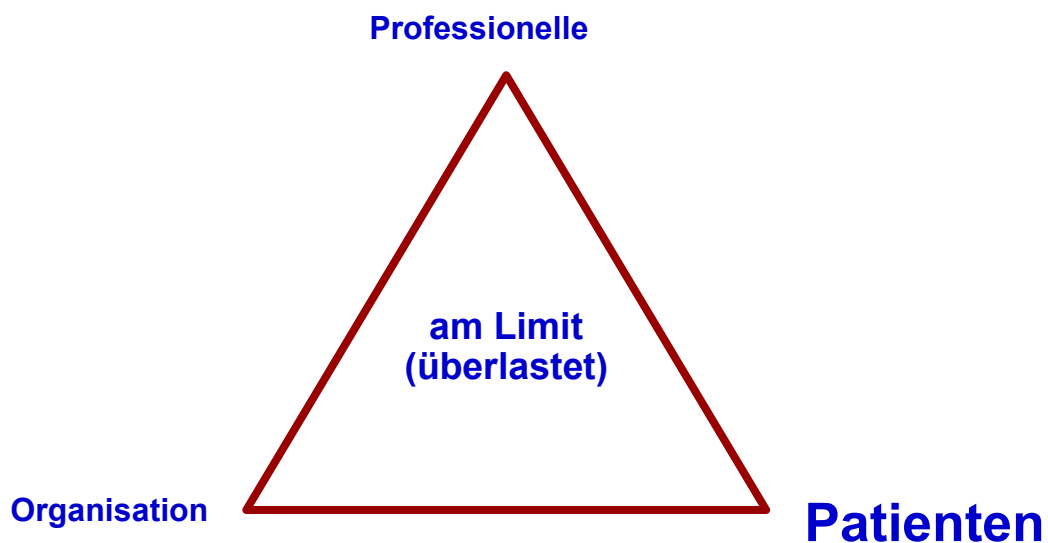


# Über die Belastung und die Freude in der Psychodynamischen Psychiatrie zu arbeiten\*

Dr. Rudolf Heltzel, Bremen

Ich trage meine Gedanken in zwei Abschnitten vor: In der *ersten Hälfte* meines Referates wird es um die spezifischen Belastungen und Zumutungen gehen, mit denen Ihre Arbeit verbunden ist. Im *zweiten Teil* werde ich über eine Frage nachdenken, über die seltener gesprochen wird: Inwiefern nämlich die Arbeit in der Psychodynamischen Psychiatrie Freude (eine Art tiefer Befriedigung) bereiten kann. Im Arbeitsalltag sind beide Aspekte (die Belastung wie die Freude) allerdings nicht scharf getrennt. Oft liegen sie sehr nah beieinander, oder die eine Seite (die Freude) ist ohne die andere (die Anstrengung) nicht zu haben. Darauf werde ich später eingehen.

Um einen ersten Überblick zu geben, steige ich mit einem einfachen Schaubild ein:



Wir sind uns da vermutlich einig: Die Arbeit in der Psychodynamischen Psychiatrie kann die Beteiligten an die Grenze ihrer Belastbarkeit und darüber hinaus bringen. Das Dreieck verdeutlicht nun, von welchen Einflüssen dies abhängt: Die *Patienten*, die zur Behandlung kommen, tragen wesentlich dazu bei, dass die Behandlerinnen und Behandler *spezifisch* unter Druck geraten können. Darüber wird hauptsächlich

zu reden sein (daher ist diese Dimension im Schaubild besonders hervorgehoben). Belastungen resultieren auch aus der Zusammenarbeit der *Professionellen*, oder aus einem Mangel an Personal u. ä. Einflüssen. Weiterhin kann die *Organisation* als solche – also eine Klinik, eine Abteilung – die Beschäftigten an ihr Limit bringen. Schließlich beeinflussen sich diese drei Einflussfaktoren wechselseitig: Wenn es z. B. zu wenig Ärzte oder zu wenig Pflegenden gibt, kann das zu großer Unzufriedenheit unter den Patienten führen, und dies kann zur Folge haben, dass die Arbeit als belastender erlebt wird. Wenn die Klinik von Insolvenz bedroht ist, bekommen es alle Akteure (Beschäftigte wie Patienten) mit Verunsicherung, mit Angst und Sorge, meist auch mit Ärger und Wut zu tun. Als Folge davon kann die Arbeit an diesem Ort sehr schwer werden.

Den *Kontext* müssen Sie sich im Schaubild als umgebenden Kreis denken: Alle drei Einflussfaktoren auf die Arbeit – Klientel, Beschäftigte und die Klinik als Organisationseinheit – sind abhängig von vorgegebenen Rahmenbedingungen (Gesetzesentscheidungen, wirtschaftlichen Zwängen, Abrechnungsformaten usw.), von gesellschaftlichen Trends oder politischen Entscheidungen. Wenn Politik und Krankenkassen Druck auf kleinere Häuser ausüben und deren Existenz in Frage stellen, dann hat dies natürlich jede Menge Auswirkungen auf die Arbeit vor Ort und darauf, wie belastend sie erlebt wird. – Im Folgenden konzentriere ich mich aber auf die Belastungen, die aus der *Patientenbehandlung* resultieren. Auf die anderen Einflussfaktoren kann ich aus Zeitgründen nicht detailliert eingehen, habe dies jedoch an anderer Stelle wiederholt getan (Heltzel 2012a, 2012b).

### **Belastungen, die aus der Patientenbehandlung resultieren**

Dass Psychiatrie ein schwieriges „Geschäft“ ist, ahnen auch Laien: „Also, das könnte ich nicht!“ ist meist die erste Reaktion, wenn sich jemand beim 10jährigen Abi-Treffen als Psychiater oder als Vertreter / Vertreterin einer anderen Berufsgruppe in der Psychiatrie zu erkennen gibt. Diese Klinik hat eine „Versorgungsverpflichtung“ für die Region, daher wählt sie Patienten nicht aus, sondern ist für alle Menschen „zuständig“, die sich in einer ernsthaften psychischen Krise befinden und daher Behandlung benötigen. Das konfrontiert die Behandler mit großem Leid, mit

Einsamkeit, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Depression, Suizidversuchen (und Suiziden), mit Wahnwelten, extremer Selbstschädigung und anderen seelischen Abgründen. Immer wieder begegnen den helfenden Berufen auch krankheitsbedingte Aggression, Wut, Gewalt und Zerstörung, im Grunde alle Facetten menschlicher Destruktivität. Die Belastungen, die auf diese Weise für Behandler resultieren, haben nicht selten eine *traumatische* Qualität. Es wird viel zu wenig darüber gesprochen, wie außerordentlich verdienstvoll es ist, sich dieser beruflichen Herausforderung zu stellen und wie wichtig dieses berufliche Engagement für einen Rechts- und Wohlfahrtsstaat und seine Bürgerinnen und Bürger ist.

Nun kommt hinzu, dass hier in Bergedorf nicht einfach nur Akutpsychiatrie stattfindet (das wäre ja schon herausfordernd genug), sondern *Psychodynamische Psychiatrie und Psychotherapie*. Hinter dieser Charakterisierung verbergen sich über Jahrzehnte erarbeitete Konzepte in Theorie und Praxis, wie sie Dr. Piegler in seinem Referat anklingen ließ, und wie sie von Dr. Happach und Mitarbeitenden weiterentwickelt wurden. Allgemein formuliert und ohne Fachlatein zu benutzen ließe sich die besondere Ausrichtung *dieser* Abteilung wohl so beschreiben: Die psychisch erkrankten Menschen sollen mit all ihren Nöten, mit allen Eigenarten, mit all ihren Problemen (sowie mit ihren Stärken und Begabungen) *vertieft verstanden* und *vielschichtig behandelt* werden. „*Vertieft verstanden*“ bedeutet: Das Verstehen soll verborgene (unbewusste) Seiten einbeziehen, vor allem Emotionen und tiefe Affekte. Dies setzt voraus, dass nicht nur Sprache als Medium genutzt wird, sondern auch „Handlungssprache“ (das meint das Miteinander-Umgehen), darüber hinaus sind kreative Formen des Austausches unerlässlich (Musik-Bewegungs-Ergotherapie usw.). Die *körperliche Seite* der zu behandelnden Erkrankungen darf dabei ebenso wenig vernachlässigt werden, wie die *soziale Dimension*, die immer mitschwingt. Diese beiden letzteren Dimensionen (der Körper, die sozialen Fragen) werden heute immer wichtiger. – Die *Behandlung* soll diese Vielschichtigkeit des verstehenden Zuganges widerspiegeln, sie muss also *sowohl* biologisch-somatisch (auf den Körper bezogen), *als auch* psychotherapeutisch ausgerichtet und *nicht zuletzt* sozial geerdet sein. Das sind sehr hohe Ansprüche, und sie tagtäglich umzusetzen ist mehr als sportlich. Die Herausforderung ist auch deswegen groß, weil es besonderer *integrativer Bemühungen* bedarf, um die verschiedenen Herangehensweisen immer wieder sinnvoll zusammen zu führen. Damit ist die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit in Teams angesprochen, die eine über Jahrzehnte entwickelte

Kultur des interdisziplinären Austausches in Besprechungen, Supervisionen usw. zur Voraussetzung hat.

Die gemeinsame Klammer zwischen vertieftem Verstehen und vielschichtiger Behandlung und das spezifische Etwas dieser Art Arbeit ist nun die *therapeutische Beziehung*. Damit ist die persönliche, respektvolle, wertschätzende, Halt gebende, Bindung und Vertrauen vermittelnde Zusammenarbeit mit den Patienten, ihren Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen gemeint. Solche Beziehungen zu pflegen ist eine besondere Kunst. *Zugleich* ist dieser Punkt – die kunstvoll gestaltete therapeutische Beziehung als Basis wirksamer Behandlung – die wesentliche Quelle spezifischer Belastungen und besonderer Zumutungen. Wie ist das gemeint?

Die klassische Psychiatrie (die ich in meiner Facharztweiterbildung noch kurz kennenlernen durfte, sie erlebt heute mancherorts eine Art Wiedergeburt) – diese klassische Psychiatrie mit ihrem Fokus auf psychopathologischer Befunderhebung, klassifizierender Diagnostik und einseitig biologisch-somatisch ausgerichteten Behandlungskonzepten, mit ihrer starren Hierarchie in den Abteilungen und ihren rigiden Regelwerken – diese klassische Psychiatrie schafft eine große Distanz zwischen Patienten und Behandlern. Die Distanzierung schützt Therapeuten vor größerer persönlicher Nähe und vor emotionalen „Ansteckungen“ in der patientenbezogenen Arbeit.

In der psychodynamisch verstandenen *Beziehungsarbeit* ist das anders: Hier wird persönliche Nähe nicht vermieden, sondern – möglichst gut dosiert – zugelassen. Sie wird als unerlässlich und hilfreich angesehen. Was die Behandler dabei emotional in sich mitschwingen lassen, wird als wertvoller Hinweis darauf genommen, wie die Patienten gestimmt sein könnten. Das hilft den Therapeuten, ihre Patienten mit allen Nöten und Anliegen wahrzunehmen und in einem tieferen Sinne zu verstehen. Die Behandler nutzen also ihre eigene Persönlichkeit, ihre ganze Person incl. tief emotionaler Reaktionen auf die Patienten als „Instrument“ der Wahrnehmung und als „Hilfsmittel“ der therapeutischen Verständigung. Das birgt Risiken, denn es ist nicht immer leicht, sich aus dieser Art der emotionalen „Ansteckung“ wieder zu lösen. Wer sich so öffnet und einlässt, kann *selbst* in schwierige Verfassungen geraten – zumindest vorübergehend, manchmal auch dauerhaft. Es ist nämlich keineswegs so, dass uns Lichtjahre von den Themen und Problemen unserer Patienten trennten. Im persönlichen Kontakt mit psychisch Kranken können „wunde Punkte“ und schwierige

Themen bei den Behandlern berührt werden (das meint deren eigene „Grund“- oder „Basisstörung“), und das kann sich zeitweise sehr bedrückend anfühlen.

Es ist wohl das Beste, wenn ich diesen Punkt mit einem *Beispiel* veranschauliche: Es stammt aus einer Stationssupervision, die ich Anfang der 1990er Jahre in einer psychodynamisch-sozialpsychiatrisch ausgerichteten Klinik leitete – in einer Zeit also, als diese Klinik ihre Arbeit gerade aufgenommen hatte. Die folgende Kasuistik ist keine leichte Kost, ich habe länger überlegt, ob ich Ihnen dies am heutigen Tage zumuten darf. Schließlich habe ich mich dafür entschieden, weil ich ein *realistisches Bild* solcher Arbeit zeichnen möchte. Also:

*Das Team der Station berichtet in der Supervision über einen 50jährigen Patienten, der unter einer wahnhaften Psychose leidet. Ich höre und notiere, dass Herr Z. zumeist ein unauffälliges Leben als angepasster Einzelgänger führe und seinen Lebensunterhalt ganz passabel mit einer Verwaltungstätigkeit bestreite. Bei der Arbeit gelte er als sehr zuverlässiger, penibler, etwas zwanghafter Mitarbeiter, der so gut wie nie Anlass zur Klage gebe. Von Zeit zu Zeit gerate Herr Z. jedoch in „Zustände“, in denen er unerwartet aggressiv und angespannt wirke. Dann lege er sich mit seiner Umgebung an und wähne, Adolf Eichmann und verantwortlich für die KZs der Nazis zu sein. Merkwürdig sei, dass er in diesen „Zuständen“ oft am Boden liege, mit Armen und Beinen ausschlage oder strampele, wobei sich mir, als die Mitarbeiter dies szenisch und unter Nutzung der Körpersprache vortragen, das Bild eines auf dem Boden liegenden Käfers aufdrängt, der sich nicht wieder auf den Bauch drehen kann (wie in Franz Kafkas bekannter Erzählung „Die Verwandlung“).*

*In den folgenden Einfällen der Teammitglieder tauchen – eher unverbunden – Ideen, Bilder und Berichte auf, die uns wiederholt an die Nazizeit und den Holocaust denken lassen. So hören wir, dass der heute eher ungelenke Patient als Kind begeisterter Sportler gewesen sei, und dass man ihn daher „der Stürmer“ genannt habe. In seinen wahnhaften „Zuständen“ habe er wiederholt Suizidversuche mit dem Satz angedroht, „ich fahre jetzt zu den Gleisen und bringe mich um!“ Er lehne jegliche Verantwortung für das, was er in seinen „Zuständen“ anrichte, ab. Er werde das in den „Zuständen“ Geschehene nicht ständig wieder aufwärmen. Er verlange die Todesspritze, oder die Schlinge um den Hals, es sei schon fast zu spät dafür, es sei „das Jahr 50 nach Adolf“ usw.*

*So überrascht es die Supervisionsrunde nicht, als die Stationsärztin zur Anamnese ergänzt: Der im zweiten Weltkrieg Geborene sei der Sohn eines Mannes, der eine nicht unwichtige Rolle im Verwaltungsapparat der Nazis eingenommen und bis heute keine Anzeichen von Reue, Nachdenklichkeit oder Diskussionsbereitschaft gezeigt habe. Er habe bis zu seinem Tode vor einigen Jahren in der Umgebung des Sohnes gelebt, wo er als bis zuletzt überzeugter Parteigänger der Nazis bekannt gewesen sei. Der Patient besitze eine Sammlung von Briefen des Vaters, die voller Sympathiebeweise für den Nationalsozialismus seien und viele Versuche enthielten, den Sohn in diesem Sinne zu beeinflussen. Darin komme zum Ausdruck, wie der Vater zwischen Ablehnung (wegen der „vererbten Geisteskrankheit“) und liebevoller Zuwendung und Sorge um den kranken Sohn hin und her schwanke. Den Briefen sei auch zu entnehmen, dass die verstorbene Mutter des Patienten offenbar versucht hatte, diesen vor der Einflussnahme des Vaters zu bewahren, was aber anscheinend nicht gelang.*

*Als diese Details berichtet werden, breitet sich in der Runde eine extrem bedrückte, zugleich aber auch sehr zugewandte Stimmung aus. Die Ärztin erzählt, dass sie in den letzten Wochen sehr mit dem Schicksal des Patienten befasst gewesen sei. Auch zuhause habe sie davon nicht „abschalten“ können und wiederholt von Herrn Z., von dessen Vater, von ihren eigenen Großeltern und vom Krieg geträumt. Die Belastung sei zuletzt kaum noch erträglich gewesen, sie habe auch körperliche Beschwerden (Schmerzen) bekommen und untersuchen lassen, wahrscheinlich seien sie psychosomatisch begründet. Ihr Großvater sei Mitglied der Waffen-SS und an der „Ostfront“ eingesetzt gewesen, das sei ein schwieriges Thema in ihrer Familie, und irgendwie komme da bei ihr – durch die Begegnung mit dem Patienten – etwas Persönliches hoch ...Herr Z. selbst sei sehr zwiespältig eingestellt, was seinen Vater angehe: Einerseits hasse er ihn wegen seiner politischen Haltung und seinen Übergriffen, denen gegenüber er sich immer hilflos gefühlt habe, andererseits habe er Zuneigung und Liebe in den Briefen an seinen Vater zum Ausdruck gebracht. Heute sei Herr Z. froh, den Vater überlebt und dessen Erbe angetreten zu haben (u. a. ein Haus), in der Supervisionsrunde kommt aber Bedrückung auf: Wie mag Herr Z. sich in und mit seinem „Erbe“ fühlen?*

*Das Team ist ziemlich uneins, was den Umgang mit dem angeschnittenen Thema angeht (das spiegelt die Ambivalenz des Patienten wider): Manche machen sich Sorgen um Herrn Z. und fast noch mehr um die Ärztin, wenn das Thema „weiter aufgerührt“ würde. Das Team einer Nachbarstation, die den Patienten auch schon behandelte, habe die Briefe ja nicht ohne Grund ungelesen in der Akte abgeheftet. Andere Teammitglieder vertreten, dass es unumgänglich oder jedenfalls einen ernsthaften Versuch wert sei, das Thema mit Herrn Z. zu besprechen. Der Patient selber habe schließlich auf die Briefe hingewiesen, und vielleicht könnten sie helfen, seine Krankheit besser zu verstehen? Jetzt tauchen Assoziationen auf, die sich auf die möglichen Zusammenhänge zwischen Wahn und Lebensgeschichte beziehen: In Kafkas Erzählung gehe es um „Ungeziefer“, das Ablehnung und Ekel hervorrufe...Herr Z. sei schon einmal überzeugt gewesen, das er sich nicht auf einer Krankenstation, sondern in Ausschwitz befinde...Im Werk Kafkas gehe es viel um Schuld, die jemand verspüre – ohne zu wissen warum...Schwere erfüllt nun den Raum, und mir scheint, dass mehrere Teilnehmer an ihren eigenen Schulunterricht, an ihre Eltern und deren Verantwortung denken...Auch ich selbst beschäftige mich in meinen Phantasien mit meinem Vater und dessen früherer Begeisterung für den Nationalsozialismus. – Die junge Stationsärztin ist hin und her gerissen: Sie habe sich fest vorgenommen, das Thema mit der Supervisionssitzung abzuschließen. Nun beginne sie zu zweifeln. Vielleicht fange die Geschichte erst jetzt richtig an, vielleicht sei es ja tatsächlich hilfreich für den Patienten, wenn er sich – im geschützten Rahmen – mit den Briefen beschäftige? Sie selbst sei jedenfalls froh darüber, in Lehrtherapie zu sein. Dort könne sie die Stunden nutzen um heraus zu bekommen, was sie da so tief erreiche und belaste. – Die Runde schweigt nachdenklich, und ich sage, dass der Schmerz der Kollegin womöglich ein Hinweis darauf sei, was Herrn Z. erwarte, wenn er sich der Korrespondenz mit dem Vater intensiver zuwende, und dass es mir angezeigt erscheine, ihn dabei keineswegs zu drängen, sondern sehr geduldig zu begleiten.*

Ich hoffe, dass diese Supervisionssitzung veranschaulicht, inwiefern die therapeutische Beziehung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit mit Belastungen und Zumutungen verbunden sein kann. Die emotionale Nähe zum Patienten eröffnet Möglichkeiten des Verstehens und der Unterstützung. Sie beinhaltet aber auch Risiken für alle Beteiligten.

## Über die Freude in der Psychodynamischen Psychiatrie zu arbeiten

Wenn ich nun zum zweiten Teil meines Referates übergehe, ist eine Vorbemerkung nötig: Wer sich nämlich in diesen Gegenstand vertieft, der stößt unweigerlich auf Begriffe und Themenfelder, um die derzeit ein regelrechter Hype veranstaltet wird: Von der „Freude“ kommend stößt man auf das „Glück“ und die antiken Philosophen Aristoteles, Epikur, Seneca, Marc Aurel u. a.. Schließlich landet man bei zeitgenössischen Philosophen der Lebenskunst und deren Konzepten vom „guten = geglückten Leben“ (Schmid 1999, 2000; Foucault 2007; Bauman 2010). Auch Dutzende Ratgeberbände und viele Kulturveranstaltungen handeln derzeit davon, wie wir ein glückliches Leben – möglichst dauerhaft – führen können. Am Glück und an der Freude geht derzeit kein Weg vorbei (Schmid 2007 / 2016).

Um das Glück im *wirklichen* Leben muss es also schlecht bestellt sein, anders lässt sich der Hype nicht verstehen, der um die Frage veranstaltet wird, wie wir dieses Glück (die Lebensfreude) definitiv erreichen und festhalten können. Dabei folgt die Beschäftigung mit diesem Thema – historisch betrachtet – großen Wellenbewegungen, deren genauere Ursachen nicht einfach zu benennen sind. Wie der Soziologe und Essayist Zygmunt Bauman herausstellte, waren die Menschen schon immer lieber glücklich als unglücklich, und vielleicht gehört das Streben nach Glück – so Bauman – zu unserer evolutionären Grundausstattung (Bauman 2017). Wäre es nicht so, würden wir immer noch in Höhlen leben. Die Verkündung des allgemeinen Menschenrechts auf individuelles Glück war der Startschuss der Moderne. Heute *sehnen* sich die Menschen verbreitet danach glücklich zu leben. Viele wünschen sich Anleitungen, wie sie den paradiesischen Zustand immerwährenden Glückes erreichen können, und nur wenige halten es mit Sigmund Freud, der dauerhaftes Glück als Illusion ansah und im Plan der ‚Schöpfung‘ nicht vorgesehen (Freud 1930 / 1948). Mit Freud und Bauman sollten wir davon ausgehen, dass Glück (Lebensfreude) kein dauerhafter „Zustand“ ist, sondern ein Moment, ein Augenblick. Der mag einzigartig und unvergesslich sein, geht aber eben vorüber. Als der greise Goethe gefragt wurde, ob er ein glückliches Leben gehabt habe, antwortete er: Ja, ein sehr glückliches. Er könne sich jedoch nicht an eine einzige glückliche Woche erinnern.



Ich möchte an dieser Stelle noch einen Dichter anführen, nämlich Ernst Herbeck, der als schizophrener Patient und als Sprachkünstler im Künstlerhaus Gugging in Niederösterreich lebte. Sein Psychiater und Oberarzt Leo Navratil traf sich über einen Zeitraum von 30 Jahren zum „Gespräch“ mit ihm. Er schlug Herbeck bei diesen Treffen Themen vor, und dieser dichtete spontan dazu (Meißel 2012). Freejazz in Worten. Oder HipHop. Manche seiner Gedichte erinnern an die Lyrik Ernst Jandls. Zum Beispiel dies (Herbeck 1992, S. 10) :

Das Leben

Das Leben ist schön

Schon so schön als das Leben

Das Leben ist sehr schön

Das lernen wir; das Leben;

Das Leben ist sehr schön.

Wie schön ist das Leben.

Es fängt schön an das Leben.

So (schön) schwer ist das es auch.

Vom Leben zurück zum Arbeitsleben. Mit Ernst Herbeck könnten wir sagen: Es fängt schön an das Arbeitsleben. So (schön) schwer ist das es auch. Das Arbeitsleben ist schwer und schön. Es ist schwer und macht Freude. Das Arbeitsleben gibt es nur in diesem Doppelpack. Diesen Aspekt möchte ich mit einem weiteren Beispiel aus meiner Supervisionspraxis veranschaulichen.

*Das Beispiel ist – anders als meine erste Kasuistik – ganz aktuell. Auch hier geht es um ein Erbe, das anzutreten schwer ist. Ich skizziere eine Supervisionssitzung im Team der Institutsambulanz einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Sie fand Anfang des Jahres statt. Die neue Sozialarbeiterin und die sie einarbeitende, erfahrene Psychologische Psychotherapeutin eröffnen den Austausch mit einem Bericht über einen chronisch psychotischen und drogenabhängigen Patienten, den die Therapeuten der Ambulanz seit vielen Jahren kennen und begleiten. Der etwa 50jährige Mann mache aktuell große Sorgen, da er zunehmend wahnhaft gestimmt sei, dabei immer angespannter wirke und immer wieder über Tötungsphantasien*

spreche, die den Chefarzt der Klinik zum Ziel hätten. Dieser habe sein Leben zerstört und verdiene es nicht weiter zu leben...Die letzten Gesprächstermine in der Ambulanz habe der Patient, der seine Wohnung kaum noch verlasse, nicht mehr wahrgenommen. Bei Besuchen zuhause öffne er allerdings die Tür. Die Wohnung sei in einem chaotischen und ziemlich verwahrlosten Zustand, den der Patient unentwegt zu beheben versuche, indem er z. B. seine Waschmaschine rund um die Uhr mit Wäsche laufen lasse. Ob er die dringend erforderliche Medikation regelmäßig einnehme, sei unsicher. Sicher sei dagegen, dass er in den letzten Monaten exzessiv Drogen konsumiert habe. Dies sei ihm durch ein unerwartetes Erbe ermöglicht worden. Wir erfahren, dass der Patient eine traumatische Kindheit hatte, insofern beide Eltern schwer drogenabhängig waren und ein Verwandter ihn über längere Zeit sexuell missbrauchte. Dieser verwandte lebte bis zu seinem kürzlichen Tod mit dem Patienten in dessen Wohnung und vererbte ihm eine Eigentumswohnung, die der Patient umgehend veräußerte. Den Erlös gab er für Drogen aus.

Im Verlauf der Gruppenreflexion wird deutlich, dass ausgerechnet dieser Verwandte der wichtigste familiäre Halt im Leben des Patienten war. Gemessen an dessen leiblichen Eltern erschien er als die einzig mögliche Rettung. Dieser Blick auf die Not und die Einsamkeit des vernachlässigten und missbrauchten Kindes macht alle Teammitglieder sehr traurig. Hoffnungslosigkeit kommt auf, und auch ich selbst bin sehr angerührt. Vielleicht spiegeln diese Gegenübertragungsgefühle das Erleben des Patienten wider? Der Tod des Verwandten wird von ihm wohl als unerträglicher Schicksalsschlag erlebt. Dieser Verlust lässt ihn traurig, einsam, gelähmt und ohne Hoffnung zurück. Uns scheint es naheliegend, dass der exzessive Drogenkonsum und die zunehmende Wahnstimmung des Patienten Reaktionen auf diese innere Katastrophe sind. Auch die Tötungsphantasien werden nun nachvollziehbar: Indem sie den Chefarzt adressieren, schützen sie den Verwandten vor der vernichtenden Wut seines Opfers. Selbst wenn dieser zur Traumatisierung des Kindes wesentlich beitrug, gab er dem Erwachsenen zuletzt Halt und Struktur. Ihn vor den eigenen destruktiven Phantasien und Impulsen zu schützen, ist daher von existenzieller Bedeutung für den Patienten. – Jetzt kann die Runde gemeinsam abwägen, wie real die Bedrohung ist, die vom Patienten ausgeht. Die psychologische Psychotherapeutin bringt ein, dass der Chef selbst sich nicht allzu sehr Sorge, da er

*den Patienten lange kenne und ihm kürzlich noch persönlich begegnet sei. Sie hätten sich freundlich und vertraut begrüßt. Auch der an der Supervision teilnehmende Oberarzt der Ambulanz, der den Patienten am längsten kennt, hält Zwangsmaßnahmen für nicht erforderlich und bietet ergänzend an, den Patienten zuhause aufzusuchen. Bisher habe dieser ihm stets vertraut, und eine solche vorsichtige Hoffnung habe er auch jetzt wieder. Vielleicht könnten sie dem Patienten gemeinsam und mit viel Geduld nahe bringen, dass eine vorübergehende (freiwillige) Behandlung in der Klinik wieder etwas Ruhe und Stabilität in sein Leben bringen könnte... Was zu Beginn der Sitzung undenkbar schien (den Patienten in seinem Rückzug zu verstehen und Kontakt / Beziehung zu ihm aufzunehmen), scheint nun möglich.*

Ich habe diesen Ausgang des gemeinsamen Nachdenkens noch längere Zeit nach der Sitzung als berührend und irgendwie beglückend erlebt, und wenn ich mich nicht täusche, ging es etlichen Teammitgliedern ebenso. Was mich besonders berührte war, dass Therapeuten, die mit einem kaum noch erreichbaren, bedrohlich wirkenden Patienten in einer hoffnungslos verfahrenen Lebenslage konfrontiert sind, darauf empathisch (einführend) reagieren können und gemeinsam Ideen entwickeln, wie sie den unterbrochenen Kontakt – umsichtig und unaufdringlich – wieder herstellen können. Um es mit einem großen Wort zu beschreiben, dass wir bei der Arbeit selten in den Mund nehmen: Ich habe die Einfühlung in den Patienten, die therapeutische Zuwendung und das damit verbundene persönliche Engagement der Therapeuten nicht nur als verbindend und vertrauensbildend, sondern – auf eine subtile Weise – als *liebevoll* erlebt. Nun gehe ich einen Schritt weiter und behaupte, dass uns ein solches Engagement emotional so berührt, weil es nicht nur den Patienten hilft, sondern auch uns selbst. – Wie ist das gemeint?

Wenn Therapeuten (und damit meine ich hier *alle* Berufsgruppen, auch die Pflege) ihren Beruf ausüben, kommen sie nicht voraussetzungslos zur Arbeit, sondern bringen ihr persönliches Gepäck mit: Das meint ihre Lebensgeschichte, ihre Herkunftsfamilie, ihre Persönlichkeit, ihre derzeitige Lebenssituation und ihre persönlichen Pläne und Wünsche, die Zukunft betreffend. Fast immer enthält das Gepäck auch Verletzungen und die Spuren früher, schmerzhafter, nicht selten

traumatischer Beziehungserfahrungen, da unsere ersten Bezugspersonen (die „primären Objekte“) sich aus den unterschiedlichsten Gründen nicht optimal auf uns einstimmen konnten. Etwas Wesentliches hat nicht gut genug zusammengepasst, und in der Folge können wir uns – zuzeiten – einsam, verlassen, verloren, unvollständig (mangelhaft) und daher sehr anlehnsbedürftig fühlen. Michael Balint hat dieses persönliche Gepäck als „Grundstörung“ (basic fault) beschrieben. „Grundstörung“, weil sie sich zumeist nicht in den Vordergrund drängt, weil sie – in unsere Struktur übernommen – im Stillen bereit liegt um angesprochen zu werden, und weil sie nicht ohne Narben zu hinterlassen heilt, auch nicht im Falle gelingender Psychotherapie (Balint 1970). Peter Kutter hat Balints Konzept der „Grundstörung“ aufgegriffen und von einer „Basisstörung“ gesprochen, die – in Abhebung von Balint – auch tiefe Affekte und archaische Konfliktneigungen einbezieht (Kutter 1981a, 1981b). Diese Konfliktneigungen und das oben beschriebene Erleben der Balint'schen Grundstörung werden reaktiviert, wenn sich Beziehungen wirklich vertiefen. Das kennen wir alle aus unseren Liebesbeziehungen, und das kennen wir eben auch aus der psychodynamischen Arbeit.

Wenn wir in eine therapeutische Beziehung zu Patienten eintreten, kann dieses Erleben der Grund- oder Basisstörung reaktiviert werden. Das hängt davon ab, ob der Patient es vermag, seine Behandler in ihrem Innersten zu erreichen. Geschieht dies, werden Ängste geweckt, die Ausdruck auch in psychosomatischen Beschwerden finden können (so erging es der Stationsärztin in meinem ersten Beispiel). Glücklicherweise verfügen viele Behandler über die spezifische Begabung, Kontakt zu Patienten herstellen zu können, die diesen verweigern oder ernsthaft erschweren. Die Therapeuten können dabei auf ihre früh erworbene Fähigkeit zurückgreifen, sich empathisch in ihr Gegenüber einzufühlen und sich intensiv auf *dessen* Bedürfnisse einzustellen. Aus früher Not geboren, mag diese Befähigung später zu ihrer spezifischen Berufswahl beigetragen haben. Heute könnten sie es im Inneren genießen, das Wagnis des Scheiterns in der Begegnung mit dem Patienten einzugehen und dabei auf die Probe zu stellen, ob wohl alles gut enden werde? Um mit Hölderlin zu sprechen: Wo aber Gefahr ist, wächst / Das Rettende auch“.

Wenn dies eintritt, kann es große Freude (oder tiefe Zufriedenheit) auslösen.

Ich hoffe, dass Folgendes deutlich geworden ist: Verstehen, Kontaktaufnahme und Begegnung helfen in erster Linie den Patienten. Um sie geht es hauptsächlich. Daneben profitieren aber auch die Therapeuten davon: Indem sie ihren Patienten helfen, tun sie auch sich selbst Gutes. Sie helfen sich selbst, indem sie anderen helfen. Manchmal gelingt es ihnen sogar, ihre Arbeit zum Selbstaussdruck, zur Selbstverwirklichung zu nutzen, und in diesem Fall resultiert *Lebensfreude*. Diesen abschließenden Blick auf das Thema verdanke ich Christopher Bollas. Er praktiziert – wie einst Balint – in London und ist ein Nachfolger Winnicotts.

Christopher Bollas zufolge drängt der Kern unseres Selbst auf natürliche Weise dazu sich auszudrücken (Bollas 2000). Das geschieht, indem wir auf *bestimmte Objekte* stoßen, die wie seelische „Schlüssel“ wirken: Sie öffnen Türen zu unbewusst intensiver und reicher Erfahrung, in der wir unser Selbst durch produktives Handeln zum Ausdruck bringen können. Diese „subjektiven Objekte“ dienen unserem Bedürfnis nach Selbstaussdruck, und zugleich verschaffen sie uns durch ihr Vorhandensein Genuss. „Objekte“ in diesem Sinne können an sich unbelebte Dinge sein wie ein Gemälde, ein Gedicht, eine Symphonie, eine Landschaft, eine Aktivität und Ähnliches: Wir sind von Tausenden solcher Objekte umgeben, ihre Bedeutung liegt in einem Bereich *zwischen* ihnen und uns, in dem es zu einer Begegnung kommen kann. Wenn dies geschieht, entsteht ein „Glücksgefühl“, oder – Bollas benutzt das französische Wort – *jouissance* (also Genuss, Lebensfreude). Es geht um die „Lust am wahren Selbst“ und darum, dass das Individuum nach einer bestimmten Beziehung sucht, die es mit einem Beheben der „Grundstörung“ verbindet (Bollas 1997). – Ich glaube nun, dass dieses Wechselspiel von Subjekt und subjektivem Objekt unter anderem bei der *Arbeit* Gestalt annehmen kann – jedenfalls unter den privilegierten Umständen, in denen Arbeiten zu unserem Selbstaussdruck genutzt werden kann. In der psychodynamischen Psychiatrie ist dies m. E. möglich – nicht dauerhaft, nicht ungebrochen, aber in bestimmten Momenten (im „Flow“). Die resultierende Freude spüren wir als Teil unserer Gegenübertragung. Wenn alles gut „zusammenpasst“, trägt dieses Gefühl uns auch durch Strecken der vorübergehenden Erschöpfung, der zeitweisen Überforderung, der Bedrückung und Frustration, die zu unserer Arbeit gehören.

*Ich möchte dies abschließend mit einer dritten Kasuistik veranschaulichen. Sie wird relativ kurz ausfallen und handelt von der Beratung des Geschäftsführers eines Caritativen Verbandes auf dem Lande. Ich habe sie vor etwa zehn Jahren abgeschlossen. Ursprünglich Sozialwissenschaftler, engagierte er sich besonders für den Aufbau einer gemeindenahen sozialpsychiatrischen Versorgungsstruktur. Zu Beginn seiner Tätigkeit gab es dort keine entsprechenden Angebote, im Verlaufe einiger Jahre eröffnete dieser engagierte Mann aber ein Psychosoziales Beratungsprojekt, eine Suchtberatungsstelle, eine Tagesstätte und ein Betreutes Wohnen für psychisch Kranke, sowie weitere Projekte. Er förderte die therapeutische Vernetzung dieser Einrichtungen, kooperierte mit niedergelassenen Psychiatern der Region und initiierte eine Psychosoziale AG. All dies berichtete er mir bei unseren monatlichen Gesprächen, und fast immer wirkte er dabei irgendwie freudig erregt, voller Schwung und Initiative. Er brachte immer wieder neue, produktive Ideen mit und hatte zweifellos eine „Händchen“ für beziehungsorientierte Sozialpsychiatrie. Wenn ich ihm das bestätigte (was häufig geschah), strahlte er und freute sich sichtlich. – Als das Vertrauen zwischen uns gefestigt war, eröffnete er mir eines Tages, dass seine beiden Eltern, so lange er sich erinnern könne, unter gravierenden psychischen Beeinträchtigungen gelitten hatten und dass sie – weit entfernt von der nächsten Großstadt – immer nur ganz oberflächlich behandelt worden seien: „Und wissen Sie was, Herr Heltzel? Ich glaube, ich baue diese Versorgungsstruktur in unserer Region eigentlich für meine verstorbenen Eltern auf! Sowas Ähnliches hätten die auch gebraucht! Vielleicht finden Sie das jetzt verrückt, aber ich glaube, ich baue das auch für mich selbst auf, also indirekt! Es tröstet mich, dass ich das heute so gestalten kann. Früher, als ich jung und meine Eltern sehr krank waren, da war ich ja hilflos. Manchmal war ich wütend, manchmal traurig. Meine Eltern taten mir auch leid. Aber ich war hilflos. Dass ich das jetzt alles so aufbauen kann, das verbindet mich mit ihnen und macht mich stolz. Das Ganze ist absolut MEIN DING! Das bin ICH mit meiner Geschichte! Und das fühlt sich irgendwie super an. Und es ist irgendwie tröstlich.*

Damit mein Referat nicht zu rund endet, will ich anfügen, dass sich dieser aktive Geschäftsführer sehr schwer damit tat, seinen Mitstreitern in den Projekten zu vertrauen. Immer wieder mischte er sich in das operative Geschäft ein und ließ alle Versuche dies zu korrigieren, an sich abgleiten. Er *musste* Kontrolle ausüben, so wie

er bereits als parentifiziertes Kind das häusliche Chaos überwacht, gesteuert und kontrolliert hatte. Ich konnte das verstehen und sah ihm seine kontrollierende Art nach. Sie half ihm dabei, sich anders als früher *wirkmächtig* zu fühlen. Seine Mitarbeiter aber waren – verständlicherweise – nicht so nachsichtig mit ihm. Ihnen machte er die Arbeit schwer.

## Literaturangaben

- Balint, M. (1970): Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Ernst Klett Verlag. Stuttgart 1970
- Bauman, Z. (2010): Wir Lebenskünstler. Edition Suhrkamp. Frankfurt/M. 2010
- Bauman, Z. (2017): Das Vertraute Unvertraut machen. Ein Gespräch mit Peter Haffner. Hoffmann und Campe Verlag. Hamburg 2017
- Bollas, C. (1997): Der Schatten des Objekts. Klett-Cotta. Stuttgart 1997
- Bollas, C. (2000): Genese der Persönlichkeit. Psychoanalyse und Selbsterfahrung. Klett-Cotta. Stuttgart 2000
- Freud, S. (1930 / 1948): Das Unbehagen in der Kultur. In: G. W. Bd. 14, S. 421-506
- Heltzel, R. (2012a): Gesellschaftlicher Wandel und die Folgen für Beratung. In: Heltzel, R. / Weigand, W.: Im Dickicht der Organisation. Komplexe Beratungsaufträge verändern die Beraterrolle. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen 2012, S. 15-50
- Heltzel, R. (2012b): Die Ökonomisierung psychosozialer Arbeit und ihre Folgen. In: Weigand, W. (Hg.): Philosophie und Handwerk der Supervision. Psychosozial-Verlag. Giessen 2012, S. 203-222
- Herbeck, Ernst (1992): Im Herbst da reiht der Feenwind. Gesammelte Texte 1960-1991. Herausgegeben von Leo Navratil. Residenz Verlag. 2. Aufl., Salzburg und Wien 1992
- Kutter, P. (1981a): Sein oder Nichtsein, die Basisstörung der Psychosomatose. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, Bd. 26, S. 47-60
- Kutter, P. 1981b): Der Basiskonflikt der Psychosomatose und seine therapeutischen Implikationen. In: Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 13. S. 93-114
- Meißel, Theodor (2012): Leo Navratil und seine Arbeit mit den Künstlern aus Gugging. In: Mentzos, S. / Münch, A. (Hg.): Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie Band 28: Das Schöpferische in der Psychose. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen. S. XX - YY