

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Ich freue mich, Ihnen in der nun folgenden Stunde einige Gedanken darlegen zu dürfen, die ich unter den Titel stelle: Die Konkretismus-Falle. Wie komme ich auf dieses Thema? In den vergangenen Jahren habe ich mich aufgrund von gewissen Problemen in der psychoanalytischen Behandlung von sog. Frühen Störungen oder Borderlinefällen mit der kognitiven Entwicklungspsychologie des Denkens und damit der Theory-of-mind-Theorie befasst. Hier hat die Beschreibung der konkretistischen Frühformen des Denkens eine grosse Bedeutung. Davon ausgehend wurde ich vermehrt aufmerksam auf konkretistisches Denken in der somatischen Medizin und der Psychiatrie.

Lassen Sie mich den Konkretismus anhand einer Geschichte aus dem Schatzkästlein des rheinischen Hausfreunds von Johann Peter Hebel aus dem Jahr 1811 erläutern. Der Titel heisst: Der vorsichtige Träumer. Dies die Geschichte: In der Städtlein Witlisbach im Kanton Bern war einmal ein Fremder über Nacht, und als er ins Bett gehen wollte, und bis auf das Hemd ausgekleidet war, zog er noch ein Paar Pantoffeln aus dem Bündel, legte sie an, band sie mit den Strumpfbändern an den Füessen fest, und legte sich also in das Bette. Da sagte zu ihm ein anderer Wandersmann, der in der nämlichen Kammer übernachtet war: „Guter Freund, warum tut Ihr das?“ Darauf erwiderte der erste: „Wegen der Vorsicht. Denn ich bin einmal im Traum in eine Glasscherbe getreten. So habe ich im Schlaf solche Schmerzen empfunden, dass ich um keinen Preis mehr barfuss schlafen möchte.“

Vor diesem Hintergrund möchte ich nun dem Konkretismus in Medizin und Psychiatrie nachgehen. Den Gedankengang gliedere ich wie folgt:

1. Was ist Konkretismus?
2. Konkretismus in somatischer Medizin und Psychiatrie
3. Exkurs: Das repräsentationale Denken, die Ambiguität von Abhängigkeit und der Zeitgeist
4. Die „alte“ Arzt-Patient-Beziehung
5. Die „neue“ Arzt-Patient-Beziehung und die Konkretismus-Falle

1. Was ist Konkretismus?

Die englische Entwicklungspsychologin und Psychoanalytikerin Mary Target hat die Beschreibung des konkretistischen Denkens in eine prägnante Formulierung gebracht: (Folie) What is thought is real and what is real is thought. Also: Was wir denken, ist real, und was real ist, denken wir. Es gibt keinen Unterschied zwischen innen und aussen, keine innere Erlebnis- und Sichtweise der äusseren Welt und kein inneres Phantasieren in Bezug auf die äussere Welt. Wir denken sinnvollerweise im Alltag fast immer konkretistisch. Zum Beispiel denken wir alle, dass wir hier im Sunny Corner des Waldhauses in Sils versammelt sind. Wir sagen nicht, mir scheint oder ich vermute oder glaube oder nehme an, dass ich im Waldhaus bin. Vielmehr sind wir in einem Zustand, wo wir sagen, das, was wir denken, dass wir im Waldhaus sind, ist real, und die Tatsache, dass wir im Waldhaus sind, ist das, was wir denken. Damit kommen wir gut zurecht. Das Wissen, dass wir im Waldhaus sind, teilen wir miteinander, und wir gehen von einem selbstverständlichen Konsens aus, dass wir alle dieser Ansicht sind. Dem konkretistischen Denken wird in der Theory-of-mind-Theorie das repräsentationale gegenüber gestellt. Man sagt dann, dass jemand eine repräsentationale Theory-of-Mind hat. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass mentale Vorgänge ihrerseits nun repräsentiert sind. Wenn ich mich im Nebel wenige hundert Meter weiter oben bei Furtschellas verirre, sage ich, ich vermute, da vorne ist die Seilbahnstation. Ich kann nicht sage, da vorne ist die Seilbahnstation, weil mein Wissen unsicher ist. Diese Unsicherheit kann ich nur zum Ausdruck bringen, wenn ich meinen Geisteszustand repräsentiere unabhängig von der faktischen Realität, aber auf diese bezogen. Also sage ich, ich vermute oder hoffe, dass da vorne im Nebel die Seilbahnstation ist, die mich sicher zu Tal bringen kann.

Sie können diesem Beispiel entnehmen, dass eine repräsentationale Sicht mentaler Vorgänge dann notwendig ist, wenn es um die Erfassung der persönlichen Perspektive einer Person in Bezug auf eine Realität geht, d.h. wenn das Wesentliche eines Gedankens in der Art des mentalen Vorgangs der Person liegt. Zu ihrer zentralen Bedeutung kommt die repräsentationale Denkweise im Umgang mit inneren und äusseren Konflikten. Nur im Rahmen einer repräsentationalen Denkweise kann ich wahrnehmen, dass ich Schulgefühle habe, weil ich grob zu jemandem war. Und in äusseren Konflikten mit anderen Menschen ermöglicht eine repräsentationale Denkweise, meine eigene Partei als meine eigene Partei und nicht die einzig mögliche und richtige geradezu faktische Sichtweise zu sehen und so Raum zu geben für eine andere Sichtweise. So ist ein Verhandeln und Abwägen mit dem Gegner möglich, und es bleibt nicht seine Vernichtung der einzig denkbare Ausgang aus dem Konflikt. Menschen, die jemanden

im Konflikt und im Affekt töten, sind in der Regel in einem Zustand, in dem ihnen ihr konkretistisches Denken im Streit keinen anderen Ausweg lässt als den anderen umzubringen. Sie sehen hier auch, dass ein repräsentationales Verständnis des eigenen mentalen Funktionierens einen tief greifenden Einfluss auf die Affekt- und Impulssteuerung ausübt.

Für unser Thema des Konkretismus in Medizin und Psychiatrie stehen hier das Erleben, Verstehen und der Umgang mit Angst und Ohnmacht oder Allmacht an erster Stelle. Gerade unter grosser Bedrohung neigen wir zu einem konkretistischen Verständnis und zu einer entsprechenden konkreten Lösung in der Gestalt einer Handlung.

2. Konkretismus in Medizin und Psychiatrie

2.1. Konkretismus im Verständnis von Krankheit

2.1.1. in der somatischen Medizin

Grundsätzlich stellt sich dem Arzt bei jedem Befund die Frage: Ist das nun die Krankheit, die ich behandle, oder ist der Befund ein Hinweis, ein Zeichen für einen noch zu erforschenden weiteren Zusammenhang? Ich möchte das am Rückenweh etwas eingehender darlegen.

Der Rücken schmerzt. Der Patient ist vielleicht der Ansicht, sein Problem sei der Schmerz. Er will, dass der Schmerz weg ist und der Arzt ist dafür verantwortlich. Soll ihm der Arzt darin folgen und ihm Schmerzmittel verschreiben? Versteht er den Schmerz als das Problem oder als ein Zeichen für etwas Anderes? Er kann den Schmerz zum Beispiel als Ausdruck von Verspannungen infolge einer ungünstigen Belastung des Rückens verstehen und dem Patienten Physiotherapie verordnen. Oder er kann den Schmerz als Ausdruck eines Trainingsmangels mit Muskelschwäche und konsekutiver chronischer Überbelastung verstehen und den Patienten in eine Kräftigungstherapie oder ein Fitness-Center schicken. Wenn er Psychoanalytiker ist, wird er die Schmerzen in ihrem Bezug zur analytischen Beziehung untersuchen. Ich erzähle Ihnen ein Beispiel: XXX

Die Beispiele des starr ein Schmerzmittel fordernden Patienten auf der einen und der den Aufwand einer Psychoanalyse betreibenden Patientin auf der anderen Seite werfen in Bezug auf unser Thema einige Fragen auf:

1. Wie denkt der Patient über sein Symptom?
2. Wie denkt der Arzt über das Symptom des Patienten?
3. Welche Vorstellungen haben die beiden von ihrer Zusammenarbeit?

Patient und Arzt können konkretistisch denken. Der Schmerz muss weg. Er ist das Problem. Wenn er weg ist, ist das Problem gelöst, weil der Schmerz dann nicht mehr da ist. Manchmal

ist man sich einig. Oft unterscheiden sich aber die beiden in ihrer Art, das Problem zu bedenken. Dann entsteht ein Konflikt in der Arzt-Patient-Beziehung. Viele Rückenpatienten sind mit Physiotherapie einverstanden, einige auch mit einem Krafttraining und nur ganz ganz wenige legen sich auf die Couch.

Es gibt viele andere dem Rückenweh analoge Symptome wie Kopfweh, Herzsymptome, Hautausschläge, Bauchschmerzen von Kindern, hoher Blutdruck, pathologische Laborwerte.

2.1.2. in der Psychiatrie (Folie 5)

Ich erwähne einige psychiatrischen Symptome und ihr konkretistisches Verständnis:

Depression: Ich bin schlecht und schuldig (statt: Ich fühle mich bedrückt. Ich habe Schuldgefühle). Ich bin verlassen. Niemand hat mich gern (statt: Ich fühle mich verlassen und ungeliebt).

Hypochondrie: Ich habe ein Carcinom (statt: Ich habe Angst und unklare Körpergefühle und vermute, ich könnte ein Carcinom haben).

Paranoia: Ich werde verfolgt (statt: Ich habe Verfolgungsgefühle. Ich habe das Gefühl, alle sind gegen mich).

Konversion: Ich habe epileptische Anfälle (statt: Ich habe anfallsartige Zuckungen, die sich die Ärzte nicht erklären können).

Suizidalität: Ich töte mich (statt: Ich bin so voller negativer Gefühle und Impulse über mich, dass ich mich vernichten möchte).

Und das extremste Beispiel: Gewalttätigkeit: Ich töte meinen Freund (statt: Ich schäme mich).

Die psychiatrischen Behandlungen sind nie nur konkret oder nur repräsentational. Je konkretistischer das Verständnis um so konkretistischer auch die Behandlung. Es gibt entsprechend der Struktur der Patienten und der Psychiater eher dem Konkretismus nahe stehende und eher einer repräsentationalen Betrachtung nahe stehende Behandlungsarten.

2.2. Konkretismus im Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung (Folie 6)

Wie vorher schon angedeutet, spielt der Konkretismus nicht nur im Verständnis der Symptome eine grosse Rolle, sondern auch im Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung. (*weiss*) Eine konkretistische Beziehungsregulierung bedeutet zum Beispiel: Der Arzt macht nicht, was ich will. Er ist böse oder unfähig. Ich gehe zu einem anderen. Eine repräsentationale Regulierung besteht darin, dass es möglich wird, die Sichtweise, Grenzen und Möglichkeiten des anderen anzuerkennen. Das sind zentrale Fragen: Kann der Arzt die Sichtweise des Patienten und kann der Patient die Sicht des Arztes verstehen? Können die beiden voneinander lernen? Kann der

Patient die Behandlung verstehen, kann er seine Probleme mit der Behandlung verstehen? Ein Beispiel: Eine junge Frau erkrankt an einem Brustkrebs. Der Tumor ist ein Zufallsbefund, die Frau fühlt sich gesund und vital. Die Brust aber muss abgenommen werden, und nun sollte sie eine Chemotherapie machen. Sie versteht das alles. Trotzdem sträubt sie sich immer mehr gegen die Behandlung, und es kommt zu schmerzlichen Konflikten mit den Angehörigen und dem behandelnden Arzt. Was ist geschehen? Unter dem Druck der Angst hat sich das Verständnis der Patientin von der chemotherapeutischen Behandlung gewandelt. Die Cytostatika sind nicht mehr die Mittel, die den Krebs bekämpfen, sondern sind selbst die konkreten Feinde geworden, die sie angreifen und gegen die sie sich wehren muss. Von da weitet sich die Bedrohung durch das Böse auf den Arzt selbst aus, der zu ihrem Bedroher wird; wenn er konkret weg ist, wenn sie also nicht mehr zu ihm geht, fühlt sie sich leichter. Sie kann nicht mehr verstehen, dass sie sich zwar gesund fühlt, aber trotzdem krank ist, sondern nimmt ihr gesundes Selbsterleben für die Gesundheit selbst.

Konkretistische Beziehungsregulierung entsteht meist, wenn die Affekte intensiv werden. Die intensiven Gefühle können dann nicht mehr als Signale, als Hinweise für ein inneres oder Beziehungsgeschehen verstanden werden, sondern müssen in erster Priorität konkret unterbrochen werden. Dies geschieht durch Veränderungen an der Beziehung, die man als konkretistische Beziehungsregulierung verstehen kann. Konkretistische Beziehungsregulierung kann auch vom Arzt ausgehen. Berühmt ist die Geschichte oder Legende, dass der Wiener Internist Josef Breuer die Behandlung der Anna O., der ersten Patientin der Psychoanalyse, aus Angst vor sexuellen Verwicklungen abgebrochen habe. Alltäglicher ist die Überweisung aus der hausärztlichen Praxis an einen Psychiater zum Zeitpunkt, wo der Ärger über den Patienten unerträglich geworden ist, oder die Verdünnung der Stundenfrequenz beim Psychotherapeuten, wenn dem Patienten oder dem Psychotherapeuten Gefühle, z.B. Scham, zu intensiv werden.

2.3. Konkretismus um Verständnis der Wissenschaft (Folie 7)

Wie jeder Mensch, der vor einer unklaren praktischen Aufgabe steht, befindet sich der Arzt immer in einem Spannungsfeld zwischen Handeln oder Verstehen. Ist sein Verständnis der angetroffenen unklaren Situation der Erkrankung seines Patienten schon so weit fortgeschritten, dass nun Handlungen angezeigt sind, oder muss er seine Erforschung der Situation noch weiter treiben, um das Verständnis zu vertiefen? (*weiss*)

Die Aufgabe ist komplex. Im Lauf seiner Aus-, Weiter- und Fortbildung geht dem Arzt das Konzept der Praxis als Angewandter Wissenschaft in Fleisch und Blut über, ein Konzept, das in der Art, wie unsere Gesellschaft an Probleme herangeht, eine grosse Rolle spielt. Die Beziehung zwischen Wissenschaft und Praxis ist hierarchisch. Die Wissenschaft erarbeitet das Wissen und transferiert es im Rahmen der Ausbildung an die Praktiker, die es dann anwenden. Dahinter steht die Vorstellung, dass die Probleme, die der Praktiker antrifft, den Problemen entsprechen oder gleichen, die die Wissenschaft erforscht. Wie Sie alle wissen, hat dieses Konzept der Praxis als Angewandter Wissenschaft in den vergangenen Jahrzehnten massive Kritik erfahren, und in der so genannten Postmoderne ist die Stellung der Wissenschaft in der Praxis prekärer als früher. Es ist klarer geworden, dass Wissenschaft nicht Wahrheit erbringt, sondern Argumente. Verständnis von wissenschaftlichen Ergebnissen als Wahrheit ist im Sinne dieses Gedankengangs Ausdruck einer konkretistischen Konzeption von Wissen, während ein Verständnis von wissenschaftlichen Ergebnissen als Argument Ausdruck einer repräsentationalen Sichtweise von Wissen ausdrückt. Im ersten Fall erzwingt Wissenschaft eine Generalisierung ihres Wissens, im zweiten ist eine Generalisierung über einen Konsens möglich, muss sich aber immer wieder neu bewähren.

Wenn aber die Situation, der der praktische Arzt begegnet, nicht schon von der Wissenschaft erforscht ist, ist sie vorerst unstrukturiert. Die erste Aufgabe des Praktikers besteht in einer adäquaten Problemkonstruktion. Im Gegensatz zu den oft konkretistischen Ratschlägen und Anweisungen aus der Weiter- und Fortbildung ist das Vorgehen des Praktikers sinnvollerweise primär nicht lösungsorientiert. Wenn der Fall nicht tatsächlich einer Standardsituation entspricht, zeichnet sich Lage des Arztes durch Komplexität, Ungewissheit, Instabilität, Einzigartigkeit aus. Sie ist mit Ziel- und Wertproblemen verbunden, und der Praktiker steht in einer intensiven Beziehung mit einem eigenständigen, manchmal unberechenbaren Patienten. Nur in einfachen oder seltenen Fällen entspricht die angetroffene Situation einer von der Wissenschaft erforschten Fragestellung. Deshalb macht sich der gute Praktiker eine neue, auf den Fall zugeschnittene Theorie, die ihm helfen soll, ein für diesen Fall optimales Vorgehen zu finden. Dies ist seine Art von fallbezogener Forschung, die sich in ihren Zielen, ihren Kriterien und in ihrer Vorgehensweise von akademischer wissenschaftlicher Forschung deutlich unterscheidet.

Der Praktiker im beschriebenen Sinn übernimmt viel Verantwortung, und er ist allein. Sein Denk- und Entscheidungsspielraum ist gross. Niemand sagt ihm konkret, was er zu tun hat.

An einem bestimmten Punkt seiner Problemkonstruktion in der Erforschung des einzigartigen Falls entscheidet er sich für eine bestimmte Betrachtung des Problems und für ein bestimmtes Vorgehen, das er dem Patienten dann vorschlägt.

Die Gefühle eines Praktikers im oben dargestellten Sinn sind verschieden von denen eines Praktikers im Sinn der Angewandten Wissenschaft. Letzterer muss weniger Angst und Ungewissenheit ertragen. Er weiss, dass er sich im Sinne von Autoritäten verhält. Er ist nicht allein. Das gibt ihm Sicherheit. Er hat sich an die konkreten Anweisungen gehalten. Wenn sich sein Vorgehen nicht bewährt, hat er immer noch den Trost, dass er es nicht ganz allein verantworten muss. Der Praktiker im oben dargestellten Sinn ist allein, weil sein Fall in seiner Einzigartigkeit auch allein ist. Er muss mehr Angst aushalten, einen Fehler zu machen. Er ist für seine Fehler allein verantwortlich.

2.4. Der Arzt zwischen Handeln und Verstehen (Folie 8)

Wir haben nun die konkretistische Denkweise im Denken über Krankheit in somatischer Medizin und Psychiatrie, im Denken über die Arzt-Patient-Beziehung und im Verständnis von Wissenschaft bei Lehrenden und Lernenden kennen gelernt.

Die Frage, ob es zu einer konkretistischen Verwechslung eines Symptoms mit einer Krankheit, zu einer konkretistischen Verleugnung oder zu einer konkretistischen Behandlung eines Befundes kommt oder aber zu einem vertieften Verständnis im Sinne einer Gesamtdiagnose nach Balint hängt von drei interdependenten Faktoren ab: der Struktur der beteiligten Personen, den ausgelösten Emotionen und der Sicherheit in der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Zur Struktur der Personen: Die Fähigkeit zu einer repräsentationalen Denkweise ist ein wesentliches Strukturmerkmal eines Menschen. So genannte Frühe Störungen oder Borderlinefälle haben eine ausgeprägte Tendenz, schon unter geringer emotionaler und konfliktiver Belastung konkretistisch zu denken und geraten in entsprechende furchtbare Verwicklungen mit ihrer Umgebung und sich selbst. Starke Emotionen - in unserem Zusammenhang wohl vor allem Angst und Ohnmacht oder Allmacht - drängen einen Menschen- sei er Arzt oder Patient - zu einer konkretistischen Betrachtungsweise, beeinträchtigen das repräsentationale Denken und üben einen Handlungsdruck aus. Wir kennen das wohl alle aus unserer Lebenserfahrung. Andererseits gibt Sicherheit in der Beziehung, das gegenseitige Vertrauen, einen Halt, der Unsicherheit, Zögern, Warten, Suchen oder eben im oben genannten Sinn Forschen am Einzelfall ermöglicht.

Diese Überlegungen unterstreichen die Bedeutung des repräsentationalen Denkens für den Arzt. Eine zentrale Rolle in der Entwicklung und Aufrechterhaltung repräsentationalen Denkens unter Belastung kommt der Beziehung zu. Im Folgenden wende ich mich nun dem Zusammenhang von repräsentationalem Denken und Beziehung zu. (*Folie 9*)

3. Exkurs: repräsentationales Denken, die Ambiguität von Abhängigkeit und der Zeitgeist

3.1. Die Entwicklung des repräsentationalen Denkens in der Kindheit: die Bedeutung der Abhängigkeit

Als erstes möchte ich der Frage nachgehen, unter welchen Bedingungen sich in der Kindheit repräsentationales Denken in Bezug auf die Aussen- und die Innenwelt entwickelt. (*Folie 10*) Die unabdingbare Voraussetzung dafür, dass aus den angeborenen Anlagen ein menschliches Subjekt entstehen kann, ist die stabile Interaktion mit erwachsenen Personen, an die das kleine Kind gebunden ist. Die psychoanalytische und die nicht-psychoanalytische entwicklungspsychologische Forschung lehren uns, wie bedeutsam die Bindung an wenige psychisch gut entwickelte Erwachsene für die Entwicklung des eigenen subjektiven Selbst ist. Die tausenden von Begegnungen mit den immer gleichen Erwachsenen, die sich auf die Subjekthaftigkeit des Kindes beziehen, es als eigenständige Person mit einem eigenen Innenleben ansprechen, lassen das Kind zum subjektiven Selbst werden. Erst in der intersubjektiven Dyade entwickeln sich die angeborenen Anlagen weiter, und zwar sowohl in psychologischer wie auch in neurobiologischer Betrachtung. Dabei spielt die Psyche des Erwachsenen für die Entwicklung des Kindes eine strukturierende Rolle. Das kleine Kind erlebt sich selbst und andere noch nicht als abgegrenzte subjektive Personen mit einer je eigenen Innenwelt. Vielmehr geht es davon aus, dass alle Erwachsenen das gleiche Wissen und die gleichen Überzeugungen und Wünsche haben und dass sein Wissen auch allen anderen zugänglich ist. Im Laufe der ersten Lebensjahre entwickelt es ein Verständnis darüber, dass sein Wissen und seine Wünsche seine persönliche Perspektive ausdrücken, dass es ein abgegrenztes subjektives Wesen ist und dass andere Menschen anderes Wissen und andere Wünsche und Überzeugungen haben. Damit erwirbt es die Möglichkeiten einer repräsentationalen Theory of Mind. Dies ist ein schmerzhafter Vorgang, der in der ödipalen Phase gipfelt. Mit dem so genannten Untergang des Ödipuskomplexes begreift es, dass es ein Kind ist und in die Schule gehen muss, um eine grosse Frau oder ein grosser Mann zu werden.

Die für den Menschen charakteristische, aus der Evolution hervorgegangene lange Kindheit ist eine Periode grosser, allmählich abnehmender Abhängigkeit, die ein jahrelanges intensives intersubjektives Lernen in der Familie ermöglicht.. Während das Baby in seiner physiologischen, affektiven und kognitiven Regulierung noch ganz von seiner Mutter abhängig ist, verfügt das präpubertäre Kind schon über eine beträchtliche subjektive Eigenständigkeit, die insbesondere in einer repräsentationalen ToM besteht.

3.2. Der „Nachteil“ der langen Kindheit mit Abhängigkeit (*Folie 11*)

Die lange Kindheit mit Abhängigkeit von den Erwachsenen ermöglicht eine gewaltige geistige Entwicklung und den Eintritt des Kindes in die Kultur, geht aber andererseits mit einer unheimlichen, das Schicksal der Menschheit determinierenden Komplikation einher: der Bildung des psychoanalytischen Unbewussten. In den Jahren der intensiven abhängigen Beziehung zu den Eltern entstehen viele Konflikte, Impulse und Phantasien, die sich dem Entwicklungsstand des Kindes entsprechend vor allem um seinen Körper drehen. Sie sind zum grössten Teil konkretistisch gedacht. Ihre Bewältigung erfolgt zum Teil durch Überführung in einen repräsentationalen Modus und zum Teil durch Verdrängung. Dadurch entsteht das psychoanalytische Unbewusste. Wie Sie wissen, bereitet uns dieses Unbewusste dann zeitlebens Schwierigkeiten. Es mischt sich da und dort ein über heftige Gefühle und intensive Stimmungen, sture Meinungen, Hemmungen, Symptome, starre Beziehungserwartungen, drängende Impulse usw. In der psychoanalytischen Theorie sprechen wir von Übertragungen. Die Bewältigung all dieser Scherereien bringt uns – ungerne - in Psychotherapie oder Analyse. Hier versuchen wir, das konkretistische Unbewusste da und dort mit Hilfe des repräsentationalen Modus von uns selbst und des Therapeuten einer repräsentationalen Betrachtung zugänglich zu machen. Die lange Kindheit mit Abhängigkeit von den Eltern ermöglicht also nicht nur die Entwicklung von repräsentationalem Denken, sondern lässt auch das konkretistische Unbewusste entstehen, das uns in viele Verstrickungen stösst.

Die Entwicklung der Fähigkeit zur repräsentationalen Denkweise ist einerseits auf eine stabile Abhängigkeitsbeziehung in der frühen Kindheit angewiesen und andererseits dann aber auch gerade die Voraussetzung dafür, dass die ihr inhärenten unbewusst determinierten Konflikte die Beziehung nicht zerstören. Abhängigkeit ermöglicht die Entwicklung repräsentationalen Denkens, und repräsentationales Denken ermöglicht Abhängigkeit. Abhängigkeit in einer lang dauernden Beziehung bedeutet aber auch das Risiko zu qualvoller, vom Unbewussten angestossener Verstrickung. Dies ist die Ambiguität der Abhängigkeit. Gelingt es, die Kon-

flikte repräsentational zu verstehen und zu entschärfen, sich zu versöhnen, oder prallen die Gegensätze ohne Verständnis von sich selbst und von der Gegenseite aufeinander, so dass die Affekte immer heftiger werden und der Streit eskaliert bis zum Bruch oder zur Unterwerfung des einen unter den anderen? Dies bleibt zeitlebens eine verletzliche Stelle jedes Menschen. Wir funktionieren alle problemlos konkretistisch wie das Eingangsbeispiel gezeigt hat. Auch repräsentational können die meisten Menschen unter geringer Belastung funktionieren. Aber ob es unter wie grossen emotionalen Belastungen und wie intensivem Involviertsein gelingt, eine repräsentationale Denkweise beizubehalten, ist eine andere Frage. Nur zu oft eskalieren die Konflikte und Spannungen, und es kommt statt zu Denken zu Handlungen wie Beschimpfungen, Gewalt, Impulsivität, Selbstverletzung, Suchtmittelkonsum, Trennung, sexuellen Handlungen etc.

3.3. Der Zeitgeist: Unabhängigkeit statt Verstrickung (Folie 12)

Leidvolle Übertragungsverstrickungen entstehen in allen länger dauernden menschlichen Beziehungen mit gegenseitiger Abhängigkeit. So insbesondere natürlich in den sexuellen Paarbeziehungen und zwischen Kindern und Eltern. Es scheint mir, dass das Leiden daran und die Enttäuschung über die Abhängigkeit in der westlichen Gesellschaft zu einer Abwertung von Abhängigkeit geführt hat. Heute sprechen wir vom kompetenten Säugling, von der emanzipierten Frau, vom selbständigen Mann. Menschen sind mobile Einzelwesen im Getriebe des freien Personen-, Waren- und Kapitalverkehrs. Abhängigkeit ist verpönt. Das Kind soll möglichst selbständig sein. Schon der kleine Säugling wird gelobt, wenn er seine Flasche beim Trinken selber hält. Der Jugendliche soll möglichst früh seine Angelegenheiten selbst regeln. Angesehen ist die Frau, die nicht auf ihren Mann angewiesen ist, und der Mann, der nicht von seiner Frau abhängig ist. Das interdependente Paar als zentrale Achse des Lebens hat ausgedient. Auch die Firma und die Vereine soll man gut gelaunt jederzeit wechseln können. Wo immer man hinkommt, soll man ein aufgestelltes Teammitglied sein. Es ist eine Welt ohne Abhängigkeit und ohne Trennung, Trauer und Schmerz. Dahinter steht das Ideal der Androgynie, wie es z.B. die französische Philosophin Elisabeth Badinter propagiert, das zu einer autoerotischen omnipotenten Bisexualität des einzelnen hinführen soll, der sich selbst genügen kann. Der androgyne Mensch wähnt sich omnipotent und unabhängig, er strebt eine Ich-Vollkommenheit an und ist nicht in eine Partnerschaft eingebunden.

Wir stehen heute im Spannungsfeld zweier gegensätzlicher Strömungen. Während die neurobiologische, entwicklungspsychologische und psychoanalytische Forschung immer ausführli-

cher die Bedeutung von stabiler Abhängigkeit der Kinder von Erwachsenen für die Entwicklung von Gehirn und Psyche dokumentieren und Korrelationen von gestörter Abhängigkeit und gestörter Entwicklung aufzeigen, geht der gesellschaftliche Trend hin zu einem allseits flexiblen Menschen ohne Abhängigkeiten.

Nach diesem Exkurs in Entwicklungspsychologie und Zeitgeistbetrachtung möchte ich nun zur Arzt-Patient-Beziehung zurückkehren.

4. Die „alte“ Arzt-Patient-Beziehung (Folie 13)

Kranksein bedeutet Verlust von Autonomie und Kompetenz im Leben. Kranksein geht einher mit Ohnmacht und Hilflosigkeit. Kranksein macht abhängig. Am unabwendbarsten ist diese Tatsache, wenn man zu Tode erkrankt ist. In der Arzt-Patient-Beziehung von früher, wo man seinen Arzt hatte, hatte man über lange Zeit eine stabile Arzt-Patient-Beziehung. Darin konnte man vielleicht hilflos und abhängig sein. Der Arzt war eine langjährige Vertrauensperson mit grossem Wissen und Können. Beide – Arzt und Patient – waren sich darüber einig. Die auf Vertrauen basierende Zusammenarbeit ermöglichte eine umfassendere Beurteilung der Krankheit in ihrem sozialen, seelischen und biologischen Zusammenhang, die Balint Gesamtdiagnose nannte. Patient und Arzt hatten die Möglichkeit, etwas zu verstehen. Vor diesem Hintergrund entstand in den Fünfziger Jahren die BGA. Längere Arzt-Patient-Beziehungen lösen – wie alle lange dauernden Beziehungen - bei Patient und Arzt die oben erwähnten Verstrickungen oder Übertragungsvorgänge aus. Dies ist eine psychoanalytische und gedächtnispsychologische Erkenntnis. Es geht dabei um die unbewusste Einflussnahme von unbewussten Konditionierungen, Erfahrungen, Überzeugungen, Phantasien, Wünschen und Traumata auf die Abhängigkeitsbeziehung zwischen Patient und Arzt. Der Vorgang findet bei beiden Beziehungspartnern statt, wenn auch beim abhängigen in der Regel intensiver. Übertragungsvorgänge komplizieren jede aktuelle Beziehung. Sie sind in der Regel konkretistisch, heftig, starr und unbewusst. Sie sind für ihren Träger die selbstverständliche, einzig denkbare Realität. Deshalb führen sie in der Arzt-Patient-Beziehung mit Abhängigkeit zu leidvollen Verstrickungen und Missverständnissen jeglicher Art, und stören die Arbeit mit dem Patienten massiv.

5. die „neue“ Arzt-Patient-Beziehung (Folie 14)

Der oben skizzierte Zeitgeist hat auch in der Medizin Einzug gehalten und die realen, von diesem Zeitgeist mitgestalteten Lebensverhältnisse zwingen Arzt und Patient eine unverbind-

lichere Arzt-Patient-Beziehung auf, in der Abhängigkeit weniger entsteht und entstehen darf. Abhängigkeit ist verpönt. Eine Behandlung muss rasch und effizient sein. Dagegen hat niemand etwas. Die These hier aber ist, dass der Druck zu raschen und effizienten Behandlungen und die Entwertung von Abhängigkeit als ineffizient und ausbeuterisch, die Risiken von Abhängigkeit gegenüber den ihr innewohnenden Chancen unter bestimmten Bedingungen überbetont. Behandlungsvorschriften, medizinische Moden in der Öffentlichkeit, Haftpflichtfälle, Kostenrückerstattungsprozesse und die damit einhergehenden Gerüchte und Verfolgungsgefühle untergraben die Eigenständigkeit und Sicherheit des Arztes. Seine Angst lässt ihn auf Nummer sicher gehen oder die Gefahr verleugnen. Beides sind konkretistische Denkschritte zur Lösung der eigenen Angst. Der Patient hat Angst vor der Krankheit. Die Angst des Arztes und die Angst des Patienten treffen sich. Das ist zuviel für die so kurze Beziehung, und sie einigen sich auf eine konkretistische Vorgehensweise, die die Angst und Ohnmacht sogleich entspannt oder die Allmacht befriedigt: eine vorzeitige Behandlung, eine magische Verleugnung, eine Überweisung zu einem Spezialisten oder einer technischen Untersuchung. Die durch die Angst bedingte Beschädigung der Arzt-Patient-Beziehung führt bei komplexen Problemen zu einer Zersplitterung, in der der Überblick verloren geht und niemand mehr über die Situation wirklich nachdenkt

Die geschilderten immanenten Schwierigkeiten in Abhängigkeitsbeziehungen und die allgemeine Abwertung von Abhängigkeit haben zu einer Vermeidung von Abhängigkeitsbeziehungen in der Medizin geführt. Damit einher geht eine Ausbreitung konkretistischen Denkens, das seinerseits raschen Lösungen und Trennungen Vorschub leistet. Das nenne ich die Konkretismus-Falle: Konkretistisches Denken zerstört Abhängigkeit und fehlende Abhängigkeit fördert konkretistisches Denken. (*Folie 15*)

Was ist die Aufgabe der BGA in diesem Kontext? BGA zieht genau in die gegenteilige Richtung. Sie gibt den verschiedenen Sicht- und Erlebensweisen von verschiedenen Aspekten des vorgetragenen Falles in der Gruppe Raum und erarbeitet eine Repräsentation und Interpretation von emotionalen und kognitiven Vorgängen in der Gruppe in Bezug auf den vorgestellten Fall. Sie ist Arbeit am Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung, an der Situation des Patienten und an der Situation des Arztes. Durch dieses erlebte Verständnis leistet sie einen Beitrag zur Stabilisierung der Arzt-Patient-Beziehung. Diese Stabilisierung vertieft, wenn nötig, die Abhängigkeitsbeziehung und ermöglicht eine Gesamtdiagnose nach Balint und ein wohl überlegtes Vorgehen. Aktivität oder Passivität in der Behandlung sind weniger von konkretistischer Spannungslösung durch Handeln oder Verleugnen gesteuert. Die Stabilisierung der Arzt-

Patient-Beziehung erhöht aber auch das Risiko von belastenden neuen Verstrickungen. Aufgabe von BGA ist nicht nur die Vertiefung der Arzt-Patient-Beziehung und des Verständnisses der Krankheit, sondern auch die adäquate, d.h. der Situation des Vorstellenden angepasste Handhabung des Verstrickungsrisikos.

©Thomas Stark, St. Georgenstrasse 46, 8400 Winterthur, Schweiz,
0041 52 212 31 31, tstark@hin.ch