

Otto F. Kernberg

"Für eine integrative Theorie der
Klinikbehandlung" (1973)

(9. Kapitel im Buch "Objektbeziehungen
und Praxis der Psychoanalyse") Klett 1981

1.) Diagnostik:

Die Art, wie der Patient in der Klinik zwischenmenschliche Beziehungen aufnimmt, erlaubt eine erste Diagnose seines Konfliktniveaus (Strukturniveau der Konflikthaftigkeit).

z.B. Borderline-

Persönlichkeiten: Der Patient ist zur schnellen Beziehungsaufnahme fähig, welche aber eine primitive Objektbeziehung repräsentiert (Idealisierung / Verschmelzungen / Gut-/Bös-Aufspaltungen).

2.) Zwei Niveaus von Objektbeziehungen sind unterscheidbar:

- a) elementare Ebene: Primitive Phantasiebildungen von multiplen Selbst- und Objektvorstellungen, verbunden mit primitiven Triebderivaten. Auf der primitiven Uebertragungsebene haben die primitiven Objektbeziehungen Phantasiequalität und entsprechen nicht realen Interaktionen mit den Eltern der Vergangenheit. Aufgrund des Mangels an Verdrängungsfähigkeit der Patienten sind die intrapsychischen Konflikte direkt einsehbar (frühe Phantasiestrukturen, phantastische Beziehungen, etc.).
- II
- b) höhere Ebene : Reife, integrierte Selbst- und Objektvorstellungen, Affektdispositionen höherer Ebene.
- III

Besonders für die Beeinflussung der Konflikte und Strukturen der elementarerer Ebene braucht es als Arbeitsgrundlage eine "neutrale Klinikatmosphäre". Diese beinhaltet:

1. Die Haltung des Personals ist durch die gleichmässige Distanzdefiniertheit vom Es, Ueber-Ich, der äusseren Realität und dem agierenden Ich des Patienten gekennzeichnet.
2. Damit wird ein potentielles Bündnis mit dem beobachtenden Ich des Patienten angeboten.

3.) Ausflug in die Theorie der Gruppenprozesse (Klinik als Gruppenform)

Drei verschiedene Regressionsphänomene sind als emotionaler Grundreaktionstypus innerhalb einer Gruppe nach Bion zu beobachten:

- a) Abhängigkeitsgruppe: Leiter omnipotent / reale Schwächen werden geleugnet / die Teilnehmer erleben sich selbst als inadäquat und unreif. Diese Haltung ist durch ein schnelles Umschlagen in das Gegenteil mit der Vollständigen Entwertung des Leiters gekennzeichnet.

Mechanismen: primitive Idealisierung / projizierte Omnipotenz

- b) Kampf-Flucht-Gruppe: Innerer Zusammenschluss der Gruppe gegen "äussere Feinde" oder "innere Feinde". Tendenz zur Untergruppenbildung, welche sich gegenseitig bekämpfen (die einen symbiotisch

mit dem Leiter, die anderen in der Opposition zu diesem).

Mechanismen: Spaltung, Aggression, Projektion, projektive Identifizierung, Kampf gegen Vernichtung, aggressive Beherrschung.

c) Paarbildungsgruppen: Generalisierte Intimität wird als Schutz gegen gefährliche Konflikte und gegen Abhängigkeit und Aggression eingesetzt.

4.) Gruppenreaktionen innerhalb des Teams

Es besteht ein sensibler Rückkoppelungsmechanismus nach folgendem Muster:



5.) Der Therapeut hat für den Patienten eine "Beraterfunktion" innerhalb des Kliniksystems.

Aufgabe: Er soll eine Diagnose über die Art und die Ursachen des Zusammenbruchs der Kontrollfunktionen des Patienten erarbeiten.

Er soll den Wiederaufbau der Grenzkontrolle dem Patienten erleichtern.

Mit dem Patienten soll eine adäquate Neudefinierung der Primäraufgaben und deren Begrenzungen möglich gemacht werden und die dafür nötigen Mittel und Strukturen angeregt werden.

Voraussetzung: Der Therapeut muss soweit ausserhalb des Systems stehen, dass er dessen inneres Funktionieren und seine äussere Umgebung objektiv untersuchen kann.

Er muss selbst definiert sein durch

- a) eine Aushandlung der Art und Begrenzung seiner Aufgabe
- b) durch Definition der "Primäraufgabe" der Beratung und deren Grenzen (vor allem durch eine definierte zeitliche Beschränkung, welche die Unterscheidung zur Kontrollfunktion des Systems ermöglicht).

Ziel: Hilfestellung für den Borderline-Patienten, seine Interaktionen innerhalb des sozialen Systems der Klinik zu klären.

Problem: Bei Patienten mit geringer Motivation zur Aenderung muss der Therapeut aus seiner Rolle eines Beraters heraustreten, indem er für den Patienten die Entscheidungen fällt. Damit wird er zu einem "Hilfs-Ich" des Patienten. Das Gleiche gilt auch für die schwer regredierte Patienten, deren Kontrollsystem zusammengebrochen ist.

6.) Die gegenseitige Abhängigkeit zwischen der Art der Gruppenstruktur und der Aktivierung von primitiven Objektbeziehungen

- a) Wenig strukturierte Gruppen üben einen stark regressiven Impuls auf den Patienten aus und aktivieren primitive Objektbeziehungen (diagnostisch von Bedeutung).
- b) Arbeitsgruppen mit einem Thema stärken die progressiven Impulse innerhalb des Patienten. Darin kann er eher seine Kontrollfunktionen (das Ich) stärken. Diese Art von Gruppen ist besonders für schwer regredierte Patienten geeignet.

7.) Ausrichtung der Arbeit innerhalb der Klinik respektive der therapeutischen Gemeinschaft

Die Arbeit soll auf folgende Faktoren speziell ausgerichtet sein:

- 1. auf die Kontrollfunktionen des Patienten (Ich)
- 2. auf die Realität der zwischenmenschlichen Interaktionen auf der Station und ausserhalb
- 3. bei schwer regredierte Patienten: in einer Aufteilung der spezifischen Funktion in
 - a) Klinik-Therapeut (Representant der Leitung der Station): als Hilfs-Ich
 - b) als Psychotherapeut: "Berater" des Patienten (mit der notwendigen Distanz zu den Teilbereichen des Es / Ueber-Ich / äusseren Realität / agierenden Ich). (Dieser dritte Punkt wurde von A. Manz persönlich hinzugefügt und stammt nicht aus dem hier zusammengefassten Artikel.)

8.) Die Klinik soll folgende Dimensionen enthalten:

	schwer regre- dierte Psy- chotiker	Borderli- ne-Patien- ten	Neurotiker
a) Gruppentherapie			x
b) individuelle Therapie	(x)	x	*]
c) therapeutische Gemein- schaft		x	x
d) Kliniktherapie	x	x	
e) Arbeitsgruppen	x	x	

*) Bei Kombination dieser zwei Angebote: Gefahr des Uebertra-
gungsgagierens und -Spaltens.

9.) Die zentralen Themen der Klinikbehandlung sind:

Nicht alle Impulse (Wut, Liebe, etc.) müssen unterdrückt werden, um das soziale Funktionieren aufrecht zu erhalten. Dazu muss das Personal klar signalisieren, dass es für die nötige Grenzziehung zur Aufrechterhaltung des Gruppenfunktionierens und zur Aufgabenerfüllung zuständig ist und dazu fähig ist. Damit wird dem Patienten ermöglicht, im Vertrauen auf die kompetente Integrität des Kliniksystems diesem Grad von Es-Aktivierung zu leben, welchem sozialen System noch möglich ist.

10.) Die Stationsversammlung (Ziele und Voraussetzungen)

- a) Erste und wichtigste Aufgabe der therapeutischen Gemeinschaft ist die Behandlung von Patienten und nicht die Demonstration einer Gleichheitsideologie.
- b) Die Stationsversammlung soll die Untersuchung von Gruppenkonflikten ermöglichen.
- c) Ebenso der zwischenmenschlichen Schwierigkeiten.
- d) Ebenso der Charakterprobleme einzelner Patienten.
- e) Sie dient für die Diskussion von konkreten Aufgaben in der Station.
- f) In der Stationsversammlung sollen bestimmte Aufgaben definiert werden, die dazu notwendigen Anforderungen und die impliziten Beschränkungen untersucht werden.
- g) Die Autorität soll sich auf funktioneller Basis delegiert ergeben.

- h) Das Ausmass und die Grenzen der Autoritäten lassen sich öffentlich feststellen und anerkennen.
- i) Die Zusammenkünfte beschäftigen sich hauptsächlich mit dem Hier und Jetzt.

Achtung: - Aufgaben, welche die Patienten in der Stationsversammlung übernehmen, dürfen nicht trivial oder sinnlos sein.

- Die Delegation von Autoritätsanteilen vom Personal auf Patienten soll eindeutig sein.

- Die Führung durch die Patienten soll effektiv sein (diesen Satz habe ich nicht verstanden, Seite 294).

Prämisse: - Das Personal und die Patienten haben verschieden grosse Autorität, verschiedene Funktion, unterschiedliche Sachkenntnisse, etc. Die Gruppe soll aufgabenzentriert sein.

Zusammenfassung A. Manz

1. Juni 1984

