

Günter Lempa, Dorothea von Haebler, Christiane Montag
Psychodynamische Psychotherapie der Schizophrenien

Psychodynamische Therapie

Günter Lempa, Dorothea von Haebler,
Christiane Montag

Psychodynamische Psychotherapie der Schizophrenien

Ein Manual

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.

2., aktualisierte Auflage 2017
© 2016 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.

Umschlagabbildung: Gerhard Richter, »Fels«, 1989 © Gerhard Richter 2017 (21032017).

Umschlaggestaltung & Innenlayout nach Entwürfen von

Hanspeter Ludwig, Wetzlar

Satz: metiTEC-Software, me-ti GmbH, Berlin

ISBN 978-3-8379-2739-9

Inhalt

Anmerkung zur zweiten Auflage	11
Vorwort	13
1 Ein psychodynamisches Modell der Pathogenese der Schizophrenie	15
1.1 Disposition	15
1.2 Freuds Psychosentheorie	16
1.3 Psychosekonzepte bei Lacan, Bion und Winnicott	16
1.3.1 Die Ich-Bildung, die Organisation des Ich	17
1.3.2 Die Entwicklung und der Aufbau von Objektbeziehungen	18
1.4 Die Ebenen der Repräsentanz – Sach- und Wortvorstellung	23
1.5 Mentalisierung	25
1.5.1 Ergebnisse der Säuglingsforschung	27
1.5.2 Das Entwicklungsmodell des Mentalisierens	29
1.5.3 Modi des Mentalisierens	30
1.5.4 Mentalisierungskonzept und Verständnis psychotischer Störungen	31
1.6 Urheberschaft und Schwächung der subjektiven Selbsterfahrung	35
1.7 Störungen verkörperter Interpersonalität: »Zwischenleiblichkeit«	37
1.8 Emotionserleben und Emotionsverarbeitung	40

1.9	Störungen des Zeiterlebens bzw. der subjektiven Zeit	42
1.10	Vulnerabilität und Trauma	45
1.10.1	Forschungsergebnisse	45
1.10.2	Ist Disposition gleichbedeutend mit Trauma?	46
1.11	Das Dilemma der Identität	47
2	Die akute Psychose	55
2.1	Anlässe für den Ausbruch der Psychose	55
2.2	Die Auflösung des Ich	57
2.3	Die psychotischen Symptome, der Versuch der Reorganisation und Rekonstruktion von Ich und Außenwelt	59
2.3.1	Wahn	60
2.3.2	Halluzinationen	67
2.3.3	Klinische Ich-Störungen	68
2.3.4	Katatonie/katatoniforme Symptomatik	69
2.3.5	Hebephrenie und desorganisierte Schizophrenie	70
2.3.6	Negativsymptomatik und »Autismus«	70
2.4	Zusammenfassung und Einordnung des psychodynamischen Ansatzes	73
3	Folgen und Folgezustände	75
3.1	Angst und Unsicherheit durch das Erleben des Realitätsverlusts (»postpsychotische Depression«)	75
3.2	Angst und Unsicherheit durch Erlebnisse im Zusammenhang mit der Behandlung	76
3.3	Unspezifische sekundäre Störungen: Ängste, Zwänge, Rückzug und Hemmung	76
4	Die modifizierte psychodynamische Behandlungstechnik	79
4.1	Anwendungsbereich der modifizierten Behandlungstechnik	81
4.2	Die psychotherapeutische Haltung	82

4.2.1	Historisches zur psychotherapeutischen Haltung	84
4.2.2	Psychotherapeutische Haltung der modifizierten psychodynamischen Psychosentherapie	89
4.3	Grundprinzipien: Die Reflexion der Gegenübertragung	93
4.3.1	Umgang mit der Angst in der Gegenübertragung	94
4.3.2	»Scannen« der Gegenübertragung	96
4.3.3	Die Fähigkeit, sich verwenden zu lassen	96
4.3.4	Das Überleben von »Angriffen«	97
5	Voraussetzungen für eine spezifische Behandlungstechnik	99
5.1	Setting	99
5.1.1	Mitbehandler – Arbeit im Netzwerk	99
5.1.2	Angehörige	100
5.1.3	Vorgespräche	100
5.1.4	Rahmenbedingungen	101
5.1.5	Definition der Aufgaben von Therapeut und Patient, Definition der Therapie/Definition des Ziels der Therapie/ Krankheitsdefinition	103
6	Die Werkzeuge der psychodynamischen Psychosenpsychotherapie	107
6.1	Prinzipien phasenspezifischer Intervention	107
6.2	Die therapeutische Beziehung: Vermeidung der Wiederholung pathologischer Beziehungsmuster	109
6.3	Verbesserung der Differenzierung zwischen Ich und Anderem – Erleben von Alterität	110
6.4	Reorganisation des Ich und seiner Funktionen	113
6.4.1	Techniken, die die Mentalisierung fördern	113
6.4.2	Umgang mit Störungen des Zeiterlebens	118
6.4.3	Umgang mit Störungen der Intensität des Erlebens (Derealisation, Überwältigung)	120

6.4.4	Umgang mit Störungen des Verhältnisses zwischen »Wort und Ding«	121
6.4.5	Konkretismus und pragmatischer Sprachgebrauch	122
6.5	Gelebte Interpersonalität: Lockerung und Transformation des Dilemmas durch Etablierung der primären Repräsentation	127
6.5.1	Embodiment und Resonanz	128
6.5.2	Stellvertretende Äußerung von Affekten/Gefühlen	132
6.5.3	Methoden zur Abmilderung des Dilemmas durch Konfigurierung und Regulierung des interpersonellen Feldes	134
6.6	Verstandene Interpersonalität: Etablierung der sekundären Repräsentanz durch verbale und einsichtsorientierte Methoden	141
6.6.1	Klärung	141
6.6.2	Konfrontation	142
6.6.3	Verwendung von Metaphern	143
6.6.4	Interpretation	143
6.6.5	Rekonstruktion	144
7	Umgang mit spezifischen Situationen in der Psychosentherapie	147
7.1	Umgang mit Medikamenteneinnahme	147
7.2	Umgang mit Substanzabusus und -abhängigkeit	154
7.3	Umgang mit Wahn und Halluzinationen	155
7.4	Umgang mit Hebephrenie und desorganisierter Schizophrenie	160
7.5	Umgang mit »Negativsymptomatik« und unspezifischen Symptomen	161
7.6	Umgang mit kognitiven Störungen	163
7.7	Umgang mit unrealistischen Plänen und Projekten	163
7.8	Umgang mit Träumen	164
7.9	Umgang mit einer Exazerbation der Psychose während der Behandlung	166
7.10	Umgang mit Aggression	167
7.11	Umgang mit Suizidalität	169

8	Ergänzungen zu Behandlungsabschnitten	171
8.1	Umgang mit Ersterkrankung	171
8.2	Umgang mit drohendem Behandlungsabbruch	172
8.3	Beendigung der Behandlung	172
	Literatur	175

Anmerkung zur zweiten Auflage

Was will, was kann dieses Manual leisten?

Ein Manual kann sicherlich keine Fallsupervision ersetzen. Psychodynamische Psychosentherapie setzt beim Therapeuten ein ausgeprägtes Vermögen voraus, seine eigenen Gefühlsreaktionen zu bemerken, zu erkennen und auf eine konstruktive Weise zu nutzen. Zudem erfordert die Interaktion mit dem Patienten eine größere Freiheit und Flexibilität bei der begründeten Wahl einer Intervention. Um diese zu erlangen, ist Intervision und Supervision mit erfahrenen Psychosetherapeuten unumgänglich.

Was das Manual jedoch leisten kann ist es, eine Orientierung zu geben. Psychosenpsychotherapie heißt nicht selten, sich unsicher oder gar verwirrt zu fühlen, oder anders ausgedrückt: »vor lauter Bäumen den Wald nicht mehr zu sehen«. Hier kann unser Manual eine Landkarte und ein Kompass sein. Es soll helfen, sich wieder zu orten und wieder zu wissen, wohin der Weg gehen könnte. Unser Werkzeugkasten enthält für viele klinische Situationen konkrete Interventionsmöglichkeiten. Dabei handelt es sich um Vorschläge und Prinzipien, die dem Therapeuten dabei helfen sollen, sich zu orientieren, ohne ihn aber dabei in seiner Kreativität einzuengen. Das Manual soll ambulant tätige Therapeuten ermutigen, sich auf das spannende Unterfangen einer Psychosentherapie einzulassen, aber auch im stationären Setting bzw. in der Akutbehandlung beschäftigten Ärzten und Therapeuten die Möglichkeit geben, ein spezifisches Psychotherapieverfahren zu nutzen.

Vorwort

In diesem Manual versuchen wir im ersten theoretischen Teil die Ergebnisse, die der psychodynamische Zugang zur Schizophrenie erbracht hat, darzustellen. Wir beziehen uns dabei auf Freud, die »Altmeister« Bion, Lacan und Winnicott sowie auf moderne Konzepte von Mentzos und Benedetti, deren Theorien wir aufgrund ihrer Anschlussfähigkeit, und da sie vielen psychodynamischen Psychotherapeuten¹ als theoretisches Rüstzeug dienen, für maßgeblich halten. Diese Ergebnisse der psychodynamischen Psychosentheorie stellen wir Ergebnissen anderer Paradigmen gegenüber, und zwar: der Säuglingsforschung, der Phänomenologie, der Theorien der Mentalisierung und der Neurowissenschaften.

Mit Fuchs (2014, S. 75) lassen sich drei Zugänge innerhalb der Psychiatrie und Psychotherapie unterscheiden:

- 1) der positivistische, objektivierende Ansatz aus der Perspektive der dritten Person
- 2) der phänomenologische subjektorientierte Ansatz aus der Perspektive des Selbsterlebens, also der ersten Person
- 3) der intersubjektive Ansatz der gemeinsamen therapeutischen Arbeit aus der Perspektive der zweiten Person

Diese unterschiedlichen Zugänge lassen es nicht zu, die verschiedenen Ansätze vorschnell unter eine »Mastertheorie« zu subsumieren. Uns geht es zuerst einmal nur um Querverweise. Wir versuchen vorsichtig auf Übereinstimmungen, Parallelen und Differenzen hinzuweisen. Vor allem bei zwei Themenbereichen

1 Die männliche Form schließt im Folgenden zugunsten einer besseren Lesbarkeit die weibliche Form mit ein.

haben wir es jedoch gewagt, eine vorläufige Synthese der unterschiedlichen Paradigmen zu entwickeln. Diese sind die Pathogenese des Wahns und die Bedeutung der Schwäche der basalen Selbsterfahrung und der Intentionalität für die Disposition bzw. Vulnerabilität der Schizophrenie.

Was das komplexe Thema der verschiedenen Ebenen der Repräsentation betrifft, das für das Verständnis der Psychose und auch ihrer Behandlung zentral ist, haben wir uns zu einem pragmatischen Vorgehen entschieden. Es gibt innerhalb der Psychoanalyse keine allgemein akzeptierte Theorie der Repräsentation (Löchel, 2015). Wir unterscheiden in Anlehnung an Freuds Unterscheidung zwischen Sach- und Wortvorstellung eine primäre vorsprachliche Repräsentation, bei der es noch nicht um Bedeutung geht, sondern nur um den Akt, durch den etwas für jemanden wirklich ist und als real erlebt werden kann, von einer sekundären sprachlichen Repräsentation, durch welche die bereits primär repräsentierten Ereignisse einen Sinn und eine Bedeutung erlangen. Bei der Schizophrenie geht es um die Ebene der primären Repräsentation. Es geht nicht, wie bei der Neurose, um eine verschlüsselte oder verdrängte unbewusste Bedeutung.

Das hat erhebliche Auswirkungen auf die Behandlungstechnik und macht eine Modifikation erforderlich, die wir im zweiten praktischen Teil genau beschreiben. Dabei haben wir die psychodynamischen Werkzeuge und Techniken durch solche ergänzt, die aus der Mentalisierungstheorie stammen. Dieses Vorgehen scheint uns mit den Grundlagen einer psychodynamischen Psychosentherapie kompatibel und als eine sinnvolle Ausweitung ihrer therapeutischen Möglichkeiten.

Wir hoffen, der Leser verzeiht uns den theoretischen und etwas sperrigen ersten Teil. Bei der Darstellung der modifizierten Behandlungstechniken im zweiten Teil haben wir uns um eine klare, verständliche, nachvollziehbare und durch eine Vielzahl konkreter Beispiele aus psychodynamischen Behandlungen von Menschen, die unter schizophrenen Psychosen leiden, auch anschauliche Darstellung bemüht.

Günter Lempa, Dorothea von Haebler & Christiane Montag

1 Ein psychodynamisches Modell der Pathogenese der Schizophrenie

1.1 Disposition

Es herrscht Übereinstimmung darüber, dass bei Menschen, die später an einer Psychose erkranken, in den meisten Fällen Voraussetzungen vorliegen, die einen Ausbruch der Erkrankung wahrscheinlicher machen, was man als Vulnerabilität oder Disposition bezeichnet. Wie lässt sich diese Disposition aus einer psychodynamischen Sicht genauer erfassen und beschreiben? Ergebnisse aus der empirischen Säuglingsforschung haben bisher keine eindeutigen Ergebnisse erbracht, die es erlauben, spezifische Probleme in der frühen Kindheit mit dem späteren Ausbruch einer schizophrenen Psychose in Verbindung zu bringen. Psychoanalytiker dagegen haben genau dies versucht. Sie haben aus ihren therapeutischen Erfahrungen Konzepte entwickelt und diese hypothetisch in die frühe Kindheit projiziert. Für den therapeutisch Tätigen bleibt es daher von fortwährendem Interesse, inwiefern sich die Konzepte der Psychoanalyse mit aktuellen Erkenntnissen benachbarter Disziplinen in Einklang bringen lassen.

Im Folgenden werden zunächst die Konzepte Freuds zur Schizophrenie kurz dargestellt. Anschließend werden die Konzepte von Winnicott, Bion und Lacan näher betrachtet. Sie haben ihre Theorien aus der intensiven Praxis der Psychosebehandlung entwickelt, was in jedem Fall dazu führte, gängige psychoanalytische Theorien zu ändern, sie weiterzuentwickeln oder völlig neue Konzepte vorzuschlagen. Ihre Theorien, die lange Zeit vor dem Aufkommen der Säuglingsforschung und der Entwicklung des Konzepts der Borderline-Persönlichkeitsstörung seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts entstanden (und damit u. U. diagnostische Unschärfen in sich tragen), werden daraufhin mit aktuellen Ansätzen, besonders auch mit dem Dilemmakonzept von Mentzos und Benedetti, sowie

der Rolle von Mentalisierungsstörungen und der Selbstentwicklung bei Patienten mit Schizophrenie verbunden.

1.2 Freuds Psychosentheorie

Freud sieht bereits in einer frühen Arbeit die Psychose als Abwehr gegen einen unerträglichen Verlust. In keinem Irrenhaus, so Freud, fehlen die Beispiele »der Mutter, die über den Verlust ihres Kindes erkrankt, jetzt unablässig ein Stück Holz im Arm wiegt oder der verschmähten Braut, die seit Jahren im Putz ihren Bräutigam erwartet« (Freud, 1894a, S. 73). Die Frage, welche Disposition der Tatsache zugrunde liegt, dass jemand auf eine Versagung mit einer Psychose reagiert und sich wahnhaft eine neue Welt aufbaut, beantwortet Freud unter Verweis auf den Mechanismus der Regression auf frühere Entwicklungsstufen der Libido. Voraussetzung hierfür sei eine Fixierung auf der Entwicklungsstufe des Narzissmus, bzw. Autoerotismus. Bei der Paranoia komme es zu einer Regression zum Narzissmus, wobei der eigene Körper, das eigene Selbst das Objekt der Libido darstellt. Der Schizophrenie liege eine weiterreichende Regression zum infantilen Autoerotismus zugrunde. Hier sind noch nicht zu einer Einheit zusammengefasste Körperzonen das Objekt der Libido. In eine moderne Sprache übersetzt, könnte man das so beschreiben: Für Freud ist die Schizophrenie eine Reaktion auf die Konfrontation mit einer unerträglichen Realität. Diese wird mithilfe der psychotischen Symptome, die eine neue Welt errichten, verleugnet und dementiert. Diese Form der Problembewältigung beruht auf einer Disposition. Die Integration des Ich und die Beziehungsregulation und Differenzierung zwischen Ich und Anderem sind instabil und brechen bei entsprechenden Anlässen zusammen.

1.3 Psychosekonzepte bei Lacan, Bion und Winnicott

Im Folgenden werden, obwohl die Prozesse simultan ablaufen und sich wechselseitig bedingen, zwei wesentliche Bereiche unterschieden, die für die Disposition einer Schizophrenie relevant sind.

Der erste Bereich betrifft die Entstehung, die Entwicklung, die Strukturierung und Regulation der Vorgänge im Ich, also die Ich-Bildung oder Organisation des Ich. Der Begriff des Ich ist innerhalb der Psychoanalyse nicht ganz eindeutig definiert (Seidler, 2000). In diesem Manual wird das Ich im Sinne der OPD-Definition als »zentraler Organisator des Psychischen« (Arbeitskreis OPD, 2006)

verstanden. Der zweite Bereich umfasst die Entstehung, die Entwicklung und den Aufbau von Objektbeziehungen sowie die Strukturierung und Regulation der Beziehung zu anderen.

1.3.1 Die Ich-Bildung, die Organisation des Ich

Winnicott sieht als erste Stufe der Ich-Entwicklung die Integration. Einzelne »Ich-Kerne« (Glover, 1932) werden zu einer Einheit zusammengefasst, es entsteht ein gegen die Außenwelt abgegrenztes Ich. Diese Integration geht mit der Ausbildung von subjektiver Zeit und der Orientierung im Raum (Winnicott, 1945, 1963) einher. Es kommt zum »Einzug der Psyche in den Körper«, was zum Ineinanderfallen von Ich-Gefühl und Körper, die anfänglich nicht oder nur zeitweise kongruent sind, führt. Die Integration des Ich wird durch die Etablierung einer förderlichen Umwelt ermöglicht. Vor allem das Scheitern der Mutter, sich auf die Bedürfnisse des Kindes einzustimmen, was Winnicott als »holding« bezeichnet, ist in seinem Konzept ein wesentlicher Faktor, der zu einer späteren Psychose disponiert.

Für Bion sind die Ausbildung eines abgegrenzten Ich und damit ein adäquater Realitätsbezug davon abhängig, dass das Ich dazu in die Lage versetzt wird, basale Integrationsleitungen zu vollziehen. Damit dies möglich wird, müssen »primitive« Abwehrmechanismen, vor allem die projektive Identifikation im Sinne eines Übergangs von der paranoid schizoiden Position zur depressiven Position, überwunden werden. Projektive Identifikation oder – Identifizierung ist nach Klein (1946) ein Vorgang, bei dem Selbstanteile in eine äußere Objektbeziehung hineinverlagert werden. Ein innerhalb des Ich vorhandener autodestruktiver Hass wird dabei zum Beispiel in ein Gegenüber projiziert, das dann als Verfolger erlebt wird. Mit paranoid-schizoider und depressiver Position beschrieb Klein (1935, 1946) zwei grundlegende Konstellationen, wobei die paranoid-schizoide Position durch projektive Identifizierung, Spaltung und mangelnde Integration »guter« und »böser« Teilobjekte, die depressive Position durch Integration der Teilobjekte zu einem ganzen Objekt und die Fähigkeit zu Verantwortung und Schuldgefühl charakterisiert ist. Bion (1959, 1965) hat darauf hingewiesen, dass es auf der Ebene der paranoid-schizoiden Position zu »Angriffen auf Verbindungen« kommen kann. Diese Angriffe richten sich gegen die synthetischen Fähigkeiten des mentalen Apparats und betreffen auch Zeit und Raum, durch welche Erfahrungen normalerweise strukturiert werden und das Ich eine Perspektivität erhält. Sie werden angegriffen und wie »böse Objekte« (Bion, 1962a, S. 128) behandelt. Bion

sieht ähnlich wie Winnicott die mangelnde Fähigkeit der Mutter (oder primären Bezugsperson), das Kind bei der Verarbeitung unerträglicher Emotionen zu unterstützen, welche er als »containing« bezeichnet, neben angeborenen Faktoren, die das Baby betreffen, als bedeutsam für die Disposition der Schizophrenie an.

Lacan (1955) beschreibt einen anfänglich »zerstückelten« Körper, der in einem ersten Schritt, dem sogenannten Spiegelstadium, zu einer Einheit integriert wird. Allerdings ist die Ich-Organisation nach diesem Erreichen der Einheit noch immer instabil, es bestehen unscharfe Ich-Grenzen, das Ich und der Andere (die Mutter-Kind-Dyade) sind in Illusionen und Verkennungen voneinander abhängig und miteinander verstrickt. Eine stabile Realität ergibt sich erst durch das Eingreifen des »Vaters«, dessen Rolle Lacan besonders betont. Erst dadurch entsteht ein stabiles und abgegrenztes Ich, das über ein Zeit- und ein Raumpfinden verfügt.

Lacans Konzept kennt somit zwei Phasen – in Korrelation zu den Konzepten Freuds, der bei der Schizophrenie eine Regression zum Autoerotismus und bei der Paranoia zum Narzissmus sah. Im Spiegelstadium kommt es zu einer Integration des Körper-Ich, in einem zweiten Schritt dann zu einer endgültigen Stabilisierung des Realitätsbezugs. Für Lacan ist es das Scheitern des Eingreifens eines Dritten, die Verwerfung des »Namen des Vaters« (»la forclusion du nom du père«), die sich regelmäßig als Disposition der Erkrankung erweist. Die Funktion des Vaters ist es, in die vorher instabile (quasi »psychotische«) Beziehung zwischen Mutter und Kind, in der es keine Verbote, Regeln und keine stabilen Ich-Grenzen gibt, das »Gesetz« und die Trennung einzuführen.

1.3.2 Die Entwicklung und der Aufbau von Objektbeziehungen

Bezogen auf die Aufnahme und Etablierung von Beziehungen konstruieren alle drei Autoren Modelle, die erklären sollen, warum das Ich massive Schwierigkeiten aufweist, sich interpersonell zu positionieren. Diese sind untrennbar mit der Ich-Entwicklung, der Abgrenzung von Selbst und Anderem sowie der Kompetenz zur Affektverarbeitung verbunden.

1.3.2.1 Winnicott – Störung der Identität durch Nichterleben von Wirksamkeit

Winnicott postuliert eine für die Entwicklung wesentliche Situation der Begegnung zwischen Baby und Mutter. Entscheidend ist dabei die Sensibilität der Mutter für die jeweils vorhandenen Bedürfnisse und Fähigkeiten des Babys, die es ihr möglich macht, in einer Interaktion abgestimmt zu reagieren (»holding«).