

Band 10

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN  
PSYCHOSENTERAPIE

herausgegeben von Stavros Mentzos

Günter Lempa/ Elisabeth Troje (Hg.)

Psychoanalytische Technik,  
ihre Anwendung und Veränderung  
in der Psychotherapie

VANDENHOECK & RUPRECHT \_\_\_\_\_

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.): Psychoanalytische Technik,  
ihre Anwendung und Veränderung in der Psychotherapie

V&R

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN  
PSYCHOENTHERAPIE

Schriftenreihe des Frankfurter  
Psychoseprojekts e. V. (FPP)

---

Herausgegeben von Stavros Mentzos  
Mitherausgeber: Günter Lempa, Norbert Matejek,  
Thomas Müller, Alois Münch, Elisabeth Troje

Band 10: Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.)  
Psychoanalytische Technik, ihre Anwendung  
und Veränderung in der Psychotherapie

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.): Psychoanalytische Technik,  
ihre Anwendung und Veränderung in der Psychosentherapie

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.)

# Psychoanalytische Technik, ihre Anwendung und Veränderung in der Psychosentherapie

Mit 3 Abbildungen und 3 Tabellen

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet  
über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 3-525-45111-3

© 2004, Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen.

Internet: [www.vandenhoeck-ruprecht.de](http://www.vandenhoeck-ruprecht.de)

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile  
sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen  
als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf  
der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.  
Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile  
dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages  
öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch  
bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Printed in Germany.

Druck und Bindung: Hubert & Co., Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

## Inhalt

Editorial .....	7
<b>■ THEORIE-FORUM</b>	
Yrjö O. Alanen Entwicklung der integrierten psychotherapeutischen Behandlung schizophrener Psychosen .....	9
Stavros Mentzos Psychodynamische und verhaltenstherapeutisch-kognitive Therapie der Psychosen. Unterschiede, Gemeinsamkeiten und Integrationsmöglichkeiten. ....	35
Raymond Borens Das fehlende Nein. Ein Beitrag zum Verständnis der Psychose	50
<b>■ KLINISCHES FORUM</b>	
Thomas Müller Probleme der Behandlungstechnik in der psychoanalytisch orientierten Therapie psychotischer Patienten .....	66
Elisabeth Aebi »Ein Zimmer für sich allein«. Ein Kommentar zum Beitrag von Thomas Müller .....	79
Elisabeth Troje Wann ist eine Deutung sinnvoll? Ein Kommentar zum Beitrag von Thomas Müller .....	85

■ INFORMATIONEN

Rezensionsvorschläge .....	92
Die Letzte Seite .....	93
Die Autorinnen und Autoren .....	96

## Editorial

Im zehnten Band des *Forums der psychoanalytischen Psychosentherapie* geht es um Fragen der psychoanalytischen Behandlungstechnik.

Yrjö O. Alanen stellt die integrierte Behandlung schizophrener Psychosen dar, wie sie im Schizophrenieprojekt Turku in Finnland entwickelt wurde. Er weist auf Studien mit positiven Ergebnissen für die bedürfnisangepasste Behandlung hin und beschreibt das in Finnland etablierte Ausbildungsprogramm »Behandlung schwerer psychischer Störungen«.

Stavros Mentzos vergleicht die psychodynamische mit der therapeutisch-kognitiven Therapie der Psychosen hinsichtlich Unterschieden, Gemeinsamkeiten und Integrationsmöglichkeiten. Er kommt zu dem interessanten Ergebnis, dass auch die kognitive Verhaltenstherapie sich positiv im Sinn einer Bearbeitung der psychotischen Dilemmata auswirken kann.

Raymond Borens gibt in seiner gut nachvollziehbaren Arbeit einen Überblick über das Verständnis der Psychose aus der Sicht Lacans. Ein Fallbeispiel verdeutlicht die Ausführungen.

Thomas Müller schildert in einer längeren Fallvignette die analytische Psychotherapie einer schizoaffektiven Patientin. Elisabeth Aebi und Elisabeth Troje kommentieren diese Fallvignette.

Es folgen Rezensionsvorschläge und die vorerst letzte »Letzte Seite« von Norbert Matejek.

Günter Lempa  
Elisabeth Troje



Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.): Psychoanalytische Technik,  
ihre Anwendung und Veränderung in der Psychotherapie

## ■ THEORIE-FORUM

Yrjö O. Alanen

### **Entwicklung der integrierten psychotherapeutischen Behandlung schizophrener Psychosen**

Die ersten Patienten mit Erkrankungen aus der Gruppe der Schizophrenien habe ich bereits in den fünfziger Jahren mit psychodynamischer Psychotherapie behandelt, dies habe ich so bis in die neunziger Jahre fortgesetzt. Meine eigene Analyse habe ich 1955 begonnen und 1965 meine psychoanalytische Ausbildung – dies hat sich für meine Arbeit in den folgenden Jahrzehnten als entscheidende Hilfe erwiesen. Ich hatte von Anfang an gute Erfahrungen mit vielen Patienten, die zu einem guten und dauerhaften Kontakt zu mir fähig waren, der auf der Grundlage einer symbiotisch gefärbten Übertragungsbeziehung zustande kam.

Ihre Heilung war eindeutig Teil des Prozesses ihrer Persönlichkeitsentwicklung und im Verlauf dieser Entwicklung wurden psychotische Lösungen zunehmend weniger erforderlich. Es gab jedoch auch andere Patienten, bei denen meine Bemühungen fehlschlagen. Sie reagierten auf die Therapie öfter mit überwiegend autistischem Rückzug und einer ausgeprägten Abneigung, die Zusammenhänge zwischen ihren Problemen und den psychotischen Symptomen zu untersuchen (Alanen 1962).

Zur gleichen Zeit untersuchte ich in einer Studie die Mütter von einhundert schizophrenen Patienten (Alanen 1958). Es folgte eine Vergleichsstudie von Familien von Schizophrenen und Neurotikern (Alanen et al. 1966). In den sechziger Jahren sammelte ich allmählich Erfahrungen mit psychodynamisch orientierter Familientherapie bei schizophrenen Patienten. Die Ergebnisse waren besonders bei zwei Gruppen vielversprechend.

Die erste bestand aus jungen Patienten, von denen viele zu den schwer erkrankten autistischen Patienten gehörten, deren Voraussetzungen für eine erfolgreiche Einzeltherapie schlecht waren (Alanen 1976). Die Familiensitzungen erwiesen sich anscheinend als

einzige Möglichkeit, sich ein Bild von ihrer Lebenssituation zu machen und auch etwas von ihren psychischen Vorgängen zu verstehen. Selbst wenn die Veränderungen der psychotischen Störung im Allgemeinen nicht bemerkenswert waren, so half doch eine Einstellungsänderung der Eltern dabei, die Lebenssituation dieser jungen Menschen zu verbessern. Dies trug manchmal dazu bei, dass sie sich als junge Erwachsene weiterentwickeln konnten.

Die andere Gruppe bestand aus Patienten, die nach der Eheschließung erkrankt waren. Die Ergebnisse in dieser Gruppe fielen am besten aus – jedoch war dies abhängig von der Einstellung der Partner und Partnerinnen zu ihren kranken Angehörigen (Alanen u. Kinnunen 1975).

## Das Schizophrenieprojekt Turku

Diese Erfahrungen stellten den ursprünglichen Hintergrund für die *bedürfnisangepasste Behandlung schizophrener Patienten* dar, die ich allmählich zusammen mit meinen Kollegen entwickelt habe (dabei sind besonders Viljo Rökköläinen, Klaus Lehtinen und Jukka Aaltonen und die Stationschwester Riitta Rasimus zu erwähnen), nachdem ich im Jahr 1968 Professor und Direktor der psychiatrischen Abteilung an der Universität Turku im Südwesten Finnlands geworden war. Es war uns klar, dass die Schizophrenie eine eher heterogene Gruppe psychischer Störungen umfasst (was bereits Eugen Bleuler 1911 bekannt war) mit multifaktoriellen Ursachen, die im Einzelfall ein unterschiedliches Gewicht haben. Dieser Ausgangspunkt ist offensichtlich auch bei der Behandlung schizophrener Patienten bedeutsam: Auch die therapeutischen Bedürfnisse dieser Klientel unterscheiden sich voneinander. Unser Krankenhaus war sowohl Lehrkrankenhaus als auch Teil des gemeindepsychiatrischen Systems in Turku mit 160.000 Einwohnern. Wir riefen das Schizophrenieprojekt Turku ins Leben.

Die Zielsetzung war, die Behandlung schizophrener Psychosen vorrangig psychotherapeutisch zu gestalten und dies in einer Weise zu tun, die flächendeckend in der staatlichen psychiatrischen Gesundheitsversorgung angewendet werden konnte. Es war uns möglich, alle erstmals aufgenommenen Patienten aus der Gruppe der Schizophrenien im Sektor Turku zu untersuchen – auch wenn wir nicht alle behandeln konnten –, und wir entschieden uns dazu,

unsere Bemühungen auf die Kohorte dieser Patienten auszudehnen.

Wir waren der Auffassung, dass schizophrene Patienten auf breiter Basis psychotherapeutisch behandelt werden sollten und dies nicht nur in der Klinik, sondern auch im ambulanten Bereich. Dies wird deutlich, wenn man sich eine Aufzählung unserer spezifischen Ziele für das Projekt ansieht, die sich einerseits auf die Entwicklung beziehen, andererseits auf die Forschung:

- Psychotherapeutische Grundhaltung,
- Gestaltung der Krankenhausstationen als psychotherapeutische Gemeinschaft,
- Entwicklung der Familientherapie und anderer familienzentrierter Aktivitäten,
- Entwicklung von einzeltherapeutischen Beziehungen,
- Pharmakotherapie wird als eine Art der Behandlung betrachtet, welche die psychosozialen Therapieformen unterstützt,
- Schaffung von Ausbildungs- und Supervisionsangeboten, um die Teilnahme aller Berufsgruppen an der therapeutischen Arbeit zu unterstützen,
- Entwicklung von Rehabilitationsmaßnahmen,
- Nachuntersuchung von Kohorten, die alle erstaufgenommenen Patienten mit schizophrenen Psychosen aus dem Einzugsgebiet umfassen.

Was die Entwicklungsziele betrifft, so standen die Stationsgemeinschaft und psychotherapeutische Einzelbeziehungen in der Anfangsphase im Vordergrund, wenngleich auch schon mit der Familientherapie begonnen wurde, wenn sie indiziert schien (Alanen et al. 1986). Hier möchte ich besonders auf einen Punkt in der Liste unserer Entwicklungsziele hinweisen: die *Ermutigung aller Mitarbeitergruppen*, an der therapeutischen Arbeit aktiv teilzunehmen. Das war notwendig, um die therapeutischen Ressourcen zu erweitern und die Stationen im umfassenden Sinne zu psychotherapeutischen Gemeinschaften umzuformen, wobei dies die Grundlage unseres gemeinsamen Versuchs war, die Patienten zu verstehen und ihre persönlichen Probleme zu behandeln. Die Stationsatmosphäre sollte nichtautoritär und inspirierend sein, der Beitrag des einzelnen Mitarbeiters sollte Wertschätzung erfahren. Für die Mitarbeiter der Pflege ist eine solche Atmosphäre hilfreicher als der übliche hierarchische Ansatz. Angefangen bei der »persönlichen« Krankenschwes-

ter-Beziehung (Bezugspflege) und mit der Unterstützung von »Training on the Job« und Einzelsupervision wurden viele unserer Krankenschwestern allmählich in die Lage versetzt, längerfristige Kontakte mit ihren Patienten einzugehen und so viele dieser Patienten gut unterstützen zu können (Aaku et al. 1980; Alanen et al. 1986).

## Einführung der Therapieversammlungen

Eine bedeutsame Veränderung unserer Arbeitsweise fand zu Beginn der achtziger Jahre statt, sie wurde in Gang gesetzt durch die Einführung einer standardmäßigen familientherapeutischen Ausbildung auf multiprofessioneller Basis mit systemischer Ausrichtung.<sup>1</sup> Einige meiner jüngeren Kollegen machten den Versuch gemeinsamer Therapiesitzungen mit neu aufgenommenen Patienten und ihren Familien – oder mit anderen engen Bezugspersonen, wie zum Beispiel die Freunde von jungen Studenten, die sich in Turku während ihrer Ausbildung aufhielten (Lehtinen u. Rökköläinen 1986; Rökköläinen et al. 1991). Anfangs hegte ich Zweifel an diesen Versammlungen, aber sie verschwanden, als ich an den Versammlungen selbst teilnahm und erleben konnte, was sie bewirkten.

Als ich in Finnland ein »Nationales Schizophrenieprojekt« in den achtziger Jahren leitete, wurden diese familienzentrierten Treffen, für die sich der Name »Therapieversammlung« einbürgerte, der populärste Teil unserer Empfehlungen zur Behandlung von schizophrenen Patienten (vgl. zum Behandlungsansatz Alanen et al. 1990). In weiten Teilen des Landes wurden »akute Psychoseteams« eingeführt, die für Planung und Durchführung der Behandlung neu und wieder erkrankter Patienten mit Psychosen (und oft auch anderen Krisensituationen) zuständig waren. Bei der gemeindepsychiatrischen Behandlung schizophrener Psychosen sollte ein solcher Ansatz eine Schlüsselstellung bekommen. Gleichzeitig sollte darüber nicht die Entwicklung anderer, langfristiger Behandlungsangebote vernachlässigt werden.

Ich habe drei Funktionen der Therapieversammlung unterschiede-

---

1 In der Anfangszeit dieser Ausbildung luden wir bekannte Familientherapeuten ein, unter anderen Michael Wirsching und Helm Stierlin, die unsere Seminare leiteten; auch später verfahren wir so.

den: die informative, die diagnostische und die therapeutische Funktion (Alanen 2001).

Wenn wir den Patienten und seine Familie »in vivo« erleben, bekommen wir einen viel besseren Einblick als in Einzelkontakten mit Familienmitgliedern, und wir können ein Verständnis der familiären Interaktionsdynamik entwickeln. Wir können so die therapeutischen Bedürfnisse, die im besonderen Fall relevant sind, erfassen, etwa ob eine dringende Indikation für eine familienzentrierte Behandlung besteht oder ob der Schwerpunkt von Anfang an die Einzeltherapie sein soll. Zusätzlich zu unseren Patienten können wir auch ihre Familien und weitere bedeutsame Bezugspersonen unterstützen. Je nach den fallspezifischen Umständen kann man noch eine ganze Reihe weiterer Faktoren hinsichtlich der therapeutischen Wirkung aufzählen. So lässt sich beispielsweise die häufige Erfahrung von Zurückweisung reduzieren, die ein Patient bei seiner Krankenhausaufnahme ebenso erlebt wie seine Stigmatisierung als »krank«, zusätzlich bekommen wir noch die Möglichkeit, die Reaktion des Patienten und der Familie auf die Krankenhausaufnahme und eventuelle, damit verbundene paranoide Einstellungen zu beobachten und zur Sprache zu bringen.

## Prinzipien der bedürfnisangepassten Behandlung

Ergebnis unserer Bemühungen um eine integrative psychotherapeutische Orientierung war die bedürfnisangepasste Behandlung. Die allgemeinen Prinzipien, die unseren Ansatz kennzeichneten, brachten wir in folgenden Grundsätzen zum Ausdruck (Alanen et al. 1991; Alanen 2001):

- Die therapeutischen Aktivitäten werden in jedem einzelnen Fall flexibel geplant und individuell durchgeführt, sodass sie den jeweiligen und sich verändernden Bedürfnissen des Patienten und gleichermaßen auch der Menschen, die ihr persönliches Netzwerk sind (am häufigsten die Familie), entsprechen.
- Untersuchung und Behandlung werden von einer psychotherapeutischen Haltung bestimmt.
- Die verschiedenen therapeutischen Angebote sollten einander ergänzen anstatt eines Entweder-oder-Vorgehens.
- Die Behandlung sollte einen kontinuierlichen Prozess in Gang setzen und aufrechterhalten.

- Eine Nachuntersuchung ist sowohl auf der Ebene des einzelnen Patienten als auch auf einer umfassenderen Ebene wichtig und sollte auf die Entwicklung der Behandlungseinheiten und des Behandlungssystems als Ganzes ausgerichtet sein.

In der ersten Abbildung geben wir die übliche relative Gewichtung der psychotherapeutischen Methoden wieder, die wir im Verlauf der integrierten bedürfnisangepassten Behandlung schizophrener wie auch anderer funktioneller Psychosen anwenden (inklusive Störungen aus dem schizophrenen Spektrum, darunter besonders paranoide Psychosen und akute psychotische Störungen).

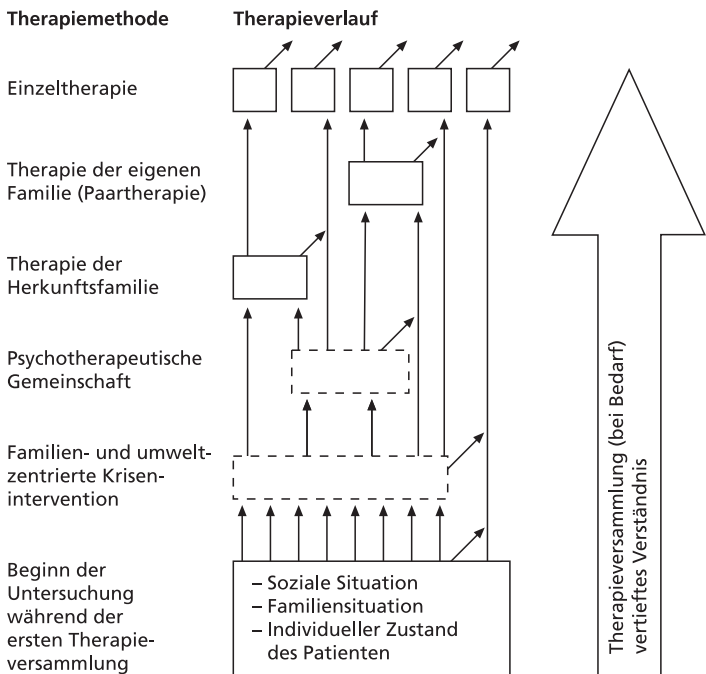


Abbildung 1: Die übliche Gewichtung der psychotherapeutischen Methoden im Verlauf der bedürfnisangepassten Behandlung

Der untere Teil gibt den Ausgangspunkt wieder, die ersten Therapieversammlungen und die Herstellung eines persönlichen Kontakts mit dem Patienten. Gleichzeitig wird die soziale Situation des Pati-

enten gesondert ausgewertet und es werden Maßnahmen der Rehabilitation geplant, wenn eine entsprechende Indikation festgestellt wird.

Die vertikalen Pfeile geben Auskunft, wie sich der Fokus der Behandlung – je nach dem unterschiedlichen Bedarf des einzelnen Patienten – allmählich zu einer anderen Therapiemethode verschiebt, während die diagonalen Pfeile das Ende der Behandlung kennzeichnen, das in jeder Phase möglich ist. Man muss dabei unbedingt beachten, dass die Pfeile sich immer auf die Hauptaktivitäten beziehen, sozusagen das vorrangige therapeutische Anliegen, und dass dies andere, parallele Therapieformen nicht ausschließt. Es ist normalerweise üblich, dass ein Patient eine Einzelbeziehung hat und gleichzeitig an der Familientherapie teilnimmt – in der psychotherapeutischen Gemeinschaft ist das sogar die Regel –, aber dass der Fokus erst auf der Familientherapie liegt und sich allmählich zur Einzeltherapie hin entwickelt. Wie in Abbildung 1 dargestellt, ist es durchaus üblich, zügig von der weniger spezifischen Familien- und Netzwerkorientierung hin zu spezifischen Einzeltherapien fortzuschreiten; jedoch kann die Berücksichtigung individueller therapeutischer Bedürfnisse eine Änderung mit sich bringen.

Ich habe in meinem Bild keine Gruppentherapie aufgenommen, obwohl wir uns durchaus im Klaren waren, dass diese oft eine sehr wichtige Therapieform darstellt, besonders bei der Behandlung chronischer Patienten. Im Kontext der psychotherapeutischen Gemeinschaft haben wir nicht die übliche Gruppentherapie praktiziert, aber im Lauf der Jahre nahmen Gruppenaktivitäten zunehmend einen bedeutenden Platz unter unseren Maßnahmen ein.

Einzeltherapie möglichst von Anfang an ist am besten für Patienten mit einer relativ differenzierteren Persönlichkeit geeignet, nicht unbedingt jedoch für den »durchschnittlichen« Schizophrenen. Die meisten dieser Patienten sind aus der Wohnung ihrer Ursprungsfamilie ausgezogen – auch wenn die konkrete Trennung nicht als Indikator für eine erfolgreich verarbeitete psychische Individuations- und Trennungsphase angesehen werden kann.

Bei den meisten Patienten ist es auf jeden Fall erforderlich, die familienzentrierte Arbeit fortzusetzen, die in den ersten Therapieversammlungen begonnen wurde, und zwar indem diese Versammlungen weitergeführt werden oder im Rahmen einer speziellen Familientherapie – Letztere in der Regel bei Patienten aus den beiden oben erwähnten Gruppen. Die Behandlung schizophrener Patien-



ten hängt zu einem großen Teil von der Qualität der persönlichen Beziehungen in der unmittelbaren Umgebung des Patienten ab. Der Hauptgrund dafür liegt in der primären und sekundären (durch die Krankheit bedingten) Abhängigkeit von anderen, und umgekehrt auch häufig in der Abhängigkeit anderer vom Patienten aufgrund von innerfamiliären psychodynamischen Prozessen – wechselseitige symbiotische Beziehungen und damit verbundene introjektiv-projektive Prozesse.

Die Teilnahme an einer fortlaufenden Familientherapie kann auch erhebliche positive Ressourcen freisetzen – trotz oder auch gerade wegen der oftmals possessiven oder narzisstischen Haltung der Eltern: Diese drückt auch aus, wie wichtig diese Kinder für ihre Eltern oft sind. In vielen Fällen verbessert die Durchführung einer Familientherapie die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Einzeltherapie des Patienten erheblich, sei es, dass die Grundlage für das persönliche Wachstum des Patienten geschaffen wird, indem die familiären Bindungen gelockert werden, oder ganz einfach dadurch, dass das Vertrauen der Eltern in das Behandlungssystem und den Psychotherapeuten allmählich zunimmt. Ich bin immer noch nicht der Meinung, dass eine systemische Familientherapie – selbst wenn sie psychodynamisch orientiert ist – ähnliche Möglichkeiten für eine individuelle Entwicklung wie eine intensive, erfolgreiche Einzeltherapie eröffnet; dies sollte man eher als Ausnahme ansehen. Es kann jedoch durch die Familientherapie zu einer Art »Neuanfang« (Balint 1968) kommen, der dem Patienten eine neue, bessere Möglichkeit eröffnet, seine blockierte psychische Entwicklung fortzusetzen. Dies kann für das Schicksal eines jungen Menschen, der an einer akuten Psychose erkrankt ist, ausschlaggebend sein.

*Fallvignette:* Käthe, eine schwer gestörte schizophrene Frau im Alter von 23 Jahren, war das jüngere von zwei Kindern in ihrer Familie. Sie blieb zu Hause zurück, nachdem ihre Schwester ausgezogen war. Die Beziehung ihrer Eltern war gespannt und konnte die gegenseitigen Bedürfnisse nicht befriedigen. Die Mutter neigte zu depressiver Verstimmung und der Vater hatte Alkoholprobleme. Beide Elternteile, deren Kontakte kaum über die Familie hinausgingen, waren auf die Patientin angewiesen. Die Patientin wurde psychotisch mit deutlichen autistischen Zügen, nachdem sie versucht hatte, sich von ihren Eltern zu trennen. Die Wohnung, in die sie umzog, gehörte ihrem Vater. Sie wurde zweimal jeweils über mehrere Monate stationär behandelt. Nach der ersten Einweisung wurde mit ihr

und ihren Eltern eine Familientherapie begonnen. Auf der Station hatte die Patientin eine dyadische Beziehung mit ihrer Bezugskrankenschwester und nahm – zunächst widerwillig – an verschiedenen Gruppenaktivitäten teil. Ihre Medikation bestand aus 12 mg Perphenazin pro Tag. Die Familientherapie wurde nach ihrer Entlassung fortgesetzt und die Patientin suchte gelegentlich ihre Bezugskrankenschwester auf. Zwei Jahre später unternahm die Patientin, deren Zustand sich beträchtlich gebessert hatte, einen erneuten, erfolgreicherer Versuch, sich zu trennen. Zu dieser Zeit brachte sie ihre Bereitschaft für eine umfassende Einzeltherapie zum Ausdruck, und man suchte für sie einen Therapeuten außerhalb der Klinik. Sie hatte noch eine Medikation von 4 mg Perphenazin am Morgen und 50 mg Thioridazin zur Nacht. Die Familientherapie wurde als Paartherapie für ihre Eltern fortgesetzt; sie hatte das Ziel, sie bei ihrer Trauer über die Ablösung zu unterstützen und ihre Beziehung zu verbessern.

Käthe steht hier für eine autistische Jugendliche, für deren Behandlung eine Familientherapie unbedingt erforderlich ist (zur komplexen Indikationsstellung für Familientherapie vgl. auch Alanen 2001, S. 243ff.).

Man muss allerdings darauf hinweisen, dass in Abbildung 1 unsere Orientierung als Idealzustand wiedergegeben wird, der mehr unseren Zielen als der erreichbaren Wirklichkeit entspricht. Bei vielen Patienten, die wir behandelt haben und weiterhin behandeln, mussten wir uns mit mehr supportiven einzel- oder familientherapeutischen Beziehungen in Verbindung mit rehabilitativen Maßnahmen begnügen, die für stärker behandlungsbedürftige schizophrene Patienten wichtig sind.

## Katamnestische Evaluationsstudien

Lehtinen, einer der Initiatoren der Therapieversammlungen, führte eine Katamnesestudie über fünf Jahre bei der Kohorte der neu aufgenommenen schizophrenen Patienten im Sektor Turku durch, die mit der neuen familienzentrierten Vorgehensweise behandelt wurden, und er hat diese mit einer früheren Kohorte, die überwiegend einzeltherapeutisch behandelt wurde, verglichen (K. Lehtinen 1993a, 1993b).

Tabelle 1: Schizophrenieprojekt Turku. Vergleich klinischer und sozialer Katamnese-daten schizophrener Erstaufnahmen, Diagnose nach DSM-III-R (schizophrene, schizophreniforme und schizoaffektive Störungen)

			Ergebnisvariable			
Kohorte Nr.	Jahr der Aufnahme	Größe der Gruppe	Prozent ohne psychot. Symptome	Prozent voll arbeitsfähig	Prozent ohne EU-Rente	Krankenhausstage/ Person während 5 Jahren
III	1976-77 19 Mon.	56	38	30	49	272
IV	1983-84 12 Mon.	30	61	57	82	132

Diese Ergebnisse beruhen auf den Kohorten III und IV. Die Prozentanteile wurden erneut für Patienten berechnet, die an der Untersuchung zum Follow-up teilnahmen (53 Patienten in Kohorte III, 28 Patienten in Kohorte IV). Es gab zwei Suizide in Kohorte III und einen in Kohorte IV.

Die Unterschiede der Nachuntersuchungsergebnisse sind beeindruckend. Auch hinsichtlich der vier Dimensionen der Strauss-Carpenter-Skala fielen sie signifikant aus (Krankenhausbehandlung, soziale Kontakte, Arbeit, Symptome; Strauss u. Carpenter 1974).

Es ist bemerkenswert, dass dieser Vergleich zwischen den beiden Kohorten erstmals aufgenommenen Patienten aus demselben Sektor zwar die Entwicklung unseres Ansatzes wiedergibt, jedoch nicht als Vergleich zwischen einer familienorientierten und einer individuumzentrierten Therapie verstanden werden sollte. Psychodynamische Einzeltherapie erhielten auch viele Patienten der neuen Kohorte, wann immer sie geboten und möglich erschien (auch wenn die Anzahl dieser Patienten geringfügig von etwa 30% bei der ersten auf 20% bei der zweiten Kohorte zurückging). Den Unterschied machten die Therapieversammlungen aus sowie der Impetus, der auf diese Weise für familien- und systemorientierte Aktivitäten zustande kam. Die Behandlung der Patienten der neuen Kohorte fiel auch deutlich gleichförmiger aus, weil es uns möglich war, die familienzentrierten Aufnahmegespräche auf die überwiegende Mehrheit aller Patienten auszudehnen und auch auf solche Sektorpatienten, die außerhalb unserer Klinik behandelt wurden, was bei den einzeltherapeutischen Beziehungen nicht möglich war.

Die Untersuchung von Lehtinen ergab, dass besonders der Verlauf schizophreniformer Psychosen und paranoider Schizophrenien

in der späteren Kohorte besser war als in der früheren, wohingegen keine Unterschiede bei den »desorganisierten« (überwiegend hebe- phrenen) Patienten auftraten. Die Familienorientierung in den Therapieversammlungen erleichterte offensichtlich die Bemühungen, paranoide Patienten mit fehlender Einsicht in den Bereich psychotherapeutischen Umgangs einzubeziehen. Insgesamt traf dies auch für die Gruppe der männlichen Patienten zu; deren Motivation ist oft weniger ausgeprägt als die von Patientinnen. Hinzuzufügen ist auch, dass Patienten mit der Tendenz zum Agieren oder solche mit Alkohol- oder Drogenabhängigkeit von der Familien- und Netzwerkorientierung stärker profitieren als von einer Einzelpsychotherapie.

Die Erfahrungen mit unserem Ansatz im Rahmen des »Nationalen Schizophrenieprojekts« waren ebenfalls vielversprechend, obwohl die Voraussetzungen durchwachsen waren – bei der Einführung einer psychotherapeutischen Arbeitsweise dieser Art handelt es sich um einen allmählichen Prozess. In vielen Versorgungssektoren im Land wurden familien- und netzwerkwerkorientierte »akute Psychoseteams« eingerichtet, die neu und wieder erkrankte psychotische Patienten untersuchen und ihre Behandlung einleiten, und es wurden weitere psychotherapeutische und psychosoziale Maßnahmen in großem Umfang angeregt (Tuori et al. 1998).

Aufgrund der schweren ökonomischen Depression in der ersten Hälfte der neunziger Jahre war diese Entwicklung gefährdet, weil unsere gemeindepsychiatrischen Ressourcen in unverantwortlicher Weise eingeschränkt wurden. Dennoch arbeiteten die Psychoseteams in vielen Zentren weiter und es wurden mehrere Studien durchgeführt, die ihren klinischen und ökonomischen Nutzen nachwiesen (so Seikkula et al. 1995; Holma u. Aaltonen 1997; Holma 1999; Saari 2002; vgl. auch Alanen 2003).

Besonders interessant waren die Ergebnisse eines finnischen Projekts, an dem sechs Versorgungssektoren teilnahmen, in denen die bedürfnisangepasste Behandlung langfristig entwickelt wurde (das »API-Projekt«; V. Lehtinen et al. 2000). Bei den Projektteilnehmern handelte es sich wiederum um die fortlaufend erstmals aufgenommenen Patienten mit nichtaffektiven Psychosen in den Jahren 1992–1993. In allen Zentren waren die Prinzipien der bedürfnisangepassten Behandlung die Grundlage. In drei Zentren (Experimentalgruppe) wurde noch zusätzlich eine »low dose«-Strategie bei der neuroleptischen Behandlung eingesetzt (inklusive einer neuroleptikafreien Phase in den ersten drei Behandlungswochen), wohingegen in den

anderen drei Zentren (Kontrollgruppe) Neuroleptika wie üblich eingesetzt wurden (was allerdings im Rahmen des bedürfnisangepassten Ansatzes beträchtlich geringere Dosierungen bedeutet, wenn man es mit der normalen Praxis vergleicht). In der Zweijahreskatamnese zeigte sich, dass die Situation der Projektpatienten (n = 135) insgesamt ziemlich positiv war und die Ergebnisse in der Versuchsgruppe noch etwas besser ausfielen als in der Kontrollgruppe.

Tabelle 2: Das Zwei-Jahres-Ergebnis der API-Kohorte nach Ort der Behandlung

Ergebniskriterium	Experimentalgruppe (%)	Kontrollgruppe (%)	Total (%)	$\chi^2$	P
Weniger als zwei Wochen hospitalisiert in zwei Jahren	51	26	42	6.40	0.01
Keine neuroleptische Behandlung im letzten Jahr	58	41	52	2.92	0.09
Beschäftigt bei Nachuntersuchung	33	31	32	0.05	0.83
GAS Score 7 oder mehr	49	25	40	5.51	0.02
Orientierung im Alltagsleben*	66	55	62	1.11	0.29

\* Mit »Orientierung im Alltagsleben« meinen wir, dass der Patient wenigstens seine Gedanken an die Zukunft, seine Bemühungen und Ziele und Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung, die normalerweise mit den sozialen Beziehungen eines erwachsenen Menschen verknüpft werden, aufrechterhält (Salokangas et al. 1989).

Zu den insgesamt guten Ergebnissen gehört, dass 43 Prozent der Patienten in der Versuchsgruppe keine Neuroleptika im Untersuchungszeitraum einnahmen, in der Vergleichsgruppe lag die entsprechende Anzahl bei 6 Prozent. Die Forschungsleiter des API-Projekts formulierten deshalb als Schlussfolgerung, dass der routinemäßige Einsatz von Neuroleptika in der Behandlung von erkrankten Patienten mit schizophrenieartigen Psychosen anscheinend nicht so wesentlich ist, wie allgemein angenommen. Dies setzt allerdings ein gut entwickeltes psychotherapeutisches Behandlungsangebot voraus.

Die folgenden Ergebnisse stammen aus der Fünfjahreskatamnese des skandinavischen NIPS-Projekts, das an jeweils einem Standort in Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden durchgeführt

wurde. Alle Projekte legten eine psychodynamisch-psychotherapeutische Orientierung mit jeweils unterschiedlichen Akzenten zugrunde.

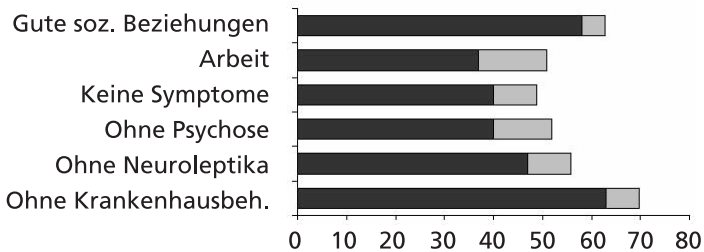


Abbildung 2: Prozentanteil bei Patienten im Follow-up. Die grauen Balken geben die Ergebnisse der gesamten Reihe (n = 57), die schwarzen Balken geben jene der Patienten mit der DSM-III-R-Diagnose »schizophrene Störung« wieder (n = 41) (Alanen et al. 1994).

Auch hier ging es um die erstmals aufgenommenen Patienten aus der Gruppe der Schizophrenen. Etwa die Hälfte von ihnen hatte im Zeitraum des Follow-up keine Symptome (und sogar 39% der Patienten, die nach dem DSM-III-R als schizophren diagnostiziert worden waren). Ein ähnlich hoher Anteil der Patienten war in der Lage zu arbeiten. Die Anzahl der Patienten ohne neuroleptische Medikation fiel sogar noch höher aus, und dies stimmt mit der allgemeinen Erfahrung überein, dass der Bedarf an Medikamenten im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung abnimmt.

Ein besonders interessantes Projekt wurde von Cullberg an 19 Standorten in Schweden initiiert – alle auf der Grundlage des bedürfnisangepassten Ansatzes. Erste Ergebnisse, die kürzlich veröffentlicht wurden (Cullberg et al. 2002), sind vielversprechend. Diese Studien bezogen sich auf neu aufgenommene Patienten, bei denen die Voraussetzungen für eine psychotherapeutische Behandlung am besten sind.

## Bemerkungen zur Familientherapie

Die Anwendung psychodynamischer Familientherapie bei schizophrenen Patienten hat in den USA schweren Schaden genommen, weil besonders seitens einflussreicher Angehörigenverbände der

Vorwurf erhoben wurde, dass Familientherapeuten Eltern für die Erkrankung ihres Nachwuchses die Schuld zuschieben. Für solche Vorwürfe hat es leider Anlässe gegeben; dies ist sehr bedauerlich, da es bei der Einführung der Familientherapie bei Schizophrenie natürlich darum ging, sowohl den Patienten als auch den Eltern und der gesamten Familie zu helfen. Mit dem späteren systemischen Paradigma müsste dieses Problem behoben sein, denn es wird hier deutlich, dass alle intrafamiliäre Interaktion in zwei Richtungen verläuft: Heute verstehen wir besser, dass die Eltern nicht nur die Entwicklung ihrer Kinder beeinflussen, sondern Kinder auch mit ihren angeborenen Neigungen die Eltern beeinflussen. Die systemische Sichtweise besagt, dass sowohl die Eigenarten des Kindes als auch die der Eltern fortwährend auf die Beziehungen und die Rollen im Familiensystem einwirken. So haben die so genannten »possessiven« Mütter (und auch Väter, wie ich im Zusammenhang mit meinen Familienstudien feststellen konnte) die symbiotischen Bindungen eher mit solchen Kindern aufrechterhalten, die solche benötigten oder danach verlangten. Nach Stierlin (1977) orientieren sich Familientherapeuten am Prinzip der *Allparteilichkeit*: Es geht darum, eine Atmosphäre herzustellen, in der jedes Familienmitglied sich grundsätzlich verstanden fühlt.

Unsere finnischen Erfahrungen legen nahe, dass besonders die Familien von erstaufgenommenen Schizophrenen eine ausgeprägte Bereitschaft und geradezu das Bedürfnis haben, an den anfänglichen Therapieversammlungen teilzunehmen. In unserer Kohorte IV konnten wir 87 Prozent der Familien zusammen mit den Patienten kennen lernen und auch in dem Projekt in sechs Sektoren im Zusammenhang mit dem »Nationalen Schizophrenieprojekt« erreichten wir 70 Prozent der Eltern, und dies trotz erheblicher Entfernungen zwischen Heimatort und Klinik.

Unser familientherapeutisches Vorgehen beruhte auf einer *systemisch-strategischen Orientierung* und *Teamarbeit*, weil dies neben erweiterten und vorteilhaften Beobachtungen die Therapie auch sicherer und angenehmer macht, als wenn man allein arbeitet. Wir sind auch der Ansicht, dass es sehr wichtig ist, psychodynamische Gesichtspunkte einzubringen, so betonen wir die Wichtigkeit der Dreigenerationendynamik, bei der etwa beim Verhältnis der Eltern zu ihren eigenen Eltern zu beachten ist, wie die Weitergabe von Problemen auf die nächste Generation erfolgt. Als systemische Interventionen würde ich das *positive Konnotieren* empfehlen und es bei ein-

zelen Familienmitgliedern anwenden, wenn etwa die Rolle eines Jugendlichen anerkannt und gelobt werden kann, der nicht von zu Hause auszieht und damit eine Verantwortlichkeit für seine Mutter ausdrückt, welche es wiederum ihrerseits aufgrund ihrer eigenen Trennungsängste unbewusst wichtig findet, dass ihr Sohn bleibt. Diese Konnotationen und die Erörterungen, die sie dann auslösen, sind – anstelle eines entsprechenden Kommentars zur Lebenssituation, der vom Patienten leicht als Herabsetzung seines Selbstwerts erlebt wird – in der familientherapeutischen Situation ein besserer Weg, die Entwicklung des Patienten hin zu mehr Selbstständigkeit zu stimulieren.

Die Prinzipien der psychoedukativen Familientherapie sind am besten für chronische Patienten geeignet. Bei Akutpatienten hat dieser Ansatz oft den Nachteil, dass er mit einseitigen neurobiologischen Auffassungen verbunden wird, und dies wird Patient und Familie zusammen mit einer fortdauernden medikamentösen Behandlungsbedürftigkeit auch nahe gebracht. Andererseits gibt es in Finnland Versorgungsgebiete, in denen man versucht, den psychoedukativen Ansatz mit systemisch-psychodynamischen Gesichtspunkten zu verbinden.

## Bemerkungen zur Einzelpsychotherapie

Wenn man im gemeindepsychiatrischen Kontext arbeitet, muss die Intensität und der Umfang einer Einzeltherapie notwendigerweise variieren und es sind sowohl supportive Beziehungen mit geringer Frequenz als auch intensivere, psychoanalytisch orientierte Therapien gefragt. Aufgrund der Begrenztheit der Ressourcen – dies gilt auch dann, wenn selbstständige Psychotherapeuten zusätzlich engagiert werden – ist es notwendig, die Indikationsstellung für intensivere Einzeltherapien sorgfältig abzuwägen. Mittels einer logistischen Regression konnten wir bei unserer Kohorte von 1976–1977 (jene aus der pointiert einzeltherapeutischen Phase unserer Entwicklung) die Eigenschaften von Patienten aus der Gruppe der Schizophrenen herausarbeiten, die für eine langfristige Einzeltherapie vorteilhaft sind. Sie unterschieden sich vom Rest unserer Patienten durch folgende vier Hintergrundvariablen: 1) von Anfang an Einsicht in den Zusammenhang von Problemen und Symptomen, 2) kein Agieren (ebenso wenig wie Neigung zu Drogen- und Alkohol-



missbrauch), 3) akuter Krankheitsbeginn und 4) Komorbidität von neurotischen Störungen zusätzlich zur Psychose (Alanen et al. 1986). Unsere Erfahrungen weisen ebenfalls darauf hin, dass die Voraussetzungen für die psychodynamische Therapie eines Patienten dann besonders gut sind, wenn seine Störung zum einen nicht zu der schwierigsten Gruppe zählt und zum anderen Motivation durch Einsicht für eine langfristige Arbeit bei Patient und Therapeut gegeben sind. Man kann noch hinzufügen, dass eine notwendige Voraussetzung für den Einstieg in eine intensive Einzeltherapie auch die Gewissheit ist, dass eine ausreichende Kontinuität in der therapeutischen Beziehung besteht.

Es sollte dennoch eine hinreichende Flexibilität bei der Indikationsstellung möglich sein, denn es kommt öfter vor, dass die Einsicht von Patienten in ihren Zustand und ihre Motivation, den Ursachen seiner Krankheit nachzugehen, sich erst während des stationären Aufenthalts einstellt. Benedetti (1985) und Volkan (1990) haben subjektive Faktoren wie die gegenseitige »Passung« zwischen Therapeut und Patient hervorgehoben. Therapeutische Beziehungen, die auf der Ebene von Primärprozessen in Gang kommen, sind oft erfolgreicher als solche, die auf andere Weise zustande kommen. In unserer psychotherapeutischen Gemeinschaft haben wir die Wichtigkeit spontaner Kontaktaufnahme bei der Wahl der Bezugstherapeuten (personal nurse) herausgestellt. Wenn eine angemessene Supervision diese Beziehungen, die auf symbiotischen Übertragungen beruhten, unterstützte, kam es zuweilen zu langfristigen Psychotherapien mit durchaus guten Ergebnissen. Es ist die Aufgabe der Supervisoren, unrealistischen Therapieversuchen und der Gefahr einer möglicherweise übertriebenen Gefühlsbindung entgegenzuwirken.

Welche Charakteristika und typische Abläufe kann ich aufgrund meiner Erfahrung mit psychoanalytischer Therapie schizophrener Patienten im gemeindepsychiatrischen Kontext und in meiner Praxis aufführen? Ein beiderseitiger Kontakt sowie eine positive Übertragung und Gegenübertragung müssen gegeben sein, damit die entscheidenden introjektiven Prozesse zur Persönlichkeitsentwicklung des Patienten beitragen können. Diese Art von Beziehung zwischen Therapeut und Patient wurde in der psychoanalytischen Literatur vielfach beschrieben, so mit dem Begriff »holding« von Winnicott (1960) oder »containing« in der kleinschen Begrifflichkeit (besonders Bion 1967). Aufgrund meines Hintergrunds als Familienforscher war für mich der Begriff »Selbstobjekt« von Kohut

(1971) nahe liegend, der ja auch hilfreich ist, einige grundlegende Aspekte der von der Eltern-Kind-Beziehung auf die Therapeuten übertragenen Entwicklungsbedürfnisse besser zu verstehen (Alanen 1980, 2001). Wir verstehen den Begriff »Selbstobjekt« oder »narzisstisches Objekt« in Bezug auf jene grundlegenden Funktionen von Eltern, durch welche Kinder ihre Persönlichkeit entwickeln; das geschieht sowohl durch die empathische Bestätigung, die Eltern den Gefühlen und Handlungen ihrer Kinder entgegenbringen, als auch durch Identifikation mit den Eltern. Viele schizophrene Patienten haben jedoch die Erfahrung gemacht, dass sie auch in überwältigendem Umfang Selbstobjekte für ihre Eltern waren, welche grundsätzlich unbewusst ihre Kinder als Ersatz für eigene frustrierte Hoffnungen oder instinkthafte Strebungen benutzten, die aus der eigenen problematischen Elternbeziehung resultierten. Der Therapeut wird dann ein neues Selbstobjekt für den Patienten und er erhält die Funktion, die Störungen, die auf früheren Selbstobjekt-Beziehungen beruhen, zu korrigieren und so Raum für ein neues Wachstum der Patientenpersönlichkeit zu schaffen.

Ein wesentlicher Unterschied zur klassischen psychoanalytischen Methode besteht natürlich darin, dass man die Couch bei der Psychosenspsychotherapie meidet. Dies ergibt sich aus praktischen Gesichtspunkten – für viele Patienten kommt die Couch angesichts ihres klinischen Zustands nicht in Frage –, aber dies ist auch wichtig, weil der Blickkontakt erforderlich ist, um die Realitätsorientierung des Patienten zu unterstützen, und auch eine stabile Grundlage für die introjektiven Prozesse ist, die für die psychische Entwicklung des Patienten so entscheidend sind. In einer späteren Phase der Therapie, wenn der Zustand des Patienten sich stabilisiert hat und er in einer besser integrierten Verfassung ist, könnte die Couch besser zur Anwendung kommen. Jedoch habe ich von dieser Möglichkeit, anders als beispielsweise Volkan (1990, 1995) bei seinen Patienten, keinen Gebrauch gemacht.

Die Frequenz der Sitzungen bei psychoanalytisch orientierten Therapien ist bei uns nicht so hoch wie sonst in Psychoanalysen üblich. Mit Ausnahme der anfänglichen stationären Phase der Kontaktaufnahme handelt es sich normalerweise um zwei, am Anfang manchmal drei Stunden pro Woche. Meiner Meinung nach ist diese Frequenz, die in Krisensituationen noch erhöht werden kann, oft besser als eine intensivere. Die Therapie mit psychotischen Patienten ist häufig sowohl für den Patienten als auch den Therapeuten