

Modifizierte Psychosen-
psychotherapie: Vorstellung
eines psychoanalytischen
Einsatzes in der Behandlung
von Psychosen

Interview mit Christiane
Montag (CM) und
Dorothea von Haebler (DH),
geführt am 31.8.2019
von Aaron Lahl (AL) und
Alexandre Wullschleger (AW)

Die Psychotherapie psychotischer Erkrankungen, u. a. von Schizophrenien, obwohl heute als wichtiger Teil der Behandlung anerkannt, wird in der Praxis oft übersehen und wenig beachtet. Zudem stößt die Integration psychoanalytischer bzw. psychodynamischer Verfahren in die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis mit psychotischen Patienten auf bestimmte Schwierigkeiten, die zum Teil mit einem Mangel an konkreten, praktischen Ansätzen zusammenhängt. Die Entwicklung der modifizierten Psychosenpsychotherapie [MPP], die in diesem Bereich den Therapeuten theoretische und praktische Interventionen und Ansätze zur Verfügung stellt, bildet einen Versuch, psychoanalytische Begriffe und Techniken zugänglich und »praxistauglich« zu machen. Christiane Montag und Dorothea von Haebler haben beide an der Entwicklung der MPP mitgewirkt.

Alexandre Wullschleger: Wie würden Sie die MPP erklären bzw. vorstellen? Was sind die Kernelemente?

Dorothea von Haebler: Es ist eine neue Methode der Behandlung von Psychosen, in der wir das psychotische Dilemma behandeln oder sogar reparieren, würde ich sagen, und das nicht über Ein-sichtsprozesse, sondern über interaktionelle Prozesse. Wir behan-

deln kein Defizit, sondern eine mangelnde Symbolisierung durch interpersonelle und interaktionelle Maßnahmen innerhalb der Therapie und mildern dadurch das Dilemma. Und das ist etwas anderes als eine korrigierende Erfahrung. Im Prinzip geht es also um eine Strukturbildung zwischen dem Ich und dem Anderen. Wichtig ist auch, dass wir diese Methode in Form eines Manuals niedergeschrieben haben.¹ Dies hat eine eigene Geschichte. Wir haben gedacht, dass wir ein Manual brauchen, um diese Methode zu beforschen. Also der Forschung wegen und der Lehre wegen. Wir haben gesagt, wir schreiben dieses Manual, um uns zu beforschen und eine objektive Sicht darauf zu geben.

Christiane Montag: Es ist kein Manual im Sinne von konkreten Interventionen, die vorgeschlagen werden und in einer bestimmten Reihenfolge abgearbeitet werden müssen. Wir nennen es zwar Manual, aber es ist eine Sammlung von Prinzipien bzw. Werkzeugen. Es sind Prinzipien, die im Mittelpunkt stehen und die relativ flexibel immer wieder bedient werden oder in den Mittelpunkt rücken. Und bei diesen Prinzipien geht es darum, dass man versucht, eine Anschlussfähigkeit zu schaffen. Also es wäre mir z. B. wichtig zu sagen, dass wir uns auf Hypothesen stützen, die aus der Neurobiologie kommen, oder aus der Neurowissenschaft, die möglicherweise dem schizophrenen Erleben zugrunde liegen und so Interventionen entwickeln oder Parallelen ziehen zu anderen Interventionen, die es schon gibt oder ohnehin traditionell schon angewendet werden. Wenn man z. B. davon ausgeht, dass ein Mensch mit einer Schizophrenie aberrante Salienz erlebt, geht es darum, Wahrnehmungshierarchien aufzubauen, also eine Rekonstruktion der Sachvorstellungen. Ich bin kein Lacan-Experte, überhaupt nicht. Aber ich sehe einen Zusammenhang zwischen der aberranten Salienz² und der Stelle bei Lacan, wo es darum geht, dass, wenn mir die basalen Signifikanten fehlen, ich nicht die Hauptstraße nehmen kann, sondern mich durch das Gebüsch kämpfen und jedes Schild lesen muss, um den Weg zu finden.³ Darum geht es letztendlich, diesen Weg auf mühsame Weise zu finden und diese Wahrnehmungsroutine und -hierarchie zu haben, Selbstwahrnehmungsroutinen, die die Wahrnehmung der Realität verbessern oder strukturieren. Das wäre ein Beispiel. Ein

zweites Beispiel wäre, die Regulation von Nähe und Distanz, die bei Patienten mit einer Schizophrenie oft dilemmatisch strukturiert ist. Das könnte man wiederum auf Störung der Differenzierung von Selbst und Anderen oder der Intentionalität zurückführen. Trotzdem ist es nichts, was man dem Patienten einsichtsvoll vermitteln kann, sondern was er erleben muss. Der Therapeut hat vor allem am Anfang ganz klar die Funktion eines Hilfs-Ichs, einer Strukturhilfe sozusagen.

DH: Es sind Werkzeuge oder Prinzipien, die nur interpersonell angewandt werden können, weil sie eine Erfahrung hervorrufen müssen, eine Modellerfahrung.

Aaron Lahl: Hilfreich wäre vielleicht, den Dilemma-Begriff näher zu definieren, da er nicht so geläufig ist und eine besondere Stelle in Ihrem Modell einnimmt.

CM: Es ist ein Begriff von Stavros Mentzos, der eine besondere Form unbewusster Spannung zwischen zwei gegensätzlichen Polen bei Psychosen beschreibt.

DH: Er hat diesen Begriff in Form von zwei Dilemmata eingeführt, das Identitäts- und das Selbstwertdilemma, die besonders relevant für Psychosen sind.⁴ Der Begriff Dilemma oder dilemmatisch wurde früher schon angewendet, aber er hat ihn in dieser Form eingeführt und beschrieben. Und an seine Beschreibung haben wir uns gehängt, um den Werkzeugkasten zu entwickeln.

CM: Ganz wichtig ist, weil wir am Anfang sehr am Begriff Identitätsdilemma hingen, dass man Identität nicht als eine Art selbstreflektierende Identität verstehen sollte, sondern es ist was Existenzielles, Sein oder Nicht-Sein. Also Identität in dem Sinne ist: Ich existiere in einer Welt von anderen Individuen oder ich existiere nicht. Und der Patient bewegt sich in diesem Spannungsfeld. Und man könnte es so sehen, dass Menschen mit einer akuten Schizophrenie oder einer erst spätere auftretenden Schizophrenie eine Vulnerabilität mitbringen – sie sind häufig entweder am Selbst- oder autistischen Pol oder eben ganz eng mit dem Objekt

verschmolzen, aber nie im Spannungsfeld drin. Und man kann relativ lange kompensiert sein, indem man zum Beispiel eine enge Bindung an die Eltern hat oder zurückgezogen lebt. Aber wenn eine Herausforderung kommt in einer normalen Lebenssituation, dann kann das Dilemma aktiviert werden, und dies führt zu einem Zusammenbruch von Ich-Funktionen. Mit einer Verwerfung von Realität im freudschen Sinne, einer unaushaltbaren Wunschver-sagung und einem Ausfall von Ich-Funktionen, die den Realitäts-bezug herstellen können.

AW: Wichtig scheint mir auch, dass der Begriff »Dilemma« dem Begriff »Konflikt« gegenübersteht. Würde man sagen, dass ein Ziel dieser Psychotherapie wäre, das Dilemma zu konfliktualisieren, und dass die Person sich letztendlich mehr in diesem Spannungsfeld bewegt?

DH: Nein. Dilemma ist tatsächlich etwas anderes. Dilemma heißt, dass in vielen Situationen nur die Möglichkeit zwischen Tod und Teufel besteht – keine andere. Und die einzige Lösung ist der Wahn. Und wenn man nun konfliktualisieren würde, dann würde man hierarchisieren, und das machen wir nicht. Was man in der Situation macht, ist, eine Struktur zu schaffen, die den Raum dazwischen aufspannt und diesen Raum erlebbar werden lässt und die Psychose überflüssig macht. Das ist das Dilemma. Es muss schon erkannt und vom Therapeuten in einer Situation erspürt werden. Man gerät ganz häufig in eine Übertragungssi-tuation, in der man nicht mehr ganz bei sich selbst ist und sich fragt, wie man dahingekommen ist. Und dann ist es wieder genau die Konstellation des Dilemmas in der Beziehung, die man, wenn man sie reflektieren kann, überwinden und als ein alternatives Beziehungsmodell erlebbar machen kann.

AW: Dieser Begriff und diese Theorie von Mentzos spielen in dieser Form der Psychosenpsychotherapie eine große Rolle. Können Sie vielleicht noch ein paar andere theoretische Ele-mente benennen, die auch eine Rolle in der Entwicklung die-ser Therapie gespielt haben?

DH: Also wir haben die Sachvorstellung genannt, das kommt von Freud. Dann das Konzept der Symbolisierung, was Richtung Lacan geht. Und dann gibt es die Frühentwicklung, wo wir immer aufpassen. Einerseits passt es so gut, dass man sagt, es sind Funktionen des Ichs, die nicht zur Verfügung stehen und sich in der Entwicklung bilden, sodass man sagen könnte, es könnten sehr frühe Entwicklungsstörungen sein. Und dann gibt es auch Winnicott, der ein dysfunktionales Umfeld beschreibt, was jetzt nicht gleichzusetzen wäre mit Trauma, was oft passiert. Und an der Stelle müssen wir aufpassen, dass es nicht in Richtung »schizophrenogene Mutter« geht.⁵ Aber es geht um kleine Situationen, in denen die Urheberschaft des Menschen, in dem Fall des Säuglings, gestört wird, weil entweder zu viel von außen kommt oder zu wenig, und die Entwicklung des Ichs die Grenze nicht erfährt, die notwendig ist, um zu sagen, »Das bin ich, das ist der andere«, »Das kann ich, das kann der andere«. Und diese Theorie spielt eine ganz große Rolle in unserer Therapie.

CM: Bion ist auch ein wichtiger Vorläufer mit seiner Theorie des Denkens. Weil wir davon ausgehen, dass diese Evolution oder Entwicklung des Denkens als Alpha-Funktion bei Menschen mit Schizophrenie nicht so gegeben ist, dass sie deswegen von Beta-Elementen überflutet werden.⁶ Ich finde seine Sprache teilweise schwer verdaulich und würde eher diese These im Sinne der Mentalisierungstheorie⁷ begreifen, die auch ganz gut passt und Hinweise auf ein weiteres therapeutisches Prinzip gibt, also mentalisierungsförderndes Arbeiten.

DH: Das haben wir als Schwerpunkt schon in der Haltung. Diese Fragen, dieses neugierige Nachfragen, also nicht behaupten, man versteht etwas, das sofortige Einordnen, sondern das genaue Nachfragen, aber auch ein Feedback von dem Patienten erwarten, zu schauen, ob man richtig ist an der Stelle. Dieses Nachfragen gehört schon zur Haltung, kommt dann aber wieder im Werkzeugkasten als eigenes Instrument. Es ist sehr zentral und eines der Hauptwerkzeuge.

AW: Wie eine authentische Position des Nicht-Wissens.

CM: Ja, das ist eine Grundhaltung.

AL: Warum spielt das Konzept der Gegenübertragung eine so große Rolle in der Psychosenpsychotherapie? Und was ist Ihr Begriff der Gegenübertragung? Ist sie etwas, was vom Patienten kommt, oder geht hier auch die Person des Therapeuten ein? Ist sie ein Mittel der Erkenntnis oder ein Störfaktor, der zu eliminieren wäre?

DH: Nein, ein Störfaktor ist sie nicht. Sie ist ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Die Gegenübertragung, wie wir sie in der Praxis verstehen und als zentrales Element tatsächlich nutzen, ist das, was wir spüren in dem Moment, in dem wir in Interaktion mit dem Patienten sind, um dann herauszufiltern, was mir oder dem anderen gehört. Das ist die Herausforderung, weil es meistens oder ganz häufig um Angst geht, vor allem in akuten Situationen, also eine existenzielle Angst, wenn man an das Dilemma denkt, es gibt nur Tod oder Teufel, es gibt keinen Ausweg. Dann, wenn man die Angst spürt und die Gegenübertragung nicht reflektiert oder wahrnimmt, fängt man an zu agieren, als Therapeut, und zu handeln, also Vorschläge zu machen oder Medikamente zu erhöhen. Und wenn man sich sagt, ich spüre gerade eine massive Angst, also in der Lage ist zurückzutreten und das aufzuschlüsseln, was man spürt, und zu sagen, das ist nicht meine Angst, sondern sie ist spürbar vom Gegenüber und sie ist so brutal, dass ich am liebsten sofort was machen würde, dann kann man mit einer gewissen Gelassenheit diese Angst relativieren, interaktionell und ohne sie unbedingt benennen zu müssen. Und das ist die Gegenübertragung, mit der wir arbeiten, d. h. wenn ich ein Gefühl habe, kann es gut sein, dass es nicht meins ist, nicht primär meins, sondern das des Gegenübers. Und das infrage zu stellen, nicht festzustellen und zu definieren, sondern infrage zu stellen, wenn das Gefühl kommt, und dann den nächsten Schritt zu gehen, das ist die Arbeit mit der Gegenübertragung.

CM: Ich würde gern ergänzen, dass wir die Gegenübertragung im weitesten Sinne auffassen. Meine eigene Übertragung ist auch mit drin. Und das, was in der Therapiestunde mit dem Patienten direkt in der Szene entsteht, ist auch ein Konstrukt. Zu sagen, das kommt vom einen und das kommt vom anderen und es manifestiert sich im Therapeuten, das glaube ich nicht, sondern es entsteht in der Situation selbst und würde in einer anderen Konstellation vollkommen anders aussehen. Deswegen ist dieser breite Begriff ganz wichtig. Es ist schon so, im Alltag in der Klinik zum Beispiel, dass die Gegenübertragung wie so eine Art Barometer, ein Sensor ist, den man eigentlich permanent anwendet. Aber ich finde es auch wichtig, auf die Eigenart des Therapeuten zu schauen. Insbesondere in Psychosenpsychotherapien steht manchmal, eigentlich häufig nicht die Angst im Vordergrund, sondern in längeren Therapien zum Beispiel die Langeweile. Und es ist die Frage, woher kommt das? Oder Müdigkeit. Und ich glaube, dass es ein spezifisches Problem solcher Therapien ist, dass es manchmal ganz schön zäh sein kann. Gerade an der Stelle finde ich es wichtig zu schauen, was ist meins und was entsteht hier im Raum.

AL: Könnte man zusammenfassend sagen, dass es darum geht, die Gegenübertragung in ihrem bewusst zugänglichen Teil zu scannen, um die Interaktion zu regulieren? Also nicht im Sinne eines Hinweises auf mögliche Deutungen, was Sie sowieso nicht machen, sondern Sie behalten das für sich. Oder sagen Sie manchmal auch in der Stunde, was Sie gerade empfinden?

DH: Gerade das Benennen von Gefühlen ist unser Werkzeug. Manchmal kann man es schon machen. Also nicht im Sinne von: »Mir ist gerade langweilig.« Aber man kann schon sagen: »Es wird ganz schwer.« Aber es würde in dem Moment nichts bringen.

CM: Man kann es auch nicht eins zu eins übersetzen. Ich glaube, die Gegenübertragung ist oft eine Störung in dem Prozess und man muss schauen, was es bedeutet oder welche Form von Störung gerade vorliegt.

DH: Oder bei der Angst kann man sie auch anbieten und fragen: »Geht es Ihnen auch so?« Das kann man schon machen.

CM: Das ist in so einer Situation relativ klar. Aber bei Denkstörungen oder Langeweile kann es ganz anders sein. Das Benennen von Gefühlen ist auch ein mehrschrittiger Prozess, weil es am Anfang häufig so ist, dass Patienten Gefühle nicht gut erleben können oder keinen Zugang dazu haben. Und oft ist es ein stellvertretendes Benennen von Gefühlen: Wie würde ich in der Situation reagieren oder wie würde es mir ergehen. Eher eine Förderung, dass die Patienten anfangen, Gefühle erleben zu können. Dann kann man sie auch benennen. Man darf also nicht den zweiten Schritt vor dem ersten machen. Wir machen keine Übersetzungsarbeit oder Alphabetisierung, was Gefühle anbelangt. Ich finde den Begriff einerseits richtig, andererseits aber auch verkehrt, weil ich nur alphabetisieren kann, was schon vorhanden ist.

DH: Ich glaube, es läuft wie ein Angebot. Wir bieten bestimmte Gefühle an. Sie können sich was darunter vorstellen, ohne sie vielleicht direkt nachfühlen zu können. Wir machen ein Angebot im Benennen von Gefühlen und legen es nicht fest. Und das kann man immer modifizieren, es ist eine gemeinsame Arbeit.

CM: Ich finde es wichtig, in den frühen Therapiephasen gemeinsame Gefühle haben zu können. Das ist schon ein Erfolg, wenn es so in einer dosierten Form auftritt, dass der Patient nicht gleich gehen muss oder angespannt wird, sondern, dass es einfach da ist. Und das muss nicht unbedingt benannt werden in dem Moment. Mentalisierungsbasierte Therapien haben oft zum Ziel, dass Gefühle differenziert und benannt werden können. Das ist sicherlich ein großes Ziel, auch bei uns, aber es kommt nicht an allererster Stelle, sondern das gemeinsame Erleben ist wichtiger.

AW: Sie haben vorhin die Abstinenz angesprochen. Ich fand es als Therapeut immer ein sehr wichtiges und spannendes Thema, weil man sich ständig fragt, was man machen kann, darf, soll in der Therapie vor allem mit psychotischen Patienten. Vielleicht könnten Sie noch ein paar Worte dazu sagen.

Wie unterscheidet sich Abstinenz in der Psychosenpsychotherapie im Gegensatz zur Neurosenpsychotherapie?

DH: Wir haben schon gesagt, dass unser Hauptinstrument die interaktionelle Arbeit ist, also das Dilemma interaktionell zu überwinden. Wenn man authentisch sein will und sich als Person in der Therapie engagiert, kann man gar nicht nur abstinent sein. So zurückhaltend zu sein, dass der Andere den ganzen Raum einnimmt und man quasi nur der Spiegel ist, das funktioniert mit Menschen mit Psychosen nicht. Das macht zu viel Angst. Sie müssen ihr Gegenüber auch spüren können. Deswegen ist es wichtig, dass sie auch Fragen stellen dürfen, und diese Fragen werden auch beantwortet. Das geht deutlich weiter als in der Abstinenz bei Neurotikern. Das ist ganz klar. Das heißt nicht, dass man alles über sich sagt, aber es gibt Fragen, die beantwortet werden, damit man als Gegenüber vorkommt.

AL: Haben Sie ein Beispiel?

DH: Fragen z. B. zur Religion, ob man glaubt oder nicht. So was beantworte ich in dem Kontext tatsächlich ehrlich. Auch Schwierigkeiten, die ich damit habe oder nicht habe, so was beantworte ich auch, weil es darum geht, eine Verankerung zu haben. Ist der Therapeut jemand, der mich versteht, ist er jemand, dem ich meine Fragen stellen kann. Und Fragen nach dem Urlaub, ganz klassisch. So was beantworte ich bei den Psychosepatienten immer. Ob ich weit weg bin, ob ich erreichbar bin, solche Sachen. Und was ich auch mache, was ganz anders ist als mit meinen anderen Patienten, ist, dass ich meine Telefonnummer rausgebe, und sie können mich anrufen. Sie rufen mich nicht so oft an. Wirklich nicht. Und es ist ein tolles Erleben, auf der Therapeutenseite zu sehen, dass sie das so nutzen, wie man es ihnen angeboten hat.

CM: Ich denke zum Beispiel an die Frage: »Haben Sie Kinder?« Ich finde, es ist eine heikle Frage, weil man sie nie ohne Emotion beantworten kann. Ich mache es trotzdem und lasse ein bisschen die Emotion erkennen, ganz wenig, – bei einem Menschen mit

einer Neurose würde ich es niemals tun, also das wäre ein wunderbarer Einstieg in ein schönes Therapiegeläch, warum so was gefragt wird, aber bei einem Menschen mit einer Psychose würde ich klar sein. Es ist in diesem Zusammenhang wichtiger, zu erkennen zu geben, dass man selbst ein Mensch mit Höhen und Tiefen ist, mit Gefühlen, mit einem Alltag. Das ist wichtig, diese reale Begreifbarkeit. Und in dem Zusammenhang gibt es noch einen wichtigen Punkt, nämlich »sich verwenden zu lassen«. Winnicott hat diesen Begriff geprägt, der »Therapeut als Futterpflanze«. Der ist ja sehr entlastend, gerade für stationäre Psychotherapien, weil es in dem Kontext ganz oft um Wunscherfüllung geht, was in der Psychoanalyse ein großes Tabu ist, aber in der Psychosenbehandlung kommt es tatsächlich manchmal vor. Und es geht einerseits um Aspekte, die real im Alltag stattfinden können, Hilfestellung ganz konkret, supportives Vorgehen, aber auch, ich sage mal, psychisch supportives Vorgehen. Also Hilfe beim Herausfinden von bestimmten Erlebnissen oder Erkenntnissen oder Wahrnehmungen usw. Und das kann Realitätsprüfung sein, was teilweise in anderen Therapierichtungen gemacht wird, aber wir würden es unter anderen Vorzeichen machen.

DH: Ich habe ein anderes Beispiel: Bei Patienten, bei denen ich das Gefühl habe, die halten es nicht aus bis zum nächsten Termin. Wenn ich dann frage: »Sollen wir zwischendurch mal telefonieren?«, dann kommt gleich immer: »Nein.« Und dann sage ich: »Ich mach Ihnen einen Vorschlag, ich rufe Sie dann oder dann an, sind Sie erreichbar?« Und dann kommt meistens: »Ja.« Und dann rufe ich an. Das heißt, ich verlasse komplett dieses Abstinente und melde mich in der Zwischenzeit. Und es kann bis zu zwei Anrufe am Tag geben. Aber irgendwann wird es beendet, es ist nur eine Phase, in der man sich verwenden lässt und wirklich da ist, damit sie wissen, da ist jemand und ich bin auch noch da. Also es geht tatsächlich um dieses Gefühl des Patienten: *Ich bin auch noch da, mich gibt es noch in dieser Welt, ich werde sogar angerufen.* Und dann geht es wieder seinen normalen Rhythmus. Und das ist mit Abstinenz natürlich überhaupt nicht vereinbar.

AW: Sie haben, Frau Montag, die stationäre Psychotherapie erwähnt. Sie leiten eine Akutstation und diese sind voll mit psychotischen Patienten, die im akuten Krisenzustand sind. Und man hört immer mal wieder, dass man mit akuten Patienten nicht so viel tun kann und psychotherapeutisch nicht arbeiten kann, schon gar nicht psychoanalytisch oder psychodynamisch, weil sie zu krank sind. Was ist Ihre Erfahrung und wie kann man auch psychoanalytisch oder psychodynamisch im stationären Setting arbeiten? Und darüber hinaus vielleicht die Frage: Ist diese Therapie für alle Patienten geeignet?

CM: Ja, ja, zweimal ja. Das Problem ist sicherlich nicht die Anwendbarkeit der Therapie an sich, sondern die äußeren Faktoren, die das Ganze beeinflussen und erschweren. Ich glaube, dass die Therapie in der ersten Minute anfängt und dass der Therapeut, der einen Patienten aufnimmt, sich schon nach den Prinzipien der Psychosenpsychotherapie verhalten kann und dadurch wahrscheinlich eine große Chance hat, dass eine gute Arbeitsbeziehung entsteht, weil der Patient nicht überflutet wird von fremder Präsenz und Intentionalität, sondern erleben kann, dass er sein darf, auch in Gegenwart eines Anderen. Wenn man normale Stationssettings anguckt, sind sie natürlich nicht geeignet, das zu fördern, durch Überfüllung, durch Lärm, durch Reizüberflutung, fehlende Rückzugsmöglichkeiten. Und oft bleibt dem Patienten nichts anderes übrig als Flucht oder innerer Rückzug. Und da ist, glaube ich, die Psychiatrie an sich gefragt, förderliche Settings herzustellen, auf der strukturellen Ebene. Aber darüber hinaus glaube ich, dass dieses Verfahren auch für stationäre Psychotherapie geeignet ist, weil diese Form der Beziehungsregulation Beziehungen fördern und Aggressions- und Eskalationssituationen vermeiden helfen kann, weil man eine feinere Abstimmung hinbekommt zwischen Therapeuten, Team und Patienten. Also zum Beispiel, wenn Patienten irgendwie signalisieren, dass sie viel Abstand brauchen, sei es durch Aggression, Tür-Zuschlagen, Anspannung, Geruch, durch welche kreativen Aktionen auch immer, Markierung des Territoriums usw., dann ist es ganz wichtig, da nicht aufzuräumen, sondern es zu respektieren. Und da finde

ich das Dilemma als Konzept ganz sinnvoll, um auch dem Team klarzumachen, dass da der Fokus sein sollte, an der Stelle, und dass man es beachten muss, um Eskalation zu vermeiden. Und es ist natürlich frustrierend, wenn äußere Bedingungen uns zwingen, das immer wieder falsch zu machen, obwohl man weiß, wie es richtig wäre und es uns besser ginge.

AW: Ich finde das besonders interessant, denn hier verschiebt sich der Fokus. Man kann eine Therapie nicht anwenden, nicht weil der Patient zu krank ist, sondern weil die äußeren Umstände es erschweren. Aber wie würden Strukturen aussehen, die therapiefreundlicher wären?

CM: Ich glaube, vieles hängt mit dem Personalschlüssel zusammen. Ich finde das »Soteria-Konzept« sinnvoll, gar nicht in Bezug auf das Milieuthérapeutische, sondern auf die viel kleineren Einheiten mit viel Ruhe, die den »Arousal« rausnehmen. Und es ist eine bessere Basis für die Mentalisierungsfähigkeit, wenn man mit einem niedrigen »Arousal«, niedriger Anspannung anfangen kann zu arbeiten. Auf den normalen Stationen ist es genau umgekehrt, das »Arousal« wird durch die äußeren Umstände gesteigert und unerbittlich in die Höhe getrieben. Und man hat als Psychotherapeut dann nur noch wenig Chancen, das zu regulieren, und oft müssen Medikamente ins Spiel gebracht werden usw. Ich will nicht sagen, dass die Therapie überhaupt nicht möglich ist, sie ist auch in der Fixierung oder in einem Krisenzimmer oder in einer Zwangssituation möglich. Zum Beispiel bei Patienten, die stark »Ich-gestört« sind, kann man versuchen, eine Ich-Grenze zu festigen oder einen Sinn für das Ich und den Anderen herzustellen, was für die Patienten häufig entlastend ist, wenn sie merken, dass sie nicht mit der ganzen Welt verschmolzen sind. Das sind Konzepte, die sehr gut anwendbar sind und die man im Behandlungsdialog umsetzen kann, auch in akuten Situationen oder mit Patienten, die gar nicht in der Lage sind, 50-Minuten-Gespräche durchzuhalten. Deswegen glaube ich, dass die MPP für solche Situationen eine spezifische Therapie ist, die man implementieren könnte, gerade wenn es um den Bereich des Impliziten und des Nonverbalen geht.

AW: Auf Station haben Patienten mit einem ganzen Team zu tun, mit verschiedenen Berufsgruppen und Menschen mit unterschiedlichen Hintergründen und Ausbildungen. Gäbe es auch die Möglichkeit, anderen Berufsgruppen diese Prinzipien der MPP beizubringen, damit die gemeinsame Haltung des Teams davon geprägt ist?

CM: Das ist unser großes Anliegen. Gerade im Hinblick auf Eskalation und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie ist es sehr wichtig, dass gerade dann, wenn eine Eskalation droht, bereits richtig reagiert wird, vor allem auf der Ebene des Pflegepersonals. Und auf Basis der MPP sind wir davon überzeugt, dass auch nicht-therapeutische Berufsgruppen entsprechend dieser Haltung arbeiten können, das Dilemma-Konzept kennen sollten und sich der Gegenübertragung bedienen sollten. Es ist sehr wichtig, Teamprozesse zu reflektieren, vor dem Hintergrund der Gegenübertragung oder der gemeinsamen Gegenübertragung eines Teams.

AW: Viele Patienten mit einer Psychose berichten, wie schwer es für sie ist, einen ambulanten Therapeuten zu finden. Und diese Patienten haben eigentlich noch mehr Schwierigkeiten als Patienten, die keine Psychose haben, einen Therapeuten zu finden. Warum ist das so?

CM: Es ist eine Stigmatisierung, um ehrlich zu sein.

DH: Es hat viel mit der Gesellschaft zu tun, viel mit den Therapeuten und viel mit den Patienten. Es sind keine Patienten, die wahnsinnig gern irgendwo anrufen und um etwas bitten, und schon gar nicht zehn Mal und keinen Rückruf kriegen. Das genau ertragen sie gar nicht, und hier sind die Strukturen nicht gut. Und das andere ist, dass viele Therapeuten keine Menschen mit Psychosen behandeln, weil sie Angst davor haben, weil sie es nicht gelernt haben.

CM: Und das ist kein Problem der Gegenübertragung, sondern des Vorurteils.

DH: Und da wäre der Ausweg ganz klar, Kollegen anzustiften, Lust zu machen, das zu tun und sich da einzubringen. Das Manual ist eine Maßnahme dazu, das kann gelesen werden, es gibt Supervisionsstrukturen, Ausbildung, Curricularfortbildung, Kongresse. Wir haben auch sehr stark für die Möglichkeit gekämpft, richtige Psychotherapie ambulant zu machen, das war die Veränderung der Psychotherapierichtlinie, in der bis 2014 stand, dass schizophrene und affektive Psychosen nicht psychotherapiert werden können, sondern nur deren Folgezustände. Und als es dann ab Ende 2014 drin stand, mussten die Therapeuten darauf aufmerksam gemacht werden, dass es eine Indikation gibt, und dann mussten sie lernen, wie sie es machen. Und die meisten Therapeuten haben es eben nicht gelernt. Daran hängt ganz viel. Dann haben wir uns für die Entwicklung der neuen S3-Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde⁸ engagiert, damit die psychodynamische Psychotherapie größer geschrieben und betont wird, wie wichtig sie in jeder Phase der Erkrankung, für jede Schwere der Erkrankung ist.

CM: Das ist ein politisches Problem. Ich glaube trotzdem, dass diese unzureichende Ausbildung der Therapeuten auch eine Tradition hat. Es fängt schon mit Freud an, wenn er sagt, dass diese Methode erstmals verändert werden muss, damit sie bei Menschen mit Psychosen anwendbar ist. Und relativ klassische Formen der Psychoanalyse waren zwar en vogue, sind aber durch Medikamente abgelöst worden. Und ich kann nicht sagen, dass sie überzeugende Evidenz gebracht hätten, weil es eigentlich keine gibt. Es gibt eine Studie, die das vergleicht, also klassische psychoanalytische Behandlung mit einer eher modifizierten psychoanalytischen Behandlung, und sie hat eben gezeigt, dass die modifizierten Verfahren im Hinblick auf die Patienten günstiger waren. Und das war der Todesstoß für die Psychoanalyse. Ist eigentlich eine Fehlinterpretation gewesen, denn es waren mehr oder weniger psychoanalytisch oder tiefenpsychologisch geprägte Therapeuten, die diese Variante angewendet haben. Das spricht sehr stark für die Modifikation und die Rolle der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie [TP] in der Behandlung, wobei ich glaube, dass

die Zeitbegrenzung der TP dem wieder entgegensteht. Ich glaube zwar nicht, dass jede Therapie unendlich lang sein muss, aber eine haltgebende Arbeit ist gerade bei Psychosepatienten wichtig, weil man oft erst nach Jahren grundlegende Veränderungen und Besserungen erlebt. Es ist immer wieder überraschend.

DH: Meines Erachtens ist die Psychoanalyse auf der einen Seite total wichtig, weil man mehr Stunden einbringen kann. Auf der anderen Seite ist die klassische psychoanalytische Behandlung mit dem Deuten und Bedeutung-Geben oft bei diesen Patienten nicht hilfreich, manchmal sogar schädlich, aber vor allem nicht hilfreich, um dieses Dilemma zu strukturieren. Diese längeren Zeiträume für eine Therapie sind wichtig – das hat die Modellerfahrung gezeigt. Die Patienten brauchen das und sie müssen sich darauf verlassen können, daran glauben können, dass Zeit für sie da ist.

AL: Im Hinblick auf die Studie würde ich gern abstrakt fragen, was Ihr Ziel ist? Woran messen Sie Ihren Erfolg?

CM: Den der Therapie?

AL: Ja.

DH: Besseres soziales Funktionsniveau, Zufriedenheit, Lebensqualität.

CM: Ich glaube, am Ende ist entscheidend, was der Patient zu Hause daraus macht und wovon er ganz konkret in seinem Alltag profitieren kann. Aber es geht auch um kleinere Indikatoren dafür, ob die Möglichkeit zu mentalisieren oder zu repräsentieren angewachsen ist. Und das erkennt man schon an der Sprache. In der Art, wie Menschen sich positionieren, ob sie sich beschreiben können, ihre Gefühle, ihre Gedanken, ob sie die von anderen erkennen können, ob eine Dezentrierung möglich ist, ein Perspektivwechsel in die Rolle des Anderen. Und das ist das, woran man immer wieder implizit arbeitet und was man als Denkprozesse immer wieder anregt. Dann geht es natürlich auch ganz stark darum, Bedeutung für das zu finden, was der Patient erlebt, aber

die Bedeutung muss er selbst finden, da kann man nur Hilfestellung geben. Therapiefortschritte kann man schon in der Art abbilden, wie etwas artikuliert wird, etwa durch Metapherngebrauch. Es ist etwas ganz anderes, ob Patienten Wahnmetaphern benutzen oder ob sie private Metaphern kreieren, ob es dann wirklich Metaphern sind im Sinne des »als-ob« oder Metaphern, die sie mit dem Therapeuten erfunden haben und die dann auch in der Therapie ausgebaut werden können. Das wäre für uns eine wichtige Forschungsfrage und es wäre sehr interessant zu schauen, welche sprachlichen Interventionen diese Prozesse fördern können.

AW: Aber den Erfolg würde man nicht in Bezug auf die vorhandenen Symptome messen?

CM: Das ist ganz klar. Das haben wir nicht erwähnt, weil es für uns selbstverständlich ist.

AW: Dennoch steht es im Gegensatz zu der klassischen psychiatrischen Haltung.

DH: Die Symptome werden einfach überflüssig gemacht.

CM: Was aber nicht heißt, dass sie nicht mehr da sind.

DH: Es gibt Patienten, die dann sagen: »Ja, ich war wieder psychotisch. Da habe ich meinen kleinen Spaziergang gemacht, bin ausgestiegen und wieder zurückgekommen.« Diese Symptome als besonders krankhaft darzustellen, wenn jemand es so schildern kann oder sie jemandem, der wirklich wahnhaft ist und damit gar nicht umgehen kann, gleichzustellen, das geht für uns nicht. Uns geht es tatsächlich um diese Steuerbarkeit, um Wahrnehmen und Einordnen. Die Werkzeuge, die wir benutzen, müssen auf die Patienten übergehen. Und dieser Prozess braucht eine Modelerfahrung.

AL: Sie sagen, es sei für Sie selbstverständlich, aber mir scheint es doch hervorhebenswert, dass es Ihnen nicht primär um Symptomreduktion geht oder dass diese nicht das eigentliche

Ziel ist. Mit scheint das zudem besonders wichtig hinsichtlich der Frage des Wahns, weil es in der Theorie Lacans einen zentralen Aspekt darstellt, dass der Wahn, wie Freud es sagt, ein Heilungsversuch ist.

CM: Absolut. Der Wahn ist so lange da, wie er gebraucht wird.

DH: Das ist manchmal der einzige Ausweg aus dem Dilemma. Zwischen Tod und Teufel gibt es den Wahn, das neu Geschaffene, Kreative. Deswegen ist es so blöd, ihn pharmakologisch zu nehmen, weil der Patient dann wieder mit dem Dilemma konfrontiert ist, aus dem er nicht raus kann. Man muss sich mit dem Wahn anfreunden, ihn einfach nehmen. Er ist da, es ist eine Lösung und eine große Entlastung, das merkt man affektiv immer wieder.

CM: Das Vorgehen wäre also eher, tangential am Wahn zu arbeiten. Günter Lempa hat dafür den Ausdruck »Prinzip Fluchtpunkt« geprägt. Also der Therapeut behält es im Blick. Er hat natürlich eine Idee, warum gerade dieser Wahn entstanden ist und nicht ein anderer und worauf der hinweist, also auf das zugrunde liegende Fehlen, die Versagung, die Verwerfung einer bestimmten Realität, die sich beim Patienten ergeben hat. Und es ist sicherlich langfristig ein Fokus in der Therapie. Aber nicht die Tatsache, dass etwas in einen Wahn umgewandelt wurde, sondern die Suche danach, was den Wahn bedingt hat, z. B. eine schwere Kränkung oder eine Überforderungssituation oder eine unlösbare Konstellation der Rollenübernahme, wie z. B. Vaterschaft usw. Das im Hinterkopf zu behalten, ohne zu deuten, und den Patienten so zu stärken, dass er diese Lücke selbst so weit ausfüllen kann, dass der Wahn überflüssig wird, das ist das Ziel. —

- 1) Lempa, Günter; von Haebler, Dorothea; Montag, Christiane. *Psychodynamische Psychotherapie der Schizophrenien: Ein Manual*. Gießen 2016: Psychosozial
- 2) Die Autoren haben die Hypothese entwickelt, dass in der Schizophrenie die neurologischen Mechanismen der Saliienzuschreibung, d. h. der Zuschreibung der Wichtigkeit bestimmter internen und externen Reize, gestört sind. Vgl. Kapur, Shitij. »Psychosis as a State of Aberrant Salience: A Framework Linking Biology, Phenomenology, and Pharmacology in Schizophrenia«. In: *American Journal of Psychiatry*. 2003, 160, Heft 1, S. 13–23
- 3) Diese Metapher benutzt Lacan in seinem Seminar über die Psychosen. Vgl. Lacan, Jacques. *Die Psychosen. Das Seminar, Buch III*. Übers. Michael Turnheim. Wien/Berlin 2016: Turia/Kant
- 4) Laut Mentzos sind affektive Psychosen von einem sogenannten Selbstwertdilemma geprägt. Dieser Begriff weist auf die Spannung zwischen den entgegengesetzten Polen einer autonomen Selbstwertigkeit und einer vom Objekt abhängigen Selbstwertigkeit. Vgl. Mentzos, Stavros. *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. Göttingen 2009: Vandenhoeck & Ruprecht
- 5) Dieser Begriff entstand aus einer ätiologischen Theorie der Schizophrenie, die dem Einfluss des familiären Umfelds, insbesondere der Mutter, eine entscheidende Rolle in der Entstehung der Schizophrenie zuschrieb. Er wurde (u. a.) besonders von Frieda Fromm-Reichmann geprägt.

- 6) Vgl. Bion, Wilfred. *Lernen durch Erfahrung*. Übers. Erika Krejci. Frankfurt am Main 1992: Suhrkamp
- 7) Der Begriff der Mentalisierung wurde u. a. von Peter Fonagy entwickelt. Er beschreibt die psychische Fähigkeit »das eigene Verhalten oder das Verhalten anderer Menschen durch Zuschreibung mentaler Zustände zu interpretieren«. Vgl. Fonagy, Peter. *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart 2002: Klett–Cotta. Einige Autoren gehen bei der Schizophrenie von einer Störung der Mentalisierungsfähigkeit aus.
- 8) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. *S3 Leitlinie Schizophrenie*. Online: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html>. (8. 1. 2020)