

# Michael Dümpelmann

## Die Bedeutung der Affektentwicklung für die Behandlung von Psychosen

Vortrag bei der 28. Jahrestagung des  
Deutschen Arbeitskreises Gestaltungstherapie DAGPT  
Berlin, 24. 9. 2011

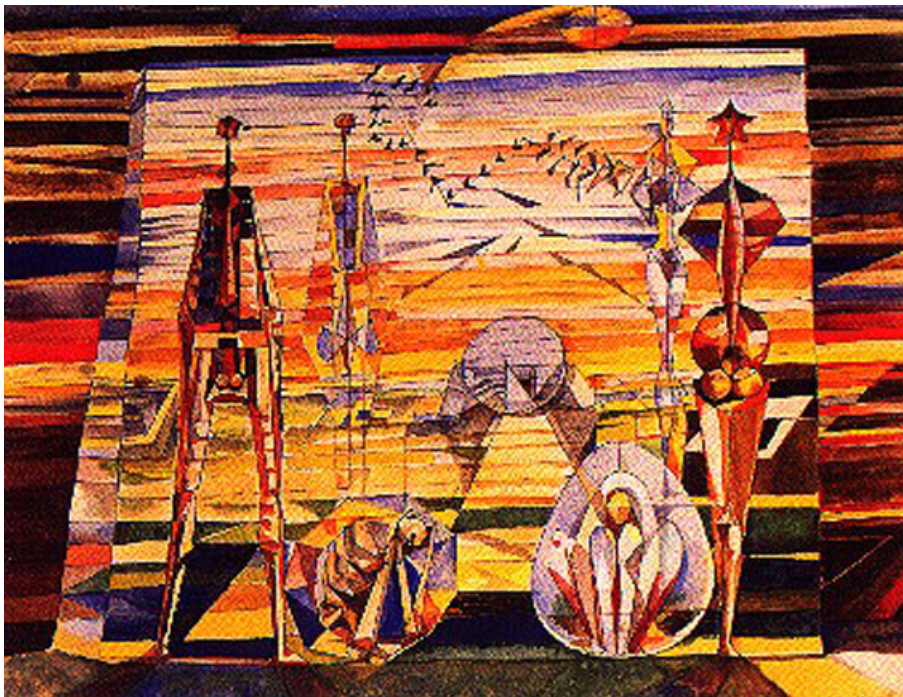
»The etiology of schizophrenic illness is to be sought in events that involve the individual«  
(Sullivan 1962, S. 248).

### Einleitung I

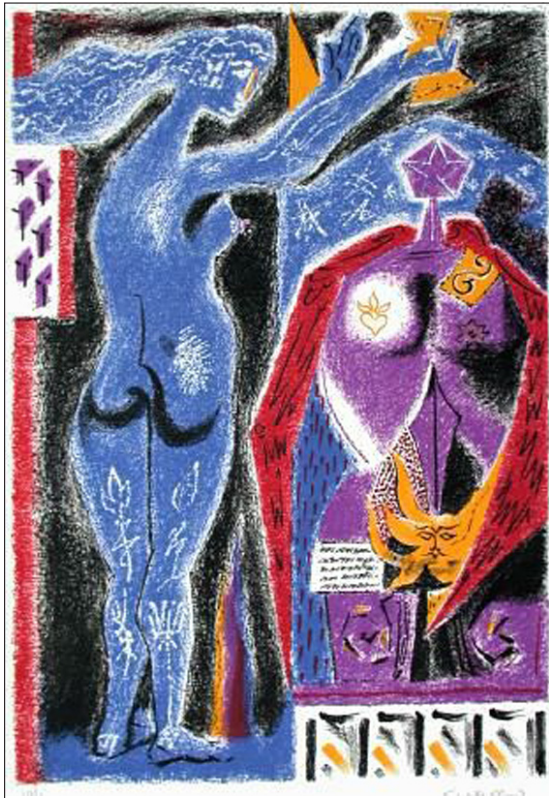
Ich beginne – gerade bei Ihnen als Gestaltungs- und KunsttherapeutInnen – damit, Bilder sprechen zu lassen. Ich glaube, dass das ein guter Start dafür ist, dem Thema, welche Bedeutung die Affektentwicklung für die Psychotherapie von Psychosen hat, auf die Spur zu kommen.

Ich werde erst einmal nicht sagen, von wem diese Bilder stammen. Wichtiger ist mir, diese Bilder wirken zu lassen und mit ihnen etwas zu vermitteln.

Folien:



(( André Masson: Metaphysische Wand (Öl/Leinwand, 1940))



André Masson:  
Blauer Akt (Litho, 1944)



André Masson:  
Der Genius der Fruchtbarkeit (Litho, 1966)

André Masson (1896 bis 1987), war lange Jahre Ateliernachbar von Joan Miro, mit Picasso und mit «Gott und der Welt» in Dada, Kubismus, Expressionismus und Surrealismus gut bekannt. Jackson Pollock hat sich stark an ihm orientiert. Er hatte nach seinem Wehrdienst im I. Weltkrieg mit psychischen Schwierigkeiten zu kämpfen, wozu mir aber nichts Genaueres bekannt ist. Das ist für unser Thema aber auch nicht von essenziellem Interesse. Masson lässt sich mit seinem Oeuvre nicht leicht zuordnen, setzte auch immer wieder andere Akzente in seiner Malerei und in seiner Grafik. Dass keine Kategorisierungen möglich sind, ist geradezu sein Markenzeichen auf seinen Bildern: Das Grenzen überschreitend Offene neben Formen, Farben und Strich, Personen und abstrakte Einbettung, Fertiges und Geschlossenes neben unfertigem Fließen und Leerraum ergibt viel Dynamik, sprengt Vertrautes, ordnet neu an und transferiert starke Stimmungen. Daraus ergeben sich vielfache Verfremdungen, er bleibt zugleich aber auch immer anspielend, malt Anamorphosen und bildet nie platt ab. Wichtig war ihm, in seiner Arbeit Wege zu suchen, Inneres, Unbewusstes und Irrationales möglichst direkt manifest werden zu lassen. So hat er in seiner «peinture automatique» auch öfters mit geschlossenen Augen gemalt.

Was wir bei André Masson sehen können, weist auffällig viele Bezüge zum bildnerischen Schaffen psychotischer Menschen und zu ihrer Verwendung von Symbolen auf: Ein Spiel mit Grenze und Durchlässigkeit in der «Metaphysischen Wand», die zur Theaterbühne wird, Konkretismus und Magie im «Blauen Akt» und der Zerfall von personaler Einheit in Elemente zu einer Neuordnung aus Körperteilen und Materie im «Genius der Fruchtbarkeit». Und dabei ist alles für sich, aufgelöst, wie auch über vertraute Grenzen hinweg miteinander verbunden und neu angeordnet. Das alles ergibt Bilder, auf denen immer wieder trennscharfe, figurale Konturen auf außerordentlich intensive mediale Vitalität treffen und es dazwischen viel mehr Überschneidung als feste Grenzen gibt. Das «System» dabei ist, wenn man das so nennen will, dass die Unterschiede zwischen Denken und Fühlen, Innen und Außen, Person und innerer wie äußerer Welt, Lebendigem und toter Materie, Figürlichkeit und Abstraktion weitgehend aufgehoben sind. Das ergibt starke Stimmungen, starke Affekte, im Bild wie im Erleben. Die Affekte schlagen durch und färben die wahrgenommene Welt intensiv, fließen in sie hinein, zu der der Bezug jedoch nie ganz verloren geht. Ein Zwischenzustand, der sich in diesen Bildern höchst greifbar ereignet.

Das Motto, unter dem ich diesen Vortrag gestellt habe, stammt von H. S. Sullivan (s.o.). Sehr frei übersetzt, aber inhaltlich auf den Punkt gebracht könnte man sagen, dass die Frage nicht ist, was Schizophrenie ist, sondern wie sie sich ereignet. Damit komme ich zum klinischen Teil meines Vortrags.

---

## Einleitung II

Was ich Ihnen vorstelle, hat mehrere Wurzeln: Es stammt einmal aus der stationären Psychotherapie psychotischer Menschen in Tiefenbrunn, wo Psychosenpsychotherapie seit 1991 Regelangebot ist, und stellt den derzeitigen Stand unserer Konzeptentwicklung für die Arbeit mit dieser Patientengruppe dar. Auch praxeologische Aspekte wie die Vermittelbarkeit in der Weiterbildung sowie Information und Motivation der PatientInnen sind uns dabei wichtig. Zu erwähnen ist hier, dass der Schweregrad der Störungsbilder in Tiefenbrunn, immer wieder geprüft, dem in psychiatrischen Kliniken entspricht.

Die Arbeiten für das Curriculum der Münchner Überregionalen Weiterbildung in analytischer Psychosenpsychotherapie und für den im letzten Jahr an der Hochschule Magdeburg-Stendal gestarteten Masterstudiengang «Interdisziplinäre Therapie in der psychosozialen Versorgung», in dem wir auch sehr gerne Kunst- und GestalttherapeutInnen für ihre Arbeit mit schweren psychischen Störungen qualifizieren, gerade mit psychotischen Menschen, waren weitere wichtige Anlässe dazu, zu überdenken und aufzuschreiben, was für uns in diesem Feld sinnvoll, brauchbar, machbar und effektiv ist.

Was ist die Aufgabe? Psychotische Menschen bekommen es schlecht hin, im Kontakt mit anderen Menschen sie selbst zu bleiben, und tun sich schwer damit, alleine für sich ein inneres Objekt zu halten. Andernorts wird das als «schizophrene Schaukel», als «need-fear-dilemma» (Burnham 1969) oder als Dilemma zwischen Fusion und Autismus (Mentzos 1991) beschrieben. Auch Freud hielt hierzu ein markantes Merkmal fest: Im Unterschied zu Neurosen, wo die «Wortvorstellung» verloren geht, aber durch aufdeckende Behandlung wieder bewusst gemacht werden kann, kommt es bei Psychosen zum Verlust der «Sachvorstellung» (S. Freud 1915). In heutiger Terminologie ausgedrückt geht es somit nicht darum, besondere und manchmal auch seltsame Symbole auf ihren unbewussten Gehalt hin sinnvoll und «richtig» zu interpretieren, sondern darum, dass das Symbolisieren an sich, die Fähigkeit, Symbole zu bilden, gestört ist und die Behandlung hier ansetzen muss, um Bilder und Metaphern für das Selbst und die Objekte zu ermöglichen, die Orientierung und Grenzen liefern und kommuniziert werden können.

Damit sind zwei Begriffe psychosenpsychotherapeutischer Klassiker genannt: Die Subjekt-Objekt-Diskrimination, die psychische Grenze, die im Konzept von Mentzos eine wichtige Rolle spielt (Mentzos 1991), und die krankhafte Symbolbildung, die im Zentrum von Benedettis «Todeslandschaften der Seele» steht. Der italienische Untertitel dieses Werks verdient Beachtung: «Alienazione e personalizzazione nella psicoterapia della malattia mentale» (Benedetti 1991). Was hat es mit Entfremdung und Personalisierung bei Psychosen auf sich? Und wie lässt sich das in einem Behandlungskonzept formulieren, das dem mittlerweile erreichten Stand der Entwicklungs- und Traumapsychologie sowie der Bindungs- und Interaktionsforschung Rechnung trägt?

Welche Rolle spielen Affekte und deren Entwicklung dabei? Die Affektentwicklung ist engstens mit der Entwicklung des Selbst und seiner Grenzen verbunden, dem Kernbereich psychotischer Störungen.

Man sollte daher meinen, dass die Untersuchung von Fehlschlägen der Affektentwicklung für die Erforschung der psychischen Grundlagen von Psychosen breiten Raum einnimmt. Das ist aber nicht so. Im Gegenteil lassen sich nur wenige Affekthypothesen zur Genese schizophrener und anderer psychotischer Störungen finden (Ciompi 1997; Leff/Vaughn 1985; Machleidt 1999), hingegen aber überschwemmend viele Abhandlungen über kognitive Auffälligkeiten.

Und die Vernachlässigung der Affektentwicklung bei der Aufklärung psychischer Grundlagen psychotischer Störungen wird darüber hinaus von der Vernachlässigung der Affektivität als essenzieller Einflussgröße in der klinischen Begegnung flankiert, wo das Verständnis des affektiven Austauschs eine Schlüsselrolle spielt.

Dem möchte ich mit einigen Überlegungen nachgehen und dazu auch von Behandlungsfällen berichten.

### Eine Fallskizze

Ich bin im Gespräch mit einem Mann, der seit einiger Zeit wegen einer paranoiden Symptomatik zur Behandlung zu mir kommt. Ich mache mir ernste Sorgen um ihn, weil er zunehmend depressiv wirkt, aber nicht darüber spricht. Langsam und leise, mit fast starrer Mimik berichtet er heute über Schmerzen und seine Befürchtung, schwer krank und verloren zu sein. Dabei ist er bedrückt, spricht aber nüchtern und detailliert davon, dass er in den letzten Jahren permanent vergiftet worden und jetzt am Ende sei, auch an Suizid dächte. Ich fühle mich von Trauer geradezu angesteckt und schwer, gucke eine Weile verlegen zur Seite und kann mich nicht rasch entscheiden, was ich ihm antworte, so dass eine Pause entsteht. In die hinein teilt er mir trocken mit, dass er auch hier vergiftet würde und zwar von mir. Obwohl mir das nicht leicht fällt, lasse ich mir das ausführlich schildern und bestätige ihm, dass unsere Begegnung ganz offenbar auch bedrohlich für ihn ist.

Solche Sequenzen gab es zu der Zeit öfter: Mitteilungen, dass er sich bedroht erlebt, Traurigkeit und Schwere bei mir und Vergiftungsideen bei ihm, die er explizit auch auf mich und unsere Begegnungen bezog. Trotzdem kam es nie zu einer Terminabsage.

«Liest» man diese Fallskizze auf der Suche nach Indizien für eine Störung, findet man rasch, dass hier statt einer im Ansatz erkennbaren depressiven Verstimmung eine paranoide Symptombildung auftaucht. Würde man diese Störung nur mit Medikamenten behandeln, die der Therapeut gibt und der Patient nimmt, wäre das eine wissenschaftlich und empirisch begründete Behandlung einer paranoiden Symptomatik. Aber es wäre nicht nur allein das: Der Hinweis des Patienten, dass er sich vom Therapeuten vergiftet fühlt, würde so nicht nur nicht aufgegriffen, sondern darüber hinaus auch mit Rollenzuweisungen beantwortet, die leicht Compliance-Probleme verstärken, indem Vergiftungsgefühle gegenüber Medikamenten und deren Geber zunehmen.

Werden aber Erlebnisqualität und Interaktion in das Verständnis dieser Fallskizze integriert, ergeben sich einige konkrete Fragen: Warum kommt es zu Wahn anstelle einer Depression? Warum entfaltet sich in dieser Situation dieses Beziehungsmuster? Welche Funktion hat es, dass eine psychotische Symptombildung auftaucht? Was von mir könnte giftig erlebt werden? Warum wird das nicht anders gesagt? Lässt sich das Erkenntnispotenzial des Subjektiven hier therapeutisch nutzen?

In klassischer psychodynamischer Sicht werden hier traurige Affekte verleugnet, projiziert und von mir identifikatorisch übernommen, aber nicht ungeschehen gemacht. Darauf reagiert der Patient, indem er seine extreme Angst, sich selber depressiv zu erleben und mir das zu zeigen, in regressiver Symbolik (vgl. Benedetti 1991) mit «Vergiftung» metaphorisiert und externalisiert. Nicht seine depressiven Affekte bedrohen ihn dann, sondern ich. Die Selbst-Objekt-Differenzierung (Mentzos 1991, S. 39) wird so kontrastschärfer und Wünsche, Nähe und Hilfe bei mir zu suchen, werden erst gar nicht wirkmächtig. Die so entstandene «negative Intimität» (Steimer-Krause 1996, S. 279) dichtet Grenzen ab, dämpft weitere Mobilisierung wie sie auch in scheinbar paradoxer Weise den weiteren Kontakt möglich macht.

### Affekte, Selbst und Kontingenzerfahrungen

Analysiert man diese Beziehungsepisode mit Konzepten aus Entwicklungspsychologie, Bindungs- und Traumaforschung, eröffnet sich ein präziseres Verständnis und vor allem ein weiterer Zugang zur klinischen Situation. Es kommt ja nicht nur zu einer Übertragung, sondern es kommt zu einer Interaktion zwischen ihm und mir, in der Trauer- und Angsteffekte interpersonell durch uns beide bearbeitet werden. Nicht nur eine Störung beim Patienten, sondern eine auffällig «gestörte» Beziehung etabliert sich. Das gut beobachtbare Auftreten des Vergiftungswahns ist nur ein Teil davon und verweist mit seiner Erlebnisqualität auf den Grad der subjektiven Bedrohung. Schlimmer für ihn ist, seine Affekte nicht gut tolerieren, regulieren und nicht kommunizieren zu können, erst recht nicht in meiner Nähe. Da werde ich zu einer Giftquelle. Diese wahnhaft zugeschriebene Schutzfunktion schützt vor der beschämenden Offenlegung seiner Ohnmacht dabei, sich selbst traurig, hilflos und berührt zu erleben, und ermöglicht eine ambivalente Balance im Kontakt: Ich »bekomme« zwar den Affekt, werde aber zugleich auf Abstand gehalten. Das Muster, das sich hier zeigte, könnte etwa mit den Worten beschrieben werden: «Ich kann nicht ertragen, depressiv zu sein und das auch noch offen zeigen zu müssen! Komm und nimm mir das ab, aber komm mir damit auch nicht zu nah und rede erst recht nicht darüber!»

Wie durch diese und in dieser Interaktion Affekte reguliert wurden, folgte frühen Kontingenzerfahrungen (Resch 1999, S. 103f.; Dornes 1993, S. 91f.) des Patienten. Zeigte er sich nämlich als Kind schwach, wurde er oft zurückgewiesen und besonders von seinem Vater entwürdigt, gedemütigt und bestraft. Die Mutter schützte ihn nicht ausreichend davor, sondern ordnete sich dem Vater unter. Sich mit Gefühlen von Traurigkeit, Angst und den dazu gehörigen Wünschen nach Nähe einer Bezugsperson zuzuwenden, wurde so als doppelte Gefahr erlebt, nämlich ohnmächtig dazustehen und auch noch den Verlust essenzieller Beziehungen zu riskieren. Das gipfelte in einer Schlüsselszene, als er im Alter von vier Jahren zusammen mit den Eltern und anderen Personen bei einem Explosionsunglück verschüttet wurde. Das Haus brannte und die Erwachsenen reagierten panisch, nässten und koteten ein, und besonders sein Vater, der sonst so oft brutal zu ihm gewesen war, verlor jegliche Kontrolle über sich. Den infiltrierenden Geruch von Schweiß, Fäkalien und Brand hat er nie aus der Nase verloren (vgl. Dümpelmann 2004b). Gefühle von Angst und Bedrohung sowie der Wunsch nach Schutz trafen in dieser Situation auf real vom Tod bedrohte Eltern. Statt Sicherheit gab es giftigen Pestgeruch. Ähnliches wiederholte sich in unseren Gesprächen, wenn auch erheblich weniger dramatisch: Näherte er sich seiner Bedürftigkeit und nahm er

auch nur kleinste Zeichen dafür wahr, dass auch ich belastet, nicht so aufmerksam und so agil wie sonst war, war das – erneut, aber vertraut – Gift für ihn.

«Kontingenz» bezeichnet etwas Gegebenes und Erfahrenes, das prinzipiell zwar so nicht notwendig und auch anders möglich gewesen wäre, sich unter den gegebenen Umständen einer Situation aber so ereignet hat (Luhmann 1988, S. 152). Nicht innere, endogene Gesetzmäßigkeiten, ob nun psychodynamisch oder biologisch angenommen, werden untersucht, sondern welche realen und konkreten Berührungen und Begegnungen sich in der Interaktion ergeben und welche Auswirkungen sich beobachten lassen. Diese exogenistische Perspektive (Resch 1999, S. 7) hat Folgen für Kausalitätsannahmen: Die werden erst einmal nicht gemacht, sondern zunächst werden die Wechselwirkungen der beteiligten Faktoren in ihrer Komplexität betrachtet. Kontingenz geht über bloße Korrelation erheblich hinaus und beschreibt inhaltliche Zusammenhänge, vermeidet jedoch vorschnelle kausale Zuschreibungen im Sinn einer «premature hypothetic formulation» (Sullivan 1962, S. 321). In der Entwicklungspsychologie hat die Erfassung von Kontingenzen große Bedeutung, weil damit z.B. präziser beschrieben werden kann, wie reales elterliches Verhalten die Motivation von Säuglingen und Kleinkindern beeinflusst, sich selbst und die Welt aktiv zu erkunden (Resch 1999, S. 103). Was dem Erleben und Verhalten des Kindes durch das Verhalten der Eltern konkret zufällt, zeigt Muster der Eltern-Kind-Interaktionen, die dann, wenn sie sich wiederholen, eben kein Zufall im landläufigen Sinn sind, sondern als typische Beziehungs- und Bindungsmuster codiert werden. Das gilt – für Psychosen besonders bedeutsam – auch für den prä-symbolischen und besonders für den nonverbalen, affektiven Austausch. Der Unterschied zum Konstrukt der unter Einfluss von Libido und Aggression internalisierten Objektbeziehungen ist nicht nur ein begrifflicher. Kontingenzen beschreiben diesseits der Metapsychologie erst einmal konkrete emotionale Ablaufschemata, wie Kontakte zu und Berührung mit Bezugspersonen verliehen, wie sie erlebt wurden und welchen Einfluss sie auf die Entwicklung psychischer Fähigkeiten und die von Vulnerabilität und Resilienz hatten. Aus dieser Sicht erschließt sich auch, warum und wozu Bezugspersonen bei strukturellen Störungen, zu denen auch Psychosen gehören, oft persistierend als Selbstobjekt in Vorgänge der Selbst- und Beziehungsregulierung einbezogen bleiben, so wie ich im oben skizzierten Fall in die Affektregulierung, die per Interaktion gemeinsam bearbeitet wurde und vertrauten Kontingenzen folgte (vgl. Lempa 1992).

Für die Behandlung von Psychosen hat die Identifizierung wichtiger Kontingenzen in Form von Beziehungsepisoden (Dümpelmann 2004a) ihren besonderen Wert darin, dass die Entwicklungslinien von Ich-Funktionen, die für die Entstehung psychotischer Vulnerabilität essenziell sind, anschaulich zusammen mit ihrer Interaktionsgeschichte erfasst werden können: Affektregulierung, Selbstgefühl, Subjekt-Objekt-Differenzierung und Nähe-Distanz-Regulierung. Kontingenzen herzustellen, Berührung, Kontakt und (Verhaltens-)Antworten zu suchen, bezeichnet Kächele prägnant als den ersten Trieb (Kächele 2009). In der Psychoanalyse wurde das lange zugunsten der Narzissmustheorie vernachlässigt (ebd.). Dass anstelle «narzisstischer Pathologie» oder einer Störung der «frühen oralen Phase» bei Psychosen und anderen «frühen Störungen» nunmehr reale frühe Beziehungen und ihre Auswirkungen konkreter erfasst und bewertet werden können, erleichtert erheblich, individuelle Behandlungsschritte zu formulieren und sie besonders auf die affektiven Erfahrungen abzustimmen, die mit der Entstehung der Symptomatik im Einzelfall verbunden sind. Die Entwicklungsdefizite, die der Symptomentstehung vorangingen und ihr zugrunde liegen, können so für die Behandlung und auch in der Behandlung besser greifbar gemacht werden.

Selbst- und Affektentwicklung sind eng miteinander verbunden. Das zeigt sich auch klinisch: Je durchlässiger die Grenzen zwischen Subjekt und Objekt sind, je labiler die Kohäsion des Selbst ist, desto eher werden Affekte überschwemmend und unerträglich erlebt und überfordern individuelle Verarbeitungsmöglichkeiten. Und umgekehrt ist die Mentalisierung von Affekten, die Fähigkeit, Vorstellungen über emotionale Zustände in Subjekt und Objekt zu entwickeln, das «Präludium» der Entwicklung des Selbstgefühls (Fonagy et al. 2004, S. 12). Auch das Kernproblems psychotischer Menschen kann als Wechselwirkung zwischen Selbst- und Affektentwicklung formuliert werden: In Beziehungen, die affizieren, verlieren sie leicht ihr abgrenzbares Selbstgefühl. Grenzen sie sich verstärkt ab und beziehen sie sich auf sich selbst, um Affizierung zu dämpfen, verlieren sie Beziehungen – das psychotische Dilemma zwischen Selbst- und Objektbezug bzw. zwischen Fusion und Autismus (Mentzos 1991).

Die Entwicklung eines kohäsiven Selbstgefühls und die dazu notwendige Fähigkeit, Grenzen zwischen Ich und Du konstruieren zu können, verläuft abhängig davon, ob positive frühkindliche Erfahrungen mit dem Erleben des eigenen Willens und mit der Propriozeption und ob ausreichend differenzielle Kontingenzerfahrungen gemacht werden konnten: mit eigenem Handeln, z.B. Schreien, bewirken zu können, dass eine Bezugsperson herbei kommt, oder allein für sich zu bleiben und etwa lustvoll spielen zu können (vgl. Dornes 1993, S. 90f.).

Für die Affektentwicklung gilt: Können Affekte wahrgenommen werden? Können sie toleriert werden? Können Affekte ausgedrückt und kann ihre Wirkmächtigkeit zugelassen werden, das heißt, dass die eigenen Affekte bei anderen Menschen ankommen und die auch von ihnen beeinflusst werden (vgl. Fonagy et al. 2004, S. 437f.)?

Entwicklungsaspekte dieser bei Psychosen essenziellen Ich-Funktionen lassen sich in Beziehungsepisoden in Biografie und Interaktion und typischen Musterbildungen in Symptomatik und Psychodynamik erfassen und ermöglichen Zugang dazu, ob die eigene Person und ihre Affekte abgegrenzt und autonom wahrgenommen wie auch handelnd erlebt werden können und wann und wie das gestört wurde und jetzt störrisch ist. Das ist ein gravierender Unterschied von Autonomiekonflikten zwischen Über-Ich und Es-Impulsen! Um Autonomie geht es in beiden Fällen, bei Neurosen und Persönlichkeitsstörungen um die Impulskontrolle, bei Psychosen aber um das Erleben eines autonomen Selbst, das mit der Wahrnehmung eigener Affekte beginnt und abhängig von ausreichend stabilen Grenzen bleibt. Im Vergleich zu Angst- und Zwangsstörungen, bei denen Affekte auch als Bedrohung der Autonomie erlebt werden, stellen Psychosen einen Extremfall dar, weil bei ihnen nicht nur die Autonomie der Impulssteuerung, sondern auch die des Selbst gefährdet ist.

## Zur Therapie

Der psychodynamische Beitrag zur Psychosenbehandlung besteht neben der Identifizierung der individuellen Vulnerabilität in der Formulierung eines Rahmens, in dem eine gezielte und effektive Therapie stattfinden kann. Das Verständnis für relevante Entwicklungsaspekte bis auf die Ebene gestörter Ich-Funktionen und deren Entstehung ermöglicht die Formulierung von Arbeitsmodellen, die auf unterschiedliche Schwerpunkte innerhalb des Spektrums psychotischer Krankheitsbilder abgestimmt werden können. Dabei wird keine Spezifität beansprucht oder angestrebt, sondern ein Rahmen für die Entfaltung und Bearbeitung von Beziehungserfahrungen und der Störungen essenzieller Ich-Funktionen, die im Einzelfall relevant sind. Leitbild für diesen Rahmen ist, dass er flexible Anpassung und steuerbaren emotionalen Kontakt ermöglichen muss, um die Erfahrungen des Patienten zu teilen, aber auch gemeinsam handelnde, expressive und nonverbale Therapieformen

neben Einzel- und Gruppentherapie integrieren können muss. Die Fokussierung auf unterschiedliche Modi der Affektverarbeitung bei Psychosen ist dazu gut geeignet. Sie sind klinisch gut differenzierbar und ermöglichen einen auch für die Patienten nachvollziehbaren Einstieg in die gemeinsame Arbeit. Weitestgehend übereinstimmende Schemata der Affektverarbeitung sind beschrieben (Krause 1997, S. 61; Fonagy et al. 2004, S. 438f.), auch bei Psychosen (Vauth/Stieglitz 2008, S. 18).

Im Folgenden werden jeweils mit kurzen Fallbeispielen die Schwerpunkte dargestellt, die wir in Tiefenbrunn bei der psychotherapeutischen Behandlung von unterschiedlichen Typen der Affektverarbeitung bei Psychosen setzen.

### Störungen der Affektwahrnehmung

Affekte und Kontakte werden als unerträglich erlebt und extrem vermieden, was z.B. bei katonen, hebephrenen und anderen schweren schizophrenen Syndromen häufig der Fall ist.

Ein Ingenieur mit einer häufig rezidivierenden paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie litt vor allem unter dem quälenden und ihn tagtäglich terrorisierenden Erleben, alle anderen könnten in ihn hineinsehen, seine Gedanken lesen und auch mitbekommen, was er fühlt. Kontakte waren kaum erträglich für ihn. Im Einzelgespräch war er sehr gespannt, mied Blickkontakt und sprach kaum. Er war mit 30 Jahren noch abhängig von seiner dominanten Mutter, die seit seiner Kindheit sofort auf jede Regung bei ihm reagierte, ihm jeden vermeintlichen Wunsch von den Augen ablas, den umgehend unter ihrer Regie erfüllte und darauf bestand, dass er das akzeptierte. Das ging anfangs selbst in der Klinik so weiter. Schon als Kind litt er unter massiven Schulängsten und nässte bis zum 13. Lebensjahr ein. Aktuell war er arbeitslos und stand unter erheblichem Druck, sich auf Stellenangebote zu bewerben.

Autonomes Selbsterleben war hier nicht nur behindert, sondern ausgerottet und durch eine Art Fremdherrschaft der Mutter ersetzt worden. In der Psychose traten diese Kontingenzen zutage, nämlich bei jedem Schritt unter der Kontrolle – und dem dysfunktionalen Schutz – eines Objekts nach dem Vorbild der Mutter zu sein. Vor der Erstmanifestation mit 18 Jahren hatte der Patient die Kontrolle über sich verloren und seinen Vater mit einem Messer attackiert. Aktuell waren nun selbstständige Schritte von ihm gefordert, die ihn massiv mit Angst und Hilflosigkeit wie auch mit Abhängigkeit konfrontierten.

#### In solchen Fällen

- konnotieren wir alles positiv, was auf Schutz und Abstand zielt, auch Wünsche, die Klinik zu verlassen,
- beschränken und konzentrieren wir uns darauf, den Kontakt zu erhalten, notfalls von außen,
- bieten wir das Erlernen von Stabilisierungsübungen (DBT) zur Selbstregulierung an,
- thematisieren und trainieren wir das frühzeitige Ansprechen von Spannungen,
- bearbeiten wir, wie möglich sein könnte, sich Hilfe zu holen,
- legen wir Wert auf gemeinsames Handeln, auch ohne (viele) Worte,
- malen oder musizieren wir mit den Patienten im Gespräch und
- raten wir dazu, mobilisierende Gesprächsthemen aufzuschieben, bis der Kontakt «steht».



## Störungen der Affekttoleranz

Affekte werden erlebt, aber nicht gut ertragen und deshalb oft stark verfremdet und in psychotischer Metaphorik kommuniziert. Das sehen wir bei vielen paranoid-halluzinatorischen Psychosen. Eine junge Designerin kam mit dem dritten Rezidiv einer schizodepressiven Psychose zu uns, in der sie sich verzweifelt als Bedrohung und als gefährliche Hexe erlebte und erleichtert darüber war, dass zwischen ihr und ihrem Partner, Seemann von Beruf, viel Wasser war, das die von ihr ausgehende Gefahr verdünnte. Die Patientin war früh von ihrer Mutter wegen eines anderen Manns verlassen worden, die sie danach bei Besuchen spüren ließ, ihre neue Partnerschaft zu stören, wenn sie ihre Nähe suchte. Von ihrem Vater wurde sie parentifiziert, was zu einem emotionalen Wechselbad wurde: Sie schlief bis zur Pubertät im Ehebett und war intime Gesprächspartnerin für seine Sehnsüchte, seine Probleme mit der Mutter und anderen Frauen, wurde von ihm aber auch minutiös und kontrollierend nach allem ausgefragt, was in ihr vorging, und dabei oft massiv gekränkt und entwertet.

Eine anhaltende Erfahrung dieser Patientin war, dass intime Gefühle entweder zu Zurückweisung bei der Mutter oder zu sie überfordernder Übererregung und Entwertung durch den Vater führten. Das behinderte die Entwicklung der Fähigkeit zur autonomen Affektregulierung, was sie genau deshalb auch noch abhängiger von der Kontrolle ihrer Gefühle durch ihre Eltern machte. In der Psychose erlebte sie ihre Gefühle so, als wäre sie zuvor von ihren Eltern vernichtend kritisiert und erniedrigt worden.

### In solchen Fällen

- intervenieren wir im Gespräch streng klarifizierend und nicht deutend,
- suchen wir gemeinsam nach Worten und Sprachbildern für innere Zustände,
- untersuchen wir das Selbsterleben der Patienten im therapeutischen Kontakt,
- fokussieren wir dabei besonders Gefühle von Sicherheit oder Unsicherheit,
- empfehlen wir genügend Rückzug und kreative Aktivitäten auch auf den Zimmern und
- verordnen besonders häufig expressive Therapieformen mit einem flexibel handhabbaren verbalen Anteil: Musik-, Körper- und Gestaltungstherapie.

## Störungen des Erlebens der Wirkmächtigkeit der Affekte

Affekte können erlebt und auch toleriert werden, solange sie anderen verborgen bleiben. Dieses Muster sehen wir oft bei kurzen psychotischen Episoden und psychosenahen Störungen, auch in Komorbidität, z.B. mit Ängsten und Zwängen.

Eine Informatikerin kam völlig aufgelöst und verunsichert nach einer erstmals aufgetretenen, akuten wahnhaften Störung zu uns. Sie hatte kurz davor mit ihrem Freund in einem Bergdorf Urlaub gemacht, wo sie nach langer Zeit wieder Lust gespürt hatte und sexuell aktiv geworden war. Sie erlebte erstmalig einen Höhepunkt, entwickelte aber schon kurz danach die Vorstellung, das ganze Dorf hätte es gehört, und bezog Radiomeldungen und andere ihr auffällig erscheinende Dinge auf sich und ihre Lust, was unter Behandlung schnell remittierte. Danach traten für längere Zeit Zwangssymptome auf. Diese Patientin hatte früh ihren Vater durch Suizid verloren, wonach ihre Mutter viele Jahre lang depressiv und suizidal war. Sie tat alles, um die Mutter zu entlasten, wurde eine brillante Schülerin und versorgte nebenbei den Haushalt. Die Mutter zeigte ein bigottes Verhalten, trat Sekten bei, ging viele Beziehungen zu Männern ein und schlief öfter mit ihnen, ohne sich zurückzuziehen. Mit 9 Jahren überraschte die Pat. ihre Mutter und deren aktuellen Freund in flagranti in ihrem Kinderbett, was für sie eine Katastrophe und wie der Verlust der Mutter erlebt wurde.

Nach lange gehemmter und oft vermiedener Sexualität erlebte die Patientin ihre Lust mit vernichtender Scham. Sie wurde dadurch mit einer lange abgewehrten traumatischen Identifikation mit ihrer Mutter und schlagartig auch damit konfrontiert, so haltlos und triebhaft zu sein wie die. Der Kontrollverlust über ihr Begehren vor ihrem Freund fiel für sie mit dem Verlust der gewohnten Selbstsicherheit zusammen, die stark an das Erleben von Disziplin und Verzicht geknüpft war.

### In solchen Fällen

- bestätigen wir zunächst Ängste, Scham- und Schuldgefühle explizit als gerade verfügbares Mittel der Regulierung, auch wenn sie den Patienten selbst unangemessen erscheinen,
- untersuchen wir intensiv den Beziehungskontext der Symptomentstehung,
- untersuchen wir die Affekte und ihre Modulation in der therapeutischen Situation,
- empfehlen wir – meist gegen Ende der Behandlung – Expositionstrainings,
- bearbeiten wir innere Normen und Wertvorstellungen und
- schließen wir manchmal eine vorsichtige Analyse rigider Abwehrmuster an.

In den dargestellten Fällen zeigen sich unterschiedliche traumatische Kontingenzen, die jeweils für die Affekt- und Selbstentwicklung bedeutsam waren und sich in Biografie, Symptomatik, Psychodynamik und vor allem auch in der aktuellen Interaktion in der Klinik erfassen und nutzen ließen. Die Strukturierung der Behandlungsschritte verläuft dabei zwischen den Polen von massiver Durchlässigkeit zu nur partiell gestörten Grenzen bzw. von mehr Selbstregulierung zu mehr Beziehungsregulierung und vom Achten auf Sicherheit und Bindung zu mehr Bearbeitung von Problemen.

### Fazit

Für die Behandlung psychotischer Störungen ist nicht nur ein Modell der Störung notwendig, um sie dann vermeintlich spezifisch behandeln zu können, sondern insbesondere ein Modell für reale Beziehungen, einmal die therapeutische Beziehung, in der diese Behandlung stattfinden soll, zum anderen für die Beziehungen, in denen sich die Störung entwickelt hat. Mit psychodynamischen Mitteln lassen sich dazu unterschiedliche Modi der Affektregulierung bei psychotischen Krankheitsbildern differenzieren und Arbeitsmodelle davon ableiten, die Zugang zu typischen Entwicklungsstörungen bei Psychosen sowie dort ansetzend einen individuellen Rahmen für die Zusammenarbeit aller an der Therapie Beteiligten ermöglichen.

Eine ganz praktische und mir sehr wesentlich erscheinende Bedeutung hat die Erfassung und Bearbeitung affektiver Störungsanteile bei Psychosen für die klinische Begegnung wie auch für das, was als «Anti-Stigma-Arbeit» propagiert wird. Kann man psychotische Kommunikation als besondere Form affektiven Austauschs verstehen, mit realen und konkreten Entwicklungsstörungen verbinden und therapeutische Antworten darauf geben, steigen die Chancen erheblich, Stigmatisierung und deren iatrogene Verstärkung zu vermeiden oder zumindest zu verringern. Das macht die antistigmatische Gegenbewegung zu Konzepten biologischer und rein kognitiver Defizite, salopp die Suche nach den Ostereiern, die man selber versteckt hat, unnötig, weil das Erleben von lebensgeschichtlichem Bezug eine «Wiederanerkennung» (Wulff 1995, S. 196) auch dessen ermöglicht, was in psychotischen Symptomen manifest wird.

Folie:

## **Muster gestörter Affektivität und darauf abgestimmte Behandlungsrahmen bei Psychosen**

### **1. Störungen der Affektwahrnehmung**

- alles tun, dass der Kontakt möglich wird / erhalten bleibt
- ausreichend positives Selbstgefühl hat Vorrang – Kontakt darauf abstellen
- Methoden der Selbstregulierung wie etwa Stresstoleranztraining (DBT)
- Sicherheit und Gleichgewicht gehen vor
- möglichst frühes Ansprechen von Spannungen
- wie ist es / gelingt es, Hilfe zu holen
- ggfs. Stabilisierungsübungen
- gemeinsames Handeln
- therapeutisches Spiegelbild

### **2. Störungen der Affekttoleranz**

- Körpertherapie
- Musiktherapie
- Ergo- und Gestaltungstherapie, auch auf dem Zimmer / der Station
- klarifizierende Interventionen
- Worte finden für «innere» Zustände
- Selbsterleben im Kontakt
- besonders Sicherheit – Unsicherheit im Kontakt

### **3. Störungen des Erlebens von Wirkmächtigkeit eigener Affekte**

- «Ungefühle»: Ängste und Hemmungen, Scham- und Schuldgefühle im Kontext
- Affekte / Gefühle in der therapeutischen Situation
- Bewertung und Verständnis von / für affektive Reaktionen
- Expositionstrainings
- vorsichtige Analyse rigider Abwehrmuster
- innere Werte, Normen und Anforderungen vorsichtig dystonisieren
- Affektmodulation, insbesondere Ängste betreffend

Literatur:

- Benedetti, G. (1991): Todeslandschaften der Seele. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Burnham, D. (1969): Schizophrenia and the Need-Fear-Dilemma. New York (International Universities Press).
- Ciampi, L. (1997): Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Dornes, M. (1993): Der kompetente Säugling. Frankfurt/M. (Fischer).
- Dümpelmann, M. (2004a): Kontingenzerfahrungen und Affektentwicklung – Entwicklungspsychologische Ansätze in der Psychotherapie von Psychosen. In: Ardjomandi, M.E. (Hg.): Jahrbuch der Gruppenanalyse, Band 10. Heidelberg (Mattes), S. 169–178.
- Dümpelmann, M. (2004b): Zur tiefenpsychologischen Psychotherapie schizophrener Störungen. In: Leichsenring, F. (Hg.): Lehrbuch der Psychotherapie, Band 2. München (CIP-Medien), S. 109–126.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L. & Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Freud, S. (1915): Das Unbewusste. Studienausgabe. Frankfurt a.M. (Fischer)
- Kächele, H. (2009): Mündliche Mitteilung. Kasuistisch-technisches Seminar am Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn am 14.05.2009.
- Krause, R. (1997): Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre, Band 1. Stuttgart (Kohlhammer).
- Leff, J. & Vaughn, C. (1985): Expressed Emotions in Families. New York (Guilford Press).
- Lempa, G. (1992): Zur psychoanalytischen Theorie der psychotischen Symptombildung. In: Mentzos, S. (Hg.): Psychose und Konflikt. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), S. 29–77.
- Luhmann, N. (1988): Soziale Systeme. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- Machleidt, W. (1999): Affektypologie schizophrener Psychosen. In: Machleidt, W., Haltenhof, H., Garlipp, P. (Hg.): Schizophrenie – eine affektive Erkrankung? Stuttgart (Schattauer), S. 94-112.
- Mentzos, S. (1991): Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Resch, F. (1999): Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Weinheim (Beltz Psychologie Verlags Union).
- Steimer-Krause, E. (1996): Übertragung Affekt und Beziehung. Bern (Peter Lang AG).
- Sullivan, H.S. (1962): Schizophrenia as a Human Process. New York (W.W.Norton & Company).
- Vauth, R. & Stieglitz, R.-D. (2008): Training emotionaler Intelligenz bei schizophrenen Störungen. Göttingen (Hogrefe).
- Wulff, E. (1995): Wahnsinnslogik. Bonn (Psychiatrie-Verlag).