

## Die Maskennutzung in der (teil-) stationären psychotherapeutischen Arbeit – eine oberärztliche Perspektive

Burcu Coskun, Deutschland

Es ist wahrlich erstaunlich wie weit die Gewöhnungsfähigkeit des Menschen reicht. Etwas was vor zwei, drei Jahren noch undenkbar gewesen wäre, nämlich mit einem Mund- Nasen-Schutz stationäre/teilstationäre psychotherapeutische Arbeit durchzuführen, ist ein integraler Bestandteil und größtenteils sogar Voraussetzung für diese Arbeit geworden. Dieser Text soll keinesfalls an der Sinnhaftigkeit der Maßnahmen zweifeln, sondern ohne Anspruch auf Vollständigkeit, mögliche Effekte dieser großen Veränderung im psychotherapeutischen Alltag beschreiben.

Die psychotherapeutische Behandlung ohne Sichtkontakt ist bereits aus der klassisch psychoanalytischen Behandlungstechnik sehr gut bekannt und erforscht. Die vorliegende, pandemiebedingte Situation ist jedoch anders. Im klinischen Alltag wird mit der Maskennutzung eine Situation geschaffen, in der schwerer erkrankte PatientInnen ohne vollständigen Sichtkontakt auf die Mimik behandelt werden müssen. Warum eigentlich scheint das stellenweise „problemlos“ zu gelingen? Was führt dazu, dass auch unter weitgehender Ausschaltung der Mimik gearbeitet werden kann? Und was sehen und erleben die PatientInnen, wenn sie auf den maskierten Therapeuten blicken? Diese Fragen habe ich mir im letzten Jahr jedenfalls immer wieder gestellt, u.a. weil der Bedarf der PatientInnen, die Maskennutzung (sowie weitere Aspekte der Pandemie) und deren Einfluss auf ihr Leben in den Gruppen- und Einzeltherapien ausführlicher zu thematisieren, erstaunlich gering war, was mich eher besorgte als beruhigte.

Erstmal sei eingeräumt, es handelt sich beim Maskentragen in der Psychotherapie um eine Zumutung, sowohl für ein psychotherapeutisches Team, als auch für PatientInnen. Wie also wird diese bewältigt? (Aus Platzgründen wird hier eher die BehandlerInposition beschrieben, aber die Grenzen sind fließend und die PatientInnen haben mit ähnlichen inneren Dynamiken zu tun, mit dem großen Unterschied, dass sie zusätzlich in seelischer Not sind, was das Ohnmachtserleben und die Aktivierung primitiver Abwehrstrukturen verstärkt)

Wie ich beobachtet habe, sind mehrere Wirkfaktoren tragend: einerseits die zu Beginn erwähnte prinzipielle Anpassungsbereitschaft und -fähigkeit der Menschen, welche wichtig ist für die Bewältigung von persönlichen und gesellschaftlichen Krisen, die durchaus in der Lage sind, Traumafolgestörungen nach sich zu ziehen. Mit dieser Anpassung ist nicht einfach eine Unterwerfung gemeint, es handelt sich vielmehr um ein komplexes seelisches Verarbeitungsgeschehen, womit neue, möglicherweise bedrohlich erlebte Situationen in ihrer Bedeutung emotional erfasst und integriert werden (müssen). Ähnlich wie die in der Literatur gut beschriebenen psychischen Veränderungen im Rahmen der Migration, ist auch hier die Herausforderung, etwas zunächst sehr Fremdartiges in etwas Eigenes „umzuwandeln“ und in das eigene Handeln und Denken zu integrieren. Eine zu starke innere Ambivalenz gegenüber den Maßnahmen würde genau diesen seelischen Prozess stören, man würde sich im besten Fall nicht „anfreunden“ können mit dem Maskentragen, bzw. dies nicht ausreichend zum Thema machen können in der Behandlung.

Eine weitere Einordnung und eine Antwort auf die Frage, warum es trotzdem gelingt, einen emotionalen Kontakt zu den PatientInnen aufzubauen, liegt in meinen Augen in der Tatsache begründet, dass wir viel mehr in und mit unserer Phantasie arbeiten, als uns bewusst ist. Das, was aus der psychoanalytischen Lehre bereits lange bekannt ist, erfährt hier eine Bestätigung unter veränderten äußeren Bedingungen. Wir alle haben unbewusste Vorstellungen von unserem Gegenüber, Phantasien über sein Wesen und Aussehen, über seine Konflikte, Fähigkeiten und Schwächen. Diese scheinen mindestens genauso real zu sein wie die Realität selbst, so dass es uns möglich wird, das Fehlen des vollständigen Sichtkontakts auf das Gesicht unbewusst durch die eigene Phantasie zu ergänzen oder zu ersetzen. Wie die Mimik der PatientInnen in der jeweiligen Gesprächssituation ist, kann real nicht erfasst werden, und dennoch gibt es ganz sicher eine Phantasie dazu, womit dann bewusst oder unbewusst gearbeitet wird.

Der fehlende Realitätsabgleich macht den Rückzug in die eigene Innenwelt viel leichter möglich, nämlich sowohl den BehandlerInnen, als auch den PatientInnen. Diese Rückzugsmöglichkeit aus dem therapeutischen Kontakt ist wahrscheinlich ein wichtiger Grund dafür, dass die Maskennutzung von PatientInnen nicht nur problematisiert, sondern in gewisser Weise auch als ein Vorteil empfunden und „genutzt“ wird.

Die Intensivierung der Arbeit mit den eigenen Vorstellungen und Phantasien erscheint mir daher eine größere Bedeutung zu gewinnen, gerade, weil man es in der Pandemie mit einer ins Leben einbrechenden Realität zu tun hat. Das Hineinhören in sich, das Wahrnehmen der eigenen Vorstellung kann aus der großen realen Einschränkung tatsächlich eine Erweiterung des eigenen Horizonts hervorbringen und, zumindest im therapeutischen Kontakt, etwas besprechbar machen, was nicht selbstverständlich besprechbar ist.

Emotionale Nähe oder Distanz scheinen jedenfalls nicht entscheidend von Sichtkontakt abzuhängen, sondern von der Fähigkeit des Behandlerpaares (PatientIn-BehandlerIn/Team) die Unwägbarkeiten zu verarbeiten. Als PsychoanalytikerIn hätte man sich das vielleicht auch aus der ambulanten Arbeit ableiten können, aber diese Aspekte waren im klinischen Alltag noch nie so unmittelbar spürbar wie in der maskierten Arbeit mit PatientInnen, die in der Klinik behandelt werden.

Abhängig von der Pandemieentwicklung wird (hoffentlich) die Maskennutzung irgendwann wieder an Bedeutung verlieren. Aber diese gemachte Erfahrung nicht zu vergessen und psychisch eingeordnet zu haben, kann eine wichtige Stütze sein im Umgang mit inneren und äußeren Krisen; letztlich, um als Team einer psychosomatischen Abteilung nicht geschwächt, sondern mit neuen Kompetenzen aus der Pandemie herauskommen zu können.

