

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.)

Vom Monolog zum Dialog

Neue psychoanalytische Konzepte
bei schwer erreichbaren psychotischen
Patienten

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN
PSYCHOSENTERAPIE | BAND 27

Vandenhoeck & Ruprecht



FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN
PSYCHOSEN THERAPIE

Schriftenreihe des Frankfurter
Psychose-Projekts e. V. (FPP)

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

Band 27: Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.)
Vom Monolog zum Dialog
Neue psychoanalytische Konzepte bei schwer
erreichbaren psychotischen Patienten

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.): Vom Monolog zum Dialog

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.)

Vom Monolog zum Dialog

Neue psychoanalytische Konzepte bei schwer
erreichbaren psychotischen Patienten

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information 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 978-3-525-45128-1

© 2012, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen/
Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.
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.

Printed in Germany.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen
Druck und Bindung: ⊕ Hubert & Co., Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhalt

Editorial	7
Günter Lempa Was heißt eigentlich Psychoanalyse der Psychosen? Überlegungen zur Modifikation der Behandlungstechnik	11
Hildegard Wollenweber Der Handlungsdialog als Herausforderung und Chance in der Psychotherapie – dargestellt anhand von Vignetten eines Falles	49
Martha Stähelin Orte des psychotischen Sprechens – Mit wem arbeite ich? Therapeutische Haltungen in der stationären Arbeit mit schizophrenen Menschen	71
Die Autoren	89

Editorial

Der Band 27 des »Forums der psychoanalytischen Psychotherapie« beschäftigt sich mit neuen Konzepten zur Behandlung von Psychosen. Die Autoren, die seit Jahrzehnten auch mit schwer Kranken psychoanalytisch arbeiten, beschreiben in ihren Beiträgen Zugänge zu bisher als unzugänglich geltenden Phänomenen und Patienten und erweitern damit die Reichweite des psychoanalytischen Verständnisses und der psychoanalytischen Behandlung.

Schwer kranke psychotische Patienten galten lange Zeit als nicht behandelbar, weil Ärzte und Therapeuten keinen Zugang zu ihnen fanden und immer noch schwer finden. Sind sie in ihren Monologen, ihren Privatsprachen oder ihrem Schweigen eingeschlossen, so dass auch die Behandler sich damit begnügen müssen, *über* sie zu sprechen statt *mit* ihnen zu reden – oder ist es möglich, Formen des Dialogs zu entwickeln? Alle drei Autoren benennen, verbinden und modifizieren theoretische Konzepte, die ihnen helfen, ihre Erfahrungen in der therapeutischen Arbeit zu reflektieren.

Günter Lempa referiert in seinem Beitrag Donald W. Winnicotts Arbeit »Angst vor dem Zusammenbruch« und stellt die Frage nach der Bedeutung der Angst bei psychotischen Patienten. Er betont, dass das schreckliche Ereignis, vor dem sie sich fürchten, nicht in der Zukunft liegt, sondern in der Vergangenheit. Aber es konnte nur erlitten, nicht erlebt werden und muss sich in der Beziehung zum Therapeuten – in erträglicher Form – erst noch einmal ereignen. Von da an befindet es sich wieder in der Zeit, in der etwas erlebt und dann auch vergessen werden

kann. Lempa fordert eine Modifizierung der psychoanalytischen Therapie und gibt einen Überblick über die Behandlungstechnischen Methoden, die für die spezifische psychotische Problematik entwickelt wurden. Mit Hilfe seines »Werkzeugkastens« für den Psychotherapeuten kann es möglich werden,

- die Angst in der Gegenübertragung zu erkennen und diese zu überwinden,
- auf die Störungsebene der Interpersonalität zu fokussieren,
- pathologische Muster der Identität und/oder der Selbstwertregulation zu erkennen und zu korrigieren bzw. zu vermeiden,
- die traumatischen Ängste vor Interpersonalität durch eine positive Neuerfahrung in der therapeutischen Beziehung abzubauen,
- die subjektive Zeit und die Symbolisierung wieder zu etablieren,
- die Verbindung zwischen »Wort und Ding« möglich zu machen und oder zu intensivieren.

Hildegard Wollenweber befasst sich mit dem Bedeutungswandel, den früher negativ konnotierte Begriffe wie »Agieren«, »Mitagieren« oder »acting out« erfahren haben, so dass diese Phänomene inzwischen den Charakter reiner Störfaktoren verloren haben. Sie beschreibt, ausgehend von dem Konzept des Handlungsdialogs bei Rolf Klüwer, den Handlungsdialog, der sich zwischen ihr und einer psychotischen Patientin entwickelte, und betont, dass es einen nonverbalen Dialog gibt, der über lange Zeit – manchmal während der gesamten Therapie – ausschließlich über Handlungen ablaufen kann, ohne dass die Bedeutung des Geschehens in Worte gefasst wird. Wollenweber sieht in der analytischen Psychosentherapie die verbale Ebene oft für lange Zeit als nur einseitig vom Therapeuten erreichbar an, während der Patient nicht oder noch nicht dazu in der Lage ist. In dieser Situation besteht die Aufgabe des Therapeuten darin, die verbale Ebene wiederzufinden und die im Handlungsdialog gewonnene Einsicht nicht zu deuten, sondern in eine antwortende Handlung zu transformieren.

Wollenweber veranschaulicht und konkretisiert ihre theore-

tischen Überlegungen anhand eines Fallbeispiels einer schwer kranken Patientin. Dabei beschreibt sie verschiedene Ebenen und Formen des Handlungsdialogs, an dem immer sowohl Analytiker als auch Patientin beteiligt sind, da gerade schwer gestörte Patienten den Analytiker unausweichlich dazu nötigen, Stellung zu beziehen. Sie zeigt dann, wie sich im Verlauf der Therapie schrittweise ein vorerst vorsprachliches Geschehen zwischen Analytiker und Patient in einen verbalen Dialog transformieren lässt, wodurch sich positive Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf ergeben.

Martha Stähelin befasst sich mit psychotischen Patienten, die so krank sind, dass eine ambulante Therapie nicht möglich oder nicht ausreichend war. Sie verwendet Konzepte, die sie aus der Theorie von Lacan, Bion und Racamier entwickelt. Ihre Frage lautet: Von welchem Ort aus spricht der psychotische Mensch? Inwieweit gelingt es ihm, sich als Subjekt, als Person in der Sprache zu konstituieren? Ausgehend von Strukturmerkmalen der Psychose wie Fragmentierung, undichte Ich-Grenzen, Verwerfung nimmt sie die Manifestationen im Reden oder Schweigen des Patienten als Ausdruck seiner psychotischen Persönlichkeit, der mit Respekt zu begegnen Ausgangspunkt der Therapie sein muss. Sie füllt den Begriff der Fragmentierung, der in der Psychiatrie geläufig ist, mit Konzepten von Bion und Racamier, so dass Fragmentierung als Negativ der menschlichen Fähigkeit gesehen werden kann, Verbindungen im Psychischen herzustellen, zu erinnern oder aus Erfahrung zu lernen. Symptomen sollte nicht mit einer Haltung des »Wegtherapierens« begegnet werden. Stähelin sieht sie nicht als Kompromisse, die Hinweise auf Unbewusstes geben, sondern als Manifestationen der inneren Welt des psychotischen Kranken. Als Aufgabe des Therapeuten sieht sie es an, dass er die psychotische Struktur des Patienten bestehen lässt, achtet und in dieser Haltung mit dem Patienten Wege findet, die ihm mehr Verbindungen und Bindungen möglich machen.

An drei Beispielen von Patienten mit unterschiedlichem Strukturniveau beschreibt sie drei Versionen ihrer Haltung als Therapeutin gegenüber dem psychotischen Kranken und die

Aufgabe der Klinik, eine schützende Institution zu sein, die dem Kranken sein »Eigenes«, sein »Eigenstes« nicht zerstört, sondern lässt und stärkt, auch wenn es nur in Bruchstücken sichtbar wird. Mitten im Alltag der psychiatrischen Klinik zeigt und reflektiert Stähelin die Möglichkeiten einer humanen und psychoanalytischen Einstellung gegenüber sehr schwer gestörten psychotischen Menschen. Dabei gelingt es ihr, konstruktive Hinweise für eine psychoanalytische Behandlung von bisher als nicht erreichbar geltenden Patienten zu geben.

Der Leser erfährt in allen Beiträgen, dass die Indikation zu einer psychoanalytischen Behandlung nicht nur auf einer Beurteilung und Diagnose des Patienten beruht, sondern von der Bereitschaft und Fähigkeit des Therapeuten abhängt, eine Begegnung zu suchen.

Günter Lempa
Elisabeth Troje

Günter Lempa

Was heißt eigentlich Psychoanalyse der Psychosen?

Überlegungen zur Modifikation der Behandlungstechnik

Im Folgenden sollen einige prinzipielle Überlegungen zur Psychoanalyse der Psychosen erörtert werden. Ausgangspunkt ist die Fragestellung nach dem wesentlichen Wirkfaktor bei der psychoanalytischen Therapie der Psychosen. Welche Interventionen, welche therapeutischen Maßnahmen sind es, die eine Besserung des Krankheitsbildes bewirken?

Um diese Frage zu beantworten, kann man vor allem auf zwei therapeutische Methoden verweisen. Eine geht davon aus, dass es darauf ankommt, »das Unbewusste bewusst zu machen«, um damit das zu erreichen, was Freud mit dem bekannten Satz »Wo Es war, soll Ich werden« ausdrückte. Das würde heißen, dass es in erster Linie darum geht, latente Inhalte aufzudecken. Sieht man das so, besteht das Wesen der analytischen Behandlung der Psychosen darin, dass die Patienten diese latenten Inhalte in sich entdecken. Dabei handelt es sich um Triebe und Affekte wie Hass, Gier und Liebe, narzisstische Tendenzen, Neid, Destruktion und einiges mehr. Der Therapeut würde dann dabei behilflich sein, dass der Patient diese Tendenzen in sich wahrnehmen, dass er sie in den Kontext seiner Biographie stellen und sie denken kann, wodurch dann eine positive Entwicklung ermöglicht würde.

Die zweite Sichtweise der psychoanalytischen Behandlung der Psychosen sieht es als wesentlich an, dass sich etwas in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient ganz real als Erfahrung in Echtzeit (vgl. Stern, 2005, S. 224) ereignet. Das kann, muss aber nicht unbedingt (explizit) in Worte gefasst werden. Es reicht auch, wenn es (implizit) einfach passiert. Insofern spielen

hier Einsichtsprozesse im Sinne einer Selbstreflexion oder einer Einsicht in innere Vorgänge eine eher untergeordnete Rolle, wodurch sich ein Gegensatz zweier Methoden ergibt, der im Weiteren genauer ausgeführt werden soll.

Dabei gehe ich zuerst auf einige psychoanalytische Konzepte der frühen Kindheit und die daraus abgeleiteten Behandlungsmodelle ein. Darauf folgend interpretiere ich die Arbeit von Winnicott, »Die Angst vor dem Zusammenbruch«, und beziehe die Störungsebene bei Psychosen auf den Bereich, den Freud als »Jenseits des Lustprinzips« bezeichnete. Daran schließen sich Überlegungen über das Verhältnis von Symbolisierung und der Entstehung der subjektiven Zeit an.

Als Fazit ergibt sich, dass die Behandlung von Psychosen darin bestehen muss, eine traumatische Erfahrung, die die Fähigkeit zum intersubjektiven Austausch und das subjektive Zeiterleben tiefgreifend gestört hat, durch eine Neuerfahrung in der Therapie zu entschärfen. Dies begründet die Notwendigkeit einer spezifischen Modifikation der Behandlungstechnik bei Psychosen. Ich versuche diese zuerst allgemein zu beschreiben, wobei ich Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur Therapie, wie sie bei Traumafolgestörungen angewendet wird, diskutiere.

Im letzten Teil des Beitrags beschäftige ich mich mit den Instrumenten, die Psychoanalytiker bereits entwickelt haben, um psychotische Störungen durch eine modifizierte Technik im Sinne einer neuen Erfahrung in der therapeutischen Beziehung zu behandeln. Ich sammle einige davon und beziehe sie auf ihre Therapieziele, woraus sich etwas ergibt, was man als den Werkzeugkasten des analytischen Psychosetherapeuten bezeichnen könnte. Meine Überlegungen betreffen, soweit ich es sehe, einen Großteil der Patienten, die die Symptome einer schizophrenen Psychose aufweisen.

1. Teil

Psychoanalytische Konzepte der frühen Kindheit und der Psychose

Alle psychoanalytischen Theorien sind sich darin einig, dass es für das Verständnis der Psychosen wesentlich ist, sich auf die Frühzeiten der Entwicklung zu beziehen. In der Regel geht man davon aus, dass ein anfängliches Chaos, ein bedrohlicher oder chaotischer Urzustand ohne klare Grenzen und Definitionen, sich zu einer geordneten Welt mit ihren Unterschieden und Grenzen entwickelt. Dieses frühe Chaos, ob es nun eine Welt des Schreckens oder eine Welt der verbotenen Lust ist, wird als etwas angesehen, das unbedingt überwunden werden muss, damit eine gesunde Entwicklung erfolgen kann. Die verschiedenen Theorien beschreiben Etappen, in denen dieses anfängliche Chaos sich ordnet und sich schließlich dem annähert, was dann als gesund bezeichnet wird. Im Folgenden sollen nun einige wichtige Theorien kurz dargestellt werden.

Freud (1911) behauptet einen ursprünglichen Zustand ohne Differenzierung, der Autismus oder auch primärer Narzissmus genannt wird. In dieser Phase gibt es keinen Bezug zur Außenwelt und keine Unterscheidungen. Spätere Phasen, wie die orale, anale und schließlich ödipale Phase, schaffen den Zugang zur Realität. Freud sah bei der Schizophrenie eine Regression zum Autismus, also eine Regression zu einem Zustand, in dem keine Objektbesetzungen stattfinden. Entsprechend war er vorsichtig und folgerte, dass sich keine Übertragung ausbilden könne und Psychoanalyse deshalb wirkungslos sei. Freud war, seiner Theorie entsprechend, also eher pessimistisch.

Klein (1962) und Bion (1967) und andere, die in dieser Tradition stehen, wie etwa Rosenfeld (1965), sind da anderer Meinung. Sie sehen schon ganz am Anfang in dem ganzen Chaos und Tohuwabohu ein sehr kompetentes Ich, das Abwehrmechanismen beherrscht, mit Hilfe derer es sich vor Bedrohungen schützen kann (Projektion, Introjektion, projektive Identifikation). Sie setzen also ein Ich voraus, das einerseits einer Umwelt

gegenübersteht, gegen deren Einflüsse es sich auflehnt, und das sich andererseits gegen seine eigenen inneren bedrohlichen Triebe wehrt. Allerdings sind die Ich-Grenzen nicht stabil, die Abwehrmechanismen lösen sie auf. Dennoch: Es gibt da ein Zentrum, eine Einheit, ein Ich, an das sich ein Analytiker wenden kann.

Das kleinianische Baby ist in den Frühzeiten der Theorie enorm aggressiv, der Todestrieb muss nach außen projiziert werden, später ist es immer noch voller Hass und Neid und Omnipotenz. Der Hass zieht Ängste vor Vergeltung des angegriffenen Objekts nach sich, das sich dabei etwa von der guten Brust in die böse, verfolgende Brust verwandelt. Die Projektion wurde anfänglich als aggressiv erlebt, der Analytiker erlebte sich als Zielscheibe eines Angriffs. Allerdings änderte sich dann bei den Kleinianern die Sicht der Dinge. Das Baby wurde vor allem durch Bion doch mehr umweltabhängig. Es wird, da sein psychischer Apparat noch wenig entwickelt ist, von unerträglichen Gefühlen bedroht, von namenloser Angst. Die Mutter – der Analytiker – hat die Aufgabe, diese Gefühle auszuhalten und sie sozusagen für das Baby zu verdauen. Allerdings geht es bei diesem Konzept des Containing nicht nur um Verdauen, was ja nicht direkt ein sprachlicher Vorgang ist. Der Analytiker gibt die Erfahrung zurück in sprachlicher Form. Er deutet, er fasst in Sprache und gibt dem Patienten dadurch die nötige Hilfe, diese Gefühle auszuhalten, nicht von ihnen zerstört zu werden, sondern daran zu wachsen und sich zu entwickeln.

Lacan (1955) sieht eine erste Phase, in der der zerstückelte Körper des Babys (*le corps morcelé*) im Spiegelstadium zu einer Einheit wird, wodurch ein Ich entsteht. In der zweiten Phase wird die imaginäre und (immer noch chaotische und quasi psychotische) Beziehung zwischen Mutter und Kind durch das väterliche Gesetz therapiert und reguliert, wodurch ein reifer Realitätsbezug erreicht wird. Kann der Vater nicht diese triangulierende Funktion einnehmen, wird der Name des Vaters verworfen, ergibt sich daraus die Disposition zur Psychose. Lacans Theorie ergibt wenig Hoffnung für eine psychoanalytische Therapie der Schizophrenie. Die Verwerfung des Namens des

Vaters wird mit wenigen Ausnahmen als eine Art Defekt, als ein irreversibler Schaden angesehen, den man später in der Therapie nicht mehr heilen kann. Die Behandlung der Psychose muss sich deswegen darauf beschränken dem Patienten zu helfen, seine Abwehr zu stärken, zu lernen, Situationen zu vermeiden oder anders mit ihnen umzugehen. Im Kern ist der unzureichende Zugang zur symbolischen Ordnung aber nicht zu verändern. Der Patient bleibt auf einer Ebene, die man trotz ihrer Schrecken als Genießen bezeichnen kann. Er bleibt selbstbezogen, da er sich mangels symbolischer Kastration (das heißt mangels der Installation eines Mangels) nicht auf den Weg machen muss, um das verlorene Objekt wiederzufinden. Das ist ähnlich wie der Autismus oder primäre Narzissmus bei Freud und es entspricht, wenn man es bildhaft ausdrückt, einer gescheiterten Vertreibung aus dem Paradies.

Winnicott (1956, 1960, 1963a) behauptet ein völlig hilfloses, abhängiges und unintegriertes Baby, das durch ein adäquates Holding der Mutter ein Gefühl der Realität erreicht und das in einem zweiten Schritt durch ein weiteres spezifisches adäquates Verhalten der Mutter, die seine Angriffe überlebt, fähig wird, Schuld und Verantwortung zu empfinden. Winnicotts Konzepte werden weiter unten ausführlicher behandelt.

Mentzos (2009) sieht ein Baby, das die Aufgabe hat, die an sich normalen Bipolaritäten des Lebens zu integrieren. Schizophren kann jemand werden, bei dem aufgrund eines Zusammenwirkens von Anlage- und Umweltfaktoren sich die Bipolarität von selbstbezogenen und objektbezogenen Tendenzen in ein Identitätsdilemma verwandelt. Die Beziehung zum Objekt wird bedrohlich für die Existenz des Selbst. Bei der Depression und Manie gibt es ein Selbstwertdilemma, Selbstwertigkeit und Objektwertigkeit sind nicht vermittelbar. Mentzos hat wenig zur Therapie gesagt. Er schreibt, dass es darauf ankomme, in der Therapie ein Modell der Überwindung des psychotischen Dilemmas zu erreichen, was dann auf andere Beziehungen übertragen werden könne.

Mentzos sieht es als entscheidend an, die Funktionalität der Dysfunktionalität psychischer Symptome zu erkennen und dies