

Zum Verhältnis von (Sozial-)Psychiatrie & Psychoanalyse, am Beispiel des Beratungszentrums Graz, Griesplatz

Das Verhältnis von Psychiatrie und Psychoanalyse ist von Anfang an geprägt von Spannungen und Widersprüchen. Davon werden einige – historische und aktuelle – benannt und diskutiert. Am Beispiel des 1978 in Graz am Griesplatz gegründeten Beratungszentrums für psychische und soziale Fragen (BZ), in dessen Räumen der Grazer Arbeitskreis für Psychoanalyse seit über 35 Jahren seine öffentlichen Vorträge veranstalten darf, soll gezeigt werden, wie sowohl therapeutische als auch kulturkritische psychoanalytische Konzepte in der sozialpsychiatrischen Praxis wirksam werden konnten.

Mein ganzes Berufsleben hindurch hat mich das spannungsreiche Verhältnis von Psychiatrie und Psychoanalyse beschäftigt. Und als Gründungsmitglied des Arbeitskreises und des Beratungszentrums hier, heute (Mai 2014) über dieses Thema zu sprechen, ist schon ein besonderes Ereignis für mich.

Beginnen möchte ich mit drei Facetten des komplizierten Verhältnisses von Psychiatrie & PA:

1. Freud war alles andere als glücklich über die Entwicklung der PA in den USA zur „handmaid of psychiatry“. Der Ausdruck stammt aus einem Brief an Smith Ely Jelliffe vom Februar 1939 (ein halbes Jahr vor seinem Tod):

„A remark of yours saying that PA has spread in US more widely than deeply struck me as particularly true. I am by no means happy to see that analysis has become the handmaid of psychiatry in America and nothing else. I am reminded of the parallelism in the fate of our Viennese ladies, who by exile have been turned into housemaids serving in English households.“

(zitiert nach:

Zur Geschichte der „Frage der Laienanalyse“ von Harald Leupold-Löwenthal 1984)

Den Hinweis auf dieses Zitat verdanke ich Rainer Gross.

In einem Brief an O. Pfister vom 25.11.1928 will Freud „die Analyse vor den Ärzten und den Priestern schützen“.

Jahrzehnte später gibt's dann die prägnante Warnung von Paul Parin vor der ‚Medizinalisierung der PA‘ und Parins Auseinandersetzung mit dem ‚was er ‚Medicozentrismus‘ nennt, also das Denken in Begriffen von Krankheit und Gesundheit, von Heilung und Normalität, das wie ein Gewebe von Vorurteilen wirkt, welches das Erkenntnisinteresse und das praktisch pa Handeln behindert; das aber zugleich auch legitimes Erbe gesicherten Wissens und historischer Ausgangspunkt der PA sei.

(in: ‚Subjekt im Widerspruch‘, Aufsätze 1978-1985, Medicozentrismus‘)

2. Das wenig attraktive Beispiel von PsychiaterInnen + PsychoanalytikerInnen, die das Problem durch Spaltung „gelöst“ haben: vormittags im Spital Patienten niederspritzen, ins Netzbett stecken und mit sogen. ‚Elektro-krampftherapie behandeln‘, nachmittags die zahlungsfähigen und -willigen Neurotiker auf die Couch legen. Sozusagen eine „lukrative Freud-Verharmlosung“.

(aus: Bodo Kirchhoff, ‚Ich denke da wo ich bin‘, die Zeit, Nr. 49. 28.11. 1980)

3. Die PA als „Kriegsgewinnler“. Immer gab es infolge der großen Kriege kräftige Schübe in der Theoriebildung: In und nach dem 1. Weltkrieg um die Behandlung der sogen Kriegszitterer, auf die ich noch zu sprechen kommen möchte. Auch W.

Bion entwickelte seine Gruppenkonzepte auf Grundlage der Erfahrungen mit Kriegstraumatisierten. Infolge des Vietnamkriegs wurde das Konzept der posttraumatischen Störungen entwickelt.

Kaum bekannt ist auch der kollektive Konformismus, die Verblendung, der sich die Psychoanalytiker zu Beginn und im Lauf des 1. WK hingegeben haben: am 5. internationalen Kongress in Budapest 28.-29. September 1917 tauchen buchstäblich alle teilnehmenden Psychoanalytiker in Uniform auf – mit Ausnahme von S. Freud.

Diesen Hinweis verdanke ich einer mündlichen Mitteilung von Ernst Falzeder.

In den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts schrieben Sigmund Freud, Eugen Bleuler und Karl Jaspers ihre bahnbrechenden Arbeiten. Bleuler schätzte Freuds Arbeiten. Jaspers hingegen grenzte sich mit seiner deskriptiven, phänomenologischen Psychopathologie streng gegen jeden pa Ansatz ab. Mit Ausnahme einiger weniger Institutionen in der Schweiz wurden die psychoanalytische Theorie und Methode im deutschen Sprachraum abgelehnt. In Deutschland ging das nicht zuletzt auf Emil Kraepelins entschiedene Ablehnung des Freud'schen Werks zurück (*„kein Psychologisieren in der Psychiatrie“*). Kraepelin hielt streng am biologischen Paradigma in der Psychiatrie fest und prägt(e) Generationen von PsychiaterInnen in Deutschland und Österreich - bis heute. (siehe Paul L. Janssen, 1989, Aspekte der Integration von Psychiatrie und Psychotherapie)

Als Freud das ‚neue‘ Paradigma der Psychoanalyse formulierte, distanzierte er sich von der damaligen akademischen Schulpsychiatrie.

Was ihn aber nicht daran hinderte, im Gerichtsverfahren gegen Wagner-Jauregg, 1927, diesem als Gutachter die Stange zu halten. Wagner-Jauregg war damals Chef der Wiener Psychiatrischen Uni-Klinik und späterer Nobelpreisträger. Er war angeklagt, die sogenannten Kriegszitterer - heute würde man sagen Kriegsveteranen mit schweren posttraumatischen Syndromen - mit folter-ähnlichen Methoden wieder zurück an die Front des 1. Weltkriegs geschickt zu haben. (Die in der Wiener Universitätsklinik angewandten Methoden waren unter anderem: einzelhaft-artige Unterbringungen, ‚Faradisierung‘ (E-Schocks) an Genitalien, sogenannte asafetida-‚Behandlungen‘, mit ekelerrregenden Substanzen, die zu Übelkeit und Erbrechen führten etc.) Freud hat Wagner-Jauregg in seinem Gutachten maximal geschont – und wurde dafür von Wagner-Jaureggs Assistenten deftig beschimpft. (siehe Kurt Eissler und Theo Meißel)

Nach dem 1. Weltkrieg versuchte Freud, die Psychoanalyse (als Theorie und als Organisation) durch Neutralisierung aus dem von ihm erwarteten europäischen Bürgerkrieg herauszuhalten. In der letzten seiner *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* von 1932 / 33 betonte er den anti-ideologischen, naturwissenschaftlichen Charakter der PA und leitete den Ausschluss Wilhelm Reich's, des prominenten Exponenten der „Freud'schen Linken“, in die Wege. Diese ideologische Weichenstellung der frühen dreißiger Jahre – Neutralisierung der Psychoanalyse als „Naturwissenschaft“, Primat der therapeutischen „Technik“, Verpönung des politischen Engagements von Psychoanalytikern, sofern es sich gegen die herrschenden Verhältnisse richtet – hat in der Geschichte der organisierten Psychoanalyse Schule gemacht. Was zunächst eine Notmaßnahme in schwieriger Zeit zu sein schien, verfestigte sich bald zu einer institutionellen Norm. Vor dem Hintergrund der unverstandenen und unbewältigten Vertreibung der

jüdischen und sozialistischen Psychoanalytiker aus ihren Bildungszentren in Berlin, Wien und Budapest, der Diskriminierung und Marginalisierung der Psychoanalyse in der stalinistischen Sowjetunion sowie der späteren Verfolgung von Psychoanalytikern in lateinamerikanischen Folter-Regimen, hat diese Normierung direkt und indirekt die Auswahl und die Ausbildung der nachfolgenden Generationen von PA bestimmt. So bildete sich der heute vorherrschende Typus des politisch abstinenten PA heraus, der mit den bestehenden Verhältnissen seinen Frieden gemacht hat und der „brennenden Zeitproblemen“, so weit wie möglich ausweicht. Heutzutage umfasst die freudianische Fraktion der Psychoanalytiker nicht mehr nur ein paar Hundert, sondern viele Tausende von Therapeuten, die jedoch in den politischen Kämpfen unserer Zeit kaum ihre Stimme erheben.

Die organisierte Psychoanalyse war nie unpolitisch oder „neutral“. Die Politik im Dienst des Status quo – z.B. die Politikberatung der US-Regierung und des FBI nach dem Kriegseintritt der USA und, später, in den Jahren des „Kalten Krieges“ – wurde von den psychoanalytischen Praktikern und ihren Funktionären gar nicht als „Politik“ wahrgenommen und deshalb stillschweigend akzeptiert oder vom psychoanalytischen Establishment gern gesehen. (so hat zB der prominente ich-psychologische Analytiker H.E. Erikson – Autor des in meiner Ausbildungszeit so wichtigen Buches ‚Kindheit und Gesellschaft‘ - als Gutachter von Angela Davis, afroamerikanischer Bürgerrechtskämpferin, wesentlich zu deren Inhaftierung beigetragen).

(Diese ideengeschichtlichen Überlegungen verdanke ich dem Memorandum ‚Zur gegenwärtigen Situation der Psychoanalyse‘ des ‚Kreises Kritischer Freunde der Freud’schen Psychoanalyse‘ um Helmut Dahmer

Psychiatrie heute gibt sich ganz ‚wissenschaftlich‘ im Sinn der Hirnforschung, nach dem Motto: ‚Alles Neuro!‘ neuro- radiologische, -pathologische, - biochemische, - psychologische, -physiologische, ... Forschung. Die Tendenz zur Biologisierung in der Psychiatrie hat zu einer erschreckenden Simplifizierung der Konzepte geführt. Mit der Vorherrschaft biologisch-psychiatrischer und kognitiv-behavioraler Konzepte werden Psychosen und Depression auf Stoffwechselstörung reduziert oder gar als Neuroleptica- bzw. Dopamin- und Serotonin-Mangelsyndrome gedacht. So sagen **sie** es auch den Patienten, die es dann ~~natürlich~~ aufgeben, nach Gründen und biographischen Zusammenhängen ihrer depressiven Verstimmung zu suchen.

Beide Diagnose-Codifizierungen ICD10 und DSM V sind geprägt von der Absicht, Diagnosen nur mehr phänomenologisch zu erstellen. Stavros Mentzos hat die Kritik am ICD 10 und am DSM 4 (in einem der Münchner Psychose-seminare, die für meine Fortbildung wichtig waren) so formuliert: es werden immer mehr und immer detailliertere diagnostische Daten über Unwesentliches gesammelt, mit der Folge, dass zwar die Validität der Diagnosen nicht aber ihre Reliabilität steigt. Das erklärte Ziel ist eine einheitliche Sprache und breite Akzeptanz. Die Folgen sind: 1. der Verlust differenzierter ätiologischer und psychodynamischer Konzepte und 2. die Beherrschung der Diskussion durch biologische und kognitiv-behaviorale Konzepte.

Heute tendieren viele PsychoanalytikerInnen dazu, sich mit den Gegnern der Psychoanalyse zu arrangieren und sie versuchen, das Freud’sche Erbe mit der aktuellen Neurowissenschaft und der Kognitionspsychologie in Einklang zu bringen. Freud wird im Nachhinein zum Hirnforscher erklärt, die Psychologie des

Unbewussten zu einem mehr oder weniger überflüssig gewordenen Notbehelf. Im Rahmen der „Neuropsychanalyse“ wird der „Trieb“ zur Funktion eines pathologisch-anatomisch identifizierbaren „seeking systems“, das Unbewusste wird auf „implizites Gedächtnis“ reduziert. Metapsychologie und Todestrieb werden als veraltet erklärt, in den Neurosen sieht man eine rein innerseelische Angelegenheit oder die Folge von „Traumen“. Heute schreiben Psychoanalytiker keine „Novellen“ mehr, sondern Bewilligungsanträge. In den Diagnosen werden nicht mehr Triebkonflikte benannt, sondern die Buchstaben und Ziffern des ICD 10 aufgeführt, eines Diagnose-Systems, das Konfliktdynamiken durch isolierte Krankheits-Phänomene und Symptom-Cluster ersetzt.

Zur Entwicklung in der 2. Hälfte des vorigen Jahrhunderts

Dass in der psychiatrischen Praxis psychotherapeutische, ja sogar psychoanalytische Konzepte, mitunter eine große Rolle spiel(t)en, spiegelt sich in der psychiatrischen ‚Wissenschaft‘ kaum wieder.

Dabei schien es in den 60-iger und 70-iger Jahren durch die sozialpsychiatrische Bewegung zu einem Wandel zu kommen. Das statische Menschen- und Wissenschaftsbild der Psychiatrie, immer noch geprägt von der menschenverachtenden Naziideologie (z.B. durch die Fortsetzung des ‚Halbierungserlasses‘ in anderen Gesetzesformen der Nachkriegszeit bis in den 80-iger und 90-iger Jahre, die im Vergleich zu somatischen medizinischen Fächern in der stationäre Psychiatrie halbe Tagessätze, sowie reduzierte Personal-Ressourcen festschreibt), geriet in Bewegung:

- durch Goffman's Soziologie des symbolischen Interaktionismus,
- durch die Institutionskritik von Basaglia,
- durch den klassischen Text von Hollingshead und Redlich, ‚Social Class and Mental Illness‘ (– da ging es um den Nachweis der engen Zusammenhänge von sozialer Schichtzugehörigkeit und psychiatrischen Diagnosen)
- und nicht zuletzt durch die Ergebnisse der Psychoanalyse in Bewegung.

Markanter Ausdruck des makro-sozialen Wandels waren die einschneidende Gesetzesänderungen des ‚mental health act‘ in den USA unter J. F. Kennedy (1963) und die gründliche Bestandsaufnahme des Enquete-Berichts zur Lage der psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (1975).

In Österreich hat es damals nichts Vergleichbares gegeben. Der Datennotstand war drastisch. Die Versorgungslage war desolat. Es gab keinerlei ambulante Versorgung, die 9 psychiatrischen Großkrankenhäuser lagen/liegen jeweils an der Peripherie der Stadt, wo auch Schlachthof, Friedhof und Gefängnis angesiedelt sind. Halbe Tagessätze, Bettensäle ... das Personal therapeutisch nihilistisch, überfordert, schlecht bezahlt.

Vor diesem Hintergrund entstand die Idee des Beratungszentrums. In unserem anfänglichen Idealismus war das Freud-Zitat (Wege der pa Therapie, 1920) vom „Erwachen des Gewissens ...“ und vom „genötigt sein, in der Massenapplication unserer Therapie das reine Gold der Analyse mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren“ für uns gleichsam wie ein Auftrag.

Zugleich waren wir aber auch mit der Skepsis von Säulenheiligen der

Anfangszeit wie Franco Basaglia und anderer antipsychiatrischer Größen gegenüber der PA konfrontiert. Die PA fiel - wie auch alle anderen Psychotherapie-verfahren - unter Ideologie-verdacht.

Jeder, der eine Idee ausbrütet, weiß, dass sie nur zu einem kleinen Teil von ihm selbst stammt. Alles was wir denken und tun ist ein Produkt der Welt, in der wir leben. Letztlich ist alles auf bereits vorhandenen Ideen aufgebaut, auf ein Gerüst von Gedanken, von beta-Elementen, die sich - wie Bion meint - einen Nistplatz suchen. Idee, Fusion, Parodie, Adaption, Variation, Gelegenheit, Möglichkeit, Imitation, Zufall, Diebstahl, Plagiat - es ist schwierig, das alles voneinander abzugrenzen.

Am besten kann ich es vielleicht so beschreiben: um das BZ am Griesplatz zu gründen, waren wir zur richtigen Zeit am richtigen Ort, und die Ideen suchten sich einen Nistplatz in unseren Köpfen und Herzen.

Als wir 1978 mit dem Experiment – ambulante Sozialpsychiatrie, Tagesklinik für Psychosekranken, Krisenintervention, ... begannen, suchten wir nach Theorien, nach Konzepten die hilfreiche Verbündete sein sollten in den institutionellen Auseinandersetzungen, im politischen Kampf um Ressourcen, für menschenwürdige Lebens- und Behandlungs-Bedingungen und um öffentliche Aufmerksamkeit für die Probleme der Psychiatrie, die immer noch von den Auswirkungen der menschenverachtenden Nazi-Ideologie geprägt war und immer noch ist. Und wir suchten nach Konzepten, die uns helfen sollten, die tägliche Versorgungsarbeit zu leisten und eine gemeinsame Sprache zu erlernen, die im erst zu entwickelnden multiprofessionellen Team brauchbar war.

Der Beginn liegt zwar im Frühjahr 1978. Damals haben wir mit den Umbauarbeiten der Räume am Griesplatz 27 auch mit der Betreuung der ersten Klienten begonnen. Die Ursprünge und die vorbereitenden Aktivitäten reichen aber noch einige Jahre weiter zurück. Der Einsatz aller haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen in diesen ersten Jahren war enorm, der Benutzerstrom kontinuierlich steigend – und zwar so stark, dass wir bald an die Grenzen unserer Kapazitäten erinnert wurden. Die Erfahrungen waren sehr stimulierend und lehrreich. Wir fühlten uns und wir waren Pioniere – jedenfalls in Österreich.

Erneut möchte auch heute auf eine bemerkenswerte Gleichzeitigkeit hinweisen: Im September 1978 haben die Regierungen der Welt in Kasachstan eine Entscheidung von historischer Bedeutung getroffen: in der „Alma Ata Declaration“ wurde das Konzept der „Primary Health Care“ formuliert, das später zum Kernkonzept der WHO „health for all“ wurde. Damit wurde ein neues Verständnis von Gesundheit definiert, das weit über die Medizin hinausreichte. Darin heißt es, dass Gesundheit vor allem durch außer-medizinische Faktoren bestimmt wird,

- in erster Linie durch menschenwürdige Wohnverhältnisse,
- ausreichende Ernährung,
- Zugang zu Einkommen und Land,
- die Respektierung der Menschenrechte
- und kulturelle Teilhabe.

Spätestens seit damals gilt: wer für Gesundheit arbeiten will, muss sich auch für demokratische Partizipation, für soziale Gerechtigkeit und für die Menschenrechte einsetzen.

Es war überhaupt eine an- und aufregende Zeit.

Beeinflusst von der internationalen Entwicklung setzte in den späten 1960-er Jahren auch in Österreich eine Reformdiskussion ein. Das Motto von Willy Brandt in Deutschland war: "Mehr Demokratie wagen", das von Bruno Kreisky in Österreich: "Demokratisierung sämtlicher Lebensbereiche" oder „Durchflutung der Gesellschaft mit Demokratie“.

Nach dem Wahlsieg der sozialdemokrat. Partei bei den Nationalratswahlen 1971 wurde mit dem Aufbau eines Wohlfahrts- und Sozialstaates begonnen. Vor dem Hintergrund der damals günstigen Wirtschaftslage wurden weitreichende Reformen durchgeführt:

der Ausbau des staatlichen Beihilfensystems und der Rechte von ArbeitnehmerInnen,

Maßnahmen zur Besserstellung von Frauen in Beruf und Familie, erleichteter Zugang zu höherer Schul- und Berufsbildung für Kinder aus einkommensschwächeren Schichten,

der Zivildienst wurde eingeführt,

der [Schwangerschaftsabbruch](#) während der ersten drei Schwangerschaftsmonate straffrei gestellt.

Es entwickelten sich neue Formen der politischen Beteiligung, bei denen individualisierte politische Handlungen wie z. B. das Schreiben von LeserInnenbriefen oder das Engagement im Rahmen von BürgerInneninitiativen im Vordergrund standen.

Die Volksabstimmung über das Atomkraftwerk [Zwentendorf](#) im November 1978 war das deutlichste Zeichen für diesen demokratiepolitischen Übergang.

Ich möchte auch auf die nachhaltigen Veränderungen unter dem Einfluss von Christian Broda's Strafrechts-reformen (- eine kleine 1971 und eine große 1973) hinweisen.

Aufhebung der Todesstrafe 1968

Entkriminalisierung der Homosexualität,

Entkriminalisierung des Ehebruchs, überhaupt aller „Moral-delikte“,

Zurücknahme des Strafrechts aus der Privatsphäre,

Ersetzen von kurzen Freiheitsstrafen durch Geldstrafen,

Konsumentenschutzgesetz,

die sogen. ‚Fristenlösung‘ - habe ich schon erwähnt

Sachwalterschaft statt Entmündigung,

Einführung von Sonderanstalten für geistig abnorme Rechtsbrecher, Drogenkranke, Alkoholiker ... auf Grund der Erkenntnisse der Kriminalsoziologie, Psychologie und Psychiatrie.

(Und auf den prägenden Einfluss, den der spätere Sozialminister Alfred Dallinger ausübte. Seine Themen waren:

allgemeine Arbeitszeitverkürzung auf 35 Wochenstunden,

Mitbestimmung am Arbeitsplatz,

kritische Reflexion der Ideologie des Wirtschaftswachstums,

Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen,

work-life-balance, ...)

Im Jahr 1978 wurde mit der Arbeit im BZ begonnen und der Grazer Arbeitskreis wurde gegründet. Sowohl der Arbeitskreis als auch die damals von Rainer Danzinger geleitete Grazer Sektion des von Roul Schindler in Wien gegründeten ÖAGG waren ab 1978 sozusagen im BZ zu Hause. Und das war - für alle drei damals sehr lebendigen und lernenden Institutionen – eine produktive Zusammenarbeit und wechselseitige Inspiration.

Wir wollten ein Modell für eine umfassende, demokratische, an den Interessen der BenutzerInnen orientierte Psychiatriereform entwickeln.

Wir haben pa Denken und psychotherapeutisches Handeln in den sozialpsychiatrischen Alltag integriert, d.h. ernst gemacht damit, dass auch schwer und chronisch psychisch kranke Menschen verstehbar, einfühlbar sind, dass auch Symptome wie Wahn und Halluzination nicht nur „weg-zu-therapierende“ Störungen sondern sind, höchst komplexe, kreative Bewältigungsversuche.

Auf der Suche nach pa Konzepten, für eine ernsthafte Alternative zur stationären Wegsperr-, Ins-bett-steck- und ausschließlichen Psychopharmaka-Behandlung sind wir unter anderem auch bei Paul Federn (1952, Ichpsychologie und die Psychosen) fündig geworden, der berichtete, dass Freud 3 Voraussetzungen zur wirksamen Behandlung von Psychosen für notwendig hielt:

1. ein gründliches Verstehen der narzisstischen Mechanismen
2. die Einrichtung pa Kliniken
3. dass die Gegner der PA aufhören, Fälle auszuschlachten, wo psychotische Symptome therapeutisch provoziert werden.

Wir haben als erste gemeindenahe Prinzipien wie kostenlose Psychotherapie, Betreuungskontinuität, Freiwilligkeit, Anonymität, keine Wartezeiten für Krisenfälle etc. umgesetzt.

Wir haben uns bemüht, individuelles Leid nicht auf persönliches Versagen zu reduzieren und nicht der Gefahr zu erliegen, das „blaming of the victims“ zu betreiben.

(Exkurs: Inflation psychiatrischer Diagnosen heute, Privatisierung gesellschaftlich verursachter Not, Entpolitisierung + Entkoppelung von historischen, ökonomischen und politischen Ursachenzusammenhängen

Die Inflation psychopathologischer Diagnosen, trägt dazu bei, das Elend am Individuum festzumachen. In der Zunahme von Diagnosen wie Burn-out, Depression, ADHS, Posttraumatisches Belastungssyndrom (PTSD) spiegelt sich nicht nur das wachsende Unbehagen mit den gesellschaftlichen Verhältnissen in der Globalisierung, sondern auch die Pathologisierung und Privatisierung gesellschaftlicher Missstände.

„Professionalisierung“ kann auch der Beziehungsabwehr und der Empathieverweigerung dienen. Das geschieht immer dann, wenn individuelles Leid privatisiert und entpolitisiert wird, wenn zB Folter und Trauma-opfer pathologisiert werden. Für Klaus Ottomeyer dient das Abtauchen in scheinbar

exakte Messergebnisse und in die Sprache der Hirnforschung der Abwehr vom Schrecken und der Vermeidung eines behutsamen Dialogs mit einem sich selbst fremd gewordenen Menschen.

Krank ist die Folter und die politische Gewalt; die individuellen Störungen sind normale, menschliche Reaktionen auf unnormale, unmenschliche Erfahrungen. Der Psychoanalytiker Hans Keilson hat Jahrzehnte mit jüdischen Kriegswaisen gearbeitet. Von ihm haben wir gelernt, dass Trauma kein Symptomkatalog ist, sondern ein sequentieller Prozess, in dem das Wechselspiel des äußeren Kontextes und der inneren Erfahrungen darüber entscheidet, wann und in welcher Form Menschen unter den Folgen traumatischer Erfahrungen leiden. Das heißt, in welchem Kontext sich Menschen nach einer Verfolgung wiederfinden, spielt genauso eine Rolle bei der Ausbildung von Störungen wie die Verfolgung selbst.

Zur Privatisierung von gesellschaftlich verursachter Not gehört auch die Entkoppelung von historischen, ökonomischen und politischen Ursachenzusammenhängen, zB von Trauma und Politik. Und dazu gehört auch eine humanitäre Hilfsindustrie, in der Traumaarbeit zum „Herzstück des letzten großen imperialen Kulturprojekts“ geworden ist, wie David Becker das zuspitzend formuliert. Humanitäre Hilfe ist ein wachsendes Geschäft mit einer wachsenden Zahl von Akteuren, die um eine konstant bleibende Zahl von finanziellen Ressourcen konkurrieren. Marginalisierte und traumatisierte Menschen sind in der Regel nicht in der Position, Rahmenbedingungen und Wirksamkeit von Hilfe mitgestalten, überprüfen oder einklagen zu können. Und das erzeugt einen unkontrollierten Markt für Experten. Hilfe für Traumatisierte in einem Krisenkontext ist öffentlichkeitswirksam und kann sich auf Seiten der ‚Guten‘, nämlich der Opfer präsentieren, ohne sich mit den Ursachen und der politischen Verantwortung auseinandersetzen zu müssen.

Wir wollten Entstehungs-zusammenhänge von sozialer Not und individuellem Leid aufzeigen; die Krankheit des Einzelnen immer auch als Niederschlag gesellschaftlicher Prozesse verstehen. Wir haben zu gesundheits- und sozialpolitischen Themen Stellung genommen. Damals war es noch möglich, mediale Aufmerksamkeit und öffentliches Interesse für die Probleme des Umgangs mit Randgruppen und Außenseitern zu wecken. Die von uns initiierten Vortrags- und Diskussionsveranstaltungen waren von Pioniergeist und Aufbruchsstimmung gefärbt und immer gut besucht.

Neben den grundlegenden Konzepten von Freud beruhen heutige Konzepte für pa orientierte Arbeit mit psychisch schwer kranken Menschen auf einer Vielzahl von Konzepten und deren Anwendung in den letzten 70-80 Jahren. Bereits 1928 machte E. Simmel den ersten Versuch mit psychoanalytischen Behandlungen in der Klinik in Berlin im Sanatorium Schloß Tegel. Und schon 1929 thematisierte er viele der heute noch wichtigen Gesichtspunkte (Pa Gesichtspunkte zur Psychotherapie der Psychose (Schizophrenie)). Er betonte dass es wichtig sei *„zunächst eine positive Bindung an das Institut als solches zu schaffen, damit sie Basis und Rahmen garantieren soll, wenn späterhin durch das Spiel der Übertragung die Mitspieler sämtlich ins Schwanken zu geraten scheinen.“*

Und er beschrieb, dass sich *„die pa Situation innerhalb der Klinik nicht auf die Beziehung zum Analytiker, sondern auf die gesamte Klinik“* bezieht.

(zitiert nach Rainer Groß, Psychoanalytische Haltung im sozialpsychiatrischen Team)

Dementsprechend haben wir eine Teamkultur entwickelt, in der die Basiskompetenzen betont wurden und Vorrang hatten vor den fachspezifischen Kompetenzen der je unterschiedlichen Quellenberufe. Ein multiprofessionelles Team mit einer im Unterschied zum Krankenhaus flachen Hierarchie, mit größtmöglicher Autonomie der einzelnen Teammitglieder in der Ausgestaltung des je eigenen Arbeitsbereichs und –stils, mit gegenseitiger Anerkennung – das waren die zu erlernenden und ständig zu kultivierenden Voraussetzungen, - sowohl für eine fruchtbare Arbeit im und als Team als auch für eine solidarische, respektvolle Grundhaltung jedem hilfeschuchenden Menschen gegenüber.

Hilfreich für die Entwicklung dieser Grundhaltung war die permanente gegenseitige Unterstützung und solidarische Kritik, sowie der lebendige Austausch mit KollegInnen, mit ausländischen Gästen, mit PraktikantInnen, Zivildienern, ehrenamtlichen Helfern und nicht zuletzt das gemeinsame Lernen:

Jahrzehntelang gab es jede Woche ein 90-minütiges Fallseminar, in dem in Anlehnung an die Arbeit in Balint-Gruppen Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik von Behandlungen intervidierend vorgestellt, reflektiert, besprochen wurden.

Und alle Teammitglieder haben jahrelang miteinander an einem Abend pro Woche Fachliteratur gelesen und diskutiert: z.B. Fenichels 3-bändige Neurosenlehre, Winnicott, Balint, Bion, Kernberg, Klaus Dörner, Luc Ciompi, Gaetano Benedetti, Stavros Mentzos um einige der für uns wichtig gewordenen Autoren zu nennen.

Als politisch engagierter PA betonte Simmel auch, *„dass diesem affektgeladenen Übertragungsmilieu bei aller analytischen Korrektur doch noch wirksames Paroli dadurch geboten werden muss, dass wir an den bestehenden Beziehungen zur realen Außenwelt aufs Sorgsamste festhalten.“* Wir sind mit den Patienten Beziehungen eingegangen, wir haben nicht nur mit ihnen gearbeitet sondern haben auch Alltag und Freizeit mit ihnen verbracht. Wir haben miteinander gekocht und gegessen. Wir haben miteinander ihre Werkstatt-produkte am Markt verkauft und gefeiert. Wir sind gemeinsam verreist, geschwommen, Ski gefahren, gewandert, ... Die damals zu verhandelnden Beziehungsangebote waren selbst Gegenstand der Bearbeitung, in denen lebenspraktische Erfahrungen gesammelt, Kompromissfindung und Interessensausgleich geübt, Lernen und Entwicklung ermöglicht wurden.

Was wurde aus dieser „barfußpsychiatrischen“, solidarischen Praxis mit dem Ziel der Emanzipation, dem Versuch an die Aufklärung anzuknüpfen, des Versuchs, die Rückkehr der Außenseiter zu ermöglichen?

Das können andere KollegInnen, die nach wie vor an der Versorgungsfront tätig sind, besser beantworten als ich.

Zu einem gegenwärtigen Trend: Normieren, Formalisieren, Verrechtlichen.

Auf einen Aspekt möchte ich hinweisen, der mir in der gegenwärtigen Arbeit auffällt:

Den Trend zur Normierung, zur Formalisierung, ... dem sich das Unbewusste freilich unvermeidlich entzieht.

Etliche junge KollegInnen am Beginn ihrer klinischen Karrieren haben Merkblätter verfasst, die sie ihren Patienten in den ersten Gesprächen überreichen. Da werden sorgfältig formuliert Informationen gegeben über Sitzungsdauer, Absageregelung, Schweigepflicht, Bezahlungsmodalitäten, unterschiedliche Formen der Behandlungsangebote, etc. Die bewussten Motive für die Herstellung solcher Behelfe sind leicht zu verstehen: Klarheit schaffen, unnötige Missverständnisse gar nicht erst aufkommen lassen, ...

Ich denke, da gibt's aber auch noch andere Motive und vor allem Auswirkungen des Einsatzes solcher Mittel, die zu erkunden sich lohnt. Eine Vermutung geht in Richtung Angstabwehr. Auf die komme ich leicht, wenn ich an mein eigenes Faible für prägnante Zusammenfassungen, präzise Formulierungen oder gar tabellarische Übersichten denke, wie ich auch für diesen Vortrag eine gemacht habe. Ich vermute, dass diese schriftliche Form der Informationsweitergabe auch der Angstabwehr des Experten dient, dass sie ihm die Sorge erleichtern soll ‚nichts Wichtiges vergessen zu haben‘. Und sie schiebt etwas zwischen die beiden sich Begegnenden, die gerade erst dabei sind, sich kennen zu lernen, die sich beschnuppern, die erst durch Ausprobieren herausfinden müssen, ob sie gut genug mit einander arbeiten können, die noch unsicher sind, ob und was aus dem Versuch, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, wohl werden wird.

Wie ich gehört habe, wird auch im BZ an einer vorgefertigter Therapievereinbarung gebastelt, die im Erst- oder in den ersten Gesprächen geschlossen und unterschrieben werden soll, in dem die maximale Behandlungsdauer festgelegt ist, wo z.B. auch geregelt wird, wie „bei Suizidgedanken“ vorzugehen ist und wo Behandlungsziele und deren Evaluierung eingefügt werden.

Und neuerdings soll es auch eine gut sichtbar ausgehängte ‚Hausordnung‘ geben, die regelt, normiert, begrenzt, die das erwünschte Verhalten der ‚Kunden‘, definiert und das Unerwünschte wie z.B. das Mitbringen von Haustieren, fotografieren, ...

Mir erscheinen derartige Herangehensweisen nicht wünschenswert, und ich bin froh, dass wir in meiner aktiven Zeit weitgehend ohne sie ausgekommen sind. Vielleicht sind ja die sogenannten Sachzwänge heute so massiv, dass es ohne diese Vorgangsweisen der Formalisierungen, Normierungen, Verrechtlichungen nicht mehr geht? Cui bono?

Ähnlich wie die in jüngster Zeit von der Ministeriumsbürokratie geforderte Verrechtlichung und Formalisierung von Verträgen der fachspezifischen Psychotherapie-ausbildungen, wird auch in der ehemals gemeinde- und patienten-nahen ambulanten Psychiatrie verrechtlicht, normiert, formalisiert, was jahrzehntelang problemlos und bestens funktioniert hat. Setzen wir damals in den Vereinbarungen über Behandlung bzw. Aufnahme in das Ausbildungsverhältnis auf Handschlagqualität, wird jetzt eine Verrechtlichung aufgezwungen, die alle möglichen, denkbaren Konflikte und Krisenfälle regulieren soll.

Zum Abschluss zwei hand-outs:

1. eine Tabelle, in der ich meine Rezeption von 2 von mir sehr geschätzten Texten zusammengefasst habe:

Peter Widmer, (1983), *Medizinischer, psychotherapeutischer und psychoanalytischer Diskurs*.

Ralf Zwiebel, (1997), *Zulassen versus Ausschließen. Über einen zentralen Unterschied von medizinischer und psychoanalytischen Behandlung*.

	MEDIZIN	PSYCHOANALYSE
Ideal	Objektivität = Ausschaltung subjektiver Besonderheiten Wissenschaftlichkeit	Subjektivität steht im Zentrum. nicht in allen Teilen eine Wissenschaft
Objekt	Krankheit	Objekte der PA sind ‚verlorene O.‘: die mütterl. Brust, die Exkreme, der Blick, die Stimme
Symptome	als materiell verankert angenommen, Krankheitsindikatoren, die bekämpft werden	als sprachlich bedingt aufgefasst Verdichtungen, die gewürdigt werden, denen ein Sinn innewohnt
Diagnostik und Behandlung	ausschließen, entfernen, reduzieren	zulassen, anerkennen verstehen
zentrales Paradigma	biologisch normativ, auf Gesundheit + Normalität ausgerichtet	Beziehungen zu signifikanten Anderen, Übertragung + Gegen-ü. Abwehr / Widerstand hinterfragen von Begriffen wie normal – anormal gesund – krank

Peter Widmer:

Medizinischer, psychotherapeutischer und psychoanalytischer Diskurs

Zentrale Merkmale des medizin. Diskurses:

- dem Ideal der Objektivität, der Wissenschaftlichkeit verpflichtet
- ihr Objekt ist die Krankheit, deren Symptome als materiell angenommen werden
- sie ist normativ, da auf Gesundheit und Normalität ausgerichtet

Im Diskurs der Wissenschaft:

erleidet das Subjekt die Krankheit als Patient, ist als Subjekt nicht wichtig, sondern als Symptomträger. Die **Wahrheit** ist hier kaum von Bedeutung, - eine Therapie kann nicht „wahr“ sein, sondern der Nutzen oder Schaden für das vorgegebene Ziel.

Die juristische Sprache wird dem Diskurs des Meisters zugerechnet:

schafft Normen, Rechte, Pflichten,
definiert Schuld und Strafe,

diagnostiziert unter Ausschaltung der jeweiligen Besonderheiten des Falles und der Beteiligten

psychiatrische Gutachten verfeinern nur die normativen Kategorien, indem sie Abweichungen von der Zurechnungsfähigkeit feststellen.

Der pa Diskurs:

- er ist nicht in allen Teilen eine Wissenschaft, da er die Subjektivität ins Zentrum stellt, die sich der Objektivität widersetzt
- ein Objekt fehlt ihm; die Objekte der PA sind verlorene (Brust, Exkrement, Blick, Stimme), die substituiert werden.
- die Symptome, mit denen sie es zu tun hat, werden als sprachlich aufgefasst, als Metaphern (Lacan), die den Körper affizieren können
- schließlich hinterfragt die PA normative Begriffe wie gesund/krank, normal/abnormal

Peter Passett:

Gegenüber allem was krank ist, hat der PA eine gelassene Haltung. Das Kranke liegt dem Gesunden näher, als der Laie ahnt. Aber die Pathologisierung leistet gute Dienste:- sie erlaubt etwas überhaupt erst zur Kenntnis zu nehmen, was man sonst verleugnen müßte, weil es das eigene Weltbild in Gefahr brächte.

Pathologisierung hat ähnliche Funktion wie Verneinung

S. Freud, Abriß der PA, p 125: „Wir haben anerkannt, dass die Abgrenzung der psychischen Norm von der Abnormität wissenschaftlich nicht durchführbar ist, sodass dieser Unterscheidung trotz ihrer praktischen Wichtigkeit nur ein konventioneller Wert zukommt.“

Und ganz zuletzt noch: 6 Thesen ...

6 Thesen zum Verhältnis von Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, gemeinsam mit M. Copony

1. Übereinstimmung von Sozialpsychiatrie und Psychotherapie besteht in der kritischen Haltung gegenüber den biologistischen Verkürzungen der Schulpsychiatrie insbesondere in Bezug auf die endogenen Psychosen. Hospitalismusschäden psychiatrischer Patienten und die anaklitische Depression werden übereinstimmend auf den Entzug affektiver, narzißtischer Zufuhr, die jeder Mensch lebenslänglich braucht, zurückgeführt. Der Kern des sozialpsychiatrischen Vorgehens besteht darin, den beiden pathogenen Vorgängen psychiatrischer Hospitalisierung – der Unterbrechung der narzißtischen Zufuhr und der institutionell erzwungenen Regression – entgegenzuwirken.

2. Sozialpsychiatrie schafft Voraussetzungen für Psychotherapie. Die (Wieder-)Herstellung oder Erhaltung kommunikativer Strukturen als Basis narzißtischer Zufuhr und die (Wieder-)Herstellung oder Erhaltung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen sind aber noch keine Psychotherapie. Sie stellen die Voraussetzung für Psychotherapie dar, insbesondere für eine nicht nur begleitende, tröstende, „zudeckende“, sondern für eine analytisch orientierte Psychotherapie, die auf kausale Bearbeitung früh angelegter, unbewußter Konflikte ausgerichtet ist.

3. Unspezifische Sozialpsychiatrische Maßnahmen wie Aktivierung und Training von Ich-Funktionen (Denken, Planen, Triebkontrolle, Realitätsbezug, Kommunikation), sind wirksame und unverzichtbare Voraussetzungen (z.B. Steigerung des Selbstwertgefühls durch Funktionslust, Verbesserung sozialer, kommunikativer, adaptiver, performativer Kompetenzen etc.)

Spezifische Psychotherapeutische Maßnahmen bestehen in der Bearbeitung von unbewußten Konflikten und den von ihnen geprägten Objektbeziehungen, von den nur aus den lebensgeschichtlichen Zusammenhängen verstehbaren Ambivalenzen, von unbewußten Wiederholungszwängen, von pathogenen Konflikt-Abwehrformen etc.

4. Sozialpsychiatrie hat keine eigene spezifische, therapeutische, psychologische und interaktionelle Theorie. Ohne „Ergänzung“ z.B. durch psychoanalytische Konzepte gerät der/die „reine“ Sozialpsychiater/in in Gefahr, mit einer Mischung aus „therapeutischer Grundhaltung“ (echt, authentisch, hilfreich-gut, freundschaftlich) und dem moralischen Anspruch der „Wiedergutmachung“ der dem Patienten von Schicksal, Herkunftsfamilie und Gesellschaft zugefügten Kränkungen auskommen zu wollen. Und er gerät so unweigerlich in einen Teufelskreis von Überforderung, Enttäuschung, Schuldgefühl und projektiven Entlastungsversuchen auf Patienten und Kollegen.

5. Ohne über ein tiefes Verständnis und ein angemessenes Konzept von psychotischen Erleben und Verhalten (welcher „Schulrichtung“ auch immer) zu verfügen, droht auch die bestausgestattete „therapeutische Kette“ zur „institutionalisierten Beziehungsabwehr“ (Mentzos) zu werden. Ohne Konzepte, wie etwa das „container-contained“ (Bion), oder das der „projektiven Identifizierung“ (Klein) oder das „der Spaltung“ (Kernberg) wird auch das bestmotivierte Team viel leichter „korrumpierbar“. Ohne ein angemessenes Verständnis des schizophrenen Grundkonfliktes z.B. als „präsymbolisches Muster“ (Lempa) sind die zur Rollenübernahme (Sandler) zwingenden Inszenierungen und Übertragungsreaktionen und auch das häufige Fehlen der spielerisch-kreativen Freiheit des „Übergangsraumes“ (Winnicott) und der daraus entstehende bittere Ernst in einer oft mehrjährigen Betreuungsbeziehung kaum erträglich und zumutbar.

6. Auch um die so häufigen wechselseitigen Entwertungs- und Rivalitäts- und Verschiebungsprozesse zwischen den in der psychiatrischen Versorgung auf Zusammenarbeit angewiesenen MitarbeiterInnen verstehen zu können, bedarf es eines gründlichen psychologischen Verstehens. Erst wenn diese Prozesse zB als nicht reflektierte Gegenübertragungsreaktionen aus dem Umgang mit „schwierigen“ Patienten und als konkordante und komplementäre Identifizierungen mit Selbstaspekten der Patienten verstanden werden, können auch bessere Lösungen gefunden werden.

Verwendete Literatur:

Bruns, G. (1998), Einige sozialpsychiatrische Konzepte und ihre Grenzen aus psychoanalytischer Sicht, in: Sozialpsychiatrische Informationen 2/1998)

Copony M., Lyon G., (1998), Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, aus der Praxis des Beratungszentrums Granatengasse, Graz.
in: "Gemeindenaher Psychiatrie, 19. Jahrgang, Nr. 68, 4/98
Zeitschrift der österr. Gesellschaft für gemeindenahere Psychiatrie"

Danzinger R., Lyon G., Pieringer W., (Hg), (1982), Psychoanalyse und Institution, Vorträge des Symposiums über die Funktion der Psychoanalyse in der psychosozialen Versorgung, Graz 1980
Verlag der wissenschaftlichen Gesellschaften Österreichs, 1982

Federn, P., (1952), Ichpsychologie und die Psychosen, Frankfurt, 1978

Freud, S., (1920), Wege der psychoanalytischen Therapie

Sigmund Freud Oskar Pfister, Briefe 1909 – 1939
Herausgegeben von E. L. Freud und H. Meng, S. Fischer, 1963

Gebauer, Th., (2012), Das Unbehagen in der Globalisierung
Rede zur Einführung in das Symposium der Stiftung ‚medico international‘ in Frankfurt am 11.5. 2012

Gross, R., (), Psychoanalytische Haltung im sozialpsychiatrischen Team,
Manuskript eines Vortrags in Graz

Heltzel, R., (1994), Der psychoanalytische Beitrag zur psychiatrischen Versorgung – Ein integrativer Ansatz. In: Sozialpsychiatrische Informationen 1 / 94

Heltzel, R., (1999), Psychotherapie ist unverzichtbar. Aber warum tut sich die Psychiatrie so schwer mit ihr?
In: Kontakt 3 / 1999, Zeitschrift der Angehörigen Vereinigung, HPE, Wien

Heltzel, R., (2000), Psychodynamische Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie.
In: Psychotherapie Forum, Vol.8, Nr.3, 2000, Springer Verlag, Wien, New York

Janssen, P., L., (1989), Aspekte der Integration von Psychiatrie und Psychotherapie. Reflexionen zur psychiatrische-psychotherapeutischen Identität.
Sozialpsychiatrische Informationen 1 / 1989

Leupold-Löwenthal, H. (1984), Zur Geschichte der „Frage der Laienanalyse“
in: Psyche 1984, Jg. 38, S 97-120 auf S. 114

Merk, U., (2012), Psychosoziale Hilfe, Professionalisierung als Empathieverweigerung
Vortrag auf dem Symposium der Stiftung ‚medico international‘ in Frankfurt am 11.5. 2012
<http://www.medico.de/themen/aktion/konferenzen/dokumente/traumarbeit-im-kontext-der-internationalen-zusammenarbeit/4389/>

Parin, Paul & Parin-Mathey, Goldy, (1986), Subjekt im Widerspruch, Aufsätze 1978-1985, Frankfurt aM., Syndikat

Simmel, E., ((1929), Psychoanalytische Gesichtspunkte zur Psychotherapie der Psychose (Schizophrenie).

In: Simmel, E., Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Frankfurt a/M., 1993, Fischer

Widmer P., (1983), Medizinischer, psychotherapeutischer und psychoanalytischer Diskurs. Psyche 3 / 1983

Zwiebel, R., (1997), Zulassen versus Ausschließen. Über einen zentralen Unterschied von medizinischer und psychoanalytischer Behandlung

in: Leutzinger, M., Stuhr, U., (Hg). Psychoanalysen im Rückblick: Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamneseforschung, Psychosozial Verlag, Gießen, 1997