

Stavros Mentzos / Alois Münch (Hg.)

# Widerstände gegen ein psychodynamisches Verständnis der Psychosen



V&R

Stavros Mentzos / Alois Münch (Hg.):  
Widerstände gegen ein psychodynamisches Verständnis der Psychosen



Stavros Mentzos / Alois Münch (Hg.):  
Widerstände gegen ein psychodynamisches Verständnis der Psychosen

---

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN  
PSYCHOENTHERAPIE

Schriftenreihe des Frankfurter  
Psychose-Projekts e. V. (FPP)

---

Herausgegeben von Stavros Mentzos  
Mitherausgeber: Günter Lempa, Norbert Matejek,  
Thomas Müller, Alois Münch, Elisabeth Troje

Band 31: Stavros Mentzos / Alois Münch (Hg.)  
Widerstände gegen ein psychodynamisches  
Verständnis der Psychosen

Stavros Mentzos / Alois Münch (Hg.):  
Widerstände gegen ein psychodynamisches Verständnis der Psychosen

Stavros Mentzos / Alois Münch (Hg.)

# Widerstände gegen ein psychodynamisches Verständnis der Psychosen

Mit 6 Abbildungen

Vandenhoeck & Ruprecht

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.

ISBN 978-3-525-45245-5

Umschlagabbildung: Gustav Sievers, Ohne Titel, Inventar-Nr. 4332d,  
Universitätsklinikum Heidelberg, Sammlung Prinzhorn

© 2015, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Theaterstraße 13,  
37073 Göttingen / Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.  
[www.v-r.de](http://www.v-r.de)

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Printed in Germany.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen  
Druck und Bindung: ☉ Hubert & Co GmbH & Co. KG,  
Robert-Bosch-Breite 6, 37079 Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

## Inhalt

Alois Münch Einführung in die Widerstände gegen ein psychodynamisches Verständnis der Psychosen . . . . .	7
Stavros Mentzos Die Gründe einer Ablehnung des psychoanalytisch- psychodynamischen Verständnisses der Psychosen . . . . .	17
Joachim Küchenhoff Widerstände zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse . . .	34
Peter Hartwich Das innewohnende Gegenteil . . . . .	51
Michael Dümpelmann So weit, so gut – was bleibt offen? Ein Essay . . . . .	73
Hans-Peter Hartmann Der Weg der Psychiatrie über PEPP und OPS in die Beziehungslosigkeit . . . . .	86
Frank Schwarz Widerstand gegen ein psychodynamisches Verständnis der Psychosen in Aus- und Weiterbildung . . . . .	102

Matthias Elzer	
Der Geist der (Verhaltens-)Medizin ist leicht zu fassen. Ein kritischer Kommentar zum Verschwinden des psycho- dynamischen Verständnisses in der Behandlung seelisch Kranker .....	125
Verena Bonnet	
Widerstände gegen ein psychodynamisches Verstehen von Psychose auf einer akutpsychiatrischen Station – ein Fallbeispiel .....	135
Christian Maier	
Über Abwehr und Anpassung nach der akuten Psychose	151
Thomas Röske	
Widerstände gegen künstlerische Werke von Psychiatrie- Erfahrenen .....	169
Die Autoren .....	180

Alois Münch

## **Einführung in die Widerstände gegen ein psychodynamisches Verständnis der Psychosen**

»Sapere aude! Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen!« ist also der Wahlspruch der Aufklärung.« So lautet ein Satz aus dem Auftakt in Kants 1784 verfasster Schrift mit dem Titel: »Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?«. Warum aber fällt mir dieser Wahlspruch, dieses Zitat als Entree meiner Einführung in den vorliegenden Band 31 des »Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie« ein? Sicher, so lässt sich sogleich vermuten, weil er in einem engen Zusammenhang mit dem Thema des Bandes steht. Dessen Thema sind die »Widerstände«, und zwar solche, die sich gegen ein psychodynamisches Verständnis der Psychosen richten. Könnte es also sein, dass die Beschäftigung mit solchen Widerständen nicht nur auf den Gebrauch der Vernunft derjenigen angewiesen ist, die sich damit auseinandersetzen wollen, sondern dass es dazu auch des Mutes bedarf, zu dem Kant in seiner Schrift ebenfalls aufruft?

Um auf diese Frage eine Antwort zu finden, möchte ich den Leser dieses Bandes zunächst ein wenig mit seiner Editions-geschichte vertraut machen. Diese geht nämlich mit einer Erfahrung einher, die ich so, in meiner nun etwa 16-jährigen Mithe-rausgeberschaft des »Forums«, nicht erwartet hätte.

Den Herausgebern dieses Bandes, also Stavros Mentzos und mir, war schon zu Beginn der Themenfindung für den neuen Band klar, dass wir damit einen wunden Punkt berühren, da er in den meisten Diskussionen um die Bearbeitung und Be-handlung von Psychosen nicht angesprochen wird. Meist bleiben die Psychotiker, also die Patienten selbst, der Gegenstand der Erörterung und Betrachtung, seltener sind die Rahmenbe-

dingungen, also die Institutionen und Personen, die für die Behandlung zuständig sind, Gegenstand der Reflexion und kritischen Betrachtung.

In diesem Zusammenhang ist deshalb interessant, dass wir für den vorliegenden Band insgesamt 30 Autoren angefragt haben, davon haben 18 Angefragte aus verschiedenen Gründen die Mitarbeit abgesagt und 10, ohne die beiden Herausgeber, haben sich bereit erklärt, einen Beitrag zu liefern. Bemerkenswert ist an diesen Zahlen, dass wir noch bei keinem Band des »Forums«, den wir gemeinsam herausgegeben haben, einen so großen Anfrageaufwand hatten. Die absolut überwiegende Regel war, dass die von uns angefragten Autoren gern bereit waren, etwas zu schreiben, und ihre Mitarbeit zusagten.

Diese Zurückhaltung hat schließlich dazu geführt, dass wir einige Themen, die wir gern bearbeitet und diskutiert hätten, nicht aufnehmen konnten. Dazu gehören unter anderem folgende:

Uns hätte ein Beitrag sehr interessiert, der sich mit den philosophischen Grundpositionen der aktuellen medizinisch-psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsansätze beschäftigt, da wir hier den Eindruck haben, dass sich insbesondere szientistische Grundpositionen immer stärker durchsetzen und die Behandlungspraxis bestimmen, die im Wesentlichen einem positivistischen, an den Neurowissenschaften orientierten Krankheitsverständnis folgen. Für die Therapie sind daher neben Psychopharmakotherapie und Elektrokrampftherapie, die eine Renaissance erfahren hat, ergänzend verhaltenstherapeutische Umlernprogramme in Verbindung mit entsprechenden Entspannungstrainings vorgesehen. Therapie zielt hier also im Wesentlichen auf eine genetisch und biochemisch bedingte Beeinflussung eines angeblich in spezifischer Weise gestörten Gehirnstoffwechsels ab und auf ein sozial angepasstes Training der dysfunktionalen Verhaltensprogramme der Patienten. Das phänomenale Erscheinungsbild ist hier zwar hinweisgebend, aber ursächlich eher von sekundärer Bedeutung, da es als Ausdruck eines gestörten Hirnstoffwechsels mit letztlich vermutlich genetischer Ursache betrachtet wird, also kein echtes Sinnverstehen möglich ist. Ebenso eher zweitrangig sind

daher innere Konflikte, psychodynamische Prozesse und frühe Erfahrungen mit den psychisch bedeutsamen Objekten und/oder triebdynamische Prozesse. Inwiefern sich diese Modifikationen auch in den heute aktuellen erkenntnistheoretischen Grundpositionen der »modernen« und »aktuellen« Psychiatrie und Psychotherapie abbilden, das hätte uns – von einem fachkundigen, philosophisch vorgebildeten Kollegen erörtert und diskutiert – sehr interessiert.

Eine andere Perspektive auf unsere Fragestellung, die wir gern beleuchtet hätten, war eine geschichtliche, insbesondere die Zeit des Nationalsozialismus betreffend. Es ist heute weitgehend bekannt, dass in dieser Zeit die neurologisch-positivistische Wissenschaft der Untersuchung von Gehirnfunktionsstörungen und genetisch bedingten Erkrankungen eine enge Verbindung und Kooperation mit der nazistischen Rassenideologie eingegangen ist. Leider ist es uns auch hier nicht gelungen, einen Kollegen zu finden, der zu diesen geschichtlich bedingten »Widerständen« etwas schreiben konnte.

Ebenfalls schwierig gestaltete sich das Bemühen, Autoren aus dem umliegenden Ausland (z. B. Österreich, der Schweiz, Finnland) zu finden. Nach anfänglicher Euphorie und Bestätigung der Notwendigkeit, sich kritisch mit den veränderten Verhältnissen auseinanderzusetzen, folgte letztlich das Sich-in-Schweigen-Hüllen oder ein entschuldigendes Betonen der zeitlichen Überbelastung. Wir waren deshalb schließlich und endlich froh, doch einen Kollegen aus der Schweiz zu finden, der sich bereit erklärte, etwas zum Thema zu schreiben, so dass der ursprüngliche Gedanke, auch einen Blick auf das umliegende Ausland zu haben, um dort die Entwicklungen zu beurteilen, nicht ganz aufgegeben werden musste.

Gern wollten wir auch den Aspekt der Supervision angemessen durch Beiträge abbilden. Obwohl wir verschiedene Psychoanalytikerkollegen anschrieben, die in psychiatrischen Kliniken als Supervisor tätig sind und auch Balint-Gruppen anbieten, war es doch nicht einfach, einen der Kollegen zu gewinnen. Ob das etwas damit zu tun hat, dass die Psychoanalytiker auch in Kliniken als Supervisoren tätig sind, die nicht primär psychodyna-

misch mit ihren Patienten arbeiten? Das muss hier eine offene, aber doch bedenkenswerte Frage bleiben.

Ebenso hätte uns ein Beitrag sehr interessiert, der das Thema hinsichtlich der Pflege in psychiatrischen Kliniken einmal aus der Praxis heraus reflektiert hätte. Leider war der hier angesprochene Kollege zu beschäftigt und konnte einen bereits vorliegenden Artikel nicht mehr weiter ausbauen. Ähnliches gilt für die Fragestellung, wie sich solche Widerstandsprozesse im Bereich der Sozialarbeit in den psychiatrischen Institutionen zeigen können.

Schließlich scheiterten wir auch in unserem Bemühen, einen Beitrag über die Situation der Psychoanalyse in China zu gewinnen.

Diesem nur recht cursorischen Überblick über unser vergebliches Bemühen, sicher notwendige und wichtige Fragen zum Teil unseres neuen Bandes werden zu lassen (vielleicht gelingt das ja noch zu einem späteren Zeitpunkt), stehen nun aber doch die an uns eingegangenen Beiträge gegenüber, die insgesamt ein differenziertes, kritisches und engagiertes Bild von unserer thematischen Ausgangsfrage zeichnen.

In die Thematik führt zunächst der umfangreiche kritische Beitrag von *Stavros Mentzos* ein. Dieser hat den Titel: »Die Gründe einer Ablehnung des psychoanalytisch-psychodynamischen Verständnisses der Psychosen«. Mentzos konstatiert, dass es zwar einerseits nun auch offiziell eine Anerkennung der psychoanalytisch-psychodynamischen Psychosentherapie als Mittel der Wahl durch die Krankenkassen gibt, aber andererseits noch immer eine breite Ablehnung insbesondere vonseiten der Psychiatrie besteht, die in den Psychosen doch vorwiegend somatisch bedingte Störungen sieht, bei denen eine aufdeckende Therapie sogar schädlich sein kann. Aber trotz dieser Situation suchen viele Patienten Hilfe bei einem psychoanalytisch-psychodynamischen Therapeuten. Wichtig für diese Behandlungsunterschiede ist sicher die unterschiedliche Beantwortung der Frage, was eigentlich eine Psychose ist. Mentzos diskutiert das Defizitmodell versus das von ihm favorisierte Abwehrkonzept und zeigt, dass die medikamentöse Therapie, die den Patienten,

wie er sagt, »psychoseunfähig« mache, keineswegs eine psychotherapeutische Behandlung überflüssig werden lässt. Obwohl es aktuelle psychoanalytische Ansätze zum Verständnis der Psychosen gibt, sind diese aber vielen Fachkollegen nicht bekannt, was an mangelnder Ausbildung und an einer einseitigen Orientierung etwa an der kognitiven Verhaltenstherapie und der medikamentösen Therapie liege, aber auch an den persönlichen und emotionalen Herausforderungen, die von dem Therapeuten zu bewältigen sind, um eine entsprechende psychoanalytisch-psychodynamische Fort- und Ausbildung zu absolvieren.

*Joachim Küchenhoff* schließt sich mit seinem sehr luziden, die aktuellen Probleme benennenden Beitrag an mit dem Titel »Widerstände zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse«. Einleitend konstatiert er: »Natürlich, in den letzten beiden Jahrzehnten scheint die Psychoanalyse weitgehend aus der psychiatrischen Regelversorgung verbannt worden zu sein [...] Der Mangel an psychoanalytisch geschultem Nachwuchs, der heute Leitungsverantwortung in psychiatrischen Kliniken übernehmen könnte, macht sich leidvoll bemerkbar.« Von dieser Zeitdiagnose ausgehend, wirft er eine Reihe von Fragen auf, an denen er expliziert, was zu dieser Situation beigetragen hat. So formuliert er spezifische Herausforderungen und benennt verschiedene Gründe, die für die Marginalisierung der Psychoanalyse in der Psychiatrie verantwortlich sind. Er sieht aber auch, dass die Psychoanalyse nicht nur Opfer ist, sondern auch einen eigenen Beitrag zu ihrer Marginalisierung geleistet hat. Daran anschließend führt er exemplarisch auf, welche Wege nun seines Erachtens beschritten werden können, um aus dieser Marginalisierung herauszuführen.

Diesem engagierten, differenzierten und an der konkreten Praxis orientierten Beitrag folgt der von *Peter Hartwich*, den er mit »Das innewohnende Gegenteil« betitelt. Hartwich leitet seine Arbeit mit einer Verbindung des polaren Denkens bei Heraklit mit dem Bipolaritätsmodell von Mentzos ein. Auf diesem Hintergrund untersucht er dann in verschiedenen Bereichen den Umgang mit dem Psychotischen, wobei er u. a. auf die Gesellschaft, die Betroffenen selbst, die Angehörigen, die Zuwendung

zu kreativer bzw. künstlerischer Arbeit eingeht und sich schließlich den Menschen widmet, die sich professionell mit der Behandlung psychisch Kranker befassen. Seine Ausgangshypothese ist dabei, dass die Berufswahl selbst von inneren Bedürfnissen geleitet ist, die den Betroffenen unbewusst bleiben, gleichwohl ihr ärztliches und psychotherapeutisches Handeln bestimmen, was zu einer Gegenübertragungssperre führen kann, die einer adäquaten psychotherapeutischen Behandlung im Wege steht. Hartwig nennt »Chaosfähigkeit« als eine Qualität, die für den Psychosentherapeuten notwendig ist.

Diesen klar strukturierten und pointierten Ausführungen folgt ein Essay von *Michael Dümpelmann* mit dem Titel: »So weit, so gut – was bleibt offen?«. Dümpelmann nimmt hier zum Ausgangspunkt seiner Reflexionen die Schwierigkeiten, seine Stelle als Leiter des Funktionsbereichs Klinische Psycho- und Psychotherapie, in dem schwerpunktmäßig Patienten mit schweren psychischen Störungsbildern behandelt werden, neu zu besetzen. Gesucht wurde ein Nachfolger mit Facharztanerkennung für Psychiatrie und Psychotherapie mit psychodynamischer Grundausrichtung oder abgeschlossener Psychoanalyse. Die Neubesetzung erwies sich, wie Dümpelmann beschreibt, als außerordentlich schwierig, und dies, obwohl die Evidenzen für die Psychosenpsychotherapie sprechen, sie Bestandteil der Leitlinien und seit kurzer Zeit auch Indikation der Richtlinienpsychotherapie ist. Dümpelmann stellt fest, dass es institutionelle wie auch individuelle Widerstände gibt. Die verdeutlicht er an einem derzeit sehr reduktionistisch verstandenen Begriff von »Wissenschaftlichkeit«, der dazu führe, dass vieles unkritisch übersehen wird. Es komme so zu einer Biologisierung des Personenbegriffs, und die Beziehung, der affektive Austausch, das Verstehen blieben unberücksichtigt und würden rationalisierend und intellektualisierend durch biologische Konzepte ersetzt. In den Ausbildungsinstituten werde der Kompetenzerwerb, später Psychosen zu behandeln, oft nicht gut gefördert.

»Der Weg der Psychiatrie über PEPP und OPS in die Beziehungslosigkeit« ist der Titel des Beitrags von *Hans-Peter Hartmann*. Hartmann zeichnet zunächst den Aufbruch der

Psychiatrie in verbesserte Versorgungsstrukturen mit der Psychiatrie-Enquete in den 1970er Jahren hin zu Behandlungsbedingungen der Gegenwart nach, die gekennzeichnet sei durch zunehmende Arbeitsverdichtung im psychiatrischen Krankenhaus, Verkürzung der Verweildauer, Reduzierung der personellen Besetzung, Unterfinanzierung im Personalbereich, einer Ökonomisierung und einem immer größeren Einfluss der Geschäftsführung auf die Behandlung. Hand in Hand damit gehe auch eine Veränderung des Behandlungsparadigmas weg von psychodynamischen Vorstellungen hin zu neurobiologischen Erklärungen und eher pharmakologischen Behandlungsansätzen und zur Elektrokrampftherapie, kombiniert mit Psychoedukation und dem Weglassen bzw. einer Reduktion von Einzel- und Gruppengesprächsangeboten. Hartmann zeigt dann die daraus resultierenden Folgen auf. Zum Abschluss skizziert er das Bild eines psychotherapeutischen Zugangs zur Behandlung von Psychosen, wobei er dazu von einem Verlassen des medizinischen Krankheitsmodells ausgeht und sich stattdessen auf das gelebte und erlebte Leben beziehen will.

Dem »Widerstand gegen ein psychodynamisches Verständnis der Psychosen in Aus- und Weiterbildung« wendet sich *Frank Schwarz* zu, der hier seit vielen Jahren tätig ist. Er geht davon aus, dass Widerstände an unterschiedlichen Stellen zum Ausdruck kommen, und zeigt diese sukzessive auf. Die an Kurt Schneider orientierte Psychiatrie begrenze sich auf eine deskriptive Psychopathologie und lehne den psychodynamischen Zugang ab. Gegen psychogenetische Ableitungen über eine traumatische Lebensgeschichte können sich beim Behandler Widerstände bilden, was Schwarz wiederholt in Aus- und Weiterbildung begegnet ist. Auch bei der Suche nach Auslösern der Psychose sei häufig eine gewisse Unspezifität festzustellen. Die Behandlungen seien oft nur schwer vorhersehbar, und der Analytiker müsse auch handelnd aktiv werden und sei mit schwer zu ertragender Negativsymptomatik und vielem anderen, was ungewohnt für ihn ist, konfrontiert. Auch Bedenken, die von psychiatrischen Kollegen gegen eine analytische Therapie der Psychosen geäußert werden, könnten Widerstände hervorrufen und begünstigen. Neben den

Widerständen, die in den äußeren Bedingungen liegen, gibt es auch solche, die das Innere des Therapeuten betreffen.

Dieser sehr eingehenden und differenzierten Analyse der Aus- und Weiterbildungssituation in der Therapie der Psychosen folgt der Beitrag »Der Geist der (Verhaltens-)Medizin ist leicht zu fassen« von *Matthias Elzer*. Er formuliert den derzeit vorherrschenden Geist der (Verhaltens-)Medizin. Zunächst definiert er den Begriff der Psychodynamik, um zu bezweifeln, ob es ein psychodynamisches Verständnis bei Medizinern, Pflegenden und Sozialarbeitern heute in nennenswertem Umfang überhaupt gibt. Die akademische Psychiatrie sei zunehmend an der Verhaltensmedizin orientiert, der es im Wesentlichen um »Psychoedukation« gehe. Stellen in Krankenhäusern werden heute nach diesen Bildungsprämissen besetzt. Dies gelte auch für die Fachhochschulen, wo Elzer lehrt. Die Studierenden der Pflege, Physiotherapie und Sozialarbeit haben aber häufig an der Psychoanalyse ein großes Interesse. Wegen der Knappheit der ökonomischen Mittel sei aber auch im Pflegealltag die verhaltensmedizinische Orientierung, der es um ein Verlernen der Symptome geht, willkommen. Dem liege auch ein Wandel im Menschenbild zugrunde. Die »moderne Medizin« vergisst dabei zunehmend den Wert der therapeutischen Beziehung zwischen Arzt und Patient. Und die Heilkunst sei damit wieder da angekommen, wo sie vor einem halben Jahrhundert schon einmal war.

Diesem engagierten und konzentriert formulierten Kommentar folgen zwei Beiträge, die das Auftauchen von Widerständen an konkreten Behandlungsvignetten aufzeigen: *Verena Bonnet* schildert auf sehr eindrückliche Weise die Behandlung einer psychotischen Patientin im Rahmen einer psychiatrischen Abteilung. Das Besondere dabei ist, dass diese Abteilung sehr nachdrücklich einem psychodynamischen Konzept folgt und auch über entsprechende Teamsitzungen und Supervisionsangebote verfügt. Dennoch kam es dazu, dass sich im geschilderten Behandlungsfall Widerstände bei den Behandelnden bildeten, die einen echten Zugang zu der zu behandelnden Patientin behinderten, so dass erst nach zwei Suizidversuchen und der Einbeziehung einer lange nicht genutzten Supervision ein benigner

Behandlungszugang und ein ebensolches Behandlungsergebnis erzielt werden konnten. Es ist der Autorin sehr zu danken, dass sie anhand ihrer sehr lebendigen und konkreten Schilderung eines zeitweise malignen und schwierigen Behandlungsverlaufs zeigt, wie wichtig es ist, auf Widerstände auch vonseiten des therapeutischen Teams zu achten und dies einer freien Besprechung zuzuführen.

Der Beitrag von *Christian Maier* wendet sich den Widerständen zu, die die Patienten in der Behandlung zeigen. Er geht dabei von dem Erleben einer Ich-Fragmentierung in der Psychose aus, auf die das Ich mit einer ganzen Reihe von Abwehrmaßnahmen und Anpassungsstrategien reagiert, wozu Maier auch die postpsychotischen Negativsymptome zählt. Er schildert an vier Fallbeispielen, wie sich hier jeweils Widerstände aufseiten der behandelten Patienten zeigen. Maier erinnert auch daran, dass an einer Psychose erkrankt zu sein, den »Verstand verloren zu haben«, eine tiefe Erschütterung des Seelenlebens darstellt, eine schwere Kränkung und einen erheblichen Verlust des Vertrauens in das eigene Selbst, des gewohnten »In-der-Welt-Seins«, eine seelische Katastrophe, die mit Vernichtungsängsten konfrontiert. Dies bedingt die Verleugnung der Psychose und bestärkt die Patienten, diese tiefen Ängste und aggressiven Regungen in Leistungsstreben und Durchhaltevermögen umzuwandeln – was durch die Normen der Gesellschaft unterstützt wird. Patienten, die sich mit ihrer Rolle als psychisch Kranke nicht begnügen wollen, stellen für die professionellen Helfer eine besondere Herausforderung dar.

Den Abschluss des Bandes bildet der Beitrag von *Thomas Röske* mit dem Titel »Widerstände gegen künstlerische Werke von Psychiatrie-Erfahrenen«, der sich dem kreativen Feld psychotisch Erkrankter zuwendet. Er beschreibt seine Erfahrungen im Umgang mit Kunstwerken von psychotisch Erkrankten, deren Objekte er als Leiter der Sammlung Prinzhorn in Heidelberg der Öffentlichkeit präsentiert. Röske zeigt im historischen Rückblick, dass sich hier ein Wandel vollzogen hat, indem sich eine weniger abwertende und eine stärker akzeptierende und annehmende Haltung gegenüber diesen künstlerischen Produktionen

zeigt; was eine sicherlich erfreuliche Tendenz ist. Andererseits belegt er am einzelnen Beispiel, dass es hier auch immer noch Widerstände gibt.

Wir möchten uns bei der Sammlung Prinzhorn bedanken, die uns das Bild von Gustav Johann Wilhelm Sievers (1865–1941), der in die Tötungsanstalt Hadamar deportiert und dort ermordet wurde, zur Verfügung stellte – und das nun auf dem Umschlag unseres Bandes zu sehen ist.

Sigmund Freud schrieb in seinem Briefwechsel mit dem Psychiater Eugen Bleuler den Satz: »Ich bin zuversichtlich, wir erobern bald die Psychiatrie.« Wer die Beiträge des vorliegenden Bandes 31 des »Forums« liest, kann Zweifel hegen ob des Optimismus, den Freud hier zum Ausdruck bringt. Zu bedenken ist aber, dass die Psychoanalyse trotz immer wieder geäußerter Vorbehalte und Widerstände vonseiten der akademischen Psychiatrie und Psychologie heute auf eine lange Geschichte von großem Einfluss auf das geistige Leben und medizinische und psychologische Denken verweisen kann. Das gilt sicher auch, weil sie in der Tradition der Aufklärung immer wieder den Mut hatte und hat, sich nicht »kirre« machen zu lassen und sich des ihr eigenen Verstandes zu bedienen. Die Beiträge dieses Bandes legen davon ein beredtes und ermutigendes Zeugnis ab.

Am Ende bleibt mir leider nur noch die Mitteilung einer sehr traurigen Nachricht: Prof. Dr. med. Stavros Mentzos, der Herausgeber des »Forums« und Mitherausgeber dieses Bandes ist am 16. Mai 2015 im Alter von 85 Jahren verstorben. Seinen hier veröffentlichten Beitrag hat er erst im Januar 2015 abgeschlossen und so bildet er für uns eine Art von Vermächtnis. Alle Kollegen und Leser des »Forums« werden Stavros Mentzos sicher sehr vermissen.

Alois Münch

Stavros Mentzos

## **Die Gründe einer Ablehnung des psychoanalytisch-psychodynamischen Verständnisses der Psychosen**

Eine psychodynamisch-psychoanalytisch orientierte Psychotherapie wird zwar in den letzten Jahren immer häufiger von vielen ärztlichen und psychologischen Therapeuten vorwiegend ambulant, aber in gewissem Umfang auch stationär angewandt. Die positiven Ergebnisse solcher Therapien haben sogar kürzlich zu ihrer gleichsam offiziellen Anerkennung geführt, indem sie in die von der Krankenkasse zu übernehmenden Behandlungsmethoden aufgenommen wurden. Trotzdem bestehen weiterhin Zweifel und Ablehnung bei vielen psychiatrischen Fachärzten und Psychologen. So erfährt man von manchen Patienten, die trotz dieser negativen Meinungen doch einen psychodynamisch orientierten Therapeuten aufsuchen, dass sie von Fachpsychiatern und Psychologen den Rat bekamen, von solchen psychodynamisch orientierten Therapien Abstand zu nehmen. Dabei wurde den Patienten mitgeteilt, dass die Psychosen eigentlich vorwiegend somatisch-biologisch begründete Störungen des Gehirns seien, bei denen aufdeckende Therapien nicht nur unwirksam, sondern unter Umständen auch schädlich sein könnten. Auch die Medien verbreiten zum großen Teil ähnliche Ansichten, wenn auch oft positive Voten zu hören sind.

Wenn nun trotzdem viele Patienten sich jetzt zu einer solchen Behandlung entschließen, so liegt dies meistens daran, dass sie selbst allmählich eindeutig das Gefühl bekommen, dass ihre psychotische Störung doch mit wichtigen biografischen Vorkommnissen zusammenhängen. Außerdem sind sie auch durch die Tatsache enttäuscht, dass eine einseitig medikamentöse Be-

handlung oft misslingt oder in jedem Fall auf die Dauer keine Lösung darstellt.

Es verhält sich allgemein so, dass therapeutische Verfahren meistens erst nach längeren Perioden der schwankenden Meinung schließlich geschätzt und angenommen werden, also bei richtigen Fortschritten bzw. positiven Erfahrungen. Dies ist jedoch gerade bei psychotischen Störungen schwer zu beurteilen. Lang hingezogene Verläufe mit einer gewissen Besserung der manifesten Symptomatik, denen dann aber häufige Rückfälle folgen, führen zu einer Enttäuschung des ohnehin durch die Psychose belasteten Patienten, der jede Hoffnung auf eine anhaltende Stabilisierung verliert. Nun zurück zu den Behandelnden und ihren Vorstellungen über die Psychosen.

Gibt es einen minimalen Konsensus darüber, was Psychosen sind?

Es besteht zwar eine relative Verständigung darüber, welche Erlebens- und Verhaltensveränderungen zu den Psychosen gehören. Entsprechende deskriptive Benennungen und Definitionen findet man in den großen statistischen Manualen von DSM-5 und ICD-10, wenn hier auch die alltägliche Praxis zeigt, dass die in diesen Klassifikationen vorgeschlagenen diagnostischen Kategorien schon auf dieser deskriptiven Ebene nicht ausreichen, um die Vielfalt der infrage kommenden Variationen zu erfassen. Man hat den Eindruck, dass die konkreten Fälle, die konkreten Patienten, sehr oft zwischen den »Schubladen« des Systems und nicht in ihnen liegen. In immer neuen Auflagen der diagnostischen Kategoriensysteme versucht man präzise das Vorkommende zu erfassen. Dies erweist sich jedoch gelegentlich als vergebliche Mühe, und zwar wahrscheinlich deshalb, weil sich die dahinter stehende intrapsychische Problematik in recht verschiedenen und oft auch in ständig wechselnden Konstellationen zeigt. Was hält man, unabhängig von dieser Problematik, für die zentrale Störung bei den Psychosen? Im Hinblick auf die durchgehend sichtbare Vernachlässigung entschließt man

sich vielfach dazu, den Verlust der Realitätswahrnehmung als das zentrale Charakteristikum des Psychotischen zu sehen und der Analyse und Beurteilung von Diagnostik und Therapie zugrunde zu legen.

## Vom »Verlust« zum »Aufgeben« der Realität

Ich wäre mit dem Geschilderten einverstanden, wenn man anstelle des Wortes »Verlust« der Realität bereit wäre, die Formulierung »Aufgeben« der Realität vorzuziehen! Die Formulierung »Aufgeben der Realität« will darauf hinweisen, dass es sich nicht um ein Defizit, sondern umgekehrt um eine aktive, wenn auch unbewusste Abwehrbewegung handelt. So betrachtet ist z. B. der Wahn, also vielleicht das wichtigste Symptom einer Psychose, kein Irrtum, kein Ausfall der Realitätsprüfung, sondern eine Überzeugung, und zwar aus meist starken emotionellen Gründen, die ebenso stark und zwingend ist, dass die dagegensprechende Realitätswahrnehmung einfach vernachlässigt wird. So beruht, um ein anderes Beispiel zu bringen, die Halluzination auf einem so starken zwingenden Wunsch, einen Kontakt mit einem Gegenüber, also mit einem feindlichen oder nicht feindlichen Objekt herzustellen, dass hier ebenfalls die Realitätsprüfung kaum zur Wirkung kommt.

So könnte man fast alle psychotischen Symptome nicht als Ausfallerscheinungen (Ausfall einer Funktion) deuten, sondern als aktive Umgestaltung von Wahrnehmung und Affekt, die wahrscheinlich eine kompensierende oder Abwehrfunktion hat.

## Was spricht für die Abwehr- und Kompensationsfunktion der psychotischen Symptomatik?

Ich beschränke mich hier auf ein paar Beispiele: Das schon den älteren Psychiatern bekannte Phänomen der »doppelten Buchführung« bei psychotischen Patienten ist ein deutlicher Hinweis dafür, dass viele unrealistisch, unsinnig, »verrückt« erscheinende

Überzeugungen nicht auf einen körperlichen, organischen Defekt, auf einer primären Hirnstörung beruhen können, weil in den Fällen, die ich meine, neben solchen auf psychotische Überzeugungen (u. a. eine grobe Verzerrung, Verkennung oder Umkehrung der Realitätswahrnehmung) hinweisende Äußerungen gleichzeitig und parallel dazu unauffällige Wahrnehmungen der Realität bestehen. Eine schizophrene Patientin gibt z. B. zu den verschiedenen Tafeln des Rorschach-Projektionstests Antworten bzw. Deutungen, die völlig unrealistisch, paradox und sozusagen verrückt sind, und fragt anschließend den Untersucher, ob er nicht vielleicht doch etwas anderes hören möchte. Der ob dieser Frage verblüffte Untersucher bejaht dieses Anliegen der Patientin, die dann in einem zweiten Durchgang völlig »normal«, also gemäß den üblichen Antworten von gesunden Personen Deutungen bietet, um dann aber am Ende mit dem Kommentar abzuschließen: »Aber wahr ist das, was ich Ihnen vorhin [also bei dem ersten Durchgang] erzählt habe!« Das heißt, die Patientin ist zwar in der Lage, die Realität in etwa derselben Weise wahrzunehmen wie auch die Mehrheit der als gesund geltenden Menschen. Aus einem bestimmten Grund zieht sie die andere Sicht aber vor und unterstreicht ihre Überzeugung, dass die eingangs produzierten und uns pathologisch erscheinenden Deutungen, die »richtigen« seien. Die pathologische Wahrnehmung kann also – und das ist hier der springende Punkt – nicht auf einer Unfähigkeit beruhen, die Realität so wie andere Menschen wahrzunehmen. Dies Letztere kann die Patientin wohl sehr gut, wie ja der zweite Durchgang zeigt.

Noch interessanter wird die Analyse dieses Beispiels, wenn man versucht, gemeinsame Charakteristika der Produktionen der Patientin auf den Tafeln bei dem ersten Durchgang aufzuspüren. Und es erweist sich nicht als schwierig, zu entdecken, dass sie in allen Bildern dazu neigt, sich selbst hineinzuprojizieren bzw. sich selbst zu »erkennen«, egal ob dies auf natürliche Weise passt oder nicht. Noch mehr: Nicht nur fällt auf, dass die Patientin in allen Tafeln, die sie zu sehen glaubte, sich selbst erkennt, sondern auch in einer Handlung oder Funktion oder Erscheinung, die für sie selbst positiv ist, ihre Selbstwertigkeit er-

höht. Dies zeigt sich am besten bei der letzten Tafel, bei der die Patientin die vielen zufällig entstandenen Tintenkleckse als eine Darstellung des Jüngsten Gerichts begreift, wobei in der Mitte sie selbst neben Jesus steht, um sozusagen mit ihm zusammen die umstehenden Tausenden von Menschen zu beurteilen.

Solche und viele andere Beobachtungen lassen den wohl gut begründeten Verdacht auftauchen, dass diese psychotischen Produktionen, diese Verzerrungen und Umdeutungen nicht nur kein Ergebnis von Hirnstörungen sind, sondern auch eine Art Funktion haben. Man könnte sogar vermuten, dass eine Abwehr- oder kompensierende Funktion fast bei der Mehrheit psychotischer Erkrankungen vorhanden ist. Ich will diesen wichtigen Gesichtspunkt, der einen zentralen Bestandteil der Psychodynamik darstellt, durch ein weiteres Beispiel deutlich machen:

Als junger Assistenzarzt erfuhr ich morgens beim Eintreffen von den Schwestern, dass in der Nacht eine hochakut psychotische Patientin aufgenommen wurde, die, weil sie sehr unruhig war, zunächst mal in einem Einzelzimmer untergebracht wurde. Als ich zu ihr eilte, starrte sie mich zwei, drei Sekunden an und fing dann an, die Schwestern laut um Hilfe zu rufen, sie müssten gleich kommen, der Doktor sei verrückt geworden, das heißt, nicht sie selbst, sondern ich sei verrückt geworden.

Zu jener Zeit war ich sozusagen ganz »frisch« in der Psychiatrie, ich hatte vor Kurzem mit der psychiatrischen Ausbildung begonnen und selbstverständlich dabei die damals herrschende Betrachtungsweise der rein deskriptiven Psychiatrie übernommen. Ich war also veranlasst, diese kurz beschriebene Szene lediglich als das Resultat einer Ich-Funktionsstörung zu begreifen. Die Patientin verwechselte sich selbst mit mir. Abstrakter ausgedrückt: Es ging um eine Wahrnehmungsstörung, um eine psychotische Wahrnehmungsstörung. Bald tauchte aber bei mir die Frage auf, warum eigentlich diese Wahrnehmungsstörung diese besondere Form angenommen hat, warum sich die Patientin z. B. nicht bei der Wahrnehmung anderer Gegebenheiten der Umgebung irrte, sondern speziell jene offensichtlich stark empfundene Unruhe, Angst, Unordnung der Gedanken usw. in der Weise verarbeitete, dass sie dies alles durch ihr »Verrücktsein« in mich projizierte.

Dass die Projektion der häufigste Entlastungsmechanismus ist, war freilich für mich später eine Selbstverständlichkeit. Aber zu dem Zeitpunkt ist mir zum ersten Mal deutlich geworden, dass diese Projektion für die Patientin sehr wichtig war, um sich etwas von dem ungeheuren Druck einer akuten Psychose zu entlasten: Das Chaos, vor dem sie stand und das sie innerlich empfand, hatte den Grund nicht in ihr selbst, sondern in dem Arzt, in der gegenüberstehenden Person.

Das bis jetzt kurz Dargestellte deutet an, dass hinter den deskriptiv erfassten Symptomen bedeutsame dynamische Vorgänge stattfinden und dass diese Dynamik oft aus einer Reihe von automatisch unbewusst mobilisierten Abwehr- und Kompensationsmechanismen bestehen.

Nun kommt man bei einer intensiveren Analyse solcher und ähnlicher Beispiele zu der weiteren, dritten Feststellung, dass sich nämlich diese Abwehr- und Kompensationsdynamik sehr oft um eine spezifische Thematik und Problematik entwickelt und nicht zufällig bzw. nicht ubiquitär ist. Es sind meistens intrapsychische Gegensätzlichkeiten vom dilemmatischen Typ, d. h. solche, bei denen der Betreffende das Gefühl und die Überzeugung hat, dass, egal für welche von zwei Alternativen er sich entscheidet, er Schlimmes zu erfahren und zu erleiden haben wird. Bei solchen dilemmatischen Konstellationen und sofern bestimmte andere Bedingungen bestehen, erfolgt die psychotische Quasilösung. Das Dilemma betrifft meist das bipolare Paar Selbstbezogenheit einerseits und Objektbezogenheit andererseits, zwei grundsätzliche Gefühls- und Motivationsströmungen, die zwar bei einer geglückten Integration und optimalen Balance zu einer schöpferischen und glücklichen Entwicklung führen können, die jedoch sehr oft als unvereinbare Gegensätzlichkeiten erlebt werden und zu einer unerträglichen inneren Spannung führen können. Diese dilemmatische Konstellation und die dadurch entstehende Spannung mobilisieren die psychotischen Abwehrmechanismen, wobei die Psychose die Summe dieser sich dann entwickelnden Abwehr- und Kompensationsmechanismen darstellt.

## Die Abwehr der psychodynamischen Psychosedeutung und ihre wahrscheinlichen Gründe

Es bestehen heute noch eine Ablehnung und ein Widerstand gegen solche psychodynamischen Vorstellungen. Das beruht darauf, dass die Mehrheit der Psychiater und Psychologen und der allgemein interessierten Leser unter einem psychodynamischen Verständnis der Psychosen noch eine psychoanalytische Methode vermutet, während ich hier trotz Beibehaltung der psychoanalytischen Orientierung eine Reihe von neuen Entwicklungen meine, zumal in Bezug auf Psychosen. Diese Erläuterungen sind erforderlich, weil, wie wir sehen werden, ein Teil der Ablehnung einer psychodynamischen Behandlung der Psychosen auf Unkenntnis dieser Entwicklung beruht, wenn dies auch nicht der einzige Grund ist. Wir werden sehen, dass weitere Ursachen zum einen die erstaunlichen Erfolge der Psychopharmakologie in den letzten Jahrzehnten sind, zum anderen aber auch die Tatsache, dass die Behandlung psychotischer Patienten, die die Psychodynamik mitberücksichtigt, eine Beteiligung der Persönlichkeit des Behandlers und des Therapeuten voraussetzt, die oft vermieden wird, und zwar aus verschiedenen Gründen.

### Mangelhafte Kenntnisse bzw. Informierung über die moderne psychodynamische Psychosentherapie

Bei der Mehrheit der psychiatrischen und psychologischen Kollegen finden sich eine mangelhafte oder sogar fehlende Ausbildung sowie eine falsche Vorstellung über die Psychodynamik der Psychosen und dementsprechend der darauf sich stützenden Therapie. Sofern man von psychotherapeutischen Möglichkeiten in der Behandlung der Psychosen spricht – und dies ist relativ selten der Fall –, meint man meistens eine kognitive, vorwiegend verhaltenstherapeutische Methodik, die sich ja besonders im Bereich der stationären Psychiatrie an vielen Stellen seit einigen Jahren etabliert hat. Dies gilt für Deutschland und für viele andere Länder, u. a. auch für die USA, seit etwa den 1980er Jahren, als

die bis dahin dort ziemlich stark vertretene psychoanalytische Orientierung durch die negativen Ergebnisse katamnestischer Untersuchungen bei psychoanalytisch behandelten Psychosen, aber auch durch die eindrucksvollen Ergebnisse der Psychopharmakologie zurückgedrängt wurde. Allerdings wird in Skandinavien, besonders in Finnland, aber auch in anderen europäischen Ländern, wie Frankreich, Italien, Spanien und vielen anderen, die psychodynamisch orientierte Methodik an vielen Orten vertreten. Dennoch ist insgesamt die herrschende Lehrmeinung in Bezug auf Theorie und Praxis der Psychosentherapie vorwiegend kognitiv-deskriptiv, wobei auch in den obligatorisch angewandten diagnostischen Systemen und Manualen von DSM-5 (in Amerika) und des daran angelehnten ICD-10 recht systematisch und konsequent psychodynamische Gesichtspunkte zugunsten einer deskriptiven (Pseudo?-)Präzision vernachlässigt werden. Entsprechend ist in den letzten Jahrzehnten die psychiatrische und psychologische Ausbildung einseitig kognitiv-deskriptiv ausgerichtet, so dass die große Mehrheit der Fachkollegen keine oder nur mangelhafte Gelegenheit hatten, über die Möglichkeiten einer psychodynamischen Betrachtungsweise informiert zu werden. Daraus ergibt sich auch, dass – sofern solche psychotherapeutische Aspekte angesprochen werden – die meisten Psychiater und Psychologen denken, es handele sich um längst überholte Vorgehensweisen bzw. die alte, klassische psychoanalytische Lehre, und deswegen eine solche Therapie schon von Anfang an ablehnen und in gewisser Hinsicht sie auch als schädlich betrachten. Tatsächlich habe ich und auch viele andere Kollegen, die zeitgemäß analytisch-psychodynamisch arbeiten, oft erleben müssen, dass Patienten, die aus eigener Initiative kamen, darüber berichten, dass sie von ihrem Psychiater oder Psychologen den Rat erhalten hätte, eine solche unfruchtbare psychoanalytische Ausgrabung von Konflikten etc. zu vermeiden: Die könnte ja ihre psychotischen Zustände verschlechtern, statt sie zu verbessern!

Die Gründe für diese negative Einstellung der psychoanalytischen Psychodynamik gegenüber sind wahrscheinlich sehr vielfältig. Diese Thematik und Problematik wird in diesem Band von

verschiedenen Seiten angegangen und analysiert. Hier geht es mir zunächst darum, auf die simple Tatsache hinzuweisen, dass die heranwachsenden Generationen von Psychiatern und Psychologen über ein psychodynamisches Verständnis der Psychosen und der dazu gehörenden Therapie einfach nicht informiert werden. Die Vertreter der psychodynamisch orientierten Position – und dazu gehöre ich auch – erleben öfter, dass Versuche, Überlegungen und Erfahrungen zu solchen Therapien auf großen psychiatrischen Kongressen zu präsentieren, auf erhebliche Widerstände der Organisatoren stoßen. Unabhängig davon, dass hier auch berufspolitische Konkurrenzen wahrscheinlich eine große Rolle spielen, scheint das hartnäckige Vorurteil zu existieren, dass die psychoanalytisch-psychodynamische Methodik unwissenschaftlich sei. Und dies, obwohl viele Untersuchungen in der letzten Zeit die wissenschaftliche Begründung erbracht und insbesondere auch die Effektivität solcher Behandlungen nachgewiesen haben: so die im Rahmen des Deutschen Dachverbandes für Psychosenpsychotherapie (DDPP) veröffentlichten Arbeiten. (Dieser Verband entstand vor fünf Jahren durch Initiative von Frau Prof. Dorothea von Haebler in Berlin und vielen anderen Kollegen aus verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen.)

Lassen die Fortschritte der Psychopharmakologie der Psychosen die psychodynamisch orientierte Psychotherapie obsolet erscheinen?

Spricht man innerhalb der Psychiatrie von Therapie der Psychosen, so denkt man heute vorwiegend und an erster Stelle an die Anwendung von Neuroleptika zur Bekämpfung der akuten Symptomatik der Psychose.

Seitdem in den 1950er Jahren französische Psychiater mehr oder weniger zufällig die erfolgreiche Beeinflussung von psychotischen Symptomen mithilfe von Antiallergika festgestellt hatten, kam es zu einer nicht nur für die pharmazeutische Industrie, sondern auch für die psychiatrische und klinisch-psychologische Wissenschaft triumphalen Ausbreitung von immer neu