

Einmal vor, einmal z`rück, darin liegt mein ganzes Glück*Ein Potpourri über Dynamik und Therapie von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis*

Vortrag im SAP am 14.3.2016

Die Bezeichnung Potpourri, „verdorbener Topf“, leitet sich davon ab, dass Gefäße mit ihrem porösen Scherben die Duftstoffe aufnehmen und in den Raum abgeben, welcher dann seine ganz eigene und individuelle Note bekommt.

Nun, ich glaube, dass wir alle, die therapeutisch arbeiten, auf Grund unserer Ausbildungen, Erfahrungen und theoretischen Beschäftigungen mit Konzepten von verschiedensten Autoren, so unsere individuelle Note haben.

Ich arbeitete 10 Jahre auf der geschlossen geführten Aufnahmestation der CDK, für Frauen. Damals hieß sie noch Frauenbeobachtungsstation.

Immer, wenn man die Türe zur Station aufschloss, kam einem ein unangenehmer Geruch entgegen. Abgestandene Luft, die Fenster konnten höchstens eine Handbreit gekippt werden. Viele, zu viele Frauen im wahrsten Sinne eingesperrt.

Die Stimmung war meist eine "aufgeregte". Die Frauen hatten Angst, waren entsetzt, verzweifelt, wütend, empört, oder hoffnungslos.

Wenn man die Station betrat, galt es schnell die Türe hinter sich zuzudrücken, denn es waren meist sechs bis sieben Frauen, die sich um und an einen drängten, um "hinaus" zu gelangen, oder in mir zumindest die Möglichkeit phantasierten, in die ersehnte "Freiheit" zu kommen.

Die Aufgabe als Psychotherapeutin bestand darin, zu versuchen in Kontakt zu kommen. Ein Großteil der Patientinnen war akut psychotisch. Sie halluzinierten, hörten Stimmen und waren in ihrem Wahn so "bei sich", dass die Kontaktaufnahmen oft sehr anstrengend und mühsam waren.

Ich glaube, es war Karl Jaspers, der einmal über Gedankentürme schrieb, die nicht der Realität entsprechen, weil niemand dazwischen kommt.

Die oft zwangsweise beigebrachten Medikamente verschafften den Patientinnen einen gewissen Abstand zu ihren Wahnvorstellungen, und sie konnten etwas in Beziehung

treten. Sie konnten dann über ihre Ängste, ihre paranoiden Gedanken, oder ihr Leben als solches sprechen.

In dieser Zeit war es möglich, einen psychotherapeutischen Zugang zu bekommen.

Die Aufenthalte auf der Station waren durchschnittlich vielleicht zehn Tage.

Die antipsychotische Medikation brachte zumeist die gewünschte Wirkung (und oft auch die nicht gewünschte Nebenwirkung)

Ich begann mich für jene Patientinnen zu interessieren, die trotz guter Verträglichkeit die antipsychotische Medikation immer wieder absetzten. Es musste also einen Grund geben, den Wahn nicht "hergeben" zu wollen, respektive den Wahn für etwas "Anderes" eintauschen zu wollen. Etwas, das ich unbedingt verstehen wollte.

So begann ich mich mit Konzepten der Dynamik von Psychosen zu beschäftigen, welche in der kürzesten Form und höchst subjektiver Auswahl in diesem Artikel dargestellt werden.

Drei psychoanalytische Erklärungsmodelle, welche Freud entwickelt hatte, und von Schwarz 1987, und Hartwich 1999, spezifiziert wurden:

1. Die Abwehrmechanismen von Neurosen wurden denen der Schizophrenie gleichgesetzt. Der Begriff der psychotischen Abwehr wurde zusätzlich formuliert und der Abwehrmechanismus der Projektion rückte, wie im Fall Schreber, in den Vordergrund, um die Wahnbildung zu erklären.
2. Die Libido regrediere bei Schizophrenen weg vom Objekt, mit einer entsprechenden Ich-Überladung, in das Ich hinein.
3. Im Konflikt zwischen Ich und Außenwelt nahm Freud eine Ich-Spaltung an.(vgl. Hartwich 2006)

Freud nahm an, dass der Wahn ein möglicher Ausdruck eines Heilungs- und Rekonstruktionsversuches der Psyche war.

1924 schreibt Freud: „Die wichtigste genetische Differenzierung zwischen Neurose und Psychose: Die Neurose ist der Erfolg eines Konflikts zwischen dem Ich und seinem Es, die Psychose aber der analoge Ausgang einer solchen Störung in den Beziehungen zwischen dem Ich und der Außenwelt...“ (S. 387) „Über die Genese der Wahnbildungen haben uns einige Analysen gelehrt, dass der Wahn wie ein aufgesetzter Fleck dort gefunden wird, wo ursprünglich ein Einriss in der Beziehung des Ichs zur Außenwelt entstanden war. Wenn die Bedingung des Konflikts in der Außenwelt nicht noch weit auffälliger ist, als wir sie jetzt erkennen, so hat dies seinen Grund in der Tatsache, dass im Krankheitsbild der Psychose

die Erscheinungen des pathogenen Vorgangs oft von denen eines Heilungs- oder Rekonstruktionsversuches überdeckt werden." (S. 389)

Bezüglich der Behandlung aber befand er die PSA für ungeeignet, da er Schizophrene für nicht übertragungsfähig befand.

Dazu Benedetti: "Auch heute noch stellt man fest, dass das ursprüngliche psychoanalytische Verfahren, in dem der Therapeut kein realer Partner des Patienten sein will und deshalb hinter ihm sitzt und nur noch Spiegel seiner Übertragung ist, damit er diese erkenne und auflöse, kontraindiziert ist - weil der derealisierte Schizophrene im Therapeuten besonders ein Realitätsobjekt braucht. Seine Beziehung zu ihm darf nicht nur eine auf die Vergangenheit durchsichtige sein, sondern muss auch Gegenwartsakzente haben." (Benedetti, 1987, S.124)

Psychopathologische Symptome, wie Halluzinationen und Wahn, erklärte Federn auf der Basis eines seiner wichtigsten Begriffe, nämlich der Ich- Grenze, die bei Schizophrenen lückenhaft sein oder gar zusammenbrechen könne.

Hinsichtlich der Therapie bei psychotischen Patienten ging es Federn darum, das Ich-Gefühl zu stärken, und die Ich-Grenzen wieder her zu stellen, in dem die zerfallenen Gegenbesetzungen wieder aufgebaut und insgesamt die Abwehrmechanismen wieder zurückgewonnen werden. Er kehrte Freuds Satz, "wo Es war, soll Ich werden" für Psychosen um in "wo Ich war, soll Es werden" und meinte damit: " Was Ichbereich geworden ist, soll dem Es zurückgegeben werden."(Federn, 1956, S.153)

Ich glaube, eines der ersten Bücher, das ich bezüglich Psychosen las, war "das geteilte Selbst" von Ronald Laing - und beim Vorbereiten dieses Vortrages habe ich bemerkt, dass es mich in gewisser Weise mehr beeinflusst hat, als mir das vorher bewusst war.

"Die Wissenschaft von Personen ist eine Studie menschlicher Wesen, die ausgeht von Beziehungen zum anderen als Person, und zu einer Darstellung des anderen, immer noch als Person, gelangt."(Laing, 1976, S. 17)

Das zentrale Anliegen der Laing'schen Phänomenologie besteht darin, psychotisches Erleben aus dem In-der-Welt-Sein des Betroffenen, also aus der ursprünglichen Erfahrung des Menschen herzuleiten, der seine Existenz immer in Beziehung zu anderen, zu einem individuell bedeutsamen Kontext erfährt und konstituiert.

Das isolierte Selbst ist eine fiktive, reduktionistische Annahme. Der Mensch ist wesensmäßig immer "in Beziehung zu" relevanten Gegebenheiten seines Lebensumfeldes orientiert.(vgl. Lütjen, 2007) Die vom Selbst erlebte Bezogenheit auf den

Anderen, dessen Haltung wieder auf die eigene Befindlichkeit und Identität, auf die Erfahrung der eigenen Person, zurückwirkt, steht im Fokus der Laing'schen Analysen. Laut Laing muss man das Verhalten eines psychisch auffälligen Menschen als Ausdruck seiner bedrohten oder beschädigten existenziellen Befindlichkeit sehen.

Nun könnte man sich fragen, – bei schrecklichen Symptome, wo ich mich , im wahrsten Sinne, in "grenzenloser" Angst befinde, wo ich verfolgt, ununterbrochen ausspioniert, mich durch fremde Stimmen abwertend kommentiert, durch mein Leben quäle, - wie kann das ein Ausdruck meiner Befindlichkeit sein?

Laing antwortet: "Unser Meinung nach stellen dabei ohne Ausnahme Erfahrungen und Verhalten, wenn sie als schizophren gelten, eine spezielle Strategie dar, die jemanden erfindet, um eine unerträgliche Situation ertragen zu können."(Laing,1975, S104) - und ich möchte betonen: eine also noch unerträglichere als die gequälte psychotische Position. Es gibt Menschen, die nicht das Gefühl einer sicheren Existenz haben, die sich eher unreal als real fühlen, eher tot als lebendig, vom Rest der Welt diffus abgeschnitten, "sodass Identität und Autonomie immer in Frage gestellt sind" (Laing, 1976, S35)

Was für die meisten Leute als alltägliches Geschehnis erlebt wird, das wegen seiner Bedeutungslosigkeit kaum beachtet wird (z.B. von einem fremden Menschen angeschaut zu werden) kann bei Personen in ontologischer Unsicherheit immense Bedeutung erlangen, da es das individuelle Sein mit Auflösung, Zersplitterung, mit "Nicht-Sein" bedroht.

Laing beschreibt 3 Formen der Angst, die aus dieser ontologischen Unsicherheit resultieren.

Angst vor dem Verschlungenwerden: Ein Mensch mit einer labilen Identität hat immer besondere Probleme, diese Identität gegenüber einer anderen Person aufrecht zu erhalten. Jede Beziehung zu einem anderen Menschen kann somit zu einer Bedrohung, zu Angst vor dem Verlust der eigenen Autonomie führen.

Angst vor der Implosion: das Eindringen fremder Realitäten in die persönliche Erlebniswelt kann auch als Implosion erfolgen, wenn sich das betroffene Individuum vollkommen leer, als absolutes Vakuum empfindet. Die Realität bricht in das Individuum ein wie Gas in ein Vakuum.

Angst vor der Petrifikation: Hier sind extreme Reaktionsformen gemeint, die so verstanden werden können, dass die betroffene Person auf Erfahrungen, als Ding, als tot behandelt zu worden zu sein, antwortet. Um der Gefahr vorzubeugen, von anderen als tot oder versteinert behandelt zu werden, verwandelt sich die Person selbst in ihrem Erleben in

etwas Dinghaftes, etwas Versteinertes. Dieser Verzicht auf Lebendigkeit und Autonomie ist dann ein letztes Mittel, eben die persönliche Identität und Autonomie zu sichern. Andere können sie in der versteinerten Form nicht mehr angreifen.(vgl. Lüftjen)

Schizophrene Erfahrung und Verhalten stellen in Laings Psychosebild "eine spezielle Strategie dar, die jemand erfindet, um eine unerträgliche Situation ertragen zu können" (Laing, 1975, S.104)

In einer Psychose versucht ein Mensch, angesichts einer äußerst belastenden Lebenssituation sich selbst und seine Identität so weit aufrecht zu erhalten, dass er oder sie sich noch irgendwie als intaktes, ganzheitlich empfindendes oder handelndes Wesen erleben kann. Das Individuum versucht somit in der Psychose, seinem psychischen Untergang, der durch zerstörerische Lebensverhältnisse droht, zuvor zu kommen. Insofern beurteilt Laing diese identitätsschützenden und selbst rettenden Strategien, so bizarr sie nach außen auf uns wirken mögen, als "gesünder" und heilsamer, als das Aushalten unerträglicher und schädigender Lebenssituationen.

Im Sinne Sartres, dass das Individuum sich seinen Sinn schafft, kann man psychotische Symptome als individuelle Bemühung sehen, "aus einer sinnlosen Situation(..) etwas Sinnvolles zu machen" (Laing&Esterson 1975, S.305).

In dem Bemühen die psychotischen Patientinnen besser zu verstehen, fuhren wir regelmäßig nach München, zu den sogenannten "Psychoseseminaren".

Dort hatte ich meine erste Begegnung mit Benedetti, welcher sich auf einer biologisch-somatischen Grundlage bezog, aber die inneren Erlebnisdimensionen der psychosekranken Menschen betonte. "In der langen Kette, die die pränatale und auf Vererbung beruhende biologische Disposition mit den Symptomen verknüpft, die sich wiederum als geistiges Phänomen auf der psychischen Ebene artikulieren, gibt es eine Menge zusätzlich sich einschleibender psychologischer Faktoren, die auf den verschiedensten Kausalitätsebenen liegen"(Benedetti,1987, S.86)

Nach Hartwich und Grube betont er im Erleben den Ich- Zerfall, Ich-Auflösung und die Ich-Fragmentierung. Er spricht von einer Vernichtung des Ichs, von einem Erleben der Ich-Desintegration und der Leere.(vgl. Hartwich und Grube, 1999)

In diesem Zusammenhang erinnere ich mich an einen Patienten, der während eines Einkaufes von entsetzlicher Angst überwältigt wurde, und auf der Stelle das Geschäft verlassen musste. Er berichtete mir anschließend, dass er das Gefühl hatte, die Erde wäre eine Scheibe, und er könne jederzeit von dieser herunterfallen.

Die schizophrene "Grundabwehr" eines solchen Erlebens sei bei Benedetti zweifach:

" Einerseits erfolgt sie durch den Autismus als Versuch, sich abzuschließen, und aus der inneren Spaltung eine private symbolische Eigenwelt zu schaffen, andererseits besteht sie aus der Projizierung der negativen Selbstanteile auf die Umwelt, in der dann Mächte der Verfolgung, Beeinflussung, und Entfremdung entstehen"(Benedetti, 1987, S.148)

Er bezeichnet "3 grundlegende Situationen", welche die schizophrene Psychose strukturieren und in ihren Symptomen vorhanden sind:

- ° der Rückzug aus der sozialen Welt
- ° die autistische Suche nach dem eigenen Selbst
- ° die Spaltung des Selbst

Der Rückzug geschieht nicht nur aus dem Gefühl heraus, inkompetent für die Auseinandersetzungen mit den Alltagsnotwendigkeiten zu sein, "sondern auch durch eine fortschreitende Unfähigkeit, sich von allen Objekten abzugrenzen" (Benedetti, 2002, S.15).

Der Schizophrene hat "keinen Platz im anderen und die anderen keinen Platz in ihm". Damit ist das schizophrene Dilemma der Ort- und Beziehungslosigkeit im sozialen Lebensraum auf den Punkt gebracht. In dieser haltlosen Situation versucht der Patient "verzweifelt, sich durch ständige Selbstdefinitionen, des eigenen Zustands, der immer wahnhafter und konfuser wird, ein Gesicht zu geben... Je mehr der Patient sich allein erforscht, umso weniger findet er über seine eigenen Gedanken heraus".(Benedetti, 2002, S.17)

Die meisten Autoren beschreiben die schwach ausgeprägten Ich-Funktionen. Die Etablierung einer stabilen Ich- Struktur und einer stabilen Repräsentation der Außenwelt bedingen einander. Es gibt kein Ich ohne Objekte und keine Objekte ohne Ich.

Das Individuum kann aufgrund der mangelhaft entwickelten Struktur kein abgesichertes Bild seiner Objekte aufbauen und dementsprechend natürlich auch kein ausgewogenes Maß von Nähe und Distanz zu diesen Außenwelt- Objekten. Linnemann und Rohlf's beschreiben dies anschaulich unter dem Begriff "Objektdistanz". Hiermit ist der Grundkonflikt des Subjekts in seiner schizophrenen Thematik beschrieben: das Angewiesen sein auf "Objekte" seiner Umwelt und die gleichzeitig Gefahr der Bedrohung und Vernichtung durch sie.

Mich persönlich hat wahrscheinlich Stavros Mentzos am meisten beeinflusst, welcher auch immer wieder bei den bereits erwähnten Münchner Psychosestagen vortrug.

Psychotische Symptome stehen gehäuft in Zusammenhang mit bestimmten äußeren oder intrapsychischen Veränderungen, das können nicht nur Trennungen oder Verluste, sondern auch intensive Annäherungen und Liebschaften sein.

Hieraus leitet Mentzos die differenzierte "psychodynamische Hypothese" ab, dass die in psychotischen Entwicklungen "deutlich werdende Vulnerabilität nicht allgemein gegenüber irgendwelchen Belastungen besteht, sondern sich speziell auf diejenigen bezieht, die mit emotionalen Beziehungen zusammenhängen und die wahrscheinlich sehr schwach gebildeten Selbst- und Objekt-repräsentanzen überfordert"(Mentzos,1991, S.21)

Dies ist eine Eingrenzung des in der Sozialpsychiatrie verbreiteten Begriffs der Vulnerabilität (wie sie z.B. Ciompi versteht, oder sie in der VT benützt wird)

Er nimmt eine biologische Grundkonstellation an, die er als "Übersensibilität" bezeichnet. Das gefällt mir gut. Wenn man mit KlientInnen arbeitet und wenn man sie auf ihre ganz hohe Sensibilität aufmerksam macht, dann ist das wertschätzend und annehmbar.

Mentzos stützt sich dabei auf eine finnische Adoptivkinder-Untersuchung, wobei der Einfluss der Umgebung, bei weitem viel größer ist, als man angenommen hatte. (vgl. Mentzos 1999b)

Er geht nicht von einer anzunehmenden Ich-Defizienz aus, sondern hat einen typischen Grundkonflikt für die schizophrene Erkrankung herausgearbeitet und betont dabei, dass mit dem Terminus "Konflikt" nicht der "reife" Konflikt gemeint sei, wie man ihn bei Neurosen antrifft. Dieser besteht in einer "elementaren Gegensätzlichkeit mit dilemmatischem Charakter bei gegenseitig sich ausschließenden selbstbezogenen und objektbezogenen Tendenzen"(Mentzos, 2001, S34)

Was er damit genau meint, wird von Lütjen beschrieben:

Für Mentzos sind psychotische Symptome nicht kognitive Störungen, biochemische maligne Veränderungen, oder unwiederbringliche Defekte. Sie sind als Reaktionen zu betrachten, welche auf Grund unerträglicher Impulse auftreten, und "stellen - in eher subjektorientierter Begrifflichkeit - eine Kompensierung oder einen Bewältigungsversuch dar zur Linderung von Spannungen, Ängsten, Scham- und Schuldgefühlen, Minderwertigkeitsgefühlen und Identitätsdiffusion, zu denen das Individuum in seiner subjektiven Not greift, weil ihm andere psychische Mechanismen zur Zeit nicht zur Verfügung stehen."(Lütjen, 2007, S.103)

Sehr vereinfacht ausgedrückt bedeutet es:

Psychotische oder an Schizophrenie erkrankte Menschen haben einen wesentlichen inneren Grundkonflikt: sie wollen, wie wir alle, kommunizieren, an lebendigen Beziehungen teilnehmen – aber dann passiert folgendes:

Nähern sie sich innerlich jemandem an, d.h. sie wenden sich dem Objekt, ihrem Gegenüber zu, das kann z.B. ein Mitbewohner oder die Therapeutin sein. Dabei können sie das innere Gefühl entwickeln mit dem Gegenüber zu verschmelzen;

Mentzos nennt das Objektfusion. Das heißt für den Klienten er löst sich innerlich auf – ein schrecklich beängstigendes Gefühl. Der Klient versucht sich unbewusst zu retten. Er verweigert innerlich die Beziehung, zieht sich unbewusst zurück, wodurch er plötzlich das Gefühl bekommen kann nicht mehr zu existieren. Das wird von Mentzos Objektlosigkeit bezeichnet. Und so macht das Hirn eigentlich etwas Geniales, um dieses Gefühl wegzubringen: es generiert z.B. einen Verfolger, oder eben einen Verfolgungswahn – dann existiere ich plötzlich wieder, denn im Wahn geht es immer um mich.

Und das bezeichnet Mentzos als schizophrenen Grundkonflikt.

Objektfusion versus Objektlosigkeit.

Die psychotische Symptomatik als kompromisshafte Ersatzbefriedigung: Dies führt jedoch nicht zur Auflösung der problematischen Lage des psychotisch reagierenden Menschen, da die grundlegenden Bipolarität unangetastet bleibt:

"Der Betreffende behält gleichzeitig sowohl seine Sehnsucht nach Vereinigung mit dem Objekt als auch seine Angst, dabei sein Selbst zu verlieren. Und dieser Gegensatz wird bei jeder neuen Beziehung, auch im Erwachsenenalter, immer von neuem aktualisiert. Der zukünftige Patient hat nicht nur Angst vor einem Selbstverlust (in einer Beziehung), sondern auch Angst (im Falle von systematischen Beziehungen), mit dieser seiner defensiven "splendid isolation" jene Sehnsüchte nach Vereinigung und Verschmelzung für immer aufgeben zu haben" (Mentzos, 1991, S.40)

Das Konzept der Parakonstruktion

Nach zehn Jahren als Psychotherapeutin auf einer Akutstation, begann ich in einem Haus für chronisch schizophrene KlientInnen zu arbeiten, und begann mich mit dem Konzept der Parakonstruktion zu beschäftigen:

Dieses Konzept gibt die Auffassung wieder, dass psychotische Symptome Ausdruck der Reorganisationsbemühungen sein können und folgt der Tradition der Psychoanalyse, dass

Symptome rekonstruktive, schützende Abwehr (nach Freud), Rekonstruktionsversuche nach Benedetti und Kompensationsmechanismen (nach Mentzos) sein können.

"Der Begriff Parakonstruktion bezieht die kognitiven Störungen, die dem somatischen Pol näher stehen, in die psychodynamischen Ansätze mit ein und berücksichtigt damit die somato-psychische Wechselwirkung innerhalb der ätiologisch wirksamen Komponenten bei Psychosen. Die Parakonstruktion ist somit ein "somatopsychodynamischer Begriff". (Hartwich, 2006, S.173)

Als Beispiel dazu fällt mir ein Klient vom Tauernhof ein, der immer vor der Freitagrunde, einer semistrukturierten Gruppe, von allen Bewohnerinnen, diensthabenden BezugstherapeutInnen u Leitung, besonders viele Stimmen hörte. Ich würde in solchen Situationen auftretende Stimmen als Parakonstruktion auffassen, mit dem Sinn sich vor einem gegenwärtigen Zuviel an Emotionalität zu schützen.

Man könnte sich fragen, warum man bei Parakonstruktion nicht von Abwehr spricht? Bei der Abwehr handelt es sich wie bei der Verdrängung oder bei der archaischen Abwehr (z.B. psychotische Verleugnung) und eben auch bei der Parakonstruktion generell um Schutzversuche der Psyche mit der Intention, das Selbst zu sichern, in dem sich die Psyche vor Nicht-Aushaltbaren schützt. Insofern könnte der Abwehrbegriff als Oberbegriff für alle Schutzmechanismen gelten. (vgl. Hartwich) Allerdings:

"Die Abgrenzung des Begriffs Parakonstruktion von der Abwehr ist deswegen wichtig, weil damit die Verschiedenheit des Strukturniveaus zwischen Psychosen und Neurosen Berücksichtigung findet."(Hartwich,2006, S.174)

Für den Vorgang der Verdrängung fehlt die Fähigkeit zur Dauerkraftanstrengung, die Freud Gegenbesetzung nennt. Hinzu kommen kognitive Störungen, die Schutzfunktionen der Abwehr außer Kraft setzen können. Beispielsweise würde sich eine gelungene Verdrängung auf spezifische Inhalte richten. In diesem Zusammenhang möchte ich auf Rohde-Dachsers Überlegungen zur Fähigkeit zur Selektion zwischen bedeutsamen und indifferenten Stimuli hinweisen (vgl. Rohde-Dachser, 1983).

"Beim Abwehrmechanismus der Affektisolierung oder des verflachten Affekts bedarf es eines intakten Integrals von Fühlen, Wahrnehmen und Denken mit adäquater Hierarchienbildung. Dieser verhindert die psychotische Desintegration, stattdessen kommt es vielfach zu einer Erstarrung der gesamten Gefühlslebendigkeit, bei der nicht nur einzelne Affektbereiche isoliert werden." (Hartwich, 2006, S.175)

Ich habe diesen beschriebenen verflachten Affekt sehr oft in der Arbeit mit chronisch schizophrenen KlientInnen erlebt und ein diesbezügliches Erlebnis ist mir noch gut in Erinnerung:

Als ich eines Morgens in das oben erwähnte Haus für Schizophrene (Tauernhof) betrat, kam mir in dem engen Gang, ein Bewohner entgegen; plötzlich bekam er einen Grand malanfall. Er torkelte etwas, fiel ungeschützt, heftig mit dem Kopf auf den Steinboden, und krampfte. Ich lief zu ihm hin, kniete mich nieder, und hielt seinen Kopf und Körper gesichert, sodass er sich während seiner eruptiven Bewegungen, nicht noch mehr verletzen konnte. In diesem Augenblick traten zwei weitere Bewohner in den Eingangsbereich. Sie schauten kurz, auf diese fast unheimliche Szene. Ich hielt angestrengt ihren Mitbewohner, welcher sichtbar mehr "außer" als bei sich war, fest, während sich am Steinboden aus einer Platzwunde des Klienten eine große Lache von Blut sammelte. Ohne irgendeine Emotion erkennen zu lassen, freundlich und ruhig, stiegen sie, mit großen Schritten über uns beide hinweg, nicht ohne ein freundliches "guten Morgen" zu wünschen.

Für den Abwehrmechanismus des Intellektualisierens bedarf es der weitgehend ungestörten Funktionen der Denkprozesse, die nicht durch Gedankensplitterung, Sprachzerfall u. ähnliche kognitive Störungen zerrissen sein dürfen.

Für die Therapie ist es erforderlich, wie Federn(1956) schon betont, dass der Schizophrene wieder lernen muss, Abwehrmechanismen zu entwickeln. Häufig beginnt dies mit dem Intellektualisieren und Rationalisieren. Hier gilt es auch manchmal bei skurril anmutenden Konstruktionen, diese respektvoll zu belassen, ggf. zu verstärken und nicht psychodynamisch erklären zu wollen.

Begegnung, Betreuung, und Behandlung im Tauernhof

Einige Erinnerungen an den Tauernhof, eine stationäre Einrichtung für chronisch schizophrene Menschen.

Kern der psychodynamischen Behandlungskonzeption war die Sicherstellung einer haltenden Beziehung im Sinne eines förderlichen Milieus, einer hilfreichen Umwelt, einer Atmosphäre der unaufdringlichen zugleich verlässlichen Präsenz.

Dieses Gefühl der Sicherheit galt es nicht nur den KlientInnen zu vermitteln, sondern auch den MitarbeiterInnen.

Tatsächlich hatten wir so etwas wie eine "patriarchale Familienstruktur". Als Leitung war ich so wie der Vater, und die BezugstherapeutInnen die Mütter. Es galt auf beide Gruppen gleichermaßen zu schauen, die Gewichtung immer ein bisschen zu verschieben, wenn das Team sich thematisch zu viel mit sich beschäftigte, oder die Betreuung in eine abhängig machende Versorgung tendierte. Es galt auch eine Sicherheit nach außen zu signalisieren.

Wichtig war die wertschätzende Unterstützung des Klienten, sensible wohlwollende Präsenz, und um das Verstehen des psychotischen Konflikts.

Zu Beginn sollten die BezugstherapeutInnen für die KlientInnen "da sein" und sich von ihnen (im Sinne Balints) "gebrauchen lassen", bis der Klient bereit ist, (nach Benedetti) "sich selber wahrzunehmen". Dies setzte voraus, dass sich die BezugstherapeutInnen auf eine Art gewährend einstellten, d.h. überhaupt zuließen dass die KlientInnen den Kontakt mit ihnen dazu nutzten, ihre unbewussten Konflikte und Übertragungsneigungen an und mit ihnen ein Stück weit auszuleben. Auf diese Weise entstand emotionale Begegnung und damit die Möglichkeit des Verstehens.

Ich fand, eine Klientin hatte eine geniale Lösung gefunden, um mit der Bezugstherapeutin in Beziehung, oder besser gesagt in Kontakt zu bleiben:

Sie hörte laufend Stimmen, unter anderen, die von Gott – sie wollte sich aber innerlich von ihrer Therapeutin nicht zurückziehen, und so teilte sie dieser eines Tages mit, dass Gott die Therapeutin kennen lernen möchte - und seit dieser Zeit sprach eben Gott mit der Kollegin durch die Klientin. Psychologisch rettet sich die Klientin aus dem Dilemma in dem sie eine 3. Instanz einführt – nämlich Gott, und so konnte sie gut im Kontakt mit ihrer Therapeutin bleiben.

Nun, der begrenzte Rahmen im Tauernhof stellt einen Schutz vor äußeren und inneren Reizen und Gefahren dar und ermöglicht es den KlientInnen, sich mit ihren desintegrierten Anteilen zu verhalten, ohne sich schwer zu gefährden oder der Vergeltung ausgesetzt zu sein. Der Rahmen steht für Realität und schützt beide, KlientInnen und Teammitglieder, vor irreversibler Verstrickung in symbiotische Ängste. (vgl. Heltzel, 2006)

Das therapeutische Vorgehen fasst Benedetti 1992 u.a. in den folgenden 3 Begriffen zusammen.

1. Die Positivierung der Selbstidentität des Patienten in der Psychotherapie.
 "Die dialogische Positivierung des negativen, selbst und weltfeindlichen Erlebens im Spiegel eines Therapeuten, der dem Patienten immer wieder ein positives Selbstbild zurück gibt, sich in seine Welt begibt, seine Symptome versteht, positiv amplifiziert oder umwandelt, ist für mich der entscheidende therapeutische Faktor, den ich bei sämtlich gebesserten oder geheilten Fällen hervor heben kann und sogar bei den nicht geheilten als existentielle Bestätigung der eigenen Person positiv in Erinnerung bleibt"(Benedetti,1992, S.50)

2. Progressive Psychopathologie

Hier wird versucht in der Psychotherapie an der Kommunikation zu arbeiten. Die Bezugstherapeutin versucht mit dem Psychose Kranken in seine "psychotischen Räume" hinein zu gehen, in dem er sich mit ihm identifiziert.

3. Das Übergangsobjekt

Das Übergangsobjekt als intermediäre, autonome, psychische Realität zwischen Patient und Therapeut trägt Züge des Patienten und des Therapeuten, "und zwar sowohl des positiven Patientenbildes wie auch des affizierten Therapeutenbildes"
 (Benedetti,1987.S.317)

Die Modifikation in der Behandlung Schizophrener fasst er in folgenden Bereichen zusammen und betont, dass man sie nur in der persönlichen Begegnung mit dem Kranken und im lebendigen Gespräch der Supervision lernen könne. Ich bin sehr glücklich, dass wir in Salzburg, seit ca. 15 Jahren, Hr. Hering, Psychoanalytiker und Psychosespezialist aus München, in der Tradition Mentzos, mindestens drei Mal im Jahr, zu fruchtbringenden Supervisionen, einladen konnten.

Wie kann sich eine Verhaltensänderung zeigen?

Die BezugstherapeutInnen müssen versuchen die abgespaltenen Gefühle der KlientInnen quasi zu introjizieren, um sich diese bewusst zu machen, und durch das eigene Leben verwandelt zurück zu geben.

Last but not least die positive Distanz, was bedeutet, dass sich der Therapeut der Gegenübertragungsaspekte bewusst wird und sie nicht agiert. Damit können Art und Grad der affektiven Nähe, nach dessen Bedürfnissen reguliert werde.

Ich erinnere mich an Hr. M.

Nach 5 Jahren kam Hr. M. mit dem Wunsch ein Moped zu besitzen – er, der kaum den Tauernhof verlassen wollte, kaum weggehen wollte, begann von seinen 140€ im Monat (und das als Raucher) jedes Mal etwas zu sparen, und nach 3 Jahren hatte er den Betrag zusammen; und konnte mit der inneren Sicherheit ein bisschen äußere Unsicherheit auf sich nehmen– und mit Mopedgeschwindigkeit den Tauernhof immer wieder alleine verlassen.

Bevor ich hier zu sehr idealisiere, möchte ich meine ambivalenten Gefühle bezüglich einer Einrichtung wie den Tauernhof mitteilen. Diese Einrichtung war politischer, oder besser gesagt gesellschaftlicher Wille; also, chronisch schizophrene Menschen, die bis dahin, pendelnd zwischen geschlossenen und offenen psychiatrischen Stationen, kollidierend in anderen extramuralen Einrichtungen, diese leidenden Menschen sollten zusammengefasst, und nun eben in einer neu gegründeten Spezialeinrichtung gebracht werden um dort miteinander zu leben; nicht nur das, anfangs waren im alten Gebäude auch dafür enge 2-Bett-Zimmer vorgesehen. Eigentlich unvorstellbar wenn man bedenkt, dass Menschen, deren Erkrankung sich durch Angst auszeichnet, in welcher der paranoide Wahn Sinn macht (emotional entlastet), in der Beziehung de facto existenziellen Stress bedeutet; diese Menschen verbringt man in ein enges 2 Bett Zimmer und sagt "das ist nun Ihr zu Hause". Es wurde später neu gebaut, nun hat jeder ein Einzelzimmer, und ein Paar hat 2 Zimmer mit Durchgangstüre.

Trotzdem:

Klaus Dörner sagte einmal zu solchen Einrichtungen, wir sind so etwas wie Geiselnnehmer; anfangs war ich sehr irritiert, über so eine Aussage, wir meinen es doch gut , versuchen das Beste, aber natürlich sind wir so was wie Geiselnnehmer; ich glaube ca 25 % der KlientInnen würde lieber alleine in einer eigenen Wohnung leben.

Zum Abschluss eine Begegnung letzter Woche:

Fr. A hat sich zum Erstgespräch angemeldet; es läutet, unten die Haustüre, ich öffne gleichzeitig wie immer auch die Praxistüre, lasse die Türe offen, sodass die KlientInnen gleich eintreten können, ich gehe zurück ins Behandlungszimmer um das Fenster zu schließen; ich höre aber niemanden eintreten, gehe in das Vorzimmer zurück, die Tür ist von außen wieder halb zu gezogen, und es schiebt sich mit einer gelenkigen Bewegung

lediglich der Oberkörper sichtbar, Fr. A. nach vorne; ich begrüße sie, lasse sie eintreten, und zeige ihr, wo sie ihren Mantel ablegen kann; wir schweigen eine Sekunde, und sie sagt mit dem Rücken zu mir - "und wie geht es Ihnen so?"

Literatur

- Benedetti G (1983a) Todeslandschaften der Seele, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Benedetti G, Corsi Piacentini T, d'Alfonso L, Elia C, Medri G, Saviotti M(1983) Psychosentherapie, Psychoanalytische und existentielle Grundlagen, Hippokrates Verlag, Stuttgart
- Böker H (2006) Psychoanalyse und Psychiatrie, Springer Verlag, Heidelberg
- Ciampi L (1982) Afektlogik, Klett-Cotta Stuttgart
- Federn P (1956) Ich-Psychologie und die Psychosen, Huber, Bern Stuttgart
- Freud S (1920-1924) Neurose und Psychose. GW, Bd XIII, Fischer Frankfurt aM (1940), S 385-391
- Freud S(1909-1913) Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiografisch beschriebenen Fall von Paranoia(Dementia Paranoides) GW, Bd VIII. Fischer, Frankfurt aM(1940), S(385-391)
- Freud S (1921) Massenpsychologie und Ich-Analyse. GW Bd.XIII, Imago, London
- Hartwich P, Grube M (1999) Psychosen-Psychotherapie tiefenpsychologisch fundiertes psychotherapeutisches Handeln in Klinik und Praxis, Steinkopff, Darmstadt
- Laing R.D.(1976) Das geteilte Selbst- eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn. Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag
- Laing R.D. und Esterson A (1975): Wahnsinn und Familie. Köln: Kiepenhauer&Witsch
- Lütjen R,(2007) Psychosen verstehen, Psychiatrieverlag, Bonn
- Matussek P (1992) Analytische Psychosentherapie, 1 Grundlagen, Springer-Verlag Berlin
- Matussek P(1997) Analytische Psychosentherapie, 2 Anwendungen, Springer-Verlag Berlin
- Mentzos S (1995)Psychose und Konflikt: zur Theorie und Praxis der analytischen Psychotherapie psychotischer Störungen, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Mentzos S (Hg,2000) Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie, Ätiopathogenese psychotischer Erkrankungen, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Mentzos S, Münch A(Hg. 2010) Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie, Reflexionen einer Theorie der Psychosen, , Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Mentzos S, Münch A (Hg.2012) Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie, Das Schöpferische in der Psychose, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Rohde-Dachser C (1983): Das Borderlinesyndrom. 3. Auflage, Huber, Bern Stuttgart Wien