

Band 12

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN
PSYCHOSENTHERAPIE

herausgegeben von Stavros Mentzos

Norbert Matejek / Thomas Müller (Hg.)

Symbolisierungsstörungen

VANDENHOECK & RUPRECHT _____

Norbert Matejek / Thomas Müller (Hg.): Symbolisierungsstörungen

V&R

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN
PSYCHOSENTHERAPIE

Schriftenreihe des Frankfurter
Psychoseprojekts e. V. (FPP)

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

Band 12: Norbert Matejek / Thomas Müller (Hg.)
Symbolisierungsstörungen

Norbert Matejek / Thomas Müller (Hg.): Symbolisierungsstörungen

Norbert Matejek / Thomas Müller (Hg.)

Symbolisierungsstörungen

Mit 3 Abbildungen

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 3-525-45113-X

© 2005, Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen.

Internet: www.v-r.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
-----------------	---

■ THEORIE-FORUM

Hanno Heymanns Zum Umgang mit Träumen in der Psychotherapie von Psychosen vor dem Hintergrund aktueller neurowissenschaftlicher Befunde und psychoanalytischer Konzepte	9
---	---

Bernd Nissen Autistoide Einkapselungen bei monosymptomatischer Hypochondrie	27
---	----

■ KLINISCHES FORUM

Gerhard Schneider Vom Zimmer des Analytikers zum inneren Raum des Patienten	50
---	----

Johanna Konietzko Behandlungsbeginn bei einer Patientin mit schizoaffektiver Psychose im Spiegel der Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle	78
--	----

Jan Malewski Kommentar zum Beitrag von Johanna Konietzko	89
---	----

■ INFORMATIONEN

Rezension	93
Rezensionsvorschläge	102
Die Autoren	104

Editorial

In seinem Aufsatz »Keeping Things in Mind« (1993) schreibt Ron Britton: »Wenn die Elemente einer möglichen Erfahrung unverarbeitet bleiben ... können sie weder als gewöhnliche Gedanken noch als normale Wahrnehmungen der materiellen Welt behandelt werden. Sie sind auf der Grenze von somatischen und psychischen Erfahrungen, von Mentalem und Physischem.« Er beschreibt den Fall einer Patientin, die sich solcher »Dinge« in ihr zwar als etwas Mentalem gewahr ist, jedoch nicht anders damit umzugehen vermag, als mit etwas konkret Körperlichem: Die in ihr auftauchenden »schlechten Gedanken« versucht sie zu beseitigen, indem sie permanent die Toilettenspülung betätigt. Sie sagt: »Ich weiß, dass es verrückt klingt, aber ich fühle mich wirklich so, dass diese schrecklichen Dinge in meinem Kopf herausgeschnitten werden sollten – wenn es nur jemanden gäbe, der so eine Operation durchführen würde.« Brittons Fallbeispiel ist deshalb beeindruckend, weil die Patientin über ihr Problem und ihre konkretistische »Lösung« zu sprechen vermag, aber gleichzeitig signalisiert, dass sie über ihre »schrecklichen Dinge im Kopf« nicht (als etwas Mentalem) verfügen kann und sich daher in einer hoffnungslosen Situation befindet.

Britton zeigt, dass die mit Hilfe der analytischen Situation die psychische (Denk-)Funktion des Symbolisierens wiedererlangt werden kann. Der therapeutische Rahmen stellt dabei eine notwendige Umgrenzung (»container«) dar, innerhalb deren nach Sinn und Bedeutung (»contained«) gesucht werden kann. Indem Analytiker und Patient eine gemeinsame Sprache (Symbole) suchen, wird ein »verdauender« mentalisierender Prozess von nicht psychisch repräsentierten Inhalten angestoßen. Fehlt hierfür ein verlässlicher Rahmen oder nimmt er beliebige (Un-)Form an, fühlen sich Patienten mitunter, als würden sie »endlos fallen«. Kann in der Therapie hingegen

nichts Bedeutungs- oder Sinnstiftendes entstehen, können Patienten in Zustände von Inkohärenz und Fragmentierung geraten. Britton bezieht sich auf Bion, wenn er die unterschiedlichen Wege und Versuche der Psyche, sich von nicht symbolisierten Reizmassen zu befreien, unterteilt in: 1. die Projektion in den Körper, 2. in die Wahrnehmung und 3. in die Handlung, oder in anderen Worten: 1. in psychosomatische oder hypochondrische Symptome, 2. Halluzinationen und 3. in das Agieren.

In den Aufsätzen dieses Bandes wenden sich die Autoren mit ganz eigenen Verknüpfungen diesen Bereichen zu.

Hanno Heymanns gelingt es, mit Hilfe neuerer neurowissenschaftlicher Befunde die Beziehung zwischen Träumen und psychotischen Spaltungen verständlicher zu machen und sich den daraus ergebenden Konsequenzen für den therapeutischen Umgang mit Träumen psychotischer Patienten zuzuwenden. *Bernd Nissen* stellt in seinem Aufsatz dar, dass es Patienten mit schweren hypochondrischen Störungen nicht gelingen könne, projektive Identifizierungen, auch nicht in einer konfusen, kleinteilig gespaltenen Art, einzusetzen, da traumatische Zustände psychotischer Qualität in ihnen autistoid eingekapselt seien.

Gerhard Schneider zeigt anhand eines Fallbeispiels, wie bedeutsam sein konkreter Praxisraum und er selbst als Analytiker, der über einen Innenraum verfügt, für die Bildung eines psychischen Raums in der Patientin und damit für die Bildung von entlastenden Symbolisierungen werden kann.

Die »Entdeckung der Katastrophe oder einer Reihe von Katastrophen in der Analyse« und vor allem auch die »Mittel, welche die Patientin einsetzt, um gegen die (katastrophale) Erfahrung von Trennung und Verlust anzukämpfen« sieht *Jan Malewski* in seiner Besprechung der Falldarstellung von *Johanna Konietzko*. Auch hier sind beide Autoren mit Manifestationen von nicht reif symbolisierten Phantasien und Zuständen befasst. Denn, wie Jan Malewski unterstreicht, es werden in solchen Behandlungen »Phantasien mit so stark appellierendem Charakter wirksam, dass sie nicht nur im psychischen Bereich, sondern auch körperlich empfunden werden«.

Eine eingehende Buchbesprechung und Literaturhinweise beschließen den Band.

Norbert Matejek/Thomas Müller

■ THEORIE-FORUM

Hanno Heymanns

Zum Umgang mit Träumen in der Psychotherapie von Psychosen vor dem Hintergrund aktueller neurowissenschaftlicher Befunde und psychoanalytischer Konzepte

Schon im Jahr 1900 schreibt Freud in seiner »Traumdeutung« über »innere Beziehungen zwischen Traum und Psychosen« und »Analogien, die auf Wesensverwandtschaften hindeuten«. Er spricht von »Veränderungen, die das Traumleben im Falle der Geisteskrankheit erleidet«, aber auch von »klinischen Beziehungen, etwa wenn ein Traum einen psychotischen Zustand vertritt, einleitet oder ... erübrigt«. Weiter heißt es bei Freud (1900): »Wer sich die Entstehung der Traumbilder nicht zu erklären weiß, wird sich auch um das Verständnis der ... Wahnideen, evtl. um deren therapeutische Beeinflussung, vergeblich bemühen«.

Trotz dieser dezidierten Aussage und einer umfangreichen Betroffenenliteratur, die psychotisches Erleben als eine Art von Traum sieht, wird dieses Thema in der modernen Psychiatrie kaum mehr behandelt. So heißt es im von Berger (1999) herausgegebenen Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie lediglich, dass in der Psychotherapie von schizophrenen Psychosen stärkere Formen der Regression, zum Beispiel eine Traumanalyse, zurückgestellt werden und stattdessen eine Fokussierung auf bewusstes und vorbewusstes Material erfolgen solle (S. 451).

Die in dieser Bemerkung verdichteten klinischen Erfahrungen sind allerdings auch von psychoanalytisch ausgerichteten Psychosepsychotherapeuten gemacht worden. Denn die klassische Technik der Traumdeutung, mit Hilfe von freien Assoziationen latente Inhalte bewusst zu machen, hat nicht selten zu Ich-Labilisierung oder psychotischem Ich-Zerfall geführt. So resümiert Frieda Fromm-Reichmann (1948/1976): »Aufgrund der ... Ähnlichkeit zwischen Denkprozessen in Träumen und den schizophrenen Denkprozessen im Wachstadium hielten Psychoanalytiker es für kontraindiziert, mit Schizophrenen Träume zu bearbeiten. Wir rie-

ten davon ab, Träume zu erzählen.« Für einen sehr behutsamen Umgang mit den Träumen von Schizophrenen plädieren auch andere psychoanalytische Autoren, etwa P. Matussek (1985), der dazu schreibt: »Wenn überhaupt Traumdeutung, dann mehr Beschreibung der Bilder«, Akzeptieren sei besser als Interpretieren.

Ausgehend von der klinischen Erfahrung, dass Träume eine drohende psychotische Dekompensation ankündigen können, beschreibt nur Böker (1992) anhand eines Therapieverlaufs den umgekehrten Weg: Die Fähigkeit zu träumen und diese Träume mitzuteilen wertet er als Indikator einer veränderten therapeutischen Beziehung und als beginnende Re-Internalisierung eines im Wahn externalisierten Konflikts.

Therapeuten, die mit psychotischen Patienten arbeiten, machen in der Regel die Erfahrung, dass Patienten früher oder später auch Träume in die Therapie einbringen. Hier stellt sich nun die Frage, wie angesichts der beschriebenen Gefahren mit diesem Material umgegangen werden kann. Denn würde man die Träume nicht aufgreifen, bestünde wiederum die Gefahr, die Patienten mit dem Gefühl zurückzulassen, dass ihre Träume etwas Nicht-Besprechbares, Nicht-Mentalisierbares, Nicht-Ich-haftes sind und auch bleiben.

In diesem Beitrag sollen zunächst einige interessante neurowissenschaftliche Befunde und aktuelle psychoanalytische Weiterentwicklungen, vor allem aus der kleinchen Schule, dargelegt werden, um dann am Beispiel zweier Träume aus Psychosentherapien zu untersuchen, wie der therapeutische Umgang mit Träumen aussehen könnte.

Nach Freuds »Traumdeutung« (1900) war der nächste bahnbrechende wissenschaftliche Befund zum Traumgeschehen die Entdeckung des REM-Schlafs in den fünfziger Jahren. Diese in 90-minütigen Zyklen während der gesamten Schlafdauer auftretenden paradoxen Phasen mit gesteigerter Gehirnaktivierung und gleichzeitigem Tiefschlaf wurden schon bald als physiologisch objektivierbare Manifestationen des Träumens angesehen, zumal nach dem Erwecken aus diesen Phasen sehr oft über gerade gehabte Träume berichtet wurde.

Ausgehend von tierexperimentellen Untersuchungen in den siebziger Jahren, in denen Nervenzellgruppen im Hirnstamm (in der Pons-Region) als Generator für diese REM-Phasen identifiziert wurden, entwickelten die beiden Neurophysiologen Hobson und McCarley (1977) das Aktivierungs-Synthese-Modell. Die Aktivie-

rung des Großhirns durch basale Hirnstammimpulse führe zu bewussten, aber letztlich sinnlosen und psychologisch nicht motivierten Vorstellungsbildern. Träume sind nach dieser Theorie wirklich Schäume, reine Epi-Phänomene von Rauschsignalen aus dem Hirnstamm und die Traumbilder nur der Versuch des Großhirns, aus diesen Hirnstammimpulsen noch das Bestmögliche an Sinn, an Synthese zu machen.

Im Jahr 1976 gab es daraufhin bei der American Psychiatric Association (APA) eine Abstimmung, ob angesichts dieser Befunde von Hobson und McCarley die freudsche Traumtheorie überhaupt noch als wissenschaftlich haltbar zu bezeichnen sei. Die Abstimmung ging damals eindeutig gegen Freud aus.

Die Ausrichtung auf objektiv messbare Befunde und die Vernachlässigung der subjektiven Perspektive hat lange Befunde ignorieren lassen, nach denen der REM-Zustand womöglich gar nicht das Korrelat des Träumens ist. Anstelle einer Auflistung dieser Befunde, die ein – mehr gedankenartiges – Träumen in Nicht-REM-Phasen belegen, soll hier nur auf ein Phänomen aufmerksam gemacht werden, das manchen aus der eigenen Erfahrung bekannt ist, dass man nämlich kurz einnickt und sofort zu träumen beginnt oder auch durch den Beginn eines Traums gleich wieder aufschreckt. Dabei handelt es sich um Nicht-REM-Schlaf – die erste REM-Phase tritt ja erst nach etwa 90 Minuten ein. Weitere Studien zeigten, dass eine Verletzung in der Pons-Region zwar zum Verlust des REM-Schlafs führt, allerdings so gut wie nie zum Verlust des Träumens.

Der britische Neurologe und Psychoanalytiker Mark Solms (1997; Solms u. Turnbull 2002) hat in einer detaillierten Studie Hunderte Hirnverletzte auf ihr Traumleben hin untersucht und herausgefunden, dass eine Vielzahl von Hirnregionen am Träumen beteiligt ist (s. Abb. 1).

Bei Läsionen in diesen Arealen ist entweder das Träumen in jeweils charakteristischer Art und Weise verändert oder ganz erloschen. Insbesondere bei einer Schädigung im basalen Frontallappen des Gehirns findet man einen völligen Verlust des Träumens – jedoch einen intakten REM-Schlaf. Ohne auf anatomische Details einzugehen, lässt sich das daraus abzuleitende funktionelle Modell wie folgt skizzieren (s. Abb. 2):

Im Wachzustand werden üblicherweise Informationen, zum Beispiel aus Auge und Ohr über das primäre Seh- und Hörzentrum und über den sekundären und tertiären Assoziationskortex, zum

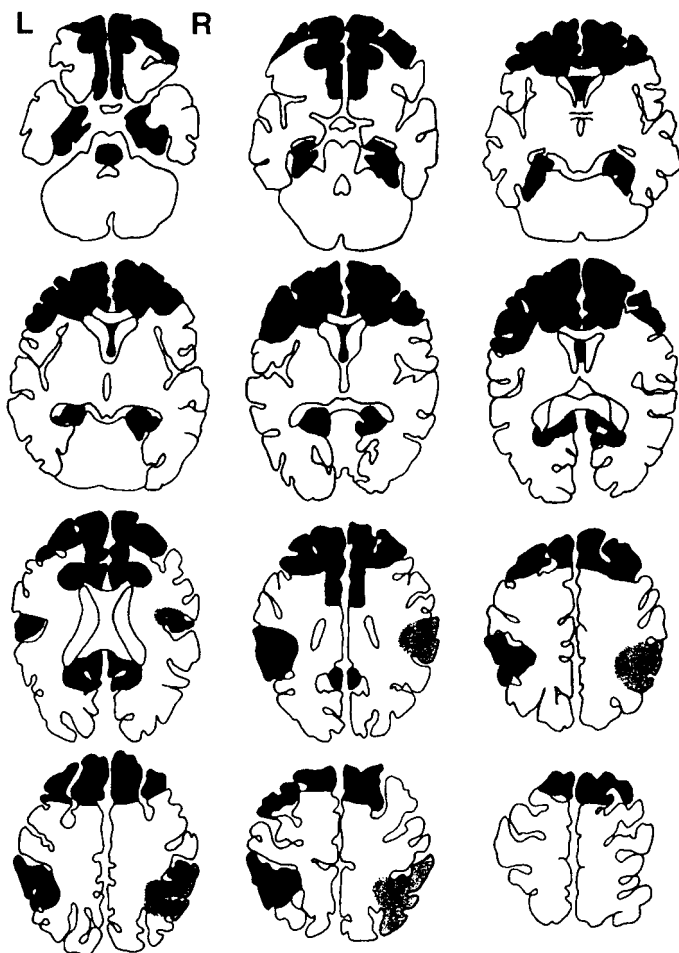


Abbildung 1: Hirnregionen, deren Läsion das Träumen beeinträchtigt (mit freundlicher Genehmigung von Mark Solms)

Beispiel die Übergangsregion zwischen Occipital-, Temporal- und Parietallappen, unter anderem in das Frontalhirn geleitet (s. Abb. 2a). Hier liegen zentrale Motivationssysteme, die zielorientierte Verhaltensweisen und appetitive Interaktionen in Gang setzen, das heißt mit Hilfe dieses Systems wird das Subjekt motiviert, sich mit äußeren Objekten entsprechend seiner inneren biologischen Bedürf-

keit in Beziehung zu setzen. Genau das sind die Funktionen, die Freud mit der Libido als der primären Triebkraft der Träume beschrieben hatte. Unter der Überschrift »Regression« lässt sich nun der Traumprozess beschreiben, bei dem die normale Abfolge der Wahrnehmungsprozesse genau umgekehrt ist: Vom frontalen Motivationssystem werden abstrakte Gedanken über den Assoziationskortex in konkrete Bilder umgesetzt, das heißt, innerlich erzeugte Bilder werden rückwärts in die primären Rindenfelder, beispielsweise die Sehrinde, übermittelt, als kämen sie von außen (s. Abb. 2b).

Bei neurologischen Schädigungen, die die obersten Verarbeitungsebenen beeinträchtigen, also bei Läsionen des Frontalhirns oder des Übergangsbereichs zwischen Occipital-, Temporal- und Parietallappen, fällt das Träumen vollständig aus (s. Abb. 2c). Bei Schädigungen auf niederen Verarbeitungsebenen, also mehr in Richtung Wahrnehmungspersipherie, ist das Träumen in jeweils spezifischer Weise verändert und beeinträchtigt. Ist die Sehrinde geschädigt, oder gar nicht erst angelegt, wie bei kongenital Blinden, dann gibt es auch keine optischen Traumbilder, aber dennoch ein Traumleben, das sich genau wie die jeweilige Alltagserfahrung der Blinden aus den verbliebenen vier Sinnen zusammensetzt. Ist die Sehrinde jedoch angelegt, wie bei später im Leben Erblindeten, dann bleiben zeitlebens im Traum visuelle Eindrücke erhalten (Hau 2002).

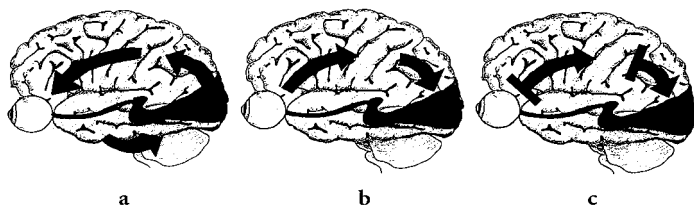


Abbildung 2: Funktionelles Modell des Sehens (a), des Träumens und Halluzinierens (b) und der Störungen des Träumens (c)

In diesen Kontext gehört, dass die Neurowissenschaftler alte klinische Erfahrungen wiederentdeckt haben, dass psychotische Patienten, die einer Lobotomie oder einer Leukotomie unterzogen wurden, bei denen also das Faserbündel zum/vom Frontalhirn chirurgisch durchtrennt wurde, nicht nur ihre produktiv-psychotischen Symptome, sondern auch die Fähigkeit zum Träumen verloren haben (Schindler 1953; Jus et al. 1973).

In diesem Frontalhirn-Bereich verläuft auch der mesolimbisch-dopaminerge Faserzug. Eine chemische Stimulierung dieser Nervenbahn, etwa durch L-Dopa, führt zu vermehrter, eine chemische Hemmung, etwa durch Neuroleptika, zu verminderter Traumaktivität.

Die neurowissenschaftlichen Befunde korrelieren in diesem Beispiel des Sehapparats mit Bions Hypothese von der Umkehrbarkeit von Funktionen, die von Meltzer weiterentwickelt wurde. Die besagt: Augen nehmen nicht nur Sinnesreize auf, sondern sie können auch innere Bilder ausstrahlen und projizieren. Ein Wissen um diese Umkehrbarkeit zeigt sich auch in der Umgangssprache, wenn von durchdringenden Blicken, die sogar töten könnten, die Rede ist. Meltzer (1984) präzisiert diese Gedanken, wenn er davon spricht, dass das Gegenteil vom Sehen nicht Blindheit, sondern Halluzinieren sei (S. 141f.).

Das Gemeinsame an beiden Konzepten ist die Richtungsumkehr (vom Frontalhirn zum Sehzentrum) mit der Schlussfolgerung, dass das funktionelle Gegenstück des Sehens nicht Blindheit, sondern Halluzinieren (und Träumen) ist. Dabei hat die von Bion beschriebene Ausscheidungsfunktion aus dem Auge allerdings keine neurowissenschaftliche Entsprechung. Sie beschreibt vielmehr einen subjektiv erfahrenen, nicht bewussten Konkretismus.¹

Das Konzept von der Umkehrbarkeit von Funktionen beschreiben Bion und Meltzer im Übrigen für alle Sinnesorgane und Körperöffnungen. Emotionale Erfahrungen, insbesondere der eigenen psychischen Realität, sind – so Bion – oftmals kaum erträglich. Der Psychotiker verwerfe solche für ihn nicht erträglichen Erfahrungen, indem er sie über die Sinnesorgane psychisch ausscheide. Durch diese Richtungsumkehr werden ideale oder verfolgende, letztlich aber erträglichere (Wahn-)Welten erschaffen, die aber an der wahren Bedürftigkeit des Individuums nichts ändern (Matejek 2003).

1 Warum bei Schizophrenen optische Halluzinationen (mit ca. 40 %) nur halb so häufig auftreten wie akustische Halluzinationen (mit 70 – 90 %), ist noch unklar. Vermutet wird, dass visuelle Sinnestäuschungen mit stammesgeschichtlich älteren neuronalen Systemen verknüpft sind und auch durch eine Vielzahl von Gehirnfunktionsstörungen verursacht werden können (z. B. Delir, Epilepsie), während verbale Halluzinationen – gebunden an Sprache – einem höher spezialisierten und jüngeren Hirnareal zugehören (Häfner 2000).

Die aktuellen neurowissenschaftlichen Befunde zum Traum, die jetzt mit den modernen bildgebenden Verfahren zum Teil auch schon bestätigt wurden, haben insgesamt zu einer Rehabilitierung von Freuds Traumtheorie geführt – und zwar sowohl in der Fachliteratur (Kandel 1999; Pace-Schott 2003), wie auch in der allgemeinen Öffentlichkeit (Artikel in Newsweek vom 05.12.2002).

Trotz dieser nun auch neurowissenschaftlich nachgewiesenen Analogien ist vieles vom träumenden und halluzinierenden Gehirn noch nicht verstanden, so etwa, warum schizophrene Patienten mit den Inhalten ihrer psychotischen Wahnwelten gewissermaßen eins sind, während Gesunde sich nach dem Erwachen aus Schlaf und Traum aus der Verschmelzung mit dem Traum lösen und sich von ihm distanzieren können. Da bei der Produktion von Halluzinationen und Träumen gleiche funktionelle Wege beschritten werden, ist zu vermuten, dass an dieser Distanzierung und an einer Hierarchisierung des Erlebten weitere neurowissenschaftlich definierbare Systeme beteiligt sind.

Nachdem nicht nur Freuds Theorien zum Traum, sondern auch Bions Konzepte vom Träumen und von der Umkehrbarkeit von Funktionen neurowissenschaftliche Fundierungen und Entsprechungen gefunden haben, sind hier Weiterentwicklungen in der Psychoanalyse von besonderem Interesse. Neuere psychoanalytische Konzepte, vor allem aus der kleinschen Schule, haben die komplexen Verbindungen zwischen Traum und psychischen Funktionsweisen (mental-functioning) sowie zwischen Traum und Übertragungsgeschehen herausgearbeitet.

Basierend auf seinen Erfahrungen in der Psychosentherapie hatte Bion (1962, 1963) das Konzept der Alpha-Funktion entwickelt. Rohre Sinnesdaten, Sinneseindrücke und Emotionen werden durch die Alpha-Funktion zu Elementen umgewandelt, die eine psychische Bedeutung haben. Die daraus entstehenden Alpha-Elemente sind ihrerseits wiederum Matrix für weitere Umwandlungen dieser Art. Die Alpha-Funktion ist es auch, die Traumbilder produziert, die ihrerseits zur weiteren psychischen Verarbeitung beitragen.² Versagt die Alpha-Funktion, bleiben die Sinnesdaten unassimilierte so ge-

2 Bions Auffassung vom Unbewussten korreliert damit wiederum in hohem Maß mit dem sog. emotionalen Unbewussten der Neurowissenschaften, das jenseits dynamischer Verdrängung alles umfasst, dessen sich das Subjekt nicht gewahr (bewusst) ist.

nannte Beta-Elemente, die als unverdaute und unerwünschte Inhalte gewaltsam, via projektive Identifizierung, aus der Psyche ausgestoßen werden.

Beim Lesen dieser Beschreibung ist möglicherweise eine Art von »Beta-Element-Erfahrung« entstanden, wie sie von Lüders (1999) beschrieben wurde: »Unbehagen macht sich breit, der dringende Wunsch zu definieren, was ein Beta-Element ist, und damit die Entlastung zu spüren: Ach, so ist das zu verstehen. Damit lässt sich denken. Das wäre die Entlastung, die die Alpha-Funktion bringt.«

Ausgehend von diesen Gedanken sind die Besonderheiten der Träume von Psychotikern mit unterschiedlichen Begriffen konzeptualisiert worden:

- Segal (1991) und Meltzer (1984) verknüpfen Symbolisierungsstörung und Störung der Traumbildung und beschreiben konkrete und manipulative Traumerfahrungen, die weniger emotionales Erleben reflektieren, sondern eher Handlungen und Dingen ähneln.
- André Green (1977) spricht davon, dass der Traum bei Psychotikern keine Wunscherfüllung sei, sondern eine Evakuierung, damit der psychische Apparat übermäßige schmerzliche Reize (also Bions Beta-Elemente) loswerden und abführen kann.

In seiner Arbeit zum Traum spricht Weiss (2002) von einem Spektrum zwischen wirklichen Träumen auf der einen Seite und halluzinatorischen Ereignissen auf der anderen Seite, die nicht von der Psyche verarbeitet, sondern evakuiert werden. Dazwischen siedelt er traumähnliche Produkte an, wie Pseudoträume, traumähnliche Phantasien und Derealisationserlebnisse.

Weiss schlägt ein zweidimensionales Diagramm (s. Abb. 3) vor: Die vertikale Achse repräsentiert die Struktur des Traummaterials zwischen Symbolen innerer Erfahrung und eher konkreten Handlungen und Dingen. Die horizontale Achse beschreibt den Gebrauch des Traummaterials in der analytischen Situation: Dient es dazu, irgendetwas aus der inneren Welt des Träumers zu kommunizieren, oder zielt es darauf ab, unverdauliches Material via projektive Identifizierung zu evakuieren.

Im rechten oberen Quadranten sind Träume einzuordnen, deren Analyse von Freud (1900) beschrieben wurde. Im linken oberen Quadranten finden sich Träume, die zwar symbolische Elemente enthalten, die aber nicht dazu dienen, verstanden zu werden, son-

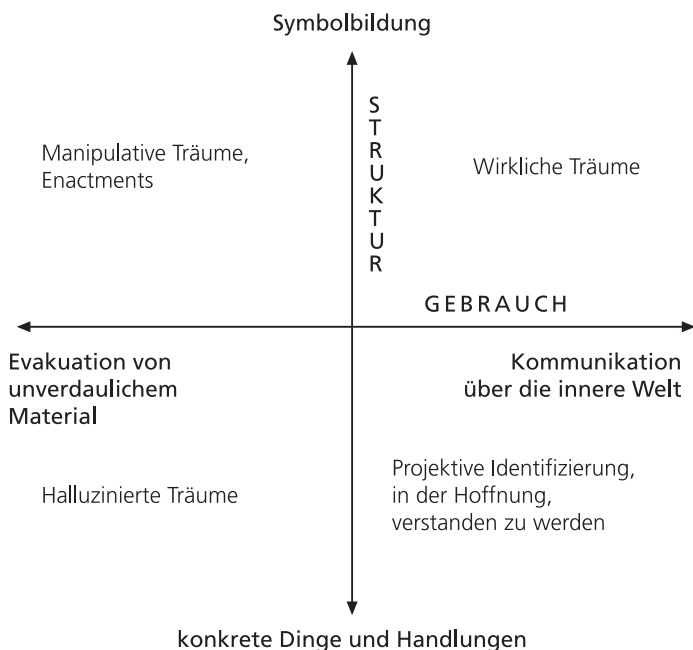


Abbildung 3: Struktur des Traummaterials und Gebrauch in der analytischen Situation (nach Weiss 2002)

dern darauf abzielen, den Analytiker in eine Gegenübertragungskonstellation hineinzuziehen und im Sinne eines Enactments zu manipulieren. Dem rechten unteren Quadranten sind Träume zuzuordnen, die einen Entwicklungsaspekt beinhalten und projiziert werden, deren Inhalt und Affekt via projektive Identifizierung in den Analytiker verlegt werden, mit dem Ziel und in der Hoffnung, verstanden zu werden (Beta-Elemente auf der Suche nach einem Container, Bion 1962). Im linken unteren Quadranten sind Träume anzusiedeln, die von Halluzinationen kaum mehr zu unterscheiden sind.

Mit diesen theoretischen Überlegungen zu Analogien, aber auch Differenzen zwischen Traum und Halluzinationen soll nun am Material aus zwei Therapien untersucht werden, wie sich das Traumgeschehen bei Psychotikern verstehen lässt.

Patientin A., die über viele Jahre eine schwere anorektische Symptomatik gehabt hatte, war immer tiefer in eine Wahnwelt geraten,

als sie sich in einen Schauspieler, den sie als »Macho« bezeichnete, verliebt hatte. Im Bemühen, ihm nahe zu sein, hatte sie ihr Studium aufgegeben, um jeweils Job und Wohnung in seiner Nähe zu finden. Dies endete in einem Verfolgungs- und Vergiftungswahn sowie einer Zwangseinweisung. In der Anfangsphase der Therapie ging es nur darum, wie sie mit ihrem als trostlos erlebten Alltag zurechtkommen konnte, durch dessen Verpflichtungen sie sich gleichzeitig beengt fühlte.

Nach den Ferien vergisst sie die erste Stunde und klagt in der nächsten, sie sei von der Therapie sehr enttäuscht, denn sie hätte in den Ferien wieder vermehrt Stimmen gehört. Andere wollten gar nicht wissen, wie es ihr gehe. Als ich dies in Verbindung mit unserer Situation bringe, ob sie denke, ich wolle nicht wissen, wie es ihr gehe, berichtet sie einen Traum: Die Küchenschränke sind voller Ratten. Die Schranktüren sind zu, aber die Schwänze der Ratten hängen heraus. Sie versucht, die Ratten zu packen, aber sie witschen ihr zwischen den Händen durch. Sie schafft es schließlich, die Ratten nach draußen zu »bugsieren«, aber es ist total ekelig.

Ohne weiter auf diesen Traum einzugehen, berichtet sie, dass sie in der Nacht davor einen ähnlichen Traum hatte.

Sofort anschließend erzählt sie von merkwürdigen »taktilen Alpträumen« während der Zeit ihrer Psychose. Es ist unklar, ob sie von einem Traum oder einem psychotischen Wacherleben spricht: »Ich bin damals aufgewacht, hatte aber die Augen zu. Ich habe gemerkt, dass jemand in meinem Zimmer ist, ich habe das gerochen, gefühlt, gespürt, aber nicht gesehen, weil die Augen ja geschlossen waren.«

Ein Innehalten ist nicht möglich. Sie fährt gleich mit einem weiteren Ratten Traum fort: »Da hatte ich die Augen zu, aber doch konnte ich sehen: Ich lag auf meinem Bett und sah, wie sich jemand in der Küche zu schaffen machte. Ich sah nur einen Besenstiel und bekam einen Schreck, dass doch jemand in meine Wohnung eingedrungen ist. Ich bin dort hingegangen und fand einen machohaften Typ, der im Bad irgendetwas aufwischte. Ich konnte ihn überwältigen und festhalten, aber es war kein solider Zustand, denn er versuchte immer wieder, sich zu befreien, es war ekelig. Dann habe ich ihm Fleisch herausgeschnitten, Gliedmaßen abgeschnitten, auf die Straße geworfen, seiner Mutter, einer richtigen Hexe, vor die Füße. Das Fleisch hat sich bei ihm nachgebildet, denn dieser Typ war ein Monster. Er war zwar gefangen, aber es war kein stabiler Zustand.«

Heute morgen, meint sie, habe sie auch so einen unangenehmen Traum von Ratten gehabt, aber sie habe keine Erinnerung mehr daran, sie sei nur schweißgebadet aufgewacht. Es folgt dann eine Flut von Einfällen, die alle davon handeln, dass sie etwas loswerden will: Sie hat eine Insektenphobie und zählt auf, was sie alles anstellt, um die Insekten aus ihrer Wohnung zu »bugsieren«. Sie schimpft auf den machohaften Nachbarn, den sie unerträglich und eklig findet und den sie als Nachbarn loswerden will, notfalls indem sie ihre eigene Wohnung kündigt.

Erst produziert sie Traum um Traum, dann Einfall um Einfall, und sie stopft mich voll damit. Ich gerate in Anspannung, meine gerade gefassten Gedanken, dass sie doch früher selber einen machohaften Freund hatte, sich nun aber so dagegen wehrt, scheinen mir schon wieder zu entgleiten, und ich bin schließlich konfus und verwirrt. In dem Versuch, aus meiner Konfusion herauszukommen, gebe ich eine erste Intervention, die angesichts meiner Konfusion nichts anderes macht als eine Differenzierung: »Es geht offensichtlich um Ängste, dass Sie Ihre Grenzen nicht aufrechterhalten können angesichts von Ratten und machohaften Typen, aber bei allem, was Sie fürchten, gab es vielleicht auch Wünsche nach einem Mehr an Beziehung ...«.

Sie hält lange inne und meint dann nachdenklich: »Das stimmt. Vielleicht gehe ich mit meiner Psychose genauso um. Manchmal versuche ich, zu allem mehr Abstand zu halten und die Dinge gelassener zu sehen. Aber dann packt es mich, dann spiele ich mit dem Feuer, dann koche ich mich mit der Psychose hoch. Als in den Ferien die Stimmen stärker wurden, habe ich die Medikamente erhöht. Dann hatte ich zwar nicht mehr so viele Stimmen, aber dadurch wurde es langweilig. Es gab Momente, in denen ich mir all das wieder gewünscht habe. Ich habe dann versucht, mich selber aufzuweichen und ganz bewusst auf die Stimmen und Eingebungen zu hören, ob sie mir vielleicht etwas Interessantes und Geheimnisvolles zuraunen. Einerseits war ich froh, wenn diese Halluzinationen weg waren, aber andererseits, manchmal fehlte mir auch etwas.«

In dieser Sequenz scheint es primär um die Evakuierung von unverdaulichem Material zu gehen und die Traumbilder sind wohl weniger Symbole als Pseudosymbole und konkrete Handlungen. Denn in der getriebenen Aufzählung ist gar nicht klar, was Traum und was Halluzination ist oder ob es Traumsequenzen sind, die sie schon öfters halluziniert hat. Auf der vertikalen Achse des Diagramms wäre

allenfalls von einem mittleren Strukturniveau des Traummaterials auszugehen.

Nun zur zweiten Achse, dem Gebrauch des Traummaterials in analytischen Situationen. Ich werde ja regelrecht mit Material überflutet. Die erste Übertragungsdeutung, mein Angebot, etwas von ihrer Befindlichkeit verstehen zu wollen, hat sie angenommen. Man kann nun diskutieren, ob sie mich mit Material, im Sinne von Beta-Elementen, anfüllt, um diese zu evakuieren, oder ob sie doch auch die Hoffnung hatte, etwas von ihrer inneren Welt vermitteln zu können, um verstanden zu werden.

Für die Evakuierung von Beta-Elementen spricht, dass ich erst einmal das Gefühl hatte, nichts mehr zu verstehen und in einen konfusen, verwirrten, sozusagen mikropsychotischen Zustand geraten bin. Durch eine Bemerkung von mir mit einer ersten Differenzierung zwischen Angst und phobischer Abwehr einerseits sowie ihren Wünschen andererseits wurde sie in die Lage versetzt, zu einer nachdenklicheren Selbstbeobachtung zu kommen. Natürlich ist dieses Nachdenken nur ein erster Ansatz wiedergewonnener Ich-Funktion, denn viele Aspekte blieben noch offen. So gab es noch keine Verknüpfung zwischen der Therapieunterbrechung und der Ersatzfunktion der Halluzinationen oder auch der Frage, ob sie die Urlaubsunterbrechung wie ein machohaftes, willkürliches Verhalten von mir erlebt hat.

Auf einer objektalen beziehungsweise teilobjektalen Übertragungsebene ergibt sich vielleicht noch eine weitere Bedeutung: Entsprechend ihrem psychischen Funktionsniveau, dem der paranoid-schizoiden Position, wird Abwesenheit von Objekten, auch meine Abwesenheit, nicht als solche repräsentiert und ertragen, sondern als »böse Anwesenheit« erlebt, nämlich in Form von Stimmen und im Traum als Ratte oder machohaftes Typ. Wenn dem Macho nun Fleisch heraus- und Gliedmaßen abgeschnitten werden, könnte man vermuten, dass es um kastrierende und oral-sadistische Impulse geht. Dabei liegt die Beziehung zu ihrer früheren anorektischen Ess- und Aufnahmestörung natürlich nahe.

Da das Ich und die Objekte wohl noch nicht als getrennt erlebt werden, verstehe ich diese Impulse nicht als primär objektgerichtet, so dass ein Aufzeigen dieser Impulse mir gegenüber in Form einer Übertragungsdeutung nicht sinnvoll wäre.

Ein wichtiges progressives Element sehe ich im letzten Einfall, dass ihr etwas fehlt, wobei sie dies in einer Bewegung von Unabhän-

gigkeit aber auf die halluzinierten Stimmen schiebt. Das Gewahrwerden der eigenen Bedürftigkeit ist natürlich umso bedrohlicher, wenn der andere als Wesen ohne Bedürftigkeit und Mangel phantasiert wird, wie der machohaft Typ, dem das Fleisch wieder nachwächst, der ein Bild für ein omnipotentes Selbst sein könnte, aber vielleicht auch ein Phantasma des Psychoanalytikers, dem von Patienten abgesagte Stunden oder Therapien nichts ausmachen, weil ihm gleich neue Patienten nachwachsen.

Was Weiss (s. Abb. 3) in der zweiten Achse als Gebrauch des Traummaterials in der analytischen Situation und damit in der Zwei-Personen-Psychologie konzeptualisiert hat, hat Grotstein (1981) in der Ein-Personen-Psychologie formuliert. Er führt aus, dass der Träumer, der träumt, und der Träumer, der dann seine Träume versteht, zusammengehören. Wenn in psychotischen Zuständen Denken und Verstehen nicht mehr möglich sind, also ein internalisierter mütterlicher Container, der verstehen könnte, fehlt, dann bleiben Träume unverständlich, mitunter sogar böse Orakel. Es bedarf der verstehenden Funktion des Analytikers, damit es nicht zu einer psychotischen Transformation des Traums und zu einer psychotischen Erfahrung kommt. Die Besonderheit bei psychotischen Patienten scheint mir darin zu liegen, dass es genau an diesem Punkt auch zu Spaltungen kommen kann, nämlich in einen nicht-psychotischen/neurotischen Persönlichkeitsanteil und in einen psychotischen Persönlichkeitsanteil, der nicht versteht.

Dazu der erste erinnerte beziehungsweise erzählte Traum aus dem zweiten Jahr einer Therapie: Die Patientin B., früher in einem akademischen Beruf tätig, war nach eineinhalbjährigem stationären Aufenthalt und dem Scheitern jeglicher beruflicher Wiedereingliederung in einem desolaten und völlig verzweifelten Zustand zu mir gekommen. Lange war es nur um ihre psychotischen Erlebnisweisen gegangen, die immer sofort bei Belastungen auftraten. In früheren Ferien hatten wir deshalb feste Telefontermine vereinbart. Weil sie sich besser fühlte, hatte sie vorgeschlagen, in den letzten Ferien nur im Ernstfall telefonisch Kontakt zu mir aufzunehmen.

Nach den Ferien berichtete sie, dass sie die Zeit ganz gut überstanden habe, zumal sie sich einmal auch ihre Hassgefühle auf die Nachbarn eingestehen können, die von ihrer Urlaubsreise schwärmten. Als ich in der Stunde versuchte, eine Verbindung zur Therapieunterbrechung herzustellen, betonte sie nur, wie gut und wichtig die Therapie für sie sei.

Nun der Traum aus der nächsten Stunde:

»Ich war auf der Titanic. Dort hatte es schon gebebt und gebrodelt und die Menge war in Aufruhr. Es gab keinen Kapitän, nur einen unwissenden Maschinisten. Es gab eine Fernbedienung, die wir verstehen mussten, um das Unglück zu vermeiden, denn wir konnten ja die Geschichte. Der Maschinist hat dann versucht zu telefonieren, um sich die Fernbedienung erklären zu lassen. Wir standen kurz davor, es herauszufinden, aber dann bin ich aufgewacht.«

Sie betont, dass sie den Traum nicht zu Ende geträumt habe, und es unklar geblieben sei, ob es nun ein Unglück gab oder ob sie sich mit der Fernbedienung noch habe retten können. Ihr erster Einfall: Der Traum sei ein treffendes Bild für sie selber, denn sie treibe so führerlos dahin, wie ein Schiff ohne guten Kapitän, der steuert. Sie betont nochmals, dass der Kapitän nicht auf dem Schiff ist. Dann kommt sie auf die anstehende berufliche Belastungserprobung zu sprechen, die ja schon einmal gescheitert war, und auf ihre Frage, ob sie mögliche Anzeichen einer Krise noch rechtzeitig versteht oder ob es wieder eine Katastrophe gibt. Vorsichtig lässt sie dann ihre Enttäuschung anklingen, dass die Therapie die letzte psychotische Krise nicht verhindern konnte. Sie klagt, dass die Therapiestunden nicht die erhoffte Wirkung hatten, dass sie immer weiter in die Krise geraten sei und schließlich gedacht habe, die Therapie bewirke überhaupt nichts. Ich sage: »Also schon das Gefühl: Ihr Therapeut – ein unwissender Maschinist«. Sie lacht und ihr fällt ein, dass sie früher zu Tode erschrocken war, wenn jemand etwas Kritisches aus ihren Bemerkungen herausgehört habe. Sie wiederholt noch einmal, dass der Traum ein bezeichnendes Bild für sie selber sei, so klar und eindeutig, wie dieses Schiff ohne guten Kapitän. Trotz ihrer klaren Assoziationen merke ich, wie sich eine Beunruhigung in mir ausbreitet, die sich die ganze Zeit schon eingestellt hatte. Diese Beunruhigung macht sich daran fest, wie hartnäckig sie von einem »guten Kapitän« spricht. Schließlich sage ich dazu, dass das mit dem Kapitän vielleicht nicht so eindeutig sei, denn der Kapitän der Titanic habe das Unglück ja mit heraufbeschworen. Sie sagt lakonisch: »Ach, dass man das so verstehen kann ...«. Aber mehr folgt dazu nicht.

Diesen Traum könnte man im Sinne des Diagramms fast als klassischen neurotischen Traum sehen: Er ist voller Symbole und er dient auch einer Kommunikation auf der Übertragungsebene. Will sie mitteilen, dass sie die Ferien doch nicht problemlos überstanden hat und in eine prekäre Lage geraten ist, weil es keine festen Telefon-

zeiten mehr gab, keine »Fernbedienung«, und sie selber keine äußere, aber auch keine innere Verbindung mehr herstellen konnte, vielleicht aus Hassgefühlen mir gegenüber?

Ausgehend von ihren Hassimpulsen auf die Nachbarn deutete ich ihr die versteckte Kritik an mir, dem unwissenden Maschinisten. Sie lacht, sie ist erleichtert, die Deutung bewirkt einen Kontakt. In der Formulierung ihres Einfalls, dass sie früher »zu Tode erschrocken« war, wenn ihre Kritik offenbar wurde, klingt vielleicht auch ihre Angst vor eigenen (mörderischen) Aggressionen an.

In der Stunde findet sich noch eine zweite Linie, nämlich ein Affekt von Beunruhigung, der sukzessive bei mir untergebracht wird. Diese Beunruhigung macht sich für mich daran fest, dass sie sich als führerloses Schiff beschreibt, aber auch daran, dass sie so hartnäckig von einem guten Kapitän spricht, nicht aber darüber, dass der Kapitän der Titanic sich in einer omnipotenten Bewegung über alle Realitäten und Eisbergwarnungen hinweggesetzt hatte. Habe ich möglicherweise Eisberg-Warnungen von ihr vor den Ferien nicht ernst genommen? Oder nimmt sie selber etwas nicht ernst? Denn ihr Einfall vom guten, steuernden Kapitän ist ja auch eine partielle Verleugnung der destruktiven Seiten des Kapitäns.

Lucas (2003) führt dazu aus, dass die häufigsten psychotischen Symptome nicht etwa Halluzinationen oder Wahnvorstellungen sind, sondern Verleugnung und Rationalisierung.

Das Verständnis der darauffolgenden Stunde mag weiterhelfen. Sie kommt in einem alten, unförmigen weißen Anorak in meine Praxis – und ich muss in Bezug auf die vorangegangene Stunde gleich an einen Eisberg denken. Sie lässt eine untergründige Sorge anklingen, mich mit ihren Problemen zu sehr zu belasten. Hat sie doch eine Ahnung, dass sie in der letzten Stunde viel Beunruhigung bei mir untergebracht hat? Sie spricht davon, dass ihre Eltern nie resonant waren, sondern Felswände, gegen die sie prallte. Ich frage mich natürlich, ob ich nicht resonant war und ob sie gegen mich geprallt ist und ob mein Hinweis, dass das Kapitänsbild nicht so eindeutig positiv ist, sie so erschreckt hat, dass sie das Drama auf der Titanic einfach hinter sich gelassen hat, um sich in die Unabhängigkeit und Sicherheit eines Eisbergs zu flüchten. Musste ich mich gegen das Bild des unwissenden Maschinisten wehren und ihr mit dem Hinweis auf den Titanic-Kapitän aufzeigen, dass ich doch auch ein Wissender bin ...? Habe ich ihr das Projizierte damit erst einmal unmetabolisiert zurückgegeben?

Ich frage mich aber auch, ob die nichtresonanten felswandigen Eltern auch ein Teil von ihr sind, indem sie sich selber zum nichtresonanten Eisberg macht, um nicht in Kontakt mit der Beunruhigung auf der Titanic zu kommen, die ja erst einmal bei mir untergebracht ist. Im Traum ist eine große Beunruhigung, dass kein Kapitän, kein Ich, noch nicht einmal ein hypertrophes, omnipotentes Ich vorhanden zu sein scheint. Aber doch weiß sie im Traum, wie die Geschichte ausgeht, wenn man Eisbergwarnungen nicht ernst nimmt, schizophrene Frühsymptome nicht beachtet. Handelt der Traum wirklich davon, dass sie ein führerloses Schiff ohne Kapitän ist, oder geht es um eine omnipotente Abwehrbewegung und um die Verleugnung von Wissen? Was ist also passiert?

Auf einer ersten Verstehens- und Deutungsebene, auf einem nichtpsychotischen Funktionsniveau habe ich die Kritik mir gegenüber als dem unwissenden Maschinisten gedeutet. Gleichzeitig habe ich damit, und das scheint mir die Besonderheit in der Psychotherapie von Psychosen, den Teil in ihr unterstützt, man könnte sagen, den psychotischen Persönlichkeitsanteil, der nichts wissen will und der das ganze Titanic-Drama lieber hinter sich lassen und projektiv mir zuschieben will und sich in die zerstörerische Gefühllosigkeit eines Eisbergzustands flüchtet. Im weisschen Schema (Abb. 3) wäre diese gleichzeitig vorhandene zweite Ebene als Evakuierung von unverdaulichem Material zu bezeichnen. Die Einfälle der Patientin nach der Deutung auf neurotischem Niveau zeigten zwar eine psychische Bewegung, die zum Schluss führen könnte, dass die Deutung zutreffend und (verständnis-)fördernd war. Nur die Beunruhigung in der Gegenübertragung blieb einziger Hinweis, dass es nicht zu einem vollständigen Verstehen gekommen war. In psychotischen Zuständen, die für den Patienten und den Empfänger erst einmal nicht verstehbar sind, bleibt – so Lucas (2003) – nur die Gegenübertragung, um aus der Gesamtsituation einen Sinn zu machen.

Vielleicht mag hier auch die Frage entstanden sein, was diese komplizierten Überlegungen bringen. Mich haben sie dazu gebracht, in den nachfolgenden Therapiestunden allmählich zu erkennen, wie die Patientin kompetente, wissende Selbstanteile, einschließlich der warnenden Beunruhigung, die dieses Wissen nach sich zieht, projektiv bei mir unterzubringen versucht, um dann selber unwissend zurückzubleiben. In dem Maß, in dem ich ihr dies sukzessive im weiteren Therapieverlauf aufzeigen konnte, vermochte sie selber mehr »wissender Maschinist« (Kapitän?) zu werden. Damit kam sie

schließlich auch in der Lage, die Krisen während ihrer einjährigen beruflichen Belastungserprobung kompetenter gestaltend zu bewältigen, ohne gleich wieder in psychotische Erlebnisweisen abzudriften.

Insgesamt bleibt festzustellen, dass mir die Patientin mit ihrem Traum viel von ihrer inneren Welt vermittelt hat: Sie hatte zum ersten Mal überhaupt einen Traum mit Symbolisierung und kommunikativer Tendenzen geträumt und damit einen Schritt weg von ihrer psychotischen inneren Organisation gemacht.

Capozzi und De Masi (2001) betonen, dass Träume, sei es, dass sie die verführende Macht des psychotischen Teils zeigen oder doch auch den Widerstand dagegen, immer klinisch bedeutsam sind, weil sie manchmal die einzige Stelle sind, an der die Psychose repräsentierbar wird, und zwar sowohl in ihrer selbstzerstörerischen wie auch in ihrer erregenden Natur. Besser sei es, wenn dann auch die Arbeit des Verstehens an Träumen geleistet werden könne und es nicht zum psychotischen Ausagieren komme.

Ein wichtiger Aspekt beim Verstehen der Träume von Schizophrenen scheint mir darin zu liegen, dass mehrere Ebenen gleichzeitig vorhanden sein können, und es gilt, sowohl die nichtpsychotischen/neurotischen wie auch die psychotischen Elemente aufzugreifen. Vielleicht liefern die hier vorgestellten Konzepte dafür Hilfsmittel, um die Träume unserer psychotischen Patienten nicht nur zu akzeptieren, sondern sie in ihrer ganzen Komplexität und emotionalen Bedeutung zu begreifen, zu metabolisieren und damit zu arbeiten.

Literatur

- Berger, M. (Hg.) (1999): *Psychiatrie und Psychotherapie*. München.
- Bion, W. R. (1962): *Learning from Experience*. London (Dt.: *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt a. M., 1992).
- Bion, W. R. (1963): *Elements of Psycho-Analysis*. London (Dt.: *Elemente der Psychoanalyse*. Frankfurt a. M., 1992).
- Böker, H. (1992): *Wahn und Traum*. In: Mentzos, S. (Hg.): *Psychose und Konflikt*. Göttingen.
- Capozzi, P.; De Masi, F. (2001): *The meaning of dreams in the psychotic state: Theoretical considerations and clinical applications*. *Int. J. Psycho-Anal.* 82: 933–952.
- Freud, S. (1900): *Die Traumdeutung*. G. W. 2/3.
- Fromm-Reichmann, F. (1948): *Notes on the development and treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy*. *Psychiatry*