

## Der ungeliebte Patient\*

Zunächst möchte ich den Organisatoren danken, dass sie mich zur Teilnahme an diesem Symposium eingeladen haben. Ich habe erfahren, dass die Teilnehmer der Konferenz, zum einen Profis, zum anderen Menschen sind, die seit langem mit dem Leiden in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen konfrontiert werden. In dieser Hinsicht dachte ich mir, dass ich Ihnen einfach einige meiner Überlegungen, die ich als für jegliche Therapie wesentlich erachte und die ich stets im Auge zu behalten versuche, mitteile. Ich glaube, dass die Heilung in der Psychiatrie oder Psychotherapie ein Ergebnis der gemeinsamen Anstrengung von Behandelndem und Behandeltem und nicht ausschließlich der Zuwendung des Therapeuten oder Arztes zum Leidenden oder besonders ungeliebten Patienten zu verdanken ist. Deswegen betrifft ein Misslingen oder Schwierigkeiten im therapeutischen Kontakt sowie die Mühe, sie aus dem Weg zu räumen, beide Seiten des Dialoges. Ich denke, dass diese Anstrengung beim Aufbau und der Aufrechterhaltung der Beziehung ein ganz wichtiger Faktor bei der Heilung verschiedenster Verletzungen des Menschen ist.

Bei der Vorbereitung dieses Vortrags habe ich über längere Zeit hinweg über die Bedeutung der Worte im Titel nachgedacht, ebenso über die Bedeutung des Ortes, an dem

unsere Beratungen stattfinden. Angesichts der jüngsten Ereignisse in Norwegen und im Kontext der Geschehnisse nicht weit von hier in Auschwitz vor einigen Jahrzehnten, fällt es schwer, nicht mit Entsetzen, Verwunderung und Nachdenklichkeit an die *conditio humana*, den Platz des Menschen in der Gesellschaft und inmitten anderer Völker zu denken, aber vor allem an die Beziehung eines Menschenwesens zum Mitmenschen, wie verschiedenartig auch die Bindungen und wie unterschiedlich die Konsequenzen der zwischenmenschlichen Beziehungen auch sein mögen.

Einer von den sogenannten „ungeliebten“ Patienten sagte einmal zu mir, dass sowohl auf dem Grund derart grausamer Akte gegen den Menschen als auch auf dem Grund der Isolation von den Menschen die Angst ruhe. Ich denke, er hatte recht. Es ist nicht Mangel an Liebe, sondern die Furcht vor dem Fremden, so sie aus unterschiedlichen Gründen von Kindheit an „kultiviert“ wird, anstelle von Begeisterung und Neugier gegenüber anderen Menschen, das zu Fremdenfurcht, Liebesmangel, Feindseligkeit, Verachtung, Gewalt, aber auch zu Rückzug und Entfremdung führen kann.

Es ist so, als wollte man in die eine Wagschale ein Gefühl von Bindung, Liebe, Akzeptanz und Bestätigung legen und in die andere Furcht. Diese Furcht belastet manche Menschen so sehr, dass sie alle anderen Emotionen dominiert. Aktivität oder

ihr Fehlen sind Konsequenzen dieser inneren Erschütterung. Bei bestimmten Menschen führt die Furcht zum Glauben an „Gurus“, Gruppen oder Ideen und in der Konsequenz zu Aggression und der Verteidigung vor eingebildeten übermächtigen Feinden. Bei anderen endet sie mit dem Rückzug vom Leben und der Vermeidung von Kontakten zu anderen Menschen – und solche Patienten werden öfter geheilt. Es sind zum Beispiel Patienten mit diagnostizierten Psychosen oder schweren Persönlichkeitsstörungen. Sei es, dass es bei ihnen in der Familie an Liebe fehlte, sei es, dass aus unterschiedlichen Gründen einfach Angst, Schrecken und Unsicherheit vorherrschten. Sicher mag es so oder ähnlich gewesen sein.

Ich persönlich hatte selten mit Menschen zu tun, deren Eltern sie nicht wollten, nicht liebten oder bewusst vernachlässigten. Und ich denke tatsächlich, dass der Schlüssel für die Entstehung von Störungen die Angst ist. Es kann sein, dass sie gegenwärtig in der Familie herrscht und ebenso die Widerspiegelung der aktuellen äußeren Situation ist oder dass sie in der Familiengeschichte angelegt ist, in ihrem Inneren. Es kann auch sein, dass das Kind mit einer größeren Empfindlichkeit und Anfälligkeit für Angst auf die Welt gekommen ist, so dass etwas für andere Alltägliches für dieses Kind zu einem Auslösereiz für großen Stress wird.

Nachdem ich das erste Mal vom Thema des schwierigen/ ungeliebten Patienten gehört hatte, begann ich darüber nachzudenken, ob beides auf das Gleiche hinauskommt: Muss der schwierige Patient zugleich der ungeliebte sein und umgekehrt? Ich habe versucht, über diese Bezeichnungen auf mehreren Ebenen nachzudenken. Vor allem vom Gesichtspunkt des Psychiaters und Psychotherapeuten. Ich glaube fest daran, dass diese beiden Blickwinkel sich nicht ausschließen, einander vielmehr ergänzen, auch wenn sie den Menschen und seine Probleme ganz unterschiedlich beschreiben. Doch ob der andere Blickwinkel der schlechtere ist und sie miteinander im Streit liegen? Nach meinem Empfinden ist das nicht der Fall.

Das heißt, diese Patienten sind schwierig; für den Arzt oder Therapeuten. Sie unterziehen sich nicht so leicht einer Standardtherapie. Das Wort schwierig ist bei mir mit einem hartnäckigen und ungünstigen Krankheitsverlauf assoziiert. Das ist oft von genetischen Faktoren oder anderen Konstituenten abhängig, die den Menschen betreffen und die nicht von seinen Angehörigen verschuldet sind, sondern eben durch die genetischen Anlagen. Es kommt auch vor, dass zu allem Übel noch schwere und traumatische Erlebnisse aus früher Kindheit dazukommen oder aus späterer Zeit. Das macht die Erkrankung noch schwerer heilbar.

Aber kann man sagen, dass ein sehr schwer erkrankter Mensch ein schwieriger Patient ist? Für mich persönlich hat dieser Ausdruck einen pejorativen Beigeschmack und „sucht einen Schuldigen“ – und zwar auf der Seite des Menschen, der von uns Hilfe und Heilung benötigt. Ein solcher Zugang könnte einen Schatten auf die ganze Arzt-Patient-Beziehung werfen. Denn wenn diese nicht vom Arzt reflektiert wird, kann sie bei ihm Pessimismus und eine negative Einstellung zum Patienten auslösen, die für keine Seite dieser Beziehung zum Guten ausschlägt und letztlich auch nicht der Therapie hilft.

Aus einem von mir geschätztem psychodynamischen Modell der psychischen Entwicklung ergibt sich, dass sich der Mensch aus drei Sphären zusammensetzt, die ineinander übergehen. Es sind dies die biologische „Ausstattung“, die familiäre Umwelt, in der wir aufwachsen und die Umwelt, in der wir als Erwachsene leben. Wenn wir auch die Krankheit als Prozess verstehen und mit der Sphäre der Biologie verbinden, wissen wir doch, dass es nicht der einzige Faktor ist, der auf die Entwicklung der Krankheit einen Einfluss hat; genau so wie wir wissen, dass es unabhängig von der Krankheit einen „gesunden“ Teil im Menschen gibt. Er ringt mit verschiedensten Problemen, solchen, die mit der Krankheit verbunden sind und solchen, die damit nichts zu tun haben. Dieser Teil der Psyche, sowohl bei Patienten

als auch bei jedem von uns, entwickelt sich seit dem frühesten Lebensalter in der Beziehung zu anderen. Am Anfang sind das Mutter, Vater, Großeltern, Geschwister. Im zunehmenden Verlauf der Jahre erweitert sich der Beziehungskreis, der uns prägt und den wir prägen. Diese Sphäre können wir hauptsächlich mit Hilfe von therapeutischem oder psychotherapeutischem Kontakt beeinflussen. Hauptsächlich – denn wenn der Mensch sich verändert, verändert sich auch die Biologie. Ähnlich ist es übrigens, wenn eine Arznei eine Krankheit heilt – es verändern sich die Beziehungen und der Mensch selbst.

Die Liebe existiert nicht aus sich selbst heraus, abgeschnitten von den Beziehungen zwischen den Menschen und deswegen können wir mit der Sphäre der Beziehung die Formulierung „ungeliebter Patient“ verknüpfen. Aber was bedeutet das? Ist es der Patient, den niemand liebt, den die Eltern nicht geliebt haben, der nie so geliebt wurde, wie er es brauchte, der sich nie geliebt fühlte oder fühlt? Ist er vom Arzt oder Therapeuten nicht geliebt, im Hinblick auf seinen schwierigen Krankheitsverlauf und weil daher kaum spektakuläre Heilungserfolge zu erwarten sind?

Es ist schwierig, diese Fragen eindeutig zu beantworten. Es ist auch schwierig, von Liebe zu sprechen und auch nur für einen Augenblick ihr Wesen zu erfassen. Schwierig ist es, Oberflächlichkeit, Exaltation, Lächerlichkeit oder auch autoritative Urteile zu vermeiden, wenn es um die Frage geht, was Liebe ist und was nicht. Es ist schwierig, wenn es den Patienten und seine Familie betrifft, aber womöglich noch schwieriger, wenn es die therapeutische Beziehung angeht. In jedem Fall ist es eines der Grundbedürfnisse eines jeden Menschen.

Seit ungefähr fünf Jahren arbeite ich in einer Gemeinschaftspraxis und im Rahmen dieser Praxis betreiben wir eine Therapie der Schwerkranken. Oft leben unsere Patienten nicht nur in innerer Isolation, sondern sie haben aus Krankheitsgründen ein Problem damit, die Wohnung zu verlassen. Ihre einzigen Kontakte beschränken sich auf

ihre Angehörigen, sofern sie noch welche haben. Ein Mitarbeiter erzählte mir kürzlich eine Geschichte über einen Hausbesuch bei einem neuen Patienten. Dieser Besuch war vom Sozialamt gemeldet. Der Patient hatte seit Jahren keine Medikamente mehr eingenommen. Er wohnte mit seiner kranken Mutter zusammen, weswegen er viel Kummer hatte. An der Haustür stellte er eine Frage, die, wie ich denke, die Testfrage für Therapeuten ist: „Ohne was kann man nicht leben?“ Ohne nachzudenken antwortete der Therapeut: „Ohne Liebe“.

Nach diesem Wortwechsel wurde der Patient zu einem ersten Gespräch eingeladen. Die Therapie dauert weiterhin an, und der Patient nimmt nur ein Minimum an Medikamenten ein. Ich denke, dass eine andere Antwort alles beendet hätte, bevor die Tür zurück geschlossen worden wäre. Wenn ich diese Situation anführe – und ich kann mich an viele ähnliche erinnern – kann ich mich des Gefühls schwerlich erwehren, dass nicht selten auch wir Therapeuten viel von unseren Patienten lernen können.

Die beschriebene Situation führt mich zu einem anderen Gedanken, zu einer Reflexion zum Thema der Begegnung zweier Menschen: Patient und Therapeut. Der Patient ebenso wie der Therapeut bringen zu dieser Begegnung ihre eigenen, einzigartigen inneren Welten mit. Jede dieser Welten setzt sich aus der Biologie – gespeicherten Bildern und familiären Beziehungen aus der Kindheit – und aktuellen Beziehungen zusammen, die oft die früheren reflektieren. Keiner von beiden kommt als unbeschriebenes Blatt auf die Welt oder ist eines im Moment der Begegnung. Doch außer dem gesprochenen Dialog läuft ein anderer, womöglich wichtigerer Dialog ab – der Dialog zweier unterbewusster Ebenen: der des Patienten und der des Therapeuten.

Deshalb ist jede therapeutische Beziehung anders und aus jeder mag der Patient einen andersgearteten Nutzen für sich ziehen. Deswegen kann es auch genau so gut geschehen, dass keine heilsame Beziehung zwischen beispielsweise unterschiedlichen Welten aufgebaut wird, dass die Beziehung für

den Patienten und Therapeuten zu schwierig ist oder aber dass eine andere Konstellation fruchtbringender wäre. Ich denke, dass hierbei niemand Schuld hat; es ist einfach so im menschlichen Leben, dass wir uns mit manchen Menschen besser verstehen und mit anderen schlechter. Warum also sollte dieser Grundsatz nicht auch für die Beziehung Therapeut und Patient gelten, die doch eine spezifische Beziehung ist und oft für den Patienten recht intime Probleme berührt?

- Ein Patient ist eine leidende Person, die kommt, um Hilfe oder eine Milderung des Leidens zu erlangen. Sie hat viele Kränkungen und traumatische Ereignisse hinter sich. Wenn diese Person psychotisch ist, bleibt die Zeit stehen, Kränkungen kommen ständig und fast von jeder Seite. Sie ist von Angst beherrscht, die sie gar nicht spüren kann, die aber in ihrem Verhalten, ihren Symptomen, ihrem Lebensstil und ihren Einschränkungen deutlich wird. In so einem Zustand fällt es schwer zu leben, geschweige denn Abstand zu den eigenen Erlebnissen zu wahren, sie zu verstehen sowie eine feste und zufriedenstellende Beziehung zum anderen Menschen aufzubauen. Je mehr ein Patient im Leiden befangen ist, desto schwieriger ist es für ihn, aus seiner schrecklichen Welt herauszukommen. Dazu braucht er die Gegenwart und das Engagement einer anderen, freundlichen Person. Die Verwandten stecken meistens auch so tief im Leiden wie der Patient selber, weil sie mit dem Kranken emotional verbunden sind. Man kann sagen, dass sie zusammen mit ihm leiden. Zusätzlich braucht der Patient dringend einen Kontakt und verspürt gleichzeitig eine große Angst vor allem, auch vor dem Therapeuten – einem Fremden.

- Deswegen wird viel Zeit, Anstrengung, Engagement und Aufmerksamkeit vom Therapeuten benötigt, damit sich der Patient bei ihm sicher fühlt. Je mehr Angst der Patient empfindet, desto mehr Engagement und Aufmerksamkeit sollte diesem Menschen entgegengebracht werden. Wenn man sich auf den Patienten einlässt, sollte man alle eigenen Probleme und Emotionen außen

vor lassen und versuchen, alles was einen gerade beschäftigt, loszuwerden. Auf diese Weise kann man einem anderen Menschen, seinen Ängsten, Emotionen, Gedanken, Fantasien und Bildern den gebührenden Platz einräumen. Der psychische Raum des Psychotherapeuten wird dann zu einem sicheren Raum, in dem die Patientenängste Platz haben und gelindert werden können. Das kann aber nur dann geschehen, wenn der Therapeut keine Angst hat, eigenen Ängsten, Einschränkungen und Schwierigkeiten entgegenzutreten, wenn er also ständig imstande ist, über seine Erlebnisse, Gedanken und Taten nachzudenken, sie zu verstehen und Abstand zur eigenen Person zu wahren. Oft kommt es vor, dass nur ein Therapeut nicht ausreicht und dass man ein ganzes Team, Supervision und verschiedenste zugängliche therapeutische Formen benötigt.

So hört man häufig, dass bei den Psychosen das Wesentliche das Konkrete sei. Um von der Psychose loszukommen, sei es nötig, sich an die ganz alltäglichen Dinge und Verrichtungen zu halten, Tages- und Wochenpläne oder sogar Rituale zu halten. All das stimmt, denn das Konkrete schützt vor Angst. Im Fall von Patienten, deren Abwehrkräfte schwach sind, muss man sie stärken oder sogar aufbauen. Aber der Patient kann nach meinem Empfinden mehr erreichen, wenn es nicht nur trockene Vorschriften oder Instruktionen gibt, sondern wenn bei deren gemeinsamem Aufbau ein Dialog stattfindet. Während dieses Dialogs versucht der Therapeut, den Patienten zu verstehen und dieser unternimmt Anstrengungen, dem Therapeuten seine Welt zu erklären. Es mag sich das Paradox ergeben, dass der Patient dem Therapeuten seine Welt, die er nicht versteht, erklärt, was der Therapeut von sich aus nicht kann. Denn der Therapeut ist nie derjenige, der Bescheid weiß, obwohl der Patient am Anfang ihm sicher diese Macht zuschreibt.

Daraus ergeben sich verschiedene Konsequenzen.

Zum ersten beginnt der Patient, der dem Therapeuten zu erklären bemüht ist, was in seiner inneren Welt vorgeht, diese

selbst besser zu verstehen, darin Ordnung zu schaffen, sie zu beschreiben, sie sich zu eigen zu machen und sie zu beeinflussen. Im Endeffekt führt das dazu, den Leidensdruck zu mildern und oft auch die Symptome, deren Ursache diese Angst ist.

Zum zweiten bemerkt der Patient bei seiner Erläuterung, dass der Therapeut nicht alles weiß. Dieser Prozess des „vom-Sockel-Holens“ geschieht mit der Zeit und läuft parallel zur Verstärkung des eigenen Selbstwertgefühls des Patienten. Dank dessen vermag der Patient ohne Angst seine Individualität wahrzunehmen. Damit mag auch die erste befriedigende und freundschaftliche Beziehung zu einem Mitmenschen, so wie er ist, einhergehen – mit all seinen Vor-

und Nachteilen; nicht jedoch die mit einem allmächtigen Gott oder einem bösen Dämon. Die Beziehung mag der Beginn für andere, neue Bindungen des Patienten an Menschen werden. Es mag dazu führen, dass er selbst sein privates Netz der Unterstützung außerhalb des Gesundheitssystems aufbaut. Ich denke, dass das nur eines von vielen Therapiezielen ist, allerdings aber das wesentliche – die Hilfe zur Gewinnung oder Schaffung eines inneren Gefühls der Sicherheit, das es ermöglicht, enge Beziehungen zum Mitmenschen aufzubauen. Beziehungen, in denen man ungefährdet geben und nehmen; mitunter gemeinsam, manchmal getrennt sein kann; Beziehungen, in denen man die Möglichkeit hat, zu lieben und geliebt zu werden.