

Joachim Küchenhoff

Psychose

Viele Begriffe, die wir aus der Psychoanalyse kennen, blicken auf eine lange Geschichte zurück und waren zum Teil schon vor Freuds Zeit ein Thema. Einige Begriffe haben längst den Weg aus der Fachwelt hinaus in die Umgangssprache gefunden. Alle diese Begriffe stellen heute nicht nur für die Psychoanalyse, sondern auch für andere Therapieschulen zentrale Bezugspunkte dar.

Die Reihe »Analyse der Psyche und Psychotherapie« greift grundlegende Konzepte und Begrifflichkeiten der Psychoanalyse auf und thematisiert deren jeweilige Bedeutung für und ihre Verwendung in der Therapie. Jeder Band vermittelt in knapper und kompetenter Form das Basiswissen zu einem zentralen Gegenstand, indem seine historische Entwicklung nachgezeichnet und er auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Diskussion erläutert wird.

Alle Autoren sind ausgewiesene Fachleute auf ihrem Gebiet und können aus ihren langjährigen Erfahrungen in Klinik, Forschung und Lehre schöpfen. Die Reihe richtet sich in erster Linie an Psychotherapeuten aller Schulen, aber auch an Studierende in Universität und Therapieausbildung.

Unter anderem sind folgende Themenschwerpunkte in Planung:
Infantile Sexualität | Soziale Ängste | Suizidalität | Borderline-Störungen
Depression | Triangulierung | Essstörungen | Übertragung/Gegenübertragung | Adoleszenz | Fetischismus

Bereits erschienen sind:

BAND 1 Mathias Hirsch: Trauma. 2011.

BAND 2 Günter Gödde, Michael B. Buchholz: Unbewusstes. 2011.

BAND 3 Wolfgang Berner: Perversion. 2011.

BAND 4 Hans Sohni: Geschwisterdynamik. 2011.

Joachim Küchenhoff

Psychose

Psychosozial-Verlag

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.

Originalausgabe

© 2012 Psychosozial-Verlag

Walltorstr. 10, D-35390 Gießen

Fon: 06 41- 96 99 78-18; Fax: 06 41- 96 99 78-19

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten.

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie,
Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung
des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung & Layout: Hanspeter Ludwig, Wetzlar

www.imaginary-art.net

Satz: Andrea Deines, Berlin

Druck: Beltz, Bad Langensalza

Printed in Germany

ISBN 978-3-8379-2110-6

Inhalt

Einleitung	7
Psychiatrie, Psychopathologie und Psychodynamik	12
Psychiatrische Klassifikationen und ihre Grenzen	12
Psychotische Störungen in der ICD-10	16
Verstehende Psychopathologie und die Person des psychotisch Erkrankten	21
Verstehende Psychopathologie und Psychoanalyse	21
Der psychisch Kranke als Person	26
Interpersonalität und die Anerkennung des Fremden	27
Psychoanalytische Psychosetheorien	32
Die Psychose als Abwehrleistung und Umbau der Realität (mit Freud)	32
Der Wahn als Projektion von Triebwünschen	32
Der Wahn als Weltenaufgang	37
Narzissmus versus Objektbeziehung in der Psychose	39
Die psychotische Sprache und die Rückkehr zum Objekt	40
Der schizophrene Konkretismus und die Symbolisierungsstörungen	43
Der psychotische Umgang mit der Realität	46
Pathologischer Narzissmus und Beziehungsgestaltung (nach Freud)	48
Psychogenese und Biogenese sind kein Gegensatz	48
Die Psychose und der Körper	50
Die Qualität der psychotischen Objektbeziehungen	52
Autismus und Psychose	56
Lernen aus Erfahrung im psychotischen Prozess	59
Die Verwerfung und die symbolische Ordnung	62
Sprachgrenzen und Denkgrenzen	65

Differenz als etwas Lebensnotwendiges – Fallbeispiel	66
Die Bedeutung der Destruktivität in der Psychose	71
Erfahrungsräume und die Entwicklung der Repräsentation	73
Der pathologische Narzissmus und die Abwehr der Triangulierung	75
Die Beziehungsdilemmata und die psychotischen Lösungen	77
Positivierung als therapeutische Grundhaltung	79
Bedingungen des psychotischen Erlebens:	
Ein psychodynamisches Faktorenmodell	83
Voraussetzungen	83
Aufbauprinzip	84
Bedingungsgefüge psychotischer Störungen	85
Das subjektive Erleben	85
Die objektivierbaren psychischen Fähigkeiten	92
Die Qualitäten der Beziehungsangebote	95
Schlussfolgerungen aus dem Modell	98
Die Notwendigkeit eines multidimensionalen Verständnisses	98
Psychodynamische Grundhaltung	
in der Begegnung mit psychotisch erkrankten Menschen	100
Beziehungsdynamik und psychotisches Erleben	101
Psychotherapeutische Arbeit mit psychotischen Patienten	104
Vor dem drohenden Zusammenbruch der Realitätskontrolle	104
Der Zwang zur Ökonomie des Gebens – Fallbeispiel	106
Psychotische Residualzustände als Beziehungsabwehr	116
Umgang mit inneren und äußeren Mauern – literarisches Fallbeispiel	118
Psychotische und nichtpsychotische Anteile der Persönlichkeit	126
Das Verdecken des psychotischen Anteils der Persönlichkeit	
durch den nichtpsychotischen	127
Das Verdecken des nichtpsychotischen Anteils der Persönlichkeit	
durch den psychotischen	128
Beziehungsdynamik und Psychopharmakologie	131
Die Medikamentengabe und die Beziehungsperspektive	132
Das Medikament als Übertragungsort	133
Medikament und Selbstwirksamkeit	134
Engagement in der Psychotherapie – Schlussbemerkung	135
Literatur	137

Einleitung

Wenn ein 32-jähriger Mann im Jahre 2011, nach jahrelanger Vorarbeit, planvoll einen Massenmord verübt, weil er sich gemäß den eigenen Bekundungen gegen den Sozialismus, gegen den Islam, gegen die moderne Gesellschaft wendet und im vollen Wissen über das Unrecht den Mord dennoch durchführt, so wird rasch die Frage gestellt, ob ein so monströses, furchtbares Denken und Handeln noch mit normalpsychologischen Maßstäben zu messen ist. Wenn sich der Täter auch noch auf die Templerorden und andere längst vergangene Seil- und Bruderschaften abstützt und sich von einer Bewegung getragen fühlt, die es nicht mehr gibt, liegt es nahe zu überprüfen, ob sein Denken wahnhaft geworden ist. Die Suche nach einer psychotischen Motivierung des Grauens dient der Beruhigung. So wie das Rechtssystem vorsieht, dass der psychisch kranke Mensch unter bestimmten Umständen nicht schuldig ist, so entschärft für die meisten Menschen eine Diagnose das nicht einzuordnende Entsetzen, das bei den Berichten oder gar beim Erleben des Massenmords alle Denkmöglichkeiten überlagert. Die Diagnose einer psychotischen Störung beruhigt und stellt eine plötzlich vollständig infrage gestellte Ordnung wieder her. Mörderische Impulse sind dann »nur noch« die Angelegenheit eines kranken Gemüts.

Wenn ein Dichter wie Friedrich Hölderlin, der nicht nur konzeptionell revolutionär und radikal denkt, sondern auch im Umgang mit der Sprache an die Grenzen der Ausdrucksmöglichkeiten vorstößt, mit seinem Leben nicht mehr zurechtkommt und in Behandlung gehen oder Fürsorge in Anspruch nehmen muss, weil er psychisch so sehr leidet und dann ein psychotisches Leiden

diagnostiziert wird, so stellt die Diagnose schnell den Dichter selbst infrage. Seine Ideen, sein Werk, seine Ausdruckskraft werden nun auf die geheimen Vorbotten einer Krankheit untersucht. Für die Verehrer des Dichters stellt die psychiatrische Ebene eine Schande dar, so als würde der große Geist in den Schmutz gezogen; mit allen Mitteln wird versucht, sein Leiden nicht zu sehen, oder seine Eigenarten als einen Trick, als politische Klugheit etc. angesehen. Für die, die dem Dichter nie gewogen waren, die von den Gedichten beunruhigt waren, kann die Person nun endlich entlarvt werden, seine Poetik kann entschärft und als Gefasel eines Kranken abgetan werden (Gonther/Schlimme 2011).

Die beiden Beispiele zeigen, dass mit der Diagnose einer psychotischen Störung nicht nur medizinische, sondern zugleich viele weitere Faktoren in den Fokus rücken. Da ist der zwischenmenschliche Faktor, die Frage der Wertschätzung und Achtung, die so oder auch so durch die Diagnose beeinflusst werden kann: Im Fall des Massenmörders rettet die Diagnose die Wertschätzung, im Fall des Dichters kann sie diese untergraben. Da ist der soziale Faktor, der unter anderem die rechtliche Verantwortungsfähigkeit und damit Schuldfähigkeit betrifft, aber auch die soziale Achtung oder Ächtung einer Person. Psychiatrische Diagnosen können dazu führen, dass Personen ausgegrenzt, nicht mehr ernst genommen werden. Sie üben Macht aus, die auch gesellschaftliche Macht ist.

Der Umgang mit psychotisch kranken Menschen sagt viel aus über die Toleranz oder Intoleranz in einer Gesellschaft gegenüber Abweichungen, Besonderheiten, Exzentrizität und Ungewohntem. Psychiatrische Diagnosen transportieren immer noch ein Stigma, ganz besonders die psychotischen Störungen. Die meisten psychiatrischen Kliniken tragen Namen, die zwar längst nicht mehr die offiziellen Namen sind, die sich aber im Volksmund halten und mit der Geschichte von psychiatrischem Versorgungselend verbunden sind: die Friedmatt in Basel, der Hasenbühl in Liesental, das Wiesloch für die psychiatrische Klinik in Wiesloch, die Schlangengrube in Wien etc. Über psychotische Störungen lässt sich nicht reden, ohne das Verhältnis zwischen *Wahnsinn und Gesellschaft* (Foucault 1984) zu befragen.

Die beiden Beispiele zeigen ferner, dass die Diagnose einer psychotischen Störung schnell dazu verleitet, sie in Gegensatz

zu anderen Fähigkeiten zu stellen, zur Verantwortung gegenüber dem eigenen Tun, aber auch zur dichterischen Befähigung. Offenbar wird die psychotische Störung als Störung der ganzen Person angesehen; der Kranke *ist* psychotisch, er *hat* nicht eine Psychose. Das hat auch ein »fundamentum in re«, einen Grund in der Sache selbst. Psychotische Störungen wurden einmal »Geisteskrankheiten« genannt, die Kranken galten umgangssprachlich als »verrückt«. Die – uns heute durchaus noch geläufige – Formulierung dafür war: Die Kranken haben den Verstand verloren. So falsch ist die Wortwahl ja nicht. Es hat sich im Erleben der Kranken etwas verschoben, nämlich der Wirklichkeitssinn, das Realitätsbewusstsein ist ver-rückt. Das alltägliche Verständnis von Selbst und Umwelt geht verloren, die eingespielten Fähigkeiten des Verstandes werden nicht mehr fraglos und ohne Weiteres eingesetzt.

Psychotische Störungen sind tatsächlich Ausdruck einer tief greifenden Veränderung des Denkens, Wahrnehmens, Empfindens und Handelns. Dabei gehen oft die selbstreflexiven Fähigkeiten verloren, die es ermöglichen, selbstkritisch und selbstdistanziert die veränderten Erlebnis- und Denkweisen wahrzunehmen und anzuerkennen – oder zu verwerfen. Die mangelnde Krankheitseinsicht macht jede Form von Therapie unter Umständen schwierig. Sie erschwert den Umweltbezug des Erkrankten und belastet nicht nur das Verhältnis zu den Therapeuten, sondern auch zu den Angehörigen. Sie kann dazu führen, dass in schwierigen Fällen eine Behandlung erzwungen werden muss; und damit wird der Kranke, der sich vielleicht schon längst Verfolgungen und Beeinträchtigungen ausgesetzt fühlt, sich nun vollends einem bösen Intrigennetz und undurchsichtigen Machtspielen ausgeliefert fühlen.

Weil psychotische Symptome aus tief greifenden Veränderungen und Belastungen des Denkens und des Fühlens resultieren, sind sie immer belastend, gleich, welche Ursache sie haben mögen. Und diese sind vielgestaltig. Psychotische Erfahrungen lassen sich nicht leicht »vergessen«, egal, woraus sie sich ableiten; sie sind zu einschneidend. Ein Alkoholentzugsdelir produziert besondere Halluzinationen, der damit verbundene biologische Prozess lässt sich erklären und beschreiben. Weil die Halluzinationen aber einen so unerschütterlichen Wirklichkeitscharakter haben, prägt sich die Erfahrung tief in das Gedächtnis ein. Dass der Alkohol bzw. sein Entzug diese psychotische Krise hervorruft, ist das eine; die

Erfahrung der Halluzination ist das andere, und diese Erfahrungsseite lässt sich nicht einfach durch eine Erklärung beseitigen. Jede psychotische Erfahrung ist wie ein Riss im Wirklichkeitssinn und daher eine doch tief gehende Beunruhigung darüber, dass die »natürliche Selbstverständlichkeit« (Blankenburg 1971) verloren gegangen ist, die das Leben sonst ausmacht.

Das vorliegende Buch handelt also von Krankheiten, die subjektiv tief greifend den Lebensalltag infrage stellen, die das Verhältnis des Erkrankten zu sich selbst, aber auch zur Umwelt belasten, die soziale Auswirkungen haben und die schließlich nicht leicht behandelbar sind, gerade wenn die Einsicht in die Krankheit (»Compliance«) und die Behandlungsmotivation fehlen.

Ist damit, dass sich unter Umständen der Wirklichkeitssinn ver-rückt hat, auch das psychotische Erleben sinnlos? Lässt es sich verstehen, und wenn ja, in welcher Weise lässt es sich verstehen? Diese Frage überhaupt zu stellen, setzt mehrere Schritte voraus, die in der Geschichte der Psychiatrie bis heute alles andere als selbstverständlich gewesen sind.

Der erste Schritt führt von der Form psychotischer Produktion zum Inhalt und verbindet beide Aspekte. Nach dem Sinn in der Psychose zu fragen bedeutet, nicht nur eine Diagnose aus der ver-rückten Form des Erlebens zu extrahieren, sondern das, was der psychotisch kranke Mensch zu sagen hat, ernst zu nehmen, es an sich herankommen und sich davon berühren zu lassen.

Damit ist schon der zweite Schritt genannt. Er führt von der medizinisch-diagnostizierenden, objektivierenden Betrachtung zu einer interaktionalen oder intersubjektiven Sicht. Schon die Erhebung des psychopathologischen Befunds entspringt einer sozialen Situation; der Befund wird in einer Interaktion erhoben. Johann Glatzel hat die psychopathologische Diagnostik als Gelingen oder Misslingen einer »konsensuellen Situationsdefinition« (Glatzel 1978) beschrieben. Das interaktionale Moment ist aber nicht auf Einigungsprozesse beschränkt. Befunde werden nicht erhoben, sondern hergestellt, konstruiert. Die Haltung des Diagnostikers bestimmt das, was er sieht oder hört. Schon für die Diagnose, nicht erst für die psychotherapeutische Arbeit ist die interpersonale Begegnung entscheidend.

Der dritte Schritt geht in dieser Richtung noch weiter; er erweitert die intersubjektive Perspektive, indem er sie für ein

Verständnis der psychotischen Symptome nutzt. Dann ist entscheidend zu überlegen, was der Kranke dem anderen zu sagen hat, wer dieser andere überhaupt ist: Wer aus der verinnerlichten Beziehungswelt des Kranken ist angesprochen? Welche Beziehungserfahrungen hat der Kranke im Verlaufe seines Lebens gemacht, sodass er sich dem anderen gegenüber in der aktuellen Begegnungssituation so und nicht anders verhält? Aus dem Befund wird eine Antwort: Das Symptom antwortet auf den anderen, der verletzt hat, der gefehlt hat, der intrusiv Grenzen verletzt hat – wie auch immer.

Es verlangt viel, sich auf diese Weise auf den *Geisteskranken als Mitmensch* (Benedetti 1983) einzulassen. Das vorliegende Buch stellt die Beiträge dar, die die psychoanalytischen Konzepte geleistet haben oder leisten, um dem psychotisch erkrankten Menschen gerecht zu werden und ihn ernst zu nehmen. Es bleibt aber nicht bei einer bloßen historischen Darstellung stehen, sondern fasst sie schließlich in doppelter Weise zusammen, einmal indem die Haltung beschrieben wird, die der Therapeut oder die Therapeutin in der Begegnung mit psychotisch kranken Menschen braucht, zum anderen indem die psychodynamisch relevanten diagnostischen und therapeutischen Dimensionen psychotischer Störungen in einem Faktorenmodell anschaulich zusammengefasst werden.

Dabei werden wahnhaft psychotische Störungen und schizophrene Störungen im Vordergrund stehen. Nicht berücksichtigt werden Psychosen im Rahmen einer schweren Depression; die Dynamik depressiver Störungen verdient wegen ihrer Komplexität eine gesonderte und eigene Analyse.

Mein Dank geht an den Psychosozial-Verlag und seinen Verleger, Professor Hans-Jürgen Wirth, für den vertrauensvollen Auftrag, das Thema »Psychose« zu behandeln, und an Christian Flierl vom Psychosozial-Verlag sowie meine Chefarztsekretärin Elke Anschutz für die umsichtige Arbeit am Manuskript. Besonders dankbar bin ich Cordula Olshausen Küchenhoff, die als kritische Erstleserin und unterstützende Partnerin wesentlich zum Gelingen des Buchs beigetragen hat.