

Dynamisch-Psychiatrische
Klinik Mentschwaige
Fachklinik für Psychiatrie | Psychotherapie
Psychoanalyse | Psychosomatik

Stationäre dynamisch-psychiatrische Therapie

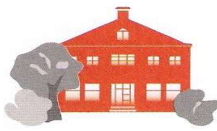
Vortrag zum 30-jährigen Jubiläum der Klinik Mentschwaige am 8 Mai 2009

von Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian

Liebe Gäste, meine sehr verehrten Damen und Herren,

vor 30 Jahren öffnete die Klinik für Dynamische Psychiatrie Mentschwaige ihre Tore für die ersten Patienten. Gewöhnlich assoziiert man 30 Jahre mit der Zeitspanne einer Generation; deshalb bietet der heutige Tag nicht nur Anlass für Feierlichkeiten und Begegnungen, sondern auch eine willkommene – und notwendige – Gelegenheit für Retrospektive. Geboren in der Landschaft einer bundesdeutschen Psychiatrie, die trotz fortschrittlicher Ansätze immer noch weitgehend Verwahrungscharakter hatte, und in deren Rahmen Psychodynamik, Unbewusstes und Gruppenkonzepte, nonverbale Therapien und Methodenintegration noch Fremdwörter waren, hatte diese Klinik Utopie-Charakter. Für den Gründer der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie, Günter Ammon, stellte sie den aus der Summe seiner therapeutischen Erfahrungen in Deutschland und den USA und zahlreichen wissenschaftlichen Diskussionen und Forschungen entstandenen Versuch dar, die Vision einer humanistischen Behandlung kranker und schwer kranker Menschen in die Realität umzusetzen. Für Ammon, wie für seine Mitstreiter – damals wie heute – ist eine Utopie, die nur in Traumwelten existieren, unnützlich; eine Behandlungspraxis jedoch, die im Pragmatischen steckenbleibt und der Tiefe und Breite utopischer Vorstellungen keinen Raum gibt, wird zum leblosen Skelett, das äußerlich mit bürokratischem Mantel verkleidet wird, aber fleischlos und blutleer bleibt. Patienten, die oft in Umgebungen aufgewachsen sind, die keine Wärme und Empathie, stattdessen aber „korrekte“ materielle Versorgung boten und dafür nur Leistung erwarteten, haben den Unterschied immer schon gespürt.

Wie schon Freud, fürchtete auch Ammon nichts mehr, als den Formalismus bürokratischer Erstarrung – in Politik, Institutionen und Psychotherapie.

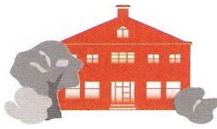


30 Jahre sind vergangen, Tausende von Patienten, Dutzende von Mitarbeitern kamen und gingen; neue therapeutische Konzepte und Moden, wellenartige Bewegungen zum Psychodynamischen und wieder zum Biologistischen, wechselten sich ab, Altes wurde mitunter wiederentdeckt und als Neues auf die Fahne geschrieben. Auch diese Klinik hat einen 30-jährigen Kampf um ihre Existenz führen müssen, im Spannungsfeld zwischen Erhalten und Erneuern, zwischen Eklektizismus und Integration, den Kampf um *Vitalität* kämpfen müssen. Aus meiner eigenen Perspektive – und hier hoffe ich, dass unsere Patienten und Mitarbeiter ähnlich fühlen – hat sich der *wesentliche* Geist dieser Klinik durch die 3 Jahrzehnte nicht geändert.

Mit der detaillierten Geschichte der Klinik werden sich Frau Burbiel (und ihre Mitarbeiter Fr. Finke, H. Krüger und H. Kleylein) heute beschäftigen; im nächsten Vortrag wird Frau Ammon über das Herzstück des Therapiekonzeptes, die Identitätstherapie, referieren. Weitere Vorträge am Nachmittag werden uns ermöglichen, Psychiatrie, Psychotherapie und Dynamische Psychiatrie aus einer nationalen und internationalen Perspektive zu sehen; anschließend werden wichtige therapeutische Aspekte der stationären Arbeit beleuchtet und zum Abschluss ihre Evaluation vorgestellt. Ich werde mich hier deshalb nur auf einige Aspekte der dynamisch-psychiatrischen Therapie in der Klinik beschränken.



Abbildung 1.: Die Wurzeln der Dynamischen Psychiatrie



1. Dynamische Psychiatrie ist eine **verstehende Psychiatrie**. Als Therapeuten sind wir bemüht, sowohl die Entwicklung krankhafter und gesunder Aspekte der Persönlichkeit, als auch die aktuelle Symptomatik und die Verhaltensweise des Patienten vor dem Hintergrund seiner verinnerlichten wichtigen Erfahrungen im Laufe seines Lebens zu verstehen. Besonders sind diese *zwischenmenschlichen* Erfahrungen mit wichtigen Personen und Gruppen, ganz besonders in den frühen Lebensjahren, gewesen. Zu diesen Erfahrungen zählen nicht nur die bewussten, sondern auch die im Unbewussten gespeicherten Erlebnisse, die Kontakte, Beziehungen und neue Erfahrungen entscheidend beeinflussen. Ihr Bewusstmachen in der Therapie, ihre emotionale Durcharbeitung, ermöglichen für viele Patienten Einsicht und Veränderung.

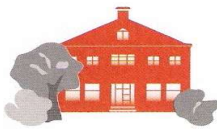
Aber das Verstehen in seinen unbewussten Aspekten ist auch aus zwei anderen Gründen wichtig:

a) Nur der Patient, der sich in der Tiefe verstanden fühlt, wird uns sein Vertrauen schenken wollen, wird bereit sein, nach zahlreichen schmerz- und leidvollen Enttäuschungen – auch Traumatisierungen zählen dazu – bereit sein, doch noch einmal den Weg des „Neubeginns“ (Balint) zu riskieren;

b) Nur das Verstehen der Dynamik des Patienten, aber auch des interpersonellen Geschehens zwischen ihm und uns Therapeuten, das wesentlicher Teil davon ist, kann uns vor der Wiederholungsfalle bewahren, in der sich Pathologie perpetuiert.

Auch das Agieren der Patienten soll als eigene „Sprache“ von so genannten frühgestörten Patienten verstanden werden in seinem Mitteilungsgehalt im interpersonellen und gruppodynamischen Bezug, als Inszenierung bzw. Re-Inszenierung alter, meist traumatischer Erfahrungen (Wir haben das Thema im Rahmen eines eigenen Symposiums 2006 in dieser Klinik zusammen vertieft).

2. Dies bedeutet nicht, dass wir biologischen Faktoren keine Bedeutung beimessen; wir betrachten diese jedoch nicht isoliert, sondern in einem komplexen seelisch-körperlichen Geschehen, modulierend und ihrerseits von psychischen Erfahrungen moduliert. Die neuen Konzepte der PNI und der neuronalen Plastizität, sowie die neueren Ansätze der bildgebenden Verfahren, die – sehr



vorsichtig interpretiert! – die Annahme einer Veränderbarkeit von Hirnstrukturen durch Psychotherapie nahelegen, unterstützen diese Sichtweise.

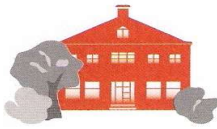
Die Erfahrungen, die den Menschen prägen und seine Persönlichkeit im Wesentlichen durch Identifikations- und Auseinandersetzungsprozesse gestalten, sind Kontakt- und Beziehungserfahrungen.

3. Diese finden in *Gruppen* statt, denn auch *Zweierbeziehungen* sind Teil eines größeren Gruppengeflechts, oder beinhalten zumindest implizite gruppenspezifische Momente. Nach Ammon wird der Mensch in solchen Gruppen gesund oder auch krank, durch Gruppen kann er wieder gesunden.

Wiederholungen alter krankhafter Dynamiken in Gruppen im Sinne eines erweiterten Wiederholungszwangs – wie Ausschluss- und Sündenbockdynamiken, Opfer/Täter-Spaltungen, Misshandlungen und Parentifizierungen, die sich oft auch transgenerational tradieren – zementieren das verinnerlichte Krankheitsgeschehen; ihre Veränderung durch Bewusstmachung und Einsicht kann die Rolle des Einzelnen verändern, neuen Erfahrungen das Tor öffnen und damit der Entwicklungsstagnation der Krankheit entgegenwirken.

Je strukturell „schwacher“, d.h. weniger integriert (auf „niedrigerem Strukturniveau“) ein Patient ist, desto mehr tritt die Bedeutung von Einsicht und Reflektion zugunsten des *konkreten* neuen Erlebens in den Hintergrund.

Deshalb konzentriert sich ein großer Teil unserer täglichen stationären Arbeit auf das „Aufspüren“, Bewusstwerden und Steuern gruppenspezifischer Prozesse in der Klinik, und zwar nicht nur bei den Patienten, sondern auch beim therapeutischen Team, unter Berücksichtigung von Balint- und Widerspiegelungsphänomenen im Feld der allgegenwärtigen Übertragungs- Gegenübertragungsprozesse, die die gesamte Klinik als Milieu zum therapeutischen Instrument machen. Hierzu gehört auch das gruppenspezifische Begreifen des Agierens von einzelnen und von Gruppen – wie z.B. Alkohol, Drogen, Paarbildungen und sexuelle Handlungen während der Therapie.



Neue Kontakte und Beziehungserfahrungen mit Therapeuten und Mitpatienten bilden also, mittels einer möglichst konstruktiv gehaltenen Gesamtgruppendynamik, den zentralen therapeutischen Wirkfaktor der Klinik.

Sie finden statt im interpersonellen Prozess zwischen Patienten und seinen verschiedenen Therapeuten (einschließlich Einzeltherapeuten), in der Gruppentherapie, in der projektzentrierten Milieuthherapie, in den verschiedenen nonverbalen bzw. kreativierenden und körperlichen Therapien, in der Großgruppe der Klinik. Die Vielfalt dieser Prozesse, mit ihren reichhaltigen Übertragungs- und Gegenübertragungsmöglichkeiten schafft ein intensives therapeutisches Feld, dessen Wirkung sich manchmal – zumal bei depressiven, angstleidenden, Borderline- oder Psychosepatienten – überraschend schnell entfalten kann.

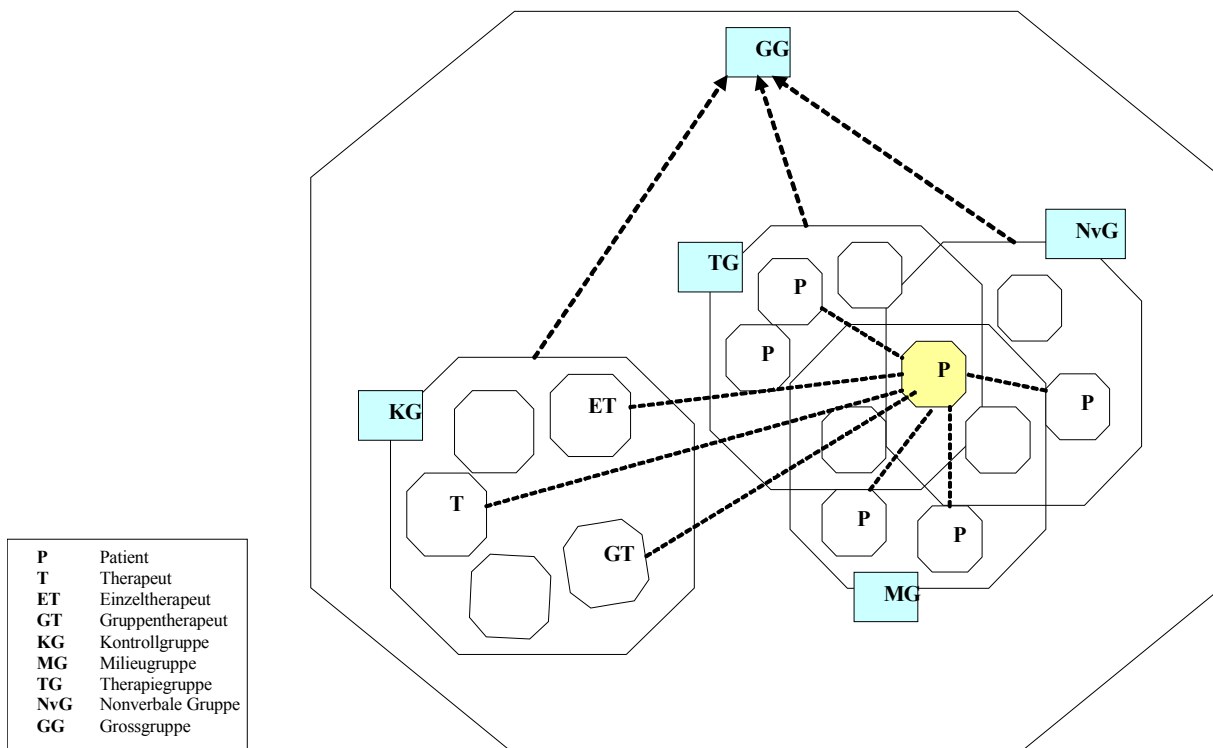
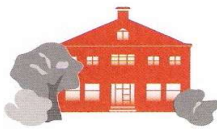


Abbildung 2.: Patient in verschiedenen Gruppen

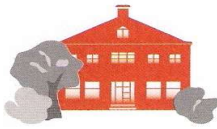


In den 30 Jahren ihres Bestehens hat sich in der Klinik Mengerschwaige eine ausgeprägte Gruppenkultur ausgebildet, die sich in der Tendenz zur offenen Auseinandersetzung in Gruppen, der Solidarität und einer gewissen Hilfs-Ich-Funktionsbereitschaft der Patienten untereinander konkretisiert. Sie gibt vielen Patienten, die aufgrund ihrer schlechten Gruppenerfahrungen Angst vor Gruppen haben, zum ersten Mal ein Gefühl des Ernstgenommenseins, der Zugehörigkeit, die zu den wirksamsten therapeutischen Momenten als wiedergutmachende Erfahrungen gehören.

4. In diesem Rahmen spielt das Erkennen, Berücksichtigen und Fördern der gesunden oder konstruktiven Ich-Anteile der Patienten in der Therapie eine besondere Rolle.

Auch die gesunden Persönlichkeitsanteile, die Talente, Begabungen, die besonderen Interessen der Patienten, haben ihre eigene Geschichte; auch sie, wie die kranken oder defizitär entwickelten Aspekte, sind im Kontext früher Dynamiken entstanden, sind oft isoliert oder leistungsmäßig gefördert worden, oder lagen brach, wenig erkannt, und wurden nicht unterstützt. Auch in ihnen können wir identifikatorische oder anti-identifikatorische Prozesse erkennen und diese bewusst machen. Aber häufig – insbesondere im Falle von Borderline-Kranken, aber auch bei Psychotikern – stehen die gesunden, oft originellen und hoch entwickelten Aspekte der Persönlichkeit gleichsam isoliert im Ich-Raum, vernachlässigt, unintegriert und dadurch für das Individuum weder zur Ich-Integration und zum Selbstbild, noch im sozialen und beruflichen Leben nutzbar.

Die therapeutische Arbeit mit den gesunden oder konstruktiven Ich-Anteilen in der Klinik – sei es im Rahmen der Projektarbeit, oder der Kunst-, Tanz-, Musik- oder Theatertherapie, oder in den verschiedenen Interessensgruppen – vermag die Grundlage der Beziehung zu den Therapeuten wesentlich mehr zu stärken, als die fast ausschließliche Fokussierung auf die pathologischen Aspekte. Sie fördert die Ich-Stärkung durch Integration und die Kontaktfähigkeit zu anderen Menschen, das Bewusstsein und die weitere Entfaltung der eigenen Kreativität, die immer auch mit dem Heilungsprozess – im Sinne der Identitätstherapie – eng verbunden ist.



5. Der Begriff *Integration* ist nun schon mehrmals erwähnt worden. Mangelnde Integration (oder Desintegration – auch Fehlen oder Verlust der Selbstkohärenz genannt) ist bei allen frühtraumatisierten bzw. bindungsgestörten Menschen in verschiedenen Ausmaßen vorhanden. Unsere Patienten, die nach psychiatrischer Diagnose unter Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, Zwang, Depression oder Angststörungen leiden, sind in einem weiteren Sinne des Wortes frühtraumatisierte Menschen, besonders im Sinne der kumulativen Beziehungstraumatisierung. Sie spalten reaktiv ihre Persönlichkeit und dissoziieren, um der unerträglichen Angst und Schuld der Traumatisierung Herr zu werden, oder, was häufig ist, sind an der Bildung eines kohärenten, integrierten Selbst durch frühe Misshandlung, Vernachlässigung oder Ausbeutung gehindert worden. Deshalb muss das Moment der Integration wesentlicher Teil einer Therapie von so genannten früh gestörten (besser: *früh traumatisierten*) Patienten sein.

Integration geschieht im zwischenmenschlichen Rahmen der Einzeltherapie und der Gruppenprozesse, in denen empathische Rückmeldungen und Auseinandersetzungen einen Prozess nachholender Mentalisation in Gang setzen; aber auch indirekt, durch gruppendynamische Arbeit am Therapeutenteam und die Arbeit der Großgruppe, die stellvertretend die Integration der Patienten fördern, auf ähnliche Weise wie offene Auseinandersetzung der Eltern für einen günstigen Entwicklungsraum der Kinder unerlässlich ist. Bedingung ist allerdings, dass diese Integrationsarbeit das Unbewusste – Phantasien, Vorstellungen, Träume – mit einschließt, und dass sie in konstruktive Bahnen gelenkt wird.

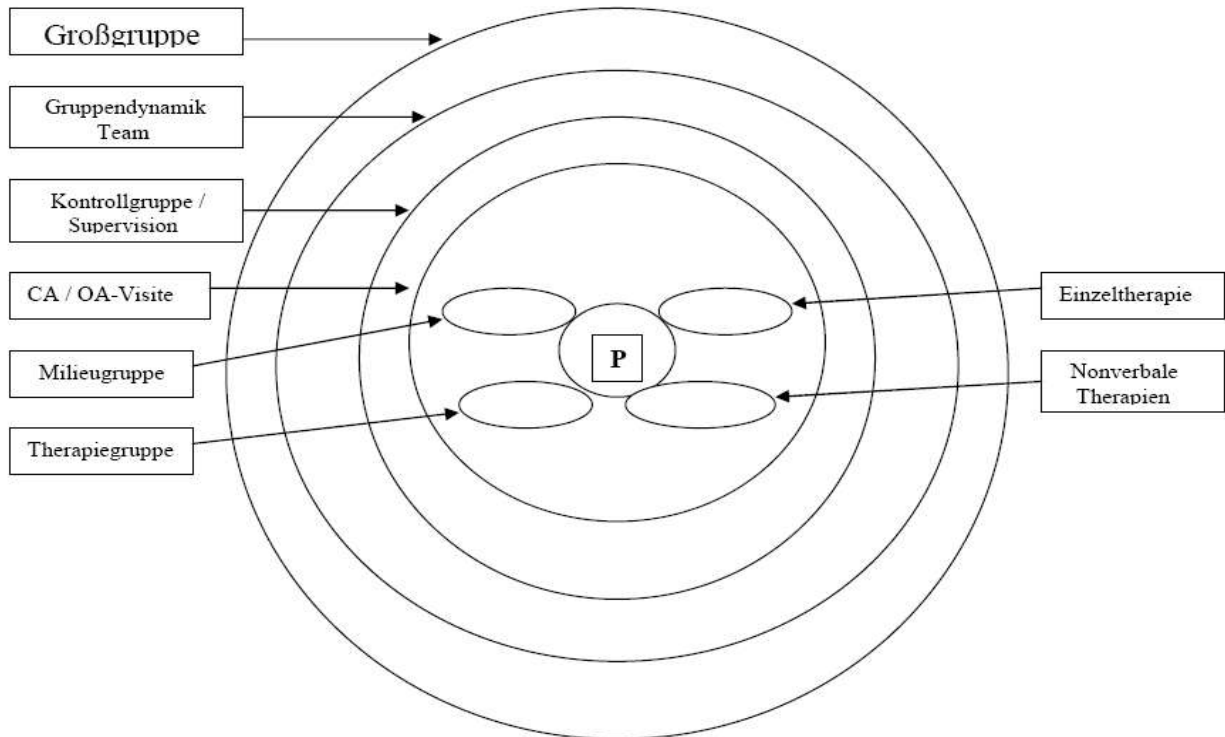
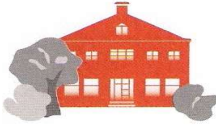
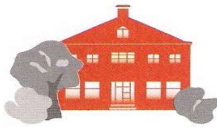


Abbildung 3.: Integrationsebenen in der stationären Therapie

Eklektizismus, das heißt das Nebeneinander unterschiedlicher therapeutischer Methoden ohne den integrativen Ansatz eines gemeinsamen grundlegenden Konzeptes lehnen wir ab, weil sie die Gefahr verbirgt, vorhandene Fragmentierungen zu zementieren.

6. Die integrative Wirkung der Therapie muss auch die Ebene von *Körper*, *Geist* und *Seele* berücksichtigen, das heißt im tieferen Sinn eine Ganzheitliche sein. Kein tiefgehendes seelisches Trauma spart in seinen Nachwirkungen den Körper aus, keine körperliche Misshandlung den Geist und die Psyche.

Die stationäre Therapie versucht, eine ausgewogene, individuell gestaltete, verbale, körperliche und kreativierende Behandlung anzubieten, die ergänzt wird durch Interessensgruppen und die traditionell gepflegte Thematik von Geschichte, sowie transkulturellem bzw. politischem Bewusstsein. Viele milieutheraeutische Prozesse widerspiegeln ebenfalls die Beschäftigung mit kulturellen Werten, Symbolik, Unbewusstem und Geschichte. (Mehr darüber werden Sie im Vortrag über Milieuthherapie heute Nachmittag erfahren).



Dynamisch-Psychiatrische
Klinik Mengerschwaige
Fachklinik für Psychiatrie | Psychotherapie
Psychoanalyse | Psychosomatik

Regelmäßig wird versucht, auch die Umgebung – die Angehörigen, Partner und andere wichtige Personen – in die Therapien einzubeziehen, mit Hilfe der Sozialabteilung der Klinik. Das unterschiedliche Setting der Standard-, Kurzzeit- und Kriseninterventionstherapie wird den individuellen Bedürfnissen des Patienten und seinen aktuellen Zielen gerecht.

Abschließend möchte ich noch die Bedeutung der begleitenden testpsychologischen Diagnostik für den therapeutischen Prozess hervorheben. Diese unterstützt wesentlich die therapeutische Arbeit und bildet ein Instrument für die Erfassung von Therapieeffizienz, aber auch Stagnation oder Misserfolg. Sie hilft bei der Operationalisierung der anfangs formulierten Therapieziele, die den roten Faden der Behandlung bilden. Sie überprüft die Gesamteffizienz der stationären Therapie und zeichnet Wege der Verbesserung und Modifikation ab.

Diese Effizienz wird von neutraler Stelle auch evaluiert – darüber werden Sie im letzten Vortrag heute Nachmittag durch Prof. Wittmann und seine Mitarbeiter informiert.

Wir werden in den nächsten Jahren versuchen, unser therapeutisches Angebot weiter auszubauen, die Kurzzeittherapie zu intensivieren, und neue Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung in unsere Arbeit zu integrieren.

Ich hoffe, Ihnen mit diesem Vortrag einen Einblick in die stationäre Therapie unserer Klinik ermöglicht zu haben; die weiteren Beiträge meiner Kolleginnen und Kollegen werden diesen Einblick mit Sicherheit vertiefen und plastischer werden lassen. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.