

17 Tiefenpsychologisch-psychodynamische Aspekte der Behandlung schizophrener Psychosen

„Wir können nicht neutral am Kranken vorbeigehen, an einem Menschen, der, bei aller Zerstörung seiner Identität, doch mit ergreifenden Worten dem metaphysischen Ursprung der Dinge und seines Leidens Ausdruck gibt.“

G. Benedetti (1992)

17.1 Allgemeines

Ebenso wenig wie es ein allgemeingültiges ätiopathogenetisches Grundkonzept schizophrener Psychosen gibt, gibt es ein einheitliches Modell psychodynamisch orientierter Psychotherapieverfahren der Schizophrenie. Es ist auch weder möglich noch sinnvoll in diesem Kapitel möglichst viele Therapieverfahren darzustellen. Es sei hierzu auf einige wenige grundlegende Arbeiten verwiesen wie Benedetti (1992), Ermann u. Waldvogel (2008), Lempa (1995), Lucas (2003), Matakas (2008), Mentzos (1991), Schwarz et al. (2006).



Grundlegend ist die Auffassung, dass die psychotische Symptomatik niemals lediglich als eine „Störung“ angesehen und nur als psychisches Äquivalent einer neurobiologisch-molekulargenetischen Fehlentwicklung interpretiert werden darf!



Eine dualistische Trennung zwischen (neuro-)biologischem Denken einerseits und psychodynamischem Verstehen und Einfühlen andererseits wird der Wirklichkeit des psychotisch Kranken nicht gerecht! Vielmehr ist eine ganzheitlich-integrative Sichtweise angezeigt!

Derjenige, der mit Schizophreniekranken umgeht, muss jeweils *verschiedene Betrachtungsebenen* bei sich vergegenwärtigen, die *systemisch miteinander vernetzt sind*: „Eine psychobiologische, eine psychoanalytische mit dyadischen und individuellen Aspekten, eine familiäre und eine kulturelle“ (Frauenfelder et al. 1998). Konsequenterweise muss der Psychotherapeut im Sinne einer *Veränderung des ganzen Systems* all diese Ebenen in sein Behandlungskonzept gedanklich integrieren!

Die psychodynamisch-psychoanalytische Psychotherapie schizophrener Psychosen geht von bestimmten psychodynamischen Modellvorstellungen aus, die in den letzten hundert Jahren vielfältige Entwicklungen erfahren haben. Mentzos (1991) hat drei traditionelle psychodynamische Ansätze für das Verständnis schizophrener Psychosen herausgearbeitet (Zit. n. Ermann u. Waldvogel 2008).

- **Konflikt-Abwehr-Konzept**
Die Psychose wird als Folge einer Konfliktabwehr verstanden
- **Ich-Psychologisches Konzept**
Die Psychose wird als Folge einer konstitutionellen oder erworbenen Ich-Schwäche aufgefasst
- **Objektbeziehungstheoretisches Konzept**
Störungen der basalen Beziehungen zu den essentiellen Bezugspersonen führen zu einer Schwäche der Selbst- und Objektrepräsentanzen, welche wiederum zu einer Ich-Schwäche führt und sich in psychotischen Symptomen manifestiert.

Wir tendieren zu der letzteren Auffassung, wie in den nachfolgenden Ausführungen verdeutlicht wird.

Wir messen einer gravierenden Beeinträchtigung der Individuation, insbesondere der Autonomieentwicklung des psychotischen Jugendlichen, eine große Bedeutung sowohl für die Manifestation der Psychose als auch für deren Auswirkungen auf die weitere Persönlichkeitsentwicklung zu. Wie Lempa (1995) sehen wir in einem *Autonomie-Abhängigkeits-Dilemma* bzw. in der damit verbundenen *Störung der Selbst-Objekt-Differenzierung* ein zentrales Moment der Psychodynamik psychotischer Entwicklungen bei Jugendlichen (Eggers 1995). Im Gegensatz zu Lempa (1995) halten wir eine Trennung von der traumatischen Angst vor Abhängigkeit und einer Angst vor Autonomie nicht für sinnvoll sondern sehen diese Ängste als zwei Seiten einer Medaille an.

In der Tat zeigen viele schizophrene Patienten eine *ausgeprägte Abhängigkeitsproblematik*: *Trennungssituationen* erwiesen sich in meiner Verlaufsuntersuchung (s. Kap. 8) als *typischer Auslöser* von schizophrenen Episoden, vor allem von Rezidiven. Dazu gehörten insbesondere *Liebesenttäuschungen*. Freundschaftsbeziehungen drohen oft dann zu scheitern, wenn der jeweilige Partner dem schizophrenen Patienten *zu nahe kommt* und damit die alte Abhängigkeitsthematik mobilisiert oder wenn der Partner sich entfernt, „verloren geht“, also entsprechende Verlustängste wachgerufen werden.

Hinter der Abhängigkeitsproblematik, insbesondere symbiotischen Bindungstendenzen zwischen einem Elternteil und dem Kind, steckt letztlich die Tatsache, dass sich die Kinder *für das psychische Überleben ihrer Eltern verantwortlich fühlen!* Das hat zur Folge, dass das kindliche Selbst zugunsten des *elterlichen Selbst* geopfert wird.

Zunächst einige allgemeine Anmerkungen zur Psychotherapie schizophrener Psychosen:



Die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie der Schizophrenie ist grundsätzlich eine Langzeittherapie, die vorwiegend – abgesehen von psychotischen Krisen, die einer stationären Behandlung bedürfen – ambulant durchgeführt werden sollte. Ebenso wichtig ist eine langdauernde spezifische Supervision durch psychoseerfahrene Therapeuten!

Die Therapie sollte *realitätsorientiert, pragmatisch* und *flexibel* gestaltet sein. Sie sollte nicht engstirnig an Therapieschulen orientiert sein und stattdessen v. a. am Anfang unterstützende, direktive, edukative und einsichtsorientierte therapeutische Zugänge mit einbeziehen. Die *Gefahr* einer *psychischen Regression* sollte zumindest anfänglich *vermieden* und statt dessen eine *ich-stabilisierende* therapeutische Haltung eingenommen werden. Allergrößte Zurückhaltung ist gegenüber vorschnellen Deutungen angebracht – *„Deutungen können zu Verfolgern werden“* (D.W. Winnicott).

Vor allem im Anfangsstadium der Therapie und bei geringer Ich-Stärke des Patienten können Deutungen zu erheblichen Ängsten führen und die Gefahr eines Rückfalls oder eines Therapieabbruchs zur Folge haben! Auch das Ansprechen *schambesetzter Themen*, die die Inhalte vergangener Traumatisierungen triggern können und deshalb stark angstbesetzt sind, stellt einen Stressor für den Patienten dar und kann u.U. einen erneuten Ausbruch der Symptome bewirken.

Der Therapeut sollte immer die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten seines Patienten im Auge haben. Insbesondere während aktiv-prozesshafter Phasen der Psychose sollte eine *investigative, konfliktorientierte Psychotherapie* unterbleiben. Stets sollte sich der Therapeut bewusst sein, dass er sich nicht *intrusiv-einengend*, aber auch nicht *überinvolviert* oder *rigide* gegenüber seinen Patienten verhält.

Bemühungen, den Patienten von seinen Wahnvorstellungen abzubringen, sind *obsolet*. Stattdessen: z.B. anmerken, dass das *wahnhafte Erleben* mit großen Ängsten verbunden sein muss und schwer erträglich sein dürfte. Günstig ist es, wenn der Therapeut sich *aner kennend* darüber äußert, wie der Patient all das aushält und erträgt, und was man denn tun könne, um ihm das Aushalten zu erleichtern. *Das bedeutet, den Patienten in seiner Subjekthaftigkeit zu bestätigen* und ihn eben nicht als Objekt, der alles passiv erdulden muss, zu bestärken!

Man muss sich dessen bewusst sein, dass *psychoanalytische Therapie* keine Technik ist, wie dies bei *psychologisch-experimentellen Verfahren* eher der Fall ist, wie z.B. in Kapitel 13.3 beschrieben. Es geht vielmehr um einen *„Interaktionsprozess“*, eine

„Funktion mit zwei Variablen, zwei Persönlichkeiten, die zusammen arbeiten in Richtung eines freien spontanen Wachstums. Der Analytiker wächst ebenso wie der Analysand. Bleibt ein Analytiker im Umgang mit solch persönlichen Erfahrungen starr, ist etwas nicht in Ordnung“ (Guntrip 1997).

Wichtig im psychotherapeutischen Prozess ist, dass der Therapeut nicht seine Vorstellungen von gesund/krank, falsch/richtig, nützlich/sinnlos dem Patienten überstülpt, sondern ihm statt dessen *unvoreingenommen* gegenübertritt. Und es ist Benedetti (1987) zuzustimmen, wenn er ausführt:

„Wird unser psychotherapeutisches Denken nicht auch autistisch, wie in einem anderen Sinne dasjenige des Kranken, indem wir immer wieder unsere psychodynamischen Schemata applizieren? Oder ist der Wahn als solcher eine existentielle Herausforderung an uns, die unsere Projektion geradezu stimuliert, damit ein Projekt der Mitmenschlichkeit entstehe?“

17.2 Spezielle Aspekte der Psychotherapie bei Jugendlichen

Das, was wir über Schizophrenie wissen, wissen wir nur von unseren Patienten, wir haben ihnen dafür dankbar zu sein. Sie vermitteln uns das, was sie uns sagen wollen, oft in einer metaphorischen, teils metalogischen Form, die uns häufig unverständlich erscheint, was uns dann leicht dazu verführt, die Mitteilungen unserer Patienten als „verrückt“ anzusehen. Dies bedeutet eine Distanzierung und eine Entwertung zugleich.

Eine Patientin von Samuel Keith (1993) beschrieb ihre Krankheit mit folgenden Worten:

„Whatever this is that I have, it feels like I'm a caterpillar in a cocoon and I'm never going to get the chance to be a butterfly“,

d.h. sie ist eine Raupe in einem Kokon und hat keine Chance, sich zu einem Schmetterling zu entwickeln. Sie hat verstanden: Es geht um Entwicklung! Zugleich ist mit dieser Äußerung die Situation beschrieben, in der sich gerade Jugendliche schizophrene Patienten befinden: Eingesponnen in ein Beziehungsnetz mit den Elternimages. Bei den von uns in der Essener Klinik behandelten Jugendlichen mit einer schizophrenen Psychose war die Loslösung von entwicklungspsychologisch bedingten allzu engen Mutter-Sohn- oder Vater-Tochter-Beziehungen, die z.T. sogar einen inzestuösen Charakter hatten (!), ein besonderes Problem. Der bekannte finnische Schizophrenie-Forscher Alanen (2001) und seine Mitarbeiter fanden in der Vorgeschichte von schizophrenen Patienten, dass sie im *Schulalter enger an ihre Eltern gebunden* waren als ihre gesundgebliebenen Geschwister, sie waren stärker auf die Eltern fixiert und zeigten eine *geringere Fähigkeit zur Kontaktaufnahme mit Personen außerhalb der Familie!*

Der ausgebliebene Individuationsprozess, die *unbewältigte Trennungsarbeit* mit dem Ziel des Erwerbs von Eigenständigkeit, Eigenmacht und Autonomie geht einher mit einer *schwachen Ich-Organisation*, die für jugendliche Psychotiker typisch ist. Letzteres birgt wiederum die Gefahr, von inneren oder äußeren Reizen überschwemmt zu werden (Benedetti 1976, 1991, Eggers 1991). Die Grenzen zwischen Ich und Außenwelt, zwischen dem eigenen Selbst und den Objekten sind durchlässig und unscharf (Federn 1978, Jacobson 1954/55, Eggers 1977).

Die bei jugendlichen Psychosen zentrale Problematik von Ablösung und Individuation und der entsprechend ungenügend differenzierten Selbst-Objekt-Repräsentanzen spiegelt sich in der Schwierigkeit wider, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen *Nähe*

und Distanz herstellen zu können. Entsprechend labilisiert ist häufig auch die Patient-Therapeuten-Beziehung. So wie der Patient in der Mutter-Kind-Symbiose die drohende Auflösung seines Selbst befürchtet, befürchtet er eine Verschmelzung mit dem therapeutischen Gegenüber. Unbewusste Wünsche nach Nähe und Intimität und unter Umständen entsprechende Verschmelzungsphantasien stehen in einem diametralen Verhältnis zu Ängsten des Aufgesogenwerdens einerseits oder des feindlichen Zurückgewiesenwerdens andererseits (Schwarz 1980).

Spielt bei der Übertragung des Patienten das Dilemma von Verschmelzungsängsten einerseits und Befürchtungen von feindlicher Ablehnung durch den Therapeuten andererseits eine große Rolle, so kann sich dies auch in der Gegenübertragung widerspiegeln: Teilnahmslosigkeit, Negativismus, möglicherweise auch feindselige Ablehnung, Desinteresse, albern-läppisches Gebaren, unfruchtbare Rationalisierungen und ewige Wiederholungen seitens des Patienten können den Therapeuten dazu verleiten, ihn seinerseits abzulehnen, als untherapierbar anzusehen und sich narzisstisch gekränkt zurückzuziehen. So fragte der nachfolgend näher beschriebene 19-jährige Patient in einer Phase der Therapie immer wieder stereotyp, ungeduldig fordernd und insistierend mit näselnder, quengeliger Stimme, wie ein trotziges Kleinkind: „Was ist Leben? Was ist Selbständigkeit?“ Dieses an sich zentrale Thema seiner bisher ausgebliebenen Individuation wurde in Form eines nörgelnden, fruchtlosen läppischen Rasonierens vorgetragen, welches die Geduld des Therapeuten in erheblichem Maße strapazierte und bei ihm in der Tat Gedanken auslöste, die Fortsetzung der Therapie als sinnlose Zeitverschwendung anzusehen.

Andererseits kann sich aber auch eine intensive symbiotiforme Beziehung zwischen Therapeut und Patient und eine Überidentifizierung des Therapeuten mit seinem Patienten entwickeln, wobei der Therapeut z.B. unbewusst vom Patienten in die Mutter-Rolle gedrängt werden kann, indem er eine überprotektiv-dominierende Rolle einnimmt und damit die infantilisierende Beziehung zwischen Mutter und Sohn wiederholt. Allmachtsphantasien des Patienten und ein verzweifelter Kampf um Autonomie können ein Grund dafür sein, dass junge Schizophrene sich oft mit aller Macht gegen die Therapie wehren bzw. die Notwendigkeit therapeutischer Hilfe verleugnen.

Schizophrene Patienten, erst recht schizophrene Kinder und Jugendliche, zeichnen sich durch eine besonders ausgeprägte *Feinfühligkeit* und *Sensibilität* aus. Diese Sensibilität befähigt die Patienten gerade im jugendlichen Alter, wenn sie noch mit ihrer Familie zusammenleben, sich ganz besonders in die Nöte ihrer Eltern, vor allem des schwächeren und bedürftigeren Elternteils, einzufühlen und intrapsychische Konflikte der Mutter oder des Vaters und dadurch bedingte Partnerschaftskonflikte bei den Eltern wahrzunehmen. Durch psychotische Symptombildung versuchen die betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen, zur Entlastung der Eltern beizutragen. Sie unternehmen eine Art „*Rettungsmission*“. Sie müssen die Eltern zusammenhalten und deren Konflikte dadurch überwinden, um die Beziehung der Eltern zu retten. Die Gefahr, die droht, ist ein schwerer *Loyalitätskonflikt*, der die Kinder in *Abhängigkeit* hält. Sowohl diese Abhängigkeit als auch die Überforderung durch die von vornherein zum Scheitern verurteilten Versöhnungsbemühungen des Kindes verfestigen dessen Rolle als „*Versager*“.

Dieser Zusammenhang ist in Abbildung 44 schematisch zusammengefasst.

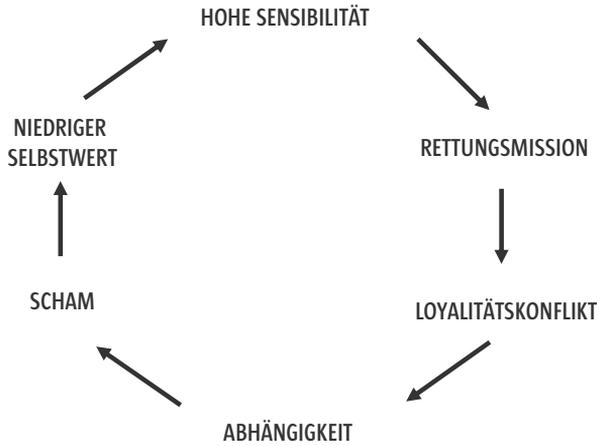


Abb. 44 Psychodynamische Komponenten der Abhängigkeitsscham bei psychotischen Jugendlichen

Der bereits erwähnte 19-jährige Patient mit einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie (ICD-10: F 20.o) *halluzinierte* optisch, akustisch und olfaktorisch und äußerte *Vergiftungs- und Beeinträchtigungsideen*. Zeitweise war er *stuporös* und verharrte 10 bis 20 Minuten lang bewegungslos wie gebannt auf einer Stelle – *Stupor* als Symptom für den Verlust der Bewegungsautonomie. Der Jugendliche zeigte *formale Denkstörungen* in Form von Gedankensperre und Gedankenabreißen, eine ausgeprägte *Ambitendenz*, verbunden mit bizarren und zwanghaften Ritualen. Es bestanden *coenästhetische Sensationen*. Seinen Loyalitätskonflikt gegenüber seinen Eltern, die in einen erbitterten Ehekonflikt verstrickt waren, drückte er mit folgenden Worten aus:

„Zu beiden [Eltern] stand ich gut, ich versuchte, ein bisschen zu schlichten, ich hab' mir Vorwürfe gemacht, dass ich es manchmal nicht geschafft hab' ... normalerweise muss man das aushalten.“

Die zwischen den Eltern bestehenden und durch Verdrängung und Verleugnung unter der Decke gehaltenen Gegensätze und Konflikte können nur in der Abhängigkeit des Kindes „*versöhnt*“ werden, d. h. in der magischen Geborgenheit, der Sicherheit spendenden Macht der Mutter oder des Vaters. Auf diese Weise wird der *Widerspruch zur Realität* und der realen, jedoch nicht zugelassenen Wahrnehmung des Patienten aufgehoben. Es entsteht also eine Diskrepanz zwischen der inneren, eigentlichen Wahrnehmung des Kindes bzw. Jugendlichen auf der einen Seite und der ihm aufoktroierten, verzerrten Interpretation der äußeren Realität.

So sagte eine inzwischen erwachsene Patientin über sich „*Ich bin leicht zu verunsichern durch Fremde, ich bin so unsicher*“. So habe ihr die Mutter gesagt, dass Backenzähne nicht nachwachsen würden, nachdem sie als 12-jähriges Mädchen berichtet hatte, dass ihre Backenzähne gerade nachwachsen würden. Die Mutter habe damals darauf geantwortet: „*Backenzähne wachsen nicht nach*“. Die junge Frau heute:

„Da hatt' ich geglaubt, ich bin anormal, meine Backenzähne wachsen nach, obwohl das nicht geht. Ich gab meiner Mutter Recht“. Und, so fügt sie hinzu: „Auch heute ist es so, dass ich meiner Wahrnehmung nicht traue“.

Dieses Symptom wird gern als typische Ich-Schwäche schizophrener Patienten bezeichnet. Es handelt sich aber weniger um ein konstitutionelles Merkmal als um den lebensgeschichtlich verstehbaren hohen Preis, den solch ein sensibles Kind, das willig Rettungs- und Versöhnungsmissionen für die Eltern übernommen hatte, zu zahlen hat.

Das betroffene Kind bzw. der Jugendliche erlebten eine „*doppelte Wirklichkeit*“: Die vom Ich subjektiv wahrgenommene Wirklichkeit und die von Mutter oder Vater aufoktroyierte „objektive“ Wirklichkeit, unter die sich das Kind, die eigene Wahrnehmung verleugnend, unterwirft. So kommt es zu einer *Spaltung des Wirklichkeitserlebens*. Eine solche Wirklichkeitsverzerrung ist natürlich noch nicht psychotisch zu nennen und findet sich nicht nur bei schizophrenen Erkrankungen sondern auch bei schweren Über-Ich-Neurosen.

Bei schizophrenen Jugendlichen ist eine solche Wirklichkeitsverzerrung mit einem auswegslosen Kampf um Selbstbehauptung verknüpft, welcher mit Gefühlen äußerster Destruktivität, von Schmerz und Angst, häufig Todesangst, einhergeht, Gefühlen, welche die Betroffenen in einer Art Gefangenschaft aus Verzweiflung, Aussichts- und Hoffnungslosigkeit verharren lassen.

Eine von uns behandelte, im Alter von 16 Jahren erkrankte schizophrene Patientin (ICD-10: F 20.0), die in einer symbiotischen Beziehung zur Mutter lebte, drückte ihren Loyalitätskonflikt bzw. den Konflikt zwischen innerer und äußerer Wahrnehmung folgendermaßen aus: „*Die Mutter ist tot*“ und „*Ich werde blind*“. Der Tod der Mutter, d. h. die Lösung von der Mutter ist nur um den Preis der eigenen Blindheit zu haben. Oder es gibt die Alternative: „Wenn ich zur Mutter ‚Du böses Weib‘, ‚Du böse Frau‘ sage, dann komme ich nach Bedburg-Hau“ (Rheinische Landeslinik für Psychiatrie). Das bedeutet also: *Verselbständigung* und *Trennung* von der Mutter führt zu *Blindheit* und *Verrücktheit*, was letztlich gleichzusetzen ist, denn beides versperrt den Zugang zur Realität. Die Patientin berichtete, dass sie gegen die Mutter Aggressionen habe, die sie nicht ausleben könne. Sie habe stets „geschauspielert“, sei freundlich zu ihr gewesen, sie könne nur „in der freundlichsten Atmosphäre“ zu ihrer Mutter „Hexe“ sagen. Sie verspüre starke Aggressionen gegen sich selbst und müsse sich „mit dem Satan gegen mich selbst verbünden“. Sie berichtet über „Zwangsgedanken“. Einer der schlimmsten Gedanken sei gewesen, dass der Teufel heilig sei und Gott verflucht. Das sei ein ganz „furchtbarer Gedanke“. „Wenn ich das meiner Mutter sage, *wird sie mich verstoßen*“. Das bedeutet: Ich muss brav, d. h. abhängig sein, sonst werde ich verstoßen und verflucht.

Aber der Versuch, unabhängig zu werden, geht mit Ängsten drohender Selbstvernichtung einher: die *Furcht vor dem Verlust* der guten, gratifizierenden Mutter-Kind-Beziehung. Damit verbunden ist die Angst, das eigene Selbst zu verlieren, was gleichbedeutend ist mit der *Furcht vor der Fragmentierung des Selbst*. Damit einhergeht, dass nur in der Psychose selbst, also im Zustand „psychotischer Verwirrtheit“, der Patient es sich gestattet, aus der Symbiose auszubrechen, die ihn an seiner eigenen Weiterentwicklung hindert. Die Tragik ist, dass mit diesen destruktiven Impulsen das eigene Selbst zusätzlich bedroht und somit noch mehr fragmentiert wird. Es entsteht ein Teufelskreis aus Zerstörungsimpulsen gegenüber der essentiellen Bezugsperson und Zerstückelungsphantasien in Bezug auf das eigene, fragile Selbst (Eggers 1995).

So hat die erwähnte Patientin Angst, dass die Mutter „so zu Schaden kommen“ könne, „dass ich nicht mehr bei ihr sein kann, und ich habe dann durch dieses Schicksal (ich stelle mir auch

vor, sie stirbt) hier dann die Hölle“. Sie habe „starke Gewissensbisse, wie wenn ich einen MORD begangen hätte“. Sie leide „unter depressiven Schulgefühlen“ und habe vor allem „Angst vor der Nacht“. „Das ist mein Masochismus. Ich bilde mir ein, ich habe Rufmord begangen“.

Es ist erstaunlich, mit welcher *Luzidität* die von der Allgemeinheit und häufig auch von uns Ärzten als verrückt entwerteten Patienten ihre intrapsychische Situation zu beschreiben vermögen: Es ist der *ausweglose Kampf* zwischen der *masochistischen Unterwerfung* unter das Diktat der symbiotischen Abhängigkeit einerseits und der quälenden Bemühung um Unabhängigkeit andererseits.

Es bestehen also gegensätzliche Kräfte und Tendenzen (s. Abb. 45).

Trennung von dem Elternteil, mit dem man symbiotisch eng verbunden ist, wird als *tödliche Bedrohung des eigenen Selbst*, aber auch als mörderische Tötung des geliebten Objekts erlebt, von dem man abhängig ist. Es resultiert ein *Teufelskreis* aus *Trennungsangst*, unbändiger Wut infolge des Gebundenseins, *Abhängigkeitsscham* und *Trennungsschuld* (L. Wurmser 1993).

Entwicklungs- und psychodynamisch besteht also folgende Gleichung:

TRENNUNG = TÖDLICHE VERWUNDUNG DES ANDEREN = SCHULD =
TÖDLICHE VERGELTUNG DURCH DEN ANDEREN = EIGENER TOD

Das Scham-Schuld-Dilemma (Wurmser) wird von den Patienten erlebt und kann auch verbalisiert werden. So sagte ein von mir über ein Jahr lang behandelter Patient: „*Ich will so viel Unabhängigkeit, dass die Psychose nicht wiederkommt*“ und „*ich hatte die Psychose, weil ich so abhängig von der Mutter war oder bin*“. Im Verlauf der Psychotherapie konnte er auch über seine *Abhängigkeitsscham* sprechen und diese benennen: „*So merk ich's nicht, dass ich abhängig bin, das hab' ich nur in der Psychose gemerkt*“. Er kann seinen Abhängigkeitskonflikt also nur durch seine Psychose zum Ausdruck bringen.

Psychodynamisch kommt es also zur folgenden Sequenz:

UNTERWERFUNG → OHNMACHT → ABHÄNGIGKEIT → SELBSTVERLUST →
BESCHÄMUNG, GEFÜHL DES UNWERTS

Das Dilemma zwischen Abhängigkeitsscham und Trennungsschuld beruht auf den eingangs geschilderten Loyalitätskonflikten oder gar Loyalitätsspaltungen, denen

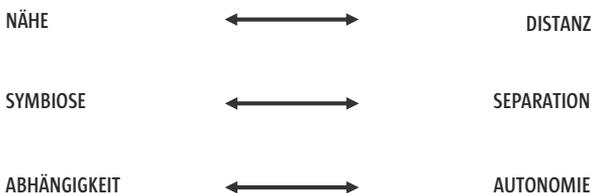


Abb. 45 Bei schizophrenen Psychosen besonders akzentuierte intrapsychische Abhängigkeits- und Autonomiekonflikte

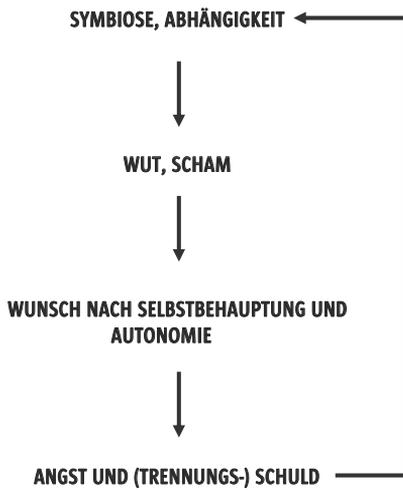


Abb. 46 Schema Scham-Schuld-Dilemma in Anlehnung an L. Wurmser (1993)

die Patienten ausgesetzt sind. Diese resultieren aus widersprüchlichen Wünschen und Verpflichtungen gegenüber den Elternimages. Durch den Konflikt kommt es zu einer Überforderung des Patienten mit entsprechender Behinderung der Entwicklung eines autonomen Selbst. Kompensatorisch kann es zu einer Erhöhung des Selbst-Ideals mit entsprechenden Omnipotenzphantasien kommen. Diese können wahnhaft ausgestaltet werden: So fühlte sich der erwähnte Patient als „*Sendbote Gottes*“ oder als „*Pinsel Gottes*“ d. h. als der „*anale Phallus*“ Gottes, der ihm damit Omnipotenz verleiht. Eine solche magische Identifikation mit einer allmächtigen Gestalt stellt eine Abwehr gegenüber der Überforderung dar, die darin besteht, dem Scham-Schuld-Dilemma nicht entkommen zu können. Metaphorisch wird der Abhängigkeitskonflikt von dem gleichen Patienten in folgenden Worten zum Ausdruck gebracht: „*Die Macht lässt mich ohnmächtig erscheinen und verhindert, dass ich selbständig werde*“.

Abbildung 46 soll die Beziehungen zwischen Abhängigkeitsscham, Schamwut, Autonomiewünschen, Trennungsangst und Trennungsschuld verdeutlichen.

Die ideale Vorstellung von sich selbst als ein *omnipotentes* Wesen, als „*Pinsel Gottes*“ ist ein *Zeichen für die Idealisierung des eigenen Selbst*, das heißt, das in Wahrheit schwache, hilflose, abhängige, entwertete Selbst, wird magisch-metaphorisch zum omnipotenten Selbst, das heißt, zum Ort einer nie erreichten, wohl auch unerreichbaren Selbst-Mächtigkeit. Psychotische Größenideen („*Ich bin Christus*“, „*Ich bin Napoleon*“, „*Ich bin Hitler*“, „*Ich bin der Allmächtige*“) sind also magische Verdichtungen des Wunsches, nicht mehr hilflos und abhängig zu sein, stattdessen ich selbst sein zu können. Weil dies nun aber nicht gelingt, deshalb muss der Psychotiker, und das ist seine Tragik, „einen äußeren Unterstützer, der verantwortlich ist für das, was er nicht ist, und für das, worunter er leidet und was er ertragen muss“ idealisieren (Aulagnier 1998). Das heißt, der Psychotiker verleiht der einengenden Mutter oder dem kastrierenden Vater ein „*Übermaß an Macht*“.

Hierzu Piera Aulagnier (1998):

„Der Psychotiker, und ich denke vor allem an den Schizophrenen, kennt den Machtmissbrauch, der gegen sein Ich ausgeübt wurde oder wird, er kennt die Ohnmacht, die man ihm aufzwingt. Dieses Ich, das man für verrückt erklärt, das man einsperrt, beruhigt, schlafen macht, existiert weiter und leidet; es hört nicht auf zu wissen, dass es leidet und von den Anderen ausgeschlossen wird. Ich möchte sogar sagen: In einem gewissen Sinn delegiert der Schizophrene an die Anderen die Macht, ihn leiden zu machen, und das besänftigt seinen Hass, der viel gefährlicher wäre, wenn er ihn direkt ausleben müsste“.

Etwa ein halbes Jahr nach Beginn der Psychotherapie bei dem bereits erwähnten 19-jährigen Jugendlichen mit einer schizophrenen Psychose konnten die Themen Abhängigkeit, Macht der Mutter, Selbständigkeit, Ohnmacht und Unvermögen bearbeitet werden. Es entwickelte sich u. a. folgender Dialog (Ich: Die Macht ist sicher etwas wichtiges, Du solltest sie pflegen). Antwort: „Ich will sie aber *weghaben*“. Wenn ich als Therapeut, so der Patient, ihm sagen würde, was er machen solle, „dann *könnte die Macht wieder weggehen*“. (Die Macht soll ich also sein?) „*Sie haben Sie ja sowieso*“. Und der Patient fährt unmittelbar fort: „*Wenn ich nicht krank wäre, dann wäre die Macht nicht so stark*“. Er meint damit die Macht der Mutter, die diese über ihn hat. Wenn er gesund wäre, hätte er selbst mehr Macht. Der Patient bittet, dass der Therapeut die Macht der Mutter in ihm „*zum Verschwinden bringen*“ solle. (Ich: Also, die mächtige Mutter oder der mächtige Therapeut!). Patient: „*Ja, die brauche ich, ohne die kann ich nicht auskommen. Wie soll ich das denn machen?*“



Hier zeigt sich also das Dilemma der Macht: Indem der Patient den Therapeuten befragt, wie er sich von der Macht befreien und damit selbst eigenmächtig werden kann, macht er gleichzeitig den Therapeuten ohnmächtig, sich aber von der Macht des Therapeuten abhängig und muss damit selbst ohnmächtig bleiben!

Als ich dem Patienten dieses Dilemma widerspiegeln und mit einer Gegenfrage antworten (Wie willst Du die Macht denn zum Verschwinden bringen, wenn Du sie immer wieder befragst?) sagt er wörtlich: „*Die Macht lässt mich ohnmächtig erscheinen und verhindert, dass ich selbständig werde*“. Als ich dieses bestätige, schweigt er, und auf meinen Kommentar, dass er sich der Macht ausliefert, meint er, „*die Macht in mir kümmert sich so sehr um mich*“, womit er die Mutter meint. Später berichtet der Patient, dass die Macht in ihm zwar noch da sei, er nehme sie aber nicht mehr so wahr und meint, „*dass die Macht weniger Macht gewonnen hat*“ (Näheres zum Behandlungsverlauf s. Eggers, 1995).

Ein 19-jähriges Mädchen mit einer paranoid-halluzinatorischen Psychose (ICD-10: F-20.o) hat die Scham vor Demütigung, den Verlust des Selbstrespekts und die Scham-Wut, die sie gegen sich selbst richtete, zu Beginn ihrer Psychose in folgender Weise zum Ausdruck gebracht: Sie berichtete davon, dass sie ermordet und „*als Leiche der Welt zur Schau gestellt*“ werden solle. Alle Leute würden dann an ihr vorbeigehen „*und über mich lachen*“.

Tags zuvor hatte sie gesagt: „*Ich will leben*“ – Zum Leben gehört Trennung, Trennung aber scheint mit Tötungsphantasien und Phantasien, selbst getötet zu werden, verbunden zu sein. Entsprechende Scham-Schuld-Gefühle werden abgewehrt durch

die Vorstellung, ermordet und als Leiche ausgestellt und von der vorbeiziehenden Menge verhöhnt zu werden. – Ein Symbol für den höhnischen, sie verurteilenden Richter in ihr selbst. Andererseits berichtete sie auch über Mordimpulse gegenüber den Eltern, von denen sie sich abgelehnt fühlte. Auch diese Patientin war in eine symbiotische Beziehung zur überbehütenden und invasiven Mutter verstrickt, gleichzeitig bestand eine äußerst ambivalente, verleugnerte inzestuös-ödipale Beziehung zum wesentlich älteren Vater. Sie fühlte sich von ihm bedroht, wie auch vom Schwimm- und Englischlehrer, „*die ihre Netze gesponnen haben gegen mich*“. Die Patientin entwickelte einen *systematisierten Beziehungs- und Verfolgungswahn mit Vergiftungsängsten und akustischen und optischen Halluzinationen, erstere in Form von kommentierenden, bedrohlichen Stimmen*. Sie litt außerdem unter *Beeinflussungsideen*, die Gedanken würden durch diese Stimmen sowie durch Laserstrahlen beeinflusst, die von außen in ihr Zimmer gelenkt würden. Sie berichtete weiter, dass schon seit ihrer Geburt ihre „*Vernichtung*“ geplant gewesen sei, dass alle Menschen ihre Feinde seien. Sie sagte, dass sie sich *schäme*, weil sie das Gefühl habe, so zu erscheinen wie die Eltern sind und nicht wie sie eigentlich selbst ist! Ängstlich und schamvoll vermied sie jeden Blickkontakt. Dahinter steckt zweierlei: Einerseits die *Scham darüber, nicht sie selbst sein zu können und stattdessen wertlos zu sein* („*Alles was mich demütigt, ist es, was mich so intensiv beschäftigt*“). Es steckt aber auch dahinter, dass der *Blick gefährlich sein könnte*: Sie kommentiert ihre Blickvermeidung damit, dass man jetzt nur die „*Spitze eines Eisberges*“ sehe und dass man, wenn man ihr in die Augen schauen würde, „*vielleicht noch viel mehr erkennen*“ würde, „*was bei mir darunter liegt*“. Die *verschlüsselte Botschaft der Blickvermeidung* spiegelt das *Scham-Schuld-Dilemma* (L. Wurmser 1990) wider: Sie symbolisiert *das schamvolle Verbergen der eigenen Abhängigkeit und die dadurch bedingte Wert- und Hilfslosigkeit einerseits, andererseits verdeckt sie Phantasien über die mörderische Kraft ihrer Trennungs- und Tötungsimpulse gegenüber dem abhängig machenden Objekt*.

Was bedeutet die Angst des jugendlichen Psychotikers, verlacht und verhöhnt zu werden? Der vor 200 Jahren gestorbene Dichter, Zeitgenosse und Freund Goethes, Karl Philipp Moritz, hat in seinem autobiographischen Roman „Anton Reiser“ auf diese Frage eine bemerkenswerte und treffende Antwort gegeben: „*Das Lächerlichwerden ist eine Art von Vernichtung und das Lächerlichmachen eine Art von Mord des Selbstgefühls, die nicht ihresgleichen hat*“. Und Reiser fährt fort: „... und nicht einmal einen Feind zu haben“ [von dem man sich abgrenzen und an dem man wachsen kann] „*das ist die wahre Hölle, die alle Qualen der fühlbaren Vernichtung eines denkenden Wesens in sich fasst*“.

Ein weiteres Beispiel für eine symbiotiforme Mutter-Kind-Beziehung, in der der Sohn Verantwortung für seine Mutter übernimmt:

Ein 8-jähriger psychotischer Patient, Sohn chronisch-wahnkranker Eltern, hatte ganz ähnliche paranoide Wahnideen wie seine Mutter und sein Vater entwickelt. Er wuchs völlig isoliert und unter buchstäblich sterilen Bedingungen auf. Bis zum 5. Lebensjahr wurde er mit einem Löffel gefüttert, mit 8 Jahren hatte er noch nie allein die Toilette besucht, sich nie selbständig angekleidet und gewaschen und keine eigenständige Verrichtung durchführen dürfen. Er glaubte u.a. von *Kameras beobachtet und von anderen umgebracht* zu werden. Er hatte Angst vor technischen Geräten, obwohl er seit dem 2. Lebensjahr ausschließlich mit elektrischen Kabeln spielte. So glaubte er, dass Staubsauger lebendig seien, sich auf ihn stürzen, seine Haut zerreißen und ihm alles Blut und Fleisch aussaugen würden. Neben WC-Ängsten hatte er Angst, von Zahnpasta vergiftet oder in einen Lüftungsschacht gesaugt

zu werden. Das Interessante ist, dass mit zunehmender Gesundung und Verselbständigung des Kindes während der insgesamt 14 Monate dauernden stationären Therapie die Mutter mehr und mehr dekompenzierte und zunehmend mit paranoiden Befürchtungen und suizidalen Intentionen reagierte. Während sich der Junge allmählich an der realen Welt orientieren und zu anderen Menschen Kontakt aufnehmen konnte, zog sich die Mutter immer mehr zurück. Sie reagierte auf das Verselbständigungsstreben des Kindes damit, dass sie die Wohnung nicht mehr verließ und vermehrt wahnhaft wurde. Der Junge erlebte sich selbst als verantwortlich für die zunehmende Dekompensation seiner Mutter und spielte immer wieder Katastrophen, in denen „die Kuh“ in einen Abgrund fiel und gerettet werden musste.

WC-Ängste sind typische Symptome einer Frühschizophrenie, d.h. für Kinder, die vor dem 11. Lebensjahr erkranken. Psychodynamisch könnten unbewusste Phantasien dahinterstecken, vom mütterlichen Objekt aufgesogen („Staubsauger“) oder als wertloses Objekt weggespült zu werden (s. Kap. 20, Fallbeschreibung 4.4.1.5a!!!).

Therapeutisch kommt es darauf an, sich dem Patienten als „Übergangssubjekt“ (Benedetti 1992) bzw. als emotionaler Container (Böker 1995) zur Verfügung zu stellen und ihm dadurch die Möglichkeit zu schaffen, allmählich innere und äußere Realität miteinander integrieren und versöhnen zu können. Das bedeutet, zu einer *Ich-Stabilisierung* des Patienten beizutragen. Dazu ist es notwendig, dass der Therapeut taktvoll und feinfühlig dem schizophrenen Patienten das Gefühl gibt, dass er um seine *Autonomie* besorgt ist. Dazu gehört, dass der Therapeut im Verlauf des therapeutischen Prozesses seinerseits die Autonomie seines Patienten in ihrem jeweiligen Entwicklungsstadium vorbehaltlos akzeptiert. Dies ist z.B. in solchen Phasen sehr wichtig, in denen der Patient sich *negativistisch-ambivalent* und (*sub-*)*stuporös* verhält. Hier kann es sinnvoll und hilfreich sein, zweimal täglich für ca. 10–15 Minuten schweigend am Krankenbett des Patienten zu verharren, sorgsam auf dessen Signale zu achten und dabei intensiv sich dem Patienten emotional zur Verfügung zu stellen, wie eine Mutter besorgt zu sein und taktvoll die abweisende Haltung des Patienten zu akzeptieren, *ohne ungeduldig, intrusiv-aktionistisch oder seinerseits abweisend zu reagieren!*

So befand sich der anfangs erwähnte 19-jährige Patient in den ersten 3 Wochen seines Klinikaufenthaltes in einer substuporös-negativistischen Phase, in der er vorwiegend in seinem Bett lag, sich nicht wusch, kaum aß, sich insbesondere nicht die Zähne putzen konnte und sich äußerst ambivalent und ambivalent auch mir gegenüber verhielt. Über große Strecken hinweg war er mutistisch, und es war schwierig, einen Kontakt mit ihm herzustellen. Das veranlasste mich, zweimal täglich zum Patienten zu gehen, mich an sein Bett zu setzen und mich ganz auf ihn einzulassen – meistens in beidseitigem Schweigen. Teilweise wirkte der Patient *gequält*, vor allem dann, wenn ich ihm vermittelte, dass ich jetzt eine Zeitlang weggehen würde, und in fragte, ob ich wiederkommen solle. Mimisch und gestisch zeigte er deutlich, dass er gerne Kontakt aufrechterhalten wollte und dass es ihm gut tat, wenn man bei ihm saß. Andererseits war er aber immer wieder auch abweisend, in ich gekehrt, wie abwesend, eine verbale Kommunikation war nur äußerst mühsam und sehr bruchstückhaft möglich. Ab und zu machte der Pat. Ansätze zu sprechen, als ob er mir etwas Wichtiges erzählen wollte, sagte dann aber doch nichts. Schließlich machte er Anstalten zur Kontaktaufnahme, legte sich aber dann hin und schaute mich unverwandt an, blieb aber mutistisch. Typisch war folgendes Verhalten: Handlungen wurden begonnen, dann wieder zurückgenommen. So wendete sich der Patient auf meine Aufforderung hin mir zu, drehte

sich aber um, ging dann wieder in seine alte Position zurück und stand mit dem Rücken zu mir, blieb mutistisch und war nicht zu einem Gespräch zu bewegen. Sätze fing er an, ohne sie zu vollenden, manchmal grunzte er nur, nickte kaum wahrnehmbar oder zuckte die Achseln als Antwort auf meine Fragen oder Anmerkungen. Wenn er Blickkontakt aufnahm, schaute er mich unverwandt an, wenn ich ging, war sein Gesichtsausdruck ausgesprochen traurig.

Drei Wochen später kam es zu einer spontanen Wende: Der bis dahin vorwiegend stuporös-negativistisch-ambivalente Patient kam überraschend in mein Zimmer und bat um ein Gespräch, das wir auch sofort begannen. Der Patient sprach fließend, ohne zu stocken mit klarer Stimme. Er berichtete von seinem *Wahn*: Die Eltern sollten ein *Lösegeld* von etwa 50.000 DM bezahlen, ansonsten würde er *ermordet*!

Meine Interpretation, dass das *Treibgas* seine *aufgestaute Wut symbolisiere*, lehnte er erst ab, später akzeptierte er diese Deutung. Der Patient konnte dann über seine *Wut* sprechen, darüber, auf wen er in der Familie am meisten Wut habe (die Mutter), und dass er enttäuscht sei, dass der Vater ihm wenig helfe. – Dieser war in der Tat in der Familie wenig präsent.

Die nächsten Therapiestunden – er kam viermal wöchentlich – waren durch *erhebliches Stinken* begleitet, so als würde der Patient in den Stunden seine angesammelten Gase (= Wut) im Bauch loswerden. Es war kaum auszuhalten. Ich verstand dies als aggressive Provokation des Patienten mir gegenüber und als *Probe*, ob ich diese Aggression überlebe oder nicht. Dieses deutete ich jedoch nicht. Immer wieder fragte der Patient nach dem Chemiker. Dies sei wichtig, damit er von dem Gestank befreit würde, sonst würde irgendeiner auf der Station ihn *ermorden*. Immer wieder gab es lange Perioden trotzigem Schweigens, ich deutete dem Patienten, dass eine „*Stinkwut*“ oder „*Mordswut*“ in seinem Bauch drin sein müsse und ihn vielleicht auch am Sprechen hindere. Als ich dem Patienten den Vorschlag machte, dass es vielleicht gut sei, wenn er selbst der Chemiker sein würde, der den Geruch beseitigen könnte, und dass er damit auch verhindern würde, dass er bestraft oder ermordet würde, konnte er von seiner *Scham* sprechen, die er darüber empfinde, dass er so stinke – Das bedeutet, dass der Patient sich deshalb *schämt*, weil er noch so kleinkindlich-abhängig war und nur durch Stinken und Pupsen seine Wut über seine Abhängigkeit ausdrücken konnte. Dieser Sinn war ihm aber noch verborgen, er wurde ihm erst später, im Verlauf der Therapie, bewusst. Immer wieder sprach der Patient in den Therapiestunden von Mord und von der Tatsache, dass er *ermordet bzw. von anderen Jugendlichen erstochen* werden solle. Das deutete ich für mich (ohne dies kundzutun) als Folge des *intrusiven Eindringens* der Mutter in ihren Sohn, die ihm keinen Raum zur Selbständigkeitsentwicklung, zur Autonomie und zu irgendwelcher Eigenständigkeit und Eigenmächtigkeit ließ.

Der Patient selbst stellte einen Zusammenhang her zwischen dem *Gas*, das in seinem After steckte und nicht heraus konnte, und der *Mordswut*, wobei er gegenüber der Mutter am meisten Wut empfand. Diese *Wut* konnte er aber nur *in der Psychose erleben und metaphorisch zum Ausdruck bringen*. In „normalen“ bzw. gesunden Zeiten verharrte er in der Abhängigkeit von der Mutter, die ihm (auch später noch mit 20 Jahren!) den After einsalbte, sein Tun bis ins kleinste Detail begleitete und ihn mit Vorschriften einengte. Seine *Autonomie und Weiterentwicklung blieben wie das Gas in seinem After stecken!*

Damit drückte der Patient seine Situation metaphorisch recht plastisch aus: Das Gas im After war sogleich *Ausdruck der Wertlosigkeit*, der Entwertung. Solange er sich nicht weiterentwickeln konnte, konnte er das Gas auch nicht entweichen lassen, es musste in seinem After stecken bleiben. Der *stinkende Inhalt* seines Enddarms *symbolisiert* unter diesem Aspekt die Scham über den eigenen Unwert: Das, was im Enddarm ist, ist nicht wertvoll, es muss

als grässliches, wertloses Zeug ausgestoßen werden. Es ist die Scham darüber, eklige und schmutzige Körperinhalte in sich zu haben und sie nicht unter Kontrolle halten zu können. Man kann jedoch vermuten, dass die Wut, symbolisiert in seinem Gestank und dem Gas in seinem After, auch eine *positive* Bedeutung hat und damit auch etwas *Wertvolles* symbolisiert: Nämlich die unbewusste Demonstration seiner Autonomie. Das Gas ist aber auch *Ausdruck seiner Aggression*, seiner Stinkwut, die in ihm steckt und die er metaphorisch nur in der Therapiestunde entweichen lassen konnte, zugleich als Test, ob der Therapeut diese Wut überlebt und aushält. Im Abgeben stinkender „Pupse“ in Anwesenheit des Therapeuten, wird die *anal-aggressive Vernichtungswut* ausgelebt, eine Wut, die eigentlich der Mutter gilt, aber *gegen ihn selbst* gerichtet wird. Sie verdichtet sich in der Vorstellung, ermordet zu werden. Die Wut muss gegen ihn selbst gerichtet werden, weil der Patient befürchten muss, dass er durch seine Wut das geliebte Objekt zerstören kann, umso wichtiger ist es, dass der Therapeut diese Form der Aggression aushalten kann und überlebt. Das geliebte Objekt wird intensiv gehasst, weil es ihm kein eigenständiges Leben erlaubt.

Nur wenn der Patient erlebt, dass das Gegenüber, von dem er symbiotisch abhängig ist, seine Vernichtungs- und Entwertungswut überleben kann, kann er auch erleben, dass Trennung, d.h. Weiterentwicklung nicht die Tötung des als übermächtig erlebten mütterlichen Objekts zur Folge hat. So verdichtet sich in dem wahnhaft-coenästhetischen Symptom des Gases im Enddarm, das von einem Chemiker aus Paris entfernt bzw. neutralisiert werden muss, das *Scham-Schuld-Dilemma*, d.h. der für den Patienten unlösbare Konflikt zwischen *Abhängigkeitsscham* und *Trennungsschuld* (L. Wurmser 1989).

Mit dem stinkenden Gas im After wird die Scham darüber zum Ausdruck gebracht, ein *schwaches Selbst* zu haben, das nicht fähig ist, sich von der übermächtigen Mutter abzugrenzen, wodurch der Pat. daran gehindert wird, auf eigenen Füßen zu stehen, im wahrsten Sinne eigenständig zu werden. So kann die Autonomieentwicklung nicht in Gang kommen, stattdessen verbleibt der Patient in symbiotischer Abhängigkeit von der machtvollen Mutter. Das *stinkende Gas* in seinem After drückt seinen *archaischen, anal-aggressiven Abwehrkampf gegen diese Abhängigkeit* aus.

Trennungsschuld äußerte sich – das wurde später im Verlauf der Therapie deutlich – als Überzeugung, er habe *nicht das Recht, ein eigenständiges Leben zu führen*. Das Recht zu leben bedeutet ja eigentlich das Recht auf eine getrennte Existenz und so fragte der Patient immer wieder: „*Was ist Leben?*“, „*Was ist Selbständigkeit?*“, „*Wie soll ich leben, wie soll ich selbständig werden?*“

Im Verlauf der Therapie entwickelte der Patient eine erstaunliche *Kreativität* und einen ebenfalls beachtlichen Einfallsreichtum, was ihm selbständige Einsichten in seine Leidensthematik ermöglichte, die er im Dialog selber thematisieren konnte – s. ausf. Darstellung und Erörterung der Therapie in Eggers (1995). Von *zentraler Bedeutung* dürfte das *gemeinsame Bemühen um einen Verstehenszusammenhang des psychotischen Erlebens* beim Patienten gewesen sein, welches zu einer *Desaktualisierung des Krankheitsgeschehen* geführt hat, sichtbar durch *das völlige Zurücktreten produktiv-psychotischer Symptome*.

Die Therapie bestätigte die Ansicht von Benedetti über den Wahn bei schizophrenen Patienten, wozu er sich wie folgt äußerte: „Der psychotherapeutische Zugang zum Wahn besteht grundsätzlich darin, dass der Wahn von uns als Symbol erfasst wird, einen Sinn für uns hat und dass er darüber hinaus als Endergebnis einer verborgenen, psychischen Geschichte begriffen wird. Wir müssen erkennen, dass der Wahn ein

Akt der Selbstvergewisserung und ein Produkt der Identitätssuche des Kranken ist. Der Wahn will als chiffrierte Mitteilung an die Umwelt und als Versuch des Kranken, sich – gleichzeitig – mitzuteilen und zu verbergen, aufgenommen werden“ (Benedetti 1992, S. 21).

Drei Haltungen sind besonders bedeutsam bei der Therapie schizophrener Psychosen:

1. Eine hoffnungsvolle Einstellung dem Patienten und seiner möglichen Entwicklung gegenüber – trotz allem Beängstigendem und Entmutigendem, was vom Patienten ausgehen mag. Mit diesem Gefühl der Hoffnung und Zuversicht ist die „containing“-Funktion des Therapeuten eng verbunden, des In-sich-Aufnehmens und Bei-sich-Haltens.
2. Eine Haltung des absoluten Respekts gegenüber dem Patienten, die es dem Patienten gestattet, seinen eigenen Raum zu haben. Diese Haltung gründet in der Empathie gegenüber dem Patienten, ist also mehr als nur Freundlichkeit. Mit der Haltung des Respekts ist gemeint: Eine tiefe Akzeptanz der besonderen Art, die dem Patienten eigen ist. Sie ist unvereinbar mit einer intrusiven Haltung. Die Haltung des Respekts ist gekoppelt mit der Fähigkeit zu akzeptieren, dass man den Patienten über weite Strecken nicht versteht, möglicherweise auch keinen Zugang zu ihm gewinnt und trotzdem sich zur Verfügung hält. Es gehört aber auch das „concern“, die Besorgnis um die Weiterentwicklung, aber auch um das Leid der Patienten und das Ertragen von ambivalenten Tendenzen und Gefühlen beim Patienten und in der Therapeuten-Patient-Beziehung dazu.
3. Eine Haltung der Flexibilität, und dies bedeutet, auf die jeweiligen Stimmungen und Bedürfnisse zu reagieren. Dazu gehört, aushalten zu können, wenn der Patient den Kontakt verweigert oder ambivalent ist. Es gehört aber auch dazu, Aggressionen auszuhalten und zu überleben. Auch gehört dazu, dass man seine Eigenheit, seine Individualität nicht verrät, sondern der bleibt, der man ist. Damit ermöglicht man dem Patienten die Erfahrung, ein vom fürsorgenden Objekt getrenntes Wesen zu sein. Dazu gehört, dass der Therapeut sich weder verführen lässt, sich überprotektiv-intrusiv dem Patienten gegenüber zu verhalten, noch sich gekränkt oder aus einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit heraus zurückzuziehen, indem man z.B. den Patienten für untherapierbar und unzugänglich hält. Übertragung und Gegenübertragung sind sorgfältig zu beachten und zu reflektieren!