

WOHER - WO DURCH - WO HIN?

Leitmotive

Nach über zwanzig Jahren des Findens und Suchens auf dem Feld klinisch und wissenschaftlich betriebener Psychiatrie und fachärztlicher Psychotherapie sind für mein heutiges *Field of Vision* vielerlei Gedanken und Anschauungen bestimmend geworden. Ich lasse einigen darunter nachstehend ein Stück weit freien Lauf.

Wir leben nicht in der besten aller erdenklichen Welten. Auch uns, denen es gut geht, geht es oft nicht gut genug. Oder nur zu selten gut. Oder gut auf unguter Grundlage. Wohlstand, Wachstum, Fortschritt zahlen sich aus - und haben ihrerseits ihren hohen Preis. Für einige jedenfalls; für zu viele sehr wahrscheinlich. Beziehungen scheitern. Wertorientierungen fallen schwer. Berufungen gehen verloren. Täuschung enttäuscht Aufrichtigkeit. Verbindlichkeiten bröckeln. Unruhe kommt auf. Desillusionierung und Reizüberflutung suggerieren Katastrophenszenarien; Medien leben davon. Das Korrupte will rechts überholen. Intoleranz, Ressentiments und Destruktivität machen Stimmung.

Psychisches Leiden und Kranksein können nicht anders als vor dem Hintergrund der jeweiligen Lebens-zeitumstände begriffen werden. Seelisches Leiden entsteht, verhärtet sich, kann aufgelöst werden (oder auch nicht ...) im Wirkungsfeld systemischer Interdependenzen, im dynamischen **Gefüge von Wechselwirkungen**.

Solches schon beinahe romantische Gedankengut aus der Sozialpsychiatrie der Neunzehnhundert-siebzigerjahre ist natürlich seinerseits zeitgeist-gebunden - und in jüngerer Zeit ein wenig aufs Ferner-liefen-Geleise geraten. Kostenträger im Gesundheitswesen wollen immer weniger kranke PatientInnen. Und - beim Barte des Vertrauensarztes - schon gar keine kranke Gesellschaft! Psychotherapie provoziert zunehmend Skepsis, auch in Kassenkreisen. Je mehr der Ruch von „Seelsorge“, von ihr ausgeht, desto mehr. Als idealer Kassenpatient aus dem Segment der Psychischkranken bewährt sich drum zusehends der „biologische Patient,“: einer, der mit Medikamenten und sporadischen Kurzgesprächen zu versorgen ist. SeelenärztInnen und ihre PatientInnen sind auf Kostenträger angewiesen. *Wes Brot ich ess, des Lied ich sing ...*

Im spannungsvollen Widerspruchsfeld zwischen dem, woran seelisch Kranke wirklich leiden, und dem, woran sie leiden dürfen, damit ihnen auch weiterhin seelenärztliche Hilfe zuteil werden kann, sollen sich Psychiater und Psychiaterinnen auskennen. Mitunter erscheint es schier einfacher, sich von einer Krankenkasse etliche operative Eingriffe, von denen jeder im Durchschnitt 10'000 Franken an direkten und indirekten Kosten auslöst, bezahlen zu lassen als drei Jahre ambulante Psychotherapie. Selbst wenn in diesem schiefen Fall einem psychosozial scharfsichtigen Arzt vielleicht bald klar würde, dass hinter diesen Operationen massgeblich ein seelischer Notstand wirksam ist. Ein Notstand, der an seinem „Ausdrucksorgan,, festhält. Und sich immer wieder ein neues suchen muss, wenn dieses zurechtgestutzt oder entfernt worden ist. Ein Zustand, der mit einer kompetent und engagiert geführten Psychotherapie - vielleicht selbst nach der dritten oder vierten erfolglosen Operation - wesentlich gebessert und auf eine andere, weniger kranke, weniger kostenintensive Basis gebracht werden könnte.

Fazit? Der fachärztlichen Psychotherapie und Psychiatrie obliegt es, **als Grenzgängerin zwischen Verständniswelten zu vermitteln**. Das medizinische Denken zu kennen; und es mit dem psychosozialen Verständnis zu legieren. Den Spagat zwischen „hardwareorientierter,, Körpermedizin und den guten Möglichkeiten psychotherapeutischen Arbeitens zu bewerkstelligen. Freundlich-bestimmt den Verantwortungsträgern¹ aufzuzeigen, dass gute Seelenmedizin nicht teurer sein muss als gute Körpermedizin. Und schon gar nicht teurer als zu wenig gute oder deplatzierte Körpermedizin.

Gewiss, gewiss: Polemik, Polarisierung und Dogmatisierung zeitigen überwiegend entwicklungsfeindliche Wirkungen. Wenn also die Psychodocs glaubwürdig bleiben wollen, so kommen sie nicht darum herum, eine **integrative und versöhnlich-engagierte Haltung** einzunehmen. Auch im

¹ Noch finanzieren sie die Arztbesuche wegen grippaler Infekte, für einfache Wundversorgungen, bei Prellungen. Sowieso den aortocoronaren Bypass, den prothetischen Hüftgelenkersatz, Millionen weggeworfener Medikamente und Organe. Psychischkranke haben schon heute und in Zukunft wohl zunehmend eine engere Wahl: Ein leichter Fall wird leicht zu leicht - die Krankenkasse verzichtet auf Zuständigkeit. Ein schwerer Fall hat es schwer und schwerer, engagierte PsychiaterInnen zu finden, die es ihrerseits schwer haben werden, nach 60 Stunden der Krankenkasse mitzuteilen, was diese gar nicht hören will: die Notwendigkeit fortgesetzter Behandlung. Der ideale Kassenpatient ist ein gesunder Kassenpatient. Oder allenfalls ein somatisch kranker Kassenpatient. Oder schlimmstenfalls ein schwer kranker psychiatrischer Patient, der in ein paar Dutzend Stunden völlig geheilt werden kann.

gespannten Geviert von PatientInnen, Kostenträgern, psychiatrischer und übriger Ärzteschaft. Und sich ehrlich und gründlich mit der Ökologie ihrer eigenen Ressentiments auseinander zu setzen. Die in diesem Job vielleicht nicht immer nur primär ihre eigenen waren. Und die dennoch von Leuten, die es zu dieser Tätigkeit treibt oder zieht, vielleicht auch schon vordem und nicht zu knapp aufgebaut wurden.

Ressentiments sind seelische Wirkkräfte, die mich in Psychotherapien ausgiebig beschäftigen und die in ihrer Bedeutung als krank machende Faktoren in TherapeutInnenkreisen vielleicht noch etwas mehr Berücksichtigung finden könnten. Ressentiments: eine Art Urfrust, Urwut oder „UrFrustWut„. Entstanden aus der Erfahrung, im Leben um Elementarstes betrogen worden zu sein. Etwa um die Erfahrung des Willkommenseins, des authentischen Wahrgenommen- und Geschätztwerdens, der Unterstützung und Ermutigung, zu werden und zu wachsen. Oder umgekehrt: entstanden aus der Erfahrung von Ablehnung, für und gegen die man nichts konnte; von Instrumentalisierung gemäss den Interessen, Vorstellungen und Bildern Dritter; von Manipulation, Heuchelei und Missbrauch. Ressentiments entstehen oft in gestörten Beziehungen zwischen Erwachsenen und Kindern. Und werden aufgefrischt in gestörten Beziehungen zwischen Erwachsenen und Erwachsenen. Und können erkannt, verstanden und überwunden werden in einer Psychotherapie, die sich um Ressentiments achtsam kümmert.

Denn Ressentiments machen krank. Sie rumoren in Organen, die krank werden. Sie vergiften Beziehungen, Familien, Gruppen. Sie werden transgenerationell weitergegeben. Sie verbreiten sich unter Umständen epidemisch, Einzelne sprechen bereits von der „Ressentimentgesellschaft„. Es ist gewiss kein Akt der Weltverbesserung, aber vielleicht ein wichtiger Akt, seelisches Kranksein wirksam und nachhaltig zu behandeln, wenn wir es uns leisten, das destruktive Potenzial traumatischer entstandener Ressentiments in Therapien mitzubearbeiten.

Irgendwo vis-à-vis wirkt der Pol der **Schuldgefühle**. In Therapien stosse ich oft auf die Frage nach deren Wert und Sinn. Berührenderweise lerne ich oft Menschen, die an ausgeprägten, krankhaften Schuldgefühlen leiden, als besonders verantwortungsbewusste, rücksichtsvolle, engagiert hilfsbereite Individuen kennen. Während Menschen, die sich über allgemein akzeptierte Wertordnungen

und Verbindlichkeiten hinwegsetzen, oder solche, die in Beziehungen schwerlich liebe- und respektvoll auf ein „Du,, bezogen sein können, Menschen, die also nach allgemeinem Wertverständnis wirkliche Schuld auf sich laden, oft zumindest an der zugänglichen Oberfläche in Sachen Schuldgefühlen erstaunlich unbeschriebene Blätter sind.

Als ob Schuldgefühle oft die Falschen trafen. Oder die Richtigen erst richtig richtig machten? Ich erkenne in schweren existenziellen Schuldgefühlen mit nur wenigen Ausnahmen vorab destruktive, entwicklungsfeindliche Kräfte. Ein gutes Gewissen findet tel quel seine Orientierung. Ein schlechtes Gewissen von krankhafter Schwere tendiert per se zum Schlechten. Es ist mitunter schwer zu glauben, wie viele liebevolle, gutmütige Menschen krank werden unter der Einwirkung einer inneren Instanz, die eigenes Gutes nicht gut sein lässt, sondern anzweifelt oder verhöhnt und mit vernichtenden Schuldgefühlen schwarze Pädagogik betreibt. Und wie um eine solche Instanz ein brüchiges Selbstvertrauen oder a priori gebrochenes Selbstwertgefühl, Strafbedürfnisse, autodestruktive und selbsttötende Impulse gruppiert sind. Und Ressentiments. Sodass Psychotherapien auch besonders engagiert und achtsam eintreten sollten auf die Erkenntnis und Überwindung archaischer, destruktiver Schuldgefühle.

Solche Betrachtungen werten, operieren mit **Werten**. In der Psychotherapie, die doch nach landläufiger Meinung wertneutral erfolgen sollte, besonders fragwürdig!? Mitnichten, denn Psychotherapien *sind nicht* wertneutral. Dies zu behaupten, wäre förmlich eine therapeutische Lebenslüge. Und sie müssen es auch nicht sein. Je transparenter Werte kommuniziert, vertreten und zur Diskussion gestellt werden, desto besser. Es gibt Gutes - meine diesbezügliche Überzeugung steht auch noch nach zwei Jahrzehnten Psychiatrie und Psychotherapie. Aber wenn es Gutes gibt, gibt es auch Ungutes. Und es ist eine therapeutische Aufgabe, mit Patientinnen und Patienten auszuhandeln, was für sie gut sein kann, ohne für andere unverantwortbar schlecht zu sein.

Ungut ist auch, wenn TherapeutInnen für sich in Anspruch nehmen, die Wahrheit darüber gepachtet zu haben, was für wen gut ist und was nicht. Wahr ist meines Erachtens dennoch, dass in der Welt der Psychiatrie und Psychotherapie zu viel gewertet wird. Jedenfalls zu viel mittels eines Polarisationsfilters: hier gut, dort schlecht - on/off. Die schlechten

Psychoanalysen, die gute Verhaltenstherapie. Die gute Psychoanalyse, die schlechten Medikamente. Die schlechten Borderliner, die guten AlterspatientInnen. Und deren schlechte Versorgung. Gerade das sollten wir so weit als menschenmöglich vermeiden: Wenn schon viele PatientInnen daran kranken, wie will eine polarisierende, spaltende Psychiatrie sie dann in ihrer Integrationsfähigkeit, in ihrer Gesundheit unterstützen können?

Auf dem Hintergrund dieser gut gemeinten „Streitschrift“, für eine soziale Psychiatrie und einer eminent psychotherapeutischen Selbstverortung mag es befremden, wenn ich mich in jüngerer Zeit vermehrt auch mit **neurobiologischen Aspekten** seelischen Krankseins befasse. Also doch ins Lied der Pharmaindustrie einstimme, die uns ÄrztInnen landesweit in für Branchenfremde unvorstellbarem Ausmass mit plumper Intensivwerbung² und raffinierten Zuckerbrötchen bombardiert? Dies dann doch nicht.

Aber anders schon. Noch in den Kinderschuhen stecken Forschung, Denk- und Behandlungsmodelle, die eine echte, „freundliche“, Synthese zwischen psychologischen und biologischen Vorgängen, zwischen den Prägungen und Regungen des Seelenlebens auf der einen sowie neuronalen Strukturen und neurochemischen Prozessen auf der anderen Seite, zwischen Entwicklungspsychologie und Neuropsychiatrie, anstreben. Die krankhafte neurobiologische Strukturvoraussetzungen nicht mit genetisch mitgebrachten Profilen gleichsetzen und als unabänderlich oder aber einzig medikamentös angehend verstehen. Die die Entwicklung neurobiologischer Strukturen und Chemismen in Bezug setzen etwa zu frühen entwicklungspsychologischen oder späteren traumatischen Erfahrungen. Die sich für die Phänomene neuronaler und synaptischer Plastizität interessieren: die lange übersehenen Fähigkeiten des Zentralnervensystems, neue Zellen und Zellverbindungen auszubilden. Also nicht entweder - oder, sondern sowohl - als auch. Und damit einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis seelischen Leidens verbunden sind, das „bio-

² Stil, Geist, Esprit und Niveau der Tageszeitungen eines Landes sollen einige Rückschlüsse gestatten auf Stil, Geist, Esprit und Niveau einer Population. Wenn Stil, Geist, Esprit und Niveau von Pharma-, besonders Psychopharmawerbung Rückschlüsse gestatteten auf ebendiese Eigenschaften in der Population der Ärzte, so könnte einen das kalte Grausen überkommen ...

psycho-soziales,, Denken umfassender ernst nehmen möchte.

Gerade die gründlichere Beschäftigung mit **Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Impulsivität**, aber auch mit der Psychotraumatologie hat mich für diese Verständnisausrichtung hellhörig gemacht. Auch auf diesem Feld wird der unselige Schulenstreit ausgetragen: zwischen VertreterInnen der Erblichkeitslehre und strikt biologischen Prägung und den PsychodynamikerInnen, die ihrer Arbeit ein entwicklungspsychologisches, konflikttheoretisches, familiendynamisches etc. Verständnis zugrunde legen und sich wenig darum kümmern, dass auch die Psychologie an biologische Strukturen gebunden ist.³

Wo doch gerade auf diesem Gebiet vieles dafür spricht, dass sich Biologie, Psychodynamisches und Psychosoziales eindrücklich gegenseitig bedingen und durchwirken. Ich denke an die Symptome des Hyperarousals bei posttraumatischen Belastungsstörungen und deren Nähe zur Hyperaktivität/Impulsivität bei ADHS. Oder an das m.E. in seiner Bedeutung gemeinhin immer noch unterschätzte Vorkommen kognitiver Leistungsstörungen bei depressiven und anderen psychiatrischen Syndromen. Eine gute Therapie kann nicht anders, als sowohl neurobiologische Mittel (z.B. Antidepressiva, Stimulanzien, Neurofeedback) einzusetzen als auch psychodynamisch und systemisch orientierte Psychotherapie, sozial-psychiatrische Beratung und Coaching beeinträchtigter Fertigkeiten anzubieten.

© MS 2003

³ Alle anderen Optiken sind spirituellen Ausrichtungen zuzurechnen und stehen für mein Denken und Handeln als Psychiater und Psychotherapeut nicht im Vordergrund.