

14 Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Präsenztherapie – ein Modellprojekt

Karsten Wolf

(für das gesamte Behandlungsteam der Station Hans Lungwitz, siehe Danksagung)

Zusammenfassung



Präsenztherapeutische Ansätze erweisen sich als sinnvolle und förderliche Ergänzung in psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlungen. Eine besondere Wirksamkeit scheint in der Behandlung von Patienten gegeben zu sein, die unter einer „hypertrophen Hermeneutik bei Präsenzmangel“ leiden. Dieser Zustand findet sich insbesondere bei Stressfolgeerkrankungen (Depressionen etc.). Behandlungsziel kann im Kern des Ansatzes die Förderung von verloren gegangenen Präsenzfähigkeiten (Wahrnehmen und Erleben von Präsenzgeladenen Momenten) bei Milderung hypertropher Hermeneutik sein. Am Erfolgversprechendsten erweist sich eine sehr individuelle „gesunde Balance“, also im therapeutischen Prozess ein Oszillieren zwischen Sinn- und Präsenzkultur (zwischen Interpretieren/Deuten einerseits und Förderung von Nicht-deutbarem Präsenzerleben andererseits). „Umgebungsbedingungen“ zur Förderung von Präsenz liegen neben architektonischen Gegebenheiten (S. 77) insbesondere im Behandler selbst, also in eigenen Präsenzfähigkeiten, in Behandlungs-erfahrung, aber besonders im eigenen „Stress-level“. Für die Einbettung von präsenztherapeutischen Ansätzen scheinen die psychodynamischen Psychotherapieverfahren inklusive der Psychoanalyse besonders gut geeignet, wohingegen die von ihrem Grundverständnis her mechanistisch-reduktionistisch konstruierten und verstandes-fokussierten verhaltenstherapeutischen Verfahren per se eher weniger geeignet erscheinen. Sehr konkrete präsenztherapeutische Techniken sind in der Erkenntnistherapie von Hans Lungwitz enthalten und können leicht in die therapeutische Praxis einzbezogen werden.

„Der Umgang bzw. Zugang zu diesen Phänomenen erfordert spielerisches Tasten, Erproben, fragendes Erkunden, Handeln und z. T. auch deutlichere For-

men des Sich-Ziegens des Analytikers. (...) Entscheidend bei diesem Spiel in und mit Präsenz ist der vorübergehende Verzicht, eine verborgene Bedeutung ausfindig machen zu wollen, was die Entstehung von Präsenz sofort unterbrechen würde“

Schmidt 2014

Im November 2016 entschied sich das Mitarbeiter-Team der Station Hans Lungwitz am Zentrum für Seelische Gesundheit Marienheide, Präsenzphänome auf ihrer Station zu beobachten und ihre Einbettung in die jeweiligen Umgebungsbedingungen so systematisch wie möglich zu erfassen. Diese erste Phase, in der es darum ging, ein Gefühl für das plötzliche Auftauchen von Präsenzphänomenen zu erhalten, ging in eine zweite Phase erster vorsichtiger Interventionsversuche über, um herauszufinden, inwieweit das spontane Auftauchen von Präsenzmomenten therapeutisch nutzbar ist. In dieser Phase zeigte sich auch, mit welchen anderen Psychotherapiemethoden sinnvolle Verbindungen präsenztherapeutischer Ansätze möglich scheinen.

Anlass für die Art des Vorgehens zur Entwicklung und Implementierung präsenztherapeutischer Ansätze war u.a. die Beobachtung, dass Patienten, die an Stressfolgeerkrankungen (z.B. Depressionen, einige Somatoforme- und Angst/ Zwangserkrankungen) leiden, kaum noch oder gar nicht mehr in der Lage sind Präsenz im Sinne Gumbrechts zu erleben oder wahrzunehmen. Solche z.B. depressiven Patienten erleben sich in rationalem Grübeln gefangen (hypertrophe Hermeneutik), von Losigkeiten (Gefühllosigkeit, Antriebslosigkeit, Hoffnungslosigkeit u.a.) gequält und sie fühlen ihre Leiblichkeit nicht mehr. Nach Hans Lungwitz könnte man formulieren, dass sich ein pathologisches Übergewicht von Verstandesanteilen gegenüber Gefühlsanteilen und Gegenstandsanteilen (Sensomotorik/Leiblichkeit) vorfindet, also eine Durchdringungseinheit mit hypertropher Hermeneutik bei gleichzeitigem Mangel an Präsenzkultur; siehe Kapitel 3 (S.38) und 13 (S. 126). Auch ist zu beobachten, dass zahlreiche solcher Patienten im Verlaufe einer Remission ihrer Erkrankung langsam wieder eine Fähigkeit zu Präsenz-

wahrnehmung und -erleben entwickeln. Meine persönliche Beobachtung ist, dass depressive Patienten mit lediglich Teilremission, die zwar wieder kognitiv genügend funktionieren, um in Beruf und Familie reintegriert zu werden, aber weiter eher leblos und unbezogen wirken und weiter keine Präsenz wahrnehmen und erleben können, häufiger und schneller wieder einen Rückfall erleiden, als andere Patienten mit Wiedererlangung von Präsenzfähigkeiten (dies wäre eine von vielen Hypothesen, die es in Zukunft zu überprüfen gelte).

Darüber hinaus läge die erfahrungsgestützte Hypothese nahe, dass die Fähigkeit zu Präsenzwahrnehmung und -erleben eng mit Lebensqualität und Zufriedenheit/Glücklichsein korreliert. Auch dies ließe sich durch Einsatz entsprechender psychometrischer Verfahren in Zukunft leicht prüfen.

14.1 Die Modellstation zur Präsenztherapie

Bei der Modellstation zur Erforschung von Präsenztherapie ► Abb. 14.1 (im Sinne einer ersten Hypothesenbildenden Phase) handelt es sich um eine offene 16-Betten-Privatstation mit einer sehr großen Vielfalt an Erkrankungsbildern unterschiedlichster Schweregrade aus dem Bereich der Erwachsenen-Psychiatrie und -Psychosomatik. Neben vereinzelten Psychosen, demenziellen Syndromen, Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen wird die Station insbesondere von Depressionen, Angsterkrankungen, Neurosen und Somatiformen Erkrankungen geprägt, von denen wir die meisten als Stressfolgeerkrankungen fassen können. Die Station ist geschlechtergemischt mit Patienten zwischen 18 Jahren bis hin zu über 90-

Jährigen bei einer Verweildauer zwischen wenigen Tagen bis zu über einem Jahr.

Das Behandlungsteam der Station besteht aus Ärzten, Psychologen, körperorientierten Therapeuten, Ergo-/Sporttherapeuten und Fachpflegekräften in Bezugspflege. Die Grundausrichtung dieser Station, sowie der gesamten Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ist psychodynamisch (Klinik für Psychodynamische Psychiatrie und Psychosomatik), vereinzelt werden additiv Techniken aus anderen Verfahren wie Erkenntnistherapie, Systemischer Psychotherapie, Verhaltenstherapien, Sexualtherapien u.a. eingesetzt, ohne dass die psychodynamische Grundhaltung verlassen wird.

Die Station befindet sich in einem in den 50er Jahren als Lungenfachklinik konzipierten Stationsgebäude in Einzellage in einer weitläufigen parkähnlichen Anlage. Der großräumige Wintergarten mit angedeutetem fließenden Übergang von innen nach außen erinnert an die Grundidee in der Architektur von Kengo Kuma (S.77). Die 150-Betten-Klinik selbst liegt am Rande einer Kleinstadt mit knapp 14.000 Einwohnern in bewaldeter und seenreicher Umgebung im Oberbergischen Kreis nordöstlich von Köln. Die Patienten stammen zu ca. 60 % aus dem Oberbergischen Kreis und zu ca. 40 % aus überregionalen Gebieten, zumeist aus dem Kölner Raum oder dem Ruhrgebiet.

14.2 Präsenzerleben versus hypertrophe Hermeneutik bei Patienten

Präsenztherapeutische Ansätze scheinen sich besonders für Patienten zu eignen, die unter Stressfolgeerkrankungen (z.B. Burnout bedingter uni-



Abb. 14.1 Modellstation zur „Präsenztherapie“ am ZSG Marienheide.

polarer Depression) leiden; aber auch darüber hinaus finden sich vielerlei psychische Erkrankungen,

gen, in denen ein Präsenzmangel bei hypertropher Hermeneutik prägend ist.

Beispiel 2: Hypertrophe Hermeneutik und Paardynamik.

B

Ausführliche Version von Beispiel 2 aus Kapitel 1 (S. 17)

Ein Mitte 50 Jahre altes kinderloses Ehepaar sucht psychotherapeutische Hilfe, da die Ehe „versendet“ sei. Sexualität und Körperlichkeit werde seit vielen Jahren nicht mehr gelebt, aber auch nicht vermisst (vermindertes sexuelles Verlangen). Streitereien habe es bis auf die ersten Wochen der Partnerschaft vor 17 Jahren nie gegeben, jetzt würden beide unter Leblosigkeit, Adynamie, Monotonieerleben und schneller Erschöpfbarkeit leiden. Einige Gemeinsamkeit bestehe in der sporadischen Teilnahme an Bibellesungen in einer christlich-protestantischen Gemeinde und in eigenen Bibellesungen und Analysen der Bibel-Textstellen zu zweit am Wochenende zu Hause.

Größtes Problem sei aktuell allerdings ein seit einem Jahr immer weiter zunehmendes depressiv-ängstliches Syndrom des Mannes, der insbesondere Antriebsmangel, Stimmungsverlust, Freudlosigkeit und Schlaflosigkeit beklagt, sowie unter unbestimmten Ängste, Sorgen, Befürchtungen und punktuellen Panikattacken mit Schwarzwerden vor Augen, Wortfindungsstörungen und dann auch verwischter Sprache leide. Körperlich-neurologisch findet sich keine Erklärung für die Symptome. In einer sportmedizinischen Untersuchung fällt eine erheblich verminderte kardiale Leistungsfähigkeit des kachektischen Mannes bei deutlich verminderter Herzfrequenzvariabilität als Zeichen chronischen Stresslevels auf. Wenige Jahre nach Beginn der Partnerschaft habe der Mann seinen ehemals sehr regelmäßigen und intensiven Ausdauersport (Marathonlauf) wegen beruflicher Überlastung und Beeinträchtigung des Ehelebens vollständig eingestellt.

Der Mann berichtet, kurz vor Beginn der Symptome in eine leitende Position in einem global tätigen Unternehmen mit 20 ihm unterstellten Mitarbeitern gewechselt zu sein, nachdem er zuvor einen eher „ruhigen“ Bürojob gehabt habe, in welchem er „viel mit Zahlen jonglieren durfte“ und seinem Chef ohne besonderen Zeitdruck zugearbeitet habe. Manchmal habe er damals tagelang keinen Kollegen gesehen, sondern habe sich gänzlich in seine Zahlen vertiefen können. Seit dem Wechsel in die

leitende Position habe er die Aufgabe, die 20 Mitarbeiter zu überwachen und anzuleiten, die im Wesentlichen seinen alten Job ausführen würden. Die täglichen kleinen und großen Unstimmigkeiten und Streitereien unter seinen Mitarbeitern versuche er beständig zu schlichten, häufig nehme er auch unerledigte Arbeit von Mitarbeitern mit nach Hause und erledige diese dort, um Streitereien von vornherein zu verhindern. Er sei – seinen Angaben zu Folge – ein sehr beliebter Chef, der alle Probleme vernünftig und ruhig mit seinen Mitarbeitern ausdiskutiere. Große Probleme bereite ihm sein neuer Chef, der sehr cholerisch und streitsüchtig sei, und „mittlerweile als regelmäßiger Stammkunde in meinen Albträumen rumgeistert“.

In der psychiatrischen Untersuchung zeigt sich der Mann psychisch und körperlich adynam, hypomimisch, affektstarr und in seinen Ausführungen verlangsamt und beständig, insbesondere rationalisierend. Gefühle werden auf Nachfrage nur nach langem Nachdenken benannt, allerdings kaum nachführbar. Der Mann besticht durchweg durch ein hohes Maß an Intellektualität und Wortgewandtheit bei gleichzeitig unmoduliert und leblos wirkender Erzählweise.

Die in der Untersuchung kontaktlos und unbewusst nebeneinandersitzenden Ehepartner berichten, dass sie sich vor 17 Jahren kennengelernt hätten, aber schon wenige Wochen nach Gründung eines gemeinsamen Haushalts eine Eheberatung aufgesucht hätten. Die Eheberatung sei von Freunden ihrer Gemeinde empfohlen worden, nachdem die Frau zunehmende Ängste und psychosomatische Beschwerden entwickelt hatte, die sie auf das ihr zu dominante Auftreten und Verhalten ihres Mannes zurückführte. In der Eheberatung sei herausgearbeitet worden, dass sich die Frau bei jedem nur schon im Ansatz dominanten Verhalten des Mannes immer an ihren Vater erinnert fühle, den sie als dominanten, impulsiven, sehr unmittelbaren und emotionsgeladenen Vater erinnert. In der Eheberatung sei der Frau beigebracht worden, bei jedweden aufkommenden negativen Gefühlen sofort das „vernünftige Gespräch“ mit ihrem Partner zu suchen, dem Mann wurde beigebracht, seine Gefühle zu kontrollieren und den Gefühlen möglichst weder mimisch noch in anderer Art und Weise Aus-

druck zu verleihen. Diese Dynamik paarte sich zudem mit einem hohen moralischen Anspruch und einer entsprechenden sozialen Kontrolle in der christlich-protestantischen Gemeinde.

Über die Jahre des Zusammenlebens hinweg sei nach Aussage der Frau ihr Mann immer „verträglicher“ geworden, er habe ihr alle Wünsche „von den Augen ablesen können“ und alle Freundinnen hätten sie um ihren Mann beneidet. In den letzten Jahren allerdings haben sie ihren Mann als allzu leblos und „unterwürfig“ empfunden, insbesondere seine

Art, mit seinen Mitarbeitern umzugehen und deren Arbeit selber am Wochenende zu erledigen, habe sie zunehmend wütend gemacht, einige Male habe sie ihn sogar angeschrien, er habe sie aber nur mit seinen „Hundeaugen“ angeschaut und kein Wort hervorgebracht.

In der psychiatrisch-psychotherapeutischen Exploration zeigt sich der Mann präsenznivelliert, emotionsarm, ausgeprägt aggressionshemmt bis aggressionsnivelliert und übermäßig rationalisierend.

Psychodynamisch denkt man an die Ambivalenz der Frau bezüglich des väterlich-dominanten Objekts und die entsprechenden Folgen für die Paardynamik, sowie an ödipale Konfliktkonstellationen, an den Abwehrmechanismus der Rationalisierung u.v.m. Präsenztherapeutisch denkt man an eine beim Ehemann ausgeprägte „hypertrophe Hermeneutik“ und psychodynamisch sehr gut nachvollziehbare Unausbalanciertheit zwischen Präsenzkultur und Sinnkultur. Die hypertrophe Hermeneutik findet Ausdruck in der Rationalisierung bei Affektarmut, Körperlosigkeit und Unbezogenheit des Mannes, der im Laufe der Jahre zunächst Streitkultur und schließlich sämtliche Gefühlskultur verlernt hat. Diese „hypertrophe Her-

meneutik“ bei „nivellierte Präsenzkultur“ hat nicht nur Folgen für die Paardynamik und deren Lebendigkeit, sondern auch für das Arbeitsumfeld, wo der Mann in seiner Emotions- und Präsenznivellierung seiner Leitungsaufgabe nicht gerecht werden kann, sondern unter zunehmendem chronischen Stress (bei Angst vor Emotionen und Konflikten) und schließlich Stressfolgeerkrankungen leidet.

Im Rahmen unseres Modellversuches auf einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Station, auf der wir Präsenzmomente eine besondere Aufmerksamkeit schenken, ereignete sich in einer Gruppentherapie eine Art „Präsenzmoment“:

Beispiel 3: Therapeutisch wirksame Präsenzmomente.

B

Ausführliche Version von Beispiel 3 aus Kapitel 1 (S. 18)

Eine ansonsten beständig in sich abgekapselt wirkende, an intensiven psychosenahen Körpermissempfindungen leidende Frau, mit beständigen aber vergeblichen Versuchen einer rationalen Erklärung dieses Leidens, sah mir in der Gruppentherapeutischen Stunde in einer längeren Schweigephase unvermittelt in die Augen, den ich als besonders intensiven Moment von Bindung und einem ganz im Hier-und-Jetzt-Sein empfand. Als ich die Patientin auf diesen Moment mit dem Impetus des Deuten-Wollens ansprach, verflüchtigte sich dieser besondere Moment ganz unmittelbar, die Patientin zeigte sich wieder wie abgekapselt und (rational analysieren) auf ihre Körpermissempfindungen fixiert.

Im Laufe der weiteren einzel- und gruppentherapeutischen Behandlung dieses seit vielen Jahren völlig therapieresistenten leidvollen Zustandes ge-

lang es, die Patientin für diese immer wieder einmal und schließlich häufiger auftretenden „Präsenzmomente“ sowohl in der therapeutischen Bindung, als auch im Alltag zu sensibilisieren und so einen nicht-rationalen Zugang zum Leiden, zu sich selbst und der Umgebung zu fördern. Zunächst vermochte es die Patientin kaum, diesen Präsenzmomente gewahr zu werden, erst das immer wieder darauf Aufmerksam-Machen führte zu einer langsam zunehmenden Sensibilität für diese Momente. Bei zunehmender Sensibilität für diese Präsenzmomente verbesserte sich auch das Körperempfinden im Rahmen körpertherapeutischer Anwendungen und im Rahmen eines neu etablierten Ausdauersportprogramms.

Das „Rationale“, also auch das „Durcharbeiten“ und das „Deuten“ stellte nur noch einen sehr geringen Anteil an der therapeutischen „Arbeit“ dar und fokussierte zunächst auf Erkenntnistherapeutische Ansätze (S. 126). Hierzu fokussierte die Behandlung

einerseits auf eine immer wiederkehrende Vergegenwärtigung des interpretationsfrei Gegebenen, sowie andererseits auf den verstehenden Blick auf den fröcklichen Sinn des neurotischen Erlebens. Dieser erkenntnistherapeutische Behandlungsansatz ließ sich sehr gut mit dem im Behandlungssetting grundlegenden psychodynamischen Denken vereinbaren.

In einem zeitlichen Zusammenhang mit diesem Ansatz stellte sich schließlich eine sehr langsame

Besserung des Zustandsbildes ein, nachdem zuvor sämtliche medikamentöse Versuche frustriert verliehen, kognitiv Verhaltenstherapeutische Ansätze zu einer deutlichen Verschlechterung geführt hatten (nämlich zu einer weiteren Steigerung hypertropher Hermeneutik) und sowohl körpertherapeutische als auch psychodynamische Ansätze alleine keine Besserung hattent erwirken können (was auch immer dabei nun tatsächlich gewirkt hat).

An diesem Beispiel wird deutlich, welche Möglichkeiten sowohl psychodynamische- als auch erkenntnistherapeutische Komponenten (und die Kombination aus beidem) für eine wirksame „Präsenztherapie“ bieten. Die Aussage von Hans Lungwitz, dass der Kern der Neurose der Zweifel ist, lässt sich bis zu einem gewissen Grad gleichermaßen auch psychoanalytisch unterstützen und ist zweifellos eine der Grundideen hinter jedweder Art präsenztherapeutischer Bemühungen. Die in der Erkenntnistherapie formulierte immer wiederkehrende Vergegenwärtigung des interpretationsfrei Gegebenen (in der Psychoanalyse das wiederholte „Durcharbeiten“), sowie die Fokussierung auf den fröcklichen Sinn des neurotischen Erlebens (sowohl in der Erkenntnistherapie als auch in der Psychoanalyse) verändert die Anschauung des Patienten und verändert damit seine Objekte, also seine Welt. Darüber ist in einem langen Prozess Gesundung oder gar Heilung möglich.

Sehr deutlich zeigt dieser Therapieverlauf auch die Notwendigkeit, dass die Wachheit und Aufmerksamkeit auf das Gegenwärtige vom Therapeuten und dem Patienten geteilt werden müssen, damit dessen Genesung fortschreiten kann. Ein Behandler, der selbst von hypertropher Hermeneutik und Problemen im Präsenzerleben geprägt ist, kann schwerlich die Aufmerksamkeit auf das Gegenwärtige mit dem Patienten teilen. Insofern zeigt sich auch für eine erfolgreiche „Präsenztherapie“ eine umfassende und qualitativ hochwertige Selbsterfahrung als unerlässlich, so wie es auch von Psychoanalyse und Erkenntnistherapie gefordert ist. Hierbei ist keine eigene Präsenztherapie-Selbsterfahrung gemeint, sondern ganz grundsätzlich eine Selbsterfahrung (um eigene Neurosen zu erkennen), in der natürlich präsenztherapeutische Aspekte Raum einnehmen können.

14.3 Präsenzphänomene im therapeutischen Alltag

An einem Team-Tag im November 2016 machte sich das Behandlungsteam mit der Präsenztheorie von Hans Ulrich Gumbrecht und den ersten Überlegungen von Manfred Schmidt zu Präsenzerleben in der Psychoanalyse vertraut. Gemeinsam entwickelte das Team ein erstes Vorgehen zur Erfassung und Verwertung von Präsenzphänomenen. Hierzu einigte man sich darauf, im gemeinsamen Sozialraum der Station einen Flip-Chart aufzubauen

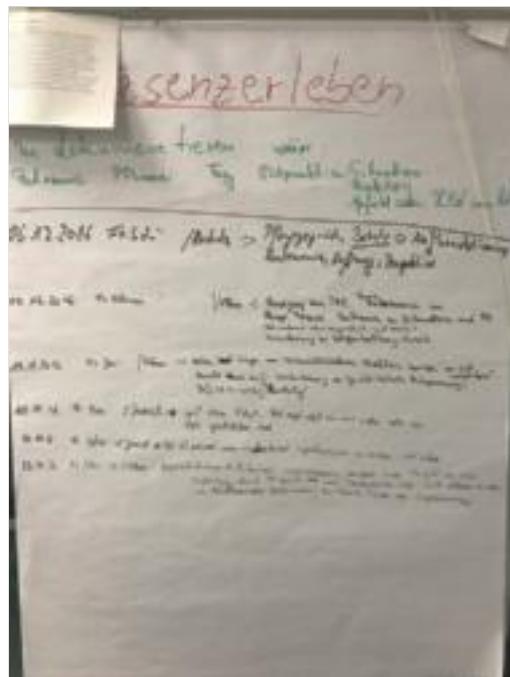


Abb. 14.2 Flip-Chart im Sozialraum der Station mit Notizen zu Präsenzphänomenen.

en (► Abb. 14.2), wo alle Erlebnisse zu Präsenzphänomenen und die jeweiligen Umgebungsbedingungen notiert werden sollten. Einzelne Ereignisse ließen sich auf diese Art und Weise nachbesprechen, um ein Gefühl für die im Stationsalltag auftauchenden Präsenzphänomene zu erhalten.

Es konnten verschiedene Arten von Präsenzphänomenen identifiziert werden: Zum einen Momente, in denen der Mitarbeiter unvermittelt selbst so etwas wie Präsenz erlebte, zum anderen Präsenzmomente von denen der Patient dem Mitarbeiter berichtete, die wiederum selbst in aktuellen Präsenzphänomenen eingebettet waren und für den Mitarbeiter spürbar wurden oder aber welche neuen Präsenzphänomene im Moment des Erzählens auslösten. Daneben lassen sich bei Patienten, insbesondere solchen die unter Stressfolgeerkrankungen leiden, Präsenzdefizite bei hypertropher Hermeneutik finden. Hier wäre das präsenztherapeutische Ziel, diesen Patienten wieder zu einer ausgewogenen Balance zwischen Präsenzkultur und Sinnkultur zu verhelfen.

Therapiegruppe Singen.

B

Gibt es einen im Folgenden ein Beispiel aus der ungezwungenen „Therapiegruppe Singen“. Auf dem Flip-Chart wurde notiert: „Hören und Singen von Weihnachtsliedern. Reaktion = kurzes In-sich-versinken, Veränderungen im Gesicht = Lächeln, Entspannung, Gefühl = wohlig, kuschelig“. Bei Kenntnis der Patientin und ihrer sehr eindrücklichen Krankheitsgeschichte und Psychodynamik wirkt die Sequenz so, als ob hier u. a. eine korrigierende Beziehungserfahrung erlebt wird. Der Moment wird von der Mitarbeiterin mit einem ruhigen und wohlwollenden Lächeln beantwortet, aber ohne Kommentare und Deutungen (also eine konträre Reaktion zu jenen elterlichen Reaktionen aus der Kindheit der Patientin). Eine Woche später entsteht in der Einzeltherapie mit dieser Patientin eine Art Präsenzmoment, in dem ich als Behandler etwas „wohlig-kuschelig“ empfinde. Ich lächele die Patientin an, die darauf antwortet: „Etwas Besonderes liegt in der Luft.“ Sie macht einen tiefen Seufzer und berichtet über ein Weihnachtsfest als junge Auszubildende gemeinsam mit Freunden, dass das schönste Weihnachtsfest gewesen sei, hier habe sie auch ihre spätere große Liebe kennengelernt.

An diesem Beispiel aus der stationären „Therapiegruppe Singen“ mit dem Namen „Loss mer singe“ (in Anlehnung an das Kölner Mit-Sing-Projekt „Loss mer Singe“) ist erwähnenswert, dass der Musik möglicherweise auch eine besondere präsenzfördernde Fähigkeit zukommen könnte, wie es Gumbrecht aktuell in seinem FAZ-Blog erarbeitet hat:

„Der Prozess der Präsenz-Verarbeitung von Musik gehört, meine ich, zu jenen Phänomenen, auf die wir uns mit dem Wort „Stimmung“ beziehen. Stimmungen sind Zustände unserer Psyche, die – unvermeidlich und geradezu „mechanisch“ – von Fällen der leichtesten Modalität der Berührung unseres Körpers durch die materielle Umwelt ausgelöst werden. Durch das Wetter zum Beispiel, dessen verschiedene Zustände wir immer schon mit Stimmungen assoziieren; durch den Klang von Stimmen – und natürlich auch durch die Schallwellen der Musik. Musik zu hören, ist eine Ganzkörper-Erfahrung, die immer Stimmungen abrufen wird, wobei sich zumindest auf individueller Ebene oft stabile Relationen zwischen der Art der auslösenden Körper-Berührung und den ausgelösten psychischen Zuständen beobachten lässt. Niemand hat das hier waltende praktische Paradox kompakter und zugleich genauer beschrieben als die afro-amerikanische Literatur-Nobelpreisträgerin Toni Morrison mit ihrer Formel „it is like being touched from inside.““

Gumbrecht 4.11.2017, FAZ-blog

In den Einzeltherapien ließ sich beobachten, dass die Behandler in Folge zunehmender Beschäftigung mit Präsenz eine größere Sensibilität und zunehmend geschärzte Wahrnehmung für Präsenzphänomene, genauso wie für einen Mangel an Präsenzphänomenen bei hypertropher Hermeneutik entwickelten. Ich selber ging „intuitiv“ zunehmend dazu über, kaum noch Deutungen oder rationale Einordnungen von vom Patienten geschilderten Ereignissen vorzunehmen, wenn mir diese geschilderten Momente besonders Präsenzgeladen erschienen oder aber im Kontakt mit dem Patienten Präsenzphänomene auslösten.

Überraschende Begegnung.

B

Nun ein Beispiel einer Erzählung einer Patientin mit schwergradiger Angst- und Somatoformen Erkrankung.

Patientin: „Ich erinnere gerade, wie ich mich vor einigen Monaten in den Supermarkt gequält habe, dort voller Panik und wie paralysiert in der Schlange an der Kasse stand, als mich plötzlich eine Frau von der Seite ansprach, meinen Namen nannte, „Ich glaub es nicht, Du bist es!“, und mich unmittelbar in den Arm nah und feste drückte, „So schön Dich wieder zu sehen, so lange nicht mehr gesehen“. In diesem Moment erinnerte ich mich an meine Schulfreundin, mit der ich nach dem Abi in den Urlaub getrampt war. Es fühlte sich plötzlich genauso an, wie damals am Strand in Portugal, ungezwungen, frei und ohne jeden Ballast. Erst als wir uns eine Stunde später verabschiedeten merkte ich, dass ich völlig symptomfrei gewesen war, aber im selben Moment als ich das dachte, waren die Symptome wieder da und ich konnte das Nachgrübeln wieder nicht mehr sein lassen“

Im Moment dieser Erzählung entstand noch einmal eine Gelassenheit und Freude auch im therapeutischen Kontakt (oder besser: im therapeutischen Raum?), es fühlte sich an wie am Strand in Portugal, etwas Greifbares und besonders Nahes und Verbundenes machte diesen Moment einmalig. Sofort hatte ich einen (aus meiner Sicht und vor entsprechendem psychodynamisch-theoreti-

schem Hintergrund) guten und plausiblen Einfall zu diesem Erlebnis. Es lag mir auf der Zunge, die Zusammenhänge zu deuten oder Nachzufragen, aber ich entschied mich, diesen Moment einfach zu belassen und sagte nur „Oh wie schön“. So hielt dieser Moment noch eine Weile an, bevor die Patientin weitere Erlebnisse erinnerte, die ähnlich gestaltet und getönt, also präsentgeladen waren. In den Folgemonaten bei gleichem Vorgehen mit geschärfter Sensibilität für Präsenzmomente, vermochte auch die Patientin ihre Sinne für das Wahrnehmen und Zulassen von präsentgeladenen Momenten zu schärfen. Symptome milderten sich, ihre inneren und äußereren Freiheitsgrade schienen sich zu vergrößern. Als die Patientin eines Tages, gänzlich ungewohnt für sie, zur Einzelsitzung zu spät erschien, entschuldigte sie sich damit, dass sie alleine im Café sitzend plötzlich so sehr im Hier und Jetzt und so unbelastet-glücklich gewesen sei, dass sie bewusst ein Zuspätkommen zur Therapiesitzung in Kauf genommen habe. An dieser Stelle wäre sehr viel zu deuten gewesen; ich hätte mir sehr viele kluge Gedanken zu Widerständen bei der Patientin machen können, aber ich beließ den Moment bewusst genauso wie er war und antwortete spontan und ohne Nachzudenken aus dem nunmehr sehr präsentgeladenen Moment heraus einfach nur: „Oh wie schön, das entschuldigt doch alles!“

14.4 Umgebungsbedingungen für Präsenz

Je besser wir im Laufe der Monate Präsenzerleben und Präsenzmomente wahrzunehmen vermochten, desto klarer kristallisierten sich spezifische Umgebungsbedingungen heraus, die besonders förderlich für das Auftauchen von Präsenzmomenten zu sein scheinen.

Schnell wurde deutlich, dass es erfahrenen und in (unnachgiebiger) Geduld geübten Mitarbeitern viel leichter fiel, Präsenz wahrzunehmen und zu erleben. Für alle Mitarbeiter aber galt, dass die Beschäftigung mit Präsenz und der Austausch mit anderen Mitarbeitern über Präsenz die eigenen Fähigkeiten zum Wahrnehmen und Erleben von Präsenz über die Zeit hinweg schulte. Allerdings hatte bei allen Mitarbeitern die eigene Tagesverfassung

bis zuletzt erheblichen Einfluss auf die Präsenzfähigkeiten, je innerlich belasteter man in einen Arbeitstag hineinging, desto weniger waren Präsenzerlebnisse möglich.

Den größten Einfluss auf das Auftauchen, Wahrnehmen und Erleben von Präsenz hatte jedoch die jeweilige Arbeitsintensität, also der Grad an Arbeitsverdichtung, der sich ein Mitarbeiter ausgesetzt sah. Wochenlange Phasen mit personellem Mangel verunmöglichten Präsenzerlebnisse für die Mitarbeiter weitgehend vollständig. Dies hatte unmittelbare sicht- und erlebbare negative Auswirkungen auf die Stimmung auf der Station, damit auf die Stimmung und das Sicherheitsgefühl der Patientengruppe und schließlich auf die Behandlungsqualität - alle (Mitarbeiter und Patienten) „funktionierten“ nur noch.

Im Rückblick auf nunmehr ein Jahr Modellversuch „Präsenztherapie“ auf unserer allgemeinpsychiatrisch-psychotherapeutischen Station scheint Personalmangel mit daraus folgender Arbeitsverdichtung in Bezug auf den „weichen“ Faktor Präsenzerleben noch am frühesten einen negativen, ja zerstörerischen Einfluss zu haben. Unter Personalmangel „funktionieren“ die Mitarbeiter zwar noch unter Hochtempo, aber es findet sich keine hinreichende Ruhe, Gelassenheit und Muße mehr zur Erlebbarkeit und Greifbarkeit von präsenzgeladenen Momenten; Mitarbeiter sind dann mehr mit der immer aufwendiger werdenden Dokumentation und Erfassung von Daten beschäftigt, als dass sie sich in Ruhe seelisch und leiblich den Patienten widmen könnten. Siehe dazu auch die Ausführungen zu Hans Ulrich Gumbrechts Schilderungen der Folgen von Globalisierung und Digitalisierung (S. 14), (Gumbrecht 2010, S.33–59)

14.5 Oszillieren zwischen Deutung und Präsenz

Hans Ulrich Gumbrecht hat ausdrücklich betont, dass es nicht darum gehen kann, die Sinnkultur mit ihren Kernaspekten der Rationalität, des Verstehens und des Interpretierens zu eliminieren und durch bloße Präsenzerlebnisse ersetzen zu wollen (das wäre eine Rückkehr ins Mittelalter oder ein Verfall in naive Esoterik, was beides Weltweit noch sehr verbreitet ist). Vielmehr gilt es, eine neue „gesunde“ Balance zwischen Rationalität einerseits und Präsenz und Körperlichkeit andererseits zu finden.

„Letzten Endes wird (...) ein Verhältnis zu den Dingen dieser Welt befürwortet, das zwischen Präsenz- und Sinneffekten oszillieren könnte“

Gumbrecht 2004

Eine gesunde Balance im Oszillieren zwischen Präsenz- und Sinneffekten beim Therapeuten und im therapeutischen Team ist Grundvoraussetzung für das präsenztherapeutische Ziel, einen unter hypertroper Hermeneutik und Präsenzmangel leidenden Patienten (insbesondere Patienten mit Stressfolgeerkrankungen) in eine eigene individuelle „gesunde“ Balance im Oszillieren zwischen Präsenzkultur und Sinnkultur zu führen.

Genau hierin liegt aber auch eine ganz besondere Schwierigkeit: Die Balance zwischen Sinn- und Präsenzkultur in der psychiatrisch-psychothera-

peutischen Medizin scheint kein starres System zu sein, das als Anleitung vielleicht eine ganz bestimmte vorgegebene Mischung an Sinn und Präsenz und dazugehörige Algorithmen vorgeben könnte, die es abzuarbeiten gelte.

Vielmehr erscheint die Seite der Präsenzkultur besonders fragil zu sein, ist durch diverse Einflüsse sehr leicht irritierbar und auch zerstörbar. Die Seite der Präsenzkultur fordert vom Therapeuten eine Art ausgeglichen-geduldige innere Verfassung (S. 100) (z.B. gleichschwebende Aufmerksamkeit in der Psychoanalyse) und das Vermögen, warten zu können, nicht gleich los zu interpretieren, los zu analysieren und zu intervenieren. Der Therapeut scheint besonders gefordert zu sein, demütig zu akzeptieren, dass nicht alles verstehbar ist, dass der Mensch mehr ist als sein Geist, dass er auch aus einem Körper besteht der untrennbar verbunden ist mit seinem Geist und auch seiner Umgebung im jeweilig gegebenen Raum in der jeweils gegebenen Zeit. Hier können wir etwas vom fernöstlichen Denken lernen, können etwas z.B. vom angewandten Buddhismus oder anderen fernöstlichen Methoden aufnehmen, ohne unsere hochentwickelte Sinnkultur zu schmälern oder gar aufzugeben zu sollen, aber auch ohne das Fernöstliche abendländisch zu verformen.

Führen wir uns die beschriebenen präsenztherapeutischen Ansätze und Effekte vor Augen, so scheinen die psychodynamischen Psychotherapien inklusive der Psychoanalyse von ihrem Grundansatz und ihrer geforderten und insbesondere auch in der Selbsterfahrung erlernten Grundhaltung her viel geeigneter zur nötigen Oszillation zwischen Sinn- und Präsenzkultur zu sein, als es die sehr mechanistisch/maschinistischen verhaltenstherapeutischen Verfahren zu vermögen scheinen. Verhaltenstherapeutische Verfahren haben sich in ihrem Denken letztlich als (abendländisch-wissenschaftlich) sehr eingeeignet erwiesen und sind in ihrem Grundansatz auch weiterhin deutlich von dem Versuch geprägt, mithilfe rationaler Fähigkeiten genügend Kontrolle über Gefühle und Leiblichkeit zu erlangen. Damit forcieren sie immanent das Leib-Seele-Problem und die hypertrope Hermeneutik und scheinen für präsenztherapeutische Ansätze aktuell per se eher weniger geeignet.

Die psychodynamischen Psychotherapien und auch die moderne Psychoanalyse hingegen sind von ihrer Grundhaltung her bereits bestens geeignet, sich für präsenztherapeutische Ansätze zu öff-

nen und sich so zum Wohle der Patienten weiterzuentwickeln. Hierzu siehe Kapitel 6 (S.73), 10 (S.100) und 11 (S.109).

Interessant ist, dass auch die fast in Vergessenheit geratene Erkenntnistherapie von Hans Lungwitz - der die Psychoanalyse zu Lebzeiten vehement abgelehnt hatte - viele „präsenztherapeutische“ Ansätze bereithält, die ihren Wert insbesondere aus einer umfassenden interdisziplinären theoretischen Fundierung, wie in Kapitel 3 (S.38) und 13 (S.126) beschrieben, ziehen. Das Potenzial des Zusammenspiels von dezidierten psychoanalytischen Komponenten einerseits und erkenntnistherapeutischen Komponenten andererseits scheint demnach einen besonders fruchtbaren Bo-

den für präsenztherapeutische Behandlungsansätze zu bieten. Die weitere präsenztheoretische- und präsenztherapeutische Entwicklung in theoretischem Diskurs und klinischer Anwendung wird zeigen, ob sich „Präsenztherapie“ als eigenständiger Verfahrensansatz in fruchtbarer Ergänzung zu den gängigen Therapieverfahren wird etablieren können.

14.6 Literatur

- [1] Gumbrecht HU. Diesseits der Hermeneutik – Die Produktion von Präsenz. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 2004.
- [2] Schmidt M. Suche nach Repräsentanz – Neuere Arbeiten zu seelischen Transformationsprozessen. Psyche; 2014.