

Uferlose ambulante Therapien – eine Studie zur Dynamik von langen Therapieverläufen, sozialer Entwicklung und Scheitern

Geänderte Fassung vom 1. Oktober 2020: Ergänzt um den Text zu «Konzept der Dynamik».

Cahn Theodor^a, Argast Urs^b, Baer Niklas^c, Glauser Christine^d, Leonhardt Dieter^e, Waldvogel Ruth^d, Widmer Heinz^e

^a ehem. Praxis Allschwil, Schweiz

^b ehem. Praxis Liestal, Schweiz

^c WorkMed Liestal, Psychiatrie Baselland, Liestal, Schweiz

^d Praxis Basel, Schweiz

^e Ambulatorium Liestal, Psychiatrie Baselland, Liestal, Schweiz

Summary

Boundless outpatient therapy – a study of the dynamics of long therapy courses, social development and failure: Based on their experiences with long-lasting therapy of outpatients suffering both from chronic mental disorders and social disintegration, a group of professionals in the field (psychiatrists, psychologists and social workers) undertook this study. To address the little researched question of the interaction between the therapeutic process and social development in the long-term, we used a mixed-methods-design (qualitative-inductive analysis of own cases, followed by a quantitative survey). In the majority of our own cases a combination of rather vague therapeutic methods, a lack of detachment by patients or therapists, as well as patients' social failure, became apparent. It was possible to put forward some hypotheses, which we tried to confirm with an online-survey of psychiatrists and psychologists in northwestern Switzerland. The response rate was unfortunately too low for an in-depth statistical evaluation, but available answers are within the range of our hypotheses and correspond to available evidence: Socially disintegrated patients undergoing long-term treatment seem to repeat their failures over the course of their lives. Social failure acquires the status of a symptom and is also acted out in therapy. Often personality problems seem to be more important than current symptoms. The patients' social situation requires therapists to intervene outside of the psychotherapeutic setting. Confronted with real life-problems, the competence of the therapist is also prone to failure. This often ends with the therapy itself becoming chronic. The study shows critical aspects in the treatment of patients with severe clinical patterns, which cannot be eliminated easily. The relation between social failure and treatment course requires further studies and discussion.

Keywords: long-term psychotherapy, outpatients with chronic mental disorder, social failure and disintegration, interaction between therapeutic process and social development

tion, interaction between therapeutic process and social development

Einleitung

Die Idee zu dieser Studie entstand aus der Erfahrung mit sehr lange dauernden psychiatrischen Behandlungen in ambulanter privater und poliklinischer Praxis: Es geht um Patientinnen und Patienten, die unter einer erheblichen psychiatrischen Störung leiden und zugleich eine Geschichte von Misserfolgen hinter sich haben, deren soziales Leben schwer geschädigt ist. Ihnen werden Therapien mit erheblicher psychotherapeutischer und rehabilitativer Intention im entsprechendem Setting angeboten – also nicht nur supportive Betreuungen. Manche dieser Therapien münden in wechselhafte Verläufe ohne stabilen Erfolg. Sie entwickeln sich auf die Dauer in einer Weise, dass Ziele und Methode diffus werden und die Möglichkeiten einer guten Ablösung zu entschwinden scheinen. In diesem Sinne haben wir sie als «uferlos» bezeichnet. Als Behandelnde fühlen wir uns mit solchen Patienten in der eigenen Kompetenz reduziert, wenn wir nach langen Bemühungen keine eindeutigen Erfolge aufgrund einer «sauberen» schul- und evidenzbasierten Methodik erreichen können. Was bewirken wir überhaupt? Bewahren wir diese Menschen vor Schlimmerem, z.B. vor einem Suizid, oder halten wir nur die Chronizität aufrecht, sind wir am Ende lediglich Teil eines den Patienten stabilisierenden Systems? Es war das Unbehagen an dieser Situation, welches unsere Gruppe von Kolleginnen und Kollegen verschiedener Herkunft zusammenführte, um dieser Problematik – in der Schattenseite des Faches – mit einer praxisbezogenen Studie nachzugehen.

Dabei haben wir die Frage nach der Dynamik derartiger Verläufe ins Zentrum gestellt: nach den Wechselwirkungen zwischen «innerer», in der therapeutischen Beziehung erlebter, subjektiver Entwicklung und «äusserer» Entwick-

Correspondence:

Dr. med. Theodor Cahn,
Güterstrasse 124, CH-4053
Basel, [Thcahn\[at\]hin.ch](mailto:Thcahn[at]hin.ch)

lung, die in Alltagskompetenz, Partnerschaft und Arbeit objektiv fassbar wird.

Literatur fehlt

Wir finden zu unseren Fragen kaum eingehende Ausführungen in der Literatur und keine greifbaren Konzepte. Eine vermittelnde Sichtweise zwischen sozialpsychiatrischer Aktion und psychotherapeutischem Prozess fehlt weitgehend. Hier zeigt sich, dass Sozialpsychiatrie und psychotherapeutisch orientierte Psychiatrie auf getrennten Bahnen laufen. Wir haben zu unserer Fragestellung eine eingehende Internet-Suche vorgenommen und auf PubMed, Ovid und Google Scholar nach diversen Schlagwörtern und Suchkombinationen ohne Zeitlimite gesucht. Es fanden sich viele separate Studien zu Rehabilitation und zu psychiatrischer Behandlung, ebenso fanden sich kombinierte Studien mit somatischen chronischen Erkrankungen, aber zu sozialem Erfolg oder Scheitern im Zusammenhang mit psychiatrischer Behandlung brachte die Recherche keine Resultate. Ähnliches gilt auch für die Handsuche. Das heisst, die Zusammenhänge zwischen therapeutischen und sozial-beruflichen Prozessen sind bisher noch kaum systematisch untersucht. (Einzelheiten zur Literaturrecherche siehe Anhang 1.)

Methodik

Prozesshafter kasuistischer Ansatz in der Gruppe

Die Probleme langer Therapieverläufe bei Patientinnen und Patienten mit sozialem Scheitern und Handicap wollten wir mit einer allgemeinen Fragestellung angehen: Welche dynamischen Zusammenhänge bestehen zwischen «innerer» und «äusserer» Entwicklung? Lassen sich bestimmte typische Vorgänge herausarbeiten und Konzepte ableiten? Ergeben sich daraus neue Aspekte zu weiterer Forschung und zur Behandlung?

Weil wir damit ein wissenschaftlich weitgehend unbearbeitetes Feld der praktischen Arbeit betreten, wählten wir einen qualitativen, kasuistischen, prozesshaften Zugang in einem Gruppensetting und versuchten induktiv, aufgrund der gelebten Erfahrung voranzukommen. Es war daher bei dieser Ausgangslage nicht sinnvoll, im Voraus bestimmte Ausgangshypothesen aufzustellen oder Begriffe operational zu definieren. Vielmehr sollten in der Diskussion von Fällen aus dem Praxisalltag über das individuelle Schicksal hinausgehende Erkenntnisse gefunden werden, um erste Hypothesen zu bilden und darauf aufbauend weitere methodische Schritte zu planen. Es wurde also ein zirkulärer, hermeneutischer Prozess angelegt. Dabei blieb offen, wohin uns dieser tragen würde. Das Hauptresultat, das wir hier präsentieren, waren Ergebnisse konzeptioneller Natur: vertiefte Erläuterungen der verschiedenen Aspekte der Problemlage – damit auch eine Klärung der Begrifflichkeit – sowie Hypothesen zur Dynamik, die in einen Versuch zur Konzeptbildung münden.

Für die Kasuistik (s.a. Tabelle im Anhang 2) haben wir folgende Eingangskriterien festgelegt:

- Erwachsene ambulante Patientinnen und Patienten mit einer diagnostizierten, lang andauernden, erheblichen psychischen Störung
- mit gewichtigem sozialem Defizit zu Behandlungsbeginn / bzw. Einbruch im Verlauf

- mindestens vier Jahre eigener therapeutischer Kontakt (falls Therapieunterbrüche stattfanden, sollte in der Übersicht eine Kontinuität darstellbar sein)
- rehabilitative Förderung (im weiten Sinn) fand/findet statt oder wurde mindestens einmal angesetzt (und abgebrochen)
- keine Eingrenzung von Diagnosen und Settings.

Der Verzicht auf eine Eingrenzung bezüglich Diagnosen, Methoden oder Settings entsprach dem naturalistischen, praxisbezogenen Ansatz in einem Untersuchungsfeld, in dem die Spezifitäten ohnehin verwischt erscheinen. Weil wir die erlebte Dynamik untersuchen wollten, wurden – in expliziter Unterscheidung zu Outcome-Studien – keine abgeschlossenen Therapien verlangt. Berichtet wurden mehrheitlich laufende Fälle. Eine unkommentierte vignette soll diese Art von Verläufen illustrieren:

Fall 2.2

Ein Patient mittleren Alters kam nach mehreren abgebrochenen psychiatrischen Versuchen in die Praxis mit dem diagnostischen Bild einer mittelschweren depressiven Episode, kombiniert mit einer Angststörung und Tranquilizer-Abusus, vor dem Hintergrund einer narzisstisch gestört wirkenden Persönlichkeit. Er präsentierte ein Leben voller Katastrophen: Die Mutter erkrankte psychotisch, als er etwa fünf Jahre alt war. Er selber versagte in der Schule, kiffte als Jugendlicher massiv und blieb, trotz guter Intelligenz, ohne Berufsausbildung. Nach der Heirat fing er sich auf, bildete sich in einem Gesundheitsberuf aus, erlitt aber immer wieder psychische Zusammenbrüche. Er brauchte seine Frau als Stütze, aber es gab oft wütenden Streit. Als Ausweg «nach oben» zogen sie zusammen ins Ausland und eröffneten einen Gasthof. Dieses Unternehmen endete in einem finanziellen Desaster und in der Scheidung, was im Patienten eine nachhaltige Verbitterung hinterliess. Nach seiner Rückkehr in die Schweiz akzentuierte sich sein Alkohol- und Benzodiazepinkonsum. Er konnte sozial und beruflich nicht mehr Fuss fassen und lebte sehr isoliert.

Bei Therapiebeginn hatte er schon ein Jahr nicht mehr gearbeitet und war bei der IV angemeldet, aber bis zum Entscheid dauerte es noch zwei Jahre. Das Setting einer Wochensunde hielt er genau ein, denn dies war sein zuverlässigster Kontakt, der ihm sehr wichtig war. Dabei deponierte er beim Therapeuten einen ausgeprägten Negativismus. Antidepressiva wirkten kaum. So entstand eine lange, quälende Blockade. Der Therapeut versuchte das anzusprechen und zudem den Patienten direkt zu stimulieren: So verschaffte er ihm einen Platz in einem Tageszentrum. Aber der Patient ging nach kurzer Zeit nicht mehr dorthin, weil der Leiter ihn angeblich gekränkt hatte. Er wirkte oft verzweifelt, lehnte aber eine stationäre Behandlung strikt ab. Andererseits wies er sämtliche Vorschläge zur Aktivierung empört als Zumutung zurück. «Sie wissen ja auch nicht weiter!» auf diese Art zeigte er die Ohnmacht des Therapeuten. Schliesslich konnte eine Mitarbeiterin der Sozialhilfe, die der Patient als engagiert erlebte, ihn zu einem Aufbruch bewegen: Er liess sich auf ein angebotenes Arbeitsintegrationsprogramm ein. Später stieg die IV endlich ein und ermöglichte im Verlauf von zwei Jahren mehrere Eingliederungsversuche im geschützten Rahmen. Sie endeten alle nach gutem Beginn

in wütender Enttäuschung. Immerhin wurde in der Therapie etwas Reflexion möglich, und die stets von Absturz und Angst bedrohte Stimmung stabilisierte sich zeitweise. So konnte der Patient sein technisches Geschick zeigen und bekam eine reguläre Arbeitsstelle als Montearbeiter. Mit dem Erfolg begann er seine Ansprüche wieder aufzublasen und es wurde in der Therapie deutlich, dass er damit aneckte und seine Stelle gefährdete.

In der Gruppe wurde für jede Sitzung eine auf die fragliche Dynamik zugeschnittene, schriftliche Falldarstellung vorbereitet und vorgestellt. In der protokollierten Diskussion sollten, bezogen auf die Fragestellung des Projekts, typische Konstellationen und Aspekte des Gelingens oder Scheiterns herausgearbeitet werden. Auf diese Weise sind von November 2013 bis April 2015 elf Fälle dokumentiert (Tabelle der Fälle im Anhang 2).

In einem ersten Durchgang wurden – ohne dass dies so geplant war – sieben Fälle vorgestellt, die überwiegend sehr problematisch und teilweise destruktiv verlaufen waren. Behandlungsziele sowie eigene Rollen und Interventionen erschienen dabei meistens wenig bewusst konzipiert. Die Frage professionellen Versagens erschien im Raum und manifestierte sich in der Gruppe anfangs in einer pessimistischen oder gar gereizten Stimmung. Mit der Erkenntnis, dass wir mit solchen diffusen Verläufen offenbar auf ein verbreitetes Phänomen gestossen waren, konnte die Gruppe sich auffangen. Danach gelang es besser, Zusammenhänge zu erkennen – nicht zuletzt die negative Selektionswirkung der Eingangskriterien. Folglich haben wir in einer zweiten Runde vier besser verlaufende Fälle einbezogen, allerdings unter Verzicht auf das Kriterium einer mindestens vier Jahre dauernden Behandlung. Aber an der Frage des Erfolges, besonders dessen Ausbleibens, haben wir uns immer wieder gestossen. Das führte in der Gruppe – als Echo der Therapien – zu mühsamen Wiederholungen in der Diskussionsrunde. Infolgedessen kamen wir in einer späteren Arbeitsphase darauf, unter dem Titel der «uferlosen» Behandlungen, diese kritischen Aspekte explizit in den Vordergrund zu stellen. Mit dieser Fokussierung ist kein therapeutischer Pessimismus gemeint. Vielmehr kann das offene Angehen dieser Problematik Pessimismus vorbeugen.

Schliesslich konnten wir eine Reihe von Thesen erarbeiten. Auf dieser Basis organisierten wir, um Echo und Anregungen zu erhalten, im Januar 2017 einen Workshop an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Liestal und stellten unser «work in progress» mit offenen Fragen vor. Das Thema stiess bei den rund vierzig Fachpersonen auf grosses Interesse. Es zeigte sich, dass die von uns aufgeworfenen Probleme mit lang andauernden Behandlungen auch die Kolleginnen und Kollegen beschäftigten.

Versuch eines quantitativen Ansatzes – Befragung der Psychiater/innen und Psychotherapeut(inn)en

Um nun die kasuistisch gewonnenen Hypothesen auf einer breiteren Basis empirisch zu überprüfen, führten wir im Frühling/Sommer 2018 gemeinsam mit dem Befragungsinstitut Valuequest in Wädenswil eine Online-Befragung der Psychiater/innen und der psychologischen Psychotherapeut(inn)en in der Nordwestschweiz (Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Aargau und Solothurn) durch. In einem Fragebogen wurden die Kollegen aufgefordert, einen von

ihnen selbst als «günstig» oder als «ungünstig» beurteilten Fall mit Items, die unserer bis dahin gereiften Konzeptbildung entsprachen, zu dokumentieren. Die Befragung wurde im März 2018 per elektronischem Link über die kantonalen Fachverbände an alle Mitglieder geleitet. Anhand der Mitgliederzahlen schätzen wir, dass 600 bis 800 Fachleute so zur Befragung eingeladen wurden. Die genaue Zahl ist wegen des indirekten Kontaktes nicht bekannt. Es haben 52 Fachleute die Befragung zumindest teilweise ausgefüllt. Die Gründe für den geringen Rücklauf von geschätzt 10% sind unklar. Denkbar ist eine generelle Übersättigung durch Befragungen (der Befragungslink wurde insgesamt nur selten überhaupt aktiviert), der befürchtete Zeitaufwand, der fehlende Anreiz von Fortbildungs-Credits für die Befragungsteilnahme oder die belastende Thematik selbst. Der geringe Rücklauf lässt keine statistischen Schlüsse zu. Was vorliegt, zeigt soweit keinen Widerspruch, sondern eher eine Bestätigung zu den kasuistisch erarbeiteten Positionen, und ermöglicht ein paar Hinweise zu diesen. Resultate und ein Link zum Fragebogen sind im Anhang 3 wiedergegeben.

Ergebnisse konzeptioneller Natur

Wir legen konzeptionelle Klärungen und Thesen vor, die aus dem qualitativ angelegten Prozess gewonnen wurden. Es handelt sich um offene Ergebnisse, die sich mit Diskussionen und weiterführenden Fragen verbinden und, bezogen auf die zentrale Problematik der «Uferlosigkeit», in verschiedene Richtung ausgreifen: Nach einleitender Erwägung über die Häufigkeit uferloser Therapien handeln die beiden darauf folgenden Abschnitte die eng verwobenen Dynamiken des Scheiterns und der Chronifizierung ab, danach wird der Einfluss von Persönlichkeit und Haltung der Patienten untersucht. Es folgt ein Abschnitt über die Auswirkungen des Settings in der Privatpraxis. Die beiden abschliessenden Abschnitte behandeln die zentralen Fragen unserer Arbeit nach den Wechselwirkungen von Therapie und sozialem Fortkommen und nach Erfolg und Misserfolg der Therapie.

Uferlose Therapien sind wahrscheinlich häufig

In unserer kasuistischen Arbeit und in der Online-Befragung haben Patientinnen und Patienten mit als ungünstig beurteiltem Verlauf deutlich überwogen. Jeder in unserer Gruppe hatte mehrfach Erfahrungen mit derartigen Behandlungen oder rehabilitativen Betreuungen. Da sich auch in der Befragung zwei Drittel des Rücklaufes auf „ungünstige“ Fälle bezogen, sind wir von der Annahme eines verbreiteten Phänomens überzeugt. Allerdings können wir mit unserem methodischen Zugang und mit den geringen Fallzahlen keinerlei epidemiologische Aussagen machen – dies war auch nicht die Absicht. Aber das Übergewicht von «ungünstigen» Verläufen bei Patienten mit relevanter sozialer Einbusse und länger andauernder Pathologie ist wahrscheinlich kein Zufall. Die folgenden Überlegungen machen dies plausibel.

Symptomatisches Scheitern

Wir untersuchten psychiatrische Patientinnen und Patienten mit sozialer Einbusse. Dabei wird fokussiert auf das Scheitern, das mit der Einbusse zirkulär verbunden ist und sie unterhält. Es handelt sich um einen Aspekt, der wenig

untersucht wurde. (Eine soziologische Übersicht findet sich im Sammelband von M. Junge [1]). Scheitern bedeutet nicht einfach Misserfolg, sondern auch dessen subjektives Abbild mit Enttäuschung, narzisstischer Kränkung, Wut, Desillusionierung und Verlust. Diese Gefühle greifen auch auf das nähere Beziehungsumfeld über. Scheitern ist menschlich und eine schmerzliche Erfahrung, die oft zur Entwicklung notwendig ist. In unserem Zusammenhang aber sehen wir Scheitern als Teil und Resultat eines pathologischen Prozesses und als Symptom, das ohne Ausnahme alle untersuchten Fallgeschichten prägt. Charakteristisch ist die Wiederholung eines gleichartigen Scheiterns, das wesentliche Lebensbelange trifft. Es beginnt oft schon lange vor der Manifestation bzw. psychiatrischen Erfassung einer Störung und setzt sich während der Therapie fort. Ausbildung, Arbeit und Beziehungen werden beabsichtigt, begonnen und scheitern immer wieder. Nicht zuletzt erscheinen manche Patienten mit einer Anamnese von früher schon gescheiterten – erfolglosen und abgebrochenen – Therapien.

Die psychopathologischen bzw. psychodynamischen Mechanismen, die hinter diesem Symptom liegen, mögen recht verschieden sein, unterschiedlich auch das destruktive Potential. Immer sind die verunsichernden Folgen des sich wiederholenden Scheiterns auf Selbstwert und -sicherheit tiefgreifend und nachhaltig, besonders wenn sie eine Person mit schwacher, wenig resilienter psychischer Struktur treffen. Mit dieser Erfahrung wird die Angst vor erneutem Scheitern bei jeder substanziellen Anforderung reaktiviert und kann gerade wieder Zurückweichen und Scheitern bewirken, womit sich der Teufelskreis schliesst.

Die Spur des Scheiterns ist dann auch im Feld der Therapie und Rehabilitation gelegt und führt hier ebenfalls zu Wiederholungen: Hoffnungsvolle Rehabilitationsversuche missraten, enden in Krise und Rückzug.

Fall 6.1

Die Patientin, IV-Rentnerin (mit den Diagnosen: rezidivierende depressive Störung und dependente Persönlichkeitsstörung) wird über Jahre von einem ambulanten psychiatrischen Dienst therapeutisch und sozial betreut. Der Dienst beschafft ihr immer wieder neue geschützte Settings, die ihr eine gewisse Autonomie und soziale Teilhabe ermöglichen sollen. Diese hält sie in guten Phasen eine Weile durch, um dann «überfordert» in Krisen zusammenzubrechen, welche meist mit einer längeren Hospitalisation enden. Dabei erscheinen die Anlässe für eine stationäre Vollversorgung immer geringfügiger.

Auch die Therapie kann Opfer des agierten Scheiterns werden: Missraten einem Patienten Rehabilitationsversuche und versagen sorgsame Arrangements, affiziert das Scheitern ausweichlich Therapeuten und übrige Helfer: Man ist enttäuscht, muss es als Misserfolg der Behandlung verbuchen und mit der eigenen Infragestellung und Kränkung irgendwie fertig werden. Möglicherweise findet allerdings die Therapie nach solchen Ereignissen auch abrupt oder durch Versanden ihr unbefriedigendes Ende. (C. Scharfetter [2] sieht ebenfalls das Scheitern einerseits bei den Patienten andererseits bei den Therapeuten.)

Wir folgern also die These: Durch die Dynamik des sich wiederholenden Scheiterns werden Patienten und Behandelnde gemeinsam immer wieder zurückgeworfen, und

damit kann auch keine gute Ablösung gelingen. Aus dieser Regression ergibt sich dann, dass die tragende, geduldige Therapie weiterhin unbefristet notwendig erscheint – während sich andere Instanzen und Helfer vielleicht «verbraucht» zurückziehen. Die Empfehlung liegt jedenfalls nah, die «Karriere» des Scheiterns in der Therapie von Beginn an aktiv aufzugreifen und zu fokussieren – um diese Dynamik nicht im Halbdunkel wirken zu lassen.

In diesem Zusammenhang kommt die Frage auf, welche Rolle soziale Not, Ausgrenzung und Traumatisierung als Vorbedingung des wiederholten Scheiterns spielen? Die Psychotraumatologie legt dies nahe [3]. Wir hatten aber in unserer Kasuistik eher den Eindruck, dass widrige Ereignisse und Umstände dann einen deutlichen Einfluss ausüben, wenn Patienten sie als zugefügtes Unrecht mit Verbitterung verarbeiten [4].

Unberücksichtigt bleibt hier, dass verschiedene Schweregrade und Typen des wiederholten Scheiterns vorkommen. Unterschiede hängen wohl vom Ausmass der Aggression und Destruktivität sowie von der Tiefe der damit verbundenen Persönlichkeitsproblematik ab. Vornehmlich untersuchten wir wiederholtes Scheitern, das mit einer regressiven Beeinträchtigung der gesamten Lebensführung und psychischen Entwicklung verbunden ist. Demgegenüber gibt es neurotische Wiederholungen, die nur umschriebene Lebensaspekte betreffen, z.B. Beziehung zum anderen Geschlecht. Wenn diese zu einer Psychotherapie führen, werden sie kaum in Uferlosigkeit entgleiten.

Dynamik chronischer Systeme

Das Symptom wiederholten Scheiterns betrachten wir im Rahmen eines dynamischen Konzeptes des Chronischen: «Chronisch» wird nicht einfach als Eigenschaftsbezeichnung für das Andauern einer Störung verstanden. Es steht viel mehr für das Resultat einer intrapsychischen und interpersonellen Angstabwehr, die sich auf eine primäre Störung unspezifisch aufpfropft. Die Dynamik entsteht und perpetuiert sich aus der Notwendigkeit von Schutz vor innerer Bedrohung, Desintegration, Kontrollverlust und sozialen Katastrophen, die mit der psychischen Erkrankung erlebt werden. Die Abwehr ermöglicht eine Stabilisierung und Kontrolle der Ängste und richtet sich gegen Neues und Veränderungen – umso rigider, je bedrohlicher die inneren Gefahren erscheinen – und bildet so ein Entwicklungshindernis. Wenn ihre Pathologie eingedämmt ist, aber funktionell ungenügend bewältigt bleibt und gewisse Symptome persistieren, erkaufen die Patienten ihr prekäres Gleichgewicht durch Einschränkungen im Lebensvollzug und in Abhängigkeit von helfenden Personen und Institutionen. Ein triviales Beispiel ist das durch Vermeidung gekennzeichnete Leben von Phobikern. Gelegentlich kann das Chronische aufbrechen und akuten Episoden intensive Interventionen erfordern. Chronische Dynamik kann auch in akuten Phänomenen, Aktionen und Krisen wirken, die sich in gleicher Weise wiederholen. Mit solchen Krisen enden scheinende rehabilitative Schritte häufig, wie die Fallvignette (6.1) oben zeigt. Wir kommen so zu folgender These: Wenn sich Scheitern im Verlauf der Therapie wiederholt, ist das im Rahmen einer selbstunterhaltenden Dynamik der Chronizität zu verstehen.

Psychiater einer früheren Generation (Luc Ciompi [5], Claude Miéville [6]). haben sich mit dem Problem der

Chronizität und ihrer Dynamik intensiv auseinandergesetzt, damals vor allem mit dem «Hospitalismus» von dauernd in den Kliniken lebenden, zumeist psychotischen Patientinnen und Patienten. Sie haben die Chronifizierung nicht allein bei den Patienten verortet, sondern sie als interpersonelles, von den institutionellen Verhältnissen mitbestimmtes Geschehen interpretiert. Analoge Positionen sieht man auch im «sekundären Handicap» von J. K. Wing [7] und im Behinderungskonzept der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) [8]. Mit der Chronifizierung von Krankheit als «unlösbares Problem» setzt sich auch die Systemtherapie auseinander [9].

So sehen auch wir jetzt einen interpersonellen, systemischen Aspekt: Wer in einer helfenden Funktion zum immer wieder versagenden «Problempatienten» hinzutritt – Bezugspersonen, Therapeuten und andere Fachleute, Institutionen – wird dazu gebracht, in erster Linie für Stabilität zu sorgen. (Dies geschieht paradoxerweise in manchen Fällen auch durch das wiederholte Initiieren von Rehabilitationsversuchen, von denen man irgendwie schon ahnt, dass sie scheitern werden.) So entsteht ein «chronisches System», das eine schützende Hülle bilden soll. Als Therapeuten sind wir darin Teil dieser Hülle geworden, die allerdings rissig bleiben kann. In dieser Situation überwiegt bei uns die Neigung zum überaus geduldigen «Durchtragen» gegenüber der Bereitschaft zur Konfrontation und zum Ansprechen von Konflikten und Problemen der Ablösung – oft im Gefühl, vom Patienten, der dies nicht vertragen könnte, vital gebraucht zu werden. Therapieziele verschwinden im diffusen Nebel der chronischen Dynamik. Kommt für Patienten und Therapeuten der Begriff des Zieles abhanden, fehlt eine wesentliche Struktur, um Ende und Erfolg definieren zu können.

Man kann dieser Dynamik kaum ganz entgehen, wie auch das eingangs dargestellte Fallbeispiel (2.2) zeigt. Können aber chronische Dynamik und Uferlosigkeit in einer Therapie auch überwunden werden? Dass Therapien längere Phasen anscheinender Stagnation durchlaufen, die sich schliesslich löst, ist eine allgemeine Erfahrung. Wie weit solche Phasen der hier beschriebenen Uferlosigkeit gleichen, muss offen bleiben.

Persönlichkeit und Haltung

In unseren Fällen, die ein breites diagnostisches Spektrum zeigten, waren Persönlichkeitsstörungen stark vertreten. (Sonst liess das Material keine weiteren Aussagen im Zusammenhang mit klinischen Diagnosen zu.) Es versteht sich, dass die Persönlichkeit der Patientinnen und Patienten, als Gesamtheit ihrer festgelegten Eigenschaften und Reaktionsweisen, den therapeutischen Prozess stark beeinflusst. Sie tritt in langer Therapiedauer natürlich deutlicher zutage als bei kurzen Interventionen. Wir können hier nicht auf Theorie und Pathologie der Persönlichkeit eingehen. Soviel ist aber klar: dass rigide, sozial unangepasst wirkende Persönlichkeitszüge oft als (Mit-)Ursachen von wiederholtem Scheitern erscheinen und wegen ihrer Resistenz zur Chronifizierung und zur Dauer der Therapie beitragen. Dabei scheint es in unserem Material keinen wesentlichen Unterschied zu machen, ob eine nach den engen ICD-10-Kriterien diagnostizierte Persön-

lichkeitsstörung vorliegt, oder nach klinischem Eindruck «Persönlichkeitsprobleme» festgestellt werden.

Mit der Persönlichkeit verknüpft sind fixe *Haltungen*: habituelle Urteils- und Bewertungsformen, welche, gesellschaftlich geformte Muster aufnehmend, als subjektiv stimmig in die Persönlichkeit integriert werden. Wir sind auf zwei typische Haltungen gestossen, die es den Betroffenen erlauben, ihr Scheitern zur Entlastung in ein bestimmtes kognitives Schema einzuordnen:

Patienten mit Opferhaltung

Sie machen ihre sozialen Einbussen und psychischen Probleme als Folgen von erlittenem Schaden oder Unrecht fest. Die externalisierende Abwehr ist oft mit Verbitterung verbunden. Diese Patienten kommen voller Anklage in die Sitzung und scheinen eigentlich keine Therapie, sondern Parteinahme und Aufhebung des Unrechts zu erwarten. Eine solche Erwartung kann Therapeuten zu besonderem Engagement stimulieren, das dann scheitern muss. Ein Beispiel ist der weiter unten geschilderte Fall 4.1 des Migranten, dem die Stelle gekündigt wurde.

Patienten mit passiv-ängstlicher Haltung

Sie identifizieren sich als schwache Wesen, die den Anforderungen dieser Welt nicht gewachsen sind. Auf therapeutischer Seite wie im sozialen Feld bemüht man sich um ihren anscheinend unbedingt nötigen Schutz. Die Patienten versagen regressiv, wenn dieser Schutz zurückgenommen wird: «Es geht einfach nicht mehr». Die erwähnte Patientin (6.1), die sich in immer neuen rehabilitativen Settings nicht halten konnte, ist hierfür ein Beispiel.

Beiden Haltungen ist ein rigider Appell an die Therapeuten gemeinsam, als mächtige Figuren die Welt für die Patienten zu ändern.

Probleme des Settings, der Rolle und Methode

Im diesem Abschnitt beleuchten wir eine Reihe von strukturellen Aspekten auf Therapeutenseite. Wir haben durchgehend Berichte aus dualem Behandlungssetting untersucht. Wir mussten uns daher fragen, ob die gefundene uferlose Dynamik mit diesem Setting verknüpft ist – speziell im Rahmen der Privatpraxis. (Vier Autorinnen und Autoren unserer Gruppe führen eine Privatpraxis; zwei gehören zum Stammpersonal einer Poliklinik mit vergleichbaren Arbeitsbedingungen.) Wohl liegen hier die therapeutischen Chancen offensichtlich im persönlichen Beziehungsangebot in einem geschützten, intimen Rahmen. Aber bei der Behandlung der von uns betrachteten Patientinnen und Patienten können im rein dual angelegte Setting auch strukturelle Schwierigkeiten bestehen, die unreflektiert zur Diffusion von Methodik und Zielen und zum Entschwinden der Ablösung – also zur Entgrenzung des therapeutischen Prozesses – beitragen.

Die gravierenden sozialen Probleme der untersuchten psychiatrischen Patienten lassen sich nicht allein im therapeutischen Gespräch abhandeln. Die Therapeuten sehen sich vielmehr wiederholt zu verschiedenen Aktivitäten ausserhalb der Praxis, im sozialen Raum genötigt. Unvermeidlich wirkt sich dieses Überschreiten des dyadischen Rahmens auf die therapeutische Beziehung aus – möglicherweise günstig dank einem Gewinn an Realitätsbezug in der Therapie. Aber vor dem Hintergrund einer

bestehenden chronischen Dynamik ergibt sich ein erhebliches Risiko, dass es zu einer fixierten, regressiv bestimmten Rollenverteilung kommt.

Im Verlauf betrachtet, kann der Keim dazu schon in der Anfangskonstellation entstehen, wenn die Patienten in Krisen mit akuten Symptomen in der Praxis erscheinen. Sie brauchen aktives Eingreifen und Hilfe auf verschiedenen Ebenen, die der/die Behandelnde meist auf sich gestellt leisten und organisieren muss – im Gegensatz zu institutionellen Verhältnissen, wo primär ein Team zum Zug kommt. Wenn die Patienten nach der Krise sozial wieder Fuss fassen sollen und ein Stück Rehabilitation brauchen, sind ihre Therapeuten aus sozialpsychiatrischer Optik weiterhin gefordert, sich aktiv um die praktischen Lebensumstände der Patienten zu kümmern und mit anderen Personen und Instanzen ausserhalb der Praxis in Verbindung zu treten. Dies bringt sie in ein Gewebe vieler Beziehungen und unterschiedlicher Erwartungen sämtlicher Akteure. Die Aktivität bleibt dabei auf die Person des Therapeuten fokussiert, auch wenn der Patient irgendwie «beteiligt» wird. Damit werden die Rollenverhältnisse eher bestätigt als überwunden.

Als potentiell besonders problematisch erweisen sich Kontakte mit Behörden und Versicherungen, namentlich wegen Berichten und Zeugnissen, die in diesen Fällen oft und wiederholt angefordert werden. Sie bedeuten Interventionen mit direkter Auswirkung auf die materielle Situation der Patienten, folgen einem gesetzlich bestimmten Diskurs und sollen nicht zuerst therapeutisch, sondern objektiv im juristischen Sinne sein. Hier kommt die institutionelle Arztmacht mit ihrer Widersprüchlichkeit und Begrenzung sehr real ins Spiel. Den Patienten ist demgegenüber eine passive Rolle zugewiesen. Die Frage bleibt, wie man dieser Dynamik therapeutisch konstruktiv begegnen kann.

In einigen Fällen werden Behandelnde gar zu einer Aktion nach der anderen gedrängt; Scheitern und Ruhelosigkeit ergänzen sich zu einem Teufelskreis, in dem es scheinbar um Rehabilitation geht, aber eine nur stützende – und im Stützen versagende – Therapie herauskommt.

Fall 4.1

Der Patient ist ein Migrant aus der Türkei, der sich hier zunächst gut einleben konnte. Nach fast zwanzig Jahren wurde ihm als anerkanntem Arbeiter die Stelle ohne ihm ersichtlichen Grund gekündigt. Seither ist er chronisch depressiv und kommt auch in bald zehn Jahren Therapie von der Kränkung nicht los. Er lässt deren Verarbeitung nicht zu, hält aber den Therapeuten ständig auf Trab: Der rekurriert beim Arbeitgeber, managt über Jahre diverse Eingliederungsversuche mit der RAV und der IV und kümmert sich auch um die finanzielle Situation. Alles Bemühen endet mit Scheitern und Bestätigung der ursprünglichen nun Jahre zurückliegenden Kränkung.

Die Abfolge von Aktionen der Therapeuten erzeugt einen Widerspruch zur Absicht, den Patientinnen und Patienten zu eigener Bewältigung ihrer Probleme zu verhelfen. Kann dies nicht eingehend reflektiert werden, riskieren wir als Therapeuten, in eine Mischrolle zu geraten, in der wir auch zu «Sozialarbeitern», «Anwälten» und «Ernährern» werden. Solche Rollenmuster – namentlich auch die Rolle des unermüdeten, selbstlos helfenden Arztes – können in der Übertragung eine starke Erwartung an eine potente Figur

erzeugen und deren Idealisierung und Abhängigkeit schaffen, die therapeutisch offenbar schwer anzugehen sind.

Welche Rolle spielt hier die Gegenübertragung, die Verführung, wir könnten als besonders mächtige Figuren etwas für diese verunglückten Patienten tun, was andere bisher nicht geschafft haben: eine Dynamik, die – wenn sie zudem die Reflexion verwischt – das Scheitern schon in sich trägt? Was passiert, wenn es zu unvermeidlichen Rückschlägen kommt, wenn wir ein Stück weit die Ohnmacht der Patienten teilen müssen, wenn wir gegen die Destruktivität nicht aufkommen, oder wenn ersichtlich wird, dass wir die Härten und Ungerechtigkeiten der äusseren Welt nicht ungeschehen machen können? Theoretisch wäre das die Gelegenheit, die Beziehungssituation der zerbrochenen Idealisierung anzusprechen und durchzuarbeiten. Oft aber scheinen hier Therapeut und Patient in einer kollusiven Situation zu stecken und mit der oben geschilderten chronischen Dynamik einen eher konfrontativen Ansatz zu vermeiden. Damit wird auf diffuse Art die Entwicklung der uferlosen Therapie begünstigt. Am Ende läuft dies auf behinderte Ablösung hinaus.

Im Rahmen dieser Überlegungen mussten wir uns fragen, ob im psychoanalytisch geprägten Vorgehen mit seiner offenen Struktur eine Tendenz zum Ableiten in eine Uferlosigkeit gelegt wird. Diese Vermutung wurde durch die Befragung so weit nicht bestätigt, als einige Antwortende, die ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen deklarierten, auch von derartigen «ungünstigen» Langzeitverläufen berichteten. Könnte man mit einem vorstrukturierten Vorgehen, namentlich bei Problemen auf dem Niveau der «Persönlichkeit», mit Strukturdiagnostik (OPD) und manualisierter Therapie (DBT, TFP), eine Dynamik der Uferlosigkeit verhindern? Es ist denkbar, aber offensichtlich entgleiten einige Patienten jeder methodischen Struktur. An eben dieser diffusen Situation hat unsere Untersuchung ihren Ausgang genommen.

Ein weiterer Aspekt des ambulanten Settings sei hier ergänzt: Es kann sich auch unter ambulanten Bedingungen eine Dynamik unter den Behandelnden einstellen, die wir als analogen Prozess zu den «Team-Spaltungen» von Klinikteams auffassen: Letztere sind bei der stationären Behandlung von schwierigen Patienten bekannt – und gefürchtet – und führen zu blockierenden und destruktiven Situationen. Es stehen sich dann zwei Fraktionen gegenüber, welche überzeugt sind, den richtigen Behandlungsansatz zu verfolgen und diesen gegenüber der anderen Teilgruppe oft ziemlich aggressiv verteidigen. In komplexen ambulanten Behandlungssettings kann sich eine ähnliche kontraproduktive Dynamik einstellen. Diese wird jedoch selten zur Kenntnis genommen oder gar strukturiert angegangen. Wenn dieses Setting nicht im ständigen Team einer Einrichtung, sondern ad hoc, unter Beteiligung, verschiedener Instanzen organisiert ist, fehlt nämlich der Rahmen für eine gemeinsame Reflexion und Supervision.

Fall 1.1

Ein junger Mechaniker wird im Militärdienst schwer psychotisch. Nach erfolgreicher ambulanter Akutbehandlung wird in einem sehr breit angelegten, interdisziplinären Setting die berufliche Rehabilitation aufgegleist. Dieses Team umfasst alle Beteiligten zusammen mit dem Patienten und seinen Eltern und wird von einem Sozialarbeiter eines am-

bulanten Dienstes koordiniert. Während Monaten nimmt die Rehabilitation einen hoffnungsvollen Verlauf, und der nächste Schritt, die Erprobung in einer grösseren Firma als Mechaniker, verläuft zuerst auch erfreulich. Es kommt dann zu einem Wechsel im Setting: Der Koordinator zieht sich ohne Ersatz zurück, die Militärversicherung ebenfalls und die berufliche Betreuung wechselt zu einem Job-Coach. Die offene Kommunikation klappt nicht mehr; die einzelnen Beteiligten im Setting beginnen eigene Ziele zu verfolgen. Es kommt zu grundsätzlichen Konflikten im «Team». Parallel dazu tauchen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz auf. Der Patient belastet das dortige Umfeld und wird schliesslich wegen «Untragbarkeit» in eine fachlich und finanziell schlechter gestellte Montage-Abteilung versetzt. Das ist für ihn, aber auch für die Betreuenden, eine grosse Enttäuschung. Nach kurzer Zeit muss die Rehabilitation abgebrochen werden, der Patient wird akut psychotisch und schliesslich hospitalisiert. Ein nächster Rehabilitationsversuch kommt nicht mehr zustande.

Solche Abläufe wirken bei manchen uferlosen Entwicklungen mit. Sie können heftige Emotionen bei allen Beteiligten auslösen, und häufig fällt es auch im Rückblick schwer zu erkennen, wie und wo es zu dieser destruktiven Entwicklung gekommen ist. Daraus ergibt sich ein dringendes Postulat, für derartige ambulante Settings: Ersatz-Strukturen für die fehlende Teamsupervision zu entwickeln, in denen sich solche Prozesse erkennen und aufarbeiten lassen.

Wechselwirkung zwischen lang andauernden therapeutischen Prozessen und sozialem Fortkommen

Wir haben zu dieser Frage bereits dargelegt: Allgemein wird die Entwicklung der chronischen Patientinnen und Patienten unserer Untersuchung im sozialen Feld und zugleich in der therapeutischen Beziehung und von derselben Dynamik des Scheiterns und dessen Abwehr geprägt. So kann ein Scheitern im Rehabilitationsprozess ein bestimmtes Echo auf Seiten einer laufenden Therapie erzeugen: Der Austausch scheint zurückgenommen, ein Hauch von Misstrauen wird spürbar, Symptome kehren zurück. Wie oben schon erwähnt, lassen sich Enttäuschung, Wut und Desillusionierung oft nicht ausreichend bearbeiten. In der Falldiskussion wurde deutlich, dass nach solchen Rückschlägen viele Therapien zu einem relativ frühzeitigen Ende kommen – Flucht bleibt schliesslich die einfachste Abwehr. Vielleicht wird danach eine nächste Therapie begonnen, mit erneuter Heilerwartung und der hintergründigen Ahnung, dass auch diese scheitern wird.

Im Gegensatz zu einem eindeutigen Einfluss der Dynamik chronischen Scheiterns auf die Therapien kamen wir umgekehrt bei Fragen nach therapeutischen Effekten auf das soziale Fortkommen zu keinen deutlichen Befunden, auch nachdem wir «günstig» verlaufende Fälle in die Untersuchung einbezogen hatten: Therapeutische Prozesse scheinen sich nicht direkt nachvollziehbar auf die äussere Situation auszuwirken. Wir sehen einen Grund darin, dass diese Patienten mit ihrer psychischen Krankheit und mit ihren sozialen Einbussen komplexen, vielfältigen Einflüssen ausgesetzt sind. Persönliches Beziehungsfeld, Herkunft und Kultur, Arbeitswelt, Institutionen, Versicherungen etc. wirken auf ihre Entwicklung besonders stark ein, nicht zuletzt weil sie der Fremdbestimmung

weniger entgegensetzen können, als es Gesunden und Erfolgreichen möglich ist. Die Kraft der Therapie erweist sich gegenüber diesen «äusseren» Kräften doch eher als beschränkt. Auf die Dauer beeinflussen vielfältige Ereignisse («events») und Wechselfälle des Lebens den Verlauf deutlich. So ergeben sich z.B. durch verzögerte IV-Entscheidung oder lange dauernde Gerichtsverfahren Blockaden im therapeutischen Prozess. Mit der Dauer der Therapie wächst natürlich die Wahrscheinlichkeit solcher Ereignisse. Erhält ein Patient eine Stelle angeboten, löst das auch eine positivere Arbeit in der Therapie aus. Umgekehrt haben wir eine direkte Wirkung der Therapie auf das soziale Fortkommen selten und eher als kurzfristiges Resultat gesehen.

Fall 2.3

Die etwa 50-jährige Patientin hatte als gelernte Kauffrau schon einen beruflichen Abstieg durchgemacht und zuletzt als Hauswartin gearbeitet. Nach einem Konflikt am Arbeitsplatz brach sie depressiv zusammen. In der Therapie konnte sie einsehen, dass sie in eine Lebenskrise geraten war, und ihre Beschämung ausdrücken. Das war nötig, um sie zur Anmeldung bei der IV für eine Massnahme zu motivieren. Sie kam in einen geschützten Bürobetrieb. Dort begann sie mit Elan und schien nicht mehr depressiv. Bei Abschluss der Massnahme bestand aber noch eine leichte Beeinträchtigung, und bei der Suche nach einer Stelle auf dem ungeschützten Arbeitsmarkt blieb die Patientin erfolglos.

Die Frage einer indirekten Wirkung blieb offen, nämlich dass im günstigen Fall der therapeutische Prozess den Patientinnen und Patienten einen Boden bereitet, um sich bietende Chancen überhaupt nutzen zu können.

Erfolg und Misserfolg

Als wir in unserer Untersuchung meist auf «uferlose» Verläufe stiessen, drängte sich das Problem des Therapieerfolgs, bzw. dessen Ausbleibens auf. Die Diskussion blieb in der Gruppe bis zuletzt emotionsgeladen, weil die Erfolgsfrage mit einer Bewertung unserer professionellen Tätigkeit verbunden ist, und führte wiederholt zu Kontroversen zwischen einer am Subjektiven orientierten psychotherapeutischen Sicht und einem Anpassung und Teilhabe objektiv bemessenden sozialpsychiatrischen Zugang. (Hier sei erinnert, dass unser Design keine Aussagen über endgültige Therapieresultate erlaubt, weil überwiegend un abgeschlossene Fälle referiert wurden.)

Wir präsentieren hier eine kritische, vom objektiven Standpunkt geprägte Sichtweise, nachdem wir zuvor wesentlich auf der subjektiven und interaktionellen Ebene argumentiert haben: Sowohl bei unseren eigenen diskutierten Fällen wie auch in der Befragung wurden zu zwei Dritteln «ungünstige» Verläufe geschildert. Es drängte sich anscheinend anhand der Vorgaben – erhebliche Pathologie, soziale Einbusse und mehrjährige Behandlung – quasi auf, vor allem Patientinnen und Patienten zu schildern, die zum einen unsicher und eher wenig von der Behandlung profitierten und zum anderen ihre soziale und berufliche Integration nicht aufrecht erhalten, bzw. zurückgewinnen konnten. Wir sind der Meinung, dass sich hier eine reale, relativ häufige Problematik abzeichnet.

Entsprechen nun die «ungünstigen» Verläufe einem psychiatrischen Misserfolg? Bei manchen der als ungünstig notierten Befragungsfälle wird eine Verbesserung der subjektiven Haltung, aber ohne Verbesserung der sozialen Lage angegeben. Umgekehrt wird von therapeutischer Seite unter «günstig» bzw. «erfolgreich» oft zuerst verstanden, dass die Patienten subjektive Entwicklungen vollziehen. Hier kann man aus objektiver Sicht Zweifel anbringen: Es ist aus anderer Quelle bekannt, dass von Psychiatern als «günstig» beschriebene Verläufe sehr häufig in die sozial-berufliche Desintegration führen [10]. In der Befragung werden einzelne Fälle von erfolgreichen therapeutischen Entwicklungen im Sinne der Reifung und verbesserten Introspektion angegeben, die «leider» aber keine soziale Umsetzung fanden: Die Patienten leben weiterhin relativ isoliert, ohne qualifizierte Rehabilitation.

Wir untersuchten psychiatrische Patienten mit sozialer Einbusse wie Arbeitslosigkeit, Invalidisierung, Trennung von Partner und Familie oder sozialem Rückzug, die mit chronischen psychischen Störungen sehr häufig verbunden sind. Wir kommen zur Hypothese, dass bei den hier untersuchten Patienten mit ihrem rehabilitativem Bedarf auch eine fachlich adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung diese objektiven Einbussen kaum zu beeinflussen vermag. Dies obwohl die Therapie nicht selten zu einer symptomatischen Verbesserung wie auch zu einer Verbesserung der Lebensqualität beizutragen scheint – Effekte, die aus der Therapieforschung schon bekannt sind. Aus Patientensicht zeigte eine qualitative Studie mit über 90 chronisch psychisch Kranken in der Region Basel, dass eine authentische und verlässliche therapeutische Beziehung von hervorragender Bedeutung für deren Lebensqualität ist [11]. Anscheinend wirken sich diese Effekte aber kaum auf die objektive soziale und berufliche Situation aus, die Verläufe gehen häufig gar mit einer sich verschlechternden sozialen Situation einher. Das führt zur grundlegenden Frage, ob man eine psychiatrische Behandlung solcher Patienten als erfolgreich beurteilen kann, wenn sie zwar teilweise zu subjektiven Klärungen führt, aber die soziale Situation nicht zu verbessern, bzw. weitere Ausgrenzung nicht zu verhindern vermag? Reicht es, wenn wir uns nur danach beurteilen, ob wir Symptome lindern oder Einstellung und Befinden verbessern können? Oder sollten wir die Wirksamkeit unserer Arbeit auch danach beurteilen, ob es gelungen ist, die soziale Alltagssituation der Patienten zumindest zu stabilisieren, respektive zu verbessern? Wir halten eine breitere Diskussion dieser Frage für wichtig: Wenn man in der Psychiatrie postuliert, zu einer besseren Teilhabe der Patienten beizutragen, sollten das methodische Spektrum und auch die professionelle Haltung in der ambulanten Praxis im Hinblick auf dieses Ziel reflektiert werden.

Wir sind in der Gruppe nicht zu einer einheitlichen Antwort gekommen, aber bei aller Offenheit der prinzipiellen Überlegungen muss man sich auf der praktischen Ebene der Frage stellen, welchen Zweck eine dichte Behandlung erfüllt, wenn auf lange Dauer kein Fortschritt, respektive kein Zusammenhang zwischen sozialer Entwicklung und therapeutischem Prozess erkennbar ist. Die Frage darf man auch ökonomisch verstehen. Sie ist kaum allgemein zu entscheiden: Es gibt wohl Patienten, für die dieser dichte Kontakt zu einem Therapeuten eine essen-

tielle, lebenserhaltende Bedeutung hat, ohne dass ein Ausweg aus der Misere gefunden wird. Bei anderen wäre aber eine vom Therapeuten initiierte Ablösung und ein Anstoss zu mehr Reifung durchaus angezeigt, die allerdings nie ohne Risiko zu haben sind. Bei weiteren wäre wohl ein Übergang zu einer Betreuung ohne Anspruch und lockerem Setting ein guter Kompromiss.

Konzept der Dynamik

Zusammenfassend können wir versuchsweise ein Konzept der Dynamik von uferlosen Therapien formulieren: Es betrifft psychiatrische Patientinnen und Patienten mit einem bereits chronischen – oft mit einer Persönlichkeitsproblematik verwobenen Leiden –, die nach wiederholtem Scheitern ein erhebliches soziales Handicap mitbringen und in eine psychiatrische bzw. psychologische Privatpraxis, eventuell auch in ein Ambulatorium kommen. Therapeutinnen und Therapeuten nehmen sie in das gewohnte duale Therapiesetting auf. Die gravierende Pathologie und soziale Situation scheinen ein recht intensives, zeitlich unlimitiertes Vorgehen zu erfordern. Die Lage nötigt die Therapeuten zudem immer wieder zu eingreifenden Aktionen ausserhalb des Settings (Kontakte, Zeugnisse, Berichte). Damit müssen sie aktive, bestimmende Rollen einnehmen und für die Patienten ihre Macht zeigen, die sich allerdings als enttäuschend beschränkt erweist. Denn die Patienten wiederholen krisenhaft das Scheitern wie ein Symptom, von dem sie kaum loskommen. Auch die Therapeuten bringen sie zum Scheitern. Sofern dies die Therapie nicht sprengt, der Vorgang sich aber der Reflexion entzieht, ergibt sich ein Zurückweichen: Die Patienten scheinen in ihrer Fragilität nun eher Schutz und Durchtragen zu verlangen, als dass ihnen Konfrontation und Arbeit an der eigenen, z.B. aggressiven, Problematik zugemutet werden könnte. So werden Therapeut und Therapie Teil eines stabilisierenden, durch Abwehr bestimmten, chronischen Systems. Die Therapie entgleitet der Methode und gerät – meist unmerklich – ins Uferlose, während die dyadische Beziehung unauflösbar erscheint. Eine nachhaltige Wirkung auf das soziale Fortkommen der Patienten wird dabei kaum erzielt, die Desintegration akzentuiert sich sogar oft. Effekte auf die Entwicklung haben viel eher unvorhersagbare Ereignisse und Veränderung im sozialen Feld.

Ausblick

Unsere Studie beleuchtet einen Teilaspekt jener psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungspraxis, die sich Standards entzieht. Diese nimmt ein breites Feld ein, das trotz stets steigender Zahl von Leitlinien und Therapiemanualen keinesfalls an Bedeutung verliert, denn die Komplexität des individuellen und sozialen Lebens lässt sich mit bestimmten diagnostischen und prozeduralen Konstrukten nie ohne erheblichen Rest erfassen. Wer sich mit Patienten auf diesem scheinbar unbestimmten Feld bewegt, gerät leicht in den Geruch von Ineffizienz und professionellem Ungenügen. Das gilt besonders bei Patienten mit der Dynamik des Scheiterns, die wissenschaftlich und praktisch zu wenig beachtet wird. Das schadet den betroffenen Patienten, belastet die Therapeuten und verhindert zudem, dass aus scheiternden Behandlungen gelernt wird. Unsere Gruppe hat erfahren, dass man mit dem klären-

den Blick der Forschung dem entgegen halten kann. Damit sind noch keine Handlungsanweisungen angesprochen. Jedoch möchten wir in der Folge zu weiteren Untersuchungen und Diskussionen anregen:

- Der Vergleich von Therapieabbrüchen infolge von Scheitern mit unseren langen Verläufen ist sicher von Interesse. Es könnte dadurch eine vertiefte Sicht der Wendepunkte in den therapeutischen Beziehungen gewonnen werden.
- Vermutlich bildet sich die Problematik «Uferlosigkeit» auch in Supervisionen ab.
- Wie beurteilen chronische Patientinnen und Patienten selbst ihren langen Verlauf?
- Wie beurteilen ebenfalls involvierte Fachpersonen und -stellen die Dynamik solcher Verläufe?
- Welchen Einfluss auf uferlose Entwicklungen haben gegenüber den Patienten Persönlichkeit und Haltungen der Therapeutinnen und Therapeuten?
- Damit sollte auch die (alte) Frage aufgegriffen werden, wie weit und in welchen Fällen eine Aufteilung von psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Aufgaben auf verschiedene Personen indiziert ist: Wann sollte man sich als Therapeut aus sozialen Interventionen heraushalten, und wann sollte man sich direkt engagieren?
- Ist das therapeutische Angebot verfehlt, wenn lange dauernde psychiatrische Behandlungen mit einem relativ dichten, psychotherapeutisch inspirierten Setting keinen nachhaltigen Effekt auf die äussere soziale und berufliche Integration zeigen? Oder ist der Anspruch inadäquat, diese Therapie müsse äussere Integrationsleistungen bewirken können? Hierzu braucht es fachliche Diskussion und Untersuchung, in welchen Fällen und mit welchen Konsequenzen welcher Anspruch gelten sollte und welche Grenzen zu respektieren sind.
- Dabei ergibt sich offenbar ein grosses Risiko, als Therapeut zu scheitern, wenn man sich für diese Patienten mit Zeugnissen und anderen Interventionen besonders aktiv engagiert. Hier stellt sich die Frage, ob nicht gerade die einseitige Fokussierung auf die (adäquaten oder inadäquaten) Bedürfnisse der Patienten in Sackgassen führt. Und wäre nicht, wenn die Situation solche Interventionen erfordert, eine breitere Perspektive Erfolg versprechender, welche die Bedürfnisse der anderen involvierten Akteure – Partner und Kinder, Arbeitgeber, Behörden etc. – gleich stark fokussiert?

Die in unserer Untersuchung aufgeworfenen Fragen zeigen ein strukturelles Problem in privaten psychiatrischen oder psychologischen Praxen bei der Übernahme solcher Patienten mit chronischer psychischer Krankheit und sozialer Desintegration. Es handelt sich nicht um ein Problem der methodischen Qualifikation der Therapeuten, sondern der abgegrenzten und geschützten Zweisamkeit, das der dyadischen Anlage des konventionellen Praxissettings inhärent ist. Nun wird in der Schweiz ein grosser Teil der ambulanten psychiatrischen Versorgung, auch von schwierigen Fällen, in solchen Praxen erbracht. Ihr Beitrag ist bedeutsam, wertvoll und nötig. Wir zeigen in unserer Studie kritische Aspekte auf, die sich nicht einfach beseitigen lassen, in der Meinung und Hoffnung, dass weitere, eingehende fachliche Auseinandersetzung mit der aufgezeigten Problematik mehr Licht und praktische Hilfen bringen wird.

Disclosure

Es besteht keine Verbindung zu kommerziellen oder anderen Interessen. Die Internet-Recherche wurde von der C. & R. Koechlin-Vischer-Stiftung Basel finanziell unterstützt.

Literatur

- 1 Junge M. Scheitern. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2004.
- 2 Scharfetter C. Scheitern in der Sicht auf Psychopathologie und Therapie. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Praxis, 2012.
- 3 Benjamin J. Recognition Theory, Intersubjectivity and the Third. London: Routledge, 2018.
- 4 Linden M. Verbitterung und Posttraumatische Verbitterungsstörung. Fortschritte der Psychotherapie Bd. 65. Bern: Hogrefe, 2017.
- 5 Ciompi L. Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? Fortschr Neurol Psychiatr. 1980;48(5):237–48. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-2007-1002382>.
- 6 Miéville C. Chronicité: Chronicisation ou chronification? Ou de l'évolution morbide à la relation thérapeutique. Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother. 1980;126(2):303–12.
- 7 Wing JK. Rehabilitation, Schizophrenie und Prävention. In: Kisker HP Hrsg. Psychiatrie der Gegenwart, 3. Aufl, Bd 4. Berlin Heidelberg: Springer, 1987.
- 8 WHO. Internationale. Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF). Genf: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, 2005.
- 9 von Schlippe A. In: von Schlippe A, Schweitzer J. Lehrbuch der Systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2016.
- 10 Baer N, Frick U, Rota F, Vallon P, Aebi K, Romann C, et al. Patienten mit Arbeitsproblemen. Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 11/17. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen, 2017
- 11 Baer N, Domingo A, Amsler F. Diskriminiert, Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2003.

Anhänge

Anhang 1: Literatursuche

Anhang 2: Tabelle der Kasuistik-Fälle

Anhang 3: Online-Befragung

Die Anhänge sind als separate Dateien unter <https://sanp.ch/article/doi/sanp.2020.03121> verfügbar.