



FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN
PSYCHOSENTERAPIE | BAND 29

Thomas Müller /
Norbert Matejek (Hg.)

Indikation zur analytischen Psychotherapie

Vandenhoeck & Ruprecht

Thomas Müller / Norbert Matejek (Hg.): Indikation zur analytischen Psychotherapie



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 29: Thomas Müller / Norbert Matejek (Hg.)
Indikation zur analytischen Psychotherapie

Thomas Müller / Norbert Matejek (Hg.): Indikation zur analytischen Psychotherapie

Thomas Müller / Norbert Matejek (Hg.)

Indikation zur analytischen Psychotherapie

Mit einer Abbildung

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 978-3-525-45239-4

© 2013, 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
Stavros Mentzos Bemerkenswerte Unterbrechungen, aber auch unerwartete Anfänge psychoanalytisch inspirierter Therapien bei Schizophrenen. Paradoxe Beendigungen von Therapien bei Psychosen	13
Martha Stähelin Utopie – gedankliche Skizze zur Indikation psycho- analytischer Therapie für psychotische Menschen	25
Frank Schwarz Indikation zur analytischen Psychosen-Psychotherapie im wissenschafts- und berufspolitischen Spannungsfeld	36
Christian Maier Über die Analysierbarkeit psychotischer Patienten und die Grenzen des Psychoanalytikers	62
Elisabeth Troje Die subjektive Indikation. Ihre Abhängigkeit oder Unabhängigkeit von Rahmenbedingungen, Diagnosen, Therapiezielen und den Vorstellungen vom Wesen der Psychosen	84
Peter Hartwich Zu Indikation und Kontraindikation für psycho- analytisch modifizierte Behandlung der verschiedenen Schizophrenieformen	111

Joachim F. Danckwardt Über die Behandlung psychotischer Elemente: Psychoanalyse oder Psychofaktur? Ein konzeptanalytischer Ansatz	153
Jürgen Thorwart Indikation zur analytischen Psychotherapie. Erfahrungen und Überlegungen aus der ambulanten Praxis	184
Thomas Müller Die Indikationsstellung zur psychoanalytisch orientierten Psychotherapie	208
Rezensionen	232
Die Autorinnen und Autoren	246

Editorial

Die Schriftenreihe des Frankfurter Psychose-Projekts, das *Forum der psychoanalytischen Psychotherapie*, blickt in diesem Jahr auf sein 15-jähriges Bestehen. Die Herausgeber wollen dieses kleine Jubiläum zum Anlass nehmen, um die bisherige halbjährliche Erscheinungsweise durch Jahresbände abzulösen. Die Bände werden wie bisher thematische Schwerpunkte vorstellen. Mit diesem editorischen Novum verbinden wir mehrere Absichten. Zum einen wollen wir unseren Autorinnen und Autoren die Möglichkeit zur Vertiefung des jeweils gewählten Themas geben, indem zum anderen die theoretischen Sachverhalte durch detaillierte klinische Vignetten veranschaulicht werden können. Unsere Leserinnen und Leser sollen dadurch möglichst unmittelbar an der Entfaltung der theoretischen Überlegungen und deren Verknüpfungen mit der klinischen Praxis teilhaben. Schließlich kann es für unsere Leserschaft wie für unsere Autoren von Vorteil sein, wenn es zeitliche, thematische und hinsichtlich des Umfangs der Beiträge größere Variationen und Differenzierungen geben wird.

Der vorliegende Band ist der Indikation zur psychoanalytisch modifizierten Psychotherapie gewidmet. Die darin versammelten Autorinnen und Autoren unternehmen aus unterschiedlicher klinischer und theoretischer Perspektive den Versuch, sich der Frage zu nähern, welches die Kennzeichen des Indikationsprozesses zur Psychotherapie sind. Die unterschiedlichen Beiträge eint das Bemühen, die Komplexität der Indikationsstellung im Spannungsfeld zwischen Diagnostik und Therapie sowie versicherungsmedizinischen Aspekten zu dis-

kutieren. Alle Beiträge zeichnen sich dadurch aus, dass die klinische Praxis den Ausgangspunkt für die theoretischen Konzeptionen bildet.

Sowohl klinische, theoretische wie empirische Studien über die Indikation zur Psychotherapie sind eher selten, was aber offenbar kein Spezifikum der Psychotherapie in der Bundesrepublik – unter den Aspekten Fremdfinanzierung und Sachleistungsprinzip mit den versicherungsmedizinischen Kriterien von Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Angemessenheit – darstellt, sondern, soweit wir das übersehen können, ein Phänomen auch im deutschsprachigen Ausland sowie im angloamerikanischen Sprachraum zu sein scheint. Die geringe Zahl von Untersuchungen zu dieser Thematik kann mehrere Gründe haben. Zunächst hat es den Anschein, als erfolge die Indikationsstellung zur Psychotherapie häufig unter pragmatischen Gesichtspunkten, gleichsam konsekutiv: Mittels der Diskussion der Psychodynamik und des Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehens bestätigt sich nachträglich die Indikationsstellung (oder nicht); ein weiterer Grund mag darin liegen, dass die psychotherapeutische Behandlung des genuin Psychotischen in den für die Bundesrepublik geltenden (Psychotherapie-)Richtlinien nicht vorgesehen ist; ebenfalls kann die Schwierigkeit, die subjektiven Motive (Gegenübertragung), denen für die Indikationsstellung ein besonderes Gewicht zukommt, systematisch zu konzeptualisieren, eine Rolle spielen.

Der Band möchte einige der genannten Themen aufgreifen und vertiefen. Angesichts des Forschungsstandes ist aber kein systematischer Überblick angestrebt worden, sondern eher eine Diskussion einzelner theoretischer und klinisch besonders wichtiger Aspekte. Die Herausgeber möchten mit diesem Band zur deren Diskussion anregen. Wir hatten in unserer klinischen Arbeit zudem den Eindruck, dass ein verstärktes, aber häufig implizites Interesse an Fragen der Indikationsstellung im klinischen Alltag zu beobachten ist. Dies scheint zusammenzuhängen mit der Ausweitung der Indikationsstellung, dem besonderen Stellenwert von Gegenübertragung, projektiver Identifizierung und Enactment sowie auch mit der Viel-

falt der Behandlungssettings im ambulanten sowie stationären Bereich.

Racamiers Bemerkung aufnehmend, dass es Schizophrenie oft ablehnen, behandelt und damit verändert zu werden, schreibt Elisabeth Troje in ihrem Beitrag: »Es ist möglich, dass die menschliche Umgebung, die Angehörigen eine Veränderung wünschen, nicht der Patient. In jedem einzelnen Fall müssen wir uns fragen: Ist dieser Mensch krank? Oder sind wir nicht tolerant genug, um ihn auf seine Weise leben zu lassen?« Mit anderen Worten: Trägt die Indikation zur psychoanalytischen Psychosen-Psychotherapie nicht naturgemäß und unausweichlich etwas der Erkrankung Analoges – also etwas zutiefst Widersprüchliches und Verunsichertes – selbst in sich? Es scheint, als lasse sich eine solche Unsicherheit, Instabilität (oder Rigidität) auf allen involvierten sozialen Ebenen auffinden. Diese lassen sich »top-down« beschreiben: als übergeordnete, allgemein-abstrahierende *gesellschaftliche* Definitionen/Kategorien/Einstufungen von Krankheit und Behandlung, aber auch von Effizienz und empirischem Nachweis, bis hinunter auf die Ebene hochkomplexer, auch mit mikroskopischer Perspektive kaum erfassbarer psychischer Prozesse zwischen und in den beteiligten *Individuen*.

Zu den unscharfen Äußerungsformen der besagten gesellschaftlichen Ebene ließen sich etwa institutionelle Statements wie die Praxisleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie lesen, in denen psychodynamische oder psychoanalytische Therapien »zur Routinebehandlung bei der Schizophrenie [...] nicht empfohlen werden, [...] aber in Einzelfällen durchaus sinnvoll« seien (DGPPN, 1998). Wie diese Einzelfälle gelagert sein müssen, für die in sinnvoller Weise eine Indikation gestellt werden kann, bleibt ebenso unklar wie für die unabsehbare Zahl der Behandlungsfälle, die durch eine berufsrechtliche »Indikations-Spaltung« ihre Therapeutensuche ausrichten haben: Die eigentliche psychotische Grunderkrankung darf nur von Psychiatern und Nervenärzten behandelt werden; von Ärzten anderer Fachgebiete, Psychologen oder Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten nur die »psychische Begleit-, Folge-

oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen« (§ 22 Abs. 2). Sowohl durch die Richtlinien als auch einschlägige Kommentare (etwa Faber u. Haarstrick, 2012) wird nicht geklärt, was von einer solchen »Nebensymptomatik«-Behandlung erwartet wird. Es scheint weniger um inhaltlich-gedankenvolle als um standespolitische Auseinandersetzungen zu gehen (vgl. Jürgen Thorwart in diesem Band).

Diese Unklarheiten und entgegengerichtete Rigiditäten reichen unabdingbar in Aspekte des alltäglichen Denkens und Handelns eines jeden Klinikers hinein – und dort gilt vor allem auch: »Vor der Indikation kommt die Diagnose« (Elisabeth Troje in diesem Band). Mit der diagnostizierenden Tätigkeit kommen explizit und implizit diagnostische Kategorien »objektivierend« zur Anwendung, die in den weltweit verbreiteten Systemen (ICD und DSM) ihr Kondensat gefunden haben. Auch Konzepte und Vorstellungen der Therapieziele – selbst wenn sie als in hohem Maße theoretisch-fundiert imponieren – müssen nicht zwingend eine »verstehende Psychopathologie« und damit verbunden eine Anerkennung des Fremden (Küchenhoff, zit. nach Troje in diesem Band) enthalten.

Der Gegenstandsbereich der Indikationsstellung umfasst in der Regel Überlegungen zur Notwendigkeit der Psychotherapie, zur Begründung eines gewählten spezifischen Therapieverfahrens, Fragen der Kontraindikation sowie prognostische Überlegungen zur Wirksamkeit der Therapie. Unsere Autorinnen und Autoren versuchen der Komplexität dieses Gegenstandsbereichs auf die Spur zu kommen und mit spezifischen Theorien zu den Psychosen in Verbindung zu bringen, etwa das klinische Phänomen des paradoxen Behandlungsbeginns.

Stavros Mentzos setzt diese spezifische Art der Beziehungsregulierung in Bezug zu Unterbrechungen und Abbrüchen; für diese Ereignisse sei es mittlerweile allgemein geläufig, dass sie keineswegs immer als negativer Ausgang oder Misserfolg zu gelten hätten. Vielmehr vermöge sich der Patient dadurch häufig eine für sein Gefühl notwendige Distanz zu schaffen. Eine in vielen Beiträgen diskutierte Frage im Zusammenhang mit der Indikationsstellung im Spannungsfeld zwischen Therapeut, Patient

und Gesetzgeber (besonders dessen Mitgestaltung der Indikation durch die versicherungsrechtlichen und sozialmedizinischen Regelungen) gilt der grundsätzlichen Angemessenheit psychodynamischer Verfahren in der Psychosenbehandlung (Martha Stähelin, Peter Hartwich, Jürgen Thorwart), der wissenschaftlichen Legitimation und der klinischen Relevanz psychodynamischer Verfahren in der Psychosenbehandlung (Frank Schwarz). In der psychodynamischen Psychosenbehandlung hat sich eine ausgefeilte Theorie der Behandlungstechnik entwickelt. Auch in diesem Band werden dabei die Grenzen – etwa der Analysierbarkeit psychotischer Patienten und die Grenzen des Analytikers (im Beitrag von Christian Maier) – differenziert erörtert.

Eine spannende Frage ist, ob verschiedene psychotische Erkrankungen unterschiedliche Therapieformen benötigen (Frank Schwarz) und welchen Einfluss das jeweilige differente Strukturniveau auf die Indikationsstellung haben könnte. In seiner weitgespannten Arbeit schafft Peter Hartwich wichtige Bindeglieder zwischen der jeweiligen Behandlungstechnik, dem (neuronalpsychischen) Strukturniveau, den Schizophrenieformen, den sich ergebenden Differenzial-, Nicht- und Kontraindikationen – und schließlich auch den erforderlichen Eigenschaften des analytisch arbeitenden Psychotherapeuten.

Autoren wie Jürgen Thorwart leiten aus ihren klinischen Erfahrungen ab, dass nicht allein die Frequenz, sondern auch die Kontinuität der Behandlung eine wichtige Rolle spiele. Dies kann zu Verläufen führen, in denen sich notwendige stationäre Aufenthalte verkürzen und sich mit Hilfe der Therapie »kaum für möglich gehaltene« konstruktive Entwicklungen vollziehen. Die modifizierte analytische Psychotherapie als Langzeitbehandlung sei in vielen Fällen gerade deshalb indiziert, weil sie hinsichtlich des Settings ein flexibles Angebot darstelle.

Besonderes Augenmerk wird in mehreren Beiträgen auf die Rolle der Gegenübertragung gerichtet, die in der sogenannten subjektiven Indikationsstellung zum Ausdruck kommt (E. Troje, Ch. Maier, Th. Müller), sowie auf die unbewussten Bedeutungen der Dynamik von Pharmako- und Psychotherapie für die Indikationsstellung (Joachim F. Danckwardt).

Die Besprechung einer Monografie von Hermann Lang (durch Maria Heiming) und des Briefwechsels von Freud und Binswanger (durch Alois Münch) beschließen den Band.

Thomas Müller

Norbert Matejek

Literatur

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (1998). Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff.

Stavros Mentzos

Bemerkenswerte Unterbrechungen, aber auch unerwartete Anfänge psychoanalytisch inspirierter Therapien bei Schizophrenen

Paradoxe Beendigungen von Therapien bei Psychosen

Eine psychoanalytisch inspirierte Therapie der Psychose gibt es zwar seit über hundert Jahren, dennoch haben sich die dabei zur Anwendung kommende Methodik und die dahinter stehende »Philosophie«, also die Auffassungen über Sinn, Ziel, Art des Vorgehens und des entstehenden therapeutischen Prozesses, im Lauf des 20. Jahrhunderts und der letzten Jahre in verschiedene Richtungen entwickelt. Viele der aus der Behandlung neurotischer Störungen bekannten Regeln, Techniken und Empfehlungen mussten bei der Psychosenbehandlung relativiert oder sogar manchmal grundlegend verändert werden, um die Methode sinnvoll an die Besonderheiten des Patienten anzupassen, wobei, nebenbei gesagt, auch die für die Neurosen gedachte klassische Technik selbst sich in der Zwischenzeit ebenfalls erheblich verändert hat.

Eine der innerhalb der Psychotherapie entstandenen Veränderungen unseres Verständnisses besteht in der Erkenntnis, dass eine überraschende Beendigung der Behandlung durch den Patienten, und zwar gerade bei einem positiven Verlauf, keineswegs immer als negativer Ausgang, als Misserfolg gelten muss. Oft geschieht dieses Wegbleiben des Patienten zwar nach einem relativ harmlosen Dissens beziehungsweise einer Auseinandersetzung mit dem Therapeuten. Dies scheint aber nicht der Grund für die Unterbrechung oder den Abbruch zu sein. Vielmehr gewinnt man den Eindruck, dass der Patient sozusagen auf diesen Anlass gewartet hat, um sich eine für sein Gefühl notwendige Distanz zu verschaffen. Diese relativ plötzlichen Lockerungen oder sogar teilweise Auflösungen von Bindungen erinnern an ähnliches Ver-

halten in der normalen Pubertät und Adoleszenz. Es entspricht einem gewagten Sprung in die Autonomie.

Meine Annahme, dass es sich bei solchen Fällen um einen positiven Schritt nach vorn und nicht um einen Rückfall handelt, basiert zum einen auf Informationen von Dritten, die den jeweiligen Patienten zufällig in der Zeit danach beobachten und miterleben konnten; zum anderen auch auf Mitteilung der Patienten selbst zu einem viel späteren Zeitpunkt, wo sie berichten, dass es ihnen gut gehe und sich sogar für die Behandlung bedanken wollten! So zum Beispiel bei einer schwer schizophränen Patientin, die nach einer nur leichten Besserung ihres Zustands der Behandlung plötzlich fern blieb und erst drei Jahre später in einem kurzen Schreiben eine recht positive Entwicklung beschrieb und dem Schreiben ein Foto ihrer seit eineinhalb Jahren bestehenden Familie beifügte, auf dem sie, ihr einjähriger Sohn und ihr Mann einen recht glücklichen Eindruck machen. Auch als ich sie daraufhin telefonisch kontaktierte, gewann ich den Eindruck, dass es ihr sehr gut ging.

Nun geht es hier nicht an erster Stelle um diese paradoxen Beendigungen von Behandlungen, sondern umgekehrt um sozusagen paradox beginnende Therapien, die nicht nur deskriptiv betrachtet als originelle Variationen imponieren, sondern auch aus tiefergehenden theoretischen und praktischen Überlegungen unsere volle Aufmerksamkeit verdienen.

Normalerweise beginnt ein psychotischer Patient eine psychotherapeutische Behandlung entweder, weil er mit einer entsprechenden Diagnose überwiesen wird oder weil besorgte Verwandte, die die groben Auffälligkeiten des psychotischen Patienten bemerkt haben, ihn schicken.

Es gibt aber Fälle, bei denen die Behandlung unter anderen Bedingungen beginnen.

Paradoxe Beginn

Es gibt also manche Fälle, bei denen umgekehrt nicht eine paradoxe Beendigung, sondern ein quasi paradoxer und insbeson-

dere unerwarteter Beginn einer Therapie bei Psychosen stattfindet. Es geht meistens um Patienten und Patientinnen, deren Verhalten im Privaten und in der Öffentlichkeit so auffällt, dass die Umgebung vom Vorliegen einer psychischen Störung ausgeht, sich aber die Patienten selbst keiner solchen Auffälligkeit und Störung bewusst sind und dementsprechend eine psychotherapeutische, geschweige psychiatrische Behandlung strikt ablehnen.

Schwierig für die verantwortlichen Bezugspersonen des Patienten ist die Situation zusätzlich dadurch, dass es sich meistens um Auffälligkeiten handelt, die atypisch sind, so dass sie nicht in den ausführlichen Symptomkatalogen der anerkannten diagnostischen Schemata DSM und ICD passen. So entschließt sich zum Beispiel ein junger Patient, nicht nur seiner Krankenkasse, sondern auch seine Sozialversicherung zu kündigen. Ein anderer bleibt mehrere Monate schweigend im Bett, nachdem er kurz davor ein sehr erfolgreiches Abitur abgeschlossen hat. Ein dritter entschließt sich plötzlich, ins Kloster zu gehen, ein vierter wirft fast alle seine Bücher (mehrere Hundert!) weg. Ein fünfter unternimmt unerwartet einen ernsthaften und schweren Suizidversuch mit Lachgas, und schließlich versucht ein Sechster seinen Vater und seinen Bruder umzubringen, weil er sie bei seinem Selbstmord mitnehmen möchte.

Bei dieser Gruppe von Patienten versagen DSM und ICD in ihrer diagnostischen Funktion fast völlig, wenn auch beide Systeme bei sogenannten typischen Psychosen mit typischen Symptomen ebenfalls nur mühsam den konkreten Fall – der sozusagen zwischen den »Schubladen« der Klassifikationssysteme liegt – präzise erfassen. Dies ist allerdings nicht die Thematik, auf die ich hier fokussieren möchte. Es geht vielmehr um die atypischen Patienten der oben beschriebenen Art, welche nahezu regelmäßig kein Krankheitsbewusstsein haben und sich besonders hartnäckig dem Besuch oder der Konsultation eines Fachmanns/einer Fachfrau verweigern oder dort, wo es doch zu einer Begegnung mit dem Therapeuten kommt (oder in vielen Fällen erzwungen wird), zunächst aufgrund ihres Verhaltens den Beginn und Fortgang eines therapeutischen Prozesses unmöglich machen.

Beispiel

Eine über den Zustand ihres 24-jährigen Sohnes beunruhigte Mutter suchte bei mir erst schriftlich und dann telefonisch Hilfe, weil sie keinen Rat in Bezug auf ihren Sohn wisse. Er sei ein recht intelligenter und körperlich völlig gesunder junger Mann, der vor einem Jahr sein Medizinstudium im dritten Semester plötzlich unterbrach und seitdem den ganzen Tag einfach im Haus bleibe! Er spreche kaum mit ihr und sehr wenig mit seinem Vater. Mit einigen seiner früher zahlreichen Freunden kommuniziere er etwas am Telefon, im Übrigen verhalte er sich vor allem den Eltern und insbesondere der Mutter gegenüber massiv ablehnend. Mit viel Mühe konnte man von ihm lediglich erfahren, dass er Zeit brauche, um nachzudenken. Er habe, so berichtet seine Mutter, viele seiner Sachen einfach weggeworfen. Einen Psychologen oder sogar Psychiater brauche er nicht, weil er eigentlich nicht krank sei. Nachdem der Zustand ein Jahr unverändert geblieben war und die Eltern von Fachleuten die Ferndiagnose Schizophrenie erhalten hatten, waren sie umso mehr beunruhigt. Als sie zufällig erfuhren, dass ich für psychotische Patienten Psychotherapie anbiete, kontaktierten sie mich. Der Patient war aber zunächst dagegen.

Schließlich war er bereit, einmal allein zu mir zu kommen, aber mehr, um etwas über mich zu erfahren, einen Eindruck zu gewinnen, was so ein Psychiater und Psychotherapeut mache, nicht weil er in dieser Hinsicht Hilfe brauche. Bei unserer Begegnung kam er eine Stunde später als verabredet. Bei dem vereinbarten neuen Termin kam er eine halbe Stunde zu früh! Der große, gutaussehende Mann war bei mir, wie bei seiner Mutter, mühsam zu einer klaren Antwort zu bewegen, allenfalls stellte er Fragen, und zwar in eigentlich klugen und leicht ironischen Sätzen, und stellte meine Rolle in Frage. Nach der zweiten oder dritten Begegnung, bei der er immer zum falschen Zeitpunkt eintraf, entweder zu früh oder zu spät, war er plötzlich bereit, eine Art Referat über die Verhältnisse zu Hause und über seine Kindheit zu halten. Dabei merkte man, dass er auch in Psychoanalyse belesen war. Er setzte diese Erzählung während der nächsten drei

Sitzungen fort, ohne meine kurzen Bemerkungen zu beachten. Während ich mich trotzdem freute, weil er endlich sprach, verkündete er am Ende der dritten »sprechenden« Stunde – ebenfalls abrupt –, das sei nun genug, und danach verstummte er wieder, lächelte etwas verlegen, aber sagte kaum etwas. Daraufhin ergriff ich die Initiative und erzählte relativ neutrale Dinge, unter anderem auch, dass ich mir aufgrund meiner Unwissenheit im Computergebrauch vielleicht jemanden suchen müsste, der mir helfen könnte. Auch dies quittierte der Patient mit Schweigen. Als wir uns verabschiedeten, sagte er jedoch ganz leise, indem er einen offensichtlichen inneren Widerstand überwand: »Ich könnte auch diese Aufgabe übernehmen.« Wir könnten es das nächste Mal versuchen, erwiderte ich. Meine Fragen, die das kürzlich von mir erstandene iPad betrafen, beantwortete er mir sehr gut und verständlich, was sich in den nächsten zwei Stunden wiederholte. Danach signalisierte er mir indirekt, dass er doch lieber mit mir sprechen würde. Offenbar war ihm diese Art der Beziehung mit mir, bei der er sich nicht als der Unterlegene empfinden musste, sehr wichtig. Wir konnten sozusagen auf gleicher Augenhöhe miteinander kommunizieren und dies schwächte zunächst seine generalisierte Abwehr gegen jede Beeinflussung durch das Gegenüber.

Dies führte freilich noch nicht zu einer endgültigen Aufgabe dieser Abwehr, also der negativistischen Haltung. Es gab eine zusätzliche Prüfung sozusagen meiner Nachhaltigkeit, als er dann vier bis fünf Wochen ohne Entschuldigung wegblieb, wobei ich aber gleichzeitig aus dritter Quelle erfuhr, dass der Patient nun seine selbst gemachte Isolierung aufgegeben und sein Studium wieder aufgenommen hatte.

Er meldete sich bei mir nicht von sich aus, sondern ich habe ihn angerufen. Daraufhin sagte er, dass er selbstverständlich wieder gern zu mir kommen würde. Das nächste Mal habe ich gewagt, doch Fragen zu stellen, die sein Verhalten bei mir betrafen. Diesmal war er bereit, mir zu antworten, aber nur zu sagen, er halte nicht viel von diesem psychologischen Arrangement, bei dem der sogenannte Patient auf direkte oder indirekte Fragen des sogenannten Therapeuten Auskunft über Jugend,

Eltern und Beziehungen und so weiter geben soll. Er finde dies alles unnötig; wenn nicht langweilig, so doch ermüdend. Ich habe diese Kritik nicht als einen Angriff, sondern als Zeichen eines zunehmenden Vertrauens zu mir empfunden. Unsere Begegnungen konnten dann relativ regelmäßig und zum richtigen Zeitpunkt fortgesetzt werden.

Die Mutter bedankte sich in einem Brief sehr herzlich, sie sei dankbar, dass es ihrem Sohn offensichtlich gut gehe, sie führe auch mit ihm viele Gespräche. Es erübrigt sich zu sagen, dass ich die ganze Zeit versucht habe, keinen Kontakt zu den Eltern zu haben, so dass ich sie auch noch nicht gesehen hatte.

Ich gewann allmählich den Eindruck, dass wir beide, der Patient und ich, zwischen den Zeilen ein tieferliegendes, aber verbal nicht formulierbares Verständnis hergestellt hatten, und zwar so, als wenn der Patient sagen würde: »Ich habe zwar tatsächlich den großen Wunsch, verstanden zu werden, jedoch ohne dass ich es sage und nicht mal mir selbst eingestehe.«

Diese Übertragungsbeziehung erinnerte mich an die stark ambivalente Beziehung des Patienten zu seiner Mutter, die ihm zwar insgesamt zunächst eine starke Bindung, aber später keine Ablösung und wenig Chancen zur Bildung von Autonomie und Selbstidentität ermöglicht hatte. Er musste alles erkämpfen, manchmal auch mit extremen Maßnahmen, wie das hartnäckige Schweigen, das er anfangs ja auch mir gegenüber geboten hat.

Ich hatte aber das Gefühl, dass ich zu jener Anfangsperiode alle diese meine obigen Überlegungen nicht mitteilen sollte; er würde sie entweder mit Schweigen oder mit halb ironischen Bemerkungen über meine psychoanalytischen »Akrobatismen« beantworten. Der Patient, der jetzt deutlich gelockter und ausgeglichener wirkte, begann zum Teil ernst, zu einem anderen Teil lustig oder sogar sich selbst ironisierend über alles zu sprechen, was er gedacht und getan hatte in den letzten zwei Jahren. Seine Eltern, aber auch seine Freunde waren damals verwundert, aber zum Teil wahrscheinlich auch erschrocken darüber gewesen. Auf meine Frage hin, warum er dies alles getan habe, gab der Patient immer glaubhaft an, dass er das eigentlich nicht wisse. Dies alles sei jetzt vorbei, er konzentriere sich auf sein Studium. Der ein-

zige Bereich, wo er sich weiterhin merkwürdig verhalte (dabei lächelt der Patient), seien seine Beziehungen zu Mädchen, bei denen er eigentlich viel Erfolg habe, die aber zu nichts führten, weil er von einem gewissen Zeitpunkt an, wenn eine richtige Bindung zu entstehen scheine, die Beziehung meistens ohne Begründung auflöse.

Meine vorsichtige Deutung, dass dies wahrscheinlich damit zusammenhänge, dass er Angst habe, er könne »bei einem Mädchen hängen bleiben«, nimmt der Patient nur zögernd an; das ist auch der einzige Zusammenhang, den er bereit ist, in Erwägung zu ziehen. Aber sonst findet er alle seine von ihm jetzt offenen ausgesprochenen besonderen Verhaltensweisen und seine Verrücktheiten grundlos, er könne sie nicht verstehen. Auch sein hartnäckiges über ein Jahr dauerndes Schweigen gehöre dazu.

Diese Weigerung des Patienten, über die Hintergründe seiner damaligen »Verrücktheiten« nachzudenken, erinnerte mich stark an Psychotiker, die nach Abklingen einer akuten psychotischen Episode jene innerhalb der akuten Phasen für den Patienten so zentral bedeutsamen und von starken Emotionen begleiteten Inhalte nunmehr bagatellisieren oder häufiger sogar völlig verneinen. Dabei gewann ich sowohl bei diesen anderen Patienten als auch bei dem hier dargestellten Fall den Eindruck, dass es sich nicht um eine bewusstseinsnahe Verdrängung oder Verleugnung, sondern um eine viel tiefergehende Abgrenzung, Ausstoßung, Verwerfung handelte, die an dissoziative Mechanismen denken lässt.

Die zunächst verbal nicht deutbare psychotische Symptomatik

Die oben geschilderte Relativierung der *Bedeutung* oder schließlich oft auch totale Ignorierung der während der akuten Psychose erlebten produktiven Symptomatik nach dem Abklingen der Psychose kommt häufig vor. Ich erwähne im Folgenden kurz manche andere Fälle, um mit Hilfe dieser zusätzlichen Kasuistik das Phänomen noch näher zu verdeutlichen.

a) Ein 20-jähriger psychotischer Patient glaubte über einen längeren Zeitraum, dass Personen, mit denen er in Kontakt trat, in bemerkenswerter Weise über »Energien« verfügten, mit denen sie den Patienten beeinträchtigten und kleiner machten, wobei er aber in anderen Zeiten selbst über solche Energien verfügte, mit denen er andere Personen beeinträchtigte. Sein Hauptsymptom war aber ein schmerzhafter, recht unangenehmer Druck in seinem After, wie wenn jemand ständig einen Druck von außen ausübte. Der Patient unterbrach seine wiederholte Schilderung dieses Vorgangs mit dem Satz: »Ich bin aber kein Homosexueller.« Meine Versuche, trotzdem das Ganze als eine bedrohliche Penetration zu deuten, musste ich bald aufgeben, weil ich merkte, dass sie auf keinerlei Resonanz seitens des Patienten stießen.

Sowohl dieses Symptom als auch die eingangs erwähnten Beeinträchtigungen durch andere Personen und deren »Energien« klangen im Lauf von etwa vier Monaten innerhalb einer einmal wöchentlich stattfindenden Therapie ab, und zwar vielleicht gerade dadurch, dass ich von einem gewissen Zeitpunkt an alle Deutungsversuche aufgab und mit dem Patienten über seine Beziehungen zu seinen Verwandten, Freunden und Freundinnen relativ gelassen und trotzdem interessiert diskutierte. Die Symptome bildeten sich auch hier zurück, ohne dass sie nachträglich »verstanden« wurden.

b) Eine schizophrene Patientin begann von einem gewissen Zeitpunkt der Behandlung an, immer stärker darunter zu leiden, dass sie meinte, ihr Hals werde ständig dünner; zum Schluss bestand er aus einem Draht, der den Kopf mit dem Körper verband. Auch hier waren alle meine Versuche, die deutliche Symbolik (Abtrennung des Kognitiven vom emotional Triebhaften) zu deuten, ohne jeglichen Erfolg. Im Übrigen konnten wir aber zunehmend besser kommunizieren; zu einem gewissen Zeitpunkt unterbrach sie die Behandlung, aber mehr aus äußeren technischen Gründen, und meldete sich erst nach drei Jahren, um glücklich zu melden, dass es ihr seit zwei Jahren sehr gut gehe, sie habe geheiratet und ein Kind. Auch in einem kurzen

Nachgespräch war von der früheren, sie quälenden psychotischen und kinästhetischen Symptomatik keine Rede.

c) Ein 24-jähriger Mann, der seit drei Jahren in der forensischen Psychiatrie beobachtet und behandelt wurde, weil er in einer akuten Psychose versucht hatte, seinen Bruder und seinen Vater zu töten, beklagte sich vorwiegend über die seit drei Jahren anhaltende Behandlung mit schweren Neuroleptika, und dies, obwohl er glaubte, dass er seit über zweieinhalb Jahren keine psychischen Störungen mehr habe. Sein Zustand wurde auch dort positiv beurteilt, so dass er öfter beurlaubt werden konnte und seit einigen Monaten eine Ausbildung beginnen durfte. In den sechs Monaten, in denen ich ihn in größeren Abständen sehen konnte, versuchte ich etwas über seinen Zustand und seine Erlebnisse während der damaligen akuten Psychose zu erfahren, allerdings ohne Erfolg. Er hat sich nicht geweigert, darüber zu sprechen, aber seine kurzen Schilderungen und Antworten auf meine Fragen waren diffus, wenig aussagend, eher bagatellisierend, und ich gewann den Eindruck, dass auch in diesem Fall der Patient selbst nicht in der Lage war, das Erlebte in Worte zu fassen. Er verhielt sich aber auch darüber hinaus desinteressiert. Aufgrund der spärlichen Informationen war ich trotzdem in der Lage – wenigstens für mich selbst –, eine psychodynamische Hypothese zu formulieren, und zwar dergestalt, dass der Patient in Wirklichkeit einen erweiterten Selbstmordversuch unternommen hatte, bei dem er die von ihm als ambivalent, aber vorwiegend positiv besetzten Personen, Vater und (Zwillings-) Bruder, mitnehmen konnte, er wollte sich einerseits nicht von ihnen trennen, andererseits konnte er sich nicht »erlauben«, für sich allein, selbständig und autonom zu leben. Die Vermittlung eines solchen Verständnisses meinerseits war unmöglich und vom Patienten auch nicht erwünscht.

Diese nachhaltige Distanzierung nach Abklingen der Psychose, gerade auch in solchen Fällen, wie ich hier ausgewählt habe, bei denen nicht nur die manifesten Symptome verschwunden sind, sondern sehr wahrscheinlich auch innere Veränderungen im

positiven Sinne begonnen haben, führte mich dazu, allgemeiner, vorsichtiger mit solchen für mich deutlichen psychodynamischen und psychogenetischen Zusammenhängen umzugehen. Erst das Aufgeben der Versuche, den Fall in unserem von der Neurosen-therapie gewohnten Modus zu verstehen, führte zu Besserung. Ich will diese Beobachtungen und Überlegungen nicht generalisieren, aber wahrscheinlich müssen wir die dissoziative Qualität psychotischer Symptombildung respektieren, anstatt sie zu bekämpfen. Erst dann ist der Patient bereit, die entstehende Beziehung zum Therapeuten zuzulassen, um dadurch einen echten, inneren Fortschritt zu machen.

Diesen Gesichtspunkt muss ich schon deswegen etwas näher erläutern, weil er von großer therapeutischer Relevanz ist.

Viele von uns psychoanalytisch orientierten Therapeuten haben bis jetzt die Vorstellung und Erwartung, dass eine treffende Deutung und Erfassung eines psychotischen Phänomens, wenn sie in geeigneter Weise dem Patienten mitgeteilt werde, eine deutliche therapeutische Wirkung haben würde. Dies entspricht jedoch nicht der Realität der psychotherapeutischen Praxis. »Verrücktheiten« werden durch richtige Deutungen nicht aufgehoben, oder wenn sie es tun, nur darum, weil diese Deutungen auch von anderen, vorwiegend beziehungsrelevanten Interaktionen begleitet werden. Die Patienten sind nicht in der Lage, die für uns durchsichtige Symbolik dieses Vorgangs zu erfassen (oder vielleicht besser: Eine gleichsam dissoziative psychotische Abwehr »schützt« sie vor einer sehr schmerzlichen Wahrnehmung). Im Fall der Patientin, die das Gefühl hatte, ihr Hals wird dünn wie ein Draht, wäre die naheliegende Deutung der Symbolik, eine Trennung von Kognitivem und emotional Triebhaftem in Erwägung zu ziehen. Im Stadium der noch floriden Psychose konnte sie ihre Symbolik nicht begreifen.

Die Patientin wird zwar später diese Besonderheiten des Denkens und Verhaltens als »verrückt« bezeichnen. Dennoch behält sie sie während der akuten Phase bei, weil sie der Aufrechterhaltung der psychotischen Abwehr dienen. Erst im weiteren Verlauf einer gut laufenden Therapie kommt es dazu, dass diese psychotische Abwehr sich erübrigt. Dabei ist es bemerkenswert,

dass zum Beispiel der Wahnhalt oder die Halluzination oder das Erlebnis von äußerer Beeinflussung und so weiter nicht expressis verbis korrigiert und zurückgenommen werden, sondern ihre vorherige große Bedeutung verlieren.

So erklärte eine Patientin, die sich lange Zeit konstant von Agenten der CIA verfolgt gefühlt hat, eines Tages, dass die Agenten nicht wieder erschienen sind. In der nächsten Sitzung meinte sie nun, dass es ihr egal sei, ob sie kommen oder nicht.

Überflüssig werden solche psychotischen Produktionen dann, wenn die intrapsychische Gegensätzlichkeit beziehungsweise die dadurch bedingte Angst, welche ja diese psychotische Abwehr hervorrief, sich zu lockern beginnt und sich zu einer erträglichen Problematik transformiert. Diese Veränderung ist nicht mit Deutungen und Bewusstmachung des Konflikts zu erreichen, sondern vorwiegend mithilfe der Beziehungserfahrungen, die der Patient innerhalb der Behandlung macht und die offensichtlich paradigmatischen Charakter und Funktion haben und dann von entsprechenden günstigen Erfahrungen auch außerhalb der Behandlung gefolgt werden.

Abschließende Überlegungen

Die oben skizzierten Verläufe stellen sehr wahrscheinlich nur einen kleinen Teil der möglichen Variationen des therapeutischen Prozesses bei der Behandlung von Psychosen dar. Die psychoanalytisch-psychodynamische Therapie der Psychose hat als primäres Ziel nicht die Bekämpfung, sondern das Überflüssigmachen der psychotischen Symptomatik, die eigentlich eine Abwehr der dahinterstehenden gravierenden intrapsychischen Gegensätzlichkeit und daraus entstehenden Angst darstellt und als solche auch von uns respektiert werden sollte. Sie kann zunächst nicht durch eine auf die dahinterstehende Problematik hinweisende Deutung behoben werden. Sie kann sich lediglich allmählich erübrigen, sofern sich das Dahinterstehende auf einem anderen Weg lockert und zu transformieren beginnt. Bei einer Behandlung der Psychose mit Psychopharmaka, die oft

(aber nicht immer) »erfolgreich« ist, wird die psychotische Abwehr nicht überflüssig, sondern unmöglich: Wenn man – wie wir – davon ausgeht, dass die Psychose ein dramatischer Abwehrvorgang ist, könnte man hier vielleicht die paradoxe Formulierung wagen: Die Neuroleptika machen den Patienten psychoseunfähig!

Dies ist freilich nicht die optimale Behandlung der Psychose. Das Wesentliche in ihr wird nicht angegangen und es ist zu befürchten, dass es zumindest in vielen Fällen nach Absetzen der Medikamente zu einem Rückfall kommt.

Freilich ist man sehr oft aus praktischen Gründen gezwungen, diese medikamentöse Behandlung zumindest vorübergehend parallel zur Hilfe zu nehmen, um die realen Gefahren und die unerträgliche Angst zu reduzieren. Eine nur psychopharmakologische Behandlung führt allerdings nicht zu einem befriedigenden und die freie Entwicklung des Patienten fördernden Verlauf. Außerdem führt sie nach neuen Ergebnissen – besonders als dauernde sogenannte Prophylaxe – sehr wahrscheinlich zur Schädigung des Gehirns.

Nun ist die psychoanalytisch-psychodynamische Behandlung keineswegs immer oder nur in beschränktem Ausmaß erfolgreich. Die in diesem Beitrag besprochene paradoxe Beendigung von Behandlungen gehört dazu, aber auch die oft in großen Abständen von zwei oder drei Monaten erforderliche lange oder lebenslange Betreuung mancher Patienten, die innerlich keine vollständige Sicherheit und Stabilität erreicht haben. Dennoch, auch diese Fälle können als relativ erfolgreich betrachtet werden, und zwar im Vergleich zu den nicht psychotherapeutisch behandelten Patienten mit unzähligen Rückfällen beziehungsweise erneuten akuter Psychosen trotz dauernder Medikation. Vielleicht werden unsere zunehmenden psychotherapeutischen Erfahrungen in der Zukunft häufig noch bessere Resultate ermöglichen.

Martha Stähelin

Utopie – gedankliche Skizze zur Indikation psychoanalytischer Therapie für psychotische Menschen

Vorbemerkungen

Nicht der Überblick über das von vielen Experten Gedachte und Publizierte steht im Fokus dieses Beitrags. Er konzentriert sich auf die Spurensuche der (bewussten) Gründe und (unbewussten) Hintergründe des Therapeuten und Analytikers, psychotische Patienten zu übernehmen und eine Behandlung trotz aller Widerstände (auch von Seiten der Theorie) und Schwierigkeiten (auch seitens des therapeutischen Paares) durchzuführen. Nicht eine klinische Vignette, vielmehr die in meinen Augen schönste literarische Beschreibung eines psychotischen Zustands soll Ausgangspunkt sein.

»Den 20. Jänner ging Lenz durchs Gebirg. Die Gipfel und hohen Bergflächen im Schnee, die Täler hinunter graues Gestein, grüne Flächen, Felsen und Tannen.

Es war naßkalt, das Wasser rieselte die Felsen hinunter und sprang über den Weg. Die Äste der Tannen hingen schwer herab in die feuchte Luft. Am Himmel zogen graue Wolken, aber Alles so dicht – und dann dampfte der Nebel herauf und strich schwer und feucht durch das Gesträuch, so träg, so plump.

Er ging gleichgültig weiter, es lag ihm nichts am Weg, bald auf bald abwärts. Müdigkeit spürte er keine, nur war es ihm manchmal unangenehm, daß er nicht auf dem Kopf gehn konnte.

Anfangs drängte es ihm in der Brust, wenn das Gestein so wegsprang, der graue Wald sich unter ihm schüttelte, und der Nebel die Formen bald verschlang, bald die gewaltigen Glieder halb ent-