

Rudolf Heltzel

Psychodynamische Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie.

Dr. Rudolf Heltzel
Außer der Schleifmühle 56
28203 Bremen

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

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

Psychodynamische Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie

Basierend auf eigenen, früheren Erfahrungen als Psychiater im Sozialpsychiatrischen Dienst (SPsD) einer norddeutschen Großstadt ist der Autor bestrebt, die Begegnung zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse zu fördern. Unter der Voraussetzung einer psychiatrischen Pflichtversorgung im Sektor geht es um die Frage, wie sich die psychodynamische Grundhaltung beschreiben ließe, mit der ein Psychiater in diesem Feld arbeiten könnte? Der Autor skizziert die „Bausteine“ einer solchen Orientierung und veranschaulicht sie jeweils durch einen Blick auf die eigene Behandlung eines Patienten mit narzißtischer Persönlichkeitsstörung auf Borderline - Niveau. Dabei bezieht er sich auch auf neuere Entwicklungen des psychoanalytischen Diskurses wie „präverbale Kommunikation“, „interpersonelle Verstrickungen“, „Austausch durch Handeln“, welche die Begegnung zwischen Psychoanalyse und Psychiatrie näher legen, als dies bis vor einem Jahrzehnt denkbar war.

Als „Bausteine“ einer psychodynamischen Orientierung im gemeindepsychiatrischen Feld werden beschrieben:

1. Die aktive, zugleich jedoch von Respekt und Zurückhaltung geprägte **Kontaktaufnahme** mit dem Patienten, für den es ein Vergnügen ist, verborgen zu bleiben, zugleich jedoch ein Desaster, nicht gefunden zu werden (Winnicott). -
2. Die Etablierung einer **haltenden Beziehung** i. S. Winnicotts, wobei dieses „Holding“ den gesamten Behandlungsprozeß als Hintergrundaspekt, also auf eine eher stille, unauffällige, kontinuierliche Art und Weise begleitet. -
3. Die **Kooperation mit Angehörigen**, die wegen der hochgradigen Bindung von Patienten mit Borderline - Persönlichkeitsstörungen von herausragender Bedeutung ist. Die Eltern der Patienten werden als oftmals wichtigste verbliebene Quelle von Hilfe und Unterstützung für die Patienten angesehen und - in Absprache mit letzteren - aktiv in die Therapie einbezogen. -
4. Die **Vernetzung der Professionellen** als systematischer Einbezug von Dritten in die therapeutische Beziehung, was wegen der mangelnden Symbolisierungs- und Integrationsfähigkeit vieler Patienten wichtig ist und auch die Bearbeitung unumgängli-

cher Konflikte meint. - 5. Das **bikale Arbeiten** (Rauchfleisch), wobei der Therapeut von den vielfältigen sozialen Problemen dieser Patien ausgeht, zugleich jedoch versucht, das dabei thematisierte Material psychodynamisch zu verstehen und zu interpretieren. - 6. Das **Verstehen verborgener Sinnhaftigkeit** (Mentzos), und zwar sowohl intrapsychisch als auch interpersonell, sowohl im lebensgeschichtlichen Kontext als auch in der aktuellen, szenischen Gestalt. - 7. Die Grundannahme **unbewußter Konflikte**, welche das Verhalten auch der ich - strukturell gestörten Patienten prägen (Mentzos), was Konsequenzen für die Beziehungsgestaltung und das therapeutische Vorgehen hat. - 8. Die **partielle gegenseitige Verstrickung**, die gerade in der Arbeit mit schwerer gestörten Menschen unumgänglich ist, wobei das Akzeptieren (und anschließende Verstehen) dieser Verstrickung ganz wesentlich zum Verständnis (und zum Behandlungsfortschritt) beiträgt. - 9. Der **handelnde Umgang**, der gerade bei Patienten mit Symbolisierungsstörung von besonderer Bedeutung ist und die Behandlungsatmosphäre jedes psychiatrischen Settings entscheidend prägt. - 10. Die grenzsetzende **Arbeit mit dem Rahmen**, der für Realität steht und alle Beteiligten vor irreversibler Verstrickung und unumkehrbarer Regression schützt, wobei zur Rolle des Psychiaters immer beide Seiten, also sowohl die ordnungspolitische als auch die (psycho-) therapeutische Dimension gehören. - 11. Die **Entwicklungsförderung durch Therapie**, die nicht nur die Vermittlung von Hoffnung und Zuversicht, sondern auch die flexible und reflektierte Handhabung des Behandlungssettings (Fürstenau) meint. - 12. Schließlich das „**Gut genug Sein**“ Winnicotts, also die Klärung eigener Omnipotenzansprüche und eigener Größenphantasien, welche in den Behandlungen schwerer gestörter Patienten unweigerlich angeregt werden und zu viel Leid und (vermeidbarer) Frustration führen, wenn sie nicht reflektiert und modifiziert werden.

Psychodynamische Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie

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

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

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

Die Behandlung begann mit einer Krisenintervention und schloß über lange Zeit sowohl die Kooperation mit den Eltern des Patienten als auch die Vernetzung der beteiligten psychiatrischen Professionellen im Sektor ein, später ging sie in eine im engeren Sinne einzelpsychotherapeutische Arbeit im Sinne einer analytischen Psychotherapie über. Insgesamt habe ich in dieser Behandlung (die ich mit begleitender Supervision durchführte) sehr viel profitiert, was meine Identität als Psychiater **und** Psychoanalytiker betrifft, und ich hoffe, daß diese Veröffentlichung dazu anregen kann, die Begegnung von Psychiatrie und Psycho-

analyse zu fördern (Heltzel, 2000b). - Persönlichkeitsstörungen machen einen beachtlichen Anteil der psychiatrischen Klientel aus, in einer sozialpsychiatrischen Beratungsstelle wird der Anteil sicher zwischen 10 und 20% oder sogar darüber liegen. An diesem Begriff („Beratungsstelle“) wird deutlich, daß ich mir hier ein multiprofessionell zusammengesetztes Team vorstelle, das **für die psychiatrische Pflichtversorgung eines Sektors zuständig** und personell ausreichend ausgestattet ist, so daß mehr getan werden kann als eine bloße obrigkeitsstaatliche Verwaltung psychisch Kranker. In zahlreichen Großstädten der Bundesrepublik Deutschland ist dies der Fall.

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

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

Glücklicherweise **fördert** die aktuelle Entwicklung in Theorie und Praxis der Psychoanalyse die Lust auf einen solchen Balanceakt, also die riskante Be-

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

1. Kontaktaufnahme: Mitarbeiter psychiatrischer Institutionen wissen, wie befremdlich, wie schwierig und bizarr, wie schrill und abweisend, ja sogar abstoßend oder jedenfalls belastend das Kontaktverhalten dieser Patienten sein kann. Häufig steckt der Kontaktwunsch - gut verborgen - in geradezu kontaktabwehrendem Auftreten. Es gehört eine Portion Lebens- und Berufserfahrung dazu, dieses Auftreten angemessen zu beantworten. „Angemessen“ meint hier: so zu beantworten, daß ein guter persönlicher (emotionaler) Kontakt zustande kommt und auch dann aufrechterhalten werden kann, wenn der Patient dies zu verhindern oder zu sabotieren sucht. (Fürstenau, 1992; Gabbard, 1994; Janssen, 1994). Es fällt häufig schwer, dies so umzusetzen, daß wir weder zu nahe noch zu fern sind - oder anders formuliert: daß sich unser Gegenüber weder bedrängt bzw. verfolgt noch verlassen fühlt. Oftmals läuft es - in einer gemeinsamen Inszenierung - auf genau dieses Erleben hinaus. Jedenfalls erfordert die Situation sowohl aktives Engagement in der Kontaktaufnahme, als auch Zu-

rückhaltung und Respekt vor dem Wunsch, in Ruhe gelassen zu werden. Winnicott hat beschrieben, daß es in der Behandlung solcher Patienten anfangs darauf ankommt, sich sehr an die Erwartungen des Gegenüber anzupassen (Winnicott, 1974, S. 217). Er vertrat sogar, daß es in besonderen Fällen nötig ist „**zum Patienten zu gehen**“ und die Hilfe aktiv anzubieten, da der Patient nur existiert indem er sich entzieht und verbirgt (Winnicott, 1976, S. 102). Die Kontaktaufnahme sei dann „(...) ein hochdifferenziertes Such- und Versteckspiel, in dem es ein Vergnügen ist, verborgen zu bleiben, jedoch ein Desaster, nicht gefunden zu werden“ (zitiert nach Aachter, 1995, S. 79).

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

*Obwohl ich mit Herrn U. eine längerfristige, niederfrequente Begleitung im SPsD vereinbarte, meldete er sich **nicht** wieder und reagierte auch nicht auf ein freundliches Anschreiben. Er hatte mich, wie ich später erfuhr, unsympathisch, kühl und abweisend erlebt. Ein Jahr später las ich zufällig einen Zei-*

tungsbericht über einen Mann, der sich vier Monate lang mit Hilfe eines gestohlenen Generalschlüssels in einem großen öffentlichen Gebäude versteckt gehalten, von Lebensmitteln der Mitarbeiter ernährt und am Rande des Suicids gelebt hatte. Bei der Verhaftung hatte er erleichtert gewirkt und ein Geständnis abgelegt. - Ich erkannte in dem Bericht unzweifelhaft Herrn U. wieder und entschloß mich, ihn anzurufen. Da sein Telefonanschluß aufgelöst war, fand ich die Telefonnummer seiner Eltern heraus, rief sie an und hatte unerwartet Herrn U. selbst am Telefon, der sehr überrascht war und sich aufrichtig freute. Es gehe ihm schlecht, und seine Eltern litten sehr unter der Situation. Er sei nun arbeits- und wohnungslos und erwarte einen Prozeß. Seine (weiter entfernt wohnenden) Eltern würden ihm unter den gegebenen Umständen nicht einmal ihr Auto anvertrauen, so daß er nicht wisse, wie er zu mir kommen könne. Also schlug ich ein gemeinsames Gespräch mit den Eltern vor, das kurze Zeit später stattfand. Es war der Beginn einer nun folgenden jahrelangen therapeutischen Zusammenarbeit zwischen Herrn U. und mir, auf die ich im folgenden wiederholt zurückkommen werde, um meine Gedanken zu veranschaulichen. Vorerst wollte ich zeigen, welches Verhalten meinerseits hinderlich, und welches förderlich für den Kontakt zum Patienten war.

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

Zugehörige Begriffe sind hier: Holding (Winnicott) und Containing (Bion), worüber jeweils sehr viel im Detail zu sagen wäre. Nach meinem Verständnis ist das **Holding** nicht auf akute klinische Phasen begrenzt, sondern begleitet den gesamten Behandlungsprozeß als Hintergrundaspekt (Treurniet, 1995), also auf eine eher stille, unauffällige, kontinuierliche Art und Weise (das ist Winni-

cotts „Umweltmutter“). Damit ist v. a. Atmosphärisches gemeint, aber eben auch das Gesamtarrangement der Behandlung, das schließlich darüber entscheidet, ob sich der Patient „gehalten“ fühlen kann. In der therapeutischen Beziehung werden dann eher die **Störungen** dieser Hintergrundbeziehung deutlich, die sich als mehr oder weniger abrupter Ausdruck von „Widerstand“ manifestieren.

Bei Herrn U. war dies z. B. sein initiales Wegbleiben nach der ernüchternden Erfahrung des Erstkontaktes mit mir . Erst danach konnte er erleben, daß ich mich besser auf ihn und seine Bedürfnisse einstellte, indem ich z. B. von mir aus Kontakt zu ihm aufnahm und ihm Hoffnung vermittelte, indem ich Rücksicht auf seine Toleranzgrenze in Bezug auf Konflikte nahm und ganze Stunden mit ihm oberflächlich „verplauderte“, weil ansonsten seine sensible innere Balance gefährdet gewesen wäre. Noch später „testete“ er mich und meine Belastbarkeit mit Rückfällen in delinquentes Verhalten und noch einmal später traf mich aufgrund verschiedener Anlässe seine Wut, der ich standhielt, ohne mich zu rächen. - All dies trug dazu bei, daß er sich im Großen und Ganzen gehalten fühlen konnte - wie übrigens auch ich selbst in der parallel laufenden Supervision. - Zu einem anderen, ganz wesentlichen Aspekt des Haltens (nämlich die Kooperation mit anderen psychiatrischen Professionellen und mit den Familienangehörigen des Patienten) siehe weiter unten.

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

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

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

entlastet und verstanden, da sie sich ohnehin große Sorgen etwa um ihre Eltern machen. Dies nicht nur, weil sie sie real so stark belasten, sondern auch, weil sie in tiefer (unbewußter) Loyalität an sie gebunden sind und sich für sie und ihr Befinden verantwortlich fühlen - auch wenn sie laut und lärmend opponieren (Boszormenyi-Nagy und Spark 1981).

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

Ohne die Mithilfe seiner Eltern, insbesondere seiner (recht komplizierten) Mutter wäre die Behandlung von Herrn U. gar nicht in Gang gekommen. Seine Eltern brachten den anfangs suicidalen Patienten nicht nur zu den Stunden zu mir in den SPsD, sie beteiligten sich auch engagiert an gemeinsamen Familiengesprächen, die die Therapie zunächst im Monatsabstand, dann ¼jährlich begleiteten. Obwohl diese Gespräche nicht nur Verbundenheit (Liebe) sondern auch wirklichen Haß zwischen Mutter und Sohn offenbarten (während der Vater eher im Hintergrund blieb), war es doch möglich, eine Atmosphäre von Unterstützung und Krisenhilfe aufrechtzuerhalten. So vereinbarten die Eltern eine „Kreditlinie“ mit der Bank, sicherten also die Rückzahlung der beträchtlichen Schul-

den ihres Sohnes, während dieser im Verlauf der Jahre das Geld an seine Eltern zurückerstattete. Die Modalitäten dieses „Vertrages“ waren wiederholt Thema der Familiengespräche, ebenso wie die zeitweisen Probleme bei der Umsetzung. Am Ende der Therapie war Herr U. immerhin schuldenfrei, was eine mehrfach determinierte Bedeutung hatte, u. a. die einer nunmehr gesicherten und auch von der Mutter akzeptierten Autonomie. - Der zweite Teil der Behandlung fand dann ohne weitere Treffen mit den Eltern statt. Wir richteten Grüße über den Patienten aus und manchmal hörte ich, daß die Mutter - nicht ganz ohne Eifersucht anfragte, warum der Sohn denn immer noch zu mir gehe...

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

Natürlich beinhaltet der harmlos klingende Begriff „Vernetzung“ auch die Bearbeitung der zwischen den verschiedenen Professionellen bzw. ihren Institutionen existierenden **Konflikte**. Diese sind bekanntlich gerade dann häufig, wenn es um die Behandlung von Borderline - Patienten geht, die diese Konflikte pro-

vozieren oder verschärfen, weil sie ihre Übertragungsneigungen **aufspalten** und auf die verschiedenen Professionellen verteilen. Auf diese Weise externalisieren sie ihre Schwierigkeit, gegensätzliche Positionen zu integrieren, und die betreffenden Professionellen sind aufgefordert, in einer gemeinsamen Anstrengung zusammenzufügen, was die Patienten strikt getrennt halten müssen (Anm. 4).

Herr U. benötigte wegen schwerer depressiver Verstimmung und begleitender Suicidalität zunächst ¼ Jahr stationärer und anschließend ½ Jahr tagesklinischer Behandlung. Wegen der Nähe zur Sektorstation bzw. zur Tagesklinik und aufgrund guter kooperativer Beziehungen konnten unsere wöchentlichen Gespräche im SPsD weiterhin stattfinden und ich hielt - in Absprache mit dem Patienten - in größeren Abständen Kontakt zu den zuständigen Professionellen. Nach der Tagesklinik zog er für ein Jahr in eine therapeutische Wohngemeinschaft für psychisch Kranke, wo ich ihn auf seinen Wunsch hin einmal besuchte. Zu den Betreuern hielt ich losen Kontakt wie schon zuvor zu den betreffenden Behandlern. Auch als Herr U. einen - zunächst beschützten - Arbeitsplatz fand, besuchte ich ihn dort einmal und plauderte bei dieser Gelegenheit mit seinem Vorgesetzten, der den weiteren Weg des Patienten hilfreich unterstützte. So war ich gut vertraut mit seinem Umfeld und Herr U. konnte den Eindruck erhalten, daß sich die beteiligten Professionellen in gemeinsamer Abstimmung (also um Integration bemüht) für seine Entwicklung interessierten und engagierten.

5. Bifokales Arbeiten: Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sehen sich in der Regel einer Fülle von sozialen Schwierigkeiten gegenüber - insbesondere in Zeiten akuter Zuspitzungen ihrer Problematik. Nach einem von Rauchfleisch beschriebenen bifokalen Behandlungskonzept (Rauchfleisch, 1996 u. 1999) muß der Therapeut von den vielfältigen sozialen Problemen ausgehen, die sich dem Patienten stellen, er muß mitunter aktiv in das reale Leben des Patienten eingreifen und **zugleich** versuchen, das dabei in die Stunden gelangende Material psychodynamisch zu verstehen und zu interpretieren. Dabei braucht er Geduld, da er die Bereitschaft, innere Prozesse wahrzunehmen und zu reflektieren, nicht ohne weiteres voraussetzen kann. Dieses

Vermögen stellt sich sozusagen selbst erst als Ergebnis längerer psychotherapeutischer Zusammenarbeit ein, muß also gefördert und entwickelt werden. Dies geschieht nicht auf einen Schlag, sondern in unzähligen kleinen Episoden, Lernerfahrungen und Tests, in denen der Patient u. a. immer wieder überprüft, ob er überfordert oder gar traumatisiert werden könnte.

Was Herrn U. betrifft, so habe ich bereits angesprochen, wie massiv seine sozialen Probleme zu Anfang der Therapie waren: er war arbeits- und wohnungslos, für seine Verhältnisse hoch verschuldet, und es erwartete ihn ein Prozeß wegen schweren Hausfriedensbruchs und fortgesetztem Diebstahl. Hinzu kamen die Probleme, die er sich durch dissoziale Rückfälle u.a. Eskapaden während der Therapie neu schuf. So waren wir in den ersten 2 Jahren eigentlich immer mit irgendeinem seiner Problemthemen befaßt, die es zu klären und - möglichst - zu regeln galt. Ohne zeitweise recht aktives Engagement meinerseits wäre dies vermutlich kaum möglich gewesen, und so wurde ich allmählich zu einer auch real bedeutsamen Figur im Leben des Patienten - mit all den Konsequenzen für die Entwicklung einer (negativen) Übertragung. - Trotz der Risiken eines solchen bifokalen Vorgehens boten sich auch zahlreiche Möglichkeiten gemeinsam zu verstehen, was die verschiedenen Aktionen und Inszenierungen des Patienten bedeuteten, d. h. welche inneren Zustände und Verfassungen er in diesen Externalisierungen auszudrücken versuchte. Es dauerte etwa 2-3 Jahre, also 100 Sitzungen, bis dieser Punkt erreicht war.

6. Verstehen verborgener Sinnhaftigkeit: Wer psychodynamisch arbeitet, interessiert sich für verborgene Sinnzusammenhänge, und zwar sowohl intrapsychisch als auch interpersonell, sowohl im lebensgeschichtlichen Kontext als auch in der aktuellen, szenischen Gestalt. Aus psychodynamischer Sicht haben alle Symptome und Verhaltensweisen einen positiven Sinn, eine (mehr oder weniger) unbewußte Bedeutung. Auch das auffallendste, skurilste, verrückteste Verhalten ist als der Versuch zu verstehen, ansonsten unerträgliche intrapsychische Konflikte zu bewältigen oder wenigstens in der Balance zu halten (Mentzos 1991, Mentzos (Hg.) 1992). Freilich erschließt sich uns der Sinn nicht immer oder nur in Ansätzen, oder wir verstehen über längere Zeit gar nichts

und brauchen die engagierte Mithilfe unserer Patienten, um neu oder anders zu verstehen. Natürlich ist kein Symptom, keine Phantasie, kein Verhalten ein für allemal verstanden, immer kann Neues, Unerwartetes hinzukommen, und immer legen sich mehrere Bedeutungsschichten übereinander, die wir erst in lang anhaltenden Bemühungen differenzieren können. Manches **soll** auch nicht verstanden werden, damit wir unseren Patienten nicht zu nahe kommen bzw. sie ihrer Autonomie berauben.

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

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

7. Unbewußte Konflikte: Die psychodynamische Sicht des Menschen ist im Kern eine Konfliktpsychologie (Mentzos 1991 und 1992): sie interessiert sich für

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

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

8. Partielle gegenseitige Verstrickung: Vor einigen Jahren nahm der niederländische Psychoanalytiker N. Treurniet in zwei grundlegenden Arbeiten zur Frage Stellung, was Psychoanalyse heute und wie eine „postklassische“ Ethik der psychoanalytischen Technik zu konzipieren sei (Treurniet, 1995 und 1996). Darin vertrat er u.a., „(...) daß Analyse eine Interaktion ist, in die beide Parteien *regelmäßig affektiv verstrickt* sind“ (Treurniet, 1996, S. 18). Ich zitiere wörtlich: „Erfolgreiche analytische Arbeit entfaltet sich in einem Prozeß kontinuierlicher,

aktiver, gegenseitiger Verstrickung zwischen Analytiker und Analysand plus dem ständigen Versuch beider, sich der Art dieser Verstrickung bewußt zu werden und sie aufzuklären“ (Treurniet, 1996, S. 12). Ich meine, daß diese belebende Formulierung auch für psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungs-Settings gelten kann - allerdings mit dem Zusatz, daß es den Beteiligten hier schwerer fällt, von der Verstrickung zu deren Aufklärung überzugehen (vielleicht gelingt dies aber in begleitender Supervision). - Ich lasse wieder Herrn U. und mich als damals beteiligtem Therapeuten sprechen:

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

9. Handelnder Umgang: Ich-strukturell gestörte Patienten - insbesondere solche, die sich in akuten Krisen befinden - haben Probleme damit, innerpsychische Konflikte zu symbolisieren. Daher bringen sie ihre Ängste, Bedürfnisse usw. handelnd zum Ausdruck und beziehen dabei ihr aktuelles Lebensumfeld und die mit ihnen verbundenen Menschen als Mittel der szenischen Selbstdarstellung ein. Indem sie auf diese Weise Intrapsychisches veräußerlichen, machen sie uns per **Handlungssprache** verständlich, wie und worunter sie leiden (Heltzel, 1998a). Janssen spricht in diesem Zusammenhang von „**handelnder**

Reinszenierung“ (Janssen, 2000). In dieser Sicht wird Agieren zum entscheidenden Kommunikationsmittel, wobei zu bedenken ist, „(...) daß viele, wenn nicht alle Menschen erst dann etwas fühlen können, wenn sie es auch in Handlung umsetzen“(Treurniet 1996, S. 13). Insofern wird heute nicht einmal mehr im klassischen analytischen Setting vom Analysanden erwartet, daß er erst fühlt und dann handelt - es kann auch umgekehrt sein, und natürlich gilt dies umso mehr, je weiter sich das Behandlungs-Setting von der psychoanalytischen Praxis weg und hinein in die ernüchternde Realität des psychiatrischen Sektors bewegt.

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

*Herr U. war anfangs so gut wie unfähig, erst zu denken und dann zu handeln. Es ging bei ihm immer anders herum, wobei er eine bemerkenswerte **Begabung** besaß, überraschend zu agieren und dabei die verschiedensten Menschen in den unterschiedlichsten Situationen für sich und seine Zwecke manipulativ einzusetzen. Meine anfängliche Angst, von ihm mißbraucht und manipuliert zu werden, rührte daher, und ganz entsprechende Rückmeldungen erhielt ich von vielen Menschen, die mit ihm zu tun hatten. - Das Prinzip „Handeln kommt vor Fühlen und Denken“ gab er übrigens nie ganz auf. Noch gegen Ende der Therapie behielt es insbesondere dann die Oberhand, wenn seine Angst zunahm.*

10. Grenzsetzung: Für die Arbeit mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen gilt (wie im übrigen auch für die Behandlung von Psychosen), daß Holding und Containing nicht nur durch diffizile Kommunikations- und Verstehensprozesse, nicht nur durch Atmosphärisches, sondern auch durch den Rahmen des Set-

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

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

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

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

11. Entwicklungsförderung: Patienten, die in Kontakt mit dem SPSD kommen, befinden sich in aller Regel in einer tiefgreifenden Lebenskrise. Sie sind mit überwältigenden sozialen Problemen konfrontiert, ermangeln der Hoffnung

in Bezug auf die überschaubare Zukunft und werden in dieser desolaten Stimmung oftmals auch von den ihnen am nächsten stehenden Personen bestärkt, da auch diese nicht mehr weiter wissen. Da ist es entscheidend, auf Helfer zu treffen, die diese Hoffnungslosigkeit verstehen und auch selbst ein Stück weit zulassen (d. h. aushalten) können (Heltzel, 1994). Nichts ist in dieser Lage unpassender als eine oberflächliche „Das-wird-schon-wieder-werden“ - Haltung des Gegenüber. Der Psychiater muß also den Patienten so nehmen, wie er augenblicklich ist. **Zugleich** muß er jedoch ein Bild in sich wachrufen und lebendig halten, wie sich der Patient möglicherweise und zu seinem Vorteil weiterentwickeln könnte. „Von dieser Haltung muß der Umgang mit dem Patienten geprägt sein, denn es gilt, dem Patienten Raum für eine entwicklungsträchtige Übertragungsbeziehung zu geben“ (Dührsen, 1999, S. 46).

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

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

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

Was das Behandlungssetting und die Arbeitsmethodik betrifft, so unterlagen beide einer kontinuierlichen Weiterentwicklung, die ich dem Stand der Therapie anzupassen versuchte und stets mit dem Patienten absprach: Am Beginn stand - wie berichtet - eine die Eltern intensiv einbeziehende Krisenintervention, die durch stationäre, teilstationäre und „extramurale“ Hilfen unterstützt wurde. Das von Rauchfleisch beschriebene „bifokale“ Arbeiten hatte Priorität. Die begleitenden Familiengespräche fanden zunächst monatlich, dann ¼ - jährlich statt, im 3. Jahr der Therapie waren sie nicht mehr erforderlich, ebenso wie mein Engagement im realen Leben des Patienten mehr und mehr nachließ. Wir unternahmen nun eine mit 2 Wochenstunden im Sitzen verlaufende analytische Psychotherapie, die ich - als beauftragter Ausbildungskandidat - in meiner Teilzeit-Psychotherapiepraxis durchführte. Als ich - bewußt in guter Absicht - 2 Jahre später den Wechsel auf die Couch vorschlug, erlebte Herr U. dies (zurecht!) als im Grunde übergriffig und tendenziell mißbräuchlich (da es mehr meinen als seinen Interessen diente) und protestierte energisch und erfolgreich dagegen, was einen wichtigen Punkt in seiner Entwicklung markierte. Das letzte Jahr fand dann wieder einstündig statt.

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

12. „Gut genug sein“: Ich bin mir darüber im Klaren, daß ich mit der Behandlung von Herrn U. einen Fall geschildert habe, der sich - gemessen an mögli-

chen Fehlschlägen und Katastrophen - relativ gut entwickelte. Das habe ich getan, weil ich zeigen wollte: Psychodynamische Arbeit mit borderline - persönlichkeitsgestörten Patienten kann sinnvoll und lohnend, sie kann lehrreich und relativ erfolgreich, sie kann spannend sein und Freude bereiten. Ich wollte auch zeigen, daß solche Arbeit unter Bedingungen möglich ist, die nicht dem „Standard“ psychoanalytischer Arbeit entsprechen.

Natürlich ist dies viel zu selten so, und allzuoft scheitern wir an den Hindernissen einer solchen Arbeit.. Ich habe selbst ein Jahrzehnt unter den teilweise ernüchternden Bedingungen des psychiatrischen Berufsalltages gelitten und begleite heute als Supervisor viele psychiatrische Professionelle und die Institutionen, in denen sie arbeiten dabei, den Herausforderungen dieses Alltags immer wieder neu gerecht zu werden. Wie schwer das ist, und was es so mühsam macht, eine psychodynamisch ausgerichtete Identität in der Psychiatrie zu bewahren, habe ich ausführlich diskutiert: (Heltzel, 1998b und 1999). Ich bin also weit entfernt davon, die Verhältnisse zu idealisieren oder die Probleme bei der Umsetzung einer psychodynamischen Sichtweise in der Psychiatrie zu unterschätzen. - Ich möchte aber auch nicht in das Gegenteil verfallen und in den Chor derer einstimmen, die so sehr an den Verhältnissen verzweifeln, daß sie kaum noch dazu kommen, ihre Arbeit gründlich zu reflektieren. Diese Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen leiden nach meinem Eindruck doch daran, daß sie - trotz mancher gegenteiliger Beteuerungen - zu viel von sich und ihren Patienten erwarten. Es könnte ihnen besser gehen, wenn sie nicht versuchten, perfekt, sondern im Sinne Winnicott's „gut genug“ zu sein.

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

Literaturverzeichnis:

Auchter Th (1995): Über das Auftauen eingefrorener Lebensprozesse. Zu Winnicotts Konzepten der Behandlung schwerer psychisch Erkrankter. Forum der Psychoanalyse 11: 62 - 94.

Balint M (1970): Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Ernst Klett Verlag, Stuttgart.

Boszormenyi - Nagy I, Spark GM (1981): Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Klett - Cotta, Stuttgart.

Bruns G (1995): Soziale Vernetzung: Ein Parameter in der psychoanalytischen Behandlung psychotischer Patienten. Forum der Psychoanalyse 11: 84 - 94.

Bruns G (1997): Die Öffnung der Dyade. Eine patienteninduzierte Modifikation in der psychoanalytischen Behandlung psychotischer Patienten. Psychotherapeut 42: 350 - 355.

Dammann G (2000): Psychoanalytische Therapie bei Persönlichkeitsstörungen - Allgemeines. In: Senf W, Broda M (Hg.): Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie. Georg Thieme, Stuttgart New York, 395 - 405.

Dührsen S (1999): Handlung und Symbol. Ambulante analytisch orientierte Therapie mit Psychosepatienten. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen.

Fürstenau P (1992): Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch - systemischer Psychotherapie. J. Pfeiffer, München.

Gabbard GO (1994): Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM - IV - Edition. American Psychiatric Press, Washington DC London.

Heltzel R (1987): Zur Beziehungsdynamik bei psychiatrischen Zwangseinweisungen. Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie (XIII) 196 - 217.

Heltzel R (1994): Thesen zur psychotherapeutischen Qualifizierung von Psychiatern. Psychiatrische Praxis (21) 215 - 220.

Heltzel R (1995): Die haltende Beziehung im stationär - psychiatrischen Setting. Sozialpsychiatrische Informationen (25) 30 - 38.

Heltzel R (1998): Das psychiatrische Krankenhaus als Ort von Psychotherapie. In: Meißel Th, Eichberger G (Hg.): Sozialpsychiatrie und Psychotherapie. editio on pro mente, Linz, 85 - 102.

Heltzel R (2000a): Beziehung in der Sozialpsychiatrie - aus psychodynamischer Sicht. Zur Veröffentlichung eingereicht.

Heltzel R (2000 b): Förderung der psychotherapeutischen Kompetenz in psychiatrischen Organisationen. Zur Veröffentlichung eingereicht.

Janssen PL (1994): Zur psychoanalytischen Behandlung der Borderline - Störungen. In: Streeck U., Bell K (Hg.): Die Psychoanalyse schwerer psychischer Erkrankungen. Konzepte - Behandlungsmodelle - Erfahrungen. J. Pfeiffer, München, 124 - 142.

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

Mentzos S (Hg.)(1992): Psychose und Konflikt. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen.

Mitchell SA (1988): Relational Concepts in Psychoanalysis. An Integration. Harvard University Press, Cambridge Massachusetts London.

Müller Th, Lempa G (1998): Die psychoanalytische Haltung in der Behandlung von Psychosen. In: Kutter P et al. (Hg.): Weltanschauung und Menschenbild. Einflüsse auf die psychoanalytische Praxis. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen, 255 - 281.

Rauchfleisch U (1996): Menschen in psychosozialer Not. Beratung, Betreuung, Psychotherapie. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen.

Rauchfleisch U (1999): Außenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen.

Ruiz - Sancho A, Gunderson JG (2000): Familien von Patienten mit Borderline - Persönlichkeitsstörungen: ein Literaturüberblick. In: Kernberg OF et al. (Hg.): Handbuch der Borderline - Störungen. Schattauer, Stuttgart New York, 771 - 792.

Thomä H, Kächele H (1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1 Grundlagen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo.

Treurniet N (1995): Was ist Psychoanalyse heute? Psyche (49) 111 - 140.

Treurniet N (1996): Über eine Ethik der psychoanalytischen Technik. Psyche (50) 1 - 31.

Winnicott DW (1974): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M.

Winnicott DW (1976): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M.

Anmerkungen:

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

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

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

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

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

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