

sozialpsychiatrische informationen

Sonderdruck

Themenschwerpunkt: »40 Jahre Sozialpsychiatrische Informationen«

Alte Texte – neu gelesen

Mögliches und Unmögliches im psychiatrischen Denken und Tun

Autor: Karl Peter Kisker
Seiten 37–39

Es liegt mir nicht, aus psychiatrischem ein psychotherapeutisches Denken und Tun herauszuscheiden. Ich kenne da weder »und« noch »oder«. Der Psychiater ist substanziell Psychotherapeut oder keiner. Natürlich ist er potenziell immer *auch* Biotherapeut, wenn Sache und Situation dies gebieten. Als solcher aktiviert er allgemein-, neuro- und intern-medizinisches Hintergrundwissen

ISSN 0171 - 4538

Verlag: Psychiatrie-Verlag GmbH, Thomas-Mann-Str. 49a,
53111 Bonn, Tel. 0228/725 34 0, Fax 0228/725 34 20
www.psychiatrie-verlag.de, E-Mail: verlag@psychiatrie.de

Erscheinungsweise: Januar, April, Juli, Oktober

Abonnement: jährlich 36,- Euro einschl. Porto, Ausland 42,- Euro

Das Abonnement gilt jeweils für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch, wenn es nicht bis zum 30.9. des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wird. **Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.**

Redaktionsanschrift: Frau Gabriele Witte, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie –
Institutsambulanz, Rohdehof 5,
30853 Langenhagen, Tel. 0511/73 00 590, Fax 0511/73 00 518
E-Mail: si@psychiatrie.de

Redaktion:

Michael Eink, Hannover
Hermann Elgeti, Hannover
Helmut Haselbeck, Bremen
Gunther Kruse, Langenhagen
Sibylle Prins, Bielefeld

Renate Schernus, Bielefeld
Ulla Schmalz, Düsseldorf
Ralf Seidel, Mönchengladbach
Peter Weber, Hildesheim
Dyrk Zedlick, Glauchau

Karl Peter Kisker, 1988



Alte Texte – neu gelesen Mögliches und Unmögliches im psychiatrischen Denken und Tun*

Es liegt mir nicht, aus psychiatrischem ein psychotherapeutisches Denken und Tun herauszuscheiden. Ich kenne da weder »und« noch »oder«. Der Psychiater ist substanzial Psychotherapeut oder keiner. Natürlich ist er potenziell immer *auch* Biotherapeut, wenn Sache und Situation dies gebieten. Als solcher aktiviert er allgemein-, neuro- und intern-medizinisches Hintergrundwissen.

Manche machen es sich leicht, Psychotherapie als eine Art *Styling* des Psychiaters zu vollziehen. Die Psychotherapiekrawatte gehört dann gewissermaßen zum Sonntagstaat des Psychiaters, der auf sich hält, zumal wenn er in Lindau und Lübeck oder auf Langeoog mitflaniert. Psychotherapie ist kein Dekor. Sie ist riskante Haltung, ein Akt der Balance, wie ich zu zeigen versuche.

Den Psychiater so einzurichten, dass sein Denken, Planen und Forschen, sein Tun, Leiden und Lassen einen ideellen, gewissermaßen anthropometrischen Ort aus seinem Psychotherapeut-Sein bezieht, kann indessen in Einseitigkeiten und weg von der ärztlichen Alltäglichkeit führen. Solange nämlich Psychotherapie *instrumentell* begriffen wird: als gängiges Kunststück im Repertoire der Psychiatrie, als Gelernt-ist-gelernt-Pfeil aus dem Köcher der fünfzig oder einhundertfünfzig Psychotherapietechniken, welche vom kühlen Assoziieren bis zum heißurigen Schrei, von der operanten Dressur bis zum gekonnten kognitiv-emotiven Stopp im Marketing sind.

Worum geht es hier eigentlich? Wer sich zum Geschehen, zu der Arbeit *Wandlung*, als welche Psychotherapie ist, was sie ist, anschickt – und das gilt zunächst für den Psychiater, denn entzöge er sich dieser Bereitschaft, stünde er arm da –, sollte sein technisches *Know-how*, sein analytisches, tiefenpsychologisches, verhaltenstherapeutisches oder wie immer organisiertes Handwerk mitsamt dessen Leittheorien so handhaben können, dass er sich dessen, was daran Mache und modisches Modell ist, auch begeben kann. Wir kennen diese Paradoxie aus der Psychotherapie-Evaluation, soweit

sie ehrlich ist: »Erfolg« kann nicht nur denen zuteil werden, welche die Handriemen bestimmter technischer Rituale anstrengen oder neunmalklug Indikationen fürs fokale, langfädige oder konfrontativ-düpiierende Vorgehen bemühen, sondern auch jenen, die ihr Selbst und d. h. sich selbst in diese Arbeit einsetzen, sei es auf eine naive, geschenkte Weise, wie bei den untrainiert erfolgreichen Hausfrauen und Studenten, sei es durch eine mühsam und mit mancherlei Beschämungen erreichte Einklammerung des »Technischen« beim Arrivierten.

Verstehen Sie dies nicht als Plädoyer für die »neue Einfachheit«, vor welcher Finzen (1981) das »Technische« in Schutz nahm. Es geht um eine neue Kompliziertheit, aus welcher eine Einfachheit zweiten Grades hervorgehen *könnte*. Das Handwerkliche der Psychoanalyse, der Verhaltens-, der Rollen-, der Rationtherapie usw., es sollte mit all seinen Kniffen, auch mit seinen differenzialindikativen Einsatzplänen geübt und gekonnt sein, bevor es dann allerdings – in actu – aufgehoben wird. Wohin gehoben? An diesem Punkt ist Wachsamkeit gegenüber kurzen Schlüssen ins Esoterische geboten. Psychotherapieforschung, soweit sie undoktrinär ist, verweist auf einen *personalen* Therapeutfaktor, genauer: auf ein bilaterales, *zwischen* Patient und Therapeut laufendes Beziehungsspiel. Freilich, ein Spiel mit tieferer, nämlich Gefühle entkümmernder, Einsichten fördernder Bedeutung, ein Spiel nicht ohne Regeln. Dies ist zumal den vielerlei Spontis und Frei-Stilisten im Psycho-boom dieser Zeit zu sagen. Sie verbergen hinter dem Plakat »Postmoderne«, dessen kalten Farben und Formen Finzen (1987) kritisch nachgegangen ist, nicht selten Bodenlosigkeit.

Hier stoße ich, spät erst, auf die Psychoanalyse. Auf sie nicht als System oder als zünftische Kleinstaaterei nationaler, regionaler »Vereinigungen«, »Gesellschaften«. Ich hebe vielmehr hervor, was Freud und einige wenige seiner *eigenartigen* Fortbildner als Achse psychotherapeutischer Arbeit erfahren haben: das bipersonale Geschehen der Übertragung. Der Begriff muss, wie Troja IX, nach mancherlei Brandlegungen analytischer Schulen und Anhäufungen von Theorieabfällen ausgegraben und als höchst eigentümliche Verkehrsweise zwischen zwei Menschen begriffen werden, die miteinander ein Bündnis eingehen, in welchem Bindungen und Lösungen, Übereignungen und Veränderungen, Entfremdungen und Vereinigungen, Bekämpfungen und Befriedungen so etwas bewirken wie Bildung, Wandlung oder wie immer das Ergebnis dieser Dyadenarbeit formuliert werden mag. Kein Zweifel: triebtheoretische Konzepte reichen nicht aus, dies zeitlich existenziell usw. durchaus regelungsfähige Geschehen zu begreifen, es sei denn, »Trieb« werde so geweitet gesehen, dass er alles, was Sprache ist, mit umfasst, und das klingt ja nicht erst bei Lacan (1973) an, sondern auch bei Freud, wenn er sich, wie zumal in seinen Briefen, aus Animalischen-Schemata entlässt und die Sache, um die es hier geht, schlicht und menschlich beschreibt.

Ich verweile nicht bei dem konstruktiv-rekonstruktiven Wechselgeschehen der Übertragung, verweise für dessen Ausarbeitungen etwa auf Balint (1957) und Lorenzer (1971), bemerke allerdings, dass jeder Akteur im psychotherapeutischen Prozess letztlich auf diese beidseitige Unterpfändung im Höchstpersönlichen stößt, wenn er Rechnung legt über Erfolg oder Scheitern. Wenn

ich auf diese Beziehungs-»Sache«, die keine ist und deformiert wenn sie in die Sprache von »Objekt«-Beziehungen gepresst wird, gleichwohl aus der psychoanalytischen Ecke her zugegangen bin, so hat das höchst irrationale Gründe, die ich in meiner wiederum höchstpersönlichen, imaginären Beziehung zu Freud finde. Es verschlüge nichts, denselben Weg aus der verhaltenstherapeutischen oder der transaktionalen Ecke einzuschlagen, wobei dann allerdings andere Risiken der Unterkühlung oder Überhitzung auszuwärtieren sein würden.

Warum so viel Umstände mit der Psychotherapie für den Balanceakt des Psychiaters in seinem Denken und Tun? Haben ihn, den Psychiater, nicht gerade die Kaskaden neuen biotechnischen Wissens und Könnens der vergangenen drei Jahrzehnte zum rational kalkulierenden Applikateur neurochemischer, psychophysiologischer und neurophysiologischer Verfahren gemacht? Ist es für seine Patienten und für ihn nicht ergiebiger, unaufwendiger, wenn er sich selbst als Beihelfer und Adjuvans dessen versteht, was die rührige, reif gewordene klinische Forschung ihm vorschreibt: den Vollzug durchevaluierter Bio-, Psycho- und Soziomethoden unter strikter Berücksichtigung aller prognostischen Prädiktoren und Vulnerabilitätskriterien im genetisch markierten, epidemiologisch vermessenen Fall: *petit point*, auf den Stickrahmen unserer Interkontinentaldiagnostik gespannt.

Wir psychiatrischen Eckensteher und Spätkommer greifen doch eben in die Tastatur des Genoms, vorderhand noch im Ein-Finger-System Entitäten ortend wie Huntingtons Chorea oder Alzheimers Disease. Irgendwann einmal werden wir doch elegant und mit allen übrigen neun auch die feiner gesponnenen schizophrenen oder melancholischen und die härter gesottenen charakteropathischen Störungen mitsamt psychologischen *traits*, deren Abkömmlinge sie sind, herunterbuchstabieren und ein Markertabellarium in der Hand haben: endlich nicht mehr die Klassenletzen in Sachen Klassifikation.

Endlich werden wir doch von den unbeholfenen Tänzen unseres Verstehens auf dem glittrigen Parkett der schummrigen hermeneutischen *dancing hall* ablassen können und uns in die Helle der Arena des Erklärens stellen: computergestützte Cogitationes, Gladiatoren der Eindeutigkeit, und dies gar auf einem Terrain, das sich dem nichtpenetrierenden Blick bislang so obskur, so my-

thisch, so wirr darbot, wie das Gewimmel der abseitig-verrückten Probanden, welche dies Chaos produzierten, es eben mit sich brachten. Dieser Ab- und Gegen-Welt luziferisch beizukommen und sie hoch-biotechnologisch ins Licht endgültigen Wissens zu stellen, das sollte denn doch den Senatoren der *Societas Maximiliani Plancki* oder den Sensatoren der übrigen *law and order* der Wissenschaften verwaltenden Gremien ein Kopfnicken wert sein.

Indessen: Den Berichtigungen des Menschenlebens, das in einer Weise, die nun einmal den Psychiatern übermacht ist, verunglückt, sind und bleiben, soweit sichtbar, für die Menschen-*Natur*. Dem Menschen *als Natur* kann mit den zwar rational eingesetzten, essenziell aber natürlichen Verfahren begrenzt beigehtolfen werden. Zu ihnen gehören nicht nur die physiko-chemischen Therapien, sondern auch die den Patienten *als natura naturans* erreichenden psychologischen und die ihn in seiner zweiten, gesellschaftlichen Natur umbettenden sozialen Veranstaltungen: also das ganze Arsenal unserer Stoff-, Strom-, Benimm-, Encounter- und Monetar-Strategien.

Verdurchschnittlichte *Outcome*-Raten an schizophrenen, affektiv, neurotisch, persönlichkeitsmäßig oder geriatrisch Gestörten zeigen in unserer therapeutisch so gewitzten Zeit ähnliche therapieprognostische Proportionen wie vor drei Jahrzehnten: Wir erleichtern und verkürzen die akuten Krisen, begleiten begütigend die residualen Minor-Verfassungen, was zusammen zwei Drittel der psychiatrischen Hausaufgaben ausmacht und verschieben das letzte Drittel der unabänderlich Chronischen, der durch die lange Zeit Erkrankten, kunstvoll durch die Labyrinth der post- und para-psychiatrischen Dienste.

Hier, im natur-heilkundlichen Raum, hantieren wir mit dem uns Machbaren und Möglichen. Wir re-agieren damit zugleich auf das, was uns an den Patienten als deren Möglichkeit erscheint, für sie leidvoll-ungünstige und/oder für uns unangemessen-unbequeme Züge ihres Lebens zu ändern. Wir machen mit ihnen die Kleinkunst des Möglichen und dies auf einer Art Markt. Ich meine damit nicht den »Psychomarkt«, der von sich reden macht, seit es in Mode gekommen ist, die Miserabilitäten des alltäglichen Eigen- und Beziehungsleben als *petite folie* zur Schau zu stellen. Es geht hier vielmehr um den durchaus nicht »freien« Markt, auf welchem die genormten Waren

der Naturtherapeutika von uns professionellen Verkäufern den Patienten-Kunden angeboten, ja dann auch aufgedrungen werden, wenn diese nicht eigenen Willens in unsere Warenhäuser kommen, vielmehr dazu von Angehörigen oder exekutiven Agenturen genötigt werden. Den limitierten Mehrwert an zurück- oder hinzugewonnener seelischer Gesundheit oder sozialen Wohlverhaltens schreiben wir uns dann gut und stellen unseren Arbeitsaufwand den Solidarversicherungen in Rechnung. Aber: Wie weit verdankt dieser bescheidene Mehrwert sich unserem natural begründbaren Tun, wie weit schließlich dem menschlichen Treiben mit Patienten, Therapeuten, entlasteten Angehörigen usw., das unser »Milieu«, wenn es gut geht, auf naiv-unprofessionelle Weise beleben kann, ohne je in Interaktions- oder ähnlichen Skalen aufgefangen und damit wieder unseren Naturverfahren zugeschlagen zu können?

Soweit die Skizze unseres *naturbezogenen* therapeutischen Trainingsfeldes. Sie könnte nun durch jemanden, für den ein geoffenbartes Menschenbild verpflichtend ist, überwölbt oder unterbaut werden durch einen Aufriss des Hineingerissenseins in psychiatrisches Kranksein und des Herausgezogenwerdens aus ihm: *Kreatürliches* am Patienten käme in den Blickpunkt. Dem wäre zu entsprechen mit einem kerygmatischen Verständnis von Schuldverstrickung und Heilsgeschehen, das sich nicht – wozu viele sakrophobe Pastoren von heute neigen – mit Psychologischem verheddert oder gar mit ihm psychotherapeutische Mimikry macht. Aus der naturbezogenen Erfahrung des Psychiaters in die Region der Erlösung vorzudringen suchte vor einigem Siirala (1961): ein Wagnis, mit dem er ziemlich allein blieb. Natürlicher Erfahrung tut sich hier Unmögliches, weil Absurdes auf. *Dies* Unmögliche umfängt indessen Gesundes wie Krankes in gleicher Weise, stellt vielleicht sogar Krankes verheißener und der Erlösung näher. Das ist hier nicht weiter anzusehen.

Soweit also das Mögliche in den psychiatrisch zugestellten Menschenproblemen, zunächst von Natürlichen her gesehen, dann mit einem scheuen Blick aufs Kreatürliche zu.

Was kann es nun noch auf sich haben mit dem Unmöglichen? Gewiss, es lässt sich psychiatrisch leben, wenn das Machbare im klugen Kalkül getan und das Unabänderliche als noch forschungswürdige uns aufklärungsfähige Denaturierung eingefordert

wird. Mein Respekt gegenüber den professionellen *Confrères*, die ihr Werk so verstehen, ist mit einem gewissen Neid versetzt: Sie ersparen sich eine Plage, die mich neben den Härten und der Gratifikationsarmut unseres Alltags umtreibt wie eine Chimäre. Das begann mit dem Anrennen gegen jenes Axiom der Unverständlichkeit, der Sinn-Entsetztheit aller psychopathologischen Kernphänomene, das von Kurt Schneider (1966), meinem Lehrer, in die entschiedenste Positur gesetzt worden war. Die Suche nach *Sinn* im Unsinn-Arsenal der Psychopathologie führte mich zur Psychoanalyse, nicht in sie hinein, zu den Texten Freuds, dieses Sinn-Meisters, der allerdings nie die großen Regionen endgültig verlorenen oder unzugänglichen Sinnes unterschlug, und das trug wahrscheinlich dazu bei, dass der große Aufklärer sein eigenes Tun als »unmögliches Beruf« sah. Es scheint mir ein Gebot epigonaler Selbstbestimmung, Freuds Skepsis zu übernehmen.

Das Unmögliche, von dem hier gesprochen wird, ist wie ein *Schmerz an der Grenze von Sinn und Unsinn*. Diese Grenze hat wenig zu tun mit der aufgesetzten zwischen gesund und krank. Eher trennt sie zwischen dem Beholfenen und dem Nochnicht- oder dem Nichtmehr-Beholfenen. Sie verläuft also auch nicht zwischen dem potenziellen Behandler und dem Behandelten, sondern durch beide hindurch. Vom Mitmenschen schlechthin sollte sich jeder Behandler dadurch unterscheiden, dass er in höherem Maß und weiträumiger zum Akt der Be-Sinnung abgeschotteter Regionen in sich selbst und in anderen bereit und in der Lage ist. Im weiteren Akt der Behandlung aber, die in ihren entscheidenden Schritten aus dem Geschehen der Übertragung vollzogen wird, geht es um die wechselseitige Über-Eignung von Besinntem und Unbesinntem unter dem Titel der Be-Sinnung. Das heißt zugleich: um den am Unmöglichen jeweils *teilbaren* Schmerz. Dass Begriffe, wie Katharsis, Egoifizierung u. a., nicht hinreichen, um diese verschränkte Stellvertretung im therapeutischen Dialog zu fassen, hat Freud selbst früher oder später erkannt. Gleichwohl tat er sich und tun sich viele Analytiker bis heute schwer, von einer schwerfälligen physika-

lisierten Sprache abzulassen, wenn sie die *Gefühle* auf den Begriff bringen wollen, um deren Entbindung es in der Therapie geht. Habermas (1973) hat das naturalistische Selbstmissverständnis der Psychoanalyse elegant entblößt und sie zugleich wieder aus der emanzipativen Ecke her in Fortschrittsdienste nehmen wollen: Kleidertausch mit denselben entfremdeten Effekten.

Wir sagten: Gefühls-Arbeit, wie u. a. an der Grenze von Sinn und Unsinn geleistet, macht Modi des Erlebens und Zerlebens von Schmerz und Trauer. Wie die Weisen ihrer Ablenkung und Verfestigung beim Neurotischen, seiner Zersplitterung und Entwirklichung beim Psychotischen aussehen, ist hier nicht weiter zu beschreiben, wird auch wohl nie systemfähig. Wie es geht und ausgeht mit dem Suchen, das kein Recherchieren, eher eine Recherche ist, wie Proust sie – durchaus elegisch, also schmerzlich – auf der Grenzlinie zwischen einem Sohn und seiner Mutter vollzieht, wie das Finden ausgeht, das Verabsäumen, Verlieren und Entbehren, das entscheidet sich im Casus, im Fall, der, ob es nun zu seinem therapeutischen Beigang kommt oder auch nicht, immer auch ein Fallen von der Geburt in den Tod ist.

Wie gesagt, psychiatrisch Mögliches und Vernünftiges lässt sich durchaus tun ohne seine hier versuchte Gegen-Waage zum Unmöglichen. Ich brauche eine solche Balancierung. Sie wird mir nahegelegt durch Phänomene existenzieller Sicht ins Klare und Offene, wie sie – eher gelegentlich außerhalb aller therapeutischen Bewandnisse – bei Tiefkranken begegnen können. Aus ihnen hat die sog. Antipsychiatrie – am wenigsten noch der frühe Laing (1967) – einen Kausalhammer geschmiedet, mit dem sie dann ziemlich alle hermeneutischen Bilder stürmte, die in dieser Sinngalerie hätten beachtet werden können.

Mag sein, dass dieser Versuch eines Exodus aus dem Möglichen nichts weiter ist als ein, nämlich mein – wie sagt es sich doch heute? – *Coping* mit den Vertracktheiten, als meine individuelle Bearbeitung der Lastseite psychiatrischen Tuns. Ist dem so, gehen mei-

ne Überlegungen vielleicht als ein Anstoß für einige durch, sich auf eine ihnen gemäße Weise zu entlasten. Wenn und soweit zwischen dem Patienten und uns kein anästhesierendes Instrumentarium mehr ist, bedarf der mit der Rückgewinnung und intersubjektiven Stiftung von *Sinn* in unserer Arbeit freigesetzte Schmerz – er entsteht nicht erst in den äußersten Situationen, wenn ein Patient sich in unseren vier Wänden tötet oder wir ihn dort niederringen – eines Remediums. Dies Remedium, hier unbeholfen und spekulativ in der Durchdringung jener Erfahrung des Schmerzes an der Sinn-Unsinn-Grenze in der psychotherapeutischen Arbeit entwickelt, taugt nur so viel, wie es dem Patienten hilft, seine korrelative Schmerz-Erfahrung anzueignen als Wandlung.

Quelle

* PFÄFFLIN F, APPELT H, KRAUSZ M, MOHR M (HG.) (1988) *Der Mensch in der Psychiatrie*, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg

Literatur

BALINT M (1957) *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Klett, Stuttgart
 FINZEN A (1981) Die neue Einfachheit oder die Entprofessionalisierung der Psychiatrie. *Sozialpsychiatrische Informationen* 11: 5–20
 FINZEN A (1987) Von der Psychiatrie-Enquete zur postmodernen Psychiatrie. *Psychiat Prax* 14: 35–40
 FREUD S (1966) *Briefe 1873–1939*. Fischer, Frankfurt a. M.
 HABERMAS J (1973) *Erkenntnis und Interesse*, 2. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
 LACAN J (1973) *Schriften*, Bd I., Walter, Olten/Freiburg i. B.
 LAING RG (1967) *Phänomenologie der Erfahrung*. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
 LORENZER A (1971) *Sprachzerstörung und Rekonstruktion*. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
 SCHNEIDER K (1966) *Klinische Psychopathologie*, 7. Aufl. Thieme, Stuttgart
 SIIRALA M (1961) *Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen