

Dorothea von Haebler / Thomas Müller /
Norbert Matejek (Hg.)

Perspektiven und Ergebnisse der psychoanalytischen Psychosentherapie

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN
PSYCHOSENTHERAPIE | BAND 17

Vandenhoeck & Ruprecht

Dorothea von Haebler / Thomas Müller / Norbert Matejek (Hg.):
Perspektiven und Ergebnisse der psychoanalytischen Psychotherapie

V&R

Dorothea von Haebler / Thomas Müller / Norbert Matejek (Hg.):
Perspektiven und Ergebnisse der psychoanalytischen Psychotherapie

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN PSYCHOENTHERAPIE

Schriftenreihe des Frankfurter
Psychosenprojekts e. V. (FPP)

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

Band 17: Dorothea von Haebler / Thomas Müller /
Norbert Matejek (Hg.)
Perspektiven und Ergebnisse der psychoanalytischen
Psychotherapie

Dorothea von Haebler / Thomas Müller / Norbert Matejek (Hg.):
Perspektiven und Ergebnisse der psychoanalytischen Psychosentherapie

Dorothea von Haebler / Thomas Müller /
Norbert Matejek (Hg.)

Perspektiven und Ergebnisse der psychoanalytischen Psychosentherapie

Mit 1 Abbildung und 6 Tabellen

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

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

ISBN 978-3-525-45118-2

© 2007, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, 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.

Schrift: Minion

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Druck und Bindung: ⊕ Hubert & Co, Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhalt

Editorial	7
-----------------	---

■ THEORIE-FORUM

Stavros Mentzos Das Bipolaritätsmodell und die dilemmatische Struktur der Psychosendynamik	10
--	----

Christian Scharfetter Welche Therapien braucht der Patient? Symptome-Indika- toren von Bedürfnis und Zugänglichkeit.....	24
--	----

Yrjö O. Alanen Integrierte und individualisierte psychodynamische Behand- lung schizophrener Patienten. Erfahrungen aus Finnland	45
--	----

Günter Lempa Überlegungen zum Verständnis und zur Behandlungstechnik der schizophrenen Psychose	68
---	----

■ KLINISCHES FORUM

Hans Schultze-Jena Kasuistik zum Thema Minussymptomatik	84
--	----

Elisabeth Troje Kommentar zur Fallgeschichte von Hans Schultze-Jena	94
--	----

Wolfgang Hering	
Kommentar zur Fallgeschichte von Hans Schultze-Jena	99
Thomas Müller	
Diskussionsbeitrag zur Kasuistik von Hans Schultze-Jena	102
Die Autoren	106

Editorial

Die Artikel in diesem Band sind von zentralen und aktiven Begründern oder Vertretern der analytischen Psychotherapie verfasst. Angereichert mit Beispielen und jahrzehntelanger Erfahrung erläutern und veranschaulichen sie Grundbegriffe und Entwicklungen dieser Therapieform, welche trotz eines sowohl wissenschaftlichen wie auch berufspolitisch sehr konträr diskutierten Kontextes einen integrativen Ansatz vertreten und ermöglichen. Es geht den Autoren um einen interdisziplinären wissenschaftlichen Diskurs und um Behandlungskonzepte, die sich sowohl auf Theorie gründen wie auch auf erfolgreich erprobter Praxis aufbauen und anwendbar sind in der aktuellen Krankenversorgung der psychiatrisch Schwerstkranken, der Psychosekranken.

Bei der Fragestellung, ob die Neurowissenschaften zunehmend mehr Material liefern, das die psychotherapeutische Arbeit stützt und bestätigt, hat die analytische Psychosepsychotherapie einen besonders schweren Stand und wird häufig emotional diskutiert. Es gibt wenige und unter anderem wegen der Wichtigkeit der Therapeutenvariable kaum dem geltenden Standard entsprechende wissenschaftliche Studien zu ihrer Wirksamkeit, weshalb zum Beispiel die »Cochrane-Analysen« diese Therapieform als nicht sicher wirksam einstufen.

Die in diesem Feld tätigen Therapeuten können von dem Gegenteil berichten. Wie also könnte die Kluft zwischen Empirie und geltenden wissenschaftlichen Standards zu überwinden sein? Sicherlich einerseits durch die zunehmende Unterstützung durch die Neurowissenschaften, insbesondere der Bildgebung, andererseits durch Studien, die eher aufwendig sind und für deren Organisation deshalb große Kliniken, Zentren oder ein Zusammenschluss mehrerer Kliniken oder niedergelassener Therapeuten notwendig wären. Die Dauer der Therapien erfordert einen langen Atem, was in der Wissenschaftswelt unattraktiv und teuer ist. Doch den Therapeuten,

die mit Psychosekranken arbeiten, ist die Notwendigkeit des langen Atems vertraut.

Für diese Auseinandersetzung ist es von Bedeutung, dass dieser Band die Beiträge der Auftaktveranstaltung für regelmäßige Symposien in Psychosenpsychotherapie an der Berliner Charité enthält. Die Veranstaltung verfolgt ein inhaltliches, ein politisches und ein wissenschaftliches Ziel. Für alle drei Ziele scheint Berlin der ideale Standort zu sein: die Psychosenpsychotherapie findet in Zentren wie München (Überregionale Weiterbildung in analytischer Psychotherapie München), Frankfurt (Frankfurter Psychoseprojekt), dem norddeutschen Raum (Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische Psychiatrie) statt, Berlin und der Osten Deutschlands erscheinen blank. In den neuen Bundesländern wurde zu Zeiten der DDR interdisziplinärer gelehrt und gearbeitet als in den alten Bundesländern, so dass eine Öffnung starrer Konzepte auch eine Öffnung Richtung Osten sein könnte, und so ist die Hoffnung, mit der Berliner Verankerung der Psychosenpsychotherapie auch die neuen Bundesländer verstärkt mit einzubeziehen.

In Berlin gibt es aktuell Bestrebungen von Psychiatern, Nervenärzten und Psychotherapeuten, die Therapiemöglichkeiten der Psychosepatienten zu verbessern. Das heisst auch, entsprechend den Ansprüchen des Therapeuten versorgen zu können. Um das zu ermöglichen, benötigen wir integrative und methodenübergreifende Ansätze, ein gemeinsames Konzept und organisierte Zusammenarbeit von Fachleuten, die ihre Methode beherrschen und bei Psychosen modifiziert anzuwenden wissen.

Gaetano Benedetti hatte ebenfalls für das Symposium zugesagt und konnte dann leider nicht teilnehmen. Sein Beitrag fehlt zwischen denen von Stavros Mentzos, Christian Scharfetter, Günter Lempa und Yrjö Alanen. Alle haben jedoch integratives Arbeiten im Sinn und sind – wie es die Psychosenpsychotherapie auch verlangt – flexibel und auf den einzelnen Kranken bezogen.

Stavros Mentzos beschreibt die Möglichkeit für den Therapeuten, durch Erkennen der dilemmatischen Konstellation eine verstehende therapeutische Haltung einzunehmen. Er erläutert hierzu die Notwendigkeit, die Psychose als Schutz, Abwehr und Kompensation und nicht als Defekt zu verstehen. Er entwickelt Konzepte, die das psychotische Dilemma als Extremform einer normalen Bipolarität verstehbar machen. Christian Scharfetter benennt die Notwendigkeit der differenzierten Beobachtung, bei der ICD oder DSM und

auch die deskriptive Psychopathologie nicht ausreichen, einen Behandlungsplan zu entwickeln. Vielmehr zeigt er, dass Symptome die Wegweiser zur Therapie sind. Er beschreibt die Ich-Psychopathologie der Schizophrenie als Störung des Ich-Selbst-Erlebens und leitet daraus methodenoffene psychotherapeutische Prinzipien ab. Yrjö Alanen berichtet von der Entwicklung und Implementierung seines Modells der bedürfnisangepassten Behandlung in Finnland. Die Möglichkeiten und Kosten der Therapieform, die Verbreitung des Modells sind durch Kohortenstudien über Jahrzehnte einzigartig dokumentiert. Günter Lempa versucht zu zeigen, dass es sich beim Verlassen der gewohnten Realität und beim Eintritt in die schizophrene Psychose um einen Vorgang handelt, der analog zu kreativen Leistungen verläuft. Die Psychose ist ein verzweifelter Sprung in eine andere Welt, um traumatischen Ängsten zu entkommen.

Im *Klinischen Forum* stellt Hans Schultze-Jena die analytische Arbeit mit einem Patienten vor, der an einer ausgeprägten Negativsymptomatik leidet. Elsiabeth Troje, Wolfgang Hering und Thomas Müller kommentieren den therapeutischen Prozess.

Dorothea von Haebler
Thomas Müller
Norbert Matejek

■ THEORIE-FORUM

Stavros Mentzos

Das Bipolaritätsmodell und die dilemmatische Struktur der Psychosendynamik

Sind psychotische Symptome »Ausfallerscheinungen« oder Abwehr-, Schutz- und Kompensationsprozesse?

Psychotische Störungen beeindrucken uns durch ihre gravierende Symptomatik, also durch die irrational, merkwürdig und fremdartig erscheinenden Verhaltensweisen sowie durch die – von Äußerungen des Patienten zu erschließenden – psychischen Inhalte wie intensivste Ängste, Wahnideen, Halluzinationen, das Gefühl des Beeinflusst-werdens von außen und anderes mehr. In der Sprache der deskriptiven Psychiatrie spricht man hier von schweren Dysfunktionalitäten, von schweren Ich-Funktionsstörungen, die gerade aufgrund dieser ihrer Fremdartigkeit zunächst psychologisch unverständlich sind.

Je mehr man sich aber mit den Menschen beschäftigt, die diese Symptome aufweisen, desto mehr zeigt sich, zumal im Laufe längerer Behandlungen, dass diese so genannten Ich-Funktionsstörungen, zumindest bei einem großen Teil der Fälle, keine bloßen Ausfälle, keine Mängel und Defizite sind, die vom betreffenden, leidenden Menschen gleichsam passiv erlitten werden; vielmehr beginnt man zunehmend diese so genannten Störungen als in gewisser Hinsicht »sinnvolle« Schutz- und Kompensations- sowie Abwehrmechanismen zu verstehen, die weit davon entfernt sind, nur passiv erlitten zu werden, wohl im Gegenteil aktiv unter bestimmten Situationen mobilisiert werden, wenn auch unbewusst und automatisch. Es handelt sich um Schutz- und Abwehrmechanismen, welche die unerträglichen innerseelischen Zustände, die kaum sonst kompensierbaren intrapsychischen Spannungen, entweder mildern oder auf jeden Fall in der Weise modifizieren, dass sie für den Patienten erträglicher sind, wenn auch auf Kosten der Realitätswahrnehmung und der sozialen Anpassung.

Das einfachste Beispiel dafür ist der Fall einer Patientin, die in der Nacht im akuten psychotischen Zustand in der geschlossenen Abtei-

lung einer psychiatrischen Klinik aufgenommen wird und morgens noch bei der ärztlichen Visite erheblich ängstlich gespannt wirkt und unverständlich spricht. Beim Eintreten des Stationsarztes in ihr Zimmer fängt sie an laut die Schwestern zu rufen, sie sollen schnell kommen und dem Doktor helfen, er sei verrückt geworden!

Rein deskriptiv betrachtet, handelt es sich wohl auch hier um eine Ich-Funktionsstörung, die Patientin verkennt völlig die Realität, sie glaubt, der Arzt und nicht sie selbst sei verrückt geworden. Es bedarf jedoch keiner besonderen psychodynamischen Kenntnis, um schnell zu erraten, dass eine solche Beschreibung nur die Oberfläche des Geschehens erfasst, während es sich in Wirklichkeit um die momentane Aktualisierung des Abwehrmechanismus der Projektion handelt (nicht sie selbst, sondern der Arzt sei verrückt), wodurch sie eine gewisse Erleichterung und Milderung der Angst erreichen kann, eine Angst, die aus der inneren Wahrnehmung, der psychotischen Desintegration, des Auseinanderfallens (der sonst vorhandenen Ordnung), also das »Verrücktsein« entsteht.

Keineswegs alle solchen so genannten »produktiven« Symptome (produktiv bedeutet hier die Produktion von verzerrten oder auch völlig phantasierten psychischen Inhalten, und zwar im Gegensatz zu anderen inhaltlosen psychotischen Bildern [= Minussymptomatik]) sind so einfach in ihrer Dynamik zu durchschauen. Dennoch lassen sich auch kompliziertere psychotische »Produktionen« wie zum Beispiel der sehr häufige Verfolgungswahn ebenfalls nicht als bloß falsche Wahrnehmungen, als eine falsche Einschätzung der Realität befriedigend erfassen und nur auf diese Weise – oberflächlich – beschreiben, wodurch sie dann tatsächlich als psychologisch nicht weiter ableitbar erscheinen müssen. Auch hier findet eine Projektion – nach vorheriger Umkehr oder Verschiebung – statt, deren komplizierte Struktur und Funktion erst weiter unten näher erläutert wird.

Die mit diesen einführenden Überlegungen angedeutete Thematik bezieht sich auf die zentrale Frage, ob psychotische Störungen auf einen Defekt (einen Mangel, einen Ausfall, eine Funktionsstörung, eine Schwäche) zurückzuführen sind oder ob umgekehrt psychotische Symptome als Ausdruck einer Abwehr und Kompensation, also als eine Reaktion auf eine drohende massive Beeinträchtigung der Selbstintegrität und Selbstidentität zu verstehen sind.

Diese Debatte, Psychose als Resultat eines Defekts versus Psychose als Schutz, Abwehr und Kompensation zu begreifen, besteht wohl

seit sehr langer Zeit, auch vor Sigmund Freud und der Entstehung der Psychoanalyse. Denn es gab schon während des 19. Jahrhunderts sogar Vertreter der universitären Psychiatrie, wie beispielsweise Ideler oder Griesinger, die an vielen Stellen ihrer Schriften auf die Bedeutung intrapsychischer Gegensätzlichkeiten, innerer Konflikte und daraus resultierende Belastungen bei der Entstehung der Psychose aufmerksam gemacht hatten. Obwohl man also üblicherweise davon ausgeht, dass diese Psychiater (gerade auch Griesinger, über den meistens nur seine Äußerung referiert wird, Geisteskrankheiten seien Gehirnkrankheiten) die Väter der Somatogenese der Psychosen seien und somit wie auch Kraepelin und noch später wie Carl Jaspers die Meinung vertreten hätten, die Psychosen seien psychologisch nicht ableitbar, zeigt sich bei näherer Betrachtung, dass wenigstens einige von ihnen auch psychogenetische Hypothesen ernsthaft diskutierten. Andererseits – und das ist eine genauso notwendige Korrektur der üblichen stereotypen Meinungen – ist es nicht so, dass alle Psychoanalytiker eine psychodynamische Entstehung der Psychose annehmen beziehungsweise Gegner der Defekthypothese seien. Wenn auch in einem anderen Sinn als die »reinen Somatogenetiker« sind viele auch der bekannten und berühmten Psychoanalytiker davon überzeugt gewesen, dass bei den psychotischen Menschen eine Ich-Schwäche, also ein Defekt die Grundlage der Psychose ausmache. Auch wenn diese »Ich-Schwäche« (ein immer schon etwas diffuser und nicht eindeutig definierter Terminus) durch psychosoziale Faktoren und nicht nur somatisch zustande komme, so sei sie die eigentliche Ursache der psychotischen Phänomene, das heißt, diese Psychoanalytiker gehen davon aus, dass die psychotischen Erscheinungen auf einem Mangel, auf einer Ich-Funktionsstörung, auf einer Ich-Schwäche beruhen. Ich gehöre dagegen zu denjenigen, die die intrapsychischen Gegensätzlichkeiten als die primäre und zentrale Ursache ansehen.

Wenn ich mich hier gegen die Defektthese wende und stattdessen eine defensive Funktion der Psychose postuliere, so fühle ich mich in guter Gesellschaft, denn auch Sigmund Freud oder auch Melanie Klein gehen von einem Konflikt aus, wenn auch von einem anderen als ich. Trotzdem besteht hier Bedarf einer weiteren Argumentation gegen die Defektthese – sei es eines Defekts im Sinne der reinen Somatogenetiker oder im Sinne derjenigen Psychoanalytiker, die von einer grundlegenden Ich-Schwäche des Psychotikers ausgehen. Anstelle längerer theoretischer Erläuterungen genügen einige wenige

klinische Beobachtungen, um die Schwächen und die Fragwürdigkeiten der Defektannahme zu illustrieren:

Eine Patientin gibt im Rorschach-Projektionstest eine Reihe von offensichtlich psychotischen, pathologischen Deutungen zu den einzelnen Tafeln, indem sie in ihnen sich selbst in verschiedenen Situationen und Szenen zu entdecken glaubt. Im Anschluss daran fragt sie aber den Untersucher, ob er vielleicht auch was anderes hören möchte. Als der Untersucher dies bejaht, bringt die Patientin eine Reihe von »normalen«, also den üblichen, in der Sprache des Rorschach-Tests »vulgär« genannten Deutungen (also solchen, die die meisten Menschen geben), um dann zum Schluss zu sagen: »Aber wahr ist das, was ich Ihnen am Anfang gesagt habe!«

Diese Patientin war zwar in der Lage, die Welt so wahrzunehmen, wie die überwiegende Mehrheit der Menschen es tun, aus einem bestimmten Grund aber zog sie es hier vor, in einer Weise wahrzunehmen, die offensichtlich für sie gewisse Vorteile in Bezug auf Selbstidentität und Selbstwertgefühl enthielt (so glaubte sie zum Beispiel in der letzten Tafel sich selbst neben Jesus im Jüngsten Gericht entdeckt zu haben).

Eine andere Patientin ist in der Lage, nach Abklingen ihrer akuten Psychose ein gleichsam normales Gespräch zu führen und so beispielsweise über politische Ereignisse des Tages adäquat zu diskutieren und sogar auch eigene originelle Ideen beizusteuern. Als jedoch der Interviewer sie fragt, wie es denn zu Hause bei ihr sei, wo ihre Mutter und ihre Schwester mit ihr zusammenleben, verwandelt sich die Patientin – in ihrem Verhalten und in ihrem inneren Erleben – innerhalb von Sekunden: Sie steht auf und macht stereotype Bewegungen, ohne ein Wort von sich zu geben, verhält sich in gewisser Hinsicht katatoniform, und als sie anschließend einige Äußerungen macht, wird es deutlich, dass sie die Uhrzeiger der im Raum befindlichen Uhr auf eine eigene symbolische Weise magisch umdeutet. In dem Moment, wo der Interviewer dann wieder auf die Politik zu sprechen kommt, ist die Patientin in der Lage, das vorherige Gespräch »normal« fortzusetzen und sich auch sonst in ihrem Gesamtverhalten und auch in der Motorik unauffällig zu verhalten.

Solche und ähnliche Beispiele und Beobachtungen machen es deutlich, dass der von den Defekttheorieanhängern angenommene Defekt (als Erklärung der psychotischen Symptomatik) zumindest auf keinen Fall ein durchgehender sein kann. Die zwei Patientinnen

sind in der Lage, sich auch anders zu verhalten, und zwar »normal« und nicht nur psychotisch.

In eine ähnliche Richtung deuten auch die zahlreichen Beispiele des Phänomens, das schon in der akademischen deskriptiven Psychiatrie als Doppelbuchführung beschrieben wird. Beispiel: Ein akut psychotischer Patient, der offensichtlich halluziniert, Wahnideen äußert und auffallende Bewegungen ausführt, verhält sich nach seiner Einweisung in die Klinik im Wesentlichen unauffällig: Er kann »rationale« Gespräche mit den Ärzten führen, die ihn dann letztlich nach einer zwei- bis dreitägigen Beobachtung nach Hause schicken. Kaum zu Hause angekommen, verhält sich der Patient in ähnlicher Weise wie vorher, und als seine Mutter ihn fragt, warum er dies alles nicht auch in der Klinik den Ärzten gezeigt und mitgeteilt hätte, antwortet er: »Ich bin doch nicht verrückt, man würde mich in der geschlossenen Abteilung unterbringen!«

Solche Umschwünge beziehungsweise das vorübergehende Verschwinden der Symptomatik ist freilich bei chronifizierten Fällen viel seltener oder kaum zu beobachten. Dennoch kennt jeder erfahrene Psychotherapeut von psychotischen Patienten das Phänomen, dass ein sonst eindeutig psychotisch sich benehmender Patient unter günstigen Bedingungen (in »Sternstunden«) sich auch ziemlich normal verhalten und kommunizieren kann und dass er umgekehrt in bestimmten Situationen, die für ihn eine spezifische Belastung darstellen, sehr schnell in das psychotische Verhalten und Erleben abgleiten kann. So wurde eine Patientin, die sich nach ihrer ersten akuten psychotischen Episode, auch mithilfe von Psychopharmaka, gut stabilisiert hatte und im Ausland auch eine Halbtagsarbeit durchführen konnte, jedes Mal, wenn sie nach Hause (meistens ein- oder höchstens zweimal jährlich) zu Besuch kam, sehr gespannt, unruhig, in ihrer Realitätswahrnehmung erheblich verunsichert, sodass sie nach einigen Stunden sich von ihrer Familie verabschiedete und sich dadurch sehr schnell wieder normalisierte. Als sie das letzte Mal sich über Weihnachten vorgenommen hatte, längere Zeit zu Hause zu bleiben, entwickelte sie schon am zweiten Tag einen Vergiftungswahn, sie glaubte, die Milch im Kühlschrank sei vergiftet gewesen, man wollte sie umbringen.

Für weitere zahlreiche Beispiele verweise ich auf frühere Veröffentlichungen (u. a. Mentzos, 1991 und 2002). Besonders wichtig ist hier die Tatsache, dass Verschlechterungen, Umschwünge in Richtung des manifest Psychotischen oder überhaupt Erstmanifestationen ei-

ner Psychose fast regelmäßig in einem sozusagen thematischen Zusammenhang mit bestimmten spezifischen Konstellationen stehen und nicht durch unspezifischen Stress ausgelöst werden. Manifest psychotisch werden die Menschen nicht durch große körperliche oder unspezifische psychische Stresssituationen, sondern aufgrund von speziellen Belastungen, die meistens mit problematischen Beziehungsanknüpfungen oder umgekehrt Beziehungsabbrüchen zu tun haben (Verliebtheit, Verlobung, Schulabschluss, Entlassung in die Freiheit des Studentenlebens, negativ verlaufende Liebesaffäre, »Verrat«, Verlassenwerden durch eine Vertrauensperson oder plötzliche Entfernung aus einer symbiotischen Beziehung innerhalb der Ursprungsfamilie usw.).

Die vorgegebene (normale) Bipolarität und das psychotische Dilemma

Solche Beobachtungen wie die zuletzt erwähnten führen uns zu einer zweiten, ebenfalls wichtigen Arbeitshypothese. Ging es nämlich bis jetzt nur darum, durch diese wenigen Überlegungen und Beispiele zu verdeutlichen, dass die psychotische Symptomatik nicht als eine Ausfalls- oder Mangelercheinung zu betrachten ist, sondern als ein aktiver, wenn auch unbewusst mobilisierter Schutz- und Abwehrmechanismus und Reaktion, also ging es bis jetzt nur um die Nachweise einer hinter dem manifesten psychotischen Bild zu vermutenden defensiven und restitutiven Dynamik, so geht es jetzt in einem zweiten Schritt unserer Analyse um die Annahme, dass diese Dynamik nicht aus einer unspezifischen, beliebigen Belastung oder – wie es üblicherweise heißt – aus einem (beliebigen) Stresszustand entspringt. Vielmehr handelt es sich um eine spezifische Herausforderung durch eine Konstellation, die eine intrapsychische Dilemmatik, eine intrapsychische Gegensätzlichkeit enthält.

Diese innerseelische Gegensätzlichkeit darf allerdings nicht mit den üblichen, bewussten Konflikten, aber auch nicht mit den unbewussten, neurotischen Konflikten gleichgesetzt werden, welche von Sigmund Freud aufgedeckt und in der Psychogenese und der Psychodynamik der neurotischen Störungen als der wichtigste Faktor erkannt wurden. Während nämlich den neurotischen Störungen relativ »reife« Konflikte zugrunde liegen (solche Konflikte, bei denen sowohl die sich widersprechenden Tendenzen als auch die zu

ihrer Abwehr mobilisierten Mechanismen einem höheren Niveau der Persönlichkeitsorganisation und Symbolisierungsfähigkeit angehören und somit keine massive Beeinträchtigung der Selbstkohäsion implizieren), geht es hier, bei den Psychosen, um tiefere, elementare Gegensätzlichkeiten beziehungsweise Dilemmata (das Wort wurde gewählt, um schon rein sprachlich die Unterscheidung zu den sonstigen reiferen neurotischen Konflikten anzudeuten). Hier werden die tiefer liegenden (und nicht die »reiferen«) Abwehr- und Kompensationsmechanismen mobilisiert.

Um welche Dilemmata geht es?

Auch hier empfiehlt sich, lange theoretische Darlegungen zu vermeiden und an die direkte klinische Beobachtung und die therapeutischen Erfahrungen anzuknüpfen. Ich beschränke mich hier nur auf ein Beispiel, ich verweise aber noch einmal auf die bereits genannte Literatur (Mentzos, 1991, 2002).

Beispiel: Die Eltern eines 23-jährigen schizophrenen Patienten, den sie vergeblich in einer Klinik unterzubringen versucht hatten – der Patient war strikt gegen eine solche Einweisung –, fühlten sich etwas erleichtert, als der Sohn sich damit einverstanden erklärte, wenigstens ambulant zu einem Gespräch zu mir zu kommen. Während des einstündigen Gesprächs war es erstaunlicherweise möglich, den am Anfang der Konsultation recht verschlossenen, misstrauischen, paranoid gestimmten Patienten doch für ein zunehmend vertrauliches Gespräch zu gewinnen. Am Ende der Stunde hatten wir, der Patient und ich, uns sozusagen so gut miteinander verstanden, dass der Patient sich ohne weiteres mit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung einverstanden erklärte. Zum nächsten Termin ist er jedoch nicht erschienen, stattdessen schickte er mir einen Brief voller Anklagen und Beschimpfungen, ich sei uneinfühlsam und überhaupt nicht an ihm interessiert, er wundere sich, wie so jemand wie ich den Beruf des Psychiaters und Psychotherapeuten ausüben dürfe und so weiter. Er denke nicht daran, zu der vereinbarten Therapie zu kommen. Nach etwa drei Wochen meldete sich der Patient am Telefon, bat kaum hörbar und in einem halben Satz um Entschuldigung und fragte, ob er nicht wieder kommen könnte. In der dann begonnenen und insgesamt relativ erfolgreichen Behandlung wurde deutlich, dass seine völlig unverständliche aggressive Re-

aktion nach der ersten – so gut und produktiv verlaufenen – Stunde offensichtlich damit zusammenhing, dass zwischen uns zu schnell und zu abrupt eine zu große Nähe und eine zu »gute« Beziehung entstanden war, die offensichtlich den Patienten erschreckte und zum abrupten Abbruch des eben begonnenen Kontakts veranlasste.

Ich habe ähnliche Erfahrungen mit Patienten in laufenden Behandlungen gemacht, dass also nach einer sehr gut verlaufenen Stunde ein sonst nicht zu erklärender Rückfall in die akute psychotische Symptomatik erfolgte, die jedoch meistens ziemlich rasch sich wieder zurückbildete.

Solche Beobachtungen sowie die erwähnten recht spezifisch erscheinenden »Auslöser« von Psychosen oder von Rückfällen in die psychotische Symptomatik (Verliebtheit oder umgekehrt Trennung etc.) lassen es sehr wahrscheinlich erscheinen, dass es sich bei den oben erwähnten Dilemmata um den Gegensatz zwischen der Aufrechterhaltung der Selbstidentität und Autonomie einerseits und der Sehnsucht nach Vereinigung und Bindung bis zur fusionellen Verschmelzung mit dem Objekt andererseits handelt. Diese Gegensätzlichkeit stammt zwar ursprünglich aus einer sozusagen normalen, universellen Bipolarität des Menschen, das heißt aus einer in der Evolution entwickelten doppelten und zunächst scheinbar widersprüchlichen Beschaffenheit der Grundbedürfnisse: einmal in Richtung der Entstehung und Aufrechterhaltung eines kohärenten und selbständigen Selbst, andererseits in Richtung einer Bindung und Vereinigung mit dem Objekt. Man hat also Grund anzunehmen, dass es um eine vorgesehene Bipolarität zwischen selbstbezogenen und objektbezogenen Tendenzen geht. Diese Bipolarität und die darin potenziell enthaltene Gegensätzlichkeit werden unter günstigen Bedingungen sozusagen dialektisch aufgehoben, dadurch entstehen eine lebendige Dynamik sowie neue Lösungen und neue Formen des Lebens – das ist offenbar auch der Grund, warum diese Bipolarität in der biologischen, wahrscheinlich auch später in der durch Tradition und Erfahrungen stattfindenden »sozialen« Evolution ausselektiert wurde.

Unter ungünstigen Bedingungen jedoch kommt es zu einer Verhärtung, einer Rigidität dieser beiden nunmehr nicht vereinbar erscheinenden Tendenzen, die schließlich als eine unlösbare Gegensätzlichkeit in Richtung eines solchen Dilemmas konfliktualisiert werden. Anstelle der normalen dialektischen Integration entsteht eine unerträgliche, bedrohliche und intrapsychische Gegensätz-

lichkeit – bedrohlich für die Selbstkohäsion. Die dadurch erzeugte Spannung dürfte der akuten diffusen psychotischen Angst zu Beginn einer akuten Psychose entsprechen. Diese unerträgliche Spannung kann nun entweder durch eine Extremisierung, das heißt ein Zurückziehen zum Selbstpol in Richtung der Selbstbezogenheit (etwa bei Autismus) oder umgekehrt in Richtung der absoluten pathologischen Objektbezogenheit und Verschmelzung mit ihm gemildert werden. Im ersten Fall wird das Objekt, die Objektbeziehung beziehungsweise die Befriedigung der Sehnsucht nach Bindung und Vereinigung geopfert; im zweiten Fall wird die Selbständigkeit, die Identität des Selbst erheblich gefährdet oder ebenfalls suspendiert. In beiden Fällen wird dadurch immerhin die Spannung reduziert.

Neben diesen zwei extremen »Lösungen« gibt es – die wahrscheinlich häufigeren – Fälle von psychotischen Symptombildungen, die Ausdruck von pathologischen Kompromissen sind. Darunter könnte man beispielsweise den Verfolgungswahn verstehen, bei dem die in ihm implizierte Feindseligkeit eine Distanzierung vom Objekt (bei weiterhin bestehender Verfolger-Verfolgten-Beziehung) garantiert. Aber auch in fast allen anderen Symptomen scheint dieser Kompromiss vorzuliegen, so zum Beispiel bei der Katatonie, der psychotischen halluzinatorischen Wunscherfüllung oder bei dem Gespräch mit den Stimmen (ständig kritisiert und verdammt werden, aber dadurch in Kontakt bleiben), bei dem Beziehungswahn, dem Liebeswahn und bei der ekstatischen Psychose beziehungsweise bei der Fusion mit dem Objekt.

Diese Aufzählung der möglichen psychotischen Pseudolösungen zwischen den zwei Extremisierungen erwies sich als ein unerwarteter und starker Hinweis für die Richtigkeit der Dilemma- und der Bipolaritätshypothese. Die genannten psychotischen Zustände beziehungsweise Syndrome entsprechen nämlich den in der deskriptiven Psychiatrie in mühsamer Arbeit von über 200 Jahren erarbeiteten Symptomenkomplexen. Sie (die extremen und die Kompromisslösungen) korrespondieren also mit den in der deskriptiven Psychiatrie empirisch beziehungsweise operational gesicherten Syndromen mit dem zusätzlichen Vorteil, dass sie nicht zufällig entstandene Cluster, Symptomkonglomerate sind, sondern organisch miteinander dadurch verbundenen Formen des Erlebens und Verhaltens, dass sie gleichsam Alternativlösungen desselben Problems darstellen!

Diese zwei Hypothesen (die vorgegebene Bipolarität und ihre un-

ter ungünstigen Bedingungen pathologische Entwicklung in Richtung Dilemma) werden zusätzlich dadurch untermauert, dass sie in gewisser Hinsicht an Konzepte und Modelle erinnern, die von anderen Psychoanalytikern, Psychiatern, Therapeuten, zum Teil auch Kulturtheoretikern, vorgeschlagen beziehungsweise formuliert wurden.

Was ist damit gemeint?

Zunächst muss daran erinnert werden, dass solche eingebauten Gegensätzlichkeiten (Bipolaritäten) in einer großen Anzahl sowohl im Bereich des Biologischen als auch des Psychologischen und des Sozialen zu finden sind (zunächst unabhängig von dieser speziellen Selbstbezogenheit versus Objektbezogenheit).

- So können wir im Körper, also im Rahmen des Biologischen, die gleichsam eingeplante Polarität zwischen Sympathicus und Parasympathicus, zwischen Agonisten und Antagonisten etwa beim Muskelsystem feststellen.
- In der Psychologie sprechen wir von Introversion im Gegensatz zur Extraversion (eine Polarität, die übrigens in den 1960er und 1970er Jahren im Rahmen der akademischen und der klinischen Psychologie als eine zentrale Kategorie in der Persönlichkeitstypologie, aber auch als Kriterium für psychische Störungen angesehen wurde).
- Mehr in der Nähe der von uns in den Vordergrund gestellten Bipolarität zwischen Selbstbezogenheit und Objektbezogenheit liegt das Konzept von Racamier über Narzissmus und Antinarzissmus. Auch manche Aspekte der Spiegelungstheorie bei Lacan haben gewisse Berührungspunkte zu unserem Modell.
- Die projektive Distanzierung vom Objekt innerhalb der paranoid-schizoiden Position im Melanie-Klein-Konzept, und zwar im Gegensatz zu der Annäherung zum Objekt mit der Entstehung auch von Schuldgefühlen innerhalb der depressiven Position, bietet ebenfalls gewisse Ähnlichkeiten und Parallelitäten zu unserem Modell.
- Erstaunlicherweise ist erst in der letzten Zeit aufgefallen, dass die zwei häufigsten Phobiearten, nämlich die Agoraphobie und die Klaustrophobie, in einer an unser Modell erinnernden Polarität stehen. Zwar handelt es sich hier um neurotische Störungen und

um einen neurotischen Konflikt (vgl. die obige Erläuterung zur Einführung der Bezeichnung »Dilemma«), dieser Konflikt bietet jedoch große Ähnlichkeiten zu dem psychotischen Dilemma: Die Agoraphobie (zumal in der modernen Fassung von ICD-10) wird heute nicht wie früher nur als eine Angst vor großen, leeren Plätzen verstanden, sondern überhaupt als die Angst vor Entfernung vom Objekt und vor drohendem Verlust einer sonst möglichen und potenziellen Bindung und Zuflucht, während die Klaustrophobie eine Angst vor zu großer Nähe wegen einer damit verbundenen Selbstverlustgefahr durch die Annäherung an das Objekt ausdrückt. Agoraphobie und Klaustrophobie wären also zwei zwar neurotische, aber ebenfalls entgegengesetzte extreme »Lösungen« eines ähnlichen Problems wie bei dem psychotischen, schizophrenen Dilemma, wenn auch auf einem höheren Niveau der Symbolisierung beziehungsweise der Persönlichkeitsorganisation.

Theoretische und praktisch-therapeutische Bedeutung des Bipolaritäts- und Dilemmakonzepts

Warum ist nun das Bipolaritäts- und Dilemmakonzept wichtig? Geht es nur um eine bessere und differenziertere Erfassung der schizophrenen psychotischen Dynamik oder hat dieses Konzept auch therapeutische Konsequenzen? Ich möchte Letzteres eindeutig bejahen.

Betrachtet man nämlich die Reihe der geschilderten Syndrome im Sinne der Defektttheorie, betrachtet man also den autistischen Rückzug oder die katatone Rigidität oder den Verfolgungswahn, die Halluzinationen, den Beziehungswahn, die Beeinflussungserlebnisse, den Liebeswahn oder die Fusion innerhalb einer ekstatischen Psychose gemäß dem Defektmodell nur als einen Ausfall einer wichtigen Funktion des Ich, so müsste die Therapie sich darauf konzentrieren, diese defizitäre kognitive oder emotionale Funktion zu kompensieren und neben der Verabreichung von Medikamenten dem Patienten durch das psychotherapeutische Handeln zu ermöglichen, diese Defizite und diese Dysfunktionalität nach Möglichkeit auszugleichen.

Geht man hingegen davon aus, dass die geschilderten schizophrenen Symptome zwar deskriptiv betrachtet tatsächlich Ich-

Funktionsstörungen sind, dass sie aber dabei keine passiv erlittenen Schädigungen darstellen, sondern dass sie zu einem großen Teil aktiv, wenn auch unbewusst, automatisch mobilisierte Abwehr- und Kompensationsmechanismen sind, und zwar um die unerträgliche intrapsychische Spannung aufgrund des unlösbaren Konflikts zu erleichtern, geht man also von einer solchen Auffassung aus, so wird der Psychotherapeut anders denken und handeln. Er wird sich an erster Stelle für diese intrapsychische Gegensätzlichkeit interessieren, um sie besser zu verstehen, allerdings nicht um dann dieses Verständnis direkt verbal dem Patienten zu deuten (was im Hinblick auf die defensiv-regressiv blockierte Symbolisierungsfähigkeit und auch insbesondere, weil der Patient diese seine Abwehr bitter nötig hat, ohnehin kaum möglich ist). Vielmehr wird er erst jetzt eine adäquate therapeutische Haltung einnehmen können, die sich nach diesem Verständnis richtet. Der Patient ist kein gehandicapter Krüppel für den Therapeuten, sondern ein in unlösbaren Antinomien verfangener und deswegen leidender Mensch!

Der Therapeut wird versuchen, vorwiegend durch eine entsprechende therapeutische Haltung und zusätzlich durch gewisse technische Modifikationen der Therapie, auf die ich hier nicht in Einzelheiten eingehen kann, die dilemmatische Konstellation zu entlasten. Dies geschieht vorwiegend dadurch, dass der Patient innerhalb der Therapie zum ersten Mal die Gelegenheit bekommt, korrigierende Erfahrungen zu machen, die seine negative Grunderfahrung und die daraus entstandene Einstellung transformieren können. Bis dahin hat der psychotische Patient nämlich auch im günstigen Fall aufgrund seiner massiven Abwehr alle, auch die gut gemeinten Hilfsangebote von außen, zunichte gemacht oder aus Sicherheitsgründen abgelehnt. Erst der Therapeut mit seiner Professionalität ist in der Lage, seine in dieser Konstellation entstehende negative Gegenübertragung adäquat zu bearbeiten und trotz allem bei dem Patienten zu bleiben, ohne ihn zu bedrängen. Er wird einfühlsam und freundlich zugewandt sein, ohne intrusiv zu werden, ohne zu versuchen, die Distanz zu vermindern und ohne das tiefste Bedürfnis des Patienten nach Selbständigkeit in irgendeiner Weise zu verletzen. Das ist der wunde Punkt der Schizophrenie, die Angst um den Verlust der Autonomie, der Selbstbestimmung, schließlich um den Selbstverlust.

Das hier kurz geschilderte psychodynamische Modell der Bipolarität und des daraus unter ungünstigen Bedingungen entstehenden psychotischen Dilemmas muss zumindest durch eine weitere

Dimension, durch eine zusätzliche Achse mit zwei Polen, erweitert werden, nämlich durch die Bipolarität und den Unterschied zwischen einerseits Emotionalität, Expansion, Phantasie, Traum, primärem Denkvorgang (Freud), Rechtshirngigkeit und andererseits Kognition, sekundärem Denkvorgang, Restriktion, Linkshirngigkeit. Die Berücksichtigung dieser zusätzlichen Bipolarität und Dimension ermöglicht eine weitere Differenzierung von Syndromen, die sowohl psychiatrisch-deskriptiv bekannt sind als auch gleichzeitig ihre Entsprechung in der Psychodynamik haben. Denn auch diese in gewisser Hinsicht entgegengesetzten Funktionen können zu Abwehrzwecken pathologisiert werden: Die so genannte produktive psychotische Symptomatik zum Beispiel würde der Tendenz entsprechen, den oben als Erstes genannten Pol (Expansion) in übertriebener Weise nunmehr als Abwehr und Kompensation aufzureizen (expansive produktive, paranoid halluzinatorische Bilder). Oder auf der anderen Seite stünde der pathologische Gebrauch des zweiten Pols, also die Tendenz zur Restriktion, Einschränkung, Entemotionalisierung, überhaupt die defensive Entleerung beziehungsweise der Rückzug in die Minussymptomatik.

Ein zusätzlicher Vorteil des geschilderten Bipolaritäts- und Dilemmakonzepts (auch mit der zuletzt gemachten Ergänzung) ist, dass es zulässt, auch moderne Hirnforschungsergebnisse ohne Widerspruch einzuordnen, wie ich dies im Konzept der Psychosen als den Psychosomatosen des Gehirns (vgl. Mentzos 2000) versucht habe.

Ergänzend sei hinzugefügt, dass das für die schizophrenen Psychosen geschilderte psychodynamische Modell eine analoge Anwendung auch bei den affektiven (früher manisch-depressiven) Psychosen finden kann. Auch dort zeigt sich, sowohl bei längeren Behandlungen wie auch im manifesten und nur deskriptiv erfassenden psychiatrischen Bild, welche Bedeutung die Bipolarität und das Dilemma haben. Bei der affektiven Psychose ist übrigens der Gegensatz und das spiegelbildliche Verhältnis zwischen Manie und Depression schon früher gesehen worden. Der Unterschied zu der schizophrenen Psychose besteht darin, dass hier das Dilemma nicht zwischen Selbstidentität und Sehnsucht nach Bindung und Vereinigung besteht, sondern zwischen einer absolut vom Objekt abhängigen Selbstwertigkeit (in der Depression) versus einer vom Objekt total unabhängigen Selbstwertigkeit (in der Manie). Die diese These unterstützenden klinischen Beobachtungen und therapeutischen

Erfahrungen findet man in früheren Arbeiten (u. a. Mentzos, 1995). Es zeigt sich, dass der überall als Grund der Depression erwähnte Objektverlust nur dort tatsächlich zur Depression und nicht zur normalen Trauerreaktion führt, wo die Objektbeziehung für die Aufrechterhaltung der narzisstischen Homöostase und der Selbstwertregulation besonders relevant und tragend war.

Literatur

- Mentzos, S. (1991). Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mentzos, S. (1995). Depression und Manie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mentzos, S. (2000). Die »endogenen« Psychosen als die Psychosomatosen des Gehirns. In Th. Müller, N. Matejek (Hrsg.), Ätiopathogenese psychotischer Erkrankungen (S. 13-33). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mentzos, S. (2002). Psychoanalyse der Psychosen. Psychotherapeut 3, 223-229.

Christian Scharfetter

Welche Therapien braucht der Patient?

Symptome-Indikatoren von Bedürfnis und Zugänglichkeit

Milarepas Auftrag: Unterscheiden lernen

Der große tibetische Heilige Milarepa (um 1000 nach Chr.) wiederholt in seiner Lehrrede das Unterscheidenlernen refrainartig, nachdem er gewisse Scheinähnlichkeiten genannt hat. Ich bringe ein Beispiel:

Die Losgelöstheit tiefer Versenkung und gemütliche Ruhe,
sie beide scheinen gleich –
doch hüte dich und lerne unterscheiden.

Unterscheiden lernen, ein nie abgeschlossener Prozess kognitiver Differenzierung, heißt Erkennen lernen: mens, den Verstand, gebrauchen (*Mensch* ist etymologisch mit *mens* verbunden).

Was heißt das für die Psychiatrie? Wir unterscheiden diagnostische Entitäten (als person- und zeitgeistabhängige Symptomverbände) und nosologische Entitäten (Einheit vor Phänotyp, Ätiologie, Pathogenese, Verlauf und Ausgang, Therapieresponse). Wir unterscheiden Symptome als verbalisierte Erlebnisse von Selbst und (zugehöriger) Welt und Symptome, Syndrome als Reaktionen (Verhalten) auf diese Erlebnisse, Verluste, Beeinträchtigungen – und auf die lebenspraktischen, auch sozialen Auswirkungen dieses Verhaltens. Wir lernen die Botschaft, die Bedeutung, den Sinn von Symptomen im biographischen Kontext im Hinblick auf Ätiologie, Pathogenese, Therapie zu lesen (Funktionelle Psychopathologie).

Unterscheiden lernen heißt weiter: die Zeitgeist-Mythen zu erkennen (besonders die Verstandesmythen im Sinne von Kierkegaard), zum Beispiel:

– Implizite präzedente Festsetzungen (Primat des Physischen, spe-

- ziell des Gehirnes, für Psychologisch-Psychopathologisches, Epi-phenomenalisten, Emergentisten, Parallelisten u. v. a.)
- Illusionen als solche zu erkennen (z. B. es gebe die Schizophrenie als Morbus; Krankheiten, auch psychiatrische, seien kulturuniversell in ihrer Erscheinung und Verlauf).
 - Autoritäre Überzeugungen zu erkennen, die das diagnostische und therapeutische Handeln bestimmen.

Lernen wir, solche Hervorbringungen der »Dementia, gar der Paranoia academica« zu erkennen. »Doch hüte dich und lerne unterscheiden«.

Jacques Derrida (1998) hat beispielhafte Vorarbeit geleistet in seiner Dekonstruktion von Gedankengebäuden, Konstrukten, Spekulationen, Monomanien und Mythen. Seine Charakterisierung des »Phallogozentrismus« von Freuds Psychoanalyse ist beflügelnd für kritische Hinterfragungen der Wissenschaft, ihrer Voraussetzungen, Paradigmen, Modelle, Methoden. So kann kritische Wissenschaftsgeschichte gedeihen, heilsam gegen rezidivierende Verirrungen im veränderten Sprachgewand.

Wie leicht wähnen wir, akademisch sozialisiert in unseren kognitiven Mustern, es gäbe tatsächlich die nosologische Entität Schizophrenie; sie sei cerebrogen (Hirnmythologie), psychogen (Psychoanalyse), soziogen (Antipsychiatrie), es gebe sie gar nicht (radikale Antipsychiatrie). Schizophrenie sei »primär« eine kognitive Störung, sie sei »primär« eine Affekt-Störung. Schizophrenie sei heilbar, unheilbar etc.

Die Aufgabe, zu der uns Milarepa mahnt, ist unterscheiden lernen: zwischen diagnostischer und nosologischer Entität, zwischen Symptomen, Syndromen, ihrer Ätiologie und Pathogenese, zwischen theoretischer (z. B. psychoanalytischer) und lebenspraktisch-erfahrungsnaher Bedeutung der psychopathologischen Symptome im Hinblick auf die Therapien. Unterscheiden wir deskriptiv-katalogisierende Psychopathologie und funktionale Psychopathologie.

Lernen wir aus der Geschichte

Im Hinblick auf »die Schizophrenie« bedenken wir die Geschichtsklischees, resultierend aus historischer Myopie, Kraepelin habe die Dementia praecox »entdeckt« (wie der Biologe eine Pflanze, ein