

## Gisela Gandras

### **Psychotherapie: Pille oder Placebo?**

Vortrag zum 25. Jubiläum des Alfred-Adler-Institutes Nord am 17. Juni 2000

Ich lebe auf dem Land. Wohl in der Nähe einer größeren Stadt, Lübeck, aber vor dessen Toren, mit Wald und Wiesen, intakten sozialen Strukturen, einem geringen Ausländeranteil an den Schulen, hier wird noch draußen und nicht nur am Bildschirm gespielt. Wenn meine Tochter sich mit einer Schulfreundin verabreden will, höre ich in letzter Zeit öfter den Satz: "Melanie (oder Anna oder Jasmin) kann heute nicht, die hat Therapie". Mich erschreckt dieser Satz, obwohl wir selber davon leben, dass ich, hier auf dem Land, Therapeutin bin. Offenbar konnte ich besser mit Umständen leben, als Psychotherapie noch etwas Verpöntes war, jemand noch mühsam überredet werden musste, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Es gehörte zu meinem Selbstverständnis, zunächst ein wenig für meine Profession zu werben. Aber diese Zeiten sind vorbei, in Städten schon lange, nun allmählich auch auf dem Land, spätestens seit Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes. Heute gibt es einen Versorgungsanspruch auf Psychotherapie. "Endlich", sagen erleichtert die einen. "Wo soll das noch hinführen?" fragen die anderen. Im Organ der Schleswig-Holsteinischen Ärztekammer wurde im April und Mai dieses Jahres die Zulassung von insgesamt 52 neuen Psychologischen Psychotherapeuten für Lübeck bekannt gegeben. Auch ich erhielt vor gut einem Jahr, nach über 10 Jahren psychotherapeutischer Tätigkeit in eigener Praxis, meine Zulassung, Aufnahme in das Arztregister und all diese höheren Weihen. Ich weiß noch genau, wie sehr mich - wider Erwarten - diese Veränderung damals beschäftigt hat. Es war doch nur ein formaler Schritt, ein Verwaltungsakt und nicht, wie die vorangegangenen Schritte meiner beruflichen Entwicklung, mit einer Erweiterung meiner Qualifikation verbunden. Es gab keine Prüfung, keinen neuen Abschluss oder Titel. Trotzdem war mir komisch, durch Lübeck zu laufen und die vielen Arztschilder zu sehen: "Jetzt gehörst du ganz dazu!" dachte ich. Gleichzeitig hatte ich aber auch Assoziationen wie: "Ich muss mir jetzt ein anderes Praxisschild zulegen, mein altes kleines genügt bestimmt nicht den Bestimmungen der Ärztekammer."

Um dieses Spannungsfeld soll es heute in meinen Überlegungen gehen: Um die endlich vollzogene öffentliche Legitimation psychologischer und psychotherapeutischer Arbeit und um die Kehrseite, die Integration in ein gesundheitspolitisches Macht- und Ordnungssystem.

Ärztlichen Psychotherapeuten mögen diese Fragen irrelevant erscheinen, für sie hat sich nicht viel geändert. Psychotherapie als Kassenleistung gibt es schon lange. Ärzte sind es nicht gewohnt, die Existenz ihres Berufsstandes in Frage zu stellen. Für Psychologen dagegen gehörte es immer zum

Selbstverständnis, für die Berechtigung, z. T. auch für die Bezahlung ihrer Arbeit zu kämpfen. Nun sitzen psychologische und ärztliche Psychotherapeuten in einem Boot und sind gezwungen, gemeinsam aufzutreten und für die wirtschaftliche Verankerung der Psychotherapie im Gesundheitswesen zu kämpfen. Was wird da aus der Psychotherapie werden? Was haben wir anzubieten und wem? Wie passt unser Angebot in das Spektrum medizinischer Versorgungsleistungen? Welchen Spielraum haben wir und wo müssen wir uns anpassen? Pille oder Placebo? Haben wir wirksames Gift anzubieten oder harmlose Streicheleinheiten? Vielleicht finden wir zusammen in der Diskussion eine Antwort.

Um die Frage zu veranschaulichen, möchte ich Ihnen eine kleine Geschichte aus meiner Praxis erzählen: Eine junge Frau suchte mich auf, weil sie wegen einer Reihe von Unstimmigkeiten in ihren affektiven Reaktionen therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen wollte. Eine aufgeweckte, sympathische, gut sortierte junge Frau mit mädchenhafter Erscheinung; zierlich, blond, mit großen und noch größer geschminkten dunklen Augen. Wir einigten uns auf Kurzzeitpsychotherapie mit 14-tägiger Frequenz, das konnte sie sich gut einrichten, weil sie jede zweite Woche als Krankenschwester arbeitete und die andere Woche ganz für ihr knapp zweijähriges Kind da war. Nun benötigte ich von ihrem Hausarzt einen Konsiliarbericht. Ich gab ihr das Formular mit und bat sie, es bei einem der nächsten Hausarztbesuche ausfüllen zu lassen. Daraufhin bekam ich ein Schreiben von ihm, er könne den Bericht nicht ausfüllen, er kenne die Pat. nicht gut genug. Ich besprach mit ihr, sich noch einmal mit ihm zusammzusetzen, damit er die nötigen Informationen erhalten könne, oder aber ggf. einen anderen Arzt aufzusuchen. Sie ging dann noch einmal zu ihm in die Praxis, diesmal mit Termin und telefonisch angekündigt, ihr Kind hatte sie dabei. Sie wurde für einen Augenblick ins Wartezimmer geschickt, es sei vor ihr nur ein einziger anderer Patient da. Als sie dort eine halbe Stunde gewartet hatte, wurde sie unruhig, sie musste noch ihren Sohn zur Tagesmutter bringen, um pünktlich auf der Arbeit zu sein. Sie ging zur Sprechstundenhilfe, wurde daraufhin ins Behandlungszimmer gelassen, wartete dort noch einmal 10 Minuten. Ihr Sohn interessierte sich inzwischen brennend für die Ausstattung des Behandlungszimmers, wollte all die blitzenden Instrumente anfassen und ausprobieren. Sie versuchte, ihn davon abzuhalten und gleichzeitig per Handy ihre Tagesmutter anrufen, dass sie später kommen würde. In dem Augenblick betrat der Arzt das Behandlungszimmer, sah sie telefonieren und sagte, dann könne er ja erstmal einen andern Patienten drannehmen. Sie konnte ihn gerade noch daran hindern, das Zimmer wieder zu verlassen und reichte ihm den Konsiliarbericht. Er überflog den Text, fragte, wozu sie denn zum Therapeuten gehen wolle. Dann wies er sie auf ihr Kind hin, das immer noch mit ungebremster Neugier das Inventar des Zimmers untersuchte. Ob ihr noch gar nicht aufgefallen sei, dass sie ein hyperaktives Kind habe. Sie solle doch auf jeden Fall zum Kinderarzt gehen, es gebe dagegen so gute Medikamente. Sie hatte Gott sei Dank die Courage,

seine Kompetenz in Sachen Hyperaktivität in Frage zu stellen und ihm zu erklären, dass ihr Sohn ein völlig normales und aufgewecktes Kind sei.

Ein Extrembeispiel ärztlichen Machtmissbrauchs, aber sicher kein Einzelfall. Es ist auch das Ergebnis von 50 Jahren Gesundheitspolitik, in der Ärzte als gesellschaftliche Elite gehätschelt wurden und trotz schlechten Benehmens zwangsläufig reich wurden. Werden wir frischgebackenen psychologischen Psychotherapeuten in 50 Jahren genauso mit unseren Patienten umspringen?

Einiges spricht dagegen, etwa, dass wir durch die vorgeschaltete Antragspflicht immer gegen missbräuchliche Anwendung unseres Behandlungsangebotes abgesichert sind. Uns kann es nicht passieren, Pillen zu verteilen, die gar nicht gewünscht werden und im Mülleimer landen. Außerdem verlangen wir große Opfer von unseren Patienten bezüglich Zeit, Ausdauer und Zuverlässigkeit. Nicht zuletzt geben die Psychotherapierichtlinien, deren Einhaltung die Aufgabe der Gutachter ist, letzte Sicherheit. Sie kennen die Richtlinien alle, trotzdem noch einmal ein Auszug:

"Psychotherapie kann im Rahmen dieser Richtlinien erbracht werden, soweit und solange eine seelische Krankheit vorliegt"... Und weiter unten: "In diesen Richtlinien wird seelische Krankheit verstanden als krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen. Es gehört zum Wesen dieser Störungen, dass sie der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind."... "Krankhafte Störungen können durch seelische oder durch körperliche Faktoren verursacht werden; sie werden in seelischen und körperlichen Symptomen und in krankhaften Verhaltensweisen erkennbar, denen aktuelle Krisen seelischen Geschehens, aber auch pathologische Veränderungen seelischer Strukturen zugrunde liegen können. Seelische Strukturen werden in diesen Richtlinien verstanden als die anlagemäßig disponierenden und lebensgeschichtlich erworbenen Grundlagen seelischen Geschehens, das direkt beobachtbar oder indirekt erschließbar ist."

An diesen Formulierungen haben kluge und fachkundige Menschen lange gefeilt, sie entscheiden darüber, ob eine beantragte Psychotherapie Kassenleistung ist oder nicht. Und wir als staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut für Psychotherapeuten sollen lehren, diese Sätze zu verstehen und zu unterscheiden zwischen Krankheit und Gesundheit. Man erwartet von uns, dass wir in ein Theoriensystem bereithalten, mit wissenschaftlich begründeten Methoden eine Krankheitslehre definitiv zu erfassen, so die Richtlinien.

Wir feiern heute das 25-jährige Jubiläum unseres Alfred-Adler-Instituts. So lange und noch länger beschäftigten sich unsere Vorgänger und wir uns mit den Fragen seelischer Gesundheit und Krankheit. Und doch ist es ein Unterschied, ob wir dies tun aus einem theoretischen und praktischen Interesse heraus, aus Neugier, Menschliebe, oder ob wir damit überprüfen wollen, wem eine kassenfinanzierte Behandlung zusteht und wem nicht. Es ist die alte Frage, ob der Zweck einer Wissenschaft ihre Inhalte beeinflusst und wie. Hier am Institut konnten wir es beobachten und ich habe mit Thea Ahrens lange darüber gesprochen, wie sich 1984 die Anerkennung des Instituts durch die KBV auf die Weiterbildung ausgewirkt hat. Es war eben nicht mehr eine freiwillige Qualifikation der Teilnehmer im Grundberuf mit freier Lehrplangestaltung, so, wie es für die Berater heute immer noch ist, worum wir sie manchmal beneiden. Ab 1984 war die Weiterbildung ein vorgegebenes Curriculum mit festen Inhalten und Auflagen. Und den Teilnehmern ging es nicht mehr ausschließlich um ihr persönliches Wissen, ihren persönlichen Fortschritt, sondern um ein Zertifikat, das es ihnen ermöglichte, mit Kassen abzurechnen, d. h., ihre berufliche Perspektive abzusichern. Das Prinzip des Geldes und der Wirtschaftlichkeit hielt Einzug in die Weiterbildung. Das veränderte das Klima in den Weiterbildungsgruppen, die Ansprüche der Teilnehmer an das Institut, und schuf Gefühle von Macht und Ohnmacht auf beiden Seiten. Davon kann nun auch Uli Seidel ein Lied singen, dem seit einigen Jahren der Balanceakt gelingt, in einer Person sowohl Institutsvorsitzender als auch Lehr- und Kontrollanalytiker zu sein.

Jetzt stehen wir wieder an einem ähnlichen Punkt: Die Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes macht uns zu schaffen, sie löst Widerwillen aus, wenn es darum geht, unsere Ausbildungsinhalte den neuen staatlichen Bestimmungen anzupassen, ohne dabei inhaltlich allzu viel zu verlieren. Und es löst Ohnmacht aus, wenn wir darüber nachdenken, in was für ein formales Raster wir die Ausbildungskandidaten zukünftig eingebunden sehen. Es wird vorgegeben, wann, wie lange und wo sie arbeiten müssen, wovon sie leben – nämlich am besten von Papas Erbe –, wie viele Patienten sie behandeln dürfen. Uns werden die zukünftigen Kandidaten als Vertreter einer staatlichen Machtinstanz sehen und entsprechend aggressiv oder auch unterwürfig darauf reagieren. Auf jeden Fall ist es endgültig vorbei mit der Gleichwertigkeit. Wir können nur hoffen, dass wir von unserem Gründervater, der ja auf Machtfragen spezialisiert war, so viel mitgekriegt haben, dass wir diese Kräfte immer reflektieren können und sie nicht auch noch obendrein für persönliche Machtinteressen einsetzen.

Das ist die eine Seite, die die Ausbildung betrifft. Die andere Seite betrifft die Organisation der psychotherapeutischen Versorgung und die Durchführung von Behandlungen. Auch hier wird es Veränderungen geben, wenn Psychotherapie nicht mehr die Erstattungsleistung ist, die die Krankenkassen in Ausnahmefällen gewähren, sondern der kassentechnische

Regelfall. Es wird nicht etwas sein, worum sich ein Patient im Ausnahmefall bemüht mit Risiko und eigenem Engagement, sondern etwas, was ihm zusteht. Er hat aufgrund seiner Zahlung von Versicherungsbeiträgen ein Recht darauf. Ich werde später darauf eingehen, wie weit diese Lage die gesellschaftliche Bedeutung von Psychotherapie verändert. Hier geht es mir erstmal um die formalen Aspekte der Beziehungsaufnahme zwischen Therapeut und Patient, darum, wie ihr Verhältnis aufgrund wirtschaftlicher Gesichtspunkte bestimmt ist, bevor sie sich überhaupt kennengelernt haben.

In der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Versorgung mit medizinischen Leistungen nach dem Solidarprinzip organisiert. Grundannahme ist, dass sich ein Mensch erst zum Arzt oder eben auch Psychotherapeuten begibt, wenn er krank ist, und dass es für Krankheit eindeutige Kriterien gibt – siehe Psychotherapierichtlinien. Die Masse der Versicherten trägt die Kosten für den einzelnen Krankheitsfall mit. Das ist das Prinzip. Aber wir alle wissen, dass es längst nicht mehr so funktioniert. Daneben hat sich ein Dienstleistungs-Prinzip etabliert, dass den Versicherten maximale Versorgung garantiert, auf die sie aufgrund ihrer Beiträge einen Anspruch haben. Behandlung ist nicht mehr notwendiges Übel, sondern ein Konsumprodukt. Die AOK heißt nun nicht mehr Allgemeine Ortskrankenkasse sondern "Ihre Gesundheitskasse", als habe man sich durch die Mitgliedschaft ein Anrecht oder, wie man heute sagt, eine Option auf Gesundheit erworben. Die Behandler werden damit zu konkurrierenden Anbietern. Sie können nicht mehr damit rechnen, dass sich ihre Praxen automatisch füllen, weil es eben immer eine bestimmte Prävalenzrate der Erkrankungen gibt, auf die sie sich spezialisiert haben. Sonst müsste man ja davon ausgehen, dass die psychischen Erkrankungen gerade in diesem Augenblick wie eine Seuche in Lübeck eingefallen sind und nun 52 zusätzliche Psychotherapeuten auslasten. Nein, sowohl innerhalb ihres Spezialgebietes als auch zwischen den Fachdisziplinen wird um Patienten – fast hätte ich gesagt Kunden – konkurriert. Mein Beispiel von der jungen Frau, die statt einer Psychotherapie für sich doch lieber Retalin gegen die Hyperaktivität ihres Kindes nehmen soll, macht das deutlich. Noch sind wir aber nicht an dem Punkt angekommen, der Wechsel vom charismatischen Heiler zum Händler und Handwerker ist noch nicht abgeschlossen.

Auch die Psychoanalyse wird von diesem Trend nicht unberührt bleiben, in dem Gesundheit zum Konsumgut wird. Wenn es um Machtmissbrauch in der Psychotherapie geht, denken wir sofort an körperliche Grenzverletzungen oder sogar an sexuellen Missbrauch, nicht aber an materiellen Missbrauch, nämlich daran, dass Therapien unter Ausnutzung eines Abhängigkeitsverhältnisses fortgesetzt werden, obwohl sie keinen Fortschritt bringen. "Für 180 Mark die Stunde kann ich mir das ja gern noch eine Weile anhören" sagte ein Weiterbildungskandidat über die Behandlung eines Privatpatienten, in der nichts mehr passierte, deren bewilligte Stundenzahl aber noch nicht erreicht war. Hier ist ein Punkt erreicht, wo

wir als Psychoanalytiker und Psychotherapeuten das Thema Geld nicht in die Ecke von Rahmengeschichten, Widerständen, Nebenkriegsschauplätzen unserer Patienten abschieben können. Wir befinden uns in einem wechselseitigen wirtschaftlichen Macht- und Abhängigkeitsverhältnis mit unseren Patienten, das sich auswirkt auf Indikationsstellung und Gestaltung des Therapieverlaufs. Glücklicherweise gibt es auch Psychoanalytiker, die gern und unverklemmt über Geld reden und glücklicherweise gibt es die auch hier am Institut, z. B. in der Funktion unseres ärztlichen Ausbildungsleiters.

So weit zu den mehr äußerlichen Entwicklungstrends im Gesundheitswesen. Jetzt möchte ich auf gesellschaftliche Veränderungen zu sprechen kommen, die auf die Krankheitsbilder und Erscheinungsformen von psychischer Gesundheit und Krankheit wirken.

Dieter Tenbrink hat sich in der vorletzten Ausgabe der "Zeitschrift für Individualpsychologie" ausführlich mit diesem Thema beschäftigt. Er hat die Frage untersucht, ob es einen kulturabhängigen Wandel von Krankheitsbildern gibt. Zu beobachten ist eine Zunahme von Frühstörungen, also Störungen in der Selbstwertregulation, die in der frühesten Kindheit angelegt sind und eine Abnahme der sog. ödipalen Störungen, also reiferen Neurosen, die einem späteren Entwicklungsstadium entstammen. Tenbrink stellt sich nun die Frage, wie dieser Wandel zu erklären. Er kommt zu folgendem, zunächst paradox erscheinenden Ergebnis:

Die Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen von Menschen zu Beginn des letzten Jahrhunderts waren eher schwieriger, stärker traumatisierend, als sie es heute sind. Das Vorherrschen schwarzer Pädagogik, von Werten, die auf Anpassung und Unterordnung ausgerichtet waren, machten eine freie Persönlichkeitsentwicklung noch viel schwerer als in den 60-er, 70-er Jahren, wo in Schule und Elternhäusern liberale Prinzipien herrschen und Kinder bereits als Menschen gesehen werden, die mit Respekt behandelt werden müssen. Dass sich dennoch das Spektrum psychischer Erkrankungen zugunsten der frühen oder Grundstörungen verschoben hat, erklärt Tenbrink damit, dass im Lauf derselben Entwicklung die gesellschaftlichen Sicherungen oder, wie er sagt, die kompensatorischen Strukturen, weggefallen sind, die verhinderten, dass Frühstörungsanteile früher sichtbar und auffällig wurden. Kurz: Es gab zu Beginn dieses Jahrhunderts genauso viele, wenn nicht mehr Menschen mit Defiziten in der Selbstwertregulation, aber sie sind damit nicht aufgefallen. Waren die Strukturen und Werte auch autoritär, so stellten sie genau damit eine Ordnung und Sicherheit her, die gerade für diese selbstunsicheren Menschen eine Steuerung von außen ermöglichten, die im Inneren der Persönlichkeit fehlte. Sie fanden einen Platz, eine Nische, in der sie agieren konnten und zugehörig waren, in der sie an der Macht teilhatten, ohne Verantwortung übernehmen zu müssen. Heute dagegen sind ganz andere gesellschaftliche Werte gefragt: Sie stehen unter dem Primat der Ökonomie und weisen nach

Tenbrink "offen autistische, unverbindliche, rücksichtslose, kurz solipsistische Züge auf". Das bedeutet für Menschen mit instabilen Selbstwertregulationssystemen, dass sie viel eher davon bedroht sind, aus dem System herauszufallen. Dies geschieht nach Tenbrink häufig zu dem Zeitpunkt, "wenn das Kind aus der totalen Bindung an die primäre Bezugsperson herauswächst bzw. herausgewachsen ist. War dieser Entwicklungsschritt früher ein Schritt in einen repressiven, aber zugleich damit auch Halt und Orientierung bietenden sozialen Rahmen ... so kann dieser Schritt heute ... als ein Schritt in ein zunehmend größeres zwischenmenschliches Vakuum beschrieben werden." Die Fähigkeiten, die von einem jungen Menschen auf dem Weg in die Gesellschaft heute verlangt werden, seien "die der paranoiden Wachsamkeit, der totalen Selbstfunktionalisierung des eigenen Selbst, der Abwehr von Gefühlen der Solidarität und Anteilnahme an anderen und deren Schicksal und der Herstellung einer totalen emotionalen Selbstgenügsamkeit, gepaart mit der Nutzung aller gebotenen technischen Mittel und Konsummöglichkeiten im Sinne der Selbstsimulierung und Ablenkung von der Gefahr, von der eigenen inneren Leere überwältigt zu werden, die hinter all diesen Abwehrmodi und kompensatorischen Strukturen in Form der Grundstörung lauert."

Diese Einschätzung Tenbrinks vom Wandel gesellschaftlicher Werte und von den entsprechenden Veränderungen bei den Symptomen unserer Patienten kann ich teilen. Was mir Schwierigkeiten macht, ist sein Krankheitsbegriff oder sein Begriff psychischer Störung. Wenn eine Störung nur auftritt in einem bestimmten gesellschaftlichen Zusammenhang, in einem anderen jedoch als Normalität gewertet wird, wem ist diese Störung dann zuzuordnen? Ist es die Krankheit des Einzelnen oder die Krankheit der Gesellschaft, die keine ausreichende Kompensation bereithält? Diese Frage ist nicht modern, sie gehört in die 70er Jahre, und sie ist so in ihrer Polarisierung natürlich falsch gestellt und nicht zu beantworten. Sie interessiert mich jedoch hier, weil sie eine Bedeutung hat in Bezug auf die therapeutischen Konsequenzen: Wenn Krankheit verstanden wird in der Wechselwirkung von Individuum und Gemeinschaft, dann kann Heilung oder Therapie nicht einseitig in der Veränderung des Einzelnen liegen. Dann kann die von Tenbrink vorgeschlagene Therapie nach dem Konzept der "ermöglichten Regression" nur eine Teillösung sein. Vielleicht fällt es leichter, sich dies an einem Beispiel vor Augen zu führen, am Beispiel eines 27-jährigen jungen Mannes, der mir beim Lesen von Tenbrinks Artikel immer wieder vor Augen trat. Dieser junge Mann, hochgewachsen, schlaksig mit kindlichem Gesichtsausdruck, suchte mich auf wegen körperlicher Beschwerden unklarer Genese: Kopfschmerzen, Verspannungen im Nacken, die immer wieder zu Blockierungen der Wirbelsäule führten, Kloßgefühl im Hals, begleitet von Übelkeit. Die Beschwerden sind heftig, fesseln ihn manchmal ganze Tage ans Bett, erfordern häufige Besuche beim Orthopäden oder Physiotherapeuten, die dann seine Wirbelsäule jeweils mit einem Griff wieder in die rechte Lage bringen. Er ist selbständig als Wohnungsverwalter, einerseits im Auftrag

von Eigentümern, zum anderen besitzt selbst eine Reihe von Immobilien. Erbmasse von seinem Vater, der gestorben ist, als er 17 war. Er fährt Mercedes, seit er 18 ist. Ist rund um die Uhr per Handy erreichbar, erledigt alle Aufträge sofort, hat nie Freizeit, aber das stört ihn nicht, weil er sich den halben Sommer an den Strand legen kann, mit Handy natürlich. Dann ist in den Wohnungen meist nichts zu tun, kein Laub oder Schnee zu fegen, keine Heizungen zu warten, nur das Übliche wie Wohnungsbesichtigungen, aber das kann man sich ja einteilen. Bis auf seine Beschwerden hat er keine Probleme, es geht ihm gut, unzufrieden ist er höchstens "schnittchentechnisch", ein Begriff, den ich von ihm gelernt habe und mit dem Mädels gemeint sind. Er hat keine Freundin, weiß aber auch nicht so genau, ob er das überhaupt will. Dabei - und das macht die Sache für mich noch schwerer - ist er in keiner Weise verwöhnt oder anspruchsvoll. Nicht schnöselig oder unsympathisch. Er stellt keine Forderungen, idealisiert oder entwertet nicht, stellt auch an mich keine Ansprüche. Wenn er über den Tod seines Vaters spricht oder darüber, wie er sich unliebsamer Mieter entledigt, macht er den Eindruck, als habe er kein Herz. Dafür eine gute Überlebensstrategie. "Nützt ja nichts" ist sein Lieblingsspruch. In ca. 10 bis 15 Stunden hat er mich einige seiner Lebensbereiche eingeweiht; ich weiß, wie sein Tagesablauf aussieht, ich weiß, welche technischen und wirtschaftlichen Probleme er zu lösen hat, ich weiß, wie er seine Krankheit bisher handelt, so, dass sie ihn nicht allzu sehr aus der Bahn wirft. Diagnostisch ist die Sache nicht so schwierig zu beurteilen, er hat sicher frühe Störungsanteile, er hat eine unaufgelöste symbiotische Mutterbindung, hat den Tod des Vaters nicht verarbeitet und mit einer Somatisierungsstörung reagiert. Das hat Krankheitswert. Er ist außerdem differenziert, hat Leidensdruck zumindest hinsichtlich seiner körperlichen Beschwerden. Seine Heilung durch Psychotherapie würde die Kasse Geld kosten, aber auch viel Geld sparen, denn er müsste nicht mehr ständig zum Orthopäden oder Physiotherapeuten. Auch wenn ich nicht besonders viel Spaß daran hätte, ich würde meinen Versorgungsauftrag erfüllen, wenn ich einen Antrag auf Analyse stelle.

Dabei - und damit sind wir wieder bei den Verflechtungen mit ökonomischen Gesichtspunkten - wird mir natürlich wichtig sein, wie er versichert ist. Ist er privat versichert, gibt es keine Einwände, ihn zu nehmen. Er könnte doch gut einen Ausgleich herstellen, für die RVO-Kassenpatienten, von denen sicher jeder von Ihnen einige hat und die wir mehr oder weniger aus Idealismus behandeln, weil die Arbeit mit ihnen so viel Spaß macht und sie so motiviert sind. Wenn er aber selber in der AOK oder gar in einer Betriebskrankenkasse versichert ist, (letztere zahlt momentan bei 15 Pfennig pro Stunde), werde ich mir sicher einen Vorwand einfallen lassen, warum ich für ihn keine Indikation gegeben sehe. Doch Spaß beiseite, wie könnte die analytische Arbeit mit ihm aussehen? Wenn ich Tenbrinks Konzept der "ermöglichten Regression" anwende, müsste ich da sein und abwarten, "wie der Pat. den Analytiker (also mich) für seine Selbststabilisierung



und/oder nachholende Strukturbildung nutzt oder zu nutzen versucht, und wie er reagiert, wenn der Analytiker dies - absichtlich oder unabsichtlich - verhindert". Sie merken meine Bedenken. Einerseits erfüllt der Pat. mit seiner Störung in geradezu klassischer Weise die Merkmale einer Grundstörung: Er ist megaerfolgreich, was seine Umsätze und die Resonanz seiner Geschäftspartner betrifft, und er ist megaunabhängig, weil er keine festen Mitarbeiter anstellt, sondern Sub-Unternehmer beschäftigt oder mit 630-Mark-Kräften arbeitet.

Seine Beschwerden begannen, als er aus dem sozialen Netz seine Tätigkeit als Angestellter heraustrat und sich selbständig machte. Seitdem besteht sein Zugang zu anderen nur noch in der gelegentlichen Teilnahme an "events" wie der love parade, Techno-Parties o. ä. Will er säumige Mieter loswerden, greift er zur Selbstjustiz. Er passt in eine Welt, die Tenbrink mit den Merkmalen "offen autistisch, unverbindlich und rücksichtslos" charakterisiert.

Was kann ich als Psychotherapeutin ihm bieten? Seine Beziehungsstörung ist schon so weit fortgeschritten, dass sie auch mich ergreift. Irgendwie verstehe ich ihn nicht, er rührt mich nicht, löst nichts bei mir aus, keine Anteilnahme, keine Regung zu helfen. Er kommt mir vor wie ein kindlicher Greis, der vom Leben bereits alles weiß und zu keiner Leidenschaft mehr fähig ist. Wie sollte es mir da gelingen, eine Beziehung mit ihm aufzubauen, in der er nachreifen und gesund werden kann? Es könnte natürlich an mir liegen, vielleicht bin ich zu alt für ihn oder aus anderen Gründen für ihn einfach falsch. Ich könnte ihn an einen Kollegen weiterschicken, vielleicht einen jüngeren Mann, der noch eher eine Brücke zu ihm bauen kann. Im schlimmsten Fall wird er dann einer jener Patienten, die von Praxis zu Praxis gereicht werden und die bei niemandem weit über die probatorischen Sitzungen hinauskommen. Schließlich wird er es frustriert mit der Einnahme von Psychopharmaka versuchen. Die Maßnahme Psychotherapie wäre gescheitert. Das wäre sie ebenfalls, wenn ich halbherzig eine Analyse mit ihm anfinde, die er brav bis zur 160. Stunde durchhält und unter einem fadenscheinig Grund, vielleicht einem Wohnortwechsel, abbricht. Ich denke, die einzige Möglichkeit, mit einem derartig beziehungsgestörten Menschen in Kontakt zu kommen, besteht darin, dass der Therapeut die Beziehungsaufnahme überwiegend in die Hand nimmt. Er muss aktiv werden, Fragen stellen, den Patienten sich und ihm selbst interessant machen. Das ist eine Haltung, die vergleichbar ist mit der zu Kindern, mit denen man ja auch nicht in erster Linie redet, sondern handelt, spielt. Es ist eine Haltung der Neugier, des gespannten Interesses. Mit dem Entgegenkommen des Therapeuten werden die Defizite des Patienten in der Beziehungsaufnahme überbrückt. Einige wunderbare Beispiele dafür finden Sie in der jetzt neu aufgelegten Zusammenstellung von Irvin Yalom. "Die Liebe und ihr Henker". In diesem Zusammenhang hat mir am besten die Geschichte von der dicken Dame gefallen, die ihren Therapeuten über

viele Stunden mit belanglosen Geschichten nervte, bis er schließlich mit ihr vereinbarte, dass er jedesmal Einspruch erheben dürfe, wenn sie oberflächlich und langweilig wurde. Und so wurde diese zunächst ekelhafte und abstoßende Frau für ihren Therapeuten doch noch liebenswert und interessant. Das aber ist eine völlig andere Haltung, als Tenbrink sie in seinem Modell der "ermöglichten Regression" vorsieht, sie ist nicht abwartend, sondern aktiv, strukturierend und damit evtl. sogar autoritär.

Ist das noch analytisch? Ja, es ist die Voraussetzung für analytisches Arbeiten mit früh gestörten Patienten. Es ist meine Aufgabe als Therapeut, zu binden und gleichzeitig Freiraum zu lassen. Der Therapeut bewegt sich zwischen den Polen der Unverbindlichkeit einerseits und der Verstrickung und Abhängigkeit andererseits. Die Unverbindlichkeit nun ist eine Haltung, die durch unsere neu gewonnene Position im Gesundheitswesen gefördert wird: Ich nehme als Gesundheitsfacharbeiter völlig unbeteiligt die Klagen und Beschwerden des Patienten entgegen, so, als wäre ich beliebig austauschbar gegen jeden anderen Repräsentanten des Gewerbes. Das Gegenübertragungsgefühl dazu ist Langeweile: "Ich mache hier nur meinen Job." Der andere Pol, die Verstrickung und Abhängigkeit, ist in der Gegenübertragung fühlbar als Überforderung oder Druck. Der Therapeut lässt sich vom Pat. die Botschaft vermitteln: "Du bist meine letzte Rettung, der Einzige auf der Welt, dem ich vertrauen kann und der mich versteht."

Oft ist es nicht leicht, zwischen diesen Polen einen Weg zu finden. Zu Beginn einer analytischen Therapie antwortete eine junge Frau auf folgende Fragen: Was erhoffen Sie sich von dieser Therapie? Wie stellen Sie sich eine psychotherapeutisch orientierte Behandlung vor? Was meinen Sie, was man für Sie tun kann, und was sind sie bereit, selber aktiv zu tun? Und hier die Antwort: "Von der Therapie erhoffe ich mir, dass mir jemand zuhört und die Dinge, die ich erlebt habe oder erlebe, anhand seiner Erfahrung einordnet und mir Anstöße gibt, warum Sachen so passieren. Ich erwarte keine Wunderheilung, denn ich fühle mich nicht eigentlich krank. Ich möchte einfach mehr über mich erfahren. Wichtig ist mir auch, dass mir jemand gegenüber sitzt, dem ich vertrauen kann und bei dem ich mich traue, Fragen zu stellen, die ich sonst niemandem stellen würde. Bereits bei meinem allerersten Vorgespräch ist mir aufgefallen, wie gut es tut, einfach zu hören, dass jemand akzeptiert, dass es mir schlecht geht, ohne dass es dafür einen objektiven und greifbaren Grund gibt. Ich freue mich sehr darüber, endlich diesen Schritt gemacht zu haben und so gute Erfahrungen bereits am Anfang gemacht zu haben. Ich erhoffe mir sehr viel von der "Therapie" und finde es sehr wichtig für mich. Ich bin dafür bereit, mich auf einen völlig fremden Menschen einzulassen, ihm meine Wünsche, Ängste und Sorgen mitzuteilen, wie ich es sonst noch nicht mal meinem allerbesten Freund und engsten Vertrauten anvertrauen würde. Ich will - unabhängig davon, wie es mir vielleicht in dem einen oder anderen Moment ergehen mag, am Ball bleiben und die Therapie keinesfalls abbrechen. Ich will mich in

Zukunft bemühen, Dinge, die für mich unangenehm sind nicht einfach zu verdrängen, sondern mich ihnen mutig stellen und ihnen ins Auge sehen. Ich hoffe, dass das reicht, denn ich weiß nicht, was ich noch mehr tun könnte, dass es mir besser geht. Zum Schluss noch etwas, was ich von Ihnen erwarte: Da ich mich schon immer sehr für Psychologie interessiert habe, habe ich auch einige Bücher gelesen, die insbesondere schlechte Erfahrungen von Patienten mit ihren Therapeuten beschrieben haben. Ich möchte hier klarstellen, dass ich insbesondere von Ihnen erwarte, dass Sie Dinge tun, die gut für mich sind. Ich möchte keinesfalls aus therapeutischen Gründen in eine Depression getrieben werden, auch wenn irgendjemand sagt, dass sich das langfristig positiv auf meine Entwicklung auswirken könnte. Ich möchte definitiv nicht in irgendein Abhängigkeitsverhältnis zu Ihnen geraten, ein evtl. Abbruch der "Therapie" sollte nicht dazu führen, dass es mir schlechter geht als vorher, gleiches gilt für einen Wechsel des Psychologen. Wenn Sie mir das versprechen und wir darüber geredet haben, bin ich bereit, mich darauf einzulassen."

Welch ein Anspruch! "Du sollst für mich alles sein, was ich in diesem Leben brauche und vermisse, aber wehe, du machst etwas falsch" ist die erdrückende Aussage dieses Textes. Bei aller Psychopathologie, die sich in dieser Antwort offenbart, bei aller Not und Isolation die darin spürbar ist, repräsentiert sie auch einen Zeitgeist: Niemand fühlt sich mehr zuständig für Bindung, Zugehörigkeit, Vertrauen und Geborgenheit. Was früher Aufgabe von Familien, Schulen, Kirchen und Vereinen war, hat sich verschoben in eine Welt des Konsums und nicht zuletzt in die psychotherapeutischen Praxen. Daher meine Gänsehaut, wenn schon wieder eine Freundin meiner Tochter in psychotherapeutischer Behandlung ist. Es ist ein Indiz für den Verlust an Bindung in unserer Gesellschaft. Auch wenn wir im Einzelfall die Aufgabe gelegentlich übernehmen können, Bindungs- und Beziehungsfähigkeit wieder herzustellen, so sind wir gesamtgesellschaftlich damit überfordert.

Es gibt in unseren psychotherapeutischen Praxen jedoch noch einen anderen Trend, neben dem Zuwachs an Frühstörungen oder schweren Beziehungs- und Bindungsstörungen. Immer häufiger suchen uns Menschen auf, die eher an diskreten Missempfindungen leiden. Erinnern Sie sich an die junge Frau, die ich Ihnen eingangs geschildert habe: Sie hat ein Kind hat, einen Partner, sie geht arbeiten, hat keine körperlichen Beschwerden und kommt einfach nur manchmal mit ihren Gefühlen nicht zurecht, z. B. mit der Frage, ob sie ihren Freund wirklich liebt oder noch zu sehr an dem vorangegangenen hängt, mit dem sie heimlich SMS, also Kurzmitteilungen per Handy austauscht. Sie ist nicht wirklich einsam, leidet aber darunter, dass Frauen, für die sie sich interessiert und die sie als Freundin gewinnen möchte, sich plötzlich von ihr abwenden und Gerüchte über sie in die Welt setzen. Das ist doch nicht krank. Und sie sagt es sogar selbst im Erstgespräch: Ich weiß gar nicht, ob ich hier richtig bin, ich bin ja nicht wirklich krank, andere

haben es vielleicht viel nötiger. Oftmals sind es Menschen aus sozialen Berufen, Erzieherinnen, Krankenschwestern und Pfleger oder auch Psychologen, die sich an uns wenden und die die Möglichkeit nutzen wollen, sich persönlich und in ihrer Arbeit besser zu verstehen.

Hier kommen wir aus ganz anderen Gründen in Schwierigkeiten, wenn wir Kassentherapie beantragen wollen. Wir können doch nicht der Solidargemeinschaft der Versicherten die Kosten aufbürden für die Behandlung eines Menschen, der nicht wirklich krank ist. Die Erstellung des Gutachtens ist dabei das kleinste Problem, einen neurotischen Grundkonflikt finden wir überall, ohne lügen zu müssen. Die Frage ist eher, ob eine solche Art von Prophylaxe unsere Aufgabe ist und die von Krankenversicherungen. Vom Ergebnis her betrachtet, beantwortet sich diese Frage eindeutig positiv. Menschen, die in sozialen Berufen arbeiten, empfinden Störungen in ihrer Befindlichkeit und in ihren Beziehungen oft viel eher, sie sind sensibler für Missstimmungen und zwischenmenschliche Spannungen. Warum sollen wir da warten, bis sich diese Spannungen endgültig in einem schwerwiegenden bspw. psychosomatischen Symptom manifestiert haben, Arbeitsunfähigkeit gegeben ist oder Frühberentung ansteht? Für mich lohnen sich diese Behandlungen in zweifacher Hinsicht: Sie machen Spaß, weil die Betroffenen motiviert sind und Deutungen reflektieren und annehmen (oder auch ablehnen) können. Und sie bewirken etwas, nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für die Bezugspersonen, mit denen sie beruflich und privat zu tun haben.

Ich möchte aber auch noch auf eine dritte Gruppen von Menschen hinweisen, mit der wir wenig zu tun haben, deren Existenz wir uns aber trotzdem gelegentlich in Erinnerung rufen sollten: Es sind Menschen mit schweren Traumatisierungen in ihrer Kindheit, denen es dennoch gelingt, ein normales, zufriedenstellendes und erfolgreiches Leben zu führen. Der finnische Psychiater Ben Furman hat in seinem Buch "Es ist nie zu spät, eine glückliche Kindheit zu haben", eine Reihe solcher Fälle zusammengestellt. In den Herkunftsfamilien dieser Menschen geht es um Alkoholismus, Gewalttätigkeit, sexuellen Missbrauch, Tod der Eltern, Kriegsergebnisse, schwere Krankheiten und vergleichbare Härten im Verlauf der Kindheit. Furman untersucht, was ihnen geholfen hat, sich zu stabilisieren und diese Erlebnisse zu verarbeiten. Genannt werden Naturerlebnisse, Phantasie, Malen, Lesen, andere Menschen und nicht zuletzt auch: Psychotherapie. Ich erwähne diese Untersuchung, weil sie ein Ausdruck dessen ist, was Adler als die "schöpferische Kraft" bezeichnet hat, die nicht nur für die Gestaltung neurotischer und pathologischer Lebensstile, sondern auch für die Bewältigung und Kompensation traumatischer Grunderfahrungen maßgeblich ist. Auch wenn wir in unseren Psychotherapieanträgen Kompetenz zeigen müssen, wissen sollen, warum ein Mensch an einer bestimmten Stelle seines Lebens aus seiner Bahn geworfen wurde, stehen wir jedes Mal, bei jeder Behandlung wieder am Anfang und

unsere Theorien helfen uns nur, Hypothesen zu bilden, nicht jedoch, Tatsachen zu beschreiben. Die Lebensgeschichte eines Menschen konstellierte sich in jeder Therapie neu und muss jedesmal von uns neu entdeckt werden.

Viele von Ihnen werden sich im Laufe meiner Ausführungen gefragt haben: "Was will sie uns denn nun eigentlich sagen?" Deshalb will ich Ihnen zum Schluss meine Statements in fünf Thesen vortragen:

1. Das Psychotherapeutengesetz trat zu einem Zeitpunkt in Kraft, als im Gesundheitswesen der Umbruch vom Solidarprinzip zum Dienstleistungsprinzip in vollem Gange war.

2. Psychotherapeuten müssen die wirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnisse von und mit ihren Patienten schon zu Beginn der Beziehungsaufnahme bis zum Abschluss der Behandlung immer mitbedenken. Sie brauchen dafür außer einer Krankheitslehre auch eine eigene Ethik und Moral.

3. Psychische Erkrankungen sind das Spiegelbild gesellschaftlicher Veränderungen, d.h. Psychotherapeuten müssen über ihre Patienten genauso viel wissen wie über die Zeit, in der sie leben.

4. Im Zuge der Institutionalisierung psychotherapeutischer Versorgung im Gesundheitswesen wird das Anforderungsspektrum an Psychotherapeuten breiter: Einerseits ist die Bearbeitung und Auflösung schwerer Beziehungsstörungen gefordert, andererseits die fachliche Hilfe bei leichten Befindlichkeitsstörungen. Über eine Indikation entscheidet nicht die Schwere der Störung sondern das Gelingen einer Beziehungsaufnahme.

5. Eine gelungene psychotherapeutische Beziehung setzt beim Therapeuten neben fachlichem Wissen Neugier, Interesse und Menschenliebe voraus. Diese Einstellungen sind die Bedingung dafür, dass Psychotherapie erfolgreich sein kann, aber auch, dass sie Spaß macht, sowohl dem Therapeuten als auch dem Patienten.

Literatur:

Furman, B.: Es ist nie zu spät, eine glückliche Kindheit zu haben.  
Borgmann, Dortmund 1999

Tenbrink, D.: Seelische Erkrankungen im Wandel der Gesellschaft als Herausforderung für die psychoanalytische Theorie, Praxis und Ausbildung.  
In: Zeitschrift für Individualpsychologie, 25. Jg., 1/2000 S. 20-35

Yalom, I.D.: Die Liebe und ihr Henker. Knaus München 1990