

Beitrag zum Fortbildungstag der NAPP am 28.04.2012 im Michael-Balint-Institut

Hans Schultze-Jena

Was ist anders in der psychodynamischen Arbeit mit Psychosekranken?

Die Andersartigkeit der psychodynamischen Arbeit mit Psychosekranken beginnt schon bei den Vorstellungen, warum Menschen überhaupt an einer Psychose erkranken. Meine Vorredner haben zwar viele Hinweise gegeben, die eine Beziehung zwischen der individuellen seelischen Entwicklung und späterer psychiatrischer Erkrankung nahelegen, aber ich und einige andere hier im Saal erinnern sicherlich noch die Zeiten, in denen die sogenannten endogenen Psychosen definitionsgemäß nichts mit vorherigen Erfahrungen eines Menschen und seinen Reaktionen darauf zu tun hatten (letztere wären dann gleich die exogenen, psychoreaktiven oder auf Intoxikationen zurückzuführenden seelischen Krankheiten gewesen).

Dabei haben wir es mittlerweile offiziell (Folie Vares & Smeets 2012): Einer Arbeitsgruppe um führende Mitglieder der Internationalen Gesellschaft für psychosoziale Ansätze und Therapie der Psychosen ist es gerade gelungen, in einer führenden psychiatrischen Zeitschrift, dem "Schizophrenia Bulletin", eine Arbeit zu veröffentlichen, die einen bedeutenden Einfluß von traumatischen Kindheitserfahrungen auf die spätere Entstehung von psychotischen Erkrankungen nachweist. Liegen in der Vorgeschichte traumatische Ereignisse wie sexuelle Gewalt, physische Misshandlung, Vernachlässigung, emotionale Misshandlung durch Eltern oder Gleichaltrige oder Verlust von Eltern vor, dann besteht ein 2,8 fach erhöhtes Risiko (im 95%-Konfidenzintervall ein ca. 2-4 fach erhöhtes Risiko), später an einer Psychose zu erkranken (Varese u. Smeets et al. 2012).

Das sind ähnliche Verhältnisse, wie sie auch für Borderline-Erkrankungen nachgewiesen sind. Die Untersuchungsergebnisse beweisen natürlich nicht, dass Psychosen allein aufgrund solcher Ereignisse entstehen. Es gibt immer noch eine große Zahl von Patienten, bei denen wir keine traumatischen Vorerfahrungen eruieren können. Aber sie legen doch nahe, dass wir uns routinemäßig genauso gründlich für die frühe Lebensgeschichte und Entwicklung eines psychotisch Kranken interessieren sollten wie bei jedem anderen Patienten.

Weiterhin gibt es Überlegungen, dass viele psychotische Symptome auf Endpunkten eines Kontinuums angesiedelt werden können, auf dessen anderem Ende häufig auch neurotische oder nicht-psychotische Menschen empfinden können.

- *Stimmenhören* wird mittlerweile von vielen Personen reklamiert, die sich nicht als psychotisch krank bezeichnen lassen würden, die sich in Selbsthilfegruppen organisieren, und deren Hörerlebnisse sich bisweilen von einem *Tinnitus* nur schwer differenzieren lassen.
- *Icherlebensstörungen*, die als typisch für schizophrene Psychosen gelten, weisen Ähnlichkeiten zu *dissoziativem Erleben* auf, das Menschen nach Extremlastungen oder in belastenden Konflikten auch ohne Psychose erleben (Moskowitz et al. 2008, Longden et al. 2012).
- *Unangemessene oder fehlende Gefühle* in gefühlsträchtigen Situation oder zu emotional bedeutsamen Themen, bei Schizophrenen gerne als *Parathymie* diagnostiziert, weisen Ähnlichkeiten zur Abwehr aller affektiven Beteiligung posttraumatisch belastungsgestörter Patienten auf.

All das legt nahe, dass es sich bei den o.g. Phänomenen um Erlebensweisen handelt, die sowohl bei psychotisch Kranken als auch bei sog. Gesunden bzw. neurotisch gestörten Menschen vorkommen können. Somit können die Symptome psychotisch Kranker prinzipiell einfühlbar sein, und ich möchte Sie ermuntern, sich darin immer wieder zu versuchen. Freilich können wir damit rechnen, dass wir häufig genug Schwierigkeiten haben, die Beschwerden eines psychotisch Kranken richtig zu verstehen oder nachzuvollziehen, und oft fühlen wir uns in der Beziehung bzw. Kontaktaufnahme unsicher, fremdartig oder rätselhaft, so als ob irgendetwas nicht stimmt. Die alten Psychiater haben dieses Gefühl bereits beschrieben und nannten es Präcox-Gefühl, ein solches Gefühl von Befremden auf Seiten des Psychiaters galt als untrügliches diagnostisches Zeichen für eine Schizophrenie (Rümke 1941). In modernen und auch technisch modernen empirischen Untersuchungen haben Steimer-Krause und Mitarbeiter nachgewiesen, dass schizophren Kranke so hartnäckig abweisende bis feindselige Gefühlsregungen über ihre Mimik und Gestik ausdrücken können, dass dieselben Gefühle nach kurzer Zeit auch im Behandler entstehen (vgl. Steimer-Krause 1994).

Um uns hier nicht entmutigen zu lassen und um nicht der Rationalisierung zu verfallen, die endogenen Psychosen könne man ja sowieso nicht verstehen, sind Teamsitzungen, Fallbesprechungen und Supervisionen so wichtig. Es hilft, zu lesen und zu phantasieren über unsere Erfahrungen mit Kranken, über frühkindliche Lebenssituationen. Es geht oft um Situation, die schwerer als bei neurotischen Patienten auszuhalten sind, die tiefer unter die Haut gehen, die mit schwerer erträglichen Affekten einhergehen – und die immer die Gefahr mit sich bringen, dass Sprechen und Verstehen an eine Grenze kommen und im Sinne der Sicherheit des Patienten gehandelt werden muss (Einweisung, Medikation, besondere Betreuung bis hin zu Zwang).

Wie von den Vorrednern betont geht es oft um traumatische – weil mental nicht adäquat zu verarbeitende – Erfahrungen von Getrenntheit / Verlassenheit / Fehlen eines mütterlichen Containers auf der einen Seite und Überstimulation / Fehlverständnis / emotionalen Missbrauchs bis hin zu sexueller Gewalt auf der anderen Seite, die nicht *erlebt* (mit Denken und Worten zu verarbeiten), sondern vorsprachlich *erlitten* wurden.

Wesentliche und nicht verstandene bzw. gar nicht verbalisierbare Erfahrungen von frühgestörten Patienten können uns in Gesprächen in aller Regel *nicht erzählt* werden, sondern wir sind ihnen durch eine Wiederholung in der Begegnung mit dem Patienten ausgesetzt und können diese allenfalls *fühlen*.

Dabei lohnt es sich manchmal besonders darauf zu achten, *wie* etwas erzählt wird, anstatt nur darauf, *was* uns ein Patient erzählt. Wenn ich mich mit einem anderen Menschen unterhalte, könnte ich auf so viele Dinge neben dem reinen Informationsaustausch mit Worten achten! Es geht damit los, dass wir uns abstimmen müssen, wer anfängt zu reden und wer erstmal zuhört. Während eines Redebeitrags eines der beiden Beteiligten findet idealerweise eine kontinuierliche Vergewisserung statt, ob der andere noch folgen bzw. zuhören kann. Wir achten auf die emotionale Resonanz unserer Erzählung im Gegenüber, dosieren unser Sprechtempo danach, was der andere zu empfinden signalisiert, suchen unsere Äußerungen zu verstärken oder abzumildern je nach dem, wie wir beim anderen "ankommen". Aus all dem wird klar, dass sehr viele Informationen über das *Wie* der Kommunikation permanent ausgetauscht werden müssen, damit eine erfolgreiche und befriedigende Verständigung gelingt. Wir können mit Worten erschlagen werden, wir können selbst "wegdissoziieren", wenn wir nicht mehr zuhören können bzw. nicht aushalten können,

was uns erzählt wird, wir können selbst keinen Fuß in die Tür bekommen – sprich selbst nicht zu Wort kommen, und: wir können glücklich sein, wenn all diese Dinge nicht passieren, sondern wir uns gut auf einander abgestimmt verstehen.

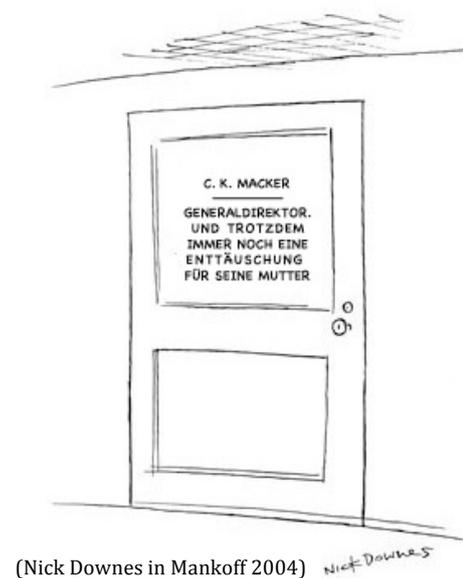
Kommunikation mit psychisch Kranken kann befremdlich wirken, weil auf diesem non-verbalen Kanal widersprüchliche Botschaften kommuniziert werden, die zum Gesagten kaum passen.

Die Filmbeispiele über das still-face-Experiment mit nicht reagierender Mutter auf der einen Seite und über das face-averting Kind bei depressiv überbemühter Mutter auf der



anderen Seite stellen da wieder extreme Gegensätze dar, und die meisten Erfahrungen verlaufen vielleicht dazwischen. Dies ist der Bereich der sogenannten Doppelbotschaften, z.B. mehr oder weniger subtil geäußelter Vorwürfe oder rücksichtloser Bedrängung eines offensichtlich verschüchterten Mannes. Man kann sich überlegen, wie es dem Herrn Macker wohl als Kind mit seiner Mutter gegangen ist, wenn er sich so ein Türschild schreiben muss.

Wenn wir solche Situationen von außen sehen, wie bei Betrachtung dieser Witze, können wir lachen, aber selbst darin zu stecken und nicht über ein Denkvermögen zu verfügen, um sich



angemessen wehren zu können, ist beklemmend.

Eine immer wieder bei schizophren erkrankten Patienten gefundene Störung betrifft die Selbst-Objekt-Differenzierung, die Abgrenzung zwischen Selbst und Objekt, die Selbstdefinition; entsprechend der gefährdeten Abgrenzungsfähigkeit ist auch die Definition alles Eigenen erschwert, und dies ist mit erheblicher Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls verbunden. Die Brüchigkeit des Selbstwertgefühls bzw. besondere narzisstische Verletzlichkeit bringt es mit sich, dass diese Patienten sich sowohl in Situationen großer Nähe wie in der Distanz zum Objekt gefährdet erleben, da sie sich entweder der Definitionsmacht ihres Gegenübers bzw. in der Abhängigkeit schutzlos ausgeliefert oder sich in der Getrenntheit vom Objekt verloren und in der Einsamkeit desintegriert fühlen (s. u.a. Lempa 1995).

Lempa erklärt 2007: "Bei diesem Dilemma geht es um die Unfähigkeit, man selbst zu sein, wenn man mit anderen in Kontakt tritt. Man kann sich autistisch isolieren, es entsteht eine kosmische Einsamkeit, oder man lässt sich auf andere ein, ist dann aber mit einer anderen Form des Selbstverlustes durch die Gefahr der Fusion [wohl eher: der Überwältigung und Dominanz bzw. Einverleibung] konfrontiert. Man hat also keinen eigenen psychischen Raum, der von anderen abgegrenzt ist und in dem man sich mit anderen konstruktiv austauschen kann. Man wagt oft nicht einmal zu wissen, was man fühlt, spürt oder [man] denkt, dass dies einer unerträglichen Trennung gleichkommt, und man kann sich auch nicht so richtig auf andere einlassen, etwa wirklich hinhören, was der andere sagt, weil man dann Gefahr läuft, sein Eigenes zu verlieren und sich im anderen aufzulösen.

Dies entspricht auch einer Unfähigkeit zur Affektregulation. Eine zu enge Bindung an ein lebenswichtiges Objekt erlaubt es nicht, seine Wünsche und Affekt und Triebe zu erleben, da dies eine tödliche Gefahr der Trennung bedeuten würde. Man kann den anderen nicht angreifen, etwas von ihm wollen, und seine Wünsche und Affekte in unterschiedlichen Intensitäten erproben. Es fehlt die Erfahrung, dass man ganz lebendig und ganz man selbst sein kann, ohne dadurch in katastrophische Ängste zu fallen. Affekte und Triebe werden entweder gelöscht oder wachsen zu unregulierbaren Intensitäten an.

In den Beziehungen der später Erkrankten liegen durchgehend bereits seit der Kindheit zu einengende oder zu unabgegrenzte Beziehungen vor – oft eine Art Wechsel zwischen beidem. Man hat entweder keinen psychischen Raum oder kein Gegenüber. Dies wird von vielen Autoren mit Begriffen wie symbiotische Beziehung, Kollusion, Verwicklung oder Verzahnung beschrieben." (Lempa 2007).

Ein Problem der Bezeichnung dieser Störung als "Nähe-Distanz-Konflikt" oder gar "schizophrener Grundkonflikt" liegt darin, dass es sich in der Regel um einen bewusst oder unbewusst gar nicht symbolisch repräsentierten Konflikt handelt, sondern sich die Störung präsymbolisch und deshalb dem Denken und Träumen kaum zugänglich repräsentiert findet. Es handelt sich hier also nicht um den Konflikt zwischen vollständig ausgebildeten, reifen Instanzen, wie er uns aus neurotischen Störungen bekannt ist, es geht z.B. nicht an erster Stelle um den Gegensatz zwischen Triebimpulsen und entgegenstehenden Über-Ich-Verboten.

Die Auseinandersetzung um richtige Nähe bzw. richtige Distanz in einer Behandlung muss immer wieder neu und u.U. sehr feinfühlig geführt werden, und sie kann sehr heikel sein.

Beispiel gestrichen

Ein weiteres Hindernis vor einem Verständnis psychotisch Kranker liegt im Abwehrmechanismus der Spaltung, der bei uns wie beim Patienten wichtige Dinge so unzugänglich macht, dass wir zunächst regelrecht im Dunkeln tappen. Ich denke, Spaltung bei schizophrenen Psychosen ist besonders hartnäckig und unüberwindbarer ist als bei Persönlichkeitsstörungen. Jedenfalls sehen wir nicht so häufig das raschere Alternieren von scheinbar unverbundenen Persönlichkeitsanteilen oder Einstellungen und Gefühlen, wie Borderline-Patienten es uns mit dem pathognomonischen Wechselbad von Übertragungsangeboten präsentieren; damit machen sie uns ja auch regel- mäßig mit beiden Seiten dies- und jenseits ihrer Spaltung vertraut. Die Spaltung als Abwehrmechanismus bei Patienten mit schizophrenen Psychosen wirkt durchgängiger, und Pat. lassen meist nicht freiwillig zu, dass die "abgespaltene" Seite erkannt wird. Ich denke, in Anerkennung dieser Tatsache haben Psychiater die Kunst der "Exploration" entwickelt, mit der es erfahrenen Kollegen gelingt, pathologische Phänomene zu entdecken, die der naive Gesprächspartner über lange Zeit nicht wahrnimmt. Als psychodynamisch arbeitende abstinente Therapeuten lehnen wir eine

psychiatrische Exploration zunächst vielleicht als ein zu übergriffiges und die Übertragung einschneidend veränderndes Instrument ab. Allein mit gleichschwebender Aufmerksamkeit und der Aufforderung an den Patienten, entsprechend der Grundregel der Psychoanalyse frei zu assoziieren, bleiben psychotisch abgespaltene Phänomene jedoch u.U. zu lange verborgen. Wenn wir Verantwortung in der Behandlung psychotisch Kranker übernehmen, müssen wir u.U. einmal aktiver nachfragen (nach dem Inhalt kommentierender oder imperativer Stimmen, nach Suizidalität).

Beispiel gestrichen

Hier lassen sich natürlich eine ganze Reihe weiterer Schwierigkeiten demonstrieren, die ich aber nicht mehr näher erläutern kann: die Tendenz zum konkretistischen Denken (Auszug, Verlassen der "Behausung", Suche nach Fusion / Zusammenziehen) bzw. die gestörte Symbolisierungsfunktion (Segal 1957). Damit einher geht auch die Störung des psychischen Raumes für freie und kreative Gedanken, wie sie für eine psychotherapeutische Arbeit unabdingbar sind.

Psychotische Abwehrmechanismen wie Spaltung und exzessive Projektion bzw. projektive Identifizierung beeinträchtigen die Funktionsweise des Ichs dergestalt, dass der psychische Raum für das Denken beeinträchtigt wird. Symbole und Probehandlungen auf der einen Seite können nicht mehr sicher genug von Gegebenheiten in der äußeren Realität oder Triebwünschen aus der inneren Welt auf der anderen Seite unterschieden werden. Es kann nicht mehr ausreichend gedacht / überlegt werden. Die Unterscheidung zwischen innen und außen, zwischen Selbst und Objekt ist gefährdet.

Psychotische Produktivsymptomatik wie wahnhaftige Beziehungssetzungen oder Halluzinationen können psychoanalytisch verstanden werden als Versuch, *nach* einem seelischen Zusammenbruch mit Fragmentierung des seelischen Apparats einen erneuten sinnvoll erscheinenden Bezug zur Welt herzustellen (Freud 1924b, 1924e). Diese vor fast 100 Jahren auf der Basis klinischer Beobachtungen entwickelten Überlegungen finden mittlerweile Bestätigung in neurowissenschaftlichen Untersuchungen (vgl. hierzu die Übersichtsarbeit von Schüßler 2004): Der Wahrheits-Wahrnehmungscharakter von Produktivsymptomen wird z.B. mit funktioneller MR-Tomographie unterstützt, die die Aktivierung der gleichen Hirnregionen also der

Sehrinde und des Hörzentrums nachweist, egal ob jemand wirklich sieht und hört oder ob er optisch oder akustisch halluziniert. Weiterhin ist nachgewiesen, dass Erregungswege, die normalerweise in der Reihenfolge Wahrnehmungsorgan, Leitungsbahn, spezifische Hirnareale wie Sehrinde, emotionale und höhere kognitive Verarbeitungszentren verlaufen, auch in umgekehrter zeitlicher Reihenfolge Erregungen ausbilden können: Augen nehmen nicht nur Sinnesreize auf, die dann zentralnervös verarbeitet werden, sondern sie können auch innere Bilder ausstrahlen und projizieren (was durch umgangssprachliche Äußerungen, dass Blicke töten können, durchdringend oder stechend sind, ebenfalls zum Ausdruck kommt). Klinisch ist diese Umkehrbarkeit der Funktionen von Bion und Meltzer beschrieben worden (Heymanns 2005).

Die psychiatrisch zu beobachtende Symptomatik stellt analytisch gesehen also bereits den Versuch eines Kranken dar, das eigentliche Krankheitsereignis, den seelischen Zusammenbruch, zu kompensieren oder zu reparieren. Ähnlich wie bei neurotischen Symptomen lassen psychotische Symptome oft Rückschlüsse auf zugrundeliegende Konflikte und Strukturen zu.

Beispiel gestrichen.

Eine frühe Beziehungsstörung zwischen Mutter und Kind taucht im weiteren Leben der Pat. und in Beziehungen zu anderen wichtigen Menschen wiederholt auf und ist so schmerzhaft, dass sie häufig schon psychotisch abgewehrt ist.

Literatur:

Freud Sigmund (1924b[1923]) Neurose und Psychose. S. 331-337 in: Studienausgabe Bd. 3. Psychologie des Unbewußten. Fischer Tb, Frankfurt 1975

Freud Sigmund (1924e) Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose. S. 355-361 in: Studienausgabe Bd. 3. Psychologie des Unbewußten. Fischer Tb, Frankfurt 1975

Lempa Günter (1995) Zur psychoanalytischen Behandlungstechnik bei schizophrenen Psychosen. Forum der Psychoanalyse 11:133-149

Lempa Günter (2007) Überlegungen zum Verständnis und zur Behandlungstechnik der schizophrenen Psychose. Forum der Psychoanalytischen Psychotherapie Band 17, 68-83.

Mankoff Robert (ed) (2004) The Complete Cartoons of The New Yorker. Black Dog & Leventhal Publishers, New York

Moskowitz A, Schäfer I, Dorahy MJ (Hg.) (2008) Psychosis, trauma and dissociation. Emerging perspectives on severe psychopathology. Wiley-Blackwell, Chichester

Rümke HC (1941) Das Kernsymptom der Schizophrenie und das "Praecoxgefühl". Nederl. Tijdschr. Geneesk., 4516-4521 referiert durch F. Geelen (1942) Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 102:168f.

Schüßler G (2004): Neurobiologie und Psychotherapie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 50, 406-429

Segal Hanna (1957) Notes on symbol formation. International Journal of Psycho-Analysis 38:391-397. Auch in: The Work of Hanna Segal. A Kleinian Approach to Clinical Practice – delusion and artistic creativity & other psychoanalytic essays. Free Association Books/Maresfield Library, London 1981/1986. Auch in: Spillius Elizabeth Bott (Hg.): Melanie Klein Today. Developments in theory and practice. Vol. 1: Mainly Theory. Tavistock/Routledge, London 1988. Auf deutsch: Anmerkungen zur Symbolbildung. In: Wahnvorstellung und künstlerische Kreativität. Ausgewählte Aufsätze. Klett-Cotta, Stuttgart 1992

Steimer-Krause E (1994) Nonverbale Beziehungsregulation in Dyaden mit schizophrenen Patienten - ein Beitrag zur Übertragungs-Gegenübertragungs-Forschung. S. 209-228 in Streeck U, Bell K (Hg.): Die Psychoanalyse schwerer psychischer Erkrankungen. Konzepte - Behandlungsmodelle - Erfahrungen. Pfeiffer, München

Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveer R, Lataster T, Viechtbauer W, Read J, Os J van, Bental RP (2012) Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. Schizophrenia Bulletin doi:10.1093/schbul/sbs050, Advance Access published March 29, 2012