

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.)

Zwischen Biologie und Biographie

Einflüsse auf die therapeutische Praxis



V&R

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.): Zwischen Biologie und Biographie



FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN
PSYCHOENTHERAPIE

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

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

Band 30: Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.)
Zwischen Biologie und Biographie
Einflüsse auf die therapeutische Praxis

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.): Zwischen Biologie und Biographie

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.)

Zwischen Biologie und Biographie

Einflüsse auf die therapeutische Praxis

Mit 9 Abbildungen und 9 Tabellen

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 978-3-525-45237-0

Umschlagabbildung: © Norbert Matejek

© 2014, 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

■ THEORIE-FORUM

Stavros Mentzos
Zwei entgegengesetzte Strömungen in der heutigen
Diagnostik und Therapie der Psychosen 13

Yrjö O. Alanen
Menschen, die an schizophrener Psychose erkrankt sind
– die am wenigsten verstandenen Menschen
in unserer Welt 35

Christian Scharfetter
Vulnerabilität und Resilienz 58

Thomas Fuchs
Subjektivität und Intersubjektivität. Zur Grundlage
psychiatrischer Diagnostik 72

Volkmar Aderhold
Neuroleptika und ihre Verwendung in der
Psychotherapie: neue Forschungsergebnisse
über ihren Nutzen und Schaden 89

■ KLINISCHES FORUM

Maurizio Peciccia und Gaetano Benedetti Zwischen Wahn und Traum. Psychoanalytische Therapie der Psychosen mit dem progressiven therapeutischen Spiegelbild	160
Carola Hesse-Marx und Maurizio Peciccia Der Geisteskranke als Mitmensch. Nachruf zum Tod von Gaetano Benedetti	178
Rainer Paul »Die Welt kommt durch das Auge der Mutter in das Kind«. Psychoanalytische Gespräche mit einem chronisch schizophrenen Kranken	185
Hildegard Wollenweber Überlegungen zur Fallgeschichte von Rainer Paul	211
Hans Schultze-Jena Kommentar zur Fallgeschichte von Rainer Paul	222
Die Autoren	231

Editorial

Der Band 30 des *Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie* befasst sich aus unterschiedlichen Perspektiven mit den Einflüssen der theoretischen Grundannahmen auf die Praxis der Behandlung von Menschen mit Psychosen. Stavros Mentzos kritisiert in seinem Beitrag mit dem Titel »Zwei entgegengesetzte Strömungen in der heutigen Diagnostik und Therapie der Psychosen« eine rein deskriptive Vorgehensweise, wie sie in dem gerade überarbeiteten Klassifikationssystem psychischer Krankheiten DSM-5 zu Tage tritt. Mentzos zeigt, dass die Fragwürdigkeit kategorialer Diagnostik durch eine psychodynamische Sichtweise überwunden werden kann. Was die Therapie der Psychosen betrifft, weist er darauf hin, dass die (sicherlich zeitweise erwünschte und hilfreiche) Unterdrückung der psychotischen Reaktion mit den bekannten akuten Symptomen der Psychose keineswegs dazu in der Lage ist, die dahinter liegende Problematik, die Mentzos in einer Polarität, einem Dilemma zwischen antagonistischen Strebungen sieht, zu verändern. Die Therapie besteht darin, die Symptomatik nicht zu bekämpfen, sondern durch eine adäquate Beziehung in der Therapie das Dilemma abzumildern, was Mentzos anhand eines Fallbeispiels konkretisiert.

Yrjö Alanen, dessen Beitrag »Menschen, die an schizophrener Psychose erkrankt sind – die am wenigsten verstandenen Menschen in unserer Welt« auf seinem letzten öffentlichen Vortrag in Warschau bei der ISPS-Tagung 2013 beruht, wendet sich ent-

schieden dagegen, dass psychotische Menschen nicht als Individuen mit schwerwiegenden Problemen, sondern als Opfer einer Erkrankung, die es zu bezwingen gilt, aufgefasst werden. In der Ausbildung werde mehr Zeit auf die Diagnosestellung verwendet als darauf, wie ein Zugang zu den Patienten herstellbar ist. Alanen schlägt dann einen weiten Bogen aus seiner sechzigjährigen Erfahrung als Psychiater und Psychotherapeut. Er berichtet über die Dutzende von Malen verkündeten Erfolgsmeldungen, die organischen Ursachen der Schizophrenie seien jetzt endlich gefunden, und über deren alsbaldige Ablösung durch andere Erfolgsmeldungen, die sich dann als ebenso kurzlebig erwiesen. Er beschreibt die Entwicklung des »need-adapted-treatment« seit seinen Anfängen und geht dabei auf das Verhältnis von Einzel- und Familientherapie und die enorme Bedeutung, die Schlüsselstellung des Pflegepersonals ein. Alanen sieht in der Psychotherapie die Wichtigkeit der Übertragungsdeutungen und der Übersetzung der konkretistischen psychotischen Äußerungen in normale Sprache. Ein Fallbeispiel aus Alanens Praxis macht seine theoretischen Konzepte anschaulich. Eine Behandlung, die sich auf das wiederholte Verschreiben von Neuroleptika beschränkt, ist nach seiner Meinung ziemlich primitiv, vielleicht sogar eine Verletzung der Menschenrechte.

Christian Scharfetters Arbeit »Vulnerabilität und Resilienz« weist darauf hin, dass diese Konstrukte nicht kategorial, sondern dimensional gesehen werden müssen. Verletzlichkeit und Widerstandskraft entsprechen einer dynamischen Beziehung zwischen Verwundung und reparativen Kräften. Nach einem Rückblick auf die Geschichte der Konzepte warnt er auch bei der Suche nach den Ätiologiefaktoren vor einseitigen Festlegungen; es gebe viel mehr sowohl eine Dichotomie als auch Wechselwirkungen zwischen hereditär/zerebrogenen und psychosozialen Faktoren. Scharfetter stellt Kriterien für Vulnerabilität und Resilienz auf, die er auf die Bereiche Kognition, Affekt, Konstitution des Ich/Selbst und Soziabilität bezieht, und er empfiehlt eine vertiefte Anamnese, um die Relevanz der jeweiligen Stärken und Schwächen des Selbsterlebens abschätzen zu können. Dieses Vorgehen ergebe wichtige Hinweise für die Therapie, da

man aus dieser sorgfältigen Anamnese ersehen könne, welche Verhaltensweisen, Gewohnheiten, Kompetenzen und Konflikte eher gefördert und entwickelt oder eher modifiziert oder auch vermindert werden sollten. Ziel der Psychotherapie sei es, dem Patienten, ausgehend von einer besseren Selbsterkenntnis, zu einer besseren Steuerung seines Lebensweges zu verhelfen. Der Therapeut sollte bei dieser »integralen Psychiatrie« dabei weniger Symptombekämpfer als Lebensbegleiter sein.

Thomas Fuchs beschreibt in seinem Beitrag »Subjektivität und Intersubjektivität – zur Grundlage psychiatrischer Diagnostik« das herrschende Paradigma der Psychiatrie, wobei psychische Störungen als Gehirnkrankheiten aufgefasst werden, wodurch psychische Krankheiten sich dann nicht mehr prinzipiell von andern ZNS-Erkrankungen unterscheiden. Dahinter sieht Fuchs einen Wunsch, die schwer greifbaren seelischen Erlebnisse zu materialisieren und manipulierbar zu machen, anstatt den aufwändigen Weg über Verstehen, Erfühlen und Umlernen zu gehen. Fuchs plädiert für eine Ausweitung dieser einseitigen Perspektive, indem er drei wesentliche Ansätze, die für eine Psychopathologie und Diagnostik unerlässlich sind, in ihrer Relevanz für klinische, therapeutische und Forschungszwecke unterscheidet. Erstens den positivistischen oder operationalisierten Ansatz aus der Perspektive der dritten Person, der vorwiegend mit beobachtbaren Verhaltenssymptomen operiert; zweitens den phänomenologischen Ansatz, der sich auf das Selbst- und Welterleben des Patienten beziehungsweise die Perspektive der ersten Person konzentriert; und drittens den hermeneutischen Ansatz, der auf das gemeinsame Verstehen der persönlichen Situation und Geschichte des Patienten aus der Sicht der zweiten Person abzielt, längerfristig auch auf eine Veränderung der grundlegenden Beziehungsmuster durch die therapeutische Interaktion. Fuchs geht dabei besonders auf die phänomenologische Psychiatrie ein. Die durch sie mögliche gründliche Erfassung der subjektiven Erfahrung schafft eine Zwischenebene, die erforderlich ist, um die Ebene neuropsychologischer Einzelbefunde und die Ebene der nosologischen Syndrome miteinander zu verknüpfen. Gleichzeitig hilft dies den Patienten, ihre Erfahrungen in einer

Weise auszudrücken, die sie ihnen selbst und anderen verständlich macht. Die phänomenologische Psychiatrie unterstützt die Patienten in der Fähigkeit, ein Verhältnis zu ihren primären Erfahrungen einzunehmen, stärkt damit ihre Selbstwirksamkeit und hat in diesem Sinn bereits eine therapeutische Wirkung.

Das *Theorie-Forum* schließt mit einer umfangreichen, wegen der Brisanz der Thematik mit einer sehr großen Anzahl von Literaturangaben versehenen Arbeit. Volkmar Aderhold fasst in seinem Beitrag »Neuroleptika und ihre Verwendung in der Psychosentherapie« die Forschung zu Wirkungen und Nebenwirkungen zusammen. Aderhold geht auf den Stand des Wissens über die Dopamin-Hypothese der Schizophrenie ein und stellt fest, dass Neuroleptika – sofern sie überhaupt wirksam sind – lediglich eine Distanzierung und Entaktualisierung vom Wahnerleben, jedoch in der Regel keine Korrektur der Wahninhalte bewirken. Meist erst durch eine Auseinandersetzung im Rahmen einer psychotherapeutischen Beziehung kann es Betroffenen gelingen, eine echte Korrektur des Wahns zu vollziehen und die Wahnerfahrung in einen Sinnzusammenhang und in die Biographie zu integrieren. Neuroleptika können psychosoziale und psychotherapeutische Hilfen nicht ersetzen, sondern allenfalls unterstützen, falls sie überhaupt benötigt werden.

Im Weiteren fasst Aderhold eine Vielzahl von Befunden zusammen, die insgesamt deutliche Hinweise dafür ergeben, dass die Behandlung mit Neuroleptika von Grund auf überdacht werden sollte. So zeigen Studien, dass es in der Langzeitbehandlung bei einer großen Gruppe von Patienten unter neuroleptischer Behandlung zu einer kontinuierlichen Verschlechterung der Symptomatik kommt und dass die Unterschiede zwischen Neuroleptika der ersten und zweiten Generation offensichtlich übertrieben sind. Gravierend ist der folgende Befund: Vor allem durch Ergebnisse mehrerer Studien und Metaanalysen wurde das Risiko einer Verringerung der Grauen und Weißen Substanz der Hirnrinde bei Menschen mit »Schizophrenie« in Abhängigkeit von der insgesamt eingenommenen (kumulativen) Menge an Neuroleptika mit ungünstigen Folgen für die Symptomatik und die Neurokognition immer offensichtlicher und unabweis-

barer. Dabei bestand spätestens seit 1998 durch eine in der Zeitschrift »Lancet« publizierte Studie der Verdacht, dass Neuroleptika eine Volumenminderung des Frontalhirns verursachen. Dies betrifft sicher die Neuroleptika der ersten Generation und wahrscheinlich die der zweiten Generation.

Aderhold weist auch auf einige bisher wenig beachtete Nebenwirkungen hin, wie Rezeptorveränderungen durch Neuroleptika, die unter anderem zu einer Sensibilisierung führen, was zu Supersensitivitätspsychosen bei Reduktion der Neuroleptikadosis, aber auch unter konstanter Neuroleptikadosis führen kann. Nachdem Studien zu weiteren gravierenden Nebenwirkungen (Übergewicht, metabolisches Syndrom und Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen, plötzlicher Herztod) referiert wurden, beschreibt Aderhold die Hauptfehler üblicher psychiatrischer Behandlungssysteme. Diese bestehen vor allem darin, zu schnell zu hoch zu dosieren, Neuroleptika zu häufig zu kombinieren, keine Kontrolle metabolischer Parameter durchzuführen. Insgesamt müssten, um Neuroleptika so gering wie möglich dosieren zu können und damit medikamentöse Schädigungen so weit wie möglich zu vermeiden, die Behandlungskontexte angemessen und kompetent ausgestattet sein. Dies betrifft vor allem eine Verstärkung der psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsangebote.

Im *Klinischen Forum* beziehen Maurizio Peciccia und Gaetano Benedetti in ihrer Arbeit »Zwischen Wahn und Traum – psychoanalytische Therapie der Psychosen mit dem progressiven therapeutischen Spiegelbild« die von ihnen entwickelte Methode, die auch bei Patienten anwendbar ist, mit denen kein verbaler Austausch möglich ist, auf das »sqiggle game« von Winnicott. Sie definieren das von ihnen entwickelte Konzept des Übergangssubjekts als eine intersubjektive Gestalt, die im gemeinsamen Unbewussten des analytischen Paares entsteht. Dies können eine visuelle Vorstellung des Patienten sein, eine wahnhaftige Projektion, aber auch ein Traum oder eine Phantasie des Analytikers. Peciccia und Benedetti weisen auf Bezüge des Konzepts des Übergangssubjekts zum Konzept des Übergangssubjekts bei Winnicott und des Selbstobjekts bei Kohut hin, vor al-

lem zum Konzept des intersubjektiven analytischen Dritten bei Ogden. Der Fallbericht einer Patientin, die sich am Anfang der Therapie als ein von Würmern zerfressener Leichnam erlebt und der es mithilfe der Therapie gelingt, aus dieser Todeszone zu entkommen, ermöglicht es, die vorgeschlagenen Konzepte bei ihrer praktischen Anwendung nachzuvollziehen.

Es folgt ein Nachruf zum Tod von Gaetano Benedetti unter dem Titel »Der Geisteskranke als Mitmensch« von Carola Hesse-Marx und Maurizio Peciccia.

Den letzten Teil des Bandes nimmt ein Fallbericht von Rainer Paul ein. Sein Beitrag trägt den Titel: »Die Welt kommt durch das Auge der Mutter in das Kind – Psychoanalytische Gespräche mit einem chronisch schizophrenen Kranken«. Dabei handelt es sich um einen der seltenen Fälle, in denen die modifizierte psychoanalytische Methode bei einem Patienten angewendet wird, der üblicherweise als chronifiziert, unbehandelbar, kurz, als ein hoffnungsloser Fall angesehen würde.

Auf Rainer Pauls Fallbericht folgen zwei kritische Kommentare von Hildegard Wollenweber und Hans Schultze-Jena.

Günter Lempa und Elisabeth Troje

■ THEORIE-FORUM

Stavros Mentzos

Zwei entgegengesetzte Strömungen in der heutigen Diagnostik und Therapie der Psychosen¹

Eine enttäuschte Hoffnung

Es geht in diesem Beitrag um den heutigen Stand der Diagnostik und Therapie der Psychosen und um alle damit zusammenhängenden Fragen, die schon 1996 zum Zeitpunkt der Gründung des Frankfurter Psychose-Projekts e. V. (FPP, o. J.), aber bis zum heutigen Zeitpunkt auch weiterhin im Vordergrund stehen.

Wir alle vom Frankfurter Psychose-Projekt haben in diesen fast 20 Jahren versucht, die Erforschung und Verarbeitung dieser Thematik voranzutreiben und werden es auch in Zukunft tun.

Der Anlass zu der folgenden Darstellung der psychodynamisch und psychoanalytisch orientierten Psychosentherapie war das Erscheinen der lange erwarteten 5. Auflage des DSM, also des amerikanischen diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen. Ich persönlich, aber auch viele psychoanalytische und psychiatrische Kollegen hatten die Erwartung, dass anlässlich dieser Neuauflage wenigstens bestimmte grobe Mängel und falsche Grundtendenzen der früheren Auflagen des DSM aufgehoben oder in redigierter Form erscheinen würden. Es war die Hoffnung, dass aufgrund der in den vergangenen Jahren gemachten negativen Erfahrungen die nur nosologische, also Krankheitseinheiten konstruierende Vorgehensweise wenigstens teilweise gelockert, wenn nicht sogar verlassen würde.

1 Dieser Beitrag geht auf einen Vortrag zurück, der am 7.12.2013 bei der Arbeitstagung des Frankfurter Psychose-Projekts gehalten wurde.

Diese Hoffnung hat sich aber leider überhaupt nicht erfüllt. Im Gegenteil: Das DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) setzt weiter die alte Linie fort, indem es sogar die Existenz von neuen nosologischen Entitäten einführt und weiterhin die dahinterstehende Psychodynamik systematisch vernachlässigt bzw. überhaupt nicht in Erwägung zieht.

Abgesehen von dieser grundlegenden und die grundsätzliche Orientierung des DSM betreffenden Kritik, die uns weiter unten näher beschäftigen wird, hat es auch bei nicht psychodynamisch interessierten Psychiatern viele kritische Stimmen in Bezug auf formale Einzelheiten gegeben. Wichtig ist aber, dass bei beiden Gruppen von Kritikern, sowohl bei den psychodynamisch orientierten als auch bei den rein deskriptiven Psychiatern, die Unzufriedenheit in Bezug auf die Brauchbarkeit des DSM-5 unter anderem daraus entsteht, dass sehr oft die tatsächlich vorkommenden Fälle, also die konkreten psychischen Störungen, auch rein deskriptiv betrachtet zwischen und nicht innerhalb der vorgesehenen Kategorien anzutreffen sind.

Auch eine perfekte deskriptive Digitalisierung vermag nicht das Wesentliche zu erfassen

Frau Elisabeth Troje machte mich, der aufgrund einer Augenbehinderung die diesbezügliche Literatur nicht näher studieren konnte, freundlicherweise auf zwei relevante Veröffentlichungen aufmerksam. Es ging zunächst um einen offenen Brief der Gesellschaft für Humanistische Psychologie der Abteilung 32 der American Psychological Association. Dieser Brief ist seit 2011 von vielen anderen Vereinigungen unterschrieben worden, auch von der amerikanischen psychoanalytischen Vereinigung. Der zweite Hinweis betrifft einen Artikel von Maurice Corcos (2013), einem Pariser Psychoanalytiker, der Professor der Psychiatrie in Paris ist. Der an erster Stelle erwähnte offene Brief bezieht sich auf Dinge, die auch in der Zeitung zu lesen waren, also auf die Tatsache, dass im DSM-5 eine Tendenz zur künstlich wirkenden Herstellung neuer nosologischer Einheiten be-

steht, was ja bedeutet, dass das schon fragmentierte Ganze noch mehr zerteilt wird. Dabei sei vieles zu kritisieren, weil auf diesem Wege sozusagen künstliche Epidemien, wie zum Beispiel ADHS, oder bestimmte Verhaltensweisen oder Erlebnisweisen als nosologische Einheiten definiert werden, obwohl sie eigentlich nur am Rande des sogenannten normalen Lebens entstehen. Diese Krankheiten werden zum Beispiel bei Kindern postuliert, für die dann eine prophylaktische Medikation vorgesehen wird, welche auch stattfindet.

Der an zweiter Stelle erwähnte Pariser Professor der Psychiatrie geht in seiner Kritik tiefer und dürfte für das Thema dieses Beitrags noch wichtiger sein. Er fokussiert auf die Besonderheiten des Menschenbildes, das diese statistische Verarbeitung und das sich darauf stützende Manual impliziere und suggeriere, wobei das inzwischen international weit verbreitete und akzeptierte DSM allmählich zu der Bibel der Psychiatrie geworden sei. Jetzt richte man sich durchgehend nach ihm und ordne seine Beobachtungen dementsprechend.

Ich bin nicht jemand, der primär und grundsätzlich jeden Versuch der Systematisierung und Einordnung unserer Beobachtungen auf der deskriptiven Ebene ablehnt. Ich muss auch gestehen, dass ich in den ersten ca. zehn Jahren meiner Tätigkeit in der klinischen Psychiatrie aus dem Bedürfnis heraus, eine Ordnung und Systematisierung in meine Erfahrungen mit psychiatrischen Patienten zu bringen, sozusagen ein privates DSM schuf, wobei ich in dicken Ordnern empirisches Material sammelte und die Schaffung von neuen deskriptiv-diagnostischen Kategorien ausprobierte und prüfte. Dadurch wurden meine Diagnosen, wenigstens nach den damaligen Kriterien und Beschreibungen der Psychiatrie, präziser und meine Überlegungen auch von rein deskriptiv denkenden psychiatrischen Kollegen akzeptiert und als lobenswert betrachtet. Mir ging es also damals nicht anders als vielen anderen Hunderten und Tausenden von Psychiatern in den letzten zwei Jahrhunderten auf der ganzen Welt. Emil Kraepelin (1883/2007), einer der Väter der modernen Psychiatrie, hat schon im 19. Jahrhundert Fälle systematisch gesammelt und sich um die Bildung von Gruppen von ähnlich

aussehenden klinischen Bildern bemüht, die der Schaffung der wesentlichen, auch heute in der Psychiatrie geltenden Kategorien und Benennungen dienen. Er war stolz auf die Tausende von kleinen Karteikarten (die er jetzt zum ersten Mal mithilfe einer Schreibmaschine ausfüllen konnte!). Seine Methodologie und Technik war freilich nach unseren heutigen Kriterien primitiv und unflexibel. Auch meine Art der systematischen Erfassung mithilfe von »Lochkarten« Jahre später, also Ende der 1960er Jahre, als ich mit meiner Habilitationsschrift (1967) beschäftigt war, würde heute im Hinblick auf die Leistung der modernen Computer mit einem milden Lächeln betrachtet werden.

Eine bloß nosologische Betrachtung läuft Gefahr,
gerade das Wesentliche zu übersehen

Bereits Mitte der 1960er Jahre, als ich schon längst neben der psychiatrischen eine psychoanalytische Ausbildung begonnen hatte, gab es eine Bemerkung meines früheren Doktorvaters, Professor Bochnik, über eine Veränderung, die bei mir stattfand. Er sagte: »Ich habe Sie früher sehr für Ihre präzisen diagnostischen und differentialdiagnostischen Erwägungen und Feststellungen geschätzt, aber in der letzten Zeit, seitdem Sie sich mehr mit der Psychoanalyse beschäftigen, sind Ihre Diagnosen unsicher und ihre Überlegungen zu konkreten Fällen ungenauer und diffuser geworden.« Ich habe damals nicht gewagt, ihm zu antworten, dass seine kritische Bemerkung von mir als eine mich erfreuende Nachricht empfunden wurde. Sie war der Beweis dafür, dass ich in der Zwischenzeit offenbar begonnen hatte, mich vom sterilen, rigiden Schema der nosologischen Psychiatrie zu befreien. Die in den nachfolgenden fünfzig Jahren, also noch bis in die Gegenwart hinein, stattfindende Entwicklung der deskriptiven Psychiatrie hat meine kritische Einstellung und die dann begonnene Schaffung einer Alternative, nämlich der psychodynamisch orientierten Psychosendiagnostik und -therapie, nicht erschüttert oder geschwächt, sondern im Gegenteil bestärkt. Im Gegensatz zu den vergangenen Jahren ist es heute

aufgrund der bewundernswerten technischen Entwicklung und der Differenzierung einer digitalisierten Diagnostik viel schwieriger, dieses rigide und undynamische Grundkonzept der Psychiatrie zu verändern. Meine Kritik richtet sich übrigens nicht gegen diese Differenzierung der Technik und gegen die Digitalisierung, sondern gegen die Verwendung dieser Technik, um eine falsche Grundkonzeption zu untermauern und zu verfeinern. Das ist es, was der DSM-5 tut.

Noch einmal, um ein Missverständnis zu vermeiden: Ich behaupte nicht, dass wir ohne die umfangreichen Beobachtungen und Benennungen und die Bildung einer fachspezifischen psychiatrischen Sprache, die das deskriptive Bild genau zu beschreiben versucht, auskommen können. Dieses begriffliche Arsenal brauchen wir in unserer Kommunikation, um uns zunächst einmal zu orientieren und zu wissen, worum es sich handelt. Dennoch ist die genaue und präzise Benennung und Einordnung des Beobachtbaren allein weder das einzig Wichtige noch das Interessanteste. Viel wichtiger für unser Verständnis und auch für die Patienten selbst ist das Bemühen, das zu erfassen, was sich hinter dieser Fassade abspielt.

Kehren wir noch einmal zu den 1960er Jahren zurück und zu meinen Bemühungen bei der Entstehung der Habilitationsschrift (Mentzos, 1967). Es ging um eine psychiatrische Untersuchung über eine bestimmte Gruppe von Psychosen, die damals in Hamburg von Bürger-Prinz *mischbildhafte Psychosen* genannt wurden, ein Terminus, der nicht mit demjenigen der schizoaffektiven Psychosen verwechselt werden darf. Es geht vielmehr um Psychosen aus beiden Formenkreisen, dem schizophrenen und dem manisch-depressiven (bipolaren), die in ihrer Symptomatik schnell abwechselnd entgegengesetzte klinische Bilder produzieren können. Es sind akute Psychosen mit relativ plötzlichem Beginn und die Hauptfrage in meiner Arbeit war, wie sich dieses akute Bild in den ersten Stunden und Tagen nach Auftreten entwickelt. Es ging um ein sehr umfangreiches Datenmaterial aus dreihundert Fällen, welches freilich zunächst nur statistisch geordnet und verarbeitet werden konnte. Dabei hat sich jedoch gezeigt, dass die klinisch relevanten Befunde eigentlich relativ

rar und oft auch banal und schon vorher bekannt waren. Dagegen konnten viele psychodynamisch orientierte und auf entsprechende Fragen fokussierte Punkte zu einem besseren Verständnis und zur Aufdeckung von sinnvollen Zusammenhängen führen. So zeigte sich zum Beispiel, dass die aufeinander folgenden psychotischen Bilder bei dem einzelnen Patienten im Laufe der relativ kurzen Zeit von Tagen nach Beginn der akuten Psychose nicht zufällig variierten, sondern bestimmte Tendenzen, ja oft auch fast Regelmäßigkeiten und Gesetzmäßigkeiten aufwiesen. Diese Tendenzen können am besten durch die Annahme von Abwehr und kompensatorischen Maßnahmen gegen die ungeheure Angst der akuten Psychose, also gegen die als drohend erlebte äußere und innere Realität aufgefasst werden. Bei dieser Annahme handelt es sich zunächst freilich nur um eine Arbeitshypothese, die aber erstaunlicherweise – wenigstens in vielen Fällen – auch durch das gewonnene statistische Material bestätigt werden kann. Die Generierung von Fragestellungen, die durch derartige Arbeitshypothesen beantwortet werden, kann jedoch nicht durch die bloße deskriptive und statistische Methodik entstehen. Es bedarf zusätzlicher psychodynamischer Annahmen, welche, auch wenn sie anfangs unsicher erscheinen mögen, doch auf die Dauer und bei der Anhäufung ähnlich auftretender Verläufe zunehmend erhärtet und untermauert werden. Dabei können, wie schon erwähnt, auch einige der statistischen Ergebnisse zur Unterstützung dieser Arbeitshypothesen nützlich sein. So ist es zum Beispiel bezeichnend, dass die ungeheure psychotische Angst bei Beginn der Psychose meistens in den ersten Stunden keine sogenannte produktive Symptomatik wie Wahnideen, Halluzinationen und anderes bietet, aber in den nächsten Tagen gerade das Auftreten solcher klassisch psychotischer Symptome von einer deutlichen und für den Patienten günstigen Minderung der Angstsymptomatik begleitet wird.

Dies sind keine neuen Entdeckungen; das Zurücktreten der diffusen Angst im Laufe der Entwicklung einer solchen produktiven, also etwa einer paranoid-halluzinatorischen Symptomatik war immer in der Psychiatrie bekannt. Das Neue innerhalb einer solchen Betrachtungsweise ist vielleicht die Tatsache, dass

man hier einen ersten starken Hinweis dafür bekommt, was ich viel später (Mentzos, 2009) die Funktion der Dysfunktionalität genannt habe. Das bedeutet: Was wir üblicherweise bis jetzt als eine Störung, ein Defizit, eine Unfähigkeit erfasst haben, muss auch gleichzeitig in seiner positiven Funktion gesehen werden, nämlich als ein Versuch, eine für das Ich entstehende extreme Gefährdung abzuwehren, wenn auch auf eine recht kostspielige Weise, nämlich durch den Verzicht auf die Realitätsprüfung. Das kann besser verstanden werden, wenn man sich Klarheit darüber verschafft, welches denn diese Gefahren sind, die dem Selbst als eine extreme Bedrohung erscheinen müssen.

Es sind elementare potentielle oder tatsächliche Gefährdungen der Identität und der Selbstkonsistenz, die zur Mobilisierung von besonderen, auf jeden Fall anderen als bei neurotischen Störungen üblichen Abwehr- und Kompensationsmechanismen führen. Und gerade die direkte Beobachtung und Analyse dieser vermuteten Mechanismen können uns neue Hinweise über die Art der abzuwehrenden Gefahr geben.

Es waren für mich zu Beginn der 1960er Jahre einige bis dahin aufgrund meiner schon fortgeschrittenen psychiatrischen Ausbildung (im klassischen Sinne) nicht verständliche und überraschende Beobachtungen bei Patienten in der akuten Psychose, die mich sozusagen aufgeweckt haben.

Gleich zu Beginn des nachfolgenden Abschnitts erwähne ich ein einfaches Beispiel aus dieser Zeit, um von diesem ausgehend näher auf die Funktionen der sogenannten Ich-Störungen einzugehen.

Die Funktionen der sogenannten Ich-Störungen

Als junger Assistenzarzt erfuhr ich morgens gleich nach meiner Ankunft auf der Station – die ich damals leitete – von den Schwestern, dass eine akut psychotische Patientin in der Nacht aufgenommen worden war und dass sie aufgrund ihrer erheblichen Unruhe und Ängstlichkeit in einem Einzelzimmer hatte untergebracht werden müssen. Als ich in das Zimmer eintrat, be-

obachtete sie mich erst einige Sekunden lang und erkannte gleich, dass ich der Arzt war. Daraufhin fing sie an die Schwester laut um Hilfe zu rufen, sie müsse schnell kommen, der Arzt, der Doktor sei verrückt geworden! Eine solche für mich verständlicher Weise zunächst überraschende Reaktion hätte ich normalerweise aufgrund meiner bis dato psychiatrischen Kenntnisse einfach als eine grobe psychotische Wahrnehmungsstörung verstanden und zur Erhärtung und Bestätigung der schon gestellten Diagnose einer akuten Psychose benutzt. Dennoch war es auch für einen nicht psychoanalytisch-psychodynamisch ausgebildeten Beobachter offensichtlich, dass diese sozusagen »falsche Wahrnehmung« (nicht sie, dachte die Patientin, sondern der Arzt sei verrückt) unbewusst motiviert war. Der deskriptiv-nosologische Aspekt (Wahrnehmungsstörung) trat letztlich an die zweite Stelle meiner Überlegungen, während die Projektion und insbesondere ihre ebenfalls offensichtliche Funktion in den Vordergrund geriet. »Warum soll«, so dachte ich mir, »die Wahrnehmungsstörung diese Form annehmen und nicht eine andere Beobachtung der Patientin in ihrer Umgebung betreffen? Warum hat sie nicht das Zimmer und ihr Bett verzerrt wahrgenommen, sondern sofort den Doktor als verrückt erlebt?« Es war also offensichtlich, dass die sogenannte Wahrnehmungsstörung, auch wenn sie tatsächlich formal gesehen eine war, in der Hauptsache eine die Patientin entlastende Funktion hatte: Denn wenn der Doktor verrückt war und nicht sie selbst, so war das für sie eine gewisse Entlastung und Entängstigung im Hinblick auf das direkt bei sich beobachtbare intrapsychische Chaos.

Aufgrund solcher und ähnlicher Beobachtungen wurde ich immer mehr davon überzeugt, dass die sogenannte psychotische Symptomatik eine Funktion hat, also sozusagen für etwas »gut« ist.

Diese Funktion ist keineswegs immer so offensichtlich wie in dem erwähnten Beispiel. Es geht aber auf jeden Fall sehr häufig um eine veränderte Sichtweise des Patienten mit dem Charakter einer zentralen wichtigen Überzeugung, die die Funktion hat, durch die dadurch entstehende Konstruktion eine innere Ordnung zu schaffen, welche geeignet ist, die Angst zu reduzieren, oder welche einem gewünschten Selbstbild entspricht.

Hier ein weiteres Beispiel: Eine schizophrene Patientin gab bei der Durchführung des Rorschach-Projektionstests (bei dem zufällig produzierte Tintenklecksmuster dazu anregen, durch Phantasiebilder ergänzt zu werden) eine Reihe von Einfällen bzw. Antworten, die durch ihre atypischen, zum Teil auch absurden Inhalte bezeichnend für Schizophrene sind.

Konkret spielte sich Folgendes ab: In der letzten Tafel glaubte sie – in der Mitte – sich selbst beim Jüngsten Gericht neben Jesus stehen zu sehen, quasi als gleichgestellte Instanz. Am Ende des Tests wendete sie sich dann aber mir, dem Untersucher, zu und fragte: »Oder wollen Sie was anderes hören?« Ich war verblüfft und bat sie selbstverständlich, mir dies andere ebenfalls zu sagen. Daraufhin gab die Patientin eine Reihe von »normalen« Antworten, also solche, die dem statistischen Durchschnitt der Normalbevölkerung entsprechen. Zum Schluss fügte sie jedoch hinzu: Aber wahr ist, was ich Ihnen am Anfang gesagt habe!

Dieses Beispiel erscheint mir vorwiegend deswegen wertvoll, weil es zeigt, dass die Patientin, die nach der geläufigen psychiatrischen Auffassung schwer gestört und defizient sein musste, in der Lage war, nicht nur ihre psychotische Sichtweise zum Ausdruck zu bringen, sondern parallel dazu – sozusagen alternativ – die Welt auch so zu sehen, wie die meisten Menschen es tun. In diesem Zusammenhang ist aber interessant, sich zu fragen, welche Funktionen diese veränderte Sichtweise in der Psychose hat. Diesbezüglich könnte gerade die Deutung des Inhalts der letzten Rorschach-Tafel, die die Patientin vollzog, einen wichtigen Hinweis geben: Die Patientin sah beim ersten Durchgang das Ganze als eine Darstellung des Jüngsten Gerichts, bei der sie in der Mitte neben Jesus steht und mit ihm zusammen die jeweiligen Urteile und Entscheidungen des Gerichtes fällt. Es geht also um eine extreme Erhöhung der Selbsteinschätzung und des Selbstbildes, fast sozusagen um eine Apotheose der eigenen Person, die offensichtlich der Stärkung des eigenen Selbstwertes dient.

Dieses Beispiel erscheint mir also deswegen sehr bedeutsam, weil es verschiedene wichtige Hinweise liefert: Erstens zeigt es, auf welche Weise dasselbe Gehirn, und zwar in einem engen zeitlichen Zusammenhang, sowohl »psychotisch« als auch »nor-

mal« wie bei den meisten Menschen arbeitet. Diese Feststellung widerspricht zweitens eindeutig der klassisch-psychiatrischen Auffassung, Psychosen seien Stoffwechselerkrankungen und basierten nur auf einem genetisch übertragenen Defizit. Drittens spricht dieses Beispiel gegen die Annahme, dass es sich um ein schwaches Ich handele, welches aus diesem Grund die Realität nicht richtig wahrnehmen könne (etwas, was sogar von der Psychoanalyse selbst, wenigstens früher – wenn auch als psychogene Schwäche –, angenommen wurde); es geht zwar tatsächlich um eine verzerrte Wahrnehmung der Realität, aber in einer Art, die Integrität und Wertigkeit des Selbst unterstützt; es ist eine Dysfunktion mit einer deutlichen Funktion.

Die Nähe-Distanz-Problematik

Nun gibt es eine Reihe von anderen, keineswegs seltenen Beispielen, die es deutlicher machen, warum dieses Selbst als elementar gefährdet erlebt wird, so dass es zu solchen gravierenden kompensierenden Projektionen und Überzeugungen kommt. So ist zum Beispiel auffällig, dass viele Psychosen keineswegs aufgrund der Belastung durch objektiv bedrohliche äußere Katastrophen, sondern im Gegenteil angesichts von viel feineren inneren Gefahren ausbrechen, so etwa im Fall einer starken Liebschaft (die alten Psychiater sprachen von einer Verlobungsschizophrenie!) oder anderer Umstände, bei denen es zu einer starken Annäherung zu einer anderen Person kommt, einer Annäherung, die als Gefährdung der eigenen Identität empfunden wird. Diese starke Bindung mit Vereinigungstendenz wird als erhebliche Gefahr signalisiert und mobilisiert die »psychotische« Abwehr.

Nun ist es besonders interessant, dass das Erlebnis der großen Nähe auch als eine bedrohliche Situation empfunden wird; es gibt Patienten, die es wenigstens zu späteren Zeiten der Therapie ihrer Psychose auf diese Weise formulieren. Es bestehen in dieser Hinsicht Analogien zu anderen, sozusagen reiferen, späteren psychischen Störungen, nur dass bei ihnen nicht psychoti-

sche, sondern zwar ähnliche, aber neurotische Abwehrvorgänge mobilisiert werden. Das klassische Beispiel ist das keineswegs seltene Paar zweier neurotischer Phobien, der Klaustrophobie und der Agoraphobie. Hier entwickelt der Patient entweder bei einer zu großen Nähe eine Klaustrophobie oder umgekehrt bei der plötzlichen Unterbrechung einer zuvor bestandenen, zu starken, pathologischen, symbiotischen Bindung eine Agoraphobie. Warum nun diese Gefährdung der Selbstidentität (sei es durch eine zu große Nähe oder durch eine zu große, plötzliche Distanz) das eine Mal psychotische Abwehrmechanismen, das andere Mal »nur« neurotische Mechanismen mobilisiert, ist eine schwierige Frage. Man könnte auf jeden Fall mit einer gewissen Berechtigung vermuten, dass im ersten Fall der Psychose die Nähe oder die plötzliche Unterbrechung der Bindung zu groß sind und/oder einen in dieser Hinsicht völlig unvorbereiteten Menschen treffen, während im Falle der neurotischen Störung die Gefahr für das Selbst als weniger bedrohlich empfunden wird.

Unabhängig von dieser speziellen Frage erscheint mir die Ähnlichkeit und Parallelität zwischen psychotischer und neurotischer Psychodynamik auch deswegen besonders interessant, weil dadurch die sinnvolle Verwendbarkeit des DSM-5 noch einmal hinterfragt werden muss. Hierauf gehe ich daher im nächsten Abschnitt noch genauer ein.

Die häufige Fragwürdigkeit kategorialer Diagnostik wird leicht mithilfe der Psychodynamik überwunden

Man begegnet oft psychischen Störungen, die sowohl neurotische als auch verdachtsweise psychotische Merkmale aufweisen. Es sind diese nicht seltenen Fälle, bei denen die Experten in große differentialdiagnostische Schwierigkeiten geraten, zumal man sich bei einer Anhäufung solcher »atypischen« Fälle, wie sie dann heißen, fragen muss, ob diese nicht häufiger sind als die typischen. Die vorgegebene Klassifikation wird dadurch sozusagen wackelig. Auf jeden Fall haben die Diagnostiker große Schwierigkeiten, solche psychischen Störungen in einer der

vorgesehenen Kategorien des DSM-5 unterzubringen. Ja, man hat oft das Gefühl, dass sehr viele, wenn nicht sogar die meisten Fälle sich sozusagen zwischen den spezifischen Fächern des Systems befinden.

Wenn man aber die Psychodynamik und nicht an erster Stelle das deskriptive Bild solcher Fälle in den Vordergrund stellt und sie mithilfe einer vergleichenden Psychodynamik parallel zu den psychotischen und zu den neurotischen Psychodynamiken untersucht, so kommt man schnell auf folgende Überlegung: Könnte es sich nicht so verhalten, dass die verschiedenen psychischen Störungen, die neurotischen und die psychotischen, aber auch solche, die ich oft Beinah-Psychosen nenne, in gewisser Hinsicht verwandt sind und sich lediglich nur dadurch voneinander unterscheiden, dass sie sich verschiedener Abwehrmechanismen bedienen? Oder anders ausgedrückt: dass die verschiedenen Abwehrmechanismen lediglich verschiedene Verteidigungslinien sind, die von den einfachen, nah an der Normalität liegenden neurotischen Störungen bis zu den schweren Psychosen reichen, bei denen die Abwehrmechanismen viel massiver werden, indem sie zum Beispiel mit einem Verzicht auf die Realitätswahrnehmung einhergehen. Eine solche Sichtweise würde übrigens zum einen die so zahlreichen dazwischen liegenden und nach dem gültigen System nicht leicht einzuordnenden Störungen erfassen und zum anderen die strenge nosologische Mythologie des DSM-5 ziemlich relativieren.

Heute verhält es sich so, dass viele psychiatrische Kollegen, die große Schwierigkeiten haben, die Angebote klinischer Bilder und Verläufe einzuordnen, sozusagen relativ »erleichtert« sind, wenn »endlich« beim Patienten Halluzinationen oder Wahnideen zu finden sind. Dann können sie diese Störungen mit ruhigem Gewissen in einer der bekannten Kategorien unterbringen! Was aber tun mit dem Rest? Diese Frage ist nach meiner Meinung viel leichter mithilfe der Psychodynamik als mit der rein deskriptiven Methode zu beantworten. Sonst ist man gezwungen – und das ist das, was übrigens der DSM-5 in sogar stärkerem Maße als seine Vorgänger getan hat –, immer neue, zusätzliche diagnostische Kategorien einzuführen, wodurch für

den Patienten aber nichts gewonnen wird, dafür aber vielleicht für die Pharmaindustrie. Denn die erhält nunmehr noch mehr Indikationen für alte und neue Medikamente!

Was bewirken die Neuroleptika?

Die heute noch herrschende psychiatrische Auffassung, wonach die Psychosen primär auf bestimmten neurobiologischen und vorwiegend auch erbgenetischen Störungen basieren, werden zum großen Teil durch die Tatsache begründet und untermauert, dass wenigstens in der Regel die gravierenden psychotischen Symptome, besonders die der akuten Psychose, durch die Neuroleptika deutlich reduziert werden.

Wenn man aber davon ausgeht, dass diese Symptome lediglich Ausdruck von Abwehr und Kompensationsmechanismen gegen dahinterstehende Gefahren für die Selbstidentität und Kohäsion sind, so erscheint es mir wahrscheinlicher, dass die Neuroleptika nicht diese dahinterstehenden primären und tatsächlichen Ursachen, sondern lediglich die Reaktionen dagegen, die Abwehrmechanismen, reduzieren, dämpfen oder zum Verschwinden bringen. Die Neuroleptika wirken also meiner Auffassung nach nicht dadurch, dass sie die gravierenden intrapsychischen Gegensätzlichkeiten beheben, sondern dadurch, dass sie die dagegen gerichteten Abwehrmechanismen des Ichs schwächen oder unmöglich machen. Dafür spricht auch die Tatsache, dass die »therapeutische« Wirkung der Neuroleptika von einer Beeinträchtigung der Ich-Funktionen insgesamt begleitet wird. Das erklärt auch, warum Elektroschocks oder eine akute fieberhafte Erkrankung, die indirekt auch die Gehirnfunktionen insgesamt beeinträchtigen, oft zu einer Unterbrechung der psychotischen Symptomatik führen können – das ist etwas, was schon die Psychiater in den beiden vorherigen Jahrhunderten oft beobachtet haben. Die Neuroleptika machen also, um es krass auszudrücken, die Psychose unmöglich! Dadurch ist aber leider die Grundstörung, die Grundschwierigkeit nicht behoben. Oft ist diese Wirkung der Neuroleptika wenigstens für eine bestimmte Zeit erwünscht, weil dadurch manche Circu-