

## Gute psychiatrische Praxis heute

**Dr. phil. Hans-Martin Zöllner wird interviewt durch**

**Prof. Dr. phil. Brigitte Boothe**

**Im Rahmen des Forschungskolloquiums FS 11**

**Mittwoch, 13. April 2011, 16.15 – 17.45 Uhr**

Binzmühlestrasse 14, 8050 Zürich, Raum 1.D.25

**Leitende Fragen:** *Mit welchen Formen des psychischen Leidens haben Sie es in der Klinik für Affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie heute zu tun? Sehen Sie hier Neues und Anderes als in früheren Jahren? Welche Formen der Behandlung und der Beziehung schaffen Ihrer Erfahrung nach Aussicht auf Besserung?*



**Dr. phil. Hans-Martin Zöllner**, Leiter des Psychologischen Dienstes an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK).

Geb. 1947, Pensionierung 2012. Studium der Psychologie, Philosophie und Pädagogik in Marburg/Lahn und Zürich/Limmat, Seit 1970 tätig als geisteswissenschaftlich-anthropologisch-philosophisch-phänomenologisch-tiefenpsychologischer Psychologe.

### **Interessenschwerpunkte**

Praktikantenausbildung; Psychotherapie multimethodal mit ausschliesslich chronisch Schwerkranken (Depression, Schizophrenie, Borderline); Supervision

## **Das Interview "Gute psychiatrische Praxis heute"**

**Boothe:** Wir haben heute einen ganz besonderen und sehr hoch geschätzten Gast. Wir freuen uns sehr über die grosse Besucherzahl. Ich muss Ihnen Herrn Zöllner nicht vorstellen, aber die Selbstbeschreibung lasse ich Ihnen zukommen: *Seit 1970 tätig als geisteswissenschaftlich-anthropologisch-philosophisch-phänomenologisch-tiefenpsychologischer Psychologe*. Diese

wunderbare Vielfalt, also, dass Herr Zöllner Psychologe ist, dass er aber auch Philosophie und Pädagogik studiert hat, und zwar in Marburg und dann in Zürich, kommt seiner Tätigkeit als Dozent und Therapeut, Supervisor und Schriftsteller zugute. Apropos Schriftsteller: Sein Schreiben umfasst nicht nur Publikationen wissenschaftlicher Art; Herr Zöllner verfasst auch wirkliche Werke mit poetischer und literarischer Bedeutung, und dabei kommt das Spektrum des Humors und des Witzes nie zu kurz. Entsprechend reich ist sein Interessensspektrum.

Ich interviewe Herrn Zöllner zur "Guten psychiatrischen Praxis heute"; „good practice“ ist zu einem Anglizismus geworden, der sich als nützlicher Begriff etabliert hat. Was aber macht gute Praxis aus in einer Zeit so starker Veränderungen gerade im Bereich des praktischen und therapeutischen Umgangs von Menschen miteinander?

Herr Zöllner hat vier unterschiedliche psychiatrische Leitungen und Kulturen erlebt und damit auch Leitungslogiken, Leitungsstile. Er verfügt über reiche Erfahrung. Noch ein Jahr steht er als Supervisor, als Therapeut, als Lehrer, als Vorbild, als Modell zur Verfügung. Umso besser, dass wir ihn für ein Gespräch gewinnen konnten, solange er noch im Amt ist. Ich werde mit einigen Fragen beginnen. Später öffnet sich unser Gespräch für Sie alle.

### **Beruf, Arbeitsfreude und erfreuliche Beziehungen**

**Boothe:** Wir wissen, dass die jungen klinischen Psychologen es in hohem Masse schätzen, von Ihnen lernen und mit Ihnen arbeiten zu dürfen. Bei Ihnen kommt zusammen: Beruf und Berufung, Arbeitsfreude und erfreuliche Beziehungen. Das haben Sie geschafft und das vermitteln Sie. Allerdings: So ganz einfach ist das nicht immer. Trotzdem besteht der Eindruck: Sie haben es - und zwar seit langer Zeit - mit sehr schwierigen Menschen zu tun, wenn ich an die Patienten denke. Aber Sie sind vom Elend der Welt nicht erschlagen. Wie machen Sie das?

**Zöllner:** Gute Frage. Ich denke, ich kann sie beantworten. Es sitzen genug Leute da, die mich kennen. Ich kann also nicht schwindeln. Ich habe es auch nicht vor. Ich muss niemanden hofieren. Ich will mich nirgendwo profilieren, akademische Meriten kann ich keine mehr verdienen, ich kann reden wie ich will und ich werde das auch tun. Gut, wie macht man das, dass man die Fröhlichkeit nicht verliert? Ich denke, das ist gar nicht so schwer in der Psychiatrie. Die Menschen sind zwar krank, aber sie geben einem Vieles. Und sie sind eigentlich gar nicht schwierig. Schwierig sind die Gesunden. Meine Praktikanten können das bestätigen. Ärger hatten sie fast ausschliesslich mit angestellten Kollegen. Natürlich auch gibt es schwierige Patienten, aber die haben einen Grund, schwierig zu sein, die sind nur zeitweise schwierig. Wenn man sie kurz schwierig sein lässt, werden sie wieder einfach. Das kann man alles lernen. Bei den gesunden Schwierigen ist es schwieriger. Und nun habe ich mich halt mehr an meine Patienten gehalten als an meine Kollegen. Und für die war das so in Ordnung. Vielleicht bin ich selber auch schwierig. Und so ging das ganz gut. Sie haben vorhin "Berufung" gesagt. Nein, ich glaube nicht. Das ist ein Beruf. Also was ich immer gerne geworden wäre, wäre Buchhändler oder Lagerverwalter. Weil ich so eine akribische Ader habe und es mir Spass macht, zu etikettieren und Sachen zu prüfen und aufzuschreiben. Den Job hätte ich auch gemacht.

Nun, ich bin zur Psychiatrie gekommen wie die Jungfrau zum Kind. Es war keine bewusste Planung. Und dann habe ich festgestellt: Den Patienten gefällt es und mir gefällt es. Und dann bin ich dort geblieben. Es hat sehr viel damit zu tun, dass ich eine Nische einnehmen und behalten konnte, bis heute, wo ich das, was Sie vorhin über die gute Praxis fragten, weitgehend bis heute noch tun kann. Und dass ich dauernd von jungen Menschen umgeben war -ein Teil von Ihnen sitzt hier- die schauten, dass ich nicht einrostete und dass ich nicht

allzu langweilig wurde, die mich jeden Morgen beim Kaffee mit Witzen versorgen, und die mich mit Fragen zum Umgang mit Patienten löchern. Ein schöner Beruf!

**Boothe:** Sie haben ja die Nische betont. Und es heisst, es entsteht in Ihrer Leitung, in Ihrem Dienst, den Sie leiten, so etwas wie eine eigene Welt. Wie sieht die aus, diese Nischenwelt?

**Zöllner:** Die konnte darum entstehen, weil ich, glaube ich, nie wirklich einem meiner Chefs gefährlich geworden bin. Dafür bin ich zu wenig weit oben und ich bin auch vom ganzen Naturell her kein Machtmensch und kein aggressiver Mensch. Und dann haben die wahrscheinlich alle gedacht: *Lass den Zöllner mal machen, irgendein Mist kommt schon nicht dabei heraus.* Das war wohl richtig so. Und dann kam dieses merkwürdige Gebilde des Psychologischen Dienstes. Das ist ein Dienst mit zwei Praktikanten, die alle halbe Jahre wechseln, und es ist ein Ort der Zuwendung und des Zugewandtseins. Manchmal waren Psychologen engagiert, die im Arbeitlosenprogramm sind, FSP-Psychologen, manchmal war ein Doktorand im Einsatz. Immer war es eine ganz kleine Mannschaft. Das hat dazu beigetragen, dass wir als Dienst niemandem ein Dorn im Auge waren. Bis jetzt. Vor ein paar Wochen wollte irgendjemand mir Büros wegnehmen, und da bin ich etwas zornig geworden, und jetzt läuft das wieder ganz richtig. Jetzt aber ist es wahrscheinlich Zeit zum Gehen, weil ich doch irgendwie nicht mehr so gern gesehen bin. Das hat aber andere Gründe.

Und die Welt, nach der Sie fragten, die besteht darin, dass Patienten zu uns in den Pavillon kommen. Das ist eine Holzbaracke, ein bisschen abseits vom Hauptgebäude. Und die betreten da ein Büro, da sitzt ein Mensch drin, und der lächelt und empfängt sie. Und das haben sie wahrscheinlich auf der Station noch gar nie erlebt. Da kamen immer nur welche, die was von ihnen wollten, mit Fragebogen und Forschungsprojekten. Und der Arzt hat sowieso keine Zeit. Der hat als erstes gesagt: *Ich kann höchstens fünf Minuten bleiben.* Und dann ging der Sucher. Und die Pflegepersonen wollten auch irgendwas. Aber es hat nie einer gefragt: *Was wollen Sie eigentlich?* Ich habe ein bisschen übertrieben, aber nicht sehr stark. Der Patient mag sich fragen: *Eigentlich ist Psychiatrie doch Seelenbehandlung! Muss man nicht sprechen bei einer Seelenbehandlung? Wann kommt das Gespräch?* Patienten haben gewisse Vorstellungen davon, wie psychiatrische Gespräche ablaufen müssten. Diese Vorstellungen nehmen wir ihnen dann schnell weg. Das geht ganz anders. Die Gespräche und die Patienten sind viel normaler, als die Patienten meinen. Und wenn die Patienten nach zwei, drei Stunden die Angst verloren haben, weil sie sehen: wir backen auch nur kleine Brötchen, dann kommen sie sogar ganz gerne. Das ist die kleine Welt des Psychologischen Dienstes.

**Boothe:** Wichtig war also: man hat Ihnen Spielraum, Freiraum und Gestaltungsraum gegeben. Sie konnten den Psychologischen Dienst entwickeln, ohne dass jemand reingeredet hat. Ausserdem wurde deutlich, dass Patienten in Ihrem Haus sozusagen willkommen geheissen und als Gast respektiert werden.

**Zöllner:** Ich denke, das würden die meisten Patienten so sehen. Es gibt auch andere, die wollen nur schimpfen; aber das ist die Minderzahl.

## Der Weg zur Psychologie

**Boothe:** Und Sie sagen, es hat Sie – ich gehe nochmal zurück in die Geschichte – irgendwann gepackt, obwohl es im Lebensplan nicht vorgesehen war. Da wären Sie ja viel lieber Lagerverwalter geworden.

**Zöllner:** Dafür hätte ich nicht studieren müssen, aber als Pfarrerssohn muss man studieren, wie als Arztsohn auch, als Psychologensohn weiss ich nicht. Meistens wollen die Väter, dass man das studiert, was sie selber studiert haben. Das konnte ich Gott sei Dank abwenden. Und

wenn ich Ihnen sage, wie ich zur Psychologie gekommen bin, dann werden Sie es kaum glauben: mit einem Ausschlussverfahren der Studiengänge. Ich wusste genau, was ich nicht wollte: Medizin nicht, um Gottes Willen. Naturwissenschaftlich denken kann ich nicht. Mein Bruder hat das studiert, und der hatte Bücher, die er auswendig lernen musste. Da war ich nun genug abgeschreckt. Und Theologie wollte ich auch nicht, weil das gewisse weltanschauliche Hintergründe gehabt hat. Und dann gab es diese brotarmen Studiengänge: Germanistik und Kunstgeschichte. Hätte ich alles gerne studiert, aber ich wollte ja einmal eine Familie gründen. Und da blieb am Schluss die Psychologie. Und kein Mensch wusste 1965, was Psychologie ist. Das war zwanzig Jahre nach dem Krieg in Deutschland. Die besten Psychologen waren weg, waren emigriert oder davongejagt worden. Das waren ja alles jüdische Mitbürger, mehr oder weniger, die Grossen. Und da kamen dann welche plötzlich wieder aus ihren Löchern raus, die haben dann irgendwelche psychologischen Institute gegründet, aber es war eine merkwürdige Psychologie. Und das hat man nun einfach mal studiert. Und dann merkte man schnell: das ist was ganz anderes als Psychologie. Wirklich, das war ja da hanebüchen! Methodenlehre und Statistik, das hat man ja gar nicht begriffen. Wofür soll das dienen? Die Tiefenpsychologie, die Sie hier pflegen, immer noch pflegen dürfen, muss man ja bald sagen, die war in Marburg überhaupt nicht vertreten. Ich habe bis zu meinem fünften Semester hier in Zürich nicht einmal den Namen Freud gehört. Und da war das ein höchst unbefriedigendes Studieren.

Und dann bin ich auf irgendwelchen merkwürdigen Wegen nach Zürich gekommen. Und da gab es die philosophischen Psychologen, damals Keller und von Uslar, ja das war ja wie eine Erleuchtung! Ehrlich, ich habe gedacht: *Das gibt's doch nicht*. Das sind Psychologen, die betreiben Philosophie; wenn ich das kurz noch erzählen darf, das sind so nostalgische Dinge. Das erste Seminar bei von Uslar, in dem ich sass. Sie werden ihn nicht mehr kennen. Und das hiess *Leiblichkeit und Weltlichkeit*; irgendwas, von dem kein Mensch wusste, was es bedeutet. Und da kam der da rein, frohgemut, und hat die Frage gestellt: *Was ist Welt?* Mensch Meier, da dachte ich: *Da solltest du grad wieder gehen, aber bleibst du mal, um zu hören, was darauf gesagt wird*. Und dann habe ich gedacht: *Du solltest ja auch was sagen. Du sollst ja Mut beweisen*. Und da habe ich aufgestreckt und habe gesagt: *Welt ist alles -das weiss ich noch wörtlich heute-, zu dem man in Beziehung treten kann*. Ich war sehr stolz auf diese Antwort. Herr von Uslar hat das aufgegriffen, und dann kam am Ende vom Seminar raus, dass diese Antwort doch nicht vollständig war. Was da noch fehlte, hat er dann dargelegt. Und dann bin ich da rausgegangen und habe gedacht: *Das gefällt mir! Ich habe zwar immer noch nicht so ganz begriffen, was es mit Psychologie zu tun hat!* Aber das war mir dann auch egal. Philosophie, Psychologie, das ist ja historisch gesehen sowieso das Gleiche. Und dann habe ich das eigentlich mit Freude studiert. Das war schön, das war die Zürcher Erleuchtung.

**Boothe:** Und dann sind Sie doch ganz in die Nähe der Medizin gekommen und dort geblieben, obwohl Sie gerade Medizin nicht geschätzt haben, jedenfalls nicht als Studiengang. Haben Sie sie dann doch lieben gelernt?

**Zöllner:** Ich habe eigentlich die Klinische Psychologie gar nicht richtig studiert, das war das Nebenfach. Als Hauptfach hatte ich Angewandte Psychologie, das war damals so ein wärschafter (bodenständiger) Professor, das nannte man zum Teil Psychotechnik, aber das war es gar nicht. Das war ein Bündner, der hat da Projekte gehabt. Da mussten wir in die Schule gehen und die Schüler befragen, zu irgendwelchen Schlagern. Das war hochinteressant. Und das hatte ich dann als Abschluss. Und dann, wie es im Leben passiert, hat einer der Assistenten von Professor Moser, also von der Klinischen Psychologie, ein Seminar gemacht über Epilepsie. Und das hat mich einfach interessiert. Da bin ich hingegangen, und da hat sich gegenseitige Sympathie entwickelt. Der Assistent hiess Leder, der hatte damals über den Rorschachtest eine enge Beziehung zum Burghölzli. Und dann habe

ich bei dem die Wohnung gehütet, als der in den Ferien war, und als Dank hat der mir dann ein Praktikum im Burghölzli verschafft. Und dann kam ich da hin. Und ich wusste nichts von Psychiatrie und ich wusste wirklich nicht, dass ich das machen wollte. Ich wusste gar nicht, was ich beruflich machen wollte. Am ersten Tag hat sich kein Mensch um mich gekümmert, das war so, wie Praktikanten das auch heute oft erleben. Da habe ich mir irgendwann gedacht: *Wenn der selber keine Aufgaben gibt, dann nimmst du dir selber welche.* Und so bin ich zur Station, da habe ich Leute kennen gelernt, Patienten kennen gelernt. Und nach einem Monat ungefähr wusste ich: *Das ist eine Arbeit, die schön ist.* Und dann habe ich noch einmal Glück gehabt, dass die ersten Patienten, die ich näher kennen lernte, junge schizophrene Patienten waren. Die haben mir eine Welt eröffnet, von der ich keine Ahnung hatte, die mir gefiel: da war Sprache dabei, da war Philosophie, Religion, alles, alles haben die irgendwie gewälzt und besprochen. Und ich durfte daran ein bisschen teilhaben, mit der nötigen Vorsicht. Und dann habe ich noch einmal Glück gehabt. Dann kam, der war dann Chef, selber erst ganz jung damals, der Professor Ernst. Der war damals 42 oder so. Und dem habe ich auch gefallen. Ich konnte ja nichts dafür. Das war Zufall. Der hat gesagt: *Ach Herr Zöllner, Sie haben da jetzt so ein langes Praktikum gemacht, haben den Herrn Leder vertreten, wollen Sie nicht kommen, wenn das Studium fertig ist?* Da habe ich gesagt: *Wenn Sie mich so fragen, noch so gern!* Da hat er gesagt: *Ich halte Ihnen die Stelle frei. Gehen Sie zurück an die Uni, machen Sie sie fertig, und dann kommen Sie!* Na, das hat dazu beigetragen, dass ich das Studium sehr beschleunigt fertig gemacht habe. Dabei hatte ich nochmal Glück gehabt, weil ich schnell in die Praxis kam. Und dann war ich dort Assistenzpsychologe. Da gab es natürlich auch viele unangenehme Sachen. Ich habe jetzt das Angenehme erzählt, aber irgendwie ging's gut. Und ich glaube heute, es war nach der Büromaterialverwaltung der richtige Beruf.

## Die Welt der Schizophrenie

**Boothe:** Sie haben gesagt, die Welt der schizophrenen jungen Männer, das war für Sie etwas sehr Eindrucksvolles.

**Zöllner:** Und Frauen auch, beide Geschlechter.

**Boothe:** Oder auch Frauen. Das wäre schön, wenn Sie uns aus Ihren Erinnerungen noch ein Beispiel aus dieser Welt schildern könnten.

**Zöllner:** Das kann ich, obwohl ich auf die Frage nicht vorbereitet bin. Das war meine allererste Patientin. Die war damals unter 20, vielleicht 18 oder so. Auf sie wurde ich angesetzt. Es hiess: *Kümmere dich mal um die!* Das sagt man dem Praktikanten. Aber was das heisst, weiss ja keiner, muss jeder selber ausprobieren. Und dann habe ich das versucht, was zur guten Praxis gehört: eine Begegnung. Ich habe das nicht Begegnung genannt, und sie hat es auch nicht so genannt. Jedenfalls, irgendwann hat sie mir vertraut. Wahrscheinlich, weil sie gemerkt hat: ich will gar nichts von ihr. Ich mache keine Notizen, und ich will kein Lizentiat von ihr, und ich will auch sonst nichts wissen, sondern ich bin einfach nur da. Das hat sich bis heute bewährt: einfach da sein und wirklich nichts wollen. Man darf auch in der Hinterhand nichts wollen. Man muss wirklich nichts wollen, dann geht das. Irgendwann hat sich etwas eröffnet. Die Patientin hatte einen religiösen Erweckungswahn, und das war eine ganz verrückte Geschichte. Darf ich da was ausholen?

**Boothe:** Ja bitte!

**Zöllner:** Sie hat mir erzählen können, wie so ein Wahn anfängt. Als sie das erzählte, war er schon wieder am Abklingen. Sie konnte das aus der Distanz erzählen. Das war eine Geschichte, die ich im Nachhinein nachlesen konnte im Buch von Claus Conrad „Die beginnende Schizophrenie“, ein altes tolles Lehrbuch aus den 50er Jahren. Der hat diese

Phasen beschrieben. Bei ihr fing es so an, dass sie durch die Stadt ging und ein ganz diffuses Gefühl von Verändertsein der Umwelt hatte. Sonst nichts. Sie hat eigene Hypothesen gemacht: Ist etwas mit Drogen oder bin ich verliebt? Da ist man ja auch so. Und die Autos fuhren etwas anders, die Verkehrszeichen sahen etwas anders aus, obwohl sie immer noch Verkehrszeichen waren, aber es hatte sich die Bedeutung und die Anmutungsqualität der Welt verändert, und das hat sie wahrgenommen. Und dann ging das wochenlang in diesem Zustand, der für sie nicht mal beängstigend war, sondern eher im Zustand des Staunens erfahren wurde. Das ist untypisch bei Wahn, denn beginnender Wahn macht meistens Angst. Bei ihr aber entwickelte sich ein religiöser Wahn, und die religiösen Bezüge machten ihr keine Angst. Nach Wochen wusste sie, was ihr geschah. Und zwar wusste sie: Die Verkehrszeichen haben sich dergestalt verändert, dass sie ihr etwas zu sagen haben. Sie wusste aber noch nicht, was. Das war dann der nächste Prozess. Der bestand darin, dass Gott ihr durch die Verkehrszeichen sagen wollte: *Du bist die Schwester Jesu und damit meine Tochter*. Das war die Botschaft. Das muss man sich mal vorstellen: Verkehrszeichen! An der Ampel da bekommen Sie so eine Botschaft! Da ändert sich Ihr Leben auf einen Schlag. Was macht die Patientin? Sie geht nach Hause, kauft sich ein langes, weisses Gewand, die blonden Haare runter und sieht aus wie die Schwester von Jesus. Wirklich, so sah sie aus! Sie geht durch die Stadt, verteilt Traktätchen auf dem Bellevue, bis dann irgendeiner denkt: *Naja, also, die kannst du nicht rumlaufen lassen, die läuft noch in ein Auto rein*. Das wäre nicht passiert. Als Tochter Jesu war sie geschützt. Und so kam die dann ins Burghölzli, in diesem vollen Wahn. Und so sah ich sie und habe sie erzählen lassen, wie es ist, wenn man erweckt oder erhöht wird. Und sie war erhöht, sie war glücklich! Keine Droge hätte sie so glücklich machen können. Und dann war natürlich das langsame Wiederkehren der Realität sehr schmerzlich. Der Wahn hat sie ja ein Stück weit aus einer – naja eine dürftige Wirklichkeit hatte sie nicht – aber vielleicht aus einer beängstigenden Wirklichkeit herausgehoben. Und jetzt kehrte sie zurück in das, was wir alle erleben: grau, durchschnittlich, alltäglich. Und auf diesem Weg zurück in die Realität durfte ich sie begleiten. Das war schön. Wir sahen uns jeden Tag und spazierten miteinander. Und ich war gar nicht viel im Büro, ich besuchte sie auf der Station. Sie freute sich, wenn ich kam, weil ich ihr das doch nicht streitig machte! Soll sie doch die Tochter von Jesus sein, vielleicht war sie es ja wirklich. Wer weiss denn das schon? Ich glaube nicht an Gott, aber für mich ist alles möglich. Und das war toll, das war meine Erweckung. Da habe ich gedacht: *In diesen Laden passt du auch noch irgendwie rein*. Und so ist es geblieben bis heute.

**Boothe:** Wie ist denn die Patientin auf die Idee gekommen, doch Abstand zu nehmen davon, die Tochter Gottes zu sein?

**Zöllner:** Das ist mit ihr passiert. Das konnte sie gar nicht bestimmen. Der Wahn ging von ihr, sicher nicht nur durch meine Gespräche, sie bekam auch Medikamente. Sie fand zurück in die Welt, wie sie wirklich ist. Sie war kurz vor der Matur, es gab Einiges zu tun. Die Eltern machten sich grosse Sorgen um sie. Und sie spürte: *Ich muss die Aufgaben hier auf der Erde wieder anpacken*. Und nachdem sie das einmal begriffen hatte, war auch der Mumm dafür da. Sie war da gar nicht lang. Sie war vielleicht zwei, drei Monate in der Klinik. Und ich habe nie wieder was von ihr gehört.



### Schwierige Patienten: Borderline-Störung

**Boothe:** Das war ein sehr überzeugender Fall für das Gute der Begegnung. Gab es auch Patienten, an die Sie mit grossem Kummer denken, weil sich da nichts entwickelt hat oder weil es schlimm war?

**Zöllner:** Mit Kummer nicht, aber mit riesigem Zorn. Weil die mich geplagt haben bis aufs Blut. Das waren Borderline-Patienten. Irgendwann habe ich gedacht – das war wahrscheinlich auch eine Wahnvorstellung – , ich sollte mich um die Borderline-Patientinnen in unserer Institution kümmern, weil ich lang da bin und diese Patientinnen jemanden brauchen, der konstant da ist, sonst muss man gar nicht erst anfangen. Und ich habe mir gedacht: *Ich verdiene mein Geld ja auch für die Schwierigen*. Und habe mich da ein bisschen reingekniet und mein Lehrgeld bezahlt. Eine Patientin hat sich, ich weiss es nicht mehr ganz genau, zum Schluss suizidiert. Oder war es ein Unfall? Meistens ist es irgendeine Mischung mit Alkohol. Das war nun eine Wahnsinnsarbeit, bis ich begriffen hatte, wie ich auch hier zurückhaltend sein muss mit dem, was ich geben kann, sonst gehe ich vor die Hunde. Und da ist es halt so: Zuerst gibt man. Und man gibt immer mehr und man fühlt sich gut und man weiss alles und ebnet alles, alle Steine und redet mit dem und jenem und telefoniert. Und irgendwann merkt man: *Mensch, das macht ja eigentlich aggressiv, was ist denn da los?* Und dann merkt man: *Ja, die ist ja gar nicht dankbar*. Ich kann mir für die ein Bein ausreissen, die sagt noch nicht einmal “Dankeschön”! Die besäuft sich nur, um mich anschliessend zu beschimpfen. Und wenn ich in die Ferien gehen will, dann sagt sie: Neenee, hiergeblieben oder mitnehmen! *Aha, so geht das! Da bin ich wohl in einem Borderline-Gefängnis gelandet*. Da musste ich mühsam lernen, wie das geht. Auf diese Patientin war ich oft sehr zornig, sehr zornig. Aber ich habe mich auch wieder beruhigt. Und irgendwie hat sie begriffen; wenn der Zöllner zornig wird, hört der auch wieder auf, und dann kannst du wieder mit ihm. Naja.

**Boothe:** Im Publikum hier sind viele Personen, die sich entweder für Borderline-Patienten interessieren oder beruflich mit ihnen zu tun haben oder etwas wissenschaftlich dazu arbeiten. Sie haben gesagt: *Sie waren empört, dass keine Dankbarkeit gekommen ist.* Wie sieht Ihr heutiger Zugang zu Borderline-Patienten aus?

**Zöllner:** Ich denke, was mich für diesen Patientenschlag vielleicht geeigneter macht als andere, ist einfach mal die Konstanz des Daseins. Ohne das geht gar nichts. Aber das ist natürlich noch nicht alles. Dann ein bestimmtes Konzept. Für mich ist die Borderline-Erkrankung nichts anderes als die gute alte hysterische Neurose. Für mich ist das keine Persönlichkeitsstörung. Es gibt wahrscheinlich überhaupt keine Persönlichkeitsstörungen, aber das würde jetzt zu weit führen. Jedenfalls, die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die hysterische Neurose, wie man auch immer zu dem Begriff steht, der ja ausgemerzt ist, aber damit ist ja die Krankheit nicht ausgemerzt. Wie auch immer. Und wenn man das mal weiss, dann weiss man: *Neurosen, die in der Klinik landen zur stationäre Behandlung, sind so wenig heilbar wie Schizophrenien.* Darüber hat mein alter Chef Klaus Ernst habilitiert: "Die zur Invalidisierung führenden Neurosen". Ein Psychiater hat das gemacht, super, oder? Und der hat das dann aufgezeigt: Zwangsneurosen, hysterische Neurosen, auch die schweren depressiven Neurosen und die schweren Angstneurosen. Da können Sie halt nur ein bisschen helfen. Mal gibt es gute Zeiten, mal gibt es schlechte Zeiten. Und auf das habe ich mich eingestellt. Ich habe gewusst: wenn ich da jetzt einsteige, dann werde ich diese Frau nicht los, es sei denn, sie bringt mich um oder sie bringt sich selber um. Also es ist eine Geschichte bis zur Pension. Das habe ich gewusst. Und darum wusste ich ja auch: du kannst nicht fünf von denen gleichzeitig nehmen. Dann hätte ich sonst nichts mehr machen können. Aber was es dann wirklich heisst an Beschimpfung, an hemmungslosem Ausnutzen, an Verführungspotential, ja mein lieber Scholli, da kannst du ja nochmal dein Diplom machen.

Aber dann habe ich gedacht: *Du schaffst mich nicht. Ich bin immer noch da. Und du kannst anstellen, was du willst.* Und ich sage Ihnen, ich habe Situationen erlebt, wo mehr andere dann impliziert waren, das gäbe einen Roman. Aber ich habe keine Lust, über Psychiatrie einen Roman zu schreiben. Es gibt schon genug. Also, Botschaft: *Wenn Sie einen Borderliner behandeln wollen, machen Sie es herzlich gerne! Aber laufen Sie nicht einfach wieder weg! Dann müssen Sie da bleiben, ein paar Jahre mindestens. Und nehmen Sie noch ein paar andere Patienten: ein paar Burnouter, ein paar ADHS - das gibt's ja auch alles nicht- und ein paar Liebe und Nette und so. Aber Borderline: ein oder zwei!*

**Boothe:** Haben Sie Ihrem Zorn dann auch Ausdruck gegeben, der Patientin gegenüber?

**Zöllner:** Es hat lange gebraucht, bis ich das auch mal „mitm Nuggi useg jagt hätt“, muss man wahrscheinlich sagen. Und dann habe ich die Erfahrung gehabt: Das war das, was die Patientin immer wollte. Und ich habe viel zu lange gewartet. Die wollte mich da rotieren sehen. Das war ihr Triumph. Der geduldige Zöllner. Fast wie Jesus. Durch nichts lässt er sich aus dem Konzept bringen. Und jetzt habe ich ihn unten. Jetzt schreit er, jetzt rotiert er. Ich weiss die Situation genau. Ich bin zu ihr auf die Abteilung, wutentbrannt, habe geschnaubt wie ein Rhinozeros: *Dass sie irgendetwas angezettelt hat, sie mir den ganzen Montag versaut hat, wo ich zu tun habe!* Und ich habe sie zusammengeschissen. Das Unglück war, dass da noch zwei andere Patientinnen da waren, die habe ich gar nicht gesehen in meinem Zorn. Die sind nachher ins Abteilungsbüro und haben sich bitter beklagt über diese Furie, die da reingekommen ist. Aber die Patientin sass die ganze Zeit da, dass ich dachte: *Die hat einen Orgasmus!* So happy war die! Und die war nachher wochenlang ganz zahm. Nachdem ich dieses Opfer gebracht hatte auf dem Borderline-Altar, da war es gut. Und dann habe ich gedacht: *Naja wenn das so ist, das wusstest du ja auch nicht, dann kannst du ja ein bisschen direkter sein, du musst nicht immer gütig sein.* Da gab es dann schon noch Situationen. Aber eines wusste ich: *Ich durfte nicht wirklich unbeherrscht sein, ich durfte ihr nicht weh tun, ich*

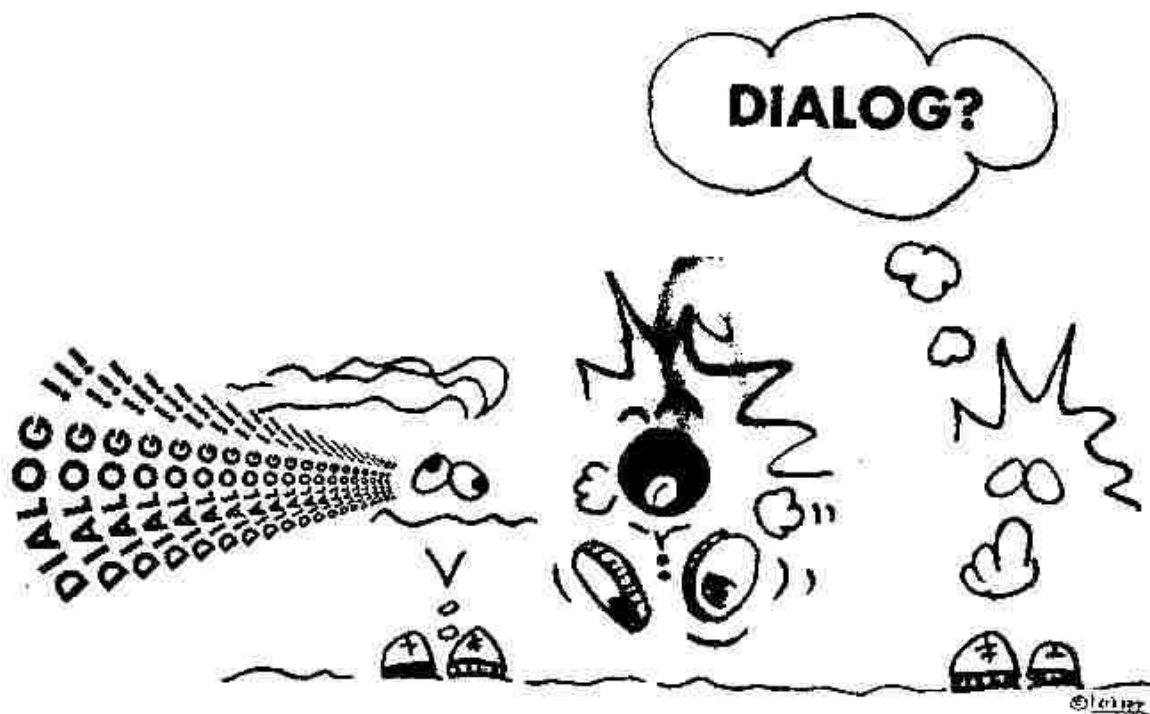
*durfte ihr nichts sagen, von dem ich weiss, dass es sie verletzt.* Wenn ich so in meinem Zorn vor mich hin geflucht habe, das ging gut. Natürlich auch nicht anfassen, aber ich durfte ein bisschen deutlicher sagen: *So nicht!* Zum Beispiel auch hinsichtlich Beschimpfung. Das habe ich gelernt. Das hat viele Jahre gebraucht. Das ging mir eigentlich gegen den Strich. Ich bin der typische Psychologe, ich bin eigentlich aggressionsgehemmt, oder? Und das sind die Schlimmsten, weil die irgendwann unkontrolliert in Aggression kommen: Und da ist es viel gescheiter, man lässt das immer schön dosiert raus. Aber das ist auch schwierig.

**Boothe:** Kann man ein guter Psychologe und Psychotherapeut werden, wenn man aggressionsgehemmt ist?

**Zöllner:** Ja.

**Boothe:** Weil, das ja wirklich oft unser Problem ist.

**Zöllner:** Das ist die Frage. Wenn man aggressionsgehemmte Patienten hat und selbst aggressionsgehemmt ist, dann redet man zwar miteinander, aber keiner kommt weiter. Für einen aggressionsgehemmten Psychotherapeuten empfehle ich Borderline-Therapie. Dann lernt er es. Es geht im Leben nicht ohne. Ich glaube, das Einzige, was wir machen können, ist, unsere Aggression überlegt zum Ausdruck zu bringen, kontrolliert, heisst das. Aber Sie dürfen auch mal rauskommen, dass der Patient sieht: Auch der Therapeut hat Blut in den Adern und nicht Zuckerwasser. Das ist ja Wahnsinn: Der Patient erlebt uns, und wir sind immer gleichmütig und geduldig. Der kriegt ja Angst! Und das geht nicht. Aber es ist eine grosse Kunst: wie und wann Aggressionen zeigen. Müsste ich nochmal 40 Jahre lernen.



## Die gute therapeutische Beziehung

**Boothe:** Was macht eine hilfreiche gute therapeutische Beziehung aus? *Beziehung* ist ja ein Schlüsselwort für Sie. Sie haben es schon dem Herrn von Uslar gesagt damals.

**Zöllner:** Ja. Ich kann nur über das Patientenklintel reden, das ich kenne. Das sind „chronisch“, „psychiatrisch“, „schwer krank“, also letztlich lebenslang Kranke aus den beiden Psychoseöpfen der Schizophrenie und der manisch-depressiven Krankheit plus Borderline-Patienten. Hier gilt, dass man sie nicht gesund machen will, weil man es ja nicht kann. Man kann auch sagen: kein Rehabilitationsdruck. Wenn man für die Patienten zu wissen glaubt, wo sie am besten wohnen, wie sie am besten Beziehungen gestalten, welche Psychoedukation sie brauchen und welches Wohnheim, oder auch nicht in ein Wohnheim, bei den Eltern oder nicht bei den Eltern, hat man schon verloren. Die Patienten wissen selber eigentlich, was sie brauchen. Manchmal muss man mit ihnen ein bisschen darüber reden, dass es klar wird, und dann müssen sie es tun. Ich habe nie, auch am Anfang nicht, mir für irgendeinen Patienten seinen Lebensweg ausgedacht. Und das passiert heute in der Psychiatrie so oft. Man sitzt zusammen, nennt das *Standort* – ich weiss auch nicht, warum man das so nennt, das ist eigentlich eine Verwirrungskampagne – und jedermann sagt, was er sich für den Patienten ausgedacht hat. Und dann wird der Patient da reingeholt, ganz verschüchtert, wegen der vielen Menschen da; und dann sagt man: *Wissen Sie, Herr Tobler, wir haben uns überlegt: Für Sie wäre doch das Beste, .....* Und der Patient denkt: *Die müssen es ja wissen, was das Beste ist. Na klar, ist ja ...* Und dann wird er wahrscheinlich in der nächsten Woche entlassen, weil er das macht, was wir wollen. Und das benennen wir dann mit dem Fremdwort „Compliance“. So geht das heute in der Psychiatrie, und das macht mich zornig.

**Boothe:** Und was wollen die Patienten, wenn sie ihren eigenen Weg oder ihre eigene Situation selber bestimmen und jemanden wie Sie haben, der das dann auch wirklich hört, zur Kenntnis nimmt und respektiert?

**Zöllner:** Sie wollen wohl verstanden werden. Unter anderem wollen sie auch über Schuld und Scham reden. *Was ist eigentlich passiert, dass ich, Hugentobler, schizophren geworden bin und du, Zöllner, ja offensichtlich nicht? Bist denn du der bessere Mensch? Bin ich der Schlechtere?* Das ist so ein Thema, das Patienten interessiert. Stellen Sie sich mal vor; das sollen die in vier Wochen mit einem Arzt besprechen, der nur dauernd davonrennt? Um das zu besprechen, braucht es allein zwei Jahre. Oder drei oder vier. Sie müssen zuerst einmal dem Patienten schlicht und einfach die Angst nehmen. Er kommt viele Wochen mit Angst, weil er nicht weiss, was Sie im Schilde führen. Denn jeder in so einer psychiatrischen Klinik führt ja irgendetwas im Schilde, aber er sagt es nicht, höchstens die Laborantin. Da weiss man: Die will Blut nehmen, die wird kaum mit einem Kaffee trinken gehen. Aber die anderen führen alle was im Schilde und sagen es nicht ehrlich. Und jetzt kommt der Psychologe und sagt: *Ja, setzen Sie sich doch mal her, erzählen Sie ein bisschen! Was ist Ihnen denn heute so passiert, und zu vorderst?* Das ist zum Beispiel ein guter Einstieg. *Was ist gerade passiert; woher kommen Sie?* Und dann denkt der Patient: *Also jetzt Moment mal. Was will der denn? Ist das ein ganz Raffinierter? Mit was für Psycho-Tricks spielt denn der?* Wirklich, das denken die! Und jetzt muss er dem Patienten zeigen, dass es nicht so ist. Allmählich, nach einigen Sitzungen, spürt er womöglich, dass der Psychologe die Haltung hat: *Wir lassen den mal so, wie er ist, wir ändern ihn nicht, wir machen ihm keine Vorwürfe, wir rechtfertigen uns nicht für die völlig desolate Spinnwinde, in der er sich aufhält. Er erzählt einfach mal.* Das wird nicht bewertet, das wird nicht gedeutet. Das wird einfach nur entgegen genommen. Da kommt ab und zu mal eine Informationsfrage, damit man überhaupt noch versteht, um was es geht. Flugs ist die Stunde um. Dann denkt der Patient: *Der ist offenbar nicht übel, oder die. Und lässt mich in Ruhe. Da kannst du einfach nur mal hingehen, und wenn es dann blöd*

*herauskommt, dann bleibst du weg.* Und man sagt in der Psychotherapie ja auch: *Sie kommen, und wir reden.* Irgendwann spricht man z.B. auch darüber: *Was haben Sie sich denn vorgestellt, als es hiess, Sie kommen zur Psychotherapie?* Jesus Gott, Frau Boothe, wenn Sie wüssten, was da die Patienten sagen!

**Boothe:** Ja, was sagen sie denn?

**Zöllner:** Gehirnwäsche, seelisches Röntgen, Striptease, nur Sexualität besprechen, Mutterbeziehung besprechen und warum man von der Mutter nicht losgekommen ist, Aggressionen eindämmen. All das, wovon sie wissen, dass es Probleme sind, was sie aber nicht geschafft haben zu lösen. Wir ja auch nicht. Und denken jetzt, das alles will der Psychologe besprechen. Und dann macht der es vielleicht mal ganz anders. Z.B. indem er einen Patienten nur mal zu einem Gespräch einlädt über die japanische Atomkatastrophe. Auch die Schizophrenen haben das gelesen. Die denken vielleicht, sie sind mitbeteiligt, aber das spielt gar keine Rolle. Der Schizophrene macht sich Gedanken, und da kommt einer her und lädt ihn ein, darüber zu reden. Da fühlt er sich ernst genommen. Da sind wir beim zweiten Punkt: Wenn Sie es schaffen, dass der Patient das Gefühl bekommt, Sie nehmen ihn ernst, dann ist auch die Angst weg. Und wenn die Angst weg ist, dann können Sie alles machen mit ihm. Alles! Alles ist erlaubt. Und dann läuft das. Das läuft. Dann wird man halt euphorisch! Wenn der Patient keine Angst mehr hat, wird man immer euphorisch. Dann denkt man: *Jetzt haben wir schon die halbe Miete.* Man hat noch gar nichts. Es kommen die ersten Fehlschläge. Es geht ja erst los. Und dann fangen Sie langsam an, sein Leben kennen zu lernen. Mein Gott, bis ich nur all die Freunde und die Schwestern und Verwandten im Kopf habe. Ich mache mir immer ein Schema. Sie können nicht mit dem Patienten reden, wenn er von seiner Freundin Claudine erzählt, und Sie wissen in dem Moment nicht, wer das ist. *Die Claudine, war das eine Schwester oder wer?* Habe ich vergessen, man behält ja nichts. Das sind schwierige Sachen. Und irgendwann begreift man dann sein Leben. Bei denen, von denen ich erzählte, da kann ich wirklich sagen: Über die weiss ich besser Bescheid als über meine Söhne. Bei denen weiss ich nicht, was die treiben, aber bei meinen Patienten weiss ich ganz genau, was die Montag, Dienstag, Mittwoch, Donnerstag machen. Das Leben in der Institution ist für die Patienten eine Vita Minima. Da hat man schnell Einblick und Überblick. Aber das Leben in ihrer Vergangenheit: wie kann man das überblicken und zusammenfassen? Ich weiss es nicht.

Wichtig ist: *Dass Sie sich nicht erhaben fühlen über den Patienten, dass Sie ihn wirklich gern haben, dass Sie keine Mitleidskultur entwickeln!* Denn er braucht kein Mitleid. Dass Sie die wichtigen philosophischen Fragen irgendwann berühren und dass die keine anderen sind als diejenigen, die wir uns selber stellen. Wohin kommen wir nach dem Tod? Was ist das Jenseits? Kann man in die Hölle kommen? Was passiert da usw. Das interessiert jeden. Wie ist das mit dem Tod? Oder: *Warum habe ich die Schizophrenie? Ist die Krankheit eine Strafe für irgendetwas?* Da können Sie sagen: *Nein, das ist doch keine Strafe!* Dann wird er fragen: *Ja, aber warum nicht?* Er stellt vielleicht die Frage nach dem Suizid: *Haben Sie schon mal an Suizid gedacht?* Ich habe noch nie an Suizid gedacht, während meiner Berufstätigkeit. Da kann ich ja nicht sagen: *Ja, schon viel.* Denn ich weiss, dass der Patient das gerne hören möchte. *Nein, ich hatte das Glück, dass ich noch nie vor so einer Situation gestanden bin.* Aber ich könnte mir vorstellen, wenn das und das passieren würde, käme der Gedanke. Dann ist man im Gespräch. Und nichts da mit Suizidprävention und was er alles tun soll, damit er von Freitag bis Montag überlebt. Das ist alles keine Psychiatrie. Und darum braucht es eine Nische.

Der Patient erzählt vielleicht anderen Leuten in der Klinik: *War das toll bei der Frau Inauen und beim Herr Herrmann oder bei wem auch immer.* Und dann kommt beim Mittagessen die Frage: *Du, kannst du mir mal sagen, was ihr genau macht?* Die Annahme ist: *Ihr macht doch*

*gar nichts! Ihr macht doch gar nichts, ihr redet doch nur mit dem Patienten, also nichts Greifbares, nur Psychotherapie.* Dann muss man versuchen, es auf gewichtige Weise darzustellen: *Wir machen Psychoedukation oder wir haben ein systematisches Traumanalyseprogramm, wir stärken Ressourcen, wir betreiben Rehabilitation.* Man muss das verkaufen, wenn man das Interesse hat, den Respekt der Berufskollegen zu gewinnen. Das ist kein guter Zustand.

## Die Psychiatrie heute, die Psychiatrie morgen

**Boothe:** Sie haben jetzt etwas von der Welt beschrieben, etwas von der Nische, in der Sie wichtige Beziehungen entfalten. Sie haben vier unterschiedliche Chefs erlebt und die Entwicklung bis zur Dominanz der Hirnwissenschaft, auch der Biologie. Was ist die Situation der Psychiatrie heute, was könnte ihre Zukunft sein?

**Zöllner:** Ich sehe das so: Es wird ein Paradigmenwechsel kommen, und er muss kommen. Wenn er kommt, wird er in Richtung der Anthropologischen Psychiatrie gehen. Das wird noch einige Zeit dauern. Bis es dazu kommt, muss sehr viel passieren. Eigentlich muss es einen Patientenaufstand geben. Es gibt aber keinen Patientenaufstand in der Psychiatrie. Dann gäbe es einen Aufstand in der gesamten Medizin. Ein Bildersturz, eine Revolution wäre das. Das wäre Teil eines Aufruhrs gegen die Technik. Was jetzt ist, ist etwas, was die Patienten nicht wollen. Auch wenn Patienten es nicht sagen. Diejenigen, die zu mir kommen, sagen nicht: *Das ist nicht die Psychiatrie, die ich eigentlich will. Ich will nicht als Gehirn behandelt werden* – das sage ich dann, das sagen nicht die Patienten –, *sondern als Person.* Was will ich als Patient, wenn ich in die Psychiatrie muss oder freiwillig gehe? Dann will ich doch als Person behandelt werden. *Wer bist du, Zöllner, unter was leidest du und wie können wir dir helfen?* Aber das passiert nicht mehr. Man kommt in die Mühle wie Sie in die Bologna-Mühle kommen. Da ist alles vorgeschrieben. Der Patient ist im Aufnahmezimmer. Der kriegt Fragebögen in die Hand. Der Arzt rennt raus und rein, weil dauernd der Piepser geht, der stellt sich noch nicht einmal vor. Da sind x Leute, die an der Aufnahme beteiligt sind. Und eines Tages steht der Patient plötzlich auf meiner Station. Wenn er Glück hat, kommt eine alte erfahrene Stationsschwester und sagt ein nettes Wort. Und was ist das nette Wort? Das ist *“Gefühlsverbalisierung”*. *Gellet Sie, Herr Meyer, es geht Ihnen jetzt nicht so gut, dass Sie da zu uns kommen mussten?* Herr Meyer mag sagen oder denken: *Ja, ich bin aber froh, dass Sie mir das sagen.* Das heisst doch: Der Patient ist erleichtert, dass sich jemand seiner annimmt. In der Konfrontation mit Apparaten, Laboruntersuchungen, Blutentnahmen, Befragungen kann er kaum eine Vorstellung davon entwickeln, am richtigen Platz zu sein. Wenn wir die Fallpauschale bekommen, wird der Druck noch ansteigen. Es ist erstaunlich, dass das Personal mitmacht. Die jungen Assistenzärzte leiden darunter, auch etwa die Hälfte der Oberärzte, die keine akademische Karriere anstreben. Sie bleiben passiv. Müssen wir denn alle so gehorsam sein? Ich habe auch keinen Aufstand gemacht, ich habe mir die Nische gesucht. Ich bin kein sehr mutiger Mensch. Vielleicht sind andere mutiger und machen eine Revolution!

**Boothe:** Es gab schon Ansätze zum Aufstand. Da gab es zum Beispiel das Heidelberger Patientenkollektiv und die Antipsychiatrie-Bewegung, die italienische Schliessung der grossen psychiatrischen Institutionen. Wie bewerten Sie das rückblickend? Es ging um die Mobilisierung von Kraft, Courage und Widerstand im Patienten. Es ging um Repression und Befreiung und auch um die Frage, wer krank ist: die Person, die man als krank attribuiert, oder die Gesellschaft. Was würden Sie dazu heute sagen?

**Zöllner:** Ich glaube, das Verhängnis war die Vermischung von Politik und medizinischem Tun. Das geht schief. In Italien machte man die Türen auf und überliess die Patienten sich selbst. Es gab ohnehin keine ausreichende Betreuungskapazität und grosse Mängel an

Fachkompetenz. Die Patienten flüchteten sich in die somatischen Spitäler oder liefen heim zu ihren Angehörigen. Das war ja schlimm. Das Heidelberger Patientenkollektiv war ein Missbrauch der Patienten zu politischen Zwecken. Ich glaube, jeder postrevolutionäre Zustand – das gilt auch für die arabische Welt – ist zunächst chaotischer als das, was vorher war. Der vorherige Zustand war ja sklerotisch, jedoch in seiner Sklerose stabil. Jetzt kommt es zum Zusammenbruch, kein neuer Diktator ist da. Wenn einer da wäre, wäre es auch nicht gut. Dann ist das, was da dann entsteht, ein Chaos. Ob aus dem Chaos wieder was Gutes entsteht, das wieder eine gewisse Stabilität hat, das weiss ich nicht. Würden wir Patienten auffordern, vom Burghölzli hinaus in die Freiheit zu gehen, würde keiner davonlaufen. Die Patienten wollen bleiben. Die Ärzte hingegen wollen sie nur möglichst kurze Zeit stationär aufnehmen. Es hat sich umgedreht! Die Ärzte sagen: *Geht raus, wir brauchen das Bett!* Früher hat man gesagt: *Hierbleiben!* Das hat sich total geändert. Also, es ginge gar niemand, es würde sich gar nichts ändern. Aber ich denke, man muss auch nicht mit einer Revolution anfangen. Man müsste damit anfangen, dass die Patienten formulieren, was sie wollen. Und wenn sie das nicht kriegen, sollen sie in der Institution ihre Stimme geltend machen. Bei der Kritik des Essensangebots formulieren sie gewöhnlich durchaus, was ihnen nicht schmeckt: *Das Essen esse ich nicht!* Das passiert jeden Tag. Wenn sie sagen würden: *Den Assistenzarzt will ich nicht. Ich will nicht, dass der so mit mir redet. Ich will nicht, dass der dauernd wegen einem Piepser wegläuft. Ich will auch nicht, dass meine Leistung erfasst wird, und und und... Ich will auch nicht, dass der Chefarzt sich nie zeigt, und und und...* Das wäre noch keine Revolution. Das wäre erst einmal ein mutiges Zeichen. Viele Patienten wären dafür stark genug. Vielleicht ist diese Vorstellung auch zu idealistisch. Die Nischenlösung ist nicht die Beste, aber sie ist besser als keine. Die armen Stationspsychologen haben kaum Wirkung und Einfluss. Das jetzige Modell für klinische Psychologen ist die dezentrale Regelung auf den Stationen. Das wird lange Bestand haben. Die psychologischen Dienste, wie ich sie kannte und wie es noch andere gab, sind abgeschafft.



## Die Pensionierung

**Boothe:** Wie wird es sein, wenn Sie Ihren neuen Lebensabschnitt antreten und aufhören im PUK?

**Zöllner:** Dann sage ich: *Après moi le déluge!* Aber nicht mal die Sintflut wird kommen, wenn ich gehe. Geplant ist, man darf es ruhig sagen, die Auflösung des Psychologischen Dienstes, weil dieses Angebot nicht mehr gefragt ist. Damit kann ich leben, wenn Psychologen auf jeder Station vertreten sind und dort ihre Arbeit machen. Diejenigen, die ich kenne, machen ihre Arbeit gut, wirklich gut, bis zum letzten Einsatz, alle. Sie sind dann zahlenmässig als Berufsgruppe deutlicher vertreten. Der Patient hat die Chance, von psychologischer Kompetenz zu profitieren. Zugleich stehen die Psychologen vor der grossen Herausforderung, sich im Team zu positionieren und Teamentscheidungen mitzutragen, die sie vielleicht nicht innerlich teilen. Das gehört zum Teamprozess. Auch müssen sie ihrer Verantwortung als Psychotherapeut eines Patienten und ihrer Rolle als fallführend gerecht werden. Sie müssen also auch pädagogisch-disziplinarische Aufgaben wahrnehmen, zum Beispiel einen Wochenendausgang verbieten, und gleichzeitig mit dem gleichen Patienten eine Psychotherapie machen. Aus meiner Sicht geht das nicht. Man müsste Psychologen einstellen, die halbextern Therapieaufgaben übernehmen; so funktionierte der Psychologische Dienst. Das heisst zwar, andere Aufgaben der Kontrolle und Disziplinierung zu übernehmen, aber meiner Erfahrung nach war die Trennung der Aufgaben günstig. Alle Stationspsychologinnen, mit denen ich heute rede, in Form von Supervision, sagen das auch. Darunter leiden sie am meisten. Lösbar ist das, meine ich, mit dem Halbexternat. Ergotherapeuten, Arbeitstherapeuten, Physiotherapeuten haben es besser. Sie nehmen ihre Patienten mit in ihre Gemächer, die sich meistens in irgendwelchen Kellerverliesen befinden, und arbeiten dort mit ihnen. Einer muss den schwarzen Peter spielen, oft der Oberarzt in letzter Instanz. Oder der Assistenzarzt setzt die unangenehmen Entscheidungen durch. Da erstaunt der Vorwurf an uns Halbexterne nicht: *Ihr Psychologen, ihr habt es da gut, ihr habt die Rosinen im Kuchen, und wir essen das schwarze Brot.* Das stimmt. Aber wenn mir einer Rosinenkuchen hinstellt, soll ich dann schwarzes Brot essen? Nein!

## Wünsche für die nächste Generation der Psychologiestudierenden

**Boothe:** Als Student an der Universität Zürich haben Sie profitiert. Sie hatten sozusagen die Zürcher Erleuchtung, mit den Herren von Uslar, Keller und Leder.

**Zöllner:** Und noch anderen.

**Boothe:** Welche Erleuchtungen wünschen Sie jungen Studierenden der Psychologie, die sich hoffnungsvoll an der Universität Zürich heute einschreiben?

**Zöllner:** Ich wünsche..., oh, da habe ich Vorstellungen! Ich glaube, dass ein Psychologe nur ein Psychologe sein kann, wenn er Zugang zu zwei Dingen hat: erstens zur Philosophie und zweitens zur Sprache. Es sollte nicht möglich sein, Psychologe zu werden, ohne philosophisch geschult zu sein, denn alle wichtigen psychologischen Fragen sind philosophische, ganz klar! Und es sollte nicht möglich sein, Psychologe zu werden, ohne einen Zugang zur Sprache zu haben, was auch heisst, die psychologische Weltliteratur zu kennen, nun, das ist ein rechter Anspruch. Ich weiss nicht, wie man mit einem Menschen reden kann, wenn diese beiden Voraussetzungen fehlen. Und ich sehe nicht, wie das erfüllt werden kann in einem Studium, das so curricular zusammengesetzt ist wie das heutige. Man kann doch nicht Menschen mit Modulen behandeln. So heisst das heute: "Verhaltenstherapeutische Module". Auch die Hammerzehe oder den Schweissfuss behandelt man nicht per Modul. In der Psychiatrie geht es überhaupt nicht. Patienten lachen, wenn wir mit Worten kommen wie: "Psychoedukation".

Als gehe es um das gemeinsame Studium eines Beipackzettels. Das ist Verhöhnung der Sprache. Diese ist nicht auf Psychiatrisches beschränkt, sie ist überall, diese hochaufgeblasene, blasierte, unehrliche Sprache. Kann ein Psychologe dem entkommen? Vielleicht nicht. Aber er kann versuchen, selbst nicht so zu reden. Dann mag der Patient denken: *Ja Herrgott noch einmal, der stapelt ja gar nicht hoch. Bei dem bleibe ich!* In diesem Fall hat der Psychologe bereits etwas bewirkt.

Lesen Sie Dostojewski, Thomas Mann, Franz Kafka, Joseph Roth, ich könnte tausend andere nennen. Und lesen Sie Philosophen! Da brauchen Sie in kein Philosophie-Seminar zu gehen. Lesen Sie es einfach zu Hause statt irgendetwas anderes! Und wenn das Studium fertig ist, alle Lehrbücher auf die Seite! Nie wieder anfassen! Alle Vorlesungsnotizen! Machen Sie ein grosses Feuer! Das haben die Studenten früher gemacht auf dem Campus in Amerika. Alles verbrannt! Das ist die einzige erlaubte Bücherverbrennung. Ich weiss, dass Sie kaum zum literarischen Lesen kommen. Ich bin als Student auch nicht dazu gekommen. Aber ich ärgere mich heute. Ich hätte mir schon noch Zeit erübrigen können. Aber Frau Boothe, es war wirklich anders. Ich darf gar nicht erzählen, auf welcher einfachen Art ich zu meinen Titeln gekommen bin, zum Lic. und zum Dr. Phil. Das darf ich nicht erzählen, ich kriege sie noch aberkannt nachträglich. Aber ich hatte Prüfungsgespräche, die diesen Namen verdienten. Ich bin skeptisch, ob es heute im Prüfungsgespräch wichtig und möglich ist, einem Prüfling zu ermöglichen, die Ernsthaftigkeit und Tiefe seines Denkens zu zeigen. Nur darum geht es ja. Das Abfragen von Wissen, Manualwissen über Phobiebehandlung beispielsweise, kann kein vernünftiges Ziel sein. Schon ein Manual in der Psychiatrie! Weg damit! Ich sage immer: *Wenn ich Psychiatriepatient wäre und mir käme da einer nur mit einem Fragebogen, nur mit einem Büchlein in der Hand, den würde ich zum Teufel jagen.* Und ich würde kein Wort sagen. Es ist doch so: Wenn einer sagt, er ist suizidal, wird er eingesperrt, kriegt mehr Medikamente. Wer sagt, er hat Probleme mit seiner Mutter, der muss von seiner Mutter weg. Aber vielleicht will er bei seiner Mutter bleiben. Und wenn einer sagt, er ist homosexuell, kriegt er zwar nicht mehr gesagt, er solle heterosexuell werden, aber gedacht wird es immer noch. Das ist doch unmöglich! Wir sind doch keine Anstalt zur Veränderung von Menschen! Wir sollen den Patienten helfen, das zu tun, was sie wollen. Und es stimmt nicht, dass sie nicht wissen, was sie wollen.

**Boothe:** Haben Sie diese Erwartung auch, wenn Sie an bestimmte Patientengruppen denken oder auch Delinquenzgruppen, die für grosse Erregung, für grossen Aufruhr und Verunsicherung sorgen. Nehmen wir mal an, pädosexuelle Personen. Würden Sie da auch sagen: *Die können ihr Leben selber bestimmen?*

**Zöllner:** Natürlich nicht. Da geht es um den Schutz und um die Einsicht, dass ein Trieb ausgelebt wird, der für die Gemeinschaft schädlich ist, das ist ganz klar. Wenn ein solcher Patient zu mir käme und sagen würde: *Zöllner, befreien Sie mich, dass ich weiter pädophil bleiben kann, nur ohne Angst!* Dann würde ich sagen: *Das mache ich nicht. Wenn Sie zu mir kommen, dann geht es um das Ziel, Pädosexualität nicht mehr zu praktizieren.* Das ist ganz klar. Ich habe auch Süchtige, ich behandle auch einen Alkoholiker. Der muss lernen, abstinenz zu werden. Das sind ganz konservative Ziele. Aber ich habe keine Remedur für das Suchtproblem insgesamt. So wie es auch keine Remedur für die Demenzen gibt.

Am Anfang haben Sie mich gefragt: *Wie haben Sie Ihre Fröhlichkeit behalten?* Dadurch, dass ich nie gedacht habe, man könne die schweren psychiatrischen Krankheiten heilen. Es wäre seltsam, wenn die Medizin an den schweren somatischen Krankheiten scheitert, Psychiatrie und Psychotherapie aber ausgerechnet die schweren psychischen Krankheiten heilen könnte. Wenn Sie schauen, wie viele nicht heilbare Krankheiten, zum Beispiel neben Krebs, es in der Somatik gibt, so ist das sehr viel. Und kein Internist würde sagen: *Ach die Multiple Sklerose! Kommen Sie zu mir, das sind Sie in zwei Wochen los!* Auch der Psychiater kann nicht sagen:

*Die Schizophrenie, schauen wir mal in Ihr Gehirn, mobilisieren wir das, bremsen wir das, dann sind Sie gesund.*



### Was ist „Krankheit“?

**Boothe:** Was ist für Sie überhaupt Krankheit? Passt das zu den Schizophrenen oder sind von Schizophrenie Betroffene bestimmte Menschen, die in besonderer Weise elementaren Aspekten des Lebens näher stehen als andere?

**Zöllner:** Das glaube ich nicht. Ich glaube auch nicht, dass sie Bewusstseinsweiterungen haben. Ich glaube schon: *Sie sind krank. Das ist eine Defizienz.* Obwohl es in dem psychotischen Zustand bei wenigen Patienten zu relativen Leistungen kommt, die künstlerischen Leistungen entsprechen. Das sind aber nicht mehr Prozent als bei der gesunden Bevölkerung. Das wird immer wieder falsch kolportiert. Ich glaube, die Patienten sind krank. Sie leiden unter ihrer Krankheit, und sie möchten Ihre Krankheit loswerden. Ganz klar. 80% jeder Schizophrenie oder 90 oder 70 besteht aus Angst, aus schrecklicher Angst. Ich glaube, es gibt keine schlimmere Angst als die psychotische Angst. Sie ist nicht mit dem Albtraum vergleichbar, denn dieser dauert kurz, und man kann erwachen. Die psychotische Angst hingegen findet keinen Ausweg und ist von enormer Intensität; das gilt auch für die Angst endogen depressiver Personen. Das ist die heute so bezeichnete Major Depression. In dieser Angst suchen die Patienten Hilfe. Und sei es auch nur, dass man sie mit ihnen aushält. Denn man kann sie ihnen ja nicht wirklich nehmen. Dämpft man sie, ist sie untergründig noch da, und die Patienten fühlen sich wie gelähmt: ein brodelndes Innere bei äusserer Paralyse. Das ist für viele ein quälender Zustand. Da gibt es nichts zu beschönigen. Selbst die Manie, die als euphorischer Zustand gilt, ist in höchstem Masse ein Leidenszustand. Was können wir tun? Wir können mit dem Patienten die optimale Pharmakotherapie einfädeln. Das geht aber über Jahre. Wir können ihnen helfen, einen Arbeitsplatz zu finden, der sie nicht überfordert; eine Lebensform zu finden, die sie nicht überfordert. Das ist meistens eine Lebensform als Single, weil es nicht anders geht. Und ihm helfen, so viel Geld zu verdienen, dass sie sich die wenigen Bedürfnisse, die sie überhaupt noch haben, erfüllen können. Ich habe einen Patienten, der hat den Sport entwickelt, die billigsten Kaffeeauschankstätten in Zürich zu entdecken. Der hat sie alle entdeckt, die klappert er ab, und das ist sein Glück. Das ist nicht das Schlechteste. Jeder soll für sich herausfinden, was für ihn möglich ist und sein Leben erfreulich macht. Wir sollen ihm beistehen; und das Wichtigste ist, ihm nicht etwas vorzuspiegeln von einer möglichen Gesundheit, die für ihn nicht existiert. Die anderen, man spricht heute von Paraphilien, müssen daran gehindert werden, ihren Triebanomalien zu frönen. Die Verständigen unter ihnen wollen das auch.



### Religion als Möglichkeit

**Boothe:** Das ist eigentlich für unser Interview schon ein gutes Schlusswort, von dem aus wir ein gemeinsames Gespräch eröffnen können. Aber eine Frage habe ich doch noch. Sie hatten ja noch am Anfang die Theologie erwähnt, das kam für Sie nicht in Frage, Ihr Vater war Pfarrer.

**Zöllner:** Darum war ich Atheist. Darum kam das nicht in Frage.

**Boothe:** Sie haben interessanterweise von einem Fall gesprochen, bei dem eine besondere Auszeichnung, nämlich Gottes Tochter zu sein, eine Rolle spielte. Was haben Sie diesbezüglich für Erfahrungen und Ideen?

**Zöllner:** Jeder schizophrene Mensch, auch jeder Depressive kommt auf dieses Thema, auch die Atheisten unter ihnen. Sie stellen die Frage nach der Theodizee. Sie lautet: *Wenn es einen guten Gott gibt, was alle sagen, warum dann habe ich die Krankheit?* Und auf diese Frage gibt es nur eine unbefriedigende Antwort. Man muss sie für sich selber beantworten, vielleicht mit Hilfe der Weltliteratur. Letztlich müssen wir damit leben, dass die Güter in der Welt, auch das von Gesundheit und Krankheit, ungerecht verteilt sind. Wer mit der Ungerechtigkeit in der Welt fertig geworden ist, der hat zur wahren Lebenskunst gefunden. Wem es persönlich gut geht, wie etwa dem Philosophen Wilhelm Schmid, der hat es leicht, Versöhnlichkeit zu predigen. Viele Patienten haben ein elendes Leben und hadern. Es geht darum, den Hader des Patienten anzuhören. Ich nenne das nicht Klagen, ich nenne das Hader. Ich glaube, das deutsche Wort Hader trifft es am besten. Das ist ein unablässiger Zorn mit dem bösen Gott. Die Frage lautet immer: *Was habe ich denn gemacht? Ich habe doch gar nichts gemacht, dass ich schizophren sein muss.* Oder umgekehrt: *Du Zöllner, was hast du denn gemacht, dass du es nicht sein musst?* Darauf habe ich keine Antwort. Weil die Patienten in ihrem Leben nichts finden, was eine derartige Krankheit rechtfertigt, gelangen sie manchmal in einen Schuldwahn. Bei mehreren Patienten von mir ist das der Fall. Dann stimmt wenigstens die

Leidens-Schuld-Bilanz wieder. Es ist offenbar seelisch einfacher, damit zu leben als mit dem permanenten Suchen nach einer Schuld, die eine solche Strafe wie die des bösen Gottes rechtfertigt. Da bin ich froh, ein Pfarrerssohn zu sein; denn ich kenne meine Bibel, da kann ich mithalten. Da hat schon mancher Patient gestaunt, wenn ich ihm mit der nötigen Überzeugung sagen konnte: *Matthäus 7, Vers 18*. So kann ich die schreckliche Angst, z.B. vor der Hölle, mittragen. Ich kann aber auch leicht korrigierend eingreifen. Ich kann beispielweise sagen: *Ist das denn wirklich möglich, dass der liebe Gott, der "der liebe Gott" heisst, der unsere Sünden trägt in Gestalt seines Sohnes, dass der wirklich böse sein soll, oder ist der böse Gott nicht viel eher eine Konstruktion?* Dann sagt der Patient: *Ja, ich hab es doch erlebt!* Ein anderer sagt: *Der sitzt an so einem Spezialcomputer, der sitzt da irgendwo im Weltall, und das ist Gott. Und der Zentralcomputer, der steuert hier jeden einzelnen Menschen und lässt den in Situationen hineinrennen, die der nicht bestehen kann. Und dann reibt er sich die Hände und freut sich.* Das ist die Personifikation eines bösen Gottes. Da kann ich doch nicht sagen: *Was haben denn Sie für infantile Vorstellungen!* Es ist ja ernst gemeint. Da kann ich höchstens sagen: *Herr Sowieso, wenn Sie mir das so erzählen, da schaudert es mich. Und wenn ich das so erleben würde wie Sie, dass Sie zu so einem Schluss gekommen sind, dann wüsste ich auch nicht, was ich täte.* Damit hat man zwar keine Lösung gefunden, aber ich sage immer: *Eine eingestandene Hilflosigkeit führt in einer Begegnung oft weiter, als man glaubt.*

Das gehört zur "Good Practice". Hilflosigkeit und Ohnmacht niemals überspielen! Fangen Sie von mir aus an zu heulen, weil Sie nicht weiter wissen! Alles besser als grosskotzig drüber zu stehen! Wir stehen alle nicht drüber, über nichts stehen wir drüber. Und die Frage der Theodizee stellt sich jeder, auch der Atheist. Der sagt dann: *Ich weiss ja nicht, was nachher kommt. Aber, ich bin mal für alles gewappnet.* Glauben Sie das keinem! Das heisst mit einem Wort: Schizophrene Menschen sind phantastische Partner im philosophischen Gespräch. Man muss nur einmal anfangen. Sie mögen vielleicht etwas konfus sein, dann kommt alles durcheinander, aber da kann man warten, bis man drauskommt. Man hat Zeit. Irgendwann versteht man etwas, und man kann etwas dazu sagen. Dann fragt der Patient: *Was haben Sie denn für ein Gottesbild?* Da sage ich: *Ich kann Ihnen das erzählen, was ich hatte, als ich noch gläubig war.* Und dann erzähle ich das. Was hat man für ein Gottesbild, mit zehn oder mit zwölf? Vielleicht der liebe Gott, der nette alte Herr, der aussieht wie der Alpöhi, der guckt auf die Erde und freut sich und so. Der Patient weiss, dass dieses freundliche Kinderbild fragwürdig ist. Man befindet sich hier bereits in Diskussion und Auseinandersetzung. Auch über den Teufel! So viele Teufel, wie es im Burghölzli gibt, die gibt es auf der ganzen Welt nicht! Da sage ich: *Ist gut, sind sie alle bei uns!* Teufel, das ist nicht nur ein Wort, das ist für jeden Patienten eine echte Bedrohung. Wenn man einen Patienten sieht, wie er sich quält und Angst hat, er habe den Teufel gesehen und der hole ihn in die Hölle. Und der weiss genau, wie es da aussieht. Jetzt fragen Sie: *Wie sieht es denn in der Hölle aus?* Dann kann er das einfach einmal erzählen. Es ist eindrucksvoll und kreativ, was Leute sich ausdenken, wie es in der Hölle aussieht. Im Himmel sind sie alle ein bisschen platter. Das kann man sich offenbar weniger leicht vorstellen. Aber jeder scheint zu wissen, was in der Hölle passiert. Wahnsinn! Da geht man manchmal aus der Stunde, da schwirrt einem der Kopf. Das sind gute Stunden! Das sind tolle Stunden!

**Boothe:** Das Wort „Wahnsinn“ haben Sie am Schluss doch noch gebraucht für ein gemeinsames Erlebnis, ausgelöst durch die Erzählung des Patienten!



Nun öffnen wir die Diskussion und erst einmal ganz herzlichen Dank!

## Offene Diskussion

### Was ist gute psychiatrische Praxis?

**Zöllner:** Ein guter klinischer Psychologe kann in zehn Jahren lernen, wie Psychopharmaka verordnet werden, wenn er auch nicht die letzten pharmakologischen Feinheiten weiss. Jeder Arzt kann in der gleichen Zeit die Psychodiagnostik lernen, sogar projektive Tests. Ich halte es mit meinem ersten Chef. Der hat gesagt: *Wenn einer etwas kann und etwas weiss, dann muss er es weitergeben an den, der es nicht kann und nicht weiss.* Wenn man dann noch rechtfertigen muss, warum man das ist und nicht jenes, gibt es dafür Berufsbilder. Dann kann man auf diese zurückgreifen: der „Klinische Psychologe“. Das Gespräch ist das Rüstzeug. Wer Gespräche führen kann, der kann es, und wer es nicht kann, der kann es nicht. Alles andere ist Zubrot, Zauberei, unnötig.

### Männer mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

**Frage:** Sie haben am Anfang von Borderline-Persönlichkeitsstörungen gesprochen, die Sie als Hysterie bezeichneten. Da bin ich vollkommen einverstanden. Würden Sie das für Männer genauso sehen?

**Zöllner:** Für Männer? Selbstverständlich gibt es Männer, die unter einer hysterischen Neurose leiden. Nach den epidemiologischen Untersuchungen wäre es einer auf 20 Frauen. Ich habe keine Ahnung, ob das stimmt. Klinisch klar könnte ich vielleicht zwei, drei,

vielleicht vier Männer nennen, die diese Diagnose im Burghölzli gehabt haben, und sehr viel mehr Frauen. Aber wer zählt was auf welchem Wege? Sind es nun 3% depressive Menschen auf der Welt oder 20%? Schizoaffektive Psychosen: Nach Berechnungen aus dem Burghölzli wären das bald 40%, aber so viele kann es selbst im verrückten Zürich nicht geben. Das ist irgendwie falsch gezählt worden. Warum? Weil man die Diagnosen nicht klar fassen kann. Wahrscheinlich gibt es genauso viele Borderline-Männer wie Frauen. Die gehen wahrscheinlich durch die Lappen. Die laufen als ADHS rum, mit einer Diagnose, die nicht so verächtlich ist. Bei Männern findet man häufig narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Da weiss ja auch kein Mensch, was das ist. Man weiss nur, dass man es selber auch ein bisschen ist.

## Die Zukunft der projektiven Tests

**Frage:** Ich komme von der Fachhochschule. Wir haben viele projektive Tests gehabt im Studium, die mich wirklich interessieren. Welche Rolle sehen Sie für projektive Tests in einer “Good Practice”?

**Zöllner:** Leider werden sie sterben, weil sie niemand mehr beherrscht! In der Fachhochschule für Angewandte Psychologie haben Sie das Glück, dass es noch ein paar Wenige gibt, die das können. Die werden bald pensioniert. Meine Frau gehört dazu. Die paar wenigen Tests, die es noch gibt, will man nicht mehr verwenden. Das hat keinen Platz in einem Zeitalter, das sich der Vermessung verschrieben hat. Aber das ist wie bei Dracula. Die projektiven Tests sind nicht tot! Sie ruhen. Irgendwann werden sie auferstehen, und dann wird es wieder Menschen geben, die sich dafür interessieren. Es lohnt sich in jedem Fall, sie zu lernen. Das gelingt nicht über Bücher. Sie müssen den Rorschachtest machen, machen und machen, nicht hunderte von Male, tausende von Male. Auf einmal können Sie ihn interpretieren. Das Gleiche gilt für Bäume, für Erzählstrukturen usw. Wer es gemacht hat, merkt: *Da kommt was heraus, das trifft etwas vom Patienten.* Es muss nicht die Wahrheit sein. Der Patient muss sich nur angesprochen fühlen durch das, was Sie gefunden haben in seinem Produkt. Dann macht das Spass. Wenn ich Gelegenheit hätte, meinen Chef in die projektiven Tests einzuführen, ich würde mit ihm einen Rorschachtest machen. Der würde staunen, was dabei herauskommt, und er würde selber zum Rorschach-Apostel werden. Aber sie wollen nicht! Sie wollen ja alle nicht. Das ist ja von vornherein abgeschrieben. Also, es ist schlimm. Aber eben, wir müssen einfach warten, warten. Das kommt alles wieder.

## Die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“

**Frage:** Ich wollte nachfragen, warum Sie die Diagnose “Persönlichkeitsstörung” so stört?

**Zöllner:** Die stört mich immens. Früher hiess das Psychopathie. Als ich anfang im Burghölzli, kannte man den Begriff Persönlichkeitsstörung noch nicht. Das waren die Psychopathien. Das geriet als Schimpfwort in Verruf. Man kann jede Diagnose abschaffen. Damals war die Psychopathielehre nach Kurt Schneider prominent. Das waren acht oder zehn diagnostische Bilder mit schrecklich wertenden Zuschreibungen: “der reizbare Psychopath”, “der gefühlskalte Psychopath”, “der explosive Psychopath”. Aber das war Fleisch am Knochen. Da wusste man, mit wem man es zu tun hatte. Die Idee bei der Psychopathie war eine ganz simple. Heute würde man sagen: *Das ist zu simpel.* Aber nicht alles, was kompliziert ist, ist gut; und nicht alles, was simpel ist, ist schlecht. Die Idee war: Die Personen waren schon Psychopathen, als die Hebamme sie in die Hände nahm, und sie werden es bleiben, bis sie den Sarg besteigen. Das hatte was für sich. Wenn man mit Säuglingen zu tun hat, weiss man: Es gibt wirklich Psychopathen darunter. Die zweite Idee war: Dann handelt es sich um therapieresistente Fälle. Gene mögen eine Rolle spielen, auch wenn wir nicht wissen, was Gene sind. Man hat die Psychopathien damals als “Konstitutionsvarianten” bezeichnet. Die

Normbreite war festgelegt, die als psychopathisch eingeschätzten Personen befanden sich unterhalb oder oberhalb der Norm. Sie hatten keine Geisteskrankheit, sie hatten keine Neurose, und sie hatten keine Hirnkrankheit. Das gilt für Persönlichkeitsstörungen auch heute. Sie sind nicht geisteskrank und haben auch keine Neurose, absolut nicht. Sie sehen sich nicht als krank. Sie haben ganz sicher keine Hirnkrankheit, wenn man sie untersucht. Also helfen auch keine Medikamente. Und Psychotherapie hilft in der Regel auch nicht viel, obwohl es unzählige Literatur gibt: "Die Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen". Was bietet man an: ein bisschen emotional umstrukturieren und kognitiv umstrukturieren. Das hilft aber letztlich nichts. Die bleiben die ewig fröhlichen Egozentriker, die sie immer waren.

Liest man beispielsweise die Dissertation von Heidi Zogg (2005). *Wandel der psychiatrischen Nosologie von 1950 bis heute (Diagnostik von ICD-6 bis ICD-10)*, ist das geradezu eine Offenbarung. Diagnosen wandeln sich wie die Moden. Irgendwann wurde aus der Psychopathie unter dem Einfluss der American Psychiatric Association (APA) die Persönlichkeitsstörung. Dabei ist das Wort „personality disorder“ bei weitem nicht so diskriminierend wie das Wort "Persönlichkeitsstörung". Das ist das Ärgste, was Sie einem Patienten antun können. Die Persönlichkeit ist er selbst, und jetzt ist er noch gestört! Sagen Sie mal einem: *Du bist gestört!* Das ist ein rechtes Schimpfwort. Also, man kam vom Regen in die Traufe. Kein Patient möchte diesen Begriff hören. Lieber noch die Schizophrenie. Und nun machen wir SKID-II und finden die schwerwiegendsten Defizite. Man fragt sich: *Wie leben so schwer gestörte Personen überhaupt? Wieso haben sie ihr Haus noch nicht angezündet und ihre Schwiegermutter noch nicht totgeschlagen?* Meine Meinung ist: Die Persönlichkeitsstörungen gibt es, aber man muss sie viel bescheidener und enger fassen. Es ist auch so, dass hier eine gewisse Therapieresistenz besteht, in jeder Hinsicht. Auch, dass es zwölf Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV-TR geben soll! Es gibt keine zwölf Persönlichkeitsstörungen. Darum ist die Diagnostik ein grosses Problem. Kein Mensch weiss, wie die depressive Persönlichkeitsstörung von einer Depression abgetrennt wird, z. B.

Und noch als Schlusszuckerli: Die 13. Persönlichkeitsstörung steht schon ante portas. Das haben mir kundige Menschen, wie die drei Könige aus dem Morgenland, gesagt: *Es gibt die Verbitterungspersönlichkeitsstörung.* Diese habe wohl ich selbst. Daraus folgt: Diagnosen sind wie Moden. Sie können sie eine Zeit lang tragen, dann kommen Neue. Entsprechend muss man sie behandeln: als vorläufige Annahmen mit ungenügender Ausformulierung. Das DSM kann man nicht lesen, ohne dass man Durchfall kriegt! Wenn es wenigstens schönes Deutsch wäre! Aber ich weiss auch keine Remedur. Wir können die Diagnosen schliesslich auch nicht abschaffen. Das weiss ich definitiv, das geht nicht. Ich habe noch das Diagnoseschema von Manfred Bleuler. Das geht auf ein Blatt. Da sind nur die grossen Töpfe. Und da kann man wirklich die Erbsen reintun.

## Psychische Krankheiten

**Boothe:** In welchem Sinne könnte es psychische Krankheiten geben? Was wäre Ihr Krankheitsbegriff?

**Zöllner:** Also jetzt ätiologisch? Na, da sage ich natürlich, wie sich das heute gehört: biopsychosozial. Das passt immer. Das ist wohl das, was den Menschen formt, und mehr bringen wir nicht zustande. Es handelt sich nur um drei grobe Begriffe. Es gibt so viele Einflüsse. Wie soll man ein ganzes Leben nach Einflüssen ordnen können? Die Person selbst weiss es ja auch nicht. Die Vielfalt dieser Doppelhelix wird niemals erfasst werden. Und wie soll man die Kultur, die ein Mensch erlebt hat, einbeziehen? Da ist es doch besser, wenn man sagt: *Ignoramus et ignorabimus.* Mit dem habe ich prima gelebt. Dann ist es besser zu sagen: *Wir haben Eindrücke.* Wir versuchen, die Eindrücke mit Argumenten zu untermauern. Das unterscheidet uns womöglich von einem Laien. Wir nutzen dazu z.B. die Traumdeutung von

Freud oder irgendetwas anderes. Und wir sind dessen eingedenk, dass wir gleichwohl im spekulativen Bereich bleiben. Damit müssen wir leben. Wenn der Patient fragt: *Was ist die Ursache meiner Krankheit?*, dann sage ich ihm eben: *Ich weiss es nicht. Sie wissen es nicht, ich weiss es nicht, niemand weiss es.* Aber wichtiger ist ihm womöglich, verstanden zu werden. Da sind Eindrücke. Wiederum sehr wichtig: *Ich habe den Eindruck, Herr Widmer, dass das und das jetzt in Ihnen passiert, dass Sie z. B. Angst haben.* Und dann sagt er entweder: *Das stimmt.* Oder er sagt: *Es stimmt nicht.* Wenn er sagt, es stimme nicht, dann war ich auf der falschen Fährte. Dann hat mich mein Eindruck getäuscht. Dann gehen wir unseren Eindrücken gemeinsam weiter nach, auch wenn die Ätiologie-Forschung uns keinen Weg weist. Lass doch die Hirnforscher machen, was sie wollen! Die können ihre Bilder zeigen, da leuchtet es, was muss es uns kümmern? Wir sind keine Hirnforscher. Wenn die Psychologie nur auf Hirnforschung setzt, dann läuft sie in die falsche Richtung! Dann wird sie irgendwann verschwunden sein, weil die Hirnphysiologen sie geschluckt haben. Die wird geschluckt und ist weg, gemäss dem usurpatorischen Anspruch der Mediziner, alles en passant mitzunehmen. Es gibt kein Lehrbuch der Psychiatrie mehr. Es gibt nur noch Lehrbücher der Psychiatrie und Psychotherapie. Da steht aber nichts drin über Psychotherapie, man merkt es nicht sofort. Und dann sagen die Psychiater den Psychologen eben: *Wir wollen die Psychotherapie zurück. Wir bilden unsere psychotherapeutischen Psychiater selber aus.*

Wo bleibt dann die Psychologie? Wenn sie sich der Neurophysiologie anbietet, in der Hoffnung, sie würde dann anerkannt, irrt sie sich. Dann sagt der Psychiater: *Wir haben unsere eigenen Neurophysiologen. Euch brauchen wir nicht!*

Also: die Psychologie wird sein Philosophie und Geisteswissenschaft oder sie wird Keine sein. Das sage ich jetzt einfach.

**Boothe:** Das ist ein Schlusswort! Ganz herzlichen Dank!



**Ausgewählte Publikationen**

Zöllner, H-M (2004). Die Baumzeichnung als Spiegel der leidenden Seele, Königshausen & Neumann, Würzburg.

Zöllner, H-M (1999). Havarie: anamnestischer Bericht in ausreichend ermüdenden und schwer auf(f)fliegenden Überbelichtungen. Essen: Verlag Die blaue Eule.

Zöllner, H-M (1997). Psychiatrie in Lebens- und Leidensgeschichten. Stuttgart: Enke.

Zöllner, H-M (1988). ORKA – Bilder eines guten Ortes, Guido Pressler Verlag, Hürtgenwald.

Zöllner, H-M (1987). Die Wissensschufte: Warum der Mensch für dieses Leben nicht klug genug ist: Festvortrag zur Ausstellungseröffnung am 18. September 1987 in der Stadtbücherei Stuttgart im Wilhelmshaus anlässlich des 150jährigen Jubiläums des Ferdinand Enke Verlages.