

Fritz Betz

Psychotherapie und Mehrperspektivität

*Schriftliche Fassung eines Impulsreferats zum Fachkonsilium „Raumstation Krankenhaus“,
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt, 8.11.2013*

Der Begriff der Perspektive soll im Folgenden eine prominente Rolle spielen, denn moderne Raumkonzepte gehen von zwei Randbedingungen aus: 1.) Raum wird als Relation von Körpern oder Elementen aufgefasst (Einstein 2006, S. 94; Foucault 2006, S. 318) und 2.), Räume erschließen sich jeweils unterschiedlich durch jeweils standortgebundene Perspektiven.

Ich werde vom Raum nicht im konkreten, sondern im metaphorischen Sinn sprechen, und das auf zwei Ebenen: zunächst im Sinn eines Raums für das Wahrnehmen, Erfassen und Verstehen des Psychotherapeuten, jenes Raums, der sich mit dem diagnostischen oder besser theragnostischen Blick eröffnet, und dann möchte ich jenen Raum thematisieren, der sich im Krankenhaus für diesen Blick anbieten oder auch verschließen kann. Theragnostik wird in der Integrativen Therapie (IT) als Begriff für eine Diagnostik verwendet, die sich im Verlauf des therapeutischen Prozesses immer wieder aktualisiert. Mehrperspektivität bedeutet, von einer prinzipiellen Mehrdeutigkeit und Polymorphie der Wirklichkeit auszugehen (Petzold 2003, S. 160, 210), und daher offen dafür zu sein, die Aufmerksamkeit auf unterschiedliche Ebenen zu lenken, die für das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen von Bedeutung sein können. Von Mehrperspektivität zu sprechen, geht noch mit keiner Festlegung dafür einher, auf *welche* Ebenen wir Bezug nehmen, aber es gibt einige, die in der IT besonders wichtig sind: das ist zum einen das Kontinuum der individuellen Entwicklung in der Lebensspanne, zum anderen das Erfassen des sozialen Kontextes der Lebenswelt von Patienten und Patientinnen (siehe Leitner 2010, S. 210). Eine andere Perspektive ist die auf Defizite, Störungen, Konfliktkonstellationen, Traumata (Althen 1991, S. 436 f.), sowie Stärken und Ressourcen. Eine weitere perspektivische Ebene eröffnet sich mit dem Blick auf die so genannten „fünf Säulen der Identität“ (Petzold & Heintl 1996), auf die ich gern im Rahmen einer möglicherweise folgenden Diskussion eingehen kann. Solche Perspektiven können in der therapeutischen Interaktion wiederum auf unterschiedlichen Ebenen emotionaler Tiefung erlebt werden. Der Begriff „Synopsis“ bezeichnet den Versuch, diese unterschiedlichen Perspektiven in einer Zusammenschau zu integrieren.

Zur Besonderheit der Mehrperspektivität im psychotherapeutischen Setting gehört, dass sie komplexer ist als der objektivierende und kalkulierende unilaterale klinische Blick, der hilft, „Chancen und Risiken (zu) erschließen“ (Foucault 1991, S. 103). Mehrperspektivität als atmosphärisches und szenisches Erfassen und Verstehen (Petzold 2003, S. 146) ist hier in ein wechselseitiges Beziehungsgeschehen eingebettet, in dem der Eigensinn und das Eigenleben der Patienten eine wesentliche Rolle spielen, auch leibhaftig Außersprachliches, und in dem der Therapeut zum bewegten, berührten, beizeiten auch involvierten und beobachteten Beobachter wird, zudem immer Beobachter seiner selbst ist.¹

Im Vergleich zur Arbeit in der Privatpraxis bietet das Krankenhaus die wunderbare Möglichkeit, und deren Realisierung habe ich hier an der Sozialpsychiatrie in Eisenstadt auch immer wieder erlebt, dass die therapeutische Mehrperspektivität durch institutionelle Mehrperspektivität bereichert oder

¹ Wenn es gelingt, Mehrperspektivität in die therapeutische Interaktion zu integrieren, so kommt ihr heilsames Potenzial gegen Verengung und zugunsten einer Bereicherung des Sinnes- und Sinnerlebens zu (siehe Petzold 2003, S. 147f.).

relativiert und korrigiert werden kann, d. h. vom Austausch mit psychiatrischen, neurologischen, klinisch-psychologischen Perspektiven und jenen aus der Pflege profitiert. Im integrativen Jargon könnte man dann von „Transversalität“ zwischen den einzelnen Disziplinen sprechen. „Erkenntnis“, so der Soziologe Niklas Luhmann (1996, S. 654), „ist eine nichthierarchische Qualität, die sich aus der rekursiven Absicherung im System ergibt.“ Solche Absicherung bietet der therapeutischen Arbeit ein Stück weit praktischen, konkreten Schutz und Sicherheit. Gleichzeitig steigt mit der Vielstimmigkeit im Netz der Kooperationen auch die intellektuelle Anforderung für die Psychotherapeutinnen, synoptische Klarheit, also Klarheit in der Zusammenschau dieser Perspektiven zu bekommen, und: das Krankenhaus ist nicht nur ein Ort der multiprofessionellen Kooperation, sondern auch der professionellen Konkurrenz. Damit stellt sich die Frage nach dem Raum für die Stimme der Psychotherapeutinnen im Chor der institutionellen Mehrperspektivität.

Was ist das für ein Ort, das Krankenhaus? Angesichts der reichhaltigen kulturhistorischen und organisationssoziologischen Literatur, die es dazu gibt, möchte ich mich in der gebotenen Kürze nur auf einen Begriff beziehen, der von Michel Foucault geprägt wurde, nämlich jenen der „Heterotopien“, übersetzt als „andere Orte“. Gemeint sind damit Orte, die Teil des gesellschaftlichen Geschehens sind, aber doch in diesem gesellschaftlichen Geschehen eine ganz besondere außeralltägliche Art von Ordnung aufweisen. Dazu zählt Foucault unter anderem Friedhöfe, Freudenhäuser, Schiffe, Gefängnisse und eben auch Krankenhäuser. Das Krankenhaus ist wiederum der spezielle Fall einer „Abweichungsheterotopie“, eines Ortes, „an dem man Menschen unterbringt, deren Verhalten vom Durchschnitt oder von der geforderten Norm abweicht“ (Foucault 2006, S. 322). Zu den Merkmalen von Heterotopien kann es gehören, dass sie „im Gegensatz zur wirren Unordnung unseres Raumes eine vollkommene Ordnung aufweisen“ (ebenda, S. 326). Traditionell versucht das Krankenhaus, diese vollkommene Ordnung durch strikte Arbeitsteilung und starre Hierarchien zu gewährleisten und auch dort, wo sich im Zeitgeist der neuen Arbeitsparadigmen egalitäre Teamstrukturen und fächerübergreifende Projekte durchsetzen, bildet diese Tradition der Hierarchie, an deren Spitze selbstverständlich der fachspezifische medizinische Blick steht, die alles bestimmende Hintergrundfolie. Damit ergibt sich ein systemimmanentes und zumindest latentes Konfliktpotential zwischen hierarchischer Tradition und Erkenntnis als nicht-hierarchischer Qualität.

Wie ist es nun um den Platz der Psychotherapeutinnen in dieser hierarchischen Tradition bestellt? Schlecht, wenn man den Nachforschungen des Niederösterreichischen Landesverbands für Psychotherapie glauben darf: Auf den Websites der NÖ Landeskliniken-Holding wird in der Rubrik „nicht-medizinische Gesundheitsberufe“ weder der Beruf der Psychologin noch jener der Psychotherapeutin angeführt. Trotz zweier Krankenhäuser mit Abteilungen für stationäre Psychotherapie (in Tulln und Mauer), insgesamt 27 Standorten und ca. 19.000 Mitarbeitern, gibt es bei den Landeskliniken gerade neun Stellen für Psychotherapeutinnen (NÖLP 2013, S. 6f.). Sie rangieren in Gehaltsklasse 14 hinter den Klinischen Psychologen (Gehaltsklasse 15) und vor der Pflege (Landtag NÖ 2013, S. 11ff.).

Die Hierarchie der Gehaltsklassen ist allerdings kein hinreichender Spiegel für die auch lokal unterschiedlichen Mikro-Klimas der fachlichen Anerkennung und Durchsetzung im sozialen Raum der Krankenanstalt. So ist die Funktionalität des Betriebs in hohem Maß von der Pflege abhängig, was ihr, bzw. ihrer Leitung eine starke Position im Kollegium verleihen kann. Aufgrund lokaler Besonderheiten und spezifischer Durchsetzungsstrategien können auch Psychotherapeutinnen oder Psychologen zu einflussstarken Akteuren werden. Was ist aber das Risiko, das wir eingehen, wenn

Erkenntnis als Ergebnis von Mehrperspektivität von *einer* vorherrschenden Perspektive verdrängt wird?

Ein anschauliches, weil überzogenes aber dennoch nicht ganz realitätsfernes Szenario lässt sich in Samuel Shems satirisch-melancholischem Psychiatrie-Roman „Mount Misery“ von 1997 finden: Dort leitet Dr. Blair Heiler, der ehrgeizige lokale Borderline-Experte, eine Abteilung, die „Borderline House“ heißt. Er kommt aus der Schule des Borderline-Gurus Renaldo Krotkey, auf dessen 13-Krotkey-Faktoren die entsprechende DSM-Diagnose beruht. In grausamen Gesprächsritualen werden die Patienten von Dr. Heiler solange provoziert, bis sie in Wut ausbrechen, was dann aus seiner Perspektive auch immer die Borderline-Hypothese bestätigt. Unter seinem Einfluss werden bald in den anderen Abteilungen Psychotiker in Borderliner mit Psychose und Depressive in Borderliner mit Depression re-diagnostiziert. Wenn sich die Patienten schlechter fühlen, geht es ihnen aus Heilers Sicht objektiv besser, wenn sie sich schlechter fühlen, sind sie auf dem Weg der Heilung. „Nach einigen Wochen Borderline-Theorie taten unsere Patienten ihr Bestes, sich wie Borderliner zu benehmen. Es ging ihnen schlechter, viel schlechter – schneiden, aufschlitzen, zerstören, niedermachen, sexualisiertes Verhalten in himmlischer Wut, das bedeutete in Heilers Übersetzung, dass es ihnen besser ging. Es war Borderline-City“ (Shem 1997, S. 107, eigene Übersetzung). Nach einiger Zeit wird „Borderline House“ allerdings in „Dissociative House“ umbenannt, da die Sozialversicherung beschlossen hat, in Zukunft für Menschen mit der Diagnose Dissociative Identity Disorder (DID) mehr zu bezahlen als für Borderline-Patienten (ebenda, S. 172).

Im schlimmsten Fall, das legt Shems Fiktion nahe, kann der Verlust von Mehrperspektivität und Transversalität Patienten schädigen. Es handelt sich also vordringlich um eine therapeutische und nicht allein um eine berufspolitische Anforderung, die da an uns gestellt wird. Was können Psychotherapeutinnen tun, um Raum für ihren Beitrag zur institutionellen Mehrperspektivität zu gewinnen? Es ist wahrscheinlich nicht ausreichend, an persönliche Courage und berufspolitisches Lobbying zu appellieren. Ich denke, eine erste Anforderung besteht darin, die eigene Arbeitsweise und die mit ihr verbundenen Begriffe für andere nachvollziehbar zu machen. Therapeuten müssen für Angehörige anderer Gesundheitsberufe Übersetzungsleistungen für ihre Arbeit erbringen. In institutionellen Kontexten können sich Psychotherapeuten zudem nicht darauf beschränken, Hilfeleistung und Behandlung anzubieten. Sie sind gleichzeitig auch zur kritischen Felderkundung aufgefordert², denn es gilt, die institutionellen Rahmenbedingungen zu verstehen, die mit in die therapeutischen Prozesse hineinwirken. Das bedeutet nicht, kollegiale Nähe durch eine distanzierte Haltung des Forschens aufzukündigen. Die anderen, das heißt, die Kolleginnen und Kollegen in multiprofessionellen Teams sind keine Objekte der Forschung, sie können nur gleichberechtigte Subjekte der Forschung sein. Psychotherapeutische Haltung basiert unter anderem auf einem jahrelangen und dann lebenslangen Training der Selbstreflexion. Es gilt, diese Fähigkeit zur Selbstreflexion auf die Fähigkeit zur gemeinsamen institutionellen Reflexion hin zu erweitern, um sich selbst im Chor der anderen behaupten zu können, oder, um das in einem abschließenden Gleichnis zu verdeutlichen: Um den verschiedenen Stimmen und der eigenen im Chor Raum zu verschaffen, kann es hilfreich sein, eine Partitur lesen zu können.³

² Der Ratschlag zur „kritischen Felderkundung“ wird bei Petzold u. a. (2005, S. 30) an Psychotherapeutinnen angesichts der Zustände in Alten- und Pflegeheimen, aber auch insgesamt in Bezug auf die Arbeit in „kustodialen Institutionen“ (custodia, lt., Aufsicht, Bewahrung, Wache, Haft, Gefängnis) erteilt.

³ Eine andere Möglichkeit, sich selbst im Chor besser zu hören besteht darin, sich die gewölbte Hand ans Ohr zu halten.

Literatur:

- Althen, U. (1991). Das Erstinterview in der Integrativen Therapie. In: Integrative Therapie, Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration, 17. Jg., 4/1991, S. 421-449.
- Einstein, A. (2006). Raum, Äther und Feld in der Physik. In: Dünne, J. & Günzel, S. (Hg.), S. 94-102 (orig. 1930).
- Dünne, J. & Günzel, S. (Hg.) (2006). Raumtheorie. Grundlagentexte aus Philosophie und Kulturwissenschaften. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1991). Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, 6.-7. Tausend. Frankfurt/Main: Fischer Wissenschaft (franz. 1963).
- Foucault, M. (2006). Von anderen Räumen. In: Dünne, J. & Günzel, S. (Hg.), S. 317-329 (franz. 1967).
- Landtag NÖ (2013). Dienstpostenplan des Landes Niederösterreich 2013, auf <http://www.landtag-noe.at/service/politik/landtag/LVXXVII/12/1257/Dienstpostenplan2013.pdf>, zuletzt abgerufen 01.11.2013.
- Leitner, Anton. (2010). Handbuch der Integrativen Therapie. Wien: Springer.
- Luhmann, N. (1996). Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie, 6. Auflage. Frankfurt/Main (orig. 1984).
- NÖLP (2013). NÖLP-Nachrichten. Mitgliederzeitschrift des Niederösterreichischen Landesverbandes für Psychotherapie 2/13, September 2013.
- Petzold, H. G. (2003). Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Band 1, Klinische Philosophie (2. überarb. und erw. Auflage). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. & Heintz, H. (1996). Psychotherapie und Arbeitswelt. Paderborn: Junfermann.
- Petzold H. G. u. a. (2005). Der permanente Skandal - gefährliche Pflege, sozialtoxische Kontexte, maligner Burnout. Verletzte Menschenwürde und dehumanisierende Heimsituationen. In: Integrative Therapie, Zeitschrift für vergleichende Therapie und Methodenintegration. Themenschwerpunkt: Alternde Gesellschaft - Herausforderungen für Psychotherapie und Supervision, 31. Jg., 1-2/2005, S. 28-117.
- Shem, S. (1997). Mount Misery. New York: Random House.