

Übertragung und Gegenübertragung, ein Aspekt in der Behandlung schizophrener Patienten.

Anfrage an Radio Erwan: „Ist Schizophrenie heilbar?“; grundsätzlich schon, aber...
...aber tatsächlich bedeutet diese Diagnose in den meisten Fällen einen chronischen, lebenslang währenden Prozess, der meist im psychosozialen Elend endet. Einige dieser Patienten ziehen sich aus der Gesellschaft zurück und leben als Sonderlinge irgendwo am Rande der Zivilisation, andere - in der Erkenntnis der Ausweglosigkeit ihrer Situation - begehen Selbstmord, aber die meisten sind doch „Dauerkundschaft“ der Psychiatrie, sei es nun stationär oder ambulant.

Der mit der Behandlung betraute Arzt hat nun einen Menschen vor sich, dessen Schicksal vorhersagbar ist und dessen allmählicher Persönlichkeitszerfall vor seinen Augen stattfindet; er „verwaltet“ sozusagen ein deletäres Schicksal.

Wenn wir davon ausgehen, dass wir Vertreter der „Heilkunst“ sind, dann bedeutet dies ein beträchtliches Dilemma, da es sich auch auf das Selbstverständnis des Arztes - a la longe - ebenso deletär auswirkt, wenn wir sehen müssen, dass wir weder „Heiler“ noch „Künstler“ sind, sondern hilflose Betrachter eines chronischen Verfalls.

Diese Position, in die uns der Patient schier hineinzwingt, löst eine Kaskade von Gefühlen aus, die schwer handhabbar ist und die sich unter der Überschrift „Gegenübertragung“ auffinden lassen.

Das Begriffspaar „Übertragung und Gegenübertragung“ ist bekanntlich von der Psychoanalyse entwickelt worden und beschreibt ein sehr bedeutsames Phänomen menschlichen Umgangs. Es impliziert, dass Personen, die in einem hierarchischen Verhältnis zueinander stehen (Patient/Arzt, Lehrer/Schüler etc.) auf die übergeordnete Person, ihre Wunsch- respektive Angstvorstellungen projizieren und somit die Zielperson eine Fassade hat. Was sich hinter dieser abspielt, wird selten rufbar, insbesondere dann wenn sich eine spontan aversive, feindliche, wenn nicht angeekelte Haltung dahinter verbirgt.

In unserem konkreten Fall könnten die beiden Protagonisten dieser Szene nicht weiter auseinander sein: der Psychiater lebt in der Ordnung, funktioniert regelrecht, vertritt die Normalität, hat eine angesehene gesellschaftliche Stellung. Der Schizophrene ist geächtet, lebt das Chaos, erlebt immer wieder, dass er nicht „funktioniert“ („wenn ich A anstrebe folgt B.“), lebt den Wahnsinn¹.

Freud ging noch von der Annahme aus, dass Schizophrene nicht „übertragungsfähig“ sind. Diese Sicht ist längst verlassen und es ist klar, dass das Gegenteil der Fall ist. Sie leben in einer infantilen Welt, die von magischen Vorstellungen (Ängsten) beherrscht wird. Die Rolle,

¹ Unlängst war ich in einem Supermarkt Zeuge eines solchen Auftritts: ein Mann, sicherlich an die 185 cm groß, zwischen 30 und 40, bei oberflächlicher Betrachtung hätte er auch Akademiker sein können, fiel vorerst dadurch auf, dass er lautstark und an niemanden speziell gerichtet, Schimpfkanonaden losließ, die sich auf die politische Situation des Alltags bezogen. Er war eindeutig ein sog. schizophrener Defekt. Allein sein lautes Gehabe löste Befremden aus, aber er hatte sich offenbar schon längere Zeit nicht mehr gewaschen und es ging ein penetranter Geruch von ihm aus. Die Kassierin, der er, zwangsläufig, sehr nahe kam, ekelte sich nicht nur vor ihm sondern „demonstrierte“ gleichsam ihren Ekel und ihre Verachtung, die sie ihm gegenüber empfand. Es war klar, dass er solche Reaktionen quasi „am Laufband“ *kassierte* und dass es mit der Summe solch negativer Erfahrungen kein „Zurück“ mehr gibt.

die der Psychiater in der (Wahn-)Vorstellung des Patienten zugeschrieben bekommt, wird auch den Verlauf der Erkrankung bestimmen.

Dabei dürfen wir nicht außer Acht lassen, dass wir neben der Polizei die einzige Berufsgruppe sind, die vom Gesetz her jemanden anhalten kann. Dies verleiht uns eine Machtposition, die angsteinflößend wirkt.

Wir alle haben mit großer Betroffenheit die Ereignisse in Norwegen mitverfolgt. Dann kam die Bestätigung unserer Vermutung, dass A.B. Breivik geisteskrank² ist.

Das hat uns wieder einmal drastisch in Erinnerung gerufen, dass wir uns hier nicht nur mit „armen Irren“ beschäftigen, sondern mit Menschen, die ein mörderisches Potential in sich tragen. Auch das formt unsere Gegenübertragung: wie vereinbare ich diese beiden Pole: Einerseits ein elendes Wesen, das mein volles Mitgefühl erweckt und andererseits die gefährliche Bestie? Ist es nicht naheliegend, dass ich dann das Medikament zum eigenen Schutz einsetze?

Und was ist, wenn sich herausstellt, dass Dapotum, auch in Grammdosen eingesetzt, das Problem nicht löst, was ist, wenn sich herausstellt, dass sich beim Besteigen der Karriereleiter Hindernisse auftun, wenn sich herausstellt, dass meine Kinder in der Drogenszene gelandet sind, dass ich gravierende Eheprobleme habe, dass ich im Würgegriff der Bank lebe?

Wie geht es mir dann mit diesem erbärmlichen Wurm, der da mir gegenüber sitzt und den Persilschein hat...

Wie geht es mir damit, dass dieses elende Wesen mir meine Hilflosigkeit spiegelt?

Eine psychotische Episode muss nicht zwangsläufig einen chronischen, schlussendlich irreversiblen Verlauf haben (so wie noch die Meinung vor etwa 30 Jahren war). Insbesondere die systemische Familientherapie hat uns andere Möglichkeiten aufgetan. Es sind vielmehr Faktoren, die aus dem Umfeld kommen, die „fixierend“ wirken.

Ein Faktor ist die Psychiatrie (und das wird ihr auch immer wieder vorgeworfen). Es ist in der Tat ein subtiler Prozess, denn, auch wenn jemand zwangseingewiesen wird, bietet ihm die Anstalt in erster Linie Schutz. Wann und in welcher Form er entlassen wird, ist mitentscheidend für den späteren Werdegang. Bleibt sie nun Schutz oder wird zum Gefängnis? Hilft sie ihm wirklich oder schaufelt sie mit an dem psychosozialen Grab?

Wir dürfen also davon ausgehen, dass das Verhalten der Psychiatrie und des Psychiaters eine Stellgröße für das Schicksal dieses Menschen ist. Es mag vielleicht sein, dass die Größenordnung sehr bescheiden ist, so bescheiden, dass sie im Alltag untergeht, aber - wie ich später ausführen werde - geht es auch um das Schicksal des Psychiaters, wie er mit seiner Rolle zu recht kommt und ob er am Ende seiner Tage mit Zufriedenheit auf sein Werk zurückblickt.

Wir arbeiten in einem Feld, das von Angst dominiert ist. Da ist die Angst des Patienten (sein eigentliches Problem), da ist die Angst des Umfeldes - auch der Angehörigen - vor dem Betroffenen (er bietet sich natürlich für alle gewalttätigen eigenen Phantasien an, die nicht sein dürfen: „Wolfgang Ambros’ „... der Hofer war’s ...““) und da ist die Angst des Psychiaters vor seinen eigenen Seelenabgründen, an die er schauernd denken muss, wenn er dem Patienten zuhört.

Klarerweise ist es insbesondere die Aufgabe des Psychiaters sich dieser Situation bewusst zu sein und Lösungen zu erarbeiten. Das beginnt nun mal bei sich selbst, denn erst wenn ich mir meiner eigenen Angst bewusst bin habe ich eine Wahrnehmung für die Angst der Anderen.

² Man denke an die subtile Untersuchung Hitler's Jugend durch Alice Miller in dem Buch: „Am Anfang war Erziehung.“

Im Grunde genommen ist die Angst vor dem Wahnsinn eine Angst vor dem Fremden (und man könnte genauso gut von der Angst vor fremdländischen Personen sprechen und den sich daraus entwickelnden Konflikten).

Das Gegenmittel für die Angst ist das Verstehen! Der Schlüssel dazu ist „verrückt-sein“ im Wortsinne zu verstehen, ein Ansatz aus der Anti-Psychiatrie.

Es wurde etwas von A nach B verschoben; alleine den Wahn mit der Brille des Erlebens des Betroffenen zu betrachten schafft Klarheit und Verständnis (wie schon früher erwähnt ist dieser Prozess in dem Buch von M. Schatzmann „Die Angst vor dem Vater“ besonders klar beschrieben). Die Erkenntnis des „Verschoben-Sein der Dinge“ bedeutet einen Quantensprung auf der Ebene der Betrachtung³.

In diesem Zusammenhang erscheint es mir noch wichtig festzuhalten, dass ich die Psychose als eine „Möglichkeit“ der Psyche sehe, mit einer Situation zurecht zu kommen, wenn uns die Emotionen überfluten. Als Beispiele seien genannt: die „Fata Morgana“ (beim Verdursten), Einzelhaft, Zeugenschaft von Kriegseignissen, etc.⁴

Glückt es also die Gegenübertragung klar zu erkennen, bin ich offen (oder angstfrei) mich dem schizophrenen Patienten in einer verstehenden Haltung zu nähern.

Gaetano Benedetti, der Großmeister der Psychotherapie mit Schizophrenen beschreibt das in seinem Buch „Todeslandschaften der Seele“ so: *„Psychopathologie wird dadurch als ein Weg zum Kranken erforscht: ohne die beobachtende Warte aufzugeben versetzt sie uns gleichzeitig in die innere Lebensgeschichte und in die Welt des Kranken, wobei sie in ihm Erfahrungen und Dualisierungen stiftet.“*

Ist dieser Schritt erst einmal vollzogen öffnet sich ein breites Feld, ein Feld, das zu einer Sinnhaftigkeit psychiatrischen Tuns führt. Wenn man die Werke von Viktor Frankl durcharbeitet, kommt man zur Erkenntnis, dass die Sinnhaftigkeit einer Tätigkeit aus der Beziehung kommt (denken wir daran, dass der Suizidant seinem Leben ein Ende setzen will, weil er keinen Sinn mehr sieht. Aber in Wahrheit ist er beziehungslos, respektive hat alle Beziehungen abgebrochen).

Eine Beziehung zu einem schizophrenen Patienten aufzubauen ist in der Tat nicht leicht. Abgesehen davon, dass man, wie eben beschrieben, sich seiner Gegenübertragung bewusst sein muss, bedarf es jetzt noch eines Einfühlungsvermögens und Verständnisses der besonderen Art. Es bedarf der Fähigkeit sich in die Welt eines Kindes einzufühlen, welches in dem ungeheuren Zwiespalt lebt, dass es - z.B. - seinen Vater über alles liebt aber gleichzeitig Angst hat von ihm vernichtet zu werden⁵.

Der Schlüssel zu einem solchen Verstehen ist nicht Kognition sondern Nachempfinden. Ich würde meinen, dass diese Vernichtungsangst das Leitgebilde ist. Der Impuls eines Elternteils das Kind auszulöschen - in der Regel unbewusst - führt beim unreifen Ich zur Psychose, beim ausgereifteren Ich zur Persönlichkeitsstörung.

³ Dieser Gedanke hat mich das Konzept der „verschobenen Physiologie“ entwickeln lassen. Tatsächlich gibt es keinen eigentlichen „pathologischen“ Prozess im Körper, denn auch jedes Krankheitsgeschehen baut sich aus physiologischen „Bausteinen“ auf.

⁴ Reinhold Messner beschreibt in seinem Buch von der Besteigung des K2 wahnhafte Erlebnisse.

⁵ In diesem Zusammenhang ist die klinische Beobachtung von großer Wichtigkeit, dass der Pat. in der Psychose keine Kritikfähigkeit hat, d.h. dass er auch Details erwähnt, die ihm schaden könnten (im Gegensatz zum Neurotiker!)

Die Betreuung chronisch Kranker stellt ein grundsätzliches Problem in der Medizin dar. Die Praxen - insbesondere die der Allgemeinmediziner - sind voll von Menschen, die multi-morbid sind und deren Prognose mehr als vorhersehbar ist.

Die Betreuung solcher Menschen „macht“ aber etwas mit dem Arzt; es erzeugt eine defätistische Haltung und wie schon oben erwähnt steht diese Tätigkeit (Zettelschreiber!) im Widerspruch mit ethischen Idealen.

Die Antwort auf dieses Problem sehe ich darin jeden einzelnen Kontakt als Möglichkeit des Beziehungsaufbaues, jeden Kontakt als Chance für einen Mikroschritt zu sehen, der Entwicklung impliziert. Der Witz über die Heilung des Bettnässers enthält eine tiefe Wahrheit: er nässt zwar noch immer ein, aber es stört ihn nicht mehr!

Coping Strategien zu entwickeln ist oft genug die einzige Möglichkeit, mit einem Leiden umzugehen, welches im Grunde ein Leben lang bleiben wird⁶. Aber das Wirkungsfeld des Arztes enthält die Chance aus einem öden Alltag ein sinnvolles Tun zu gestalten.

Kehren wir zum schizophrenen Patienten zurück müssen wir uns vorerst mit seiner Übertragung beschäftigen.

In seine Welt „einzusteigen“ bedeutet, sich in einer kindlichen, magischen Welt zu bewegen, die voller Bedrohung ist (Sehr klar in dem Buch: „Ich habe Dir nie einen Rosengarten versprochen.“, dargestellt). Das beste Abbild für die Welt des Schizophrenen geben die Märchen. Das ist kein Zufall, denn Märchen sind meist „verdaubare“ Berichte von einer grausamen Realität. Bruno Bettelheim und Verena Kast sind beide prominente Vertreter in diesem Genre. Natürlich funktionieren Märchen dann auch in der anderen Richtung, das man mit deren Hilfe etwas transportieren kann (narrative Psychotherapie).

Die Rolle des Psychiaters ist eine schwierige. Eigentlich braucht er eine amphiphile Persönlichkeitsstruktur analog zur Seife (das eine Ende des Moleküls ist hydrophil, das andere lipophil); mit dem einen Fuß steht er in der normalen Welt, mit dem anderen in der des Wahnsinns.

Wenn wir eine Antwort auf das eingangs angesprochene Dilemma des Arztes suchen, ob er nun Heiler oder Künstler sei, dann lässt sich mit Paracelsus antworten: „*medicus curat, natura sanat.*“

Heilen können wir ohnedies nicht. Aber Kunst kommt von Können und impliziert einen kreativen Prozess. Unsere Aufgabe beginnt mit der Analyse der Gegenübertragung: „Was mache ich denn da *eigentlich* und wozu ist das gut (Alfred Adlers „teleologischer“ Aspekt)?“, und dazu sind wir aufgerufen.

Dr. Hans-Peter Bilek

⁶ Im Zuge meiner psychotherapeutischen Ausbildung bin ich einer persischen Ärztin begegnet, die mit 3 Jahren eine Polio hatte. Ihr rechtes Bein war etwa zehn Zentimeter kürzer, die Muskeln atroph, sie ging mit zwei Krücken. Am Ende der Ausbildungsphase hat sie auf ihre Krücken verzichtet.