

Dr. Jürgen Thorwart

Dipl.-Psychologe

PP, Psychoanalytiker (DGPT)

www.thorwart-online.de

www.schweigepflicht-online.de

j.thorwart@freenet.de

ΨA

PTK Bayern: Fachtag – Psychotherapie bei Schizophrenie

LMU München, Schellingstrasse 3, Hörsaal S 002 (EG)

Vertragspsychotherapeutische Versorgung – Psychoanalytische Konzepte zur Behandlung der Schizophrenie

1.03.2013 (14:15 – 15:00)

Manuskript

1. Historischer Überblick psychoanalytische Psychosentherapie

Freuds Verständnis der Psychodynamik von Psychosen

- a) Freud versuchte von Anfang an das zu tun, was von der damaligen Psychiatrie weitgehend als unmöglich betrachtet wurde: **Sich einzufühlen** in die Welt der Psychotiker (Ausnahmen: z. B. **Bleuler**) – das führte zu einer Reihe psychoanalytischer Überlegungen zur Bedeutung und zur Entstehung von Psychosen:

Neurosen: Konflikt zwischen Ich und Es und Über-Ich (Instanzenmodell)

Psychosen ("narzisstische Neurosen" i. U. zu den "Übertragungsneurosen"): Konflikt zwischen Ich und Außen/äußere Realität (1924b, e, 1940e)

"Die Neurose verleugnet die Realität nicht, sie will nur nichts von ihr wissen; die Psychose verleugnet sie und sucht sie zu ersetzen" (Freud 1924e, 365f).

Freud erkannte schon sehr früh den bei Psychosen wirksamen

- ⇒ Mechanismus der **Fragmentierung** ("Zerlegung"), "welcher das Zustandekommen zu starker Eindrücke verhindern soll" und

die Struktur der Psychose als einer

- ⇒ **konkretistischen Beziehung zu Dingen und Sachen** (Bedeutung: Restitutionsversuch im Wege des Abzugs der affektiven Besetzung (Freud 1915e: 302).

- b) **Paranoide Phänomene** wie das **Stimmenhören** sah Freud als Ergebnis der Verdrängung von Vorwürfen (gegen die das unerträgliche Ereignis verursachenden Personen) in Form einer Projektion, "indem das Abwehrsymptom des Misstrauens gegen andere errichtet wird" (Freud 1896b, 401).

- c) **Verfolgungswahn**:

Beispiel: Eine an chronischer Paranoia erkrankte Frau litt an "Gesichtshalluzinationen" (sie sah Bilder entblößter weiblicher Genitalien und spürte ihren Schoß), einem Ess-Ekel und kommentierenden, drohenden und vorwurfsvollen Stimmen. Freud analysierte die Halluzinationen und den Ekel vor dem Essen als "Stücke aus dem Inhalt der verdrängten Kindererlebnisse (...), Symptome der Wiederkehr des Verdrängten". Tatsächlich erinnerte die Patientin inzestuöse Szenen mit dem Bruder, bei denen es zum Verkehr gekommen war. Die Stimmen deutete Freud als verdrängte Gedanken im Zusammenhang des Traumas, die bei ähnlichen Erlebnissen auftraten. Zu dieser Zeit, verschwanden die Symptome, traten allerdings später in veränderter Form wieder auf.

Eine bis heute gültige Formel zum Verfolgungswahn lautet: " Ich **liebe** ihn ja nicht – ich **hasse** ihn ja – weil **er mich verfolgt** " (Freud: Über den paranoischen Mechanismus 1911c: 299ff):

1. "Ich (Mann) liebe ihn" wird über den Mechanismus der Negation zu: "Ich **liebe** ihn nicht – ich **hasse** ihn". Und weiter (über die Projektion – die innere Wahrnehmung wird durch eine äußere ersetzt: "**Er** haßt (verfolgt) **mich**, was mich dann berechtigen wird, ihn zu hassen" = **Verfolgungswahn**

Freud hat sich bei den zugrundeliegenden Konflikt auf das Thema der Triebpsychologie (hier homosexuelle Wünsche) bezogen Heute würden wir eher allgemein von Liebes- und Beziehungswünsche bzw. -phantasien sprechen.

2. "Ich (Mann) liebe ihn" wird über den Mechanismus Negation zu: "Ich liebe nicht **ihn** – ich liebe **sie**". Und weiter (wieder über die Projektion): "Ich liebe nicht **ihn** – ich liebe ja **sie** – weil **sie mich liebt**" = **Erotomanie**
3. "Nicht **ich** (Frau) liebe die Frauen – sondern **er** (Ehemann/Partner) liebt sie" = **Eifersuchtswahn**

Heute: narzißtische Probleme (etwa als Frau die glaubt, den eigenen bzw. vermuteten Ansprüchen von Männern nicht genügen zu können).

4. "Ich liebe ihn" wird über den Mechanismus der Negation(die Aussage wird in ihrer Gesamtheit abgelehnt) zu: "Ich liebe **überhaupt** nicht" (aquivalent mit "Ich liebe nur **mich**" = **narzißtische Größenphantasien** – bis hin zu: Ich liebe niemand, brauche niemand, ich bin allmächtig (Gott, Buddha etc.)" = **Größenwahn**.

Freud schreibt:

"Der Weltuntergang ist die Projektion dieser innerlichen Katastrophe; seine subjektive Welt ist untergegangen, seitdem er ihr seine Liebe entzogen hat. (...) Und der Paranoiker baut sie wieder auf, nicht prächtiger zwar, aber wenigstens so, dass er wieder in ihr leben kann. (...) Was wir für die Krankheitsproduktion halten, die Wahnbildung, ist in Wirklichkeit der Heilungsversuch, die Rekonstruktion. Diese gelingt nach der Katastrophe mehr oder minder gut, niemals völlig." (Freud 1911c, 307f)

- d) Freud hat sehr wenige Psychotiker behandelt und war überwiegend skeptisch, weil sich, nach seiner (wiederkehrenden) Ansicht keine Übertragung einstellt. Schlußfolgerung: Keine psychoanalytische Behandlung mit dem Standardverfahren (Freie Assoziation, Liegen auf der Couch, abstinenter und neutraler Psychoanalytiker) – hielt aber bei Abwandlung des Verfahrens die Behandlung für durchaus aussichtsreich.

Analytische Psychosentherapeuten

Schon während Freuds Zeiten beschäftigten sich Gefährten und Schüler Freuds mit PatientInnen, die unter Psychosen litten. Anders als Freud waren sie der Ansicht, daß eine Übertragung durchaus zustande komme – bis hin zur Überlegung, PsychotikerInnen würden **nur** übertragen (Racamier?).

Gefährten Freuds, Schüler und weitere Generationen, die sich der Behandlung von PsychotikerInnen zuwandten: Jung, Abraham, P. Federn, Fromm-Reichmann, H. Searles, Segal, Herbert Rosenfeld, W.R. Bion u. a.

Aktuell (deutschsprachiger Raum): Paul Matussek (+), Gaetano Benedetti, Stravros Mentzos; international z. B. Volkan.

Weiterbildung in analytischer Psychosentherapie:

Überregionale Fortbildungen (u. a. München: Lempa & Schwarz seit 20 Jahren in der LMU-Psychiatrische Klinik) und DDPP: Dachverband Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie (www.ddpp.eu)

2. Die Ätiologie der Schizophrenie aus psychoanalytischer Sicht

a) Ätiologie aus biologisch-physiologischer Sicht

- ⇒ Nosologisch: **endogene** Psychosen (von innen heraus ohne erkennbare Ursache)
- ⇒ 1950er Jahre: Beginn der Möglichkeit zur **pharmakologischen Behandlung**: Vorstellung bzw. Befunde eines gestörten Gehirnstoffwechsels (Serotonin, Dopamin); Hinweis auf die Komplexität der Vorgänge und unterschiedliche Wirkungen bei verschiedenen PatientInnen; dennoch aber auch – Auswahl von nebenwirkungsarmen Neuroleptika und Antidepressiva
- ⇒ **Zwillingsuntersuchungen**: Identische genetische Ausstattung und unterschiedliche Umwelt: Bestätigung und Widerlegung (ausschließlich) genetischer Ursachen; Problematik der geringen Zahl an aussagefähigen Zwillingskonstellationen; Frage nach Auslösefaktoren; Problem nicht die Tatsache einer wie auch immer gearteten genetischen Disposition, sondern Frage, was folgt daraus? (Medikamente und/oder Psychotherapie)
- ⇒ Weiterentwicklung von Untersuchungsmethoden (z. B. **bildgebende Verfahren**): Veränderter Hirnstoffwechsel **Ursache** oder **Reaktion** auf emotionales Erleben (auch Psychotherapie verändert den Stoffwechsel im Gehirn!); Minde- rung/Verstärkung bestimmter Hirnareale (z. B. auch durch psychotherapeutische Interventionen); Spiegelneuronen; Erzählen als Medikament bei Wundheilungsstörungen (Kütermeyer 2008)

b) Ätiologie aus psychoanalytischer Sicht

- ⇒ **Freud**: psychologische Erklärungsansätze aber auch Vorstellung, in der Zukunft würden das Verständnis biologisch-neurologischer Vorgänge seine Thesen untermauern:

"Die Mängel unserer Beschreibung würden wahrscheinlich verschwinden, wenn wir anstatt der psychologischen Termini schon die physiologischen oder chemischen einsetzen könnten. (...). Die Biologie ist wahrlich ein Reich der unbegrenzten Möglichkeiten, wir haben die überraschendsten Aufklärungen von ihr zu erwarten und können nicht erraten, welche Antworten sie auf die von uns an sie gestellten Fragen einige Jahrzehnte später geben würde." (Freud 1920g, 65)
- ⇒ Sind die Mütter schuld? (Überholte) These von der "**schizophrenogenen" Mutter** (Fromm-Reichmann und andere Vertreter der Neopsychoanalyse – Sullivan, Schultz-Hencke) – Einbeziehung der familiären Interaktion in die Genese (auch in anderen Psychotherapierichtungen ein Thema: High expressed emotions (HEE) als ein Faktor der Genese psychischer Störungen)
- ⇒ Ich-Psychologie: Ich bzw. Ich-Funktionen als regulierende Instanz zwischen Es und Über-Ich (Ich-Ideal & Gewissen) – schwerwiegende Beeinträchtigung der Ich-Funktionen: Selbstwahrnehmung und -steuerung (z. B. Selbstreflexion, Selbstbild, Identität, Introspektion und Differenzierung eigener Affekte, Empathiefähigkeit, Perspektivenwechsel, Triebverzicht)
- ⇒ Selbst-Psychologie: Fragmentierung des Selbst, das keine Einheit mehr darstellt
- ⇒ **Objektbeziehungstheorie**: Repräsentanzen (Gedanken, Vorstellungen, Affekte) des Selbst, des Objekts und der Interaktion zwischen Selbst und Objekt
- ⇒ Untersuchungen der **nonverbal-mimischen Interaktion** zwischen schizophrenen PatientInnen und gesunden ProbandInnen (Steimer-Krause 1994, 1996): Es entsteht eine sehr spezifische Beziehungsstruktur, die durch die **Herstellung negativer Intimität** und die **Vermeidung einer emotional positiven Beziehung** bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung dieser Beziehung geprägt ist
- ⇒ Thomas Müller (Hanau): Psychosen als Psychosomatosen des Gehirns: **Folie 1**

c) Zusammenhang zwischen Trauma und Psychose

- ⇒ Bereits die Pioniere der Analytischen Psychotherapie (z. B. Lidz) haben einen Zusammenhang zwischen Trauma und Psychose hergestellt
- ⇒ systematische Arbeiten und Untersuchungen (von Analytikern) erst seit kurzer Zeit: (Dümpelmann 2002, Bruns 2012, Kapfhammer 2012, Read et al. 2005) mit dem Ergebnis, daß die Rate an schwerwiegenden sexuellen und körperlichen Traumatisierungen während der frühen Entwicklung

"**Child abuse is a causal factor for psychosis and schizophrenia**" (Read et al. 2005: Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. Acta Psychiatr Scand 112: 330-350, hier: 330):

Grundsätzlich: Psychoanalytiker haben sich seit je her mit dem Thema Trauma (der Begriff ist ein schillernder) beschäftigt. Allerdings ist der Begriff ein weiterer als der, bei dem das umschriebene Ereignis und die Folge (PTBS) beschrieben werden. Wir sprechen auch von kumulierten Traumata. Weiter (objektbeziehungstheoretisch) ist entscheidend, welche (inneren und realen) Objekte wie zur Verfügung stehen, um das Geschehene integrieren zu können.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede (Lempa 2012: 28ff)

Trauma: Erleben durchdringt den Reizschutz und es entsteht eine Art von Enklave im Ich. Es kann nicht

- ⇒ symbolisiert werden (d. h. es bekommt keine Sprache, Denken, das eine Integration in die eigene Lebensgeschichte ermöglichen könnte – was bleibt sind rohe Sinnesdaten, z. B. Bilder/flash-backs) und
- ⇒ es kann dem Erleben keine subjektive Zeit zugeordnet werden – dadurch ist es unterschwellig permanent gegenwärtig und kann durch (Reize – Trigger) jederzeit wieder hervorbrechen: flash-backs.

Die Therapie besteht dann darin, nach einer Stabilisierungsphase (stabile, verlässliche positive therapeutische Beziehung) das traumatische Erleben schonend zum Gegenstand des Erlebens zumachen (EMDR, Metapher: Kinofilm) mit dem Ziel der Versprachlichung, Reflexion (eigene Position gewinnen – unterschiedliche Gefühle zum Geschehenen; z. B. nicht nur Angst, sondern auch Aggression, Trauer) und der chronologischen Einordnung (Vergangenheit).

Psychose: Das **Trauma der Psychose** besteht nicht in einem singulären Ereignis, sondern einer zwischenmenschlichen Katastrophe (Beziehungserfahrungen, die per se eine traumatische Qualität aufweisen) in deren Mittelpunkt eine Verletzung des Kerns des Selbst (und damit der Identität und des Selbstwerts) steht. Damit ist jede Öffnung in Richtung einer Beziehung geeignet als Trigger zu fungieren. Im Unterschied zu PatientInnen mit PTBS besteht keine mehr oder weniger ausgeprägte Fähigkeit, Kontakt zu anderen Menschen (Therapeut) herzustellen, der die Bearbeitung der 'Enklave' ermöglicht. Vielmehr ereignet sich die Bedrohung gerade in der Beziehung mit dem Anderen (Analytiker).

Weiteres Problem: **Erinnerungsspuren** existieren in der Regel nicht (Hirnreifung; Fähigkeiten zur Symbolisierung und Erleben der subjektiven Zeit noch nicht entwickelt oder zusammengebrochen).

Deshalb ist eine **Modifikation der Behandlungstechnik** erforderlich (Lempa 2012: 28ff): Dazu komme ich im Folgenden:

3. Psychoanalytische Konzepte

Beispiel: Stravros Mentzos (Richtung Objektbeziehungstheorie: Selbst- und Objektrepräsentanzen; siehe Literatur)

Schizophrenie: Konflikt zwischen Autismus und Fusion

Depression/Manie: Konflikt zwischen Selbstwert und Objektwert

a) (Normale) nicht-psychotische Entwicklung:

Das nicht-psychotische Selbst konstituiert sich aus internalisierten Objektbeziehungen (Verinnerlichung einer Selbstrepräsentanz in Beziehung mit einer Objektrepräsentanz unter Vorherrschaft eines Affekts).

b) Neurotische Entwicklung:

Triebabwehrkonflikte (Ich zwischen Es und Über-Ich) führen zu Symptomen (Sucht: orale Wünsche nach Zuwendung/Liebe; Eßstörungen: Abgrenzung gegen eine als übermächtig erlebte Mutter, die geliebt und gehasst wird).

c) Psychotische Entwicklung:

Wenn bestimmte Versagungen (Konflikte) nicht ertragen werden können und kein 'gutes' inneres Objekt zur Verfügung steht, reagiert das 'Selbst' nicht mit Denken sondern wird von 'organismischen Panik' und 'namenloser' Angst überschwemmt.

Konflikt Autismus Fusion

Aufgrund 'früher' Entwicklungsdefizite (vor dem 18. Lebensmonat) konnten stabile Selbst- und Objektrepräsentanzen (Vorstellung von sich und Anderen) nicht entwickelt werden (Erleben instabiler, chaotischer, überwältigender Beziehungen mit den frühen Bezugspersonen). Identitäts- und Selbstwerterleben bleiben rudimentär und fragil. Gerade deshalb sind Objekte (Beziehungen zu andere Menschen) besonders wichtig, werden aber zugleich gefürchtet. Schizophrene Patienten können "**weder mit noch ohne Objekt als autonome Entität existieren**" (Mentzos 1991: 94).

Fusion: Erleben, von Anderen gelenkt, beeinflusst, verfolgt zu werden

Autismus: Die Existenz und Bedeutung Anderer wird verleugnet; Rückzug von der Welt (Negativsymptomatik), Erstarrung (Katatonie)

Behandlung: Der Konflikt zwischen Autismus und Fusion wird in dem Maße erträglich, wie es ihm gelingt, eine Beziehung herzustellen, die er selbst mittels projektiver Identifizierung kontrollieren kann, die aber andererseits auch nicht zur Vernichtung der Individualität des Gegenübers führt. Das kann gelingen, wenn sich der Analytiker dieser Prozesse bewusst wird und das, was er in zumeist in Form heftiger Affekte (Wut, Leere, Gefühl des Verrücktwerdens, Ekel, Fremdheit, Bedeutungslosigkeit) erlebt, als Ausgangspunkt nutzen kann, um die Welt seines Gegenübers kennenzulernen – und vielleicht auch irgendwann zu verstehen. Der Analytiker fungiert als Container für das, was der Patient (noch) nicht aushalten kann, ihn aber unterstützen kann, wenn es in einer modifizierten Form präsentiert wird. Wir bezeichnen die Fähigkeit zwischen Erleben und Verstehen zu oszillieren als therapeutische Ich-Spaltung.

Wenn es nicht gelingen kann es zu einer "folie à deux" kommen – auch in der Therapie!

Zur Behandlung von Psychotikern ist eine **Modifikation** der Behandlungstechnik erforderlich (Lempa 2012: 28ff):

- ⇒ **Erkennen der Gegenübertragung** und '**Befreiung**' von **überwältigenden** (konkordanten, komplementären) **Gegenübertragungsreaktionen** durch Wiederherstellung reflexiver Vorgänge
- ⇒ Fokussierung auf die **Störung der Interpersonalität** und
- ⇒ Fokussierung auf **Pathologische Identitätsmuster** und **Selbstwertregulation**
- ⇒ Herstellung einer therapeutischen Situation, die **positive neue Beziehungserfahrungen** ermöglicht
- ⇒ **Erfahrung der subjektiven Zeit** und der **Symbolisierung** (Übernahme von Fähigkeiten des Analytikers) und
- ⇒ Ermöglichung bzw. Intensivierung der **Verbindung** (links) **zwischen Wort, Ding und Affekt** (Heidegger: Sprache als Haus des Seins) – von der Fragmentierung zur Integration

Symbolisierung: Entwicklung eines Bildes von sich und dem Anderen und zur Beziehung mit dem Anderen (kognitiv und affektiv)

Fallbeispiel: Psychotische Patientin (ca. Ende 30) lebt mit der Mutter in einer Ein-Zimmer-Wohnung, verhält sich wie eine schwierige, trotzig Jugendliche ("Was habe ich mit dieser Frau zu tun – was will die von mir?"); in der Vorgeschichte u. a. frühkindliche Trennung von der leiblichen Mutter.

Intervention:

- a) Im **akuten Zustand** herrscht die Gewissheit: 'Das ist nicht meine Mutter' – Deutungen oder gar Konfrontationen ('Sie können doch nicht leugnen, daß das Ihre Mutter ist') machen hier keinen Sinn und hätten eher negative Konsequenzen – die Pat. zöge sich bestärkt in seinem Wahn (ein weiteres verfolgendes Objekt) in seine psychotische Welt zurück. In der Übertragung geht die (wenngleich oft un- oder vorbewußte) als-ob-Qualität verloren.
 - ⇒ **Containing, holding:** Eine Haltung, die den psychotischen Zustand weder pathologisiert ('Sie sind psychotisch – brauchen vielleicht mehr Medikamente') noch bestätigt ('Ja, die Welt ist ja auch bedrohlich! – 'Vielleicht ist Ihre Mutter ja wirklich nicht Ihre Mutter') sondern die Bereitschaft, das Leid (vergiftete, traumatische Beziehung zur Mutter) auf- und ernst zu nehmen und ihn als Restitutionsversuch (Schutzfunktion) versteht ("Ihre Mutter ist gar nicht Ihre Mutter?").
- b) Im **post-akuten Zustand** ist die Arbeit mit dem partiell vorhandenen reflexiven Ich (kann über sich und die psychotischen Teile nachdenken) möglich:
 - ⇒ "Ich merke, daß die Situation zu zweit auf engem Raum zur Zeit unerträglich für Sie ist und (evtl. zeitlich später) sie sich manchmal von ihr richtiggehend verfolgt fühlen – so, daß sie manchmal keine andere Möglichkeit sehen, als wegzulaufen"; im weiteren Verlauf bis hin zu "Es ist vielleicht leichter für Sie, die Situation zu ertragen, wenn sie nicht Ihre Mutter ist".
 - ⇒ auf **neurotischem** Niveau würde das Thema eher um die unbewußten Ablösungsproblematik (Angst vor Unabhängigkeit, Wut auf die als narzißtisch mißbrauchend erlebte Mutter, die sie als Kind verlassen hat – i. V. mit Sehnsucht nach der 'frühen' Mutter) kreisen – mit entsprechenden Deutungen dieser unbewußten Psychodynamik.

4. Ambulante psychotherapeutische Behandlung (GKV): Folie 2

PT-Richtlinien: **Primat PsychiaterInnen und NervenärztInnen**

Leistungserbringer: ÄrztInnen (überwiegend psychotherapeutisch tätig aber auch: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) und – überwiegend – Psychologische PsychotherapeutInnen; Analytische Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen

Übersicht Verfahren (GKV):

- ⇒ **Analytische Psychotherapie:** Standard: 2/3 Wochenstunden im Liegen
- ⇒ **Modifizierte analytische Psychotherapie:** siehe **Folie 2**
- ⇒ **TfP** (KZT und Sonderform: niederfrequente Therapie in einer längerfristigen haltgewährenden therapeutischen Beziehung mit der Möglichkeit eines niederfrequenten Settings (mindestens eine Sitzung pro Monat) und einer Halbierung der Sitzungsdauer auf 25 Minuten (bei Verdoppelung der Sitzungszahl auf max. 200 Leistungen)
- ⇒ **Gruppentherapie**

Statistik – von den insgesamt durchgeführten Richtlinien-Psychotherapien

- ⇒ Verhaltenstherapie: **47%**
- ⇒ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: **47%**
- ⇒ analytische Psychotherapie: **6%**

(KBV: 2011: 6,4; www.thorwart-online.de unter Fakten)

Quelle: Annäherungswerte auf der Grundlage einer Plausibilitätsrechnung dar – Stand Dezember 2009 – dar (Faber & Haarstrick 2012: 14)

Der Anteil psychotisch erkrankter PatientInnen, die eine analytische Psychotherapie erhalten, dürfte nach meiner Schätzung im Promillebereich liegen; für die Anwendung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei Psychosen – die auch von PsychotherapeutInnen durchgeführt wird, die über keine Fachkunde für analytische Psychotherapie verfügen, liegen hinsichtlich der Diagnose Schizophrenie/Psychosen ebenfalls keine Daten vor.

3. PatientInnen: *Diagnose & Indikation (objektiv – subjektiv)*

a) Diagnose(n):

- ⇒ **F2:** *schizophrene und schizoaffektive Störungen*
- ⇒ **F3:** *manische und bipolare affektive Störung (eher selten in der niedergelassenen Praxis)*
- ⇒ *Hirnganische und durch Substanzmißbrauch ausgelöste Psychosen (selten in der ambulanten Praxis)*

Vorwiegend **chronische** Erkrankungen im Unterschied zu psychotischen Episoden (z. B. Wochenbettpsychose), die in aller Regel vollständig abklingen

Erwachsene versus Kinder- und Jugendliche: Kindliche Psychosen (z. B. hebephrene psychotische Entwicklungen im Jungendalter; schwere depressive Episoden, Autismus)

b) Indikation

objektive Indikation:

- ⇒ Motivation zur Selbstreflexion (nicht zu Verwechseln mit Bildung/Intellekt) im Zusammenhang der eigenen Lebensgeschichte; gerade bei psychotischen PatientInnen: oft zunächst erst eine Fremdmotivation (Angehörige, Ärzte, Kliniken)

Subjektive/adaptive Indikation:

- ⇒ Sympathie, persönliche Vorlieben und Abneigungen sowie (gleichförmige) Schwingungen zwischen dem Interaktionspaar (umgangssprachlich: ob der Analytiker/Psychotherapeut) daran interessiert ist, den sich vorstellenden und an einer Psychose erkrankten Patienten zu sehen – und wie oft (**Behandlungserfahrung** mit PsychotikerInnen ist zwar hilfreich, aber nicht Voraussetzung!)

4. Schwierigkeiten der Behandlung (*nicht nur analytische Psychosentherapie*)

Konkreter Art:

- ⇒ Verstärkte Notwendigkeit neben den inneren/phantasierten auch in ganz realen Triaden zu denken, teil auch zu handeln (Angehörige, KollegInnen, Kliniken)
- ⇒ Krisen & (psychiatrische) Notfälle und deren Folgen (Einweisung und Praxisorganisation; Ausfallzeiten)
- ⇒ Medikamente

Problematik der Besonderheiten von **Übertragung** und **Gegenübertragung**

- ⇒ der Kontakt zu psychotischen PatientInnen kann sehr heftige aversive Gefühle auslösen (Angst, Wut/Ärger, Ekel), die unbewußt oder uneingestanden ein großes Problem darstellen können (dazu unten mehr)

- ⇒ Konkretismus – fehlende Symbolisierung was zu erheblichen Problemen in der Kommunikation führt (PatientInnen kennen die Bedeutung vieler Begriffe nicht; z. B. können sie sich wenig/nichts unter 'Liebe' vorstellen)
- ⇒ Sogenannte 'primitive' Abwehrmechanismen: Spaltung, Idealisierung/Entwertung, projektive Identifizierung

5. Exkurs: Medikamente

- ⇒ **Leitlinien:** Ab mittlerem Schweregrad wird die Kombination aus pharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung empfohlen.
- ⇒ Unterschied – **ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen** (aber auch innerhalb der Gruppen) mit Vor- und Nachteilen
- ⇒ Als **PP:** Notwendigkeit eines medizinischen Rückhalts (niedergelassene Psychiater und guter Kontakt zu stationärer psychiatrischer Einrichtung)

6. Gegenübertragung bei PsychotikerInnen

Entscheidender Faktor für die Behandlung besonders schwer erkrankter PatientInnen: Fähigkeit der PsychoanalytikerInnen adäquat mit der Gegenübertragung umzugehen.

- ⇒ **Definition Gegenübertragungsreaktion:** Der Analytiker reagiert auf die (psychotische, konflikthafte und unbewusste) Beziehungsgestaltung mit eigenen Affekten, Einfällen/Assoziationen, Gedanken, körperlichen und/oder seelischen 'Sensationen'. Die Reflexion führt (im besten Fall) zum Erkennen des unbewußten Beziehungskonfliktes (**Gegenübertragung**) und der inneren Welt des Gegenübers und ermöglicht Verstehen.
- ⇒ **Fähigkeit** die 'pathologischen' Beziehungsmodi zu ertragen (containen/verdauen) und fruchtbar zu gestalten.
- ⇒ **Folie 3:** Gegenübertragung bei Psychotikern

Untersuchung (Torney et al. 1976): Unangemessene Interventionen des Therapeuten korrelieren signifikant mit dem Ansteigen von Angst und Feindseligkeit sowohl bei der Behandlung von psychoneurotischen als auch schizophrenen Patienten. Letztere reagieren darauf mit einer Abnahme verbaler Produktivität und positiver Gefühle, einem Ansteigen der Angst und keiner Änderung von Denkstörungen. Psychoneurotische Patienten reagieren mit mehr Widerstand und Feindseligkeit (238)

Literatur und Literaturvorschläge:

- Ertl, M. & Keintzel, B. & Wagner, R. P.** [Hrsg.] (2002): Ich bin tausend Ich. Probleme, Zugänge und Konzepte zur Therapie von Psychosen. Wien: Facultas
- Forum der Psychoanalytischen Psychosentherapie** (Schriftenreihe des Frankfurter Psychose-Projekts e.V.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Band 1-28 (<http://www.v-r.de>)
- Kutter, P. & Müller, T.** (2008): Psychoanalyse. Eine Einführung in die Psychologie unbewusster Prozesse. Stuttgart: Klett-Cotta [Kapitel VII. 10: Die psychoanalytische Psychoselehre: 265-287]
- Lempa, G. (2012):** Was heißt eigentlich Psychoanalyse der Psychosen? Überlegungen zur Modifikation der Behandlungstechnik. In: Forum der Psychoanalytischen Psychosentherapie, Band 27: 11-48
- Kütermeyer, M.** (2008): Erzählen als Medikament bei Wundheilungsstörung. WundManagement 2 (Heft 6): 288-291
- Masi de, F. (2009):** Wirkt Psychoanalyse bei psychotischen Patienten? Forum der Psychoanalyse 25: 43-52
- Mentzos, S. (1991):** Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Mentzos, S. (Hg.) (1991):** Psychose und Konflikt. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Psychotherapeut 2012 (Band 57, Heft 6) – Schwerpunkt Psychosentherapie** (Schwarz; Nowack & Kluttig & Hoffmann; Lempa & von Haebler; Müller; Bock & Sielaff & Ruppelt & Nordmeyer & Kalpheck)
- Schwarz, F. & Tabbert-Haugg, C. & Wendl-Kempmann, G. & Hering, W. & Kapfhammer, H.-P.** (2006): Psychodynamik und Psychotherapie der Psychosen. Stuttgart: Kohlhammer
- Thorwart, J. (2010):** Gegenübertragung und Psychose. Theorie und Praxis der Gegenübertragungsprozesse in der analytischen Psychosenpsychotherapie. Berlin: uni-edition
- Tourney, G. & Bloom, V. & Lowinger, P. L. & Schorer, C. & Auld, F. & Grisell, J.** (1976): Neurotiker müssen anders psychotherapiert werden als Psychotiker. In: P. Matussek: Psychotherapie schizophrener Psychosen. Hamburg: Hoffmann und Campe

Folie 2: Psychosenbehandlung im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien der Gesetzliche Krankenversicherungen (ähnlich: Beihilfe)

Rechtsgrundlage: PT-Richtlinien D § 22 Abs. 2 Nr. 4

Kommentar: Faber & Haarstrick (Hrsg. v. U. Rüger, A. Dahm, & D. Kallinke), 8. Auflage 2009: 51f, 31 (VT), 43 (modifizierte analytische Psychotherapie)

Voraussetzungen:

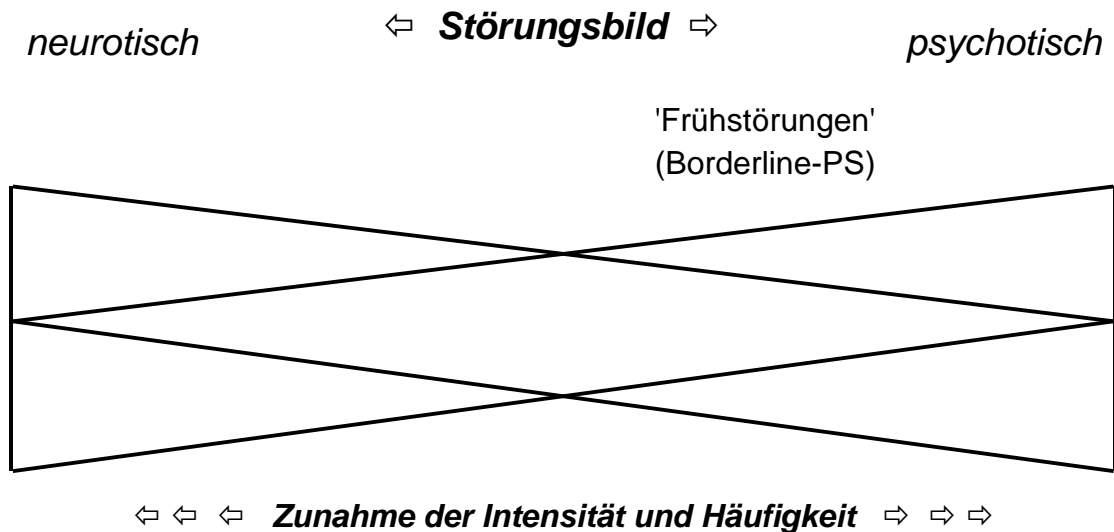
- ⇒ Nachweis, daß psychodynamische Faktoren wesentlichen Anteil an den psychotischen Krankheitsverläufen haben (andernfalls ggf. VT)
- ⇒ ausschließlich supportive und stabilisierende Maßnahmen sind nicht als ätiologisch orientierte Psychotherapie bei Psychosen zugelassen
- ⇒ die Behandlung der vorliegenden psychotischen Grunderkrankung bleibt FachärztInnen für Psychiatrie/Nervenheilkunde vorbehalten
- ⇒ ärztliche PsychotherapeutInnen (ohne Gebietsweiterbildung Psychiatrie/Nervenheilkunde) und Psychologische PsychotherapeutInnen sind nur zur Behandlung der psychischen Begleit-, Folge- oder Residual-Symptomatik psychotischer Erkrankungen berechtigt

Therapie:

Modifizierte analytische Psychotherapie (43f)

- ⇒ Vermeidung einer zu starken therapeutischen Regression
- ⇒ Arbeit an den für Psychosen charakteristischen aktuellen interpersonellen Störungsmustern
- ⇒ Setting (Sitzen/Liegen; Stundenfrequenz) stärker (?) auf die Möglichkeiten und Grenzen der PatientInnen abgestimmt
- ⇒ gleiches gilt für die Interventionen: stützende, strukturierende, bewältigungsorientierte Interventionen haben Vorrang (vor anderen Interventionen wie z. B. Deutung der Binnen-/ oder Außenübertragung)
- ⇒ Frequenz ggf. höher als bei TfP, um negative Übertragungskonstellationen hinreichend dicht bearbeiten zu können
- ⇒ bei sehr jungen Erwachsenen: ggf. Förderung der aktuellen Entwicklungsaufgaben (Selbständigkeit, Beruf, Partner etc.); Vorrang vor der Aufarbeitung früher Konflikte in einer langjährigen regressiven Übertragungsbeziehung

Folie 3: Gegenübertragung bei Psychotikern



- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ 'Normale' Gegenübertragungsreaktionen (z. B. Angst, Ärger, Wut, Ekel, Verachtung, Lähmung, Sprachlosigkeit, sexuelle/erotische Erregung) ▪ <i>Projektive Identifizierung</i> und <i>Handlungsdialog</i> als bedeutsame und unvermeidliche Erscheinungen der menschlichen und therapeutischen <i>Kommunikation</i> ▪ <i>Containment</i> und <i>Verarbeitung</i> bzw. <i>Reflexion</i> der Gegenübertragung als eine wesentliche Grundlage von <i>Verstehen</i> und <i>Deutung</i> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Überwältigende Gegenübertragungsreaktionen (z. B. namenlose Angst, mörderische Wut/Haß, Agonie, Leere & Entleerung, Leblosgkeit & Bedeutungslosigkeit, Irrealität bzw. psychosenahes Erleben, Denkstörungen, Sprachverlust, Stupor) ▪ <i>Projektive Identifizierung</i> und <i>Handlungsdialog</i> als Ausgangspunkt von <i>Kommunikation</i>, <i>Verbindungen</i> und <i>Mentalisierungsprozessen</i> ▪ <i>Containment</i> und <i>Verarbeitung</i> bzw. <i>Reflexion</i> von <i>projektiver Identifizierung</i> und <i>Handlungsdialog</i> als wesentliche Grundlage von <i>Verstehen</i> und ggf. <i>Klarifizierung</i> bzw. <i>Deutung</i> ▪ <i>Realbeziehungen</i> (z. B. Angehörige, mitbehandelnde Dritte) und <i>situativer Handlungsdruck</i> (Selbst- und Fremdgefährdung) als erschwerende Parameter |
|--|---|