rainer Katterbach  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Facharzt für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie - Psychoanalyse  
ehem. Chefarzt der 3. Allgemeinpsychiatrischen  
Abteilung der Nervenklinik Spandau

## 40 Jahre Berliner Modell



### **Dr. med. Doris Bolk-Weischedel**

Koordinatorin des Berliner Modells

Nervenärztin und Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse / Privatpraxis  
ehem. Oberärztin in der Psychiatrischen Klinik  
der Freien Universität Berlin, Eschenallee

## Begrüßung und Überbringende der Grußworte

---

Verehrte Anwesende,  
liebe Kolleginnen und Kollegen und liebe Gäste,

die uns übers Internet besuchen – ich erkenne die Gesichter etlicher früherer und jetziger WeiterbildungsteilnehmerInnen – ich begrüße Sie sehr herzlich zu unserem heutigen Symposium.

Insbesondere die Überbringer der folgenden Grußworte der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie Herrn *Dr. Christoph Richter*, den Vorsitzenden des für uns zuständigen Weiterbildungsausschusses VI der Ärztekammer Berlin Herrn *Professor Dr. Albert Diefenbacher* und als Vertreterin von Professor Dr. Heinz Frau *Prof. Dr. Christiane Montag* für die Charité, die jetzt das Wort haben.





**Dr. med. Christoph Richter, MBA\***

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie  
Chefarzt, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Vivantes Klinikum Kaulsdorf



**Prof. Dr. med. Christiane Montag\***

Charité - Universitätsmedizin Berlin,  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Campus Charité Mitte  
Leitende Oberärztin der Psychiatrischen Universitätsklinik  
der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus (PUK der Charité im SHK)  
Leiterin FB Psychotische Erkrankungen und Leiterin AG Empathie und  
interpersonelle Prozesse & AG Psychosenpsychotherapie



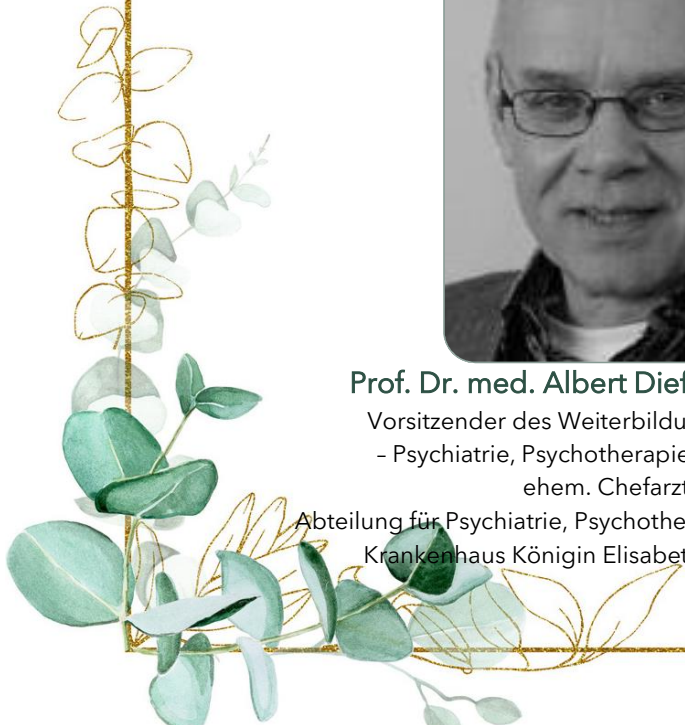
**Prof. Dr. med. Albert Diefenbacher, MBA\***

Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses VI  
- Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie u. a.  
ehem. Chefarzt der  
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH)



**Dr. med. Stephan Alder\***

Vorsitzender des Ausschusses für Psychosoziale Versorgung der  
Landesärztekammer Brandenburg  
Facharzt für Psychiatrie und Neurologie mit Psychoanalyse und  
Psychotherapie in Einzel- und Gruppenpsychotherapie (Gruppenanalyse)



Herzlichen Dank für Ihre Grußworte. Danke auch an *Dr. Stephan Alder* für seine Grußworte der Ärztekammer Brandenburg, die er im Verlauf des Symposiums überbrachte.

Ich möchte nun den Geschäftsführer der Schlosspark-Klinik, Herrn *Mario Krabbe*, begrüßen und mich bei ihm für die Gastfreundschaft für unsere heutige Veranstaltung sehr herzlich bedanken.

Mit ganz besonderer Freude heiße ich Herrn *Professor Dr. Hanfried Helmchen* willkommen: Er hat als Direktor der damaligen Klinik für Psychiatrie der Freien Universität Berlin in der Eschenallee 1982 den Boden bereitet für das Konzept und die Realisierung des Berliner Modells, das von Ulrich Rüger und mir entwickelt und zusammen mit Eberhard Jung und Rainer Katterbach aus der Nervenlinik Spandau, Richard Kettler aus der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik und dem inzwischen verstorbenen Reinhard Bolk aus dem Urban-Krankenhaus umgesetzt wurde.

Und mit großer Freude begrüße ich jetzt *Professor Dr. Ulrich Rüger, Dr. Eberhard Jung,*

*Dr. Rainer Katterbach und Dr. Richard Kettler* – ich freue mich, dass Ihr Mitgründer hier seid.

Begrüßen möchte ich auch Herrn *Professor Dr. Hans Stoffels*, den langjährigen Chefarzt dieser Klinik und der Park-Klinik Sophie Charlotte:

Er hat uns hier nach der Exmittierung des BERLINER MODELLS aus der Eschenallee im Jahr 2000 für zwei Jahre Obdach gewährt, bevor wir in der Charité, in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie unter der Leitung von Professor Dr. Heinz unseren Platz gefunden haben. Herzlichen Dank dafür!

Über viele Jahre hat uns das IPB – Institut für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik am Helgoländer Ufer für unsere – bis zum Lockdown – jährlich zweimal stattfindenden Treffen der Befugten und DozentInnen aufgenommen:

mit Dank für die Gastfreundschaft begrüße ich den Vorsitzenden Herrn *Dipl.-Psych. Ronald Schelte*.





Mein Gruß gilt auch dem früheren langjährigen Vorsitzenden des Weiterbildungsausschusses (WBA) VI der Ärztekammer Berlin *Dr. Kurt Höhfeld*, der uns immer im Kontakt mit den Berliner Psychotherapie-Institutionen gehalten hat.

Last not least begrüße ich auch die ehemaligen und weiter tätigen Dozentinnen und Dozenten im BERLINER MODELL, die heute den Weg hierher gefunden haben: Sie haben mit ihrer Erfahrung und ihrem Wissen über all die Jahre interessierten jungen Kolleginnen und Kollegen - inzwischen ist die Zahl der TeilnehmerInnen auf über 570 gewachsen - Zugang zur psychodynamischen Psychotherapie verschafft.

Und zum Schluss begrüße ich meine Kinder *Anna* und *Florian Bolk* und per Internet meinen Enkel *Felix Gruner* in Belgrad, über deren Anwesenheit ich mich sehr freue.

## „Psychodynamische Psychotherapie in der Psychiatrie: Vision, Illusion, Realität?“

ist das Thema unseres heutigen Symposiums. In ihm spiegeln sich Hoffnung, Ambivalenz und Widerstände.

Ob und welche Veränderungen in den **40 Jahren** des Bestehens des **BERLINER MODELLs** sich im stationären Bereich erreichen ließen, welche Schwierigkeiten es weiterhin gibt und welche Ziele sich abzeichnen, das wird in den folgenden Vorträgen zu hören sein.

Ich wünsche uns allen einen guten Verlauf.



Dr. med. Ingrid Munk\*



Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie  
Fachärztin für Psychosomatische Medizin  
ehem. Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie  
und Psychosomatik des Vivantes Klinikums Neukölln

## Psychotherapie in der Psychiatrie: Vision, Illusion, Realität?

---

Liebe Frau Bolk-Weischedel, lieber Herr Kwalek,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,  
meine Damen und Herren,

vielen Dank für die Einladung, hier auf dem Symposium zu 40 Jahren Berliner Modell den Einführungsvortrag halten zu dürfen.

Zunächst möchte ich aber Ihnen, Frau Bolk-Weischedel, danken für Ihr unermüdliches Engagement in der psychotherapeutischen Ausbildung von werdenden PsychiaterInnen. Mit Ihrem fundierten und gut überlegten Curriculum haben Sie über 40 Jahre hinweg dazu beigetragen - und tun dies immer noch - dass PsychiaterInnen auch gut ausgebildete PsychotherapeutInnen sind.



In der psychiatrischen Versorgung, insbesondere im stationären Bereich haben wir es mit besonders schwer gestörten, meist nicht primär neurotischen PatientInnen zu tun, die von herkömmlichen Psychotherapie-Angeboten nicht erreicht werden. Zudem sind die institutionellen Bedingungen der psychiatrischen Versorgung mit Stationen, Tageskliniken, Ambulanzen, niedergelassenen NervenärztInnen und Eingliederungshilfe stark aufgefächert und im idealen Falle vernetzt miteinander, sodass diese weit über das klassische psychotherapeutische Zweiersetting hinausgehenden Bedingungen sich in Überlegungen zur Psychotherapie in der Psychiatrie niederschlagen müssen.

Um die Verbindung, nicht die Abgrenzung, von Vision, Illusion und Realität darzulegen, will ich den Begriff des ‚Potential Space‘ einführen. Er wird manchmal übersetzt als Übergangsraum, ich würde hier den Begriff ‚Möglichkeitsraum‘ vorziehen.



Er wurde von WINNICOTT geprägt, einem bedeutenden englischen Analytiker, der diesen Bereich angesehen hat als den Raum von Tagträumen, Phantasien und Kreativität. Über das Individuum hinausgehend, versteht er ihn auch als gesellschaftlichen Bereich, in dem Kultur, Kunst, Theater und Musik entwickelt werden. Hier findet der Übergang von Vision zur Realität statt, gerade indem zunächst die Realität nicht das entscheidende Kriterium bildet, an dem sich die Kreativität bemisst. Visionen sind gerade nicht an der Realität zu messen, sondern gewinnen ihre Kraft jenseits der Realität.

Sie werden nie 1:1 umgesetzt, aber sie bilden den Raum für kreative Entwicklungen. Indem wir die Frage nach Psychotherapie in der Psychiatrie nicht gleich in das binäre Schema von Ja oder Nein, Vorhanden-Sein oder Nicht-Vorhanden-Sein, Illusion oder Realität pressen, sondern das als ‚Work in Progress‘ betrachten, können wir im WINNICOTT'schen Sinne vielleicht in die Zukunft tragende Visionen entwickeln.

Sie erinnern sich vielleicht: Helmut Schmidt, ein Kanzler des letzten Jahrhunderts, sprach davon, wer Visionen hat, solle zum Arzt gehen. Das sehe ich nicht so. Visionen im Potential Space scheinen mir ein Ausweg aus der Dichotomie zwischen Illusion als Einbildung und Realität als Faktum, das wir akzeptieren müssen. Ich glaube, das Thema Psychotherapie in der Psychiatrie erfordert von allen Beteiligten viel Kreativität und Herzblut.

Was ist das wichtigste Element in der Psychotherapie? Neben Körperausdruck, Miene, Sichtbarem: die Sprache. Dazu ein Zitat von FREUD aus dem Jahre 1905:

*Psychische Behandlung will besagen: Behandlung von der Seele aus, Behandlung - seelischer oder körperlicher Störungen - mit Mitteln, welche zunächst und unmittelbar auf das Seelische des Menschen einwirken. Ein solches Mittel ist vor allem das Wort, und Worte sind auch das wesentliche Handwerkszeug der Seelenbehandlung. Der Laie wird es wohl schwer begreiflich finden, dass krankhafte Störungen des Leibes und der Seele durch ‚bloße‘ Worte des Arztes beseitigt werden sollten. Er wird glauben,*

*man mute ihm zu, an Zauberei zu glauben. Er hat damit nicht so unrecht; die Worte unserer täglichen Reden sind nichts anderes als abgeblasster Zauber.“*

Soweit meine Hinweise auf die Bedeutung der Sprache. Ich will dafür plädieren, das eindimensionale Sprechen zu verlassen, nachzudenken über das, was und vor allem wie wir alltäglich mit unseren PatientInnen sprechen. Wir treffen immer wieder PatientInnen, die sich auch nach Jahrzehnten noch erinnern, was in irgendeiner Visite oder irgendeinem Gespräch irgendjemand zu ihnen gesagt hat. Es ist wichtig, was im Alltag gesprochen wird und darüber nachzudenken.



Dann ein kurzes Zitat von KISKER, Leiter der Universitätspsychiatrie in Hannover, aus dem letzten Jahrhundert:

*„Psychiatrie ist Psychotherapie in Aktion oder nichts wert. Damit wird allerdings eine Psychotherapie gemeint, die vor dem zurückgezogenen, wortkargen und abweisenden Patienten nicht scheut.“*

Ich ergänze noch: auch nicht vor dem angstausslösenden, angespannten, unwilligen, abwehrenden Patienten. Auch diesen PatientInnen müssen wir uns zuwenden.

## Psychotherapie

*Historisch: Psychotherapie nicht in der Psychiatrie verankert.*



Noch ein kurzer historischer Exkurs: Psychotherapie ist in der deutschen Psychiatrie nicht verankert, das hat eine lange Geschichte, auf die ich in der Kürze der Zeit nicht detailliert eingehen kann. Das hat vor allem mit einer biologischen Sichtweise auf seelische Erkrankungen zu tun, hat auch zu tun mit der Geschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus, die sich zu großen Teilen mit der Eugenik und Rassentheorie des Systems identifizierte und an PatientInnen-Tötungen mitwirkte, während die Psychoanalyse als jüdische Wissenschaft galt, Vertreter der analytischen Psychotherapie - das war die einzige Methode, die bis zu dieser Zeit entwickelt war - ausgeschlossen wurden, Berufsverbot erhielten und in die Emigration gezwungen wurden.

### *Gegenwärtig*

- *Aufspaltung in Psychiatrie und Psychosomatik*
- *Psychotherapie elementarer Teil der psychiatrischen Facharztausbildung*

Gegenwärtig haben wir, auch als eine Folge davon, eine Aufteilung in die Fächer Psychiatrie und Psychosomatik, die ich nicht gut finde, und wir haben, was für meine Begriffe ein Fortschritt ist, seit Mitte

der 1990er Jahre des letzten Jahrhunderts Psychotherapie verankert als Teil der psychiatrischen Facharztausbildung. Darüber sprechen wir hier und heute.

Ich würde gerne zum besseren Verständnis eine Unterscheidung einführen zwischen spezialisierter und allgemeiner Psychotherapie:

### Allgemeine und spezialisierte Psychotherapie

#### *Allgemeine Psychotherapie*

- psychodynamische Grundhaltung
- patientenzentriert

#### *Spezialisierte Psychotherapie*

- methodenorientiert
- schulenorientiert
- Richtlinienpsychotherapie

**Allgemeine Psychotherapie** würde ich zum Beispiel auf einer psychiatrischen Station verorten, während spezialisierte Psychotherapie das wäre, was wir uns gemeinhin unter Psychotherapie vorstellen, nämlich eine Einzelpsychotherapie in einem Behandlungszimmer, wo ein Patient von einem Psychotherapeuten ambulant behandelt wird. Diese sogenannte Richtlinienpsychotherapie, deren Richtlinien vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden, arbeitet methodenbasiert und ist orientiert an den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieschulen Tiefenpsychologie incl. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und seit ein paar Jahren auch Systemische Therapie.

Die Allgemeine Psychotherapie will ich ein Stück weit davon abheben: sie wird angewandt und wirksam in größeren Zusammenhängen, wo mehrere PatientInnen und professionell Arbeitende institutionell verbunden sind, wie z. B. auf einer psychiatrischen Station.



Sie ist gekennzeichnet durch eine **psychodynamische Grundhaltung**, auf die ich noch zurückkommen werde. Sie arbeitet stärker **patientenzentriert**. Damit meine ich, dass es bei allgemeiner Psychotherapie nicht darum gehen kann, PatientInnen für eine bestimmte Methode zu suchen, sondern die Methode oder den Zugangsweg zu suchen, der für diesen speziellen Patienten geeignet ist und ihm ermöglicht, sich zu öffnen.

Allgemeine Psychotherapie lässt sich auffächern in fünf wesentliche Elemente:

**Psychodynamische Grundhaltung, Reflektion, die Gestaltung der therapeutischen Beziehung, der integrative Ansatz und die Milieugestaltung.**

Ich werde auf jeden dieser Punkte im Folgenden kurz eingehen:



## ***Psychodynamische Grundhaltung***

Sie ist gekennzeichnet dadurch, sich *aktiv um Kontakt und Beziehung zu dem Patienten zu bemühen*, also nicht als gegeben vorauszusetzen, dass der Patient motiviert ist, Vertrauen hat und ein psychotherapeutisch orientiertes Gespräch als hilfreich einschätzt, sondern sich für die Beziehung zu engagieren, immer aber auch auf die Balance achtend, - was PatientInnen oft an der Psychiatrie kritisieren - nicht intrusiv zu werden, sondern auf das zu hören, was der Patient zu sagen hat, wie er die Beziehung gestalten möchte. Denn leider geht die Kommunikation oftmals aneinander vorbei, bis dahin, dass Patienten nur noch das sagen, was sie meinen, sagen zu müssen, damit beispielsweise die Medikamente reduziert werden.

Ziel ist es, eine *haltende Beziehung* zu schaffen, d. h. eine Beziehung, die den Patienten nicht vor den Kopf stößt, ihn in seiner Not sieht und versucht, Verständnis zu entwickeln, auch wenn er sich noch so großspurig oder ablehnend verhält. Es ist ein ständiger *Versuch, zu verstehen*, vielleicht, warum der Patient gerade jetzt kommt, was ihn draußen

geängstigt und aus der Bahn geworfen hat oder, warum er immer wieder in die Klinik kommt oder, was draußen fehlt, damit er seine Krisen meistern kann. Nicht selten haben wir es auch damit zu tun: Warum will der Patient die Klinik nicht verlassen? Was ist draußen los?

Ich erinnere mich z. B. an eine Borderline-Patientin, die nach der Trennung von ihrem Freund auf Station war. Ihr ging es schnell besser, allerdings kam sie aus den Wochenendbeurlaubungen immer schon Samstagabend zurück, manchmal betrunken und in aufgewühlter seelischer Verfassung, wo sich herauskristallisierte, dass sie es alleine in der Wohnung vor Angst nicht aushielt, vor allem nachts nicht. Es ging also dabei weniger um den Trennungskonflikt als um die Angst, alleine in der Wohnung sein zu müssen.

Dann ein weiterer Aspekt: *Raum zu lassen, Raum zu schaffen* für alle Beteiligten, um Luft zu holen und nachdenken zu können. *Vertrauen schaffen*, weil die Psychiatrie mit Misstrauen ihrer PatientInnen und der

Öffentlichkeit zu tun hat. Ich kann jetzt hier nicht darauf eingehen, worauf sich das gründet oder ob das berechtigt ist, aber wir müssen als Behandler damit rechnen und das beim Aufbau einer therapeutischen Beziehung einbeziehen.

*Handeln, nicht Agieren*: Ich habe hier bewusst einen Begriff aus der Psychodynamik verwendet. Von KISKER haben wir gehört: Psychiatrie ist Psychotherapie in Aktion, d. h. Handeln, Entscheiden, Umsetzen gehört zum Feld der Psychiatrie. Ich betone das Handeln in Abgrenzung zum Agieren, weil es bedeutet, nachzudenken, bevor ich handele und dabei auch die eigene Gegenübertragung kritisch zu prüfen, z. B. dahingehend: gibt es Impulse und Gefühle in mir, den Patienten zu bestrafen, ihm zu zeigen, wer hier das Sagen hat oder wer der Stärkere ist?

Diese Impulse gibt es nicht selten, wir müssen sie uns bewusst machen, sie dürfen aber nicht handlungsleitend werden; das wäre Agieren.





*Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit:* Wenn PatientInnen in die Klinik kommen, können wir davon ausgehen, dass sie in ihrem Selbstwert erschüttert sind, denn schon allein, in die Klinik zu kommen, ist für viele eine Kränkung, ganz abgesehen von Enttäuschungen und Erlebnissen des Scheiterns im Vorfeld der Erkrankung. Das gilt auch für PatientInnen, die manisch sind oder großspurig so tun, als bräuchten sie niemanden und schon gar nicht PsychiaterInnen. Agieren von unserer Seite wäre in dem Fall, dem Patienten aufzuzeigen, was er alles nicht geschafft hat, was er für ein armes Würstchen ist. Demgegenüber wäre ein psychotherapeutischer Ansatz, vorsichtig auch auf das hinzuweisen, was dem Patienten gelungen ist oder warum andere ihn schätzen oder mögen. Dabei muss man manchmal suchen, aber man findet doch immer etwas. Das ist übrigens ein wichtiges Element, das das sogenannte Reflecting Team bei Netzwerkgesprächen nach dem Open Dialogue Ansatz einbringt.



Zur Selbstwirksamkeit trägt auch bei, den PatientInnen so viel eigenen Raum und so viel eigene Gestaltungsmöglichkeiten für den Alltag auf Station zu geben, wie es irgend möglich ist, sie ausprobieren zu lassen, auch um den Preis, dass es manchmal länger dauert oder nicht optimal wird.

Und - last not least - sind alte, aber durchaus nicht altmodische Modelle wie die therapeutische Gemeinschaft mit ihrem institutionell verankerten Ansatz darauf ausgelegt, die Wünsche, Bedürfnisse und Beschwerden der PatientInnen im Team zu hören und ernst zu nehmen. Auch das stärkt die Selbstwirksamkeit.

*Gelassenheit:* In angespannten Situationen, gerade auch, wenn die Aufforderung im Team aufkommt, dass jetzt etwas passieren müsse, die Nerven behalten, sich zurücklehnen, abwägen, sich möglichst nicht treiben lassen und erst nach sorgfältiger Überlegung und Abwägung verschiedener Alternativen unter Einbeziehung des Teams entscheiden.

*Respekt*: Das klingt so einfach, so, als sei es überflüssig, das zu erwähnen. Allerdings ist es gerade Respekt, den PatientInnen in der Psychiatrie oftmals vermissen. Politisch aktive ehemalige PatientInnen, die sich heute als Psychiatrie-Erfahrene bezeichnen, fordern vorrangig Respekt im Umgang, um das Machtgefälle zwischen Behandlern und PatientInnen abzubauen.

## **Reflektion**

Das ist bereits in mehrere Aspekte der Gestaltung der therapeutischen Beziehung eingeflossen. Reflektion heißt, *nachdenken* auch über eigene Narrative und Denkgebäude, die teilweise sogar als wissenschaftlich fundiert vertreten werden, obwohl sie das nicht sind, wie z. B. dass die Diagnose einer schizophrenen Psychose unweigerlich eine schlechte Prognose nach sich zieht. Reflektion bedeutet auch, die eigene Sprache, das *Sprechen* mit den PatientInnen und miteinander im Team immer wieder dahingehend zu prüfen, wie gesprochen wird, was mit den verwendeten Worten für Bedeutungen und Botschaften transportiert werden.

Reflektion ist erforderlich gerade auch im *Handeln*, bevor gehandelt wird, wie oben schon ausgeführt.

Reflektion im *Fühlen* bedeutet, eigene Emotionen und Körpersensationen ernst zu nehmen, sie als wichtige Hinweise im Sinne einer Prüfung der Gegenübertragung anzunehmen und ihnen nicht blind zu folgen. Alle diese Aspekte fließen zusammen in einer Reflektion der *Haltung*, die man als Professionelle/r der Arbeit mit PatientInnen entgegenbringt und die in Richtung einer psychodynamischen Grundhaltung entwickelt werden sollte.

## **Gestaltung der therapeutischen Beziehung**

*Gestaltung der therapeutischen Beziehung* bedeutet zunächst, die individuelle Beziehung, also sich selbst in der Beziehung zum Patienten, ernst zu nehmen,



damit das Team nicht zu einer anonymen Masse wird. Es muss klar sein, wer die Bezugsperson im Team ist, wer der behandelnde Arzt ist und wer ihn bei Abwesenheit vertritt und, dass der Patient das auch weiß. Es geht darum, dass da nicht eine für den Patienten undurchsichtige Beliebigkeit herrscht, wer sich nun gerade mit ihm befasst. Das Ernstnehmen der therapeutischen Beziehung drückt sich beispielsweise darin aus, dass auf Abwesenheiten geachtet wird, was konkret heißt, dass der Patient zum Beispiel informiert wird, wann ich in den Urlaub gehe und wieder zurückkomme oder wann ich Nachtdienst habe und deswegen zwei Tage nicht da bin. Auf der Station heißt das, ein Beziehungsnetz, ein Beziehungsgefüge aufzubauen, das dem Patienten Sicherheit vermittelt. Dazu gehört auch, sich zu sensibilisieren für Beziehungsabbrüche, die psychiatrische PatientInnen immer wieder erleben. So haben wir in der Neuköllner Klinik schon seit Jahrzehnten die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung nach der Entlassung durch den behandelnden Stationsarzt und/oder das Stationsteam etabliert.



Es geht darum, Beziehungsabbrüche zu vermeiden, denn für viele PatientInnen ist eine gelebte Beziehung, die kontinuierlich begleitet und sich auch bei Rückschlägen und Krisen bewährt, eine neue, unschätzbar wichtige Erfahrung, die sich abhebt von den Beziehungsabbrüchen im bisherigen Leben.

### *Hoffnung vermitteln*

Hoffnung zu vermitteln, auch das ist ein Ergebnis von Rückmeldungen von Psychiatrie-Erfahrenen, vermischen sie von den Behandlern oft. Im Gegenteil bemerken sie ein Übergewicht von negativen Prognosen und andauernden Hinweisen, wie unrealistisch die eigenen Ziele seien, anstatt auch einmal zuzulassen, über Wünsche, gar über Träume zu sprechen, die doch für jeden Menschen wichtig seien. Ohne Hoffnung kann sich nichts entwickeln, können Pläne und Ziele nicht umgesetzt werden.

## *Ressourcen erkennen*

Auch hier geht es darum, die Betonung nicht auf Defizite zu legen, sondern mit dem Patienten die Bereiche zu eruieren, wo er Können und Fähigkeiten hat oder im seelischen Bereich, welche Traumata und Belastungen er schon durchgestanden und bewältigt hat.

## *Neue Erfahrungen ermöglichen*

Da die Station ein Handlungsraum ist, geht es darum, Möglichkeiten zu schaffen, dass der Patient im zwischenmenschlichen Bereich und im Zusammenleben auf der Station neue Erfahrungen macht, die seine oft negativen Überzeugungen über sich in Frage stellen. Ich erinnere hier auch daran, dass, wenn in Patientenbefragungen danach gefragt wird, was denn auf Station hilfreich gewesen sei, vorrangig, meist vor den therapeutischen Bemühungen des Teams, die anderen PatientInnen genannt werden.

## *Nicht bestrafen, nicht erziehen*

Das sind häufige Gegenübertragungsfallen in der Psychiatrie, in die einzelne Behandler oder auch ganze Teams nicht selten blind hineintappen.

Es ist aber nicht unsere Aufgabe, PatientInnen wie Kinder oder schwer erziehbare Jugendliche erziehen zu wollen. Oder sie gar zu bestrafen, wenn sie sich nicht an Regeln halten. Sondern hier ist Engagement, Geduld und die Bereitschaft gefragt, Regeln auch in der Patientengruppe zur Diskussion zu stellen und gemeinsam nach Wegen zu suchen, wie das Zusammenleben möglichst angenehm gestaltet werden kann. Besonders problematisch ist, Zwangsmittel als Strafen einzusetzen. PatientInnen erleben Zwang oft so, und deswegen ist es umso wichtiger, die eigenen Motive für den Einsatz von Zwangsmitteln in jeder konkreten Situation sorgfältig zu prüfen und zu versuchen, mit dem Patienten im Nachgang die Gründe für die Zwangsmaßnahmen und sein Erleben zu besprechen.



## *Zeithorizont*

Die Dauer stationärer Behandlungen ist sehr unterschiedlich. PatientInnen können nur einige Tage oder zwei oder drei Wochen oder länger auf Station sein. Es ist wichtig, den Zeithorizont präsent zu haben.

Wenn die Behandlung sehr lange dauert, erweist sich oft als günstig, sich noch einmal zu vergewissern, weswegen der Patient überhaupt kam und das mögliche Ende der Behandlung im Auge zu behalten. Der stationäre Aufenthalt ist, gleichgültig, wie lange er dauert, immer nur vorübergehend. Von Anfang an geht es darum, den Übergang nach draußen, in den Alltag, und wessen es bedarf, damit das gelingen kann, zu fokussieren. Pointiert gesagt: Gerade dafür ist der stationäre Aufenthalt da.



## *Integrativer Ansatz*

### *Kooperation mit anderen Behandlern*

Das betrifft von der Klinik aus die Kooperation mit niedergelassenen NervenärztInnen, aber auch anderen Behandlern wie AllgemeinmedizinerInnen und PsychotherapeutInnen, mit Mitarbeitenden der Eingliederungshilfe, und dem Sozialpsychiatrischen Dienst. Oftmals gibt es mehr Behandler als man gedacht hat, die wichtige Stützen für den PatientInnen sind, von denen man erst im Verlauf durch aufmerksames Nachfragen erfährt. Ein guter Übergang nach draußen in den Alltag setzt eine oder eventuell auch mehrere tragende Behandlungsbeziehungen draußen voraus.

### *Multiprofessionalität*

Die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen ist für psychiatrische Teams konstitutiv und hat sich in den letzten Jahrzehnten sehr bewährt. Nichtsdestotrotz sind die Bildung und Aufrechterhaltung eines arbeitsfähigen Teams etwas, das sich mitnichten von

selbst einstellt, sondern viel Engagement, Offenheit und die Bereitschaft aller Beteiligten erfordert, Diversität von Personen, Qualifikationen, Tätigkeitsbefugnissen und Sichtweisen zuzulassen und zu integrieren.

### *Nutzung von Gruppen und Reflektion von Gruppeninteraktionen*

Auf Station gibt es zunächst die Patientengruppe und das Team. Die therapeutische Arbeit findet zum großen Teil in Gruppen statt, wie zum Beispiel Gesprächsgruppen, Ergotherapie- und Bewegungstherapiegruppen, Morgenrunden, Visitengruppen u. ä. Es erweist sich als hilfreich, sich nicht nur mit dem Individuum, sondern auch mit dem Geschehen in den diversen Gruppen auseinanderzusetzen.

### *Integration verschiedener Therapieverfahren*

Sowohl unterschiedliche Berufsgruppen als auch Mitarbeitende mit verschiedenen Schwerpunkten, Zusatzausbildungen und Erfahrungen bringen im multiprofessionellen Team ihre Expertise ein. Auf Station kann, mehr als im ambulanten Bereich, ein breit gefächertes Angebot von Therapien zum Einsatz kommen, die allerdings, um ihre Wirkung zu entfalten, nicht verbindungslos nebeneinanderstehen, sondern der Integration in einem Gesamtbehandlungsplan bedürfen. Im Team selbst ist es die Aufgabe aller, die Arbeit der anderen wertzuschätzen und anzuerkennen. Die Basis sollte ein beziehungsorientierter Ansatz auf psychodynamischer Grundlage sein.

### *Kooperation mit Angehörigen und dem sozialen Umfeld*

Im Grunde mittlerweile selbstverständlich und doch nicht so einfach umzusetzen ist die Einbeziehung der Angehörigen und des weiteren sozialen Umfeldes.



So haben wir es oft mit jungen erwachsenen PatientInnen zu tun, wo eine Einbeziehung von Peers und FreundInnen wichtig erscheint. Aber auch bei Älteren ist die Kooperation mit hilfreichen Personen im Umfeld wichtig, die es zu eruieren gilt.

### **Milieugestaltung**

*Herstellung und Aufrechterhaltung eines förderlichen, entspannten Milieus*

Hier geht es um die Umgebung und die Atmosphäre auf Station, die sich auf den Genesungsprozess des Patienten unmittelbar auswirken. Hervorzuheben gerade für psychiatrische Stationen ist das Sicherheitsgefühl der PatientInnen. Nicht selten hat ein Patient Angst, sein Zimmer zu verlassen oder auch, dass jemand unerlaubt sein Zimmer betritt, oder er fürchtet sich vor der Teilnahme an einer bestimmten Gruppe.

Von Befürchtungen, aggressiven Anfeindungen ausgesetzt zu sein bis hin zu Ängsten, kritisiert und beschämt zu werden, gibt es eine breite Vielfalt von Ängsten, die meist aus einem komplexen Wechselspiel von persönlichen inneren Angstbereitschaften, ungünstigen Gruppeninteraktionen zwischen und innerhalb der Patienten- und der Therapeutengruppe sowie Bedingungen des äußeren Milieus entstehen. Zunächst ist es Aufgabe des Teams, den äußeren Rahmen möglichst wohnlich und ansprechend zu gestalten, jeglicher Verwahrlosung und Zerstörung möglichst schnell entgegenzutreten und die Folgen zu beseitigen.

*Therapeutische Gemeinschaft: die Patientengruppe als heilsamer Faktor.*

Dass zur Erreichung eines förderlichen Milieus das Team allein nicht ausreicht, liegt nahe. Der Begriff der Therapeutischen Gemeinschaft, der Ende der 1940er Jahre des letzten Jahrhunderts in England geprägt wurde, nimmt das auf. Insbesondere wurde hier die besondere Bedeutung der Patientengruppe



als heilsamen Faktor herausgestrichen und dem Milieu auf Station mit täglichen Gruppensitzungen von Team- und Patientengruppe besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Die Sitzungen dienen vorrangig dazu, über Konflikthafes und Störendes miteinander zu sprechen und gemeinsam nach konstruktiven Lösungen zu suchen. Dass die Patientengruppe auch von den PatientInnen selbst als hilfreich erlebt wurde, hat sich später in allen wissenschaftlichen Untersuchungen über Wirkfaktoren der stationären Behandlung bestätigt, wie oben schon ausgeführt.

### *Sicherheit und Offenheit*

Ohne das Gefühl von Sicherheit kann sich kein entspanntes therapeutisches Milieu entwickeln. Es ist Aufgabe des Teams, aktiv daran zu arbeiten und Angst im Gespräch aufzufangen. Wichtige Voraussetzung ist, im Team selbst einen angemessenen Umgang mit der eigenen Angst zu finden.

Diese Angst bezieht sich in der Regel auf körperliche Übergriffe, aber auch auf Bedrohungen, Beschimpfungen und Abwertungen, die in akuten Phasen

psychischer Erkrankungen nicht selten auftreten. Besonders sollte das Team darauf achten, die eigene Angst nicht durch Militanz und Stärkedemonstrationen zu bekämpfen. Angst kann, solange sie nicht überwältigend ist, als Signalangst (FREUD) begriffen werden, als Signal, dass jetzt an der Stelle überlegt werden sollte, wie interveniert werden sollte. Bedeutsam erscheint mir, sich nicht innerlich und äußerlich zu verschanzen, sondern offen zu bleiben, oder, wenn das wegen einer zu großen Angstüberflutung nicht mehr möglich ist, zumindest zu klären, wer aus dem Team noch offen für überlegtes Handeln ist oder, wen man sich für Rat und Tat von außerhalb zu Hilfe holen kann.

### *Modelle von Konfliktbearbeitung und Gewaltdeeskalation*

Da das Milieu insbesondere durch Konflikte, Gewalt und Drohungen gefährdet ist, ist es wichtig, dass das Team gerade in diesem Bereich besondere





Fähigkeiten und Qualifikationen aufweist bzw. darin geschult wird. Es gibt mittlerweile eine Reihe teilweise bereits wissenschaftlich evaluierter speziell darauf abzielender Interventionen, wie z. B. die verschiedenen Deeskalationstrainings, das Safewards-Konzept, Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen mit oder ohne den Patienten sowie Behandlungsvereinbarungen. Dennoch ist es notwendig, den Blick nicht nur auf spezielle Programme zu richten, sondern insgesamt an der Haltung des Teams und seinen Einstellungen zu Zwang und Gewalt zu arbeiten, um gewaltförmige Interaktionen nicht zum Alltag und zur Regel werden zu lassen.

### *Einstellung auf Bedürfnisse des Patienten*

Gerade dieser Punkt führt oft bei einzelnen Team-MitarbeiterInnen zu Widerstand. Dazu ist nur zu sagen: die Klinik ist für den Patienten da und nicht der Patient für die Klinik. Primär geht es hier zunächst um

Zuhören und eine ehrliche Prüfung, was möglich ist. Nicht zuletzt eröffnet das Eingehen auf die Bedürfnisse des Patienten nicht selten die Möglichkeit, überhaupt erst mit ihm/ihr in Kontakt zu treten.

### *Team*

#### *Menschenbild : persönliche Freiheit*

Viele Elemente des Menschenbildes sind bereits in die psychodynamische Grundhaltung, wie ich sie skizziert habe, eingeflossen. Die persönliche Freiheit und die Würde jedes einzelnen Menschen möchte ich hier noch einmal gesondert hervorheben, da die Psychiatrie über gesetzlich verankerte Möglichkeiten verfügt, die Freiheitsrechte einzelner Menschen mit gerichtlichem Einverständnis einzuschränken. Gerade die persönliche Freiheit des Patienten steht in der professionellen Haltung oft nicht im Vordergrund. Auch wohlmeinende, gut ausgebildete und fürsorgliche MitarbeiterInnen können das manchmal nicht akzeptieren. Gerade persönliche Freiheit wird aber von Psychiatrie-Erfahrenen immer wieder eingefordert; sie wollen ihr Leben leben und fühlen sich



von MitarbeiterInnen oftmals bevormundet und nicht unterstützt. Die amerikanische Selbsthilfebewegung ehemaliger Psychiatrie-PatientInnen proklamiert gar das „Recht auf Scheitern“ für sich: die Psychiatrie solle endlich aufhören, zu meinen, sie wisse, was gut für den Patienten ist und was er besser machen solle oder besser sein lässt, sondern ihm die Hilfe zu geben, die er wünscht und braucht.

### *Reflektion von Macht und Ohnmacht*

Sich mit diesen Themen auseinanderzusetzen, ist vorrangig wichtig, wenn es um Zwangsmaßnahmen geht, aber eben nicht nur da. Allein dadurch, dass Professionelle einen Stationsschlüssel haben, verfügen sie schon über deutlich mehr Macht als PatientInnen. Im Mikrokosmos alltäglicher Interaktionen auf Station haben PatientInnen oft den Eindruck, dass MitarbeiterInnen ihre Macht ausspielen, indem sie sie zurechtweisen, kritisieren oder kommandieren.

In Dialogen drückt sich nicht selten die Deutungsmacht der PsychiaterInnen aus, indem sie, einfachstes Beispiel, Diagnosen geben, die PatientInnen

anhaften – oder haben Sie schon einmal von der Diagnose „Zustand nach Psychiatrie“ gehört? – und die mehr stigmatisieren und den Selbstwert in Frage stellen als dass sie eine wirklich festgefügte Krankheitsentität beschreiben.

### *Reflektion von Angst*

Auf Angst habe ich bereits oben hingewiesen. Ab einem bestimmten Angstlevel handeln Menschen, und zwar sowohl PatientInnen als auch Professionelle, nicht mehr überlegt und situationsangepasst. Gerade deshalb kann es zu gefährlichen Situationen kommen. Deswegen ist Reflektion notwendig: Was macht mir genau Angst? Warum? Was oder wer kann mir beim Umgang mit Angst helfen? Soll ich alleine oder besser mit jemand anderem auf den Patienten zugehen? Oder soll besser zunächst jemand anderes gehen? Es ist auch zu berücksichtigen, dass PatientInnen, die bedrohlich auftreten, oftmals selbst Angst haben und meinen, sich gegen die



Übermacht des Teams wehren zu müssen. Der Versuch, die Abläufe in Sprache zu bringen, kann zu einer spürbaren Entspannung führen.

### *Übersetzen von Handlungsdialogen*

Es geht darum, dass was in der Interaktion zwischen einem Patienten und einem Mitarbeiter geschieht, anzugucken, insbesondere, wenn man sich als Professioneller gedrängt oder gezwungen fühlt, zu handeln, wie man das eigentlich nicht möchte und nicht mit seinen Vorstellungen vereinbaren kann: In welche Rolle drängt mich der Patient? Was reinszeniert sich da vielleicht, auch mit umgekehrten Rollen? Zum Beispiel: Wer hat die Macht und wer muss sich unterwerfen? Wie kann ich das verbal in die Beziehung zurückholen? Zu bedenken ist auch, dass das oftmals kein bewusstes Handeln des Patienten ist, sondern dass es eine Wiederholung und Reinszenierung von früheren Beziehungserfahrungen ist.



### *Abgestimmte Interventionen*

So wichtig die Beziehung eines Patienten zu einem einzelnen Mitarbeiter ist, so sollten die Vorgehensweise und die Interaktionen im Team abgestimmt sein. Differenzen darüber sollten im Team ausgetragen werden, was Toleranz erfordert, die Mehrstimmigkeit auszuhalten und differente Meinungen und Positionen zuzulassen und zu integrieren. Wenn das nicht gelingt, drohen Spaltungen entlang der Linie ÄrztInnen/Krankenpflege oder Frühschicht/Spätdienst/Nachtdienst, was beim Patienten das Gefühl auslösen kann, der Willkür einzelner Personen ausgesetzt zu sein.

### *Station ist nicht das Leben draußen*

Immer wieder wichtig, sich zu vergegenwärtigen: Der stationäre Aufenthalt ist meist nur eine kurze Episode im Leben eines Patienten. Hier ist Demut angesagt. Seit der Psychiatrie-Reform leben auch schwer erkrankte PatientInnen nicht auf Dauer in der Klinik, sondern haben eine Wohnung und Beziehungen außerhalb; ich lasse hier den

mittlerweile nicht seltenen Fall unberücksichtigt, dass der Patient obdachlos ist). Grundlegende Weichen für die Wohn- und Arbeitssituation müssen zwar manchmal notgedrungen während der stationären Behandlung gestellt werden, aber wir sollten uns immer im Klaren darüber sein, dass solche Entscheidungen besser außerhalb von akuten Krankheitsepisoden ambulant in einem längeren Prozess gefällt werden.

### *Supervision*

Last not least: Die Teamarbeit wird durch eine externe Supervision in regelmäßigem Abstand gefördert und sollte in stationären Einrichtungen selbstverständlich sein. Hier ist Reflektion außerhalb des gewohnten Teamrahmens möglich, es kann Raum entstehen für neue Ideen und bisher nicht bedachte Lösungen und verändert die Dynamik zwischen PatientIn und Team in der Regel in konstruktiver Weise.

Zum Schluss noch ein **Ausblick**.

- 1. Der Raum für therapeutische Arbeit, Reflektion und Nachdenken ist vorrangig durch Personal-mangel bedroht.*
- 2. Die Bedeutung der Psychotherapie im Rahmen der medizinischen Versorgung würde durch eine Annäherung und Verschränkung der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin deutlich gesteigert.*
- 3. Um psychotherapeutisch zu arbeiten, bedarf es einer guten, methodisch fundierten Ausbildung. Die Psychotherapie-Ausbildung im Rahmen der psychiatrischen Facharztausbildung hat hier einen besonderen Stellenwert.*



Prof. Dr. med. habil. Vjera Holthoff-Detto\*



Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie  
Fachärztin für Neurologie / Klinische Geriatrie  
Psychoanalytische Therapie, Psychoanalyse  
Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie  
und Psychosomatik  
Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe



## Psychotherapie in der Psychiatrie – Die Sicht der Klinikleitenden

---

Im Folgenden fasse ich meine persönlichen Erfahrungen aus vielen Einstellungsgesprächen, Jahresgesprächen, Visiten und Supervisionsstunden zusammen, die zu diesem Blick auf die Weiterbildung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie im klinischen Kontext geführt haben.

Bei allen Herausforderungen, die meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einem Akutkrankenhaus erwarten, halte ich unverändert daran fest, dass zur fundierten psychotherapeutischen Ausbildung auch die Erfahrungen mit jungen bis hochaltrigen Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen gehören sollten.

## *Warum entscheiden sich Ärzte für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie?*

- Sie entscheiden sich für den Ansatz, Menschen aus einer biopsychosozialen Perspektive zu betrachten und sie auch auf der Grundlage zu behandeln.
- Es ist ihnen ein Anliegen psychisch erkrankte Menschen zu behandeln, die durch ihre Erkrankung und deren Folgen drohen, am Rande der Gesellschaft zu leben. Sie möchten sie dabei unterstützen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht benachteiligt bleiben.
- Sie möchten den Weg zu der Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unterstützen.
- Sie messen der multiprofessionellen Zusammenarbeit als Arbeitsgrundlage des Fachs eine große Bedeutung und Wertschätzung zu.
- Sie möchten die Fähigkeiten erlangen, psychotherapeutische Behandlung bei akut psychisch Erkrankten durchführen zu können.

## *Warum wechseln Ärztinnen und Ärzte in das Fach Psychiatrie und Psychotherapie?*

- Sie vermissen in ihrer ärztlichen Tätigkeit die biopsychosozialen Perspektiven in anderen Fächern der Humanmedizin und eine ausreichende Behandlungszeit, um mit dem Behandlungsergebnis persönlich zufrieden sein zu können.
- Bevor sie sich mit dem Menschen beschäftigen können, so ihr Eindruck aus einer somatischen Disziplin, steht schon der Druck der Entlassung im Raum.

Sie stellen durch ihre Erfahrungen und Begegnungen mit psychisch Erkrankten in einem somatischen Fach fest, dass der Umgang mit ihnen eine ganz andere Herangehensweise erfordert, die sie interessiert und die sie lernen möchten.



## *Wie sieht der klinische Alltag für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gegenwärtig aus?*

- Wir betrachten dazu ein Beispiel aus Berlin: eine psychiatrische Abteilung hat im Jahr eine über 100 % betragende Belegung der 160 Betten und eine mittlere Verweildauer von 19 Tagen. In der Tagesklinik sind die 75 Behandlungsplätze ebenfalls über 100 % über das Jahr belegt und die mittlere Verweildauer beträgt 22 Tage.
- Stationskonzepte für Schwerpunktbehandlungen können durch den akuten Aufnahmedruck häufig nicht elektiv oder nach Krankheitsbild belegt werden, da bereits durch akute Aufnahmen eine Überbelegung oder Fremdbelegung stattfinden muss. Vom multiprofessionellen Team wird dabei ununterbrochen eine hohe Flexibilität gefordert.

- Die Ärztinnen und Ärzte sind in vielen stationär tätigen Teams die ersten Ansprechpartner für alle Notfälle und können oft nur schwer ihren Tagesablauf planen.
- Dem MB-Barometer Ärztliche Weiterbildung 2021 des Marburger Bundes ist zu entnehmen, dass für eine zufriedenstellende Weiterbildung verlässliche Rahmenbedingungen fehlen, sowie die personelle Ausstattung keine ausreichende Anleitung, Supervision und Feedback für die Weiterbildungsärztinnen und -ärzte gewährleisten kann. Es wird ein eklatanter Personalmangel beklagt:
  - Hinzu kommt eine immer weiter steigende Dokumentationspflicht der multiprofessionellen Mitarbeitenden zur Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenkassen und der Erlössicherung für das Krankenhaus. Dieser steigende Dokumentationsaufwand ist nur zu leisten, indem die Mitarbeitenden die Zeit am Patienten einsparen, da kein weiteres Personal proportional zum steigenden Dokumentationsaufwand von den Krankenkassen finanziert wird.



- Die Ärztinnen und Ärzte schätzen den Arbeitsaufwand für die administrative Dokumentation auf 3 Stunden pro Tag.
- Der Trend unter den Ärztinnen und Ärzten besagt, dass 41 % lieber aus der Klinik wieder ausscheiden würden und 25 % denken sogar über einen Berufswechsel nach.

### *Wie werden die psychotherapeutischen Weiterbildungsinhalte in der Klinik vermittelt?*

Es gibt unterschiedliche Modelle, wie die Kliniken sich organisieren: alle Weiterbildungsinhalte müssen in den Instituten erworben werden bis zum Angebot, dass die Weiterbildungsklinik möglichst viele Angebote selber vorhält. Die Finanzierung durch die Weiterbildungsklinik reicht von keiner finanziellen Beteiligung bis zur kompletten Kostenübernahme.

### *Wie verhalten sich klinischer Alltag und externe Weiterbildungsinhalte zu einander?*

- Die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung erleben insbesondere zu Beginn ihrer Facharztweiterbildung ihre Arbeitssituation so, als gerate die psychotherapeutische Arbeit nach der Akutbehandlung an zweite Stelle. Sie berichten beispielsweise, dass sie den Eindruck haben nur medizinische Tätigkeiten durchzuführen, während die geplanten Einzelgespräche von den psychologischen Kolleginnen und Kollegen durchgeführt werden. Diese könnten sich ihre Zeit besser einteilen und kontinuierlich behandeln, da sie nicht dienstbedingt in ihren Bereichen fehlen. Sie fragen sich, wann sie je psychotherapeutische Arbeit kennenlernen werden.
- Sie stellen jedoch auch für sich fest, dass sie die akuten Erkrankungsbilder fundiert kennenlernen, so wie die Diagnostik und Pharmakotherapie und den Stellenwert der notwendigen sozialpsychiatrischen Versorgung.





- Sie machen die Erfahrung, wie wichtig es ist, psychische Erkrankungen über die Lebensspanne kennen zu lernen und wie sich sehr junge Menschen von sehr alten Menschen mit psychischen Erkrankungen unterscheiden und individualisierter Behandlungspläne bedürfen.

### *Was hält die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in unserem Fach Psychiatrie und Psychotherapie?*

Die Ärztinnen und Ärzte erfahren und lernen, dass die Psychotherapie von Beginn an einen wesentlichen Teil der Behandlung ausmachen sollte und, dass das in ganz unterschiedlichen Behandlungen möglich wird.

- ❖ Die therapeutische Beziehung ist Teil des Behandlungsplans: Die Ärztinnen und Ärzte machen die Erfahrung, dass ein konzeptionell begründeter und reflektierter Umgang mit dem Wort Beziehung gestalten kann und gemeinsame multiprofessionell Interventionen möglich macht.

- ❖ Psychotherapie ist eine störungsspezifische Arbeit im Behandlungsplan (neben pharmakologischen und sozialen Interventionen) und gleichzeitig eine Haltung der Therapeutin und des Therapeuten.
- ❖ Sie machen die Erfahrung, wie wirksam auch in einer akuten psychiatrischen und psychotherapeutischen Situation die Behandlung sein kann.
- ❖ Sie machen die Erfahrung, was individuelle Resilienz ist und was sie bewirken kann, auch bei schwerwiegenden Biographien. Diese Erfahrung prägt sie als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.
- ❖ Sie erfahren, was Patientinnen und Patienten als heilsam empfinden können: therapeutische Zuwendung, Empathie, Verständnis und Beistand. Das gilt insbesondere auch für akute Situationen.

Genau das motiviert den Nachwuchs in unserem Fach der Psychiatrie und Psychotherapie und motiviert auch mich nach vielen Berufsjahren zu tiefst.



Facharztqualifikation Psychiatrie und Psychotherapie

Weiterbildung im speziellen Psychotherapie-Teil

(Die Psychotherapie-Weiterbildungsinhalte werden kontinuierlich an einer anerkannten Weiterbildungseinrichtung oder im Weiterbildungsverbund erworben.)

Inhalte der Weiterbildung	Bemerkungen der/des zur Weiterbildung befugten Ärztin/Arztes*	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum/Unterschrift/Stempel der/des Befugten
100 Stunden Seminare, Kurse, Praktika und Fallseminare über theoretische Grundlagen der Psychotherapie insbesondere allgemeine und spezielle Neurosenlehre, Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie, Lernpsychologie und Tiefenpsychologie, Dynamik von Gruppe und Familie, Gesprächstherapie, Psychosomatik, entwicklungsgeschichtliche, lerngeschichtliche und psychodynamische Aspekte von Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, Suchterkrankungen und Alterserkrankungen		
16 Doppelstunden autogenes Training oder progressive Muskelentspannung		
10 Stunden Seminar und 6 Behandlungen unter Supervision in Kriseninterventionen, supportive Verfahren und Beratung		
10 Stunden Seminar in psychiatrisch-psychotherapeutischer Konsiliar- und Liaisonarbeit unter Supervision		
240 Therapiestunden mit Supervision nach jeder vierten Stunde <sup>1</sup> , davon mindestens 2 Langzeittherapien <sup>2</sup> , in einem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und Methoden im gesamten Bereich psychischer Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen, bei denen die Psychotherapie im Vordergrund des Behandlungsspektrums steht, z. B. bei Patienten mit Schizophrenie, affektiven Erkrankungen, Angst- und Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen		

\*ggf. weitere Bemerkungen der/des zur Weiterbildung befugten Ärztin/Arztes:

<sup>1</sup> Die Dokumentation der Supervision ist bei einem Antrag auf Anerkennung nachzuweisen (s. Formblatt S. 15ff.). Die Supervision ist bei mindestens 3 verschiedenen Supervisoren abzuleisten. 30 der 80 Stunden Supervision müssen extern erfolgen.

<sup>2</sup> Eine Langzeittherapie in der Grundorientierung tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie beträgt 50 Stunden, in der Grundorientierung Verhaltenstherapie 45 Stunden.

Inhalte der Weiterbildung	Bemerkungen der/des zur Weiterbildung befugten Ärztin/Arztes*	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum/Unterschrift/Stempel der/des Befugten
35 Doppelstunden Balintgruppenarbeit oder interaktionsbezogene Fallarbeit		
150 Stunden Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren Die Selbsterfahrung muss in der gleichen Grundorientierung erfolgen, in der auch die 240 Psychotherapiestunden geleistet werden.		
Im jeweils anderen Hauptverfahren sind Kenntnisse im Umfang von 50 Stunden zu erwerben.		

Einfaches Gespräch und therapeutische Intervention gehen hier ineinander über. Die große äußere Ähnlichkeit zwischen einem guten Gespräch und einer gelungenen therapeutischen Intervention macht psychodynamisches Denken in der Psychiatrie so vielseitig und flexibel einsetzbar. Anders als spezifische Techniken oder manualisierte therapeutische Module können psychodynamische Konzepte mit Gewinn im Aufnahmegespräch eines Patienten, den Visitingesprächen, Einzel-, Gruppen- und Angehörigengesprächen zwanglos angewendet werden. Sie bieten damit eine reflektierte und konzeptuell begründete Umgehensweise mit dem Wort – oder, anders formuliert, mit der Beziehung. Worte und die maßgeblich mit ihnen gestaltete Beziehung zwischen Patient und Arzt oder Therapeut sind das wesentliche Handwerkszeug in der Psychotherapie und in wesentlichen Bereichen der Medizin. Michael Balint hat diesen Beziehungsaspekt mit der Formulierung vom »Arzt als Medizin« pointiert dargestellt.

In der stationären psychiatrischen Behandlung eines Patienten durch mehrere Therapeuten bietet psychodynamisches Denken darüber hinaus eine Möglichkeit, die unterschiedlichen medizinischen und therapeutischen Interventionen und die verschiedenen beteiligten Berufsgruppen in der gemeinsamen Arbeit an einem für jeden Patienten individuellen »Fokus« zu integrieren.

Neben einem solchen, die verschiedenen Bereiche der Arbeit mit einem Patienten durchziehenden Konzept wird Psychotherapie stationär auch als ein zusätzliches, eine biologische oder sozialpsychiatrische Behandlung ergänzendes »Behandlungsmodul« eingesetzt. Psychotherapie ist in dieser Funktion meist störungsspezifisch ausgerichtet. Kurze, operationalisierte psychodynamische Interventionen sind hier entwickelt worden (z. B. Barber u. Crits-Christoph 1995, Streck u. Leichsenring 2009) und zeigen gute Ergebnisse. In der Regel werden in der Psychiatrie aber »additive« Module mit psychoedukativem, verhaltensmedizinischem oder suggestivem Hintergrund eingesetzt.



Psychodynamische Psychotherapie hat daher in der Psychiatrie unterschiedliche **Funktionen**. Sie kann sich zeigen als:

- eine implizite Grundlage für Interventionen, die immer auch deren subjektive Bedeutung für den Patienten und für seine Beziehung zum Arzt oder Therapeuten mit berücksichtigen. Hier wird sie als Haltung erkennbar und ist allgemeiner Teil eines Gesamtbehandlungsplans, der systemische und verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen, Medikamente oder sozialpsychiatrische Interventionen einschließen kann. Die »Psychotherapeutisierung psychiatrischen Handelns« zeigt sich dann in einem differenzierten und theoretisch begründeten Umgang mit dem Wort, mit der Beziehung zum Patienten. Diese Art des Verstehens und Intervenierens hat auch in vielen anderen Bereichen der Medizin ihre Bedeutung.
- eine Möglichkeit, besonders in einer stationären Behandlung unterschiedliche therapeutische Zugangswege in einen Gesamtbehandlungsplan zu integrieren. Hier werden die unterschiedlichen therapeutischen Modalitäten (Bewegungstherapie, Kunsttherapie, Morgenrunde, Visite, Einzelgespräche, Oberarztvisite, Angehörigengespräche etc.) auf einen für jeden Patienten individuell erarbeiteten Fokus bezogen. Dieser Fokus ist bei stationärer Therapie das Bindeglied innerhalb der mehrdimensionalen Behandlung eines Patienten durch unterschiedliche Berufsgruppen. Die Kohäsion und professionelle Differenzierung innerhalb eines Behandlungsteams wird in der Praxis über die Zusammenarbeit am Fokus eines konkreten Patienten hergestellt und gesichert (Beispiele in Heigl-Evers et al. 1986: Die Vierzigstundenwoche für Patienten).
- eine additiv hinzukommende Behandlungsmodalität (z. B. als Training bestimmter Ich-Funktionen oder als Bearbeitung traumatischer Erfahrungen) für definierte Krankheitsbilder.



Für Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen kann sich die Funktion von Psychotherapie dabei zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedlich darstellen. Psychotherapie kann in einem störungsarmen Intervall die Hauptbehandlungsmethode sein und dann in Phasen einer akuten Erkrankung wieder als Haltung im Hintergrund von psychopharmakologischen und sozialpsychiatrischen Interventionen deutlich werden. Ein solcher Wechsel in der Funktion von Psychotherapie kann in den psychodynamischen Therapieverfahren vollzogen werden, ohne dass es zu einem Abbruch oder Wechsel von Beziehungen zu kommen braucht. Arzt oder Therapeut können sich mit ihren Interventionen auf die unterschiedlichen Bedürfnisse eines Patienten in unterschiedlichen Phasen seiner Erkrankung einstellen.

Dr. med. Louisa Diallo



Ärztin  
in Weiterbildung zur  
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie  
Epilepsieklinik Tabor Bernau

## Diversität und Differenz – Chancen eines Perspektivwechsels im psychodynamischen Raum

---

*„Ach wissen Sie, im Kontakt mit Patient\*innen begegnet man ein Stück weit immer auch sich selbst“.*

Dieser Satz fiel beiläufig und wie selbstverständlich in einem meiner ersten Theorieseminare des Berliner Modells und doch hat er mich begleitet und über die Jahre immer wieder aufs Neue erreicht. Für psychodynamisch denkende Psychiater\*innen wohl selbstverständlich, drückten diese Worte damals für mich, als angehende Psychiaterin, ein noch sprachloses, diffuses Erleben, eine ungesagte Frage aus.



Sie boten mir nicht nur eine neue Perspektive auf die Intensität in den Begegnungen mit Patient\*innen, sondern auch die Möglichkeit, Überwältigung, Angst, Freude, Wut und Zuneigung im Arbeitskontext als wertvolles Werkzeug, statt als Hindernis, das es im Sinne der Professionalität zu überwinden gilt, zu verstehen.

Das Erlernen des psychodynamischen Denkens füllt damit eine Leerstelle im psychiatrischen Alltag und erlaubt einen Blick auf psychisches Leiden, der versucht der Einzigartigkeit der Biographien, denen wir begegnen, gerecht zu werden – stets mit der Bereitschaft, nicht zu wissen, nicht beantworten zu können, nicht sicher zu sein und eben das aushaltbar zu machen. Gleichzeitig bleibt da eine Lücke zwischen Klinik und Theorieseminar. Die Wissensvermittlung findet weitgehend entkoppelt vom klinischen Alltag statt und wird dadurch wenig in diesen übersetzt. Was sollen sie uns vermitteln, die Theorie und die Selbsterfahrung? Womit sollen sie uns ausstatten, damit wir uns sicher und professionell im therapeutischen Raum bewegen können?



Nun findet Psychotherapie nicht im luftleeren Raum statt: Das Innen der Kliniken ist mit dem Außen verbunden, soziokulturelle und politische Diskurse nehmen Einfluss, prägen das Denken und auch die therapeutische Haltung.

Die Theoriebildung der Psychodynamik ist hauptsächlich von weißen, heterosexuellen, akademisierten Männern aus Europa und Nordamerika geprägt. Wobei eine davon abzugrenzende jüdische Perspektive hier nicht unerwähnt bleiben darf. Auch das historische Bild der wohlhabenden, bürgerlichen Patientin auf der Couch ist ähnlich homogen und einzelne Gegenbeispiele bilden nicht den roten Faden der Geschichte.

Diese Tradition treibt weiter Blüten und dennoch hat sich seit den Anfängen der Psychodynamik viel verändert. Insbesondere die Arbeit im klinischen Setting konfrontiert uns durch die niedrigeren Zugangsbarrieren mit anderen Patient\*innen als der historisch klassischen Analysandin. Mein Eindruck ist zudem, dass ein spezifischer Anspruch des Berliner Modells als Weiterbildungsinstitut darin liegt, dazu beizutragen, dass psychodynamische Ansätze

auch im klinischen Setting und damit breiter verfügbar werden. Die Diversität der Weiterbildungskandidat\*innen und der Patient\*innen nimmt zu und ein Bewusstsein für Differenz wächst.

Daraus entstehen neue Fragestellungen. Das Ineinandergreifen von Class, Race und Gender zwingt auf unebenes Terrain und konfrontiert ohne Zweifel mit mannigfaltiger Abwehr. Sowohl in der Klinik als auch im Weiterbildungskontext erlebe ich wiederholt den ausgeprägten Wunsch nach Handwerkszeug, um diesen Komplexitäten zu begegnen und gleichzeitig große Unsicherheiten dabei, sie anzusprechen. Nicht selten äußern Weiterbildungskandidat\*innen Fragen zum Umgang mit Differenz und Macht im psychodynamischen Raum - Mann - Frau, alt - jung, krank - gesund, Schwarz - weiß, cis - trans - und nicht selten erleben wir einen Rückzug auf allgemeine Prinzipien wie jenes der Neutralität oder den Auftrag einer extracurricularen Auseinandersetzung mit der Thematik oder im Rahmen der Selbsterfahrung und damit einzig auf individueller Ebene. Eine Auseinandersetzung also, die die strukturelle Dimension vernachlässigt und der Komplexität des Themas nicht gerecht wird.

Wir sind dazu angehalten, unser Erleben, Denken und Fühlen als wesentliches, vielleicht sogar wesentliches diagnostisches Mittel zu nutzen, dazu angehalten, uns einzulassen, ins Ungewisse zu tauchen und mutig professionelle Nähe und Distanz auszubalancieren. Um diesen Auftrag zu erfüllen halte ich ein Wissen um die Wirkmacht von Differenz in Beziehungen und ihre intersektionale Dimension für unerlässlich. Jede Disziplin formt ihre eigene Sprache, findet Worte und Formulierungen um sich spezifisch verständlich zu machen.

Mangels einer Äquivalenz, die sich auf den psychodynamischen Kontext bezieht, möchte ich das Konzept der Intersektionalität bemühen und kurz einführen. Der Begriff wurde in einer postkolonialen Auseinandersetzung der 1980er Jahre geprägt und beschreibt die Gleichzeitigkeit und Verwobenheit von Machtungleichheiten. Dabei will Intersektionalität nicht als Nebeneinander von Kategorien verstanden



werden, die Über- und Unterlegenheit beschreiben, sondern als vielschichtiges, verwobenes und vor allem in jedem Kontakt individuelles Ineinandergreifen von Positionierungen.

Eine Einladung also, sich an die Vielschichtigkeit der Wirklichkeit anzunähern, ohne vorgefertigte Schablonen auf stets abweichende Formen und Größen anzuwenden. In Beziehungen, seien es psychotherapeutische oder kollegiale, geht es immer auch um Macht, ebenso, wie es in allen Formen der Diskriminierung um Macht geht.

Eine intersektionale Perspektive einzubringen heißt, die verschiedenen wirksamen Achsen in der Begegnung mitzudenken und neben der individuellen auch eine strukturelle Ebene einzubeziehen und damit die Chance auf ein vollständigeres Bild zu erhalten. Es bedeutet also auch, die eigene Reaktion auf das Gegenüber um eine weitere, strukturelle Dimension zu prüfen. Nun könnte man widersprechen, eine psychodynamisch orientierte Weiterbildung sei

nicht primär politisch, die formulierten Gedanken seien in den Gesellschaftswissenschaften anzusiedeln und wenn Inhalt einer psychodynamischen Auseinandersetzung, dann in jedem Fall extracurricular und unmöglich fester Weiterbildungsinhalt. Auch ein Mangel an Zeit und Ressourcen für die Vermittlung weiterer Inhalte wäre sicher ein probates Gegenargument. Dem könnte man wiederum entgegen, dass jede Begegnung, jedes Handeln eine politische Dimension hat und Positionierungen auch wirken, wenn sie nicht ausgesprochen werden.

Man könnte entgegen, dass es sich lohnt, die Verunsicherung, die Scham, die Angst, die aus der zunehmenden Diversifizierung von Patient\*innen und Therapeut\*innen, sowie dem Lauterwerden marginalisierter Stimmen erwächst, ernst zu nehmen und sie nicht zu verschieben oder zu verleugnen. Man könnte entgegen, dass Sexismus, Homofeindlichkeit, Rassismus und Klassismus alle sozialisieren, prägen und unbewusst ubiquitär wirksam sind. Dass deren Auflösung herausfordernd und anspruchsvoll ist und nicht in einer allgemeinen, diffus liberalen Haltung stattfindet.



Man könnte auch entgegenen, dass es in der Verantwortung derer, die psychisches Leid lindern wollen, liegt, die eigenen inneren -ismen zu überprüfen, um deren unkontrolliertes Wirken zu verhindern. Die eigene Positionierung, die des Gegenübers und ihr Ineinandergreifen mitzudenken bedeutet weder, sie zum ständigen Thema zu machen, noch wird dadurch die Offenheit des psychodynamischen Raumes beschnitten. Es bedeutet viel mehr eine zusätzliche Ebene auf der die therapeutische Beziehung beleuchtet werden kann und einen Gewinn an Authentizität im Kontakt. Der Wunsch nach einer Öffnung psychodynamischer Verfahren und struktureller Implementierung eines Umgangs mit Differenz scheint mir groß. Das Potential dieser möglichen Auseinandersetzung noch größer.





Oberstarzt Prof. Dr. med. Peter Zimmermann



Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Direktor der Klinik VI - Psychiatrie und Psychotherapie  
Forschungs- und Behandlungszentrum Psychotraumatologie  
und Posttraumatische Belastungsstörung  
Bundeswehrkrankenhaus Berlin

## Behandlung moralischer Konflikte in der Psychotherapie

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie werden sich fragen: Warum gerade diese Thematik bei dieser Veranstaltung zum 40-jährigen Bestehen des Berliner Modells? Nun, das hängt zum einen mit dem Arbeitsgebiet des Vortragenden zusammen, doch dazu später mehr. Zum zweiten ehren wir mit diesem Symposium die langjährige Leiterin des Berliner Modells und ich persönlich habe kaum jemals einen Menschen getroffen, der Werte und Moral so konsequent positiv vertritt und auch selbst lebt. Davon ziehe ich aufrichtig meinen Hut.



Die Verbindung zwischen Moralität und Psyche ist schon in der Antike erkannt und beschrieben worden. In der Ilias des griechischen Dichters Homer aus dem 7. Jahrhundert vor Christus findet sich die Beschreibung des zehnjährigen Krieges vor Troja: der griechische Held Achill verliert im Kampf seinen Freund Patrokles und rächt dessen Tod durch ein grausames Kriegsverbrechen - nicht nur tötet er den trojanischen Helden Hector, sondern er bindet dessen Leiche an seinen Streitwagen und schleift ihn über das Schlachtfeld.

Nach einer Interpretation des amerikanischen Psychotherapeuten Jonathan Shay aus den 1980er Jahren handelte es sich dabei um den Ausdruck einer moralischen Zerrüttung infolge multipler Traumatisierungen durch das Kriegsgeschehen. Er zieht in seinem Buch „Achill in Vietnam“ hochinteressante, aber auch bedrückende Parallelen zum Erleben und Verhalten von Vietnam-Veteranen der USA.

Wollen wir aber nun diesen etwas erschreckenden Einstieg schnell hinter uns lassen und uns, auch angesichts unseres gemischten Publikums, einigen Grundlagen der Moralität zuwenden.

Auch Sigmund Freud hat sich intensiv mit Moralität beschäftigt. Er ordnet das „Moralitätsprinzip“, das heißt das Motiv der Moral und der sittlichen Normen auf der Basis des Sittengesetzes von Immanuel Kant, dem Über-Ich zu. Demgegenüber gehört das Realitätsprinzip dem Ich und das Lustprinzip dem Es an. Das Über-Ich fordert vom Ich die Einhaltung dieser Normen, um sich dem Ich-Ideal anzunähern. Damit geht Moralität quasi untrennbar mit einem freiwilligen Triebverzicht einher. In seinem Werk „Totem und Tabu“ von 1913, das er auf der Grundlage ethnologischer Studien verfasst hat, führt Freud Moralität (auch in modernen Gesellschaften) auf die Tabus der Totem-Gemeinschaften der Naturvölker zurück. Dabei entspringt die entsprechende normative Kraft aus der Befürchtung von "unerträglichem Unheil" im Falle einer Übertretung der Verbote, äußerliche Strafandrohung ist damit überflüssig. Dadurch werden Buß- und Reinigungsrituale begünstigt, wie sie auch bei den Neurosen, z. B. den Zwangsnurosen, beobachtet werden können - quasi ein Relikt archaischer Mechanismen. Diese Prozesse bewusstseinsfähig werden zu lassen, ist Inhalt der psychoanalytischen Deutungsarbeit.



Seit den 1950er Jahren entstanden zahlreiche neuere Impulse und Konzeptbildungen zur Moralität und zu persönlichen Wertorientierungen. Differenziert entwickelte Modelle wurden z. B. von den Autoren Rockeach und Kluckhohn, seit den 1990er Jahren auch von Shalom Schwartz oder Jochen Sautermeister vorgelegt.

Aber auch die Erlebnisverarbeitung von Einsatzkräften eignet sich zum Erkenntnisgewinn über Werte, Moral und ihre Veränderungen unter extremer Belastung, gerade von besonderer Aktualität angesichts des Krieges in der Ukraine. So konnten beispielsweise Studien der Bundeswehr, die an Rückkehrern aus Auslandseinsätzen durchgeführt wurden, Zusammenhänge zur psychischen Gesundheit herausarbeiten.

Werte wie Benevolenz, also das Bedürfnis, nahestehende Personen zu schützen und für sie zu sorgen, aber auch Hedonismus (sozusagen das Gegenteil) waren dabei signifikant (und gegenläufig) mit dem

Schweregrad und der Häufigkeit von Traumafolgestörungen assoziiert. Kommt es durch einschneidende, z. B. traumatische, Ereignisse zu tiefgreifenden psychischen Erschütterungen, kann das Moralempfinden parallel zu einer posttraumatischen Kernsymptomatik verletzt werden und belastende moralische Gefühle hervorbringen. Man spricht dann von einer „moralischen Verletzung“, englisch „Moral Injury“. Auch diese war in Studien der Bundeswehr eng mit der Traumaverarbeitung verknüpft, insbesondere mit Häufigkeit und Schweregrad von Depression, PTBS und Sucht.

Ausgehend von derartigen Befunden gab es in der neueren Zeit immer wieder Bestrebungen, über die klassischen psychotherapeutischen Verfahren hinaus Ansätze zum Umgang mit moralischen Konflikten zu entwickeln und zu erproben. In diesem kurzen Rahmen kann hier nur ein exemplarischer Einblick erfolgen.

Karl Rogers, ein Schüler von Otto Rank, entwickelte seit den 1940er Jahren die Klient-zentrierte Psychotherapie, die bis heute eine wesentliche Grundlage für den Umgang mit moralischen Konflikten darstellt



- insbesondere im Hinblick auf die therapeutische Grundhaltung in der Arbeitsbeziehung. Sie findet seit den 1970er Jahren breite Anwendung, unter anderem bei Encounter-Gruppen, aber auch in der Seelsorge, der spirituellen und geistlichen Begleitung. Sie beruht auf den Prinzipien der Echtheit oder Kongruenz der TherapeutInnen im Kontakt zu den PatientInnen, auf dem vollständigen und bedingungs-freien Akzeptieren dieser seitens der TherapeutInnen sowie auf einem sensiblen und präzisen empathischen einführenden Verstehen.

Persönliche Wertorientierungen, um aus der reichen Auswahl therapeutischer Ansätze ein weiteres Beispiel zu nennen, stehen im Fokus der von Stephen Hayes entwickelten Acceptance and Commitment Therapie (ACT). Diese hebt nicht so sehr auf klassische psychische Symptombildung und den Versuch einer Reduktion leidvoller Zustände ab, da sie die Gefahr einer Fokussierung auf belastende Gedankenketten sieht. Stattdessen bietet sie Interventionen an, die das Innere Wertebewusstsein stärken und damit die Ressource „persönliche Identität“ für einen Zuwachs an Stabilität und Lebensqualität nutzen können.

In der Bundeswehr wurde in den letzten Jahren aus der praktischen Arbeit mit Rückkehrern aus Auslandseinsätzen ein therapeutisches Konzept entwickelt, das Elemente der vorangehend erwähnten Methoden integriert. Ziel ist es, entweder in der präklinischen Vor- und Nachbereitung von Einsätzen, aber auch in der Psychotherapie posttraumatischer Belastungsstörungen, moralische Konflikte und wer-tebezogene Reflexionen bewusstseinsfähig und aus-sprechbar zu machen. In kleinen Gruppen von 6 - 8 TeilnehmerInnen werden Werteveränderungen und moralische Verletzungen manualisiert durchgearbeitet. Das therapeutische Team ist interdisziplinär zusammengesetzt, einschließlich auch zweier SeelsorgerInnen. Dadurch sollen ergänzend zu klassischen traumatherapeutischen Ansätzen neue Horizonte für die Verarbeitung psychischer Belastungen im Einsatzgeschehen erschlossen werden. Die bisherigen wissenschaftlichen Evaluationen verliefen vielversprechend.



Zusammengefasst kann gerade in den letzten beiden Jahrzehnten eine Tendenz in der Psychotherapielandschaft erkannt werden, moralische und werbebezogene Konflikte verstärkt in therapeutische Gesamtbehandlungspläne zu integrieren. Diese aus meiner Sicht sehr positive Entwicklung kann dazu beitragen, Grenzen zwischen den verschiedenen psychosozialen Professionen zu überwinden und zu neuen Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit zu finden.



## Prof. Dr. med. Dorothea von Haebler



Fachärztin für Psychiatrie und Fachärztin für Neurologie  
Zusatzausbildung Psychotherapie  
Leiterin AG Psychosenpsychotherapie  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte  
Studiengangsleitung MA Psychotherapie  
Leiterin Psychoseambulanz.Berlin  
IPU – International Psychoanalytic University Berlin  
Gründerin und Vorstandsvorsitzende des DDPP e. V.

### Schritte zu einer so angemessenen wie notwendigen Psychotherapie von Menschen mit Psychosen – begonnen beim Berliner Modell

---

Liebe Frau Bolk, liebe Doris,

als ich vor fast 25 Jahren zu Ihnen ins Berliner Modell kam, war ich in der Schlosspark-Klinik angestellt. An der Klinik, an der André Kwalek, der in Zukunft ihre Arbeit fortführen wird, heute Chefarzt ist.

Die Ausbildung im Berliner Modell hat mich in all dem unterstützt, was ich damals getan und in meiner heutigen Arbeit weiter ausgebaut habe:



eine psychodynamische Haltung in der Arbeit, die auch für Nicht-Psychotherapeuten sehr hilfreich ist, die Möglichkeit, Psychotherapie mit Menschen mit Psychosen zu machen, auch wenn das damals wie heute ein Kampf in der Versorgungslandschaft ist, die Gruppenpsychotherapie, deren Fan ich immer mehr geworden bin - auch hier, heute: für Menschen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Ein Zeitsprung in das Jahr 2000:



Berliner Modell 2000

Die Rolle des Berliner Modells in Berlin ist wie man hier sieht, nicht zu unterschätzen - einige der KandidInnen auf diesem Bild sind uns aus der aktuellen Berliner Krankenhauslandschaft durchaus bekannt. Ärzte, die eine Psychotherapie-Ausbildung genossen haben, nicht „nebenbei“, wie dies in einigen anderen Bundesländern für die Ärzte üblich war und ist, sondern eine Ausbildung, die an die institutionellen Ausbildungen angelehnt ist.

**Die Rolle der Psychosenpsychotherapie zu diesem Zeitpunkt?**

Das Berliner Modell zeichnete sich auch dadurch aus, dass dort ambulante Patient\*innen aus der Uniklinik behandelt werden konnten: diese Menschen waren also schwerer oder komplexer erkrankt, als der Durchschnitt der zu Behandelnden in den psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten. Erst durch diese Möglichkeit wurde ich darauf aufmerksam, dass psychotherapeutisches Handeln sowohl im ärztlichen Selbstverständnis, wie auch in der Psychotherapie von Menschen, die den stationären und akuten Psychiatriealltag kennen, notwendig und indiziert sind.

Zwei meiner Ausbildungsfälle hatten Psychosen.

Ein junger Mann, Vater eines kleinen Mädchens, mit einer schizoaffektiven Psychose und einer Sucht. Der Supervisor für die Behandlung des jungen Mannes sagte, dass ich diesen nicht behandeln könne und dürfe: die Kombination der Psychose und der Sucht sei kein Fall für eine Psychotherapie.

Ich sah das damals anders, hatte den Eindruck, wenn ich ihn wegschicke, dass es dann weder dem Patienten noch seiner Tochter besser gehen würde noch, dass er einen anderen Therapeuten finden würde, den er ganz offensichtlich so dringend brauchte.

Ich behandelte diesen jungen Mann weiter und wechselte den Supervisor.

Der zweite Fall war eine Frau mit der Diagnose von psychotischen Episoden bei einer schweren strukturellen Störung. Sie wurde mein Abschlussfall und ich behandelte sie nach der Ausbildung weiter bis zu einer Therapiedauer von 7 Jahren. In diesem Fall war das nicht das Ende: 15 Jahre später kam eine E-Mail von unbekannter Adresse: Diese Frau schrieb mir:

Sie lebe in Berlin in einem Kloster, in dem sie in der Essensausgabe arbeite. Sie wolle, dass ich ihr helfe, Geld zu besorgen, sie wolle einfach nur eine BVG-Karte und Kleidung. Erreichen konnte ich sie nicht - es kam nicht mehr zum Kontakt.

Sie hatte sich damals aus der Therapie verabschiedet in einer stabilen Situation (Wohnung, einen sicheren Arbeitsplatz, eine Partnerin). Hat die langjährige therapeutische Beziehung sie stabilisiert? Ist es Begleitung von komplex und schwerer psychisch Kranken, und nicht Heilung, was angestrebt werden kann? Ist es ein Zeichen von Verbindung, dass sie mich rausucht und anschreibt, auch wenn sie danach als Mensch gleich wieder verschwindet?

Die **Psychotherapie-Indikation** wurde (richtliniengerecht) aberkannt. Beide benötigten unbedingt psychotherapeutische Hilfe. Die vermeintliche Gefährdung des Umfeldes als Kontraindikation zur Psychotherapie zu sehen, hat mir nicht eingeleuchtet und ist inzwischen glücklicherweise Vergangenheit:





Es ist der wissenschaftliche Stand, dass Psychotherapie bei jeder Schwere der Erkrankung und in jedem Stadium der Erkrankung indiziert ist und hilft: also auch bei akuter Exazerbation einer schizophrenen Psychose genauso wie bei einer Langzeiterkrankung, die viel zu rasch als chronisch bezeichnet - und als hoffnungslos eingeordnet wird.

Bei schwer oder komplex psychisch Kranken muss Ziel und Methode angepasst werden. Nicht die Heilung ist das Ziel, sondern eher eine langjährige psychotherapeutische Begleitung, die es dem Menschen ermöglicht, psychosoziale Funktionen (wieder) zu erlangen und Beziehung zu erleben und führen zu können.

Die Patientin aus der Ausbildung hatte während der Psychotherapie heftige Krisen und dennoch konnte sie ihre Beziehungen führen, hatte und behielt Arbeit und Wohnung.



**Psychotherapie von Menschen mit Psychosen braucht Zeit. Die Ziele müssen gemeinsam ausgehandelt werden, der Weg gemeinsam gegangen werden, die Psychotherapeutin schaut nicht zu, sie ist dabei.**

Psychotherapeutische Arbeit ist nur möglich, wenn ein Patient sich zu erkennen gibt. Bei so viel Misstrauen, Angst, Vorsicht, oft Feindseligkeit ist es eine Gratwanderung, diesen Kontakt herzustellen. Ohne den Patienten kann ich auch nicht psychotherapieren: also muss ich an mir arbeiten, um einen guten Kontakt zur Patientin herstellen zu können. Ich kann keine gute Arbeit leisten, wenn ich mein Gegenüber nicht erreiche. Der Patient ist ein Gegenüber.

Das heißt, auch wenn ein Mensch konsumiert, wenn ein Mensch „total verrückt“ ist, ist das keine Kontraindikation für eine Psychosenpsychotherapie.

Im Gegenteil: die psychotherapeutische Arbeit findet jenseits von Konflikten, Fixierungen und linearen Anamnesen statt. Es geht um vorsichtiges Nachfragen, über Drittes sprechen, um ein Sich-Zeigen, den anderen sehen, Benennen von Gefühlen, Trennen

von selbst und anderem, um Handlungsdialoge und einen sicheren Ort, für den erst mal der Therapeut verantwortlich ist.

Das Berliner Modell war eine Ausbildung für Ärztinnen und Ärzte, d. h. damals im Krankenaus arbeitende Professionelle, die, wie die meisten in der Psychiatrie tätig, vertraut damit waren, wie es ist, Menschen gegen deren erklärten Willen behandeln zu müssen, Diagnosen zu vergeben, die häufig nicht akzeptiert werden, was die Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme bedeutet, die Nebenwirkungen und das Umgehen mit stark schwankenden Befunden. Vor allem aber bedeutete das auch die Vereinbarkeit zwei sich fast ausschließender Kulturen: die des Krankenhauses mit Pflichtversorgung und die des psychodynamischen Ausbildungsinstitutes.

Durch die **ärztliche Psychotherapie** zu dem Zeitpunkt vor über 20 Jahren konnten diese Welten verbunden werden: ärztliche Notwendigkeiten und Aufgaben und psychotherapeutische Haltung und Therapie müssen sich nicht ausschließen, und manchmal ist es sogar gut, wenn man beides in einem tut, manchmal ist es besser, sich für eine Position zu entscheiden

und jemand anderen die jeweils andere Position übernehmen zu lassen. Inzwischen ist es sehr klar, dass auch Psychiater auf der Akutstation Werkzeuge der Psychotherapie kennen und anwenden lernen müssen.

Damals und heute ist die ärztliche Psychotherapie ein wunderbares Werkzeug und eine absolute Notwendigkeit!

Für Menschen mit Psychosen ist es oft der Garant einer kontinuierlichen Behandlung, dass mehr als ein Therapeut im Boot ist, die Beziehung zu einem Menschen, die rasch zu dicht werden kann, durch ein Drittes weniger Angst bereitet.

Durch diese stationären und ambulanten Behandlungen und durch die Weiterbildung wuchs bei mir eine Überzeugung, dass Menschen mit Psychosen von Psychodynamischer Psychotherapie profitieren. Ich erlebte als Stations- und Oberärztin regelmäßig, dass man Menschen mit Psychosen nicht gut aus der Klinik entlassen kann, weil es ambulant keine Psychotherapeuten gab, die die ambulante therapeutische Arbeit übernahmen.



Die Erkenntnis, dass die wenigsten Ausbildungen darauf vorbereitet oder ausgerichtet sind und dass stationäre Psychotherapie notwendig und möglich ist, führten mich dann nach den Grundsteinen, die das Berliner Modell und Sie Frau Bolk damit gelegt hatten, weiter:

### **Meilensteine auf dem Weg der Psychosenpsychotherapie:**

In München gab es damals die überregionale Weiterbildung in analytischer Psychosenpsychotherapie. Dort kam ich dank eines interessierten Kollegen hinzu, und lernte so Stavros Mentzos, Günter Lempa und viele andere kennen, die den weiteren Weg mitbestimmten: In Berlin, an der Nervenlinik der Charité am Campus Mitte konnten 2005 die überregionalen Symposien für Psychosenpsychotherapie gegründet werden, zu Beginn waren Sie Frau Bolk noch mit dabei, als Dozentin von Fallseminaren.

Aus diesen Symposien und weiteren außerinstitutionellen Bemühungen, Psychosenpsychotherapie zu lehren und zu praktizieren, konnte 2011 der Dachverband deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie, der DDPP e. V. gegründet werden. Eines der ersten Ziele, die nach drei Jahren intensivem Einsatz Erfolg hatte, war die Änderung der Psychotherapierichtlinie. Auch hier gab es in erster Linie Gegner, vor allem aus den Bänken der ÄrztInnen, der Psychiater.

Im Dezember 2014 wurde vom GBA, dem gemeinsamen Bundesausschuss die Psychotherapie für Menschen mit Psychosen, zu jedem Zeitpunkt der Erkrankung und bei jeder Krankheitsschwere aufgrund der eindeutigen Wissenschaftlichkeit beschlossen, das Bundesministerium für Gesundheit änderte Anfang 2015 die Psychotherapierichtlinie: von jetzt an hatten Menschen mit Psychosen, akut exazerbiert, langfristig krank, mit und ohne Medikation eine Indikation zur Psychotherapie!



Das Aufatmen war kurz. Die Änderung der Richtlinie alleine brachte keine Verbesserung in die Versorgungslandschaft: die PsychotherapeutInnen mussten sich ja auch zutrauen, mussten es wollen, dass Menschen mit affektiven oder schizophrenen Psychosen in ihre Praxen kamen! Eine damalige Befragung der Ausbildungsinstitute gab ein eindeutiges und erklärendes Bild: kaum ein Psychotherapie-Ausbildungsinstitut hatte der Psychotherapie von Menschen mit Psychosen ausreichend Raum eingeräumt. Meist kam es schlichtweg nicht vor. Die Meinung, dass Psychotherapie bei diesen PatientInnen kontraindiziert sei, hielt sich hartnäckig in der Versorgungslandschaft und damit auch bei den Patientinnen selbst und ihren Angehörigen.

Natürlich änderte dies nichts daran, dass es unglaublich viele Patienten mit Psychosen gab, denen eine qualifizierte Psychotherapie zustand.

Die Aufgaben waren also, Psychotherapeuten, die bereits praktizierten, eine begleitende Weiterbildung anzubieten, die Ausbildungsinstitute auf die Richtlinienänderung hinzuweisen und ihnen Hilfe in Form von Dozenten und Supervisoren anzubieten.

Und, es war klar, dass die Leitlinien sich ändern mussten, was die Psychotherapie von Menschen mit Psychosen angeht. Eine Änderung der S3-Leitlinien Schizophrenie ließ sich in dem Bereich der psychodynamischen Psychosenpsychotherapie ausschließlich über neue Forschung erreichen, da die Psychodynamiker 40 Jahre lang versäumt hatten, dieses Feld zu beforschen. Durch den verfahrensübergreifenden DDPP e. V. gelang es, wie schon bei der Richtlinienänderung, durch die Evidenz der verhaltenstherapeutischen Psychotherapie für Menschen mit Psychosen, die Empfehlungen eindeutig in den neuen Leitlinien zu verankern: Psychotherapie muss jedem Menschen mit einer schizophrenen oder affektiven Psychose neben Medikation angeboten werden. Stationär und ambulant. Einzelnen oder in einer Gruppe.

Christiane Montag, Günter Lempa und ich begannen direkt nach der Richtlinienänderung ein Manual für Psychosenpsychotherapie zu entwickeln und zu schreiben, was 2016 im Psychosozialverlag veröffentlicht werden konnte.



Dies war inhaltlich und die Gelder von DGPT, IPU und Charité finanziell die Grundlage für eine randomisierte Wirksamkeitsstudie der modifizierten Psychotherapie für Schizophrenien (MPP-S), die wir 2015 im Herbst starten konnten.

Nach der Erfahrung dieser Behandlungen nach dem Manual konnte für die Reihe „Psychodynamik kompakt“ im V&R Verlag eine verkürzte und aktualisierte Version: der Werkzeugkasten 2022 publiziert werden.

Parallel begannen wir vom DDPP e. V. aus, die curricularen Fortbildungen in Psychosenpsychotherapie für die beiden Richtlinienverfahren (Psychodynamisch und Verhaltenstherapeutisch) anzubieten, eine bis heute stets ausgebuchte Veranstaltung in Berlin am Urban (KVT) und an der IPU (PD).

Die Psychotherapie ist bei schwer und komplex kranken Menschen ein Teil des Behandlungsplans. Dass sie mal die einzige Behandlung ist, kommt zwar vor,

aber sehr sehr selten. Meist sind mehrere Professionen beteiligt, also ein klassischer Fall in der Sozialpsychiatrie.

Diese notwendige Interdisziplinarität spiegelte sich im DDPP, dem Dachverband wieder: in dem sich alle Professionen, die mit Menschen mit Psychosen professionell arbeiteten, trafen, weiterbildeten und diskutierten. Wir unterschieden zwischen der Psychotherapie und einer psychotherapeutischen Haltung, die sich gut an nicht-psychotherapeutisch ausgebildete Berufsgruppen vermitteln ließ. Dies waren auch der Kern und ein Grund der Gründung eines Kooperationsstudienganges, der die Interdisziplinarität und die multiplen Perspektiven in der Studierendenschaft möglich machte.

An der IPU wurde 2013 in Kooperation mit der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin, der Universitätsmedizin Charité und dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) der berufsbegleitende Masterstudiengang Interdisziplinäre Psychosenpsychotherapie gegründet.



Es war die Zeit neuer Versorgungsmodelle, der integrierten Versorgung, von Modellprojekten, dem Hometreatment, von Komplexbehandlungen, inzwischen auch die stationsäquivalente Behandlung. Dabei hatten die politischen Entscheidungen zu solchen Modellprojekten immer mehr den Übergang von stationär zu ambulant im Blick. Auch wenn die Psychotherapie dabei häufig in der Umsetzung der Pläne aus Kostengründen verschwand, so ging es bei den Modellen doch auch um die Menschen mit Psychosen, die auch krankheitsimmanent nicht in der Lage sind, sich selbst um Psychotherapie zu kümmern, obgleich es indiziert und hilfreich ist.

An dieser Stelle musste dann noch unser jüngstes Projekt folgen, was diese Stationär-ambulant-und-andersherum-Schwelle ganz spezifisch für die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Psychosen verbessern helfen soll: wir gründeten 2021 die [psychoseambulanz.berlin](#). Als Teil der Forschungshochschulambulanz an der IPU, in Kooperation mit der Psychiatrischen Universitätsklinik im St. Hedwig-Krankenhaus. Natürlich gibt es dort neben der spezifischen Einzelpsychotherapie auch Gruppenpsychotherapie.

Die Gruppen laufen sehr gut, werden gut angenommen und es müssen noch mehr werden, es gibt so viele PatientInnen, und die Behandlungen benötigen Zeit.

Die [psychoseambulanz.berlin](#) ermöglicht eine enge Zusammenarbeit zweier Universitätskliniken mit Versorgungsauftrag mit einer Ambulanz, in der Menschen Richtlinienpsychotherapie bekommen, die anderswo nicht angenommen würden.

Diesbezüglich hat sich also vieles nicht geändert, die Menschen mit schizophrenen und affektiven Psychosen haben noch immer große Probleme, selbstverständlich und qualitativ wertvoll mit Psychotherapie behandelt zu werden.

Es hat sich aber unglaublich viel getan: die Indikation (Richtlinie), die Notwendigkeit (Leitlinie), die Wirksamkeit (MPP-S-Studie), und Lehrformate gehen inzwischen davon aus, dass Psychotherapie für Menschen mit Psychosen ein wichtiger Baustein in einer wirksamen Behandlung darstellt.



In der MPP-S-Studie konnten wir inzwischen zeigen, dass die Patienten ein die Psychotherapie überdauerndes signifikant höheres soziales Funktionsniveau und vermutlich auch eine anhaltende Verbesserung der Negativsymptomatik erreichen.

### **Was nun hatte das Berliner Modell damit zu tun?**

Es ist ein Glück, als Psychiaterin psychotherapeutisch arbeiten zu können.

Das gelernt zu haben, liebe Frau Bolk, liebe Doris, ist kein Selbstverständnis. Ihre Unterstützung gehabt zu haben, mich mit komplex Kranken und mit der Gruppenpsychotherapie in der Ausbildung zu beschäftigen, war für die ganze geschilderte Entwicklung entscheidend.

Und, diese Entwicklung ist für die Zukunft der Psycho-  
senpsychotherapie notwendig und von unschätzbarem Wert für die Menschen, die uns brauchen und die sich nicht selbst um eine adäquate und hochwertige Therapie kümmern können.

Die hier geschilderte jüngere Geschichte der Psycho-  
senpsychotherapie umfasst 22 Jahre. Was für Schätze die Geschichte des Berliner Modells umfasst, das wissen Sie, liebe Frau Bolk. Heute feiern wir 40 Jahre Berliner Modell und die Übergabe der Leitung von Ihnen Frau Bolk an André Kwalek.



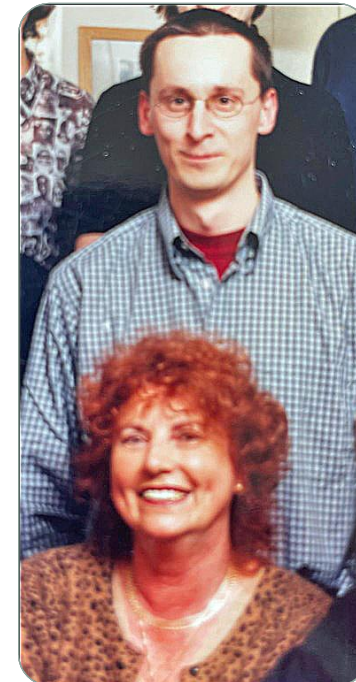
Ich habe Ihnen zu Beginn das Foto der Ausbildungsgruppe im Jahr 2000 gezeigt. Ein Detail auf diesem Foto blieb dem guten Beobachter vermutlich nicht verborgen - schon damals angelegt: die Übergabe!

Danke liebe Doris, und alles Gute André!

Es ist ein Abschluss und ein Neuanfang.

Wir sind gespannt - und wir wünschen dem Berliner Modell weiterhin so viel positiven Einfluss auf die Berliner Krankenhauslandschaft wie in den letzten Jahrzehnten.

Viel Glück auf dem weiteren Weg!





Dr. med. André Kwalek



Chefarzt

Abteilungen Psychiatrie und Psychotherapie  
Schlosspark-Klinik und Park-Klinik Sophie Charlotte

## In bestem Alter. Ein Versuch über Anfänge und Abschiede

---

*„Si jeunesse savait, si vieillesse pouvait“.*

Dieses Bonmot findet sich bei CG Jung in seinem Aufsatz „Die Lebenswende“ von 1930. „Wenn die Jugend es wüßte, wenn das Alter es könnte“. Soweit ich weiß, wird es dem französischen Feuilletonisten und Theaterautor Frederic Soulié zugeschrieben. Das beste Alter, so meine These, läge also an einer individuell determinierten, tatkräftig zu gestaltenden, aber auch sinnlich zu erlebenden Lebensphase am Übergang zwischen Jugend und Alter.



In diesem Jahr habe ich zwei Zoom-Seminare im Berliner Modell gehalten. Zu struktur- und konfliktbezogener Behandlungstechnik, gemeinsam mit Andreas Dieckmann. Im Nachgang zu einem der beiden Seminare hast Du, Andreas, in der Nachlese in meine Richtung die Bemerkung gemacht: „Du bist in bestem Alter. Das wird mir im Rückblick auf mein eigenes Leben deutlich...“.

In einem der Vorbereitungstreffen für unsere heutige Veranstaltung folgte der Auftrag, es sei dann wohl an mir, das Banner, die Fahne des psychodynamischen Denkens in der ärztlichen Ausbildung psychiatrischer Kolleginnen und Kollegen „hochzuhalten“. Ich habe diese Bemerkungen in ihrer Komplexität auf mich wirken lassen, das machen wir psychodynamisch denkenden Ärzte ja so, und fange mal an. Erlauben Sie mir den Hinweis, dass psychodynamisches Denken anregend ist, mit reichlich Humor zudem besser verdaulich.

Sie werden das meinen Ausführungen hoffentlich anmerken. Ich bin sicher, Sie alle verfügen über die Fähigkeit, nicht alles Gesagte ganz ernst zu nehmen, oder sich jedenfalls anregen zu lassen. Herr Dieckmann, Andreas, jedenfalls hat mich Deine Bemerkung mehr beschäftigt, als sie vermutlich intendiert war.

Mir ist dann allerhand eingefallen, nicht nur CG Jungs Aufsatz „Die Lebenswende“. Auch das bekannte Gedicht von Hermann Hesse:



### *Der Mann von fünfzig Jahren*

Von der Wiege bis zur Bahre  
Sind es fünfzig Jahre,  
Dann beginnt der Tod.

Man vertrottelt, man versauert,  
Man verwehrlost, man verbauert  
Und zum Teufel gehn die Haare.  
Auch die Zähne gehen flöten,  
Und statt daß wir mit Entzücken  
Junge Mädchen an uns drücken,  
Lesen wir ein Buch von Goethen.

Aber einmal noch vor'm Ende  
Will ich so ein Kind mir fangen,  
Augen hell und Locken kraus  
Nehm's behutsam in die Hände,  
Küsse Mund und Brust und Wangen,  
Zieh ihm Rock und Höslein aus.  
Nachher dann in Gottes Namen  
Soll der Tod mich holen. Amen.

Ich schäme mich. Habe ich das hier wirklich vorgetragen? Ist es vielleicht peinlich? Mir peinlich? Meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, dass ich schlüpfrige Herrengedichte mit Bezug zu einem altmodischen Verständnis der Geschlechterbeziehungen zitiere? Ich hatte gleich einige Affekte, über die wir gegebenenfalls später in kleinerer Runde sprechen können.

Ich denke an Leon Wurmser und sein Buch „Die Maske der Scham“ aus den 1990er Jahren über die pathogenetische Rolle von Über-Ich-Konflikten als Gegenentwurf oder jedenfalls Kommentar zu der seit Kernberg allgegenwärtigen Diskussion Struktur versus Konflikt. Vortragsniederschrift ist ja manchmal auch Selbsterfahrung, jedenfalls ging mir das bei diesem selbstgewählten Vortragsthema in zeitlichem Zusammenhang zu einem, meinem runderen Geburtstag so. Zeige ich Psychopathologie in Form von Schau- und Zeigelust als archaischen Partialtrieben? Nutze ich, um mit Wurmser zu sprechen, einen unbewussten, zu wenig beachteten narzisstischen Modus, den er mit konflikthaften Frühstörungsaspekten in Verbindung bringt? Bin ich theatophil?



Nein, natürlich nicht. Schnell ein Rekurs auf CG Jung und seinen anregenden Aufsatz:

*Problematische Naturen sind sehr oft neurotisch, aber es wäre ein schweres Mißverständnis, Problematik mit Neurose zu verwechseln, denn der entscheidende Unterschied zwischen beiden ist, daß der Neurotische krank ist, weil er sich seiner Problematik unbewußt ist, und dass der Problematische an seinem durchaus bewußten Problem leidet, ohne krank zu sein“.*

Ich dachte, dass Du, Doris Bolk-Weisedel, als triebtheoretisch beschlagene Analytikerin es locker aushältst, wenn ich uns zu Beginn meines Vortrags die Lebendigkeit oder mindestens die individuelle Beschäftigung mit unserem Triebleben als eine entscheidende Bedingung des besten Alters hervorhebe. Sie alle wissen, Hermann Hesse, dessen Gedicht von 1927 stammt, ist erst lange, fruchtbare, sinnenfrohe 35 Jahre später in Montagnola im sonnigen Tessin gestorben.

In seinem kurzen Text „Vergänglichkeit“ von 1916 schildert Sigmund Freud eine Szene, die sich bei einem Spaziergang durch blühende Sommerwiesen in

den Dolomiten zugetragen hat. Freud beschreibt einen Spaziergang mit einem jungen, „bereits rühmlich bekannten Dichter“ und einem schweigsamen Freund. Beide, oder genauer alle drei, zählt man Freud mit, scheinen komplexere Charaktere in recht unterschiedlicher Gestimmtheit gewesen zu sein. Der junge Dichter, so Freud, bewundert die herrliche Schönheit der Natur. Er kann sich daran nicht erfreuen. „Ihn störte der Gedanke, dass all diese Schönheit dem Vergehen geweiht war...ebenso jede menschliche Schönheit und alles Schöne und Edle...“. „Alles schien ihm entwertet durch das Schicksal der Vergänglichkeit“.

Freud erinnert sich, dass er verschiedene Argumente ins Feld geführt habe: Die Ewigkeitsforderung sei ein Erfolg unseres Wunschlebens. „*Die Beschränkung in der Möglichkeit des Genusses erhöht dessen Kostbarkeit*“. „*Ich hielt meine Erwägungen für unanfechtbar, bemerkte aber, daß ich dem Dichter und dem Freunde keinen Eindruck gemacht hatte*“.



Er diagnostiziert eine seelische Auflehnung gegen ein affektives Moment, gegen Trauer, das den beiden Empfindsamen den Genuss des Schönen beeinträchtigt habe. Freud kommt zu einigen Überlegungen zu unserer Liebesfähigkeit, Libido. Er entwirft Gedanken, die er in dem grundlegenden Text „Trauer und Melancholie“ wenig später weiter entwickeln wird. Über das Ausmaß unserer Libido, die wir, vom Ich ausgehend, den Objekten zuwenden und damit in unser Ich hineinnehmen. Wie sich die Libido an die Objekte klammert, und die verlorenen und zerstörten Objekte auch dann nicht aufgeben will, wenn sie eben verloren sind. Trauer, so Freud, laufe von selbst ab, zehre sich selbst auf. Wenn sie auf alles Verlorene verzichtet hat, wird unsere Libido wieder frei, die verlorenen Objekte durch gleich kostbare oder kostbarere Objekte zu ersetzen. Voraussetzung sei, dass wir ausreichend lebenskräftig sind. Mir scheint, das dürfen wir für ein bestes Alter noch voraussetzen.



Man, ich, kann ja gar nicht anders, als die blühende Sommerwiese als Metapher für das beste Alter im Lebenslauf eines Menschen zu nehmen. Gefiel mir Ihre Bemerkung, Herr Dieckmann, deshalb nicht uneingeschränkt, weil in der Formulierung „in bestem Alter“ dessen Vergänglichkeit spürbar wird? Jedenfalls haben wir mit der Vitalität unseres Trieblebens und der damit wohl zusammenhängenden Fähigkeit, Beziehungen zu knüpfen und an ihnen mit vielen Fasern festzuhalten, schon mal zwei Voraussetzungen für ein bestes Alter. Glücklich überwundene innere Über-Ich-Konflikte sicher auch, siehe theatrophiler Partialtrieb. Und ein paar erfahrungsgesättigte Einsichten bringt der Mensch in den Jung'schen Nachmittag des Lebens ebenfalls mit ein: „Si jeunesse savait, si vieillesse pouvait“. Wenn die Jugend es wüsste, wenn das Alter es könnte.

In seinem anregenden Aufsatz „Die Lebenswende“, 1930 veröffentlicht, CG Jung war 55 Jahre alt, verwendet Jung verschiedene Bilder und Symbole, um sich dem besten Alter zu nähern. Er fragt nach den Gründen, warum wir nach der Lebensmitte wieder mehr Krisen und Depressionen haben.

Er blickt nach Amerika, wie gesagt, 1930, wo er von dem hört, was er „breakdown“ und manche heute „burn out“ nennen. Wir wähnen uns sicher, meinen die richtigen Ideale und Prinzipien zu haben, aber, ach, Sie ahnen es, es häuft sich einiges an, „allzu viel Leben, das auch hätte gelebt werden können, blieb vielleicht in den Rumpelkammern verstaubter Erinnerungen liegen“, „manchmal sind es auch glühende Kohlen unter grauer Asche“. Was nun Freud die Sommerwiese in den Dolomiten, ist Jung sein Sonnengleichnis. Der Gang der Sonne über das Firmament als Metapher für den Gang unseres Lebens.

Und dann ein Satz wie ein Donnerschlag: „Um 12 Uhr mittags beginnt der Untergang“. „Si jeunesse savait, si vieillesse pouvait“. Wenn die Jugend es wüsste, wenn das Alter es könnte. Etwas in uns ist sonnenhaft, nicht nur sentimentales Gerede, sondern psychologische und physiologische Tatsache. Psychische Mittagsrevolution. Woran können wir uns halten, wovon müssen wir uns verabschieden, was ist verloren, was kann neu werden? Jung verwirft soziale Errungenschaften, Gelderwerb, Status, Nachkommenschaft, die Religion sowieso.

Also, so Jung, erwache sein ärztliches Gewissen. Und: er kommt zu ein paar Gedanken, die man, durchaus vergleichbar, wenige Jahrzehnte und einen Kulturbruch später, bei Victor E. Frankl und seiner ärztlichen Seelsorge und der von ihm begründeten Logotherapie und Existenzanalyse nachlesen kann: zielgerichtetes Leben besser als ein zielloses. Mit der Zeit vorwärts als gegen die Zeit rückwärtsgehen. Und Jung erteilt der Ratio und dem Intellekt eine Teilabsage: Volles Leben existiert nur in der Übereinstimmung unseres Denkens mit den Urbildern und Symbolen unseres Unbewussten. Raum für irrationale Gegebenheiten, für Imagination...Man kann sich diesen Gedanken öffnen oder verschließen. Als Pfarrerssohn ist ihm die Zeichenhaftigkeit, die ostkirchliche Mystik näher: Das Weihehafte, nicht die intellektuelle theologische Auseinandersetzung, das Pharmakon Athanasias im Abendmahl als Heilmittel der Unsterblichkeit.



Zum besten Alter gehört auch: ich hatte mich, weitgehend ahnungslos, im Frühjahr in Lindau für einen Wochenkurs zur „Aktiven Imagination nach CG Jung“ angemeldet - und fand mich zu meiner Überraschung in einem Kreis psychiatrischer und neurologischer Chefärzte mit biografischen und beruflichen Sorgen wieder. Eine Woche lang wurde sich nach einer geführten Gartenmeditation lustvoll der Suche nach verschiedenen Seelenportalen hingeeben. Schattenarbeit heißt das in der Analytischen Psychologie, sich auf die Suche nach dem ungelebten, unbefriedigten, möglicherweise auch dunklen Facetten des eigenen Lebens zu begeben.

Ach ja, Goethe. Eingeweihte wissen, dass ich mich schon mehr als ein Jahr mit Kurt Eisslers Goestudie herumschlage und dazu in der Klinik schon vorgetragen habe. Wen es interessiert: zu der Jahrzehnte umgreifenden Beziehung von Goethe zu Frau von Stein als Proto-Psychoanalyse. Ich komme aber immer noch nicht von dem besten Alter los.



In Wilhelm Meisters Wanderjahren, der Fortsetzung des Bildungsromans Wilhelm Meisters Lehrjahre, gibt es die Novelle „Der Mann von fünfzig Jahren“. Darin verlieben sich Vater und Sohn in die gleiche junge Frau. Beide ringen mit ihren Gefühlen, ihrer triebhaften Seite, der altersspezifischen Wahrnehmung und Veränderung von Körper und Vitalität. Der fünfzigjährige Vater, der Major, trifft seinen alten Freund, einen Schauspieler, eine mephistophelische Figur wieder. Der erzählt ihm von der lustvollen Leichtigkeit, mit der man sich der Jugend wieder anverwandelt. Der Major lernt, wie man mit allerhand Tiegeln und Töpfen die Jugend zurückbringt, dass lange Bäder am Morgen die Lebensgeister erfrischen. Er lernt, nicht nur einfach die Nachtmütze aufzusetzen, sondern erst ein Haarnetz zu benutzen. Und: Sich für das Ankleiden (übrigens: einer über Nacht plötzlich auf Figur geschnittenen Uniform) mehrere andächtige und selbstaufmerksame Stunden zu nehmen.

Mir macht die Auseinandersetzung mit dem Komischen, dem Witz, der Szene, der Überraschung, dem Uneindeutigen Freude.

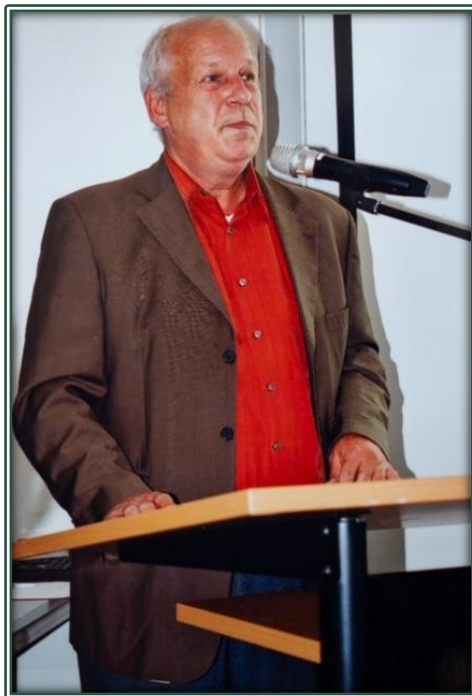
Ich hoffe, dass sich das künftigen Kandidatinnen und Kandidaten im Berliner Modell mitteilt. Ich schließe mit Goethe, „Ein Mann von fünfzig Jahren“:

*»Wie!« rief der Major, »du hast auch Stufen und Grade deiner Verjüngungskunst? Du hast noch Geheimnisse für die Eingeweihten?« - »Ganz gewiß!« versetzte jener. »Das müßte gar eine schlechte Kunst sein, die sich auf einmal fassen ließe, deren Letztes von demjenigen gleich geschaut werden könnte, der zuerst hereintritt.«*





Univ.-Prof. Dr. med. Martin Heinze



Chefarzt  
Zentrum für Seelische Gesundheit  
Immanuel Klinik Rüdersdorf  
Universitätsklinik der  
Medizinischen Hochschule Brandenburg

## Chancen einer psychodynamisch informierten psychiatrischen Praxis

---

Mein Beitrag zum Thema der psychodynamischen Psychotherapie in der Psychiatrie stellt angesichts des Rückblicks auf die 40 Jahre des Berliner Modells auch ein persönliches Resümee meiner Erfahrungen als Psychiater im Berliner Modell dar. Es folgt einigen spielerischen Stichworten, die den Gegenstand aufschließen sollen:

Vor-halte, Gegen-übertragungen und An-triebe. Alle drei beinhalten das Besondere, aber auch Widerspenstige der psychodynamischen Betrachtungsweise. Die ersten beiden Stichworte werde ich nur kurz beleuchten. Am Ende nehme ich mir für das letzte Stichwort, die An-triebe, etwas mehr Zeit.



Wenn ich hier nicht von psychodynamischer Psychotherapie spreche, sondern von psychodynamisch informierter *Praxis*, meint dies zweierlei: Nicht nur die vereinzelt eingestreute Psychotherapie in speziellen Settings der Psychiatrie sollte Ort der psychodynamischen Reflektion sein, sondern die ganze Praxis durch sie geprägt. Diese Praxis ist informiert; sie ist nicht allein eine Behandlungstechnik, sondern greift ins Größere im Sinne eines sie prägenden Weltverständnisses. Auszuweisen ist nicht nur, dass es eine (beliebige) Psychotherapie für die Psychiatrie braucht, sondern speziell die psychodynamische, die eine jegliche psychiatrische Institution vorhalten sollte. Dies wird in allen Vorträgen des Symposiums klar und dass z. B. meine Klinik eine tiefenpsychologische Ausbildung vorhält, hat damit zu tun. Ich bin der Überzeugung, dass – auch empirisch gesehen – der einzige Wirkfaktor der Psychotherapie die Beziehung ist, durch alle sie moderierenden Techniken hindurch. Dieser Wirkfaktor wird am klarsten in der psychodynamischen Psychotherapie angesprochen.

Sein Vorhalt prägt eine *Haltung*, die in einem Spannungsfeld mit der klassisch psychiatrischen Haltung steht, z. B. was die Versagung, die Aufrechterhaltung

eines Leidensdruckes und die Enthaltbarkeit gegenüber raschen Lösungen angeht. Eine solche Haltung beinhaltet eine Offenheit für den biographischen Erfahrungshintergrund der Patient\*Innen in Zusammenhang mit der Reflektion des eigenen biographischen Hintergrundes als Therapeut\*Innen. Das, und vieles mehr, ist zunächst eine *Zumutung* gegenüber dem einfachen, schematischen Lehrbuchwissen.

Statt vorgeblicher Klarheit ergeben sich erst einmal Unsicherheiten und Ambivalenzen und auch Verletzungen.

*„Überschaut man die Widerstände gegen die Psychoanalyse, so muss man sagen, nur ihr kleinerer Anteil ist von der Art, wie er sich gegen die meisten wissenschaftlichen Neuerungen von einigem Belang zu erheben pflegt. Der größere Anteil rührt davon her, dass durch den Inhalt der Lehre starke Gefühle der Menschheit verletzt worden sind.“* (Freud 1925e)<sup>1</sup>



Dies ist auszuhalten und wird begleitet durch Supervision, Lernen und Reflexion im Berliner Modell. Diese Dinge geben nicht nur Halt und therapeutische Sicherheit bei der Arbeit mit Patient\*innen, sondern auch Halt und Orientierung hinsichtlich des eigenen Lebensentwurfes. In diesem Sinne hatte ich meine erste Begegnung mit dem Berliner Modell vor 30 Jahren, 1993.

Der Wirkfaktor Beziehung leitet über zum zweiten Begriff, dem der Gegen-übertragung. Was da zwischen den Menschen auf der Ebene der „starken Gefühle der Menschheit“<sup>2</sup> passiert, ist ja ein Skandal, denn nicht ist klar, wer der Patient, wer Ich bin. Beide interagieren. Ihre Subjektivität verändert sich und Freiheitsräume des Erleben- und Sichverhaltens<sup>3</sup> wachsen, wenn alles gut geht. Wenngleich die sozialpsychiatrische Praxis Kind anderer Provenienz ist, so ist sie doch stets auf das Beziehungsgeschehen, die biographische Arbeit und die Affektivität bezogen.

Auch der Dialog meint eine gleichberechtigte, gleichschwebende Aufmerksamkeit, ebenso die nutzerorientierte Forschung oder die Wissensproduktion der Erfahrenen, also all die Dinge, die die Psychiatrie heute voranbringen.

Verbindend ist, dass wir uns stören lassen und auch unsere institutionelle Praxis. So war auch ich „gestört“ und herausgefordert, Sozialpsychiatrie und Psychodynamik zu verbinden.<sup>4</sup> Die beiderseitige Reflektion biographischer Anteile ist notwendigerweise eine Gemeinsame und die Haltung nicht hierarchisch. Hier findet sich bezüglich der Gegen-übertragung ebenso wie bei den Vorhalten wiederum eine Ambivalenz. Hat nicht, so die Kritiker wie Wolfgang Cremorius, die psychoanalytische Institutionsbildung ein hohes Gefälle zwischen dem wissenden Psychoanalytiker und dem passiven Patienten hervorgebracht?<sup>5</sup> Ist die Psychoanalyse nicht *die* normative Wissenschaft schlechthin, die uns das bürgerliche Familienmodell als einzig anstrebenswert erscheinen lässt?



Mit so etwas hadert man als Ausbildungskandidat, so tat ich es auch. Allerdings, so auch Cremerius, ist dies nicht Freud, sondern das, was die nach Wirkungsmacht strebenden Psychoanalytiker daraus gemacht haben. Wo blieb die Einsicht, dass wir alle von Natur aus bisexuelle Anlagen haben beim Ausschluss von Ausbildungskandidaten und auch bei den vorschnellen Bewertungen von Patient\*Innen? Das Progressive dagegen verschwindet uns immer wieder auch heute. Hier in der Ausbildung und in der Praxis muss es immer wieder neu erinnert werden.

Ich komme zu meinem letzten Stichwort, dem des Antriebs. Mich prägte schon vor dem Berliner Modell die Züricher Schule des Psychoanalytischen Seminars in der Quellenstraße<sup>6</sup>,

Morgenthaler, Parin, Passet und Rothschild. Diese Welt war anders, nicht standardisiert, wilder und irgendwie freier. Erst später verstand ich, welche theoretischen Positionen hier eingenommen waren, nämlich das Primat des Triebgeschehens, die Einsichten, die Libido nicht vorschnell zu entschärfen, sondern den Primärprozessen ihren Raum zu geben und gellend mit dem Ich zu verbinden.

*„Unter der Diktatur der Sexualität, welche Form sie auch im Laufe der Entwicklung annimmt, ob heterosexuell, homosexuell, autoerotisch, pervers, ob passiv-masochistisch, aggressiv, sadistisch, promiskuös, religiös-asketisch, animistisch, mystisch oder transzendental, wird die Liebesfähigkeit einer Belastung unterworfen, der sie kaum standzuhalten vermag. Sie kann sich nur entwickeln und beibehalten werden, wenn die primärprozesshaften Triebregungen einen freien und breiten Zugang zum Erleben haben. In der psychosexuellen Entwicklung des Menschen hat das Primat des Primärprozesses eine ungleich größere Bedeutung als das von der Psychoanalyse ins Zentrum gestellte Primat der Genitalität.“ (Morgenthaler 1984)<sup>7</sup>*

Kritische Denker der Psychoanalyse, wie Berthold Rothschild und andere an der Quellenstraße stellten fest, dass bei der Integration tiefenpsychologischen Wissens in die standardisierte Klinik mit ihrem oft unzureichenden Verstehenshintergrund die psychiatrische Normierung der Psychoanalyse den Garaus gemacht habe, so beschrieben als ein Austreiben des Sexuellen aus der Psychoanalyse.



In Folge positivistischer und kognitivistischer Paradigmen verschwand zunehmend Leiblichkeit und erotisches Denken auch aus den Psychotherapien. Das wäre ein eigenes Thema.

In der Praxis fällt es mir trotz dieser Einsicht oft schwer, Triebregungen als solche anzusprechen, z. B. in einer Supervisionssituation, und die großen Sehnsüchte der Liebe auch für die Beschreibung eines therapeutischen Geschehens in Betracht zu ziehen. Das korrespondiert mit etwas, was wir auch in der Gesellschaft sehen, einer neuen Prüderie, wenngleich oft unter der Flagge der politischen Korrektheit versteckt. Einen Artikel aus der Züricher Zeit zu Foucault und Morgenthaller habe ich auf Einladung der Zeitschrift „Psychoanalysis and History“ nach 25 Jahren erneut herausgebracht und mit einem Nachwort versehen.<sup>8</sup>



Dabei habe ich auf einen Vorgang verwiesen, der mich vor einigen Jahren mitgenommen hat. Ein Gedicht an der Fassade der Alice Salomon Hochschule wurde entfernt.

Das Gedicht beschreibt eine Allee, dann Blumen an dieser Allee, dann die Allee mit Blumen und Frauen und schließlich in der letzten Zeile einen Bewunderer, der sich daran erfreut.

Das Gedicht, so die Studierenden, beschreibe einen grammatikalisch männlichen Bewunderer von Blumen und Frauen. Es sei ein Loblied auf den weiblichen Körper (der allerdings nirgends angesprochen ist) und somit sexistisch. Es konnte nicht toleriert werden. Ich fragte mich, wie stark man die Geschlechterspannung reduzieren und nivellieren kann, ohne dass die produktive libidinöse Triebhaftigkeit verloren geht. Denn gleichzeitig las ich Klaus Heinrichs Medusa<sup>9</sup>, der an dieser Figur darlegt, wie sehr die Geschlechtlichkeit Triebfeder unserer Welterschließung ist. Trieb ist auch An-trieb, um sich mit der Welt auseinanderzusetzen. Der Umgang damit steht immer in Zusammenhang mit Machtverhältnissen, mit dem, wie man uns „zurechtmacht“ (Heiter 2008).<sup>10</sup>

*Manche Psychoanalytiker scheinen zu meinen, dass die Befreiung des Sexuellen, die sie in der Analyse anstreben, möglich ist, ohne dass es zu solchen emanzipatorischen Bewegungen kommt. Die emotionelle Befreiung von erlittener und verinnerlichter Unterdrückung des Sexuellen habe nichts mit der vernünftigen Anpassung und der Unterwerfung unter bestehende Herrschaftsverhältnisse zu tun. Die Mächtigen dieser Welt, die politisch tätig sind und ideologische Regeln festsetzen und verkünden, sind anderer Ansicht. Meines Wissens hat in neuerer Zeit noch jede konservative oder reaktionäre politische Richtung, die zur Macht kam, darauf geachtet, dass moralische Regeln, Gesetze und Repressionen gegen sexuelles Verhalten aufgestellt und durchgesetzt wurden. Solche Mächte scheinen zu wissen, dass die Unterdrückung des Sexuellen zu ihrer Sicherung nötig ist.“ (Parin 1986)<sup>11</sup>*

Ich brauche nicht zu betonen, dass auch heute, wie historisch stets, autoritäre Regime Frauenrechte unterdrücken und auch die sexuelle Selbstbestimmung, die das gemeinsame Feindbild von toxisch männlichen Führern ist.

In einem früheren Heft von „Psychoanalysis and History“<sup>12</sup> wurde auch der meines Erachtens schönste Vortrag neu abgedruckt, den ich mir zum Thema der Bedeutung psychodynamischen Denkens in der Psychiatrie denken kann, der von Berthold Rothschild aus dem Jahre 1992: „Der Verratene Liebhaber - Psychoanalyse und Aufklärung: Wer trennt sich von wem?“. Rothschild lässt eine ältere Frau sprechen, die damals fast 100 Jahre alt ist und sich Psychoanalyse nennt. Sie beschreibt ihre Eltern: den nicht immer einfachen und sehr widersprüchlichen Vater Sigmund und ihre Unsicherheit bezüglich ihrer Mutter, die entweder die Aufklärung oder die Romantik sei. Diese ältere Frau beschreibt Grenzüberschreitungen in alle Richtungen. Sie hat ein lust- aber auch leidvolles Leben und viele Liebhaber im Bett, die „Psychoanalytiker“ genannt werden wollen.



Sie erlebte Krisen, von denen sie nennt: Ausschwitz, Sozialismus, Technologisierung, die Aporie des Feminismus oder das post-moderne Denken. Aber unsere Protagonistin schaut weiterhin gespannt in ihre Zukunft - unnachgiebig, ungezähmt, ungebrochen und voller Lebenslust. Sie zieht folgendes Resümee:

*„Als alte Frau mit enormer und reicher Erfahrung in Verführungen aller Art bin ich glücklich und dankbar für die unzähligen Abenteuer, Schwärmereien und Liaisons, die ich erlebt habe. Aber am wohlsten fühle ich mich heute, wenn ich mich in dem Bereich finde und wiedererkenne, in dem sich meine alltäglichen Tätigkeiten abspielen: in der therapeutischen Praxis, in der klinischen Beobachtung und auch im Interesse für gesellschaftliches und kulturelles Tun; insofern ich sie verstehe und etwas Nützliches hinzuzufügen habe.“* (Rothschild 2018, S. 25)

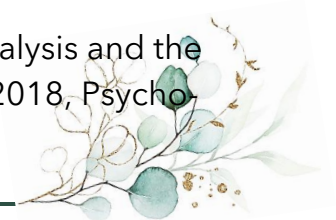
Aber, nach 127 Jahren, wird ihr auch ihre Endlichkeit bewusst:

*„Mir war nicht bewusst, dass ich so viele treue Kinder hatte. Ich kann mich trotz meiner zuverlässigen Tagebücher kaum an die Nächte erinnern, in denen ich sie empfangen habe. Aber vielleicht sind sie alle weggegangen und haben ihre Schäfchen ins Trockene gebracht, weil sie die Aussicht auf meine Sterblichkeit fürchteten. Nicht nur meine. Vielleicht wäre es auch für die Aufklärung besser gelaufen, wenn wir uns nur mit der Möglichkeit unserer Vergänglichkeit auseinandergesetzt hätten. Nicht, weil wir sterben wollen, und nicht, weil wir uns mit dem Tod abgefunden haben. Aber weil der Begriff der Vergänglichkeit eine generative Potenz enthält, einen Willen, in den Abgrund zu blicken: Ich werde die Hölle in Bewegung setzen ...“* (ebd. S. 27)

So das Zitat einer älteren Frau, von der wir noch viel zu lernen haben.



- 1 Freud, S.: Die Widerstände gegen die Psychoanalyse. In: Gesammelte Werke, Bd. 14. 1948, S. Fischer, Frankfurt am Main, S. 99 ff.
- 2 [Aber der] „größere Anteil rührt davon her, daß durch den Inhalt der Lehre starke Gefühle der Menschheit verletzt worden sind.“ (Freud, S.: Eine Schwierigkeit der Psychoanalyse. In: Imago. Zeitschrift für Anwendung der Psychoanalyse auf die Geisteswissenschaften, Bd. V. 1917, S. 1 - 7.
- 3 „Gegenstand der Psychopathologie ist nicht „abweichendes Verhalten“ sondern - wenn schon nur auf das Verhalten bezogen - eine Vielfalt von Beeinträchtigungen des Sichverhaltenskönnens. Das ist etwas ganz anderes. ... Es geht nicht darum, ob jemand sich so oder so verhält, nicht um Verhalten als fertiges Produkt, sondern um Freiheitsgrade im Produzierenkönnen eines wie auch immer gearteten Verhaltens. Nicht ob jemand sich ab-weichend (unangepasst) verhält, ist psychopathologisches Problem ... sondern ob er sich nicht angepasst oder auch (wenn es Gründe dafür gibt) sich nicht unangepasst verhalten kann. Auf das Können bzw. Nichtkönnen kommt es an.“  
Blankenburg, W.: Grundlagenprobleme der Psychopathologie. 1978, Nervenarzt 492, S. 140 - 146.
- 4 Als Ergebnis dieser Zeit: Heinze, M.; Priebe, St. (Hrsg.): Störfried Subjektivität. Subjektivität und Objektivität als Begriffe psychiatrischen Denkens. 1996, Königshausen & Neumann, Würzburg.
- 5 Vgl. Cremerius, J.: Ein Leben als Psychoanalytiker in Deutschland. Hrsg. Mauser, W. unter Mitwirkung von Lange-Kirchheim, A.; Pfeiffer, J.; Pietzcker, C.; Strasser, P. 2005, Königshausen & Neumann, Würzburg.
- 6 <https://www.psychanalyse-zuerich.ch/>
- 7 Morgenthaler, F.: Homosexualität, Heterosexualität, Perversion; mit einem Vorwort von Hans-Jürgen Heinrichs. 1984, Qumran, Frankfurt/Paris.
- 8 Vgl. Heinze, M.; Foucault, M. - Morgenthaler, F.: Homosexuality and Freedom, from the Perspectives of Philosophy and Psychoanalysis. In: Psychoanalysis and History. 2020, Vol. 22(1), S. 103 - 125.
- 9 Heinrich, K.: Floß der Medusa - Drei Studien zur Faszinationsgeschichte. 2014, ça ira, Freiburg.
- 10 Heiter, B.: Leute zurechtmachen. Über Praktiken neoliberaler Gouvernementalität. In: Selbst und Selbstverlust. Psychopathologische, neurowissenschaftliche und kulturphilosophische Perspektiven. Hrsg. Quadflieg, D. 2008, Parodos, Berlin, S. 219 - 237.
- 11 Parin, P. mit Parin-Matthèy, G.: Subjekt im Widerspruch. 1986, Syndikat, Frankfurt am Main.
- 12 Rothschild, B.: The Betrayed Lover: Psychoanalysis and the Enlightenment: Who Broke Up with Whom? 2018, Psychoanalysis and History, Vol. 20(1), S. 5 - 21.





## Dr. med. Andreas Dieckmann



Arzt für Neurologie und Psychiatrie - Psychotherapie  
- Psychoanalyse - Sozialmedizin  
Privatpraxis  
ehem. Chefarzt der Hartmut-Spittler-Fachklinik -  
Entwöhnungstherapie  
am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum

## Psychoanalyse für das Leben Dank an Doris Bolk-Weischedel

---

Nun stehe ich hier und möchte anders!

Unsere in diesen Zeiten besonders kleine, freilich jedoch exklusive Welt des Berliner Modells erwartet jetzt - wahrscheinlich sogar völlig zu Recht - wohlbedachte Worte über das Ausbildungsmodell und zu Ehren von Frau Dr. Doris Bolk-Weischedel, die diesen speziellen Weinberg tiefenpsychologischer Bildungsvermittlung 40 Jahre lang erntereich bestellt hat.



Ich dagegen würde – statt krampfhaft auf eine weitere Abstraktionsebene abzuheben, um 12 Minuten nicht zu überschreiten – Dich, liebe Doris, stattdessen am liebsten in den Arm nehmen und Dir einfach nur danken für die Gründung und dauerhafte treue Moderation der psychodynamischen Haltungsbildung vieler Generationen von Psychiaterinnen und Psychiatern. Ich würde Dir gerne sagen, dass ich Dich als Geschenk an die Psychiatrie empfinde, Dich dafür liebe und zwei oder drei Tränen über mein Gesicht laufen lassen.

So, diesen schmalen Ansatz eines kleinen Konventionsbruchs habe ich mir erlaubt.

Nun denn!

Liebe Doris, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr verehrten Damen und Herren!

Es ging heute hier um die Frage, inwieweit klassische Psychiatrie und Psychodynamik miteinander vereinbar sind. Dazu wurden interessante Gedanken formuliert. Zuletzt wieder, mit der Verbreitung psychodynamischer Psychotherapie, konnten wir uns der

Vorteile für einen günstigen Genesungsverlauf Betroffener vergewissern.

Andererseits haben sich tiefenpsychologisch fundierte Konzepte für die klinische Versorgung noch immer mit einem gewissen Argwohn auseinanderzusetzen. Davon hat das Grußwort der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, vorgetragen von Dr. Richter ein irritierendes Zeugnis abgelegt. Die Vorstellung, man könne die komplexen Interaktionen zwischen Patient:in und Therapeut:in sich mit dem Begriff der Evidenz fassen, hat Tschuschke (2005, 2009) ebenso als unzureichend entlarvt, wie die alleinige Behandlung von Störungsbildern mittels Therapiemodulen. Das geht an der Realität von psychischer Komorbidität und individueller Vieldimensionalität vorbei.



Ich habe die stationäre Psychiatrie in den 1960er Jahren kennengelernt, als die Patientinnen und Patienten Fleisch mit einem Blechlöffel in bissgerechte Stücke zu verwandeln versuchten, ich habe den Aufbruch für eine Psychiatrie-Reform der 1970er hoffnungsvoll beobachtet, seit den 1980ern aber auch in einer psychodynamisch geführten Klinik mitmischen dürfen. Daher weiß ich von den heute gelebten erfolgreichen Weiterentwicklungen, jedoch auch von den kaum versteckten Wüsten einer psychiatrisch-psychodynamischen Kultur, ein Beispiel für die Erfahrung, dass Kultur und Haltungen permanent gepflegt werden müssen, um ihren Bestand zu sichern und nie endgültig erreicht sind.

Positive und zugewandte Veränderungen in Richtung auf ein biopsychosoziales Verständnis der Psychiatrie gestalten und tragen Menschen mit Haltungen, Menschen mit einer ganzheitlichen Sicht, Menschen mit der Fähigkeit zum Perspektivwechsel und, wie man heute zusammenfassen kann, Menschen, denen es gegeben ist, günstigenfalls mit einem Schuss an Philanthropie, zu mentalisieren.



Frau Dr. Doris Bolk-Weischedel ist so ein Exemplar von Mensch, die, das darf ich sagen, nicht in begünstigten Verhältnissen die Umgebung für ihre persönliche und berufliche Entwicklung fand, sich aber in einem großen, als zusammengehörig verstehenden Familienverband g e l i e b t fühlte - geliebt, die Basis für eine reife Selbstgewissheit und Selbstwirksamkeit.

Die Vorfahren der Familie Weischedel erwarben über Jahrhunderte im Frondienst als Weingärtner ihren Lebensunterhalt. In der aufblühenden Metallindustrie im süddeutschen Raum um Neunzehnhundert lernten Großvater und Vater von Doris Berufe, was ihren Vater in der Weimarer Zeit zu politischem und gewerkschaftlichem Engagement führte. Nach dem 1933 erzwungenen Rückzug ins Private erwarben die Eltern einen Weinberg, in der Nazizeit Ort für konspirative Treffen mit Freunden, für die Familie später für gemeinsame Arbeit und Zusammenhalt. Vor diesem Hintergrund wurden Doris und ihre Schwester geprägt von der Maxime der Mutter: es geht uns nur gut, wenn's auch anderen gut geht und der Überzeugung des Vaters, dass die

Arbeiterschaft solidarisch für bessere gesellschaftliche Verhältnisse eintreten muss. Und Bildung war wichtig...

So ist es nicht verwunderlich, dass die Schwestern später im Studium im Vorfeld der 1968er ebenfalls politisch aktiv waren und seit dem Tod des Vaters den Weinberg betreuen. Die Ernte, der Wein, wird bis heute im Sommer in ihrer Besenwirtschaft, betreut von der Schwester, ausgeschenkt.

Offenbar hat der Aufforderungscharakter der Welt ihr hinreichend Anreize für die Entwicklung von Ehrgeiz geboten, nicht festgelegt auf ein bestimmtes Gebiet oder das Ego, vielmehr mit vollem Interesse und dem neugierigen Wunsch weiterzukommen und teilzuhaben. Ihre berufliche Entwicklung war dementsprechend eher bunt als geradlinig. Hätten Sie sich etwa vorstellen können, gleichzeitig so scheinbar differente Fächer wie Germanistik und Medizin gleichzeitig zu studieren?

Doris entwickelte über die Neugier am eigenen inneren Erleben, aber auch an der Beobachtung ihrer Umwelt ein ganzheitliches und weitsichtiges Denken,

das sie später zu einer „Realo“ in der psychoanalytischen Szene hat werden lassen, ein Schimpfwort unter den Dogmatikern, eine Ehrung für eine Ärztin.

Übrigens hat sogar ein gewisser eigensinniger Sigmund Freud (1919) Dogmatiker kritisch gesehen und in einem Vortrag formuliert:

*„Sie wissen, wir waren nie stolz auf die Vollständigkeit und Abgeschlossenheit unseres Könnens und Wissens; wir sind, wie früher so auch jetzt, immer bereit, die Unvollkommenheit unserer Erkenntnis zuzugeben, neues dazuzulernen und an unserem Vorgehen abzuändern, was sich durch Besseres ersetzen lässt.“*

Ob man ihm das so einfach abnehmen kann, das ist eine andere Geschichte. Frau Bolk-Weisedel jedenfalls nutzt die tiefenpsychologischen Erkenntnisse der Psychoanalyse für die Genesung von Patienten, nicht für die Reinheit der Lehre (vgl. Weissberg, 2020). Ihr persönliches Erleben der Existenz des Unbewussten war eine der Einstiegspforte in das faszinierende Reich der Psychoanalyse.



Auf der zu ihrer Zeit der Facharztausbildung in der Psychiatrie sogenannten Chroniker-Station wurde sie praktisch aktiv. Sie organisierte Ausflüge der Patienten heraus aus der künstlichen Psychiatrie-Blase, ja sogar weitgehend selbständig organisierte Reisen mit den Patienten. Sie entinfantilisierte das Stationsmilieu und erlebte die allmähliche Lösung der Betroffenen aus der hochregressiven Situation, die von Widerstand gegen jegliche Veränderung geprägt war. Sie erlebte, dass ihr psychodynamischer Ansatz in der stationären psychiatrischen Behandlung eine progressive Veränderung mit Nachhaltigkeit initiieren kann. Ein wenig Revoluzzertum ist der Beginn einer neuen Kontinuität von Genesung.

Als ebenso erfolgreich erwies sich das Rooming-in-Programm, welches sie in der psychiatrischen Universitätsklinik mit Zustimmung von Prof. Hanfried Helmchen zunächst nur für einen Einzelfall entwickelte. Das Neugeborene wurde auf die psychiatrische Station der Mutter mit aufgenommen und betreut. In den darauffolgenden Jahren wurden über

sechzig an postpartaler Depression erkrankte Mütter mit ihren Säuglingen aufgenommen und stationär behandelt. Heute wissen wir über Studien von den Erfolgen für die Entwicklung des Kindes und den Krankheitsverlauf der Mutter. Standard ist das immer noch nicht.

Neben dem psychodynamischen Einsatz in der Psychiatrie und sogar in der neurologischen Assistentinnen-Zeit war und ist sie dann auch in der Szene der psychoanalytischen Ausbildungsinstitute tätig und zeichnete sich dadurch aus, dass sie ihren Realkurs in der Praxis beibehält und damit manche Institutskrise günstig beeinflusst und vor allem in die Verantwortung geht, wenn sich niemand für knifflige Herausforderungen findet. Dass ein selbstbewusstes Engagement auch und gerade in diesen Kreisen nicht ohne Kränkungen verläuft, lässt sich denken.

Dass Du, Doris diese Kränkungen aber auch schmerzlich wahrgenommen, ja daran gelitten hast und dennoch Beziehungen für das Ziel eher aufrechterhalten als abgebrochen hast, ist ein durch nichts zu ersetzender integraler Zug Deiner Persönlichkeit.



Das hat in Dir Spuren hinterlassen, ebenso wie Du solche in der Entwicklung einer psychodynamischen Psychiatrie in Berlin gesetzt hast.

Es gäbe noch so viel Spannendes über die Person Doris Bolk-Weischedel zu berichten. In diesem Rahmen geht es aber „nur“ um ihre 40-jährige Arbeit für den Ausbildungsverbund „Berliner Modell“ im Minutendurchlauf. Die Gründung und Moderation ist die Leistung, für die wir uns heute bedanken wollen.

Frau Dr. Bolk-Weischedel hat diesen Ausbildungsverbund über 40 Jahre er- und zusammengehalten und die Kontinuität mit der inhaltlichen Integration der Weiterentwicklung psychoanalytischer Theorien in das strukturierte Ausbildungsprogramm verbunden. Sie verfügt über eine von ihrer Persönlichkeit getragene überzeugende Dominanz, die der Wirksamkeit dient, aber weit von autoritärem Handeln entfernt ist. Zu Beginn so mancher Diskussion im Ausbildungsverbund hatte ich eine konträre Meinung zu Doris, am Ende hat sie mich in 80 Prozent der Fälle überzeugt. Und das liegt nicht an den wunderbaren Mahlzeiten, mit denen sie manche Zusammenkunft genussvoller gestaltete.

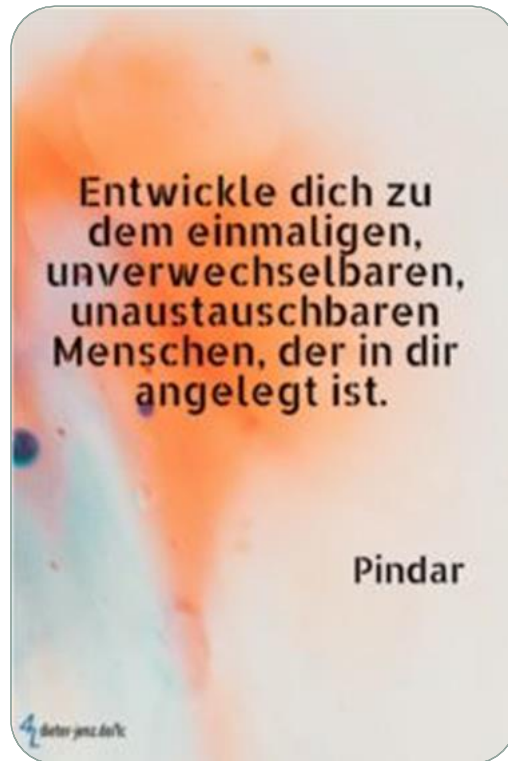
Nein, sie ist einfach selbstbewusst, klar und unauffällig optimistisch, sie ist verletzbar, aber beziehungsstabil und achtet darauf, dass niemand im sozialen Kontext verloren geht. Und nein, sie ist keine Feministin, soweit mir dazu ein Urteil zusteht. Als berufstätige Mutter kam sie sich ganz offensichtlich nicht benachteiligt vor. In den meist männer-dominierten Gruppen und Dienststellen fand sie ihren Platz mit Überzeugungskraft und Durchsetzungsfähigkeit. Sie muss wohl in ihrem hier nicht annähernd vollständig erzählten Lebenslauf die Erfahrung gesammelt haben, dass die Psychoanalyse nicht schwarz zu weiß werden lässt, sondern dazu beitragen kann, dass man sich seinem wahren Selbst etwas mehr nähert.

Erfolg ist nicht die Macht, sondern die Ebnung und Pflege des Weges, auf dem möglichst niemand verloren geht. Vielleicht ist es auch diese innere Einstellung (Dieckmann, 2014), wofür sie ihre unerschütterlich scheinende Energie zur Verfügung stellt.

40 Jahre Kontinuität und Entwicklung im „Berliner Modell“ haben einen Namen: Dr. Doris Bolk-Weischedel. Ein Mensch mit Erfolg, der andere Menschen erfolgreich werden lässt.



Ein Wort an Herrn Kwalek: André! Nach all dem bleibt: Sei der, der Du bist! Von Pindar (Skizze) bis Winnicott (1965) haben das viele kluge Leute empfohlen.



Skizze

Das scheint mir eine brauchbare Lehre aus der Doris-Ära.

Viel Erfolg!

Liebe Doris, danke, dass es Dich gibt!



## Literatur

---

Freud, S.: Die Widerstände gegen die Psychoanalyse. In: Gesammelte Werke, Bd. 14. 1948, S. Fischer, Frankfurt am Main, S. 99 ff.

Dieckmann, A.: Die innere Einstellung des Therapeuten - ein Wirksamkeitsfaktor? Folienvortrag bei der 100. Wissenschaftlichen Jahrestagung, 12./13.03.2014. 2014, Berlin.

Freud, S.: Wege der psychoanalytischen Therapie. In: Freud, S.: Schriften zur Behandlungstechnik. Studienausgabe. 1919a, Fischer.

Tschuschke, V.: Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. 2005, Psychotherapeuten-Journal, 2, S. 106 - 115.

Tschuschke, V. et al.: Psychotherapieforschung - Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz. 2009, Psychotherapieforum 17. Artikel Nr. 160.

Weissberg, R.: Das reine Gold der «tendenzenlosen» Analyse, die Kupferlegierung der «suggestiven» Therapie oder: mit welchen Rohstoffen operiert die Freud'sche Analyse? 2020, DOI 10.18754/jfp.49.5.

Winnicott, D.: Ego Distorsion in Terms of True and false Self. In: The Maturation Processes and the Facilitating Environment. Studies in the Theory of emotional Development. In: The International Psycho-Analytical Library. Band 64. 1965, The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, S. 1 - 276.





## Dr. med. Doris Bolk-Weischedel

Koordinatorin des Berliner Modells

Nervenärztin und Fachärztin für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie, Psychoanalyse / Privatpraxis  
ehem. Oberärztin in der Psychiatrischen Klinik  
der Freien Universität Berlin, Eschenallee



&

## Dr. med. André Kwalek

Chefarzt

Abteilungen Psychiatrie und Psychotherapie  
der Schlosspark-Klinik und Park-Klinik Sophie Charlotte

## „Stirb und Werde“ Übergabe des 'Berliner Modells' an Dr. André Kwalek

---

Lieber Andreas,

ich danke Dir sehr herzlich für Deine Würdigung meines Engagements für das BERLINER MODELL.

Dass das BERLINER MODELL bis heute Bestand hat und hoffentlich auch weiter bestehen wird, ist ja nicht nur meiner Person zu verdanken. Über die Jahre gab es viele Menschen, die dazu beigetragen haben: die befugten ChefärztInnen, die DozentInnen, die bereits erwähnten Gastgeber Professor Dr. Helmchen, Professor Dr. Stoffels und Professor Dr. Heinz. An dieser Stelle Ihnen allen herzlichen Dank!



Ein weiterer Grund ist sicher, dass uns das Amtsgericht Charlottenburg die Gründung eines eingetragenen Vereins verweigert hat: wir sind steuerrechtlich ein „nicht eingetragener Verein“, haben deshalb keine Mitgliederversammlungen, Vorstandswahlen etc. mit den häufig damit verbundenen persönlichen Verwicklungen; die rechtliche Verantwortung liegt allein bei dem jeweilig befugten Chefarzt bzw. bei der Chefärztin.

Was hat mich dazu bewogen, als Koordinatorin so lange tätig zu sein? Die organisatorische Arbeit fiel mir leicht und sie hat mir auch viel Befriedigung und Spaß gebracht im Austausch mit Kolleginnen und Kollegen, aber auch beim Kennenlernen von so vielen jungen Menschen mit großem Interesse für die Wirksamkeit des Unbewussten.

In den letzten Jahren haben sich die Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie des Alexianer Krankenhauses Hedwigshöhe, der Vivantes-Kliniken Neukölln und AVK sowie der Martin-Gropius-Klinik im brandenburgischen Eberswalde angeschlossen. Gleichzeitig stieg bei den werdenden Fachärzten das Interesse für psychodynamische Psychotherapie in

erheblichem Maße, sodass es sich aus verschiedenen Gründen anbot, mit Beginn des Lockdowns die Seminare im Videosetting zu vermitteln. Mit Vor- und Nachteilen sind wir damit im Internet-Zeitalter angekommen.

Für mich ist es der richtige Zeitpunkt, die Koordination in neue Hände zu geben; das bedeutet das „Stirb“, aber nur in der Hoffnung auf ein nachhaltiges „Werde“.

Ich musste lange nach einer Nachfolgerin oder einem Nachfolger suchen, plötzlich tauchte einer auf: deutlich jünger als ich, ein Mann in den besten Jahren, voller Schaffenskraft, engagiert für Psychoanalyse und psychodynamische Psychotherapie, erfahren im Umgang mit Menschen, Chefarzt von zwei Kliniken – Sie wissen, wen ich meine.

Ich hab' ihn gefragt und er hat JA gesagt!

André, Du glaubst nicht, wie erleichtert ich war und bin über Deine Zusage!



Voller Vertrauen in Dich und Deine Möglichkeiten zur Fortführung und weiteren Gestaltung des BERLINER MODELLs übergebe ich Dir hier meinen kleinen blauen Ordner mit unserem Studienbuch und den Seminarplänen der letzten fünfzehn Kurse und einen Stick, der alles Notwendige beinhaltet.

Ich danke Dir und mach's gut mit Deiner Mannschaft.

Und Dank an alle, die hier mitgeholfen haben, vor allem an Frau Hirt und an Frau Kromminga.



*Thank you!*



## Ein Blick auf das Kommende...



Vivian Hirt

*„Die reinste Form des Wahnsinns ist es,  
alles beim Alten zu lassen und zu hoffen,  
dass sich etwas ändert.“  
(Albert Einstein)*

## Nachwort

---

Liebe Frau Bolk-Weisedel,

40 Jahre Berliner Modell - es war und ist mir eine Freude und Ehre, Sie bereits seit Frühjahr 2022 bei der Organisation dieses Jubiläumssymposiums zu unterstützen und Ihnen tatkräftig unter die Arme zu greifen.

Ihnen liebe Frau Bolk-Weisedel danke ich von Herzen für Ihr Vertrauen, das Sie in mich setzen, Herrn Dr. Kwalek bei seiner neuen Aufgabe - die Übernahme der Koordination des BERLINER MODELLs - aktiv zu unterstützen.



Das Jubiläumssymposium und damit verbunden die Erstellung dieser Broschüre „Psychodynamische Psychotherapie in der Psychiatrie: Vision, Illusion, Realität? - 40 Jahre BERLINER MODELL“ stellen den Anfang dieser spannenden Reise dar.

Sie stehen mir nach wie vor mit Rat und Tat zur Seite, haben immer ein offenes Ohr und versorgen mich mit zahlreichen Tipps und Tricks rund um das Berliner Modell. Auch dafür gilt Ihnen mein größter Dank.

Liebe Frau Bolk-Weischedel, für die vor Ihnen liegende, sicher nicht minder spannende Zeit wünsche ich Ihnen viele wundervolle Momente und Begegnungen, genießen Sie die frei gewordene Zeit mit Ihrer Familie und bleiben Sie offen für alles Neue!



Lieber Herr Kwalek,

die Übergabe des BERLINER MODELLs durch Frau Bolk-Weischedel an Sie bedeutete auch für mich eine neue Herausforderung, die ich gern mit großer Freude, dem gebührenden Respekt, mit Leidenschaft, Kreativität, Charme und Engagement annehme, um gemeinsam mit Ihnen Herr Kwalek das BERLINER MODELL so erfolgreich und im Sinne der Gründungsmitglieder fortzuführen.

Herzlich, Ihre *Bianca Di*



Februar 2024



### BERLINER MODELL

Gemeinsame Psychotherapie-Weiterbildung  
zur/zum Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
(Vertiefungsgebiet TfP) / Zusatzbezeichnung Psychotherapie  
Koordination und Auskunft

Dr. med. André Kwalek

c/o Schlosspark-Klinik

Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie

Heubnerweg 2 • 14059 Berlin

Telefon: (0 30) 32 64 27 17

Telefax: (0 30) 32 64 13 50

E-Mail: [andre.kwalek@parkkliniken.de](mailto:andre.kwalek@parkkliniken.de) / [psychiatrie-charlottenburg@parkkliniken.de](mailto:psychiatrie-charlottenburg@parkkliniken.de)



#### Redaktion:

Doris Bolk-Weisedel

André Kwalek

Vivian Hirt

#### Fotos:

Doris Bolk-Weisedel

Vivian Hirt

Eberhard Jung

- \* Verwendungszustimmung / Foto  
persönlich für Verwendung zur  
Verfügung gestellt

#### Layout:

Vivian Hirt

#### Druck:

Druck & Werbung Berlin

Lothar Schwarzer GbR

#### Urheberrechtshinweis:

Alle Inhalte dieser Jubiläumsbroschüre "Psychodynamische Psychotherapie in der Psychiatrie: Vision, Illusion, Realität? – 40 Jahre Berliner Modell –", insbesondere Texte, Fotografien und Grafiken, sind urheberrechtlich geschützt. Das Urheberrecht liegt, soweit nicht ausdrücklich anders gekennzeichnet, bei den beteiligten Personen. Die Nutzung oder Verwertung sind nur mit vorheriger ausdrücklicher Genehmigung möglich. Bitte fragen Sie uns unter den genannten Kontaktdaten, falls Sie die Inhalte verwenden möchten.





## Berliner Modell

Teilgebietsweiterbildung Psychotherapie (Vertiefungsgebiet TfP) / Zusatzbezeichnung Psychotherapie