

Die Psychiatrische Klinik Zugersee freut sich, Sie zu den Fortbildungsveranstaltungen 2008 einzuladen. Hochkarätige Referentinnen und Referenten beleuchten das Jahresthema «Tabus in Psychiatrie und Gesellschaft» von allen Seiten.

9. Juni **Macht der Behandelnden – Ohnmacht der Patienten**
Macht der Patienten – Ohnmacht der Behandelnden

Hr. Dr. med. Till Bastian
Schriftsteller und Arzt Psychosomatische Klinik Wollmarshöhe,
Deutschland

Unter dem Titel

„Macht und Ohnmacht in der therapeutischen Beziehung“

habe ich den Vortrag, den ich jetzt halten werde, zur zusammengefasst.
Was ich Ihnen unter dieser Überschrift vortragen will und werde, versteht sich nun allerdings nicht als hochgelehrte wissenschaftliche Abhandlung.
Was ich im Auge habe, ist eine Anstiftung zum Denken, Nachdenken und Überdenken und ich hoffe sehr, Ihrer persönlichen Lebens- und Berufserfahrung dabei möglichst nahe zu kommen.

Macht – und Ohnmacht –

Zunächst erscheint ja alles recht einfach.

In der deutschen Rechtsordnung gibt es „besondere Gewaltverhältnisse“, in denen bestimmte Grundrechte (etwa die Selbstbestimmung des Aufenthaltsortes) suspendiert werden können.

Das sind: Das Gefängnis
Die Schule
Die Bundeswehr
Das psychiatrische Krankenhaus

(jedenfalls in Teilbereichen: „geschlossene Abteilungen“)

Allerdings werden die Grenzen der Macht im modernen Rechtsstaat immer enger gezogen. Ein Beispiel dafür ist ein Grundsatzurteil des obersten Deutschen Gerichts aus dem Jahr 1980, das mich damals sehr beschäftigt hat (hatte gerade die 1. Arbeitsstelle in der Psychiatrie hinter mir, 1977).

Ein Mann – er war der 1. Vorsitzende eines Vereines mit dem schönen Namen „IRRENOFFENSIVE“ – hatte vom Psychiatrischen Krankenhaus die Herausgabe des Arztberichtes verlangt. Das war ihm verweigert worden mit dem Argument, diese Lektion könne ihm schaden. Das Gericht liess diese Meinung nicht gelten und ordnete die Herausgabe an. Grund: das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit schliesse auch die Gefahr möglicher Selbstschädigung ein, sei also höher zu bewerten als die Gefahr.

Analog dazu reicht SVV nicht aus, um eine Zwangseinweisung zu rechtfertigen. Die andere Seite: Ein Münchner Arzt, der die Zwangsernährung einer Anorektikerin – sie war von den Angehörigen gerichtlich erwirkt worden – abgelehnt hatte, wurde zu einem hohen Schadensersatz verurteilt, als die Patientin zur Apallikerin wurde.

Wir wandeln also auf einem sehr schmalen Grat.

Es scheint mir aber wichtig, hin – und eingangs – noch ein Drittes zu erwähnen: In Deutschland wächst seit einigen Jahren die Zahl derjenigen, die unfreiwillig einem psychiatrischen Krankenhaus zugewiesen werden. Verantwortlich dafür sind in erster Linie aber nicht die sog. Zwangseinweisungen wegen Selbst- und/oder Fremdgefährdung. Die Ursache liegt in der wachsenden Zahl von betreuten, meist älteren Menschen, von denen es heisst, dass sie nicht im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte seien (- aber warum überzufällig häufig vor dem Wochenende oder in der Ferienzeit?). Wie auch immer, der soziale Wandel, der sich auch hier widerspiegelt, ist „als Vergreisung der Gesellschaft“ ja oft genug Thema der Regenbogenpresse und kann und soll hier nicht ausführlich diskutiert werden – sie kennen die Problematik alle und wahrscheinlich besser als ich...

Was ich bisher erwähnt habe, sind ja ohnehin eher die Rahmenbedingungen einer therapeutischen Beziehung als diese selbst. Immerhin haben sie – glaube ich – einen kurzen Seitenblick verdient. Denn wenn wir – was ja nicht selbstverständlich ist – die Ziele therapeutischen Handelns in Worten wie Autonomie, Mündigkeit oder Selbstvertrauen sehen, so ist es offensichtlich eher ungünstig für die Annäherung solcher Ziele, wenn sie unter Bedingungen versucht wird, die stark durch Macht und eingeschränkte Selbstbestimmung geprägt werden. Dennoch bleibt uns manchmal gar nichts anderes übrig, als auch unter solchen Bedingungen tätig zu sein – ich komme darauf zurück.

Nun komme ich aber endlich auf die therapeutische Beziehung selbst zu sprechen. Diese ist offensichtlich vom Wesen her asymmetrisch – und es hat m.E. wenig Sinn, dies durch Begriffe wie „Partnerschaft“ etc. zu ummanteln.

Therapieren heisst wörtlich – altgriechisch – „Sorge tragen“. Der Patiens, welchen Geschlechtes auch immer, legt ein Stück Eigenschicksal in die Hände des Anderen. Er delegiert – nämlich die Sorge für sich selbst. Dass dies nicht immer freiwillig geschieht, wurde schon erwähnt. Geschieht es aber aus freien Stücken – das ist ja die grosse Mehrheit der Fälle -, dann deshalb, weil sich der Patiens, der Leidende, zu dieser Selbstfürsorge nicht mehr in der Lage fühlt. Dieser die Beziehung ja erst konstruierende Moment ist unhintergebar.

Aus dieser grundsätzlichen Asymmetrie folgt auch, dass wir identische oder auch nur deckungsgleiche Ziele von Therapeut und Patiens keineswegs als selbstverständlich annehmen oder gar voraussetzen dürfen.

Worte, die wir oft unbefangen – zu unbefangen – verwenden, wir „Heilen“ oder „Heilung“, suggerieren eine solche Übereinstimmung, beweisen sie aber nicht. Betrachten wir zunächst die Organmedizin, wo vieles einfacher scheint:

Eine Patientin leidet seit Jahren unter quälenden Kopfschmerzen – die Ärztin soll sie davon befreien, sie also „heilen“. Aber hinter diesem schlichten Arbeitsauftrag kann sich eine Menge Verwirrung verbergen. So ist es möglich, dass die Patientin die Cephalgie als Ausdruck ihrer chronischen Überforderung im Arbeitsleben interpretiert (Stichwort: „Burn out“, „Mobbing“), und dass sie deshalb aus diesem Arbeitsleben baldmöglichst auszusteigen wünscht. Die Ärztin hingegen sucht – denn darin und dafür ist sie ausgebildet – nach objektivierbaren „Befunden von Krankheitswert“: in der Ultraschalluntersuchung der Blutgefässe im Schädel, in der Magnetresonanztomographie des Kopfes, usw. Häufig findet sie nicht: „Alles normal“. Hier öffnet sich die fatale Kluft zwischen Befund („wir finden nichts“) und Befinden („ich habe aber Schmerzen“) die einer endlosen Fülle von Missverständnissen und Kränkungen Raum bietet. Am Ende – es kommt nicht selten vor – ist die therapeutische Beziehung gescheitert; die Patientin geht ärgerlich und enttäuscht zum nächsten Arzt, wenn nicht gar zum Heilpraktiker oder Geistheiler.

Parallelbehandlungen sind ja ungeheuer und führen zu heftigen Ohnmachtserfahrungen, oft auch zu heftiger Aggressivität auf Seiten der „Profis“.

Häufig – immer wieder wundere ich mich, wenn Patienten, deren erste Frage oft lautet „Die Behandlung wird aber doch von der Kasse bezahlt?“ grosse Summen investieren, um sich die Karten legen zu lassen o. ä. – allerdings fühle ich mich deutlich wohler, seit ich darauf verzichte, mich als „Besserwisser“ in sinnlose Konkurrenzkämpfe zu verstricken. Was nun nicht heissen soll, dass ich mich einem primitiven „anything goes“ verschreiben hätte! Im Gegenteil, ich bedaure sehr, dass wir offensichtlich in Zeiten der Gegenaufklärung leben. Aber es ist, wie es ist, und es gilt, damit zu Recht zu kommen. Gerade Menschen in helfenden Berufen, und ganz besonders Ärzte, kommen jedoch oft nicht zurande mit ihren begrenzten Möglichkeiten. „Helfen macht müde“ (Fengler) – aber oft mehr als das. Zu Fragen ist, warum die Häufigkeit von Suchterkrankungen unter Ärzten ebenso über dem Bevölkerungsdurchschnitt liegt wie die Suizidrate, die Lebenserwartung aber unterdurchschnittlich ist? (Lukasevangelium). Wenn Ärzte sich selbst Arzneimittel verschreiben, neigen sie notorisch zur Unterdosierung. Die Todesfurcht hingegen scheint, so behaupten Medizinsoziologen, im Arztberuf ungewöhnlich intensiv zu sein. Damit hängt wohl auch zusammen, dass sog. hoffnungslose Fälle, bei denen „nur noch“ Palliativmedizin und seelischer Beistand zu leisten ist, von Ärzten in auffälligem Masse gemieden werden. Zu den grössten Schwierigkeiten im Durchhalten einer guten therapeutischen Beziehung gehört, dass die Patienten immer wieder Gewissheiten von uns verlangen, die wir ihnen nicht geben können: werde ich einen zweiten Infarkt erleiden? Werde ich an meinem Mamma-Ca sterben, und wenn ja, wann? Wird auch mein Kind an Schizophrenie erkranken?

Als Antwort können wir Wahrscheinlichkeiten zitieren, also epidemiologisch-statistische Aussagen, gewonnen an der Beobachtung grosser Kollektive. Für den Einzelfall gilt jedoch fast immer der Satz: „Ich weiss es nicht!“ Medizin, so mein Vorbild und Lehrer, der grosse Kardiologe Bernhard Lown, ist „die Wissenschaft von der Ungewissheit“. Hier freilich zeigt sich bereits eine Strategie an, mit der – was ich sehr empfehlen möchte – der oben erwähnten prinzipiellen Asymmetrie in der therapeutischen Beziehung etwas entgegengesetzt werden kann: Eine Meta-Ebene der Gemeinsamkeit, hier: der gemeinsamen Unwissenheit, auf der sich Arzt und Patient neu begegnen können.

Nicht alle Patienten werden das wollen und aushalten können. Dazu später mehr. Ich will zunächst bei der so wichtigen mir häufigen Beobachtung stehen bleiben, dass viele Patienten alle Register ziehen, um denjenigen zu entwerten, der ihnen eigentlich helfen soll, will und vielleicht sogar kann.

Nicht alle tun dies so drastisch wie die von Peter Fonagy beschriebene Patientin mit einer schweren Persönlichkeitsstörung, die das Behandlungszimmer des Analytikers betrat, seine Couch erblickte und ausrief: „Das ist also der Platz, wo sie ihre Patientinnen vögeln!“ Wie wir alle erfahren haben und zu unserem Schmerz immer wieder neu erfahren müssen, gibt es viele andere und ungleich subtilere Strategien der Abwertung. Was steckt dahinter?

Meist jener ungeheuer häufige und wirksame Vorgang – nicht „Abwehrmechanismus“, sondern „Lebensbalance“ – den der aus Solothurn in die USA ausgewanderte Psychoanalytiker Leon Wurmser als „Wendung von Passiven ins Aktive“ beschrieben hat. Ohnmacht und Hilflosigkeit sind Grenzerfahrungen, die wir Menschen nach Kräften vermeiden, oft geradezu panisch. Lässt sich angesichts von Schmerz, Krankheit oder gar drohendem Tod die schicksalhafte Passivierung nicht mehr leugnen, kann Aggressivität gegen Dritte sie lindern helfen. Die Möglichkeiten hierzu sind enorm, und wir sollten nie vergessen, dass Patienten – wie Kinder – meist gerade das genau bemerken, was sie nicht bemerken sollen, die Unsicherheiten fühlen, die wir bemänteln wollen und sehr findig darin sind, treffsicher an diesen schwachen Stellen zu rühren.

Oft freilich verbirgt sich hinter dem unbewussten Wunsch des sich hilflos und ohnmächtig fühlenden Patienten, auch seinen Therapeuten ohnmächtig und hilflos zu

machen, ein komplexes System der Selbst-Sabotage: „Ich habe es gar nicht verdient, dass es mir besser geht“. Schwer traumatisierte Patienten, Opfer von sexuellem und/oder gewalttätigen Übergriffen, die sie – das Opfer – mit jenem Schuldgefühl beladen, das der Täter offenbar nicht oder in nur geringem Mass empfunden hatte, zwingen den Therapeuten oft quasi mit allen Mitteln und mit grosser Konsequenz in die Rolle des Erfüllungsgehilfen ihrer massiven Selbstbestrafungstendenzen. Wer sich hier verführen lässt, beim Spiel „Alles oder nichts“ mitzuhalten, hat meist schon verloren – wer um jeden Preis „retten“ will, steht am Ende mit leeren Händen da. Wir kennen das doch: je intensiver unser Bemühen, des schlechter geht es dem Patienten – was er uns nicht selten mit dem Unterton stillen Triumphes berichtet: „Und dann habe ich mich heute Nacht wieder geritzt!“

Wird es zum selbstzweckhaften Ziel des Therapeuten, z.B. selbstverletzendes Verhalten des Patienten zu verhindern, so kann er den daraus entstehenden Machtkampf nur verlieren. Therapieziele festzulegen, die das unbewusste Streben des Patienten sabotieren muss, ist eben ein recht fragwürdiges Verfahren. Manchmal müssen wir es, weil es quasi amtlicherseits so festgelegt worden ist. Aber dies ist, nehmen wir die hippokratische Ethik ernst – *salus aegrati suprema lex* – eigentlich nur für kurzzeitige Notfallsituationen akzeptabel. Die klassischen Sätze hierzu hat Sigmund Freud 1920 geschrieben, in seinem Gutachten für den Prozess gegen den berühmten Psychiater Julius Wagner von Javregg, der wegen der robusten, oft mit Gleichstrom durchgeführten Behandlung der sog. „Kriegszitterer“ angeklagt worden war.

„Es schien zweckmässig, den Neurotiker als Simulanten zu behandeln und sich über den psychologischen Unterschied zwischen bewusster und unbewusster Absicht hinwegzusetzen, obwohl man wusste, dass er kein Simulant sei. Diente seine Krankheit der Absicht, sich einer unleidlichen Situation zu entziehen, so grub man ich offenbar die Wurzeln ab, indem man ihm das Kranksein noch unleidlicher als den Dienst machte. War er aus dem Krieg in die Krankheit geflüchtet, so wandte man Mittel an, die ihn zwangen, aus der Krankheit in die Gesundheit, als in die Kriegstauglichkeit zurückzuziehen. Zu diesem Zweck bediente man sich schmerzhafter elektrischer Behandlung, und zwar mit Erfolg...Dies therapeutische Verfahren war also von vornherein mit einem Makel behaftet. Es zielte nicht auf die Herstellung des Kranken, oder auf diese nicht in erster Linie, sondern vor allem auf die Herstellung seiner Kriegstüchtigkeit; die Medizin stand diesmal im Dienste von Absichten, die ihr weltfremd sind...“ (FREUD, 1972, S. 942f.).

Ein Zwischenfazit

Ohnmacht seitens des Patienten entsteht natürlich erstens durch sein Leiden selbst, zweitens durch Kommunikationsschwierigkeiten mit dem Therapeuten, insbesondere über die Diskrepanz von Befund und Befinden, drittes bei Unzufriedenheit mit dem Therapieerfolg, wobei es aus verschiedenen Gründen so sein kann, dass dieser gar nicht gewünscht ist, viertens angesichts der Ungewissheit des künftigen Schicksals. Ohnmacht seitens des Therapeuten entsteht, wenn dieser sich als insuffizient erlebt, wenn die Therapieziele mit der Realität nicht in Einklang zu bringen sind, wenn er sich durch den Patienten entwertet fühlt. Die grundlegende Asymmetrie der therapeutischen Beziehung macht es schwierig, über die Ohnmachtserfahrungen hüben und drüben offen zu kommunizieren – zu diskrepant sind die Rollenerwartungen, die erlebten Ausschnitte der gemeinsamen Realität und die Massstäbe ihrer Bewertung. Ein dabei besonders heimtückisch wirksamer Hintergrundfaktor ist der unserer Gesellschaft in immer stärkerem Masse prägende, nachgerade allgegenwärtige Gesundheitskult. Der Druck, den diese Mythologie der Moderne auf die therapeutische Beziehung ausübt, ist enorm und gewiss, weil hintergründiger, stärker als alle Machtansprüche institutioneller

Art. Gerade deshalb soll er abschliessend gesondert erwähnt werden – als Schrittmacher vielfältiger und oft vorbewusster Ohnmachtserfahrungen.

Gesundheit – wie immer definiert – ist ein hohes Gut, aber gewiss nicht der höchste aller Werte, und der Satz „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“ ist einerseits schlicht falsch, andererseits offenbart er jene Verachtung des nicht Perfekten und Funktionstüchtigen (also auch der Krankheit und des Kranken), die für unsere Leistungsgesellschaft so charakteristisch geworden ist. „Gesundheit“ wird immer häufiger nicht mehr als ein Prozess begriffen, der sich an die Möglichkeiten und an der Situation des Individuums orientiert und von diesem selbst aus eigener Kraft angestrebt werden muss. Gesundheit gilt als Zustand, der sich durch ingenieurhafte Anstrengungen erreichen bzw. bewahren lässt: „Beauty“ und „Wellness“ sind zu Schlüsselthemen öffentlicher Selbstinszenierung geworden, an denen auch viele „Normalverbraucher“ glauben teilhaben zu müssen. Nicht wenige Ärztinnen und Ärzte (beispielsweise die Zunft der Schönheitschirurgen) unterstützen sie dabei bereitwillig, weil auf diesem „Jahrmarkt der Eitelkeiten“ erhebliche Einkommen erwirtschaftet werden können. Herber Will, ein Arzt, Seelsorger und Psychotherapeut aus München hat den treffenden Ausdruck vom „Gesündeln“ geprägt: „Wer gesündelt, der dreht sich um die Gesundheit – oder vielmehr um deren Fetisch – und lebt für sie. Gesündeln ist ein heute weit verbreitetes Syndrom. Es nimmt, individuell gesehen, unsere unbewusste Vorstellung, wir seien unsterblich und unverletzlich, beim Wort und treibt sie auf die Spitze, verbindet sie mit der Hoffnung, wir selbst können unsere Gesundheit herstellen und würden damit zu Herren unserer phantasierten Unsterblichkeit – und zwar im Diesseits unseres irdischen Lebens. Diese verzweifelte Forderung muss notwendig scheitern, weil die Realität von Krankheit und Tod ihr radikal widerspricht. Doch was tun (oder denken oder glauben) angesichts der Sicherheit des Todes, wenn kein Jenseits zu Hilfe kommt? Offenbar bietet es sich dann an, das Diesseits zum Jenseits zu machen und nicht zuletzt alle Sehnsucht nach Transzendenz auf die Gesundheit zu richten. So entsteht der Fetisch Gesundheit mit all seinen Verschleierungen und unbegriffenen Merkwürdigkeiten.“ Die Medizin hingegen wird zu einer Macht, an die sich immer mehr Hoffnungen auf ein immer besseres Leben heften. Der Ärztestand hat diese Hoffnungen begierig aufgegriffen, um so das eigene Sozialprestige zu erhöhen – mittlerweile dämmert es den Nachdenklichsten der Zunft, dass die Situation der modernen Medizin der des Mannes gleicht, der es für einen guten Einfall hielt, auf einem Tiger zu reiten. Die Kehrseite des „Gesündelns“, des allgegenwärtigen Gesundheitskultes, ist die umfassende Todesverdrängung. Krankheiten werden nicht mehr als Krisen begriffen, die die Verletzlichkeit und Sterblichkeit des Lebens anmahnen und eben deshalb zu einer positiven Wendung, das heisst zu einem besseren „Umgang mit sich selbst“, führen können. Sie gelten gemeinhin als lästige Störungen im Betriebsablauf, die es mit Expertenhilfe zu beheben gilt, und für Gedanken an den Tod wird keine Sekunde verschwendet. Für den Umgang mit Sterbenden nach Möglichkeit auch nicht – sie werden in der Mehrheit ins Krankenhaus abgeschoben (noch 1950 erlebte in Deutschland die Mehrheit aller sterbenden Menschen das Lebensende zu Hause; fünf Jahrzehnte später hingegen stirbt die Mehrzahl im Krankenhaus).

Es wäre die Aufgabe des Arztes, den Patienten auf die Notwendigkeit einer „ars moriendi“, einer Sterbekunst, hinzuweisen, wie sie Denkern früherer Zeiten ganz selbstverständlich als eines der wichtigsten Güter galt. Irgendwann sind wir selbst an der Reihe – aber wenn wir das begreifen, ist es womöglich schon zu spät, sich mit der Unausweichlichkeit des Sterbenmüssens so auseinander setzen zu können, dass sie für das eigene Leben fruchtbar wird. Schade sei es doch, meinte der Philosoph Immanuel Kant, dass man dann sterben müsse, wenn man endlich begriffen habe, wie man eigentlich leben wolle. Der treffende Satz lässt sich indes auch umdrehen: Schade

ist es, wenn man so lange nichts von der eigenen Sterblichkeit begreift, bis es zu spät ist, darüber nachzudenken, wie man eigentlich leben wollte. Dass die moderne Medizin zur Zuspitzung dieser Frage nichts beiträgt, sondern sie meist nach Kräften verschleiert, ist nicht der geringste unter den Vorwürfen, den man gegen sie und die Mehrzahl ihrer Sachwalter leider erleben muss.

Passend zum Thema Endlichkeit, der grössten aller Ohnmachtserfahrungen, muss auch ich nun zum Ende kommen. Das genannte Thema liefert mir dazu ein passendes Stichwort.

Denn in die Sterblichkeit müssen sich Ärzte und Patienten gemeinsam schicken – dieses Los, diese Ohnmacht teilen sie geschwisterlich.

Ich erwähnte oben die Möglichkeit, quasi eine Meta-Ebene über der therapeutischen Beziehung aufzuspannen, auf der die Asymmetrie von Arzt und Patient ihre Unausweichlichkeit verliert. Ich zitiere dazu abschliessend aus einem Roman von Samuel Shem: *House of God*, München 1998

Samuel Shem (in Wirklichkeit heisst er Philip Bergman) ist Psychiater in Boston.

Sein Buch ist in den USA bereits 1971 erschienen und hat seinerzeit einen handfesten Skandal verursacht – so drastisch schildert es die Erfahrungen von Roy Basch, einem medizinischen Anfänger, in der Zeit seiner „Internship“. Dass die Klinik, in der Basch arbeitet, „*House of God*“ (Haus Gottes heisst, ist kein Zufall. Natürlich zielt Shem vor allem auf die Verhältnisse in den USA der sechziger Jahre; dennoch kenne ich kein treffenderes Buch über die medizinischen Initiationsriten und kann jedes Wort, das Shem geschrieben hat, nur bestätigen. Vielleicht werden nicht alle Leser bemerken, dass Shem durchaus auch eine Vision einer menschlicheren Medizin entwirft. Er legt sie dem sterbenden, von Roy Basch betreuten Dr. Sanders in den Mund. Der sagt: „Nein, wir heilen nicht. Das habe ich auch nie glauben können. Ich habe den gleichen Zynismus durchlebt, die ganze Ausbildung und dann diese Hilflosigkeit. Und doch, trotz aller unserer Zweifel, können wir etwas geben. Nicht Heilung, nein. Wir gewinnen Halt, wenn es uns gelingt, Mitleid zu haben, zu lieben. Und die grösste Liebe, die wir geben können, ist, einem Patienten beizustehen, so wie Sie mir beistehen.“ (S. 197)

Mit diesen Worten ist das Leben von Dr. Sanders zu Ende – und mein Vortrag auch. Ich danke für Ihre Geduld.

9. Juni 2008

Hr. Dr. med. Till Bastian

Schriftsteller und Arzt Psychosomatische Klinik Wollmarshöhe, Deutschland