

Kernberg – Psychotische Persönlichkeitsstruktur - Fallvignetten

Fall #1 (Anna):

Eine Frau, Mitte zwanzig, die seit ihrer späteren Adoleszenz an einer paranoiden Schizophrenie litt, die mit mehreren atypischen Antipsychotika behandelt worden war und aktuell Clozapin erhielt. Im Alltag funktionierte sie bei einfachen Tätigkeiten, lebte aber ziemlich isoliert, mit chronischen Halluzinationen bezogen auf Nachbarn, die sie – so dachte sie – durch elektronische Strahlung durch die Wände des Hauses hindurch beeinflussen wollten. Ihre Vorgeschichte war geprägt von einem gutartigen, gewährenden und etwas jovialen Vater und einer sehr dominanten, kontrollierenden Mutter, die der Patientin während ihrer gesamten Kindheit das Gefühl gegeben hatte, dass „Mutter alles wusste“. Die Mutter war fortwährend kritisch und konnte nach Meinung der Patientin nie zufrieden sein. Was ursprünglich die Macht der Mutter über sie zu sein schien, fand sich in den mächtigen Nachbarn wieder, die um sie herum von einem Ort zum anderen zogen und der Patientin folgten. Die Patientin fand es nutzlos, von ihrem Zuhause wegzuziehen, um sich vor den Konspirationen dieser weiterhin vorhandenen Nachbarn zu schützen. Im Laufe ihrer psychoanalytischen Psychotherapie, die parallel zur psychopharmakologischen Behandlung durchgeführt wurde, entwickelte sie allmählich eine abhängige Beziehung zu mir.

Sie erlebte mich als jemanden, der in ihrer Vorstellung einen ähnlichen sozialen Hintergrund und politische Ansichten hatte wie sie selbst. Alle Bemühungen, ihre Erfahrungen mit den potenziellen Verfolgern als Mutter-Übertragung zu analysieren, führten zu massiver Angst und Verwirrung, die jedoch zurückging, sobald das Thema zu dem wechselte, was sie für unsere gemeinsamen Interessen hielt. Über einen Zeitraum von vielen Monaten hatte sie nach und nach begonnen, mir von all den Dingen zu erzählen, wegen derer sie von den imaginären, sie verfolgenden Nachbarn kritisiert werden könnte. Das führte zu ihren Schuldgefühlen bezogen auf Masturbation, die Fantasien über die sexuelle Beziehung ihrer Eltern enthielten, Fantasien, die sowohl beängstigend als auch erregend waren. Sie hatte in der frühen Adoleszenz einige Beziehungen zu Freunden gehabt, die immer ein plötzliches Ende fanden, wenn diese versuchten, eine intimere sexuelle Beziehung zu ihr zu erreichen. Während Annas Erkrankung verstarb ihre Mutter, was die psychotischen Symptome weiter verstärkte und sie in Behandlung brachte. Die Kombination ihres Grolls bezüglich der Macht der Mutter über sie mit Schuldgefühlen wegen ihrer rebellischen Haltung zur Mutter zur Zeit ihres erwachenden Sexuallebens war dann ein wichtiges Thema in den frühen Phasen der Behandlung. Aber alle Versuche, ihre subtil verführerische Art in der Übertragung und ihre unverrückbare Überzeugung, dass wir beide in unserem politischen und sozialen Denken einig waren, zu ergründen, erwiesen sich als sehr hartnäckig.

Als Begründung für ihre hohe Zufriedenheit mit unseren Sitzungen akzeptierte ich schließlich eine vermeintliche Übereinkunft bezüglich allgemeiner philosophischer Vorstellungen, wohingegen die Gewissheit, dass darin nichts Sexuelles enthalten war, zu einem Vertrauen in mich führte, dass es ihr erlaubte, mir von all den heimlichen Angriffen durch die Wände des Hauses zu erzählen. Dies ermöglichte mir wiederum, sie schrittweise darauf hinzuweisen, dass ihre Fähigkeit, die kritische Haltung der Nachbarn durch die Wände des Hauses zu spüren, eine einzigartige Ausprägung ihrer Sensibilität für Kritik widerspiegelt, die aus den Erfahrungen mit ihrer Mutter herrührt. Es war eine hochsensible Fähigkeit, über die niemand sonst verfügte, und deshalb konnten ihr die Menschen, die sie angeblich kritisierten, nicht tatsächlich schaden, weil diese nicht über die erforderliche Schärfe an Wahrnehmungsfähigkeit von ihr und ihrer Mutter verfügten, die sie eventuell beeinträchtigen könnte. Dank dieser komplexen Gedankenführung

konnte sie einräumen, die Erfahrungen mit ihren Nachbarn nicht wirklich ernst nehmen zu müssen, denn alle kritischen Mitmenschen konnten sie in ihrer Realitätswahrnehmung wirklich nicht erreichen. Die Allianz mit mir als demjenigen, der ihre unterschwellige Vormachtstellung zu erkennen wusste und sie so vor der Angst vor den Übergriffen durch die Wände schützte, ermöglichte es ihr, ein Gleichgewicht herzustellen, das sich in einer Verbesserung ihrer sozialen und Arbeitsfähigkeit sowie ihrer Beziehungen zu Menschen auf eine Weise äußerte, die sie in ihrem alltäglichen Leben zufrieden stellte, während der psychotische Zustand unverändert blieb. Hier schützte sie eine fusionierte Repräsentation des Selbst- und Objektideals wirksam vor dem verfolgenden, mit der sadistischen Mutter verschmolzenen rebellischen Selbst – eine offensichtlich psychotische Persönlichkeitsorganisation.

Fall #2: Maria

Ein ähnlicher Fall ist jener von Maria, einer Patientin mit Hypochondriasis, die mit einer Übertragungsfokussierten Psychotherapie bei einer sehr erfahrenen Therapeutin begann, in deren Verlauf sich ihre hypochondrischen Symptome allmählich in eine Übertragungspsychose verwandelten. Die Patientin wies chronische hypochondrische Symptome in Bezug auf ihre Zähne auf; Zahnschmerzen, die durch verschiedene Zahnbehandlungen nicht behoben werden konnten. Zu Beginn der Psychotherapie wurde ihre Sorge um ihre Zahnschmerzen und die Tatsache, dass niemand in der Lage war, das Problem zu beheben, zu einem beherrschenden Thema: ihre Ressentiments über die Inkompetenz und die Grandiosität von Zahnärzten und Ärzten generell. Im Laufe von mehreren Monaten ging sie zur Behandlung durch verschiedene Zahnärzte, und als diese Zahnärzte sich gegenseitig kontaktierten und zu dem Schluss kamen, dass sie die Ursache für ihre Symptome nicht finden konnten, entwickelte sie die Wahnidee, dass die Zahnärzte sich in einer Verschwörung zusammengetan haben um sie zu misshandeln und ihr falsche Hoffnungen zu machen, während sie sich dabei einig waren ihr Leiden verlängern zu wollen. Die Wahnidee über die Verschwörung von Zahnärzten erweiterte sich dann auf die gesamte zahnärztliche Organisation des Bundesstaates und entwickelte sich zunehmend zur Wahnvorstellung, dass der Therapeut mit der zahnärztlichen Organisation unter einer Decke stünde und sie unterstützte, indem er die Patientin davon überzeugen wollte, dass es keine solche Verschwörung gab. Sie entwickelte die wahnhaftige Vorstellung, dass der Therapeut zur Verschwörung beitrug, um sie dauerhaft zum Opfer bleibender Zahnschmerzen zu machen. Die Misshandlungen durch die zahnärztliche Organisation würden durchgeführt werden, indem sie von einem Zahnarzt zum anderen geschickt wurde, ohne ihr dabei zu einer Besserung zu verhelfen. Die Intensität ihrer Verbitterung und ihres Hasses gegenüber dem Therapeuten konnten durch Bemühungen diese Übertragung zu deuten, nicht gemildert werden, und der Therapeut beschloss, die Behandlung mitten in dieser psychotischen Übertragungsentwicklung abubrechen. Er verwies sie an einen anderen Therapeuten, der eine stützende Psychotherapie in Kombination mit antidepressiven Medikamenten durchführte, um ihre Angst zu reduzieren, und es gelang ihm ihr dabei zu helfen, eine Klinik zur Behandlung chronischer Schmerzen aufzusuchen, während die Überzeugung, dass der vorangegangene Therapeut an einer Verschwörung teilnahm allmählich abnahm.

Fall #3: Sally

Sally war eine Patientin Anfang zwanzig mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, schweren narzisstischen Merkmalen, chronischen charakterologischen Depressionen und häufigen und schweren Suizidversuchen sowie Wutanfällen die zu Suizidversuchen, Drogenmissbrauch und sexueller Promiskuität führten. Diese Patientin, die in ihrer Kindheit von einer Tante schwer misshandelt worden war, sodass die Patientin aufgrund der schwarzen und blauen Flecken am ganzen Körper nicht an Leibesübungen in der Schule teilnehmen konnte, entwickelte in der Mitte ihrer übertragungsfokussierten Psychotherapie ein intensives Bedürfnis nach unmittelbarer Aufmerksamkeit. Sie drohte, wenn vom Analytiker nicht sofort reagiert wurde, mit Selbstmordversuchen. Drei Therapeuten hatten ihre Behandlung zuvor abgebrochen, weil sie ihre ständige Androhung suizidalen Verhaltens nicht tolerieren konnten, auf die tatsächlich schwere Suizidversuche gefolgt waren.

Bei der Behandlung mit mir hatten wir Grenzen gesetzt und Wege festgelegt, wie Suizidversuche zu behandeln waren, und wir hatten auch Grenzen für ihre Telefonanrufe gesetzt, die sie häufig Tag und Nacht tätigte. Ich erklärte ihr unsere übliche Herangehensweise um Kontrolle über die Behandlung bedrohendes Agieren (acting out) zu bekommen, indem ich die Patientin darauf aufmerksam machte, dass sie bei Symptomen, die sie nicht kontrollieren konnte, in die Notaufnahme einer psychiatrischen Klinik gehen konnte, anstatt mich zwischen den Sitzungen zu kontaktieren. Wenn sie in der Lage wäre selbst in den Griff zu bekommen, was sie bedrohte ohne in eine Notaufnahme gehen zu müssen, könnten wir dies in der folgenden Sitzung besprechen. Ich hatte ihr gesagt, ich würde ihre Telefonanrufe in unvorhergesehenen, unerwarteten Notfällen annehmen, aber nicht für Probleme, bei denen sie genau wusste, wie sie damit umgehen sollten. Suizidimpulse stellten ein Problem dar, mit dem sie genau umgehen konnte. Ich machte klar, dass ich nicht auf ein Telefonat antworten würde, das sich mit suizidalen Ängsten befasste, und dass, wenn sie diese Anrufe wiederholte, ich eine Woche lang keine Anrufe entgegennehmen würde, oder, wenn sich ihr Verhalten weiterhin nicht verändern würde über einen Monat, ein Jahr und ggf. sogar für die gesamte Behandlungsdauer! Diese Patientin unterbrach die Telefongespräche, als ihr bewusst wurde, dass ich sie einen Monat lang nicht beantwortete.

Dann entwickelte sie die Fantasie, dass eine meiner Sekretärinnen sie heimlich anrief, ohne ihren Namen preiszugeben, um dann still zu bleiben oder telefonisch Beleidigungen zu murmeln. Die Patientin hatte gelegentlich falsche Aufrufe erhalten, und sie entwickelte die Fantasie, dass in all diesen Fällen eine abfällige Haltung gegenüber ihr zum Ausdruck kam. Schließlich war sie überzeugt, dass sie von meiner Sekretärin beharrlich zu Hause angerufen wurde, von der sie wollte, dass ich sie entließ, und drohte mir, mich wegen Belästigung bei der Ärztekammer anzuklagen, wenn ich diese Maßnahme nicht treffen würde. Sie wurde extrem ängstlich und wütend über diese mutmaßlichen Telefonangriffe.

Diese Ängste interpretierte ich als halluzinatorische Erfahrungen und Wahnformationen als Teil der Übertragungsregression, in der eine Projektion ihres sadistischen und allmächtigen Kontrollverhaltens dominierte. Die Patientin hatte das Gefühl, dass ich durch diese Sekretärin heimlich versuchte, sie zu foltern und ihr Leben zu desorganisieren, ähnlich wie ihre Tante in der Vergangenheit. Eine systematische Deutung dieser Übertragung, ohne sie zu irgendeinem Zeitpunkt zu beruhigen, dass ihre Interpretation der Anrufe ein Irrtum war, und ohne zu versuchen, sie rational zu überzeugen, dass ich ein solches Verhalten nicht tolerieren würde, erlaubte es diese Überzeugung aufzulösen, welche auf der einen Seite zu einer möglichen Beendigung der Behandlung mit mir zu führen schien und auf der anderen Seite zur Suche nach einem anderen Therapeuten, um meinem vermeintlichen sadistischen Verhalten zu entgehen.

Ich nutzte die Methode der Deutung inkompatibler Realitäten, die wir als sehr hilfreich bei der Entwicklung psychotischer Übertragungen erkannt haben. Es besteht darin, den Patienten darauf hinzuweisen, dass wir eine völlig andere Ansicht von dem haben, von dem der Patient gerade überzeugt ist, ohne zu versuchen, dem Patienten unsere Ansicht aufzuzwingen. Die Frage ist, ob die Ansicht des Therapeuten unehrlich ist, ob der Therapeut im Grunde weiß, dass der Patient Recht hat und nur so vorgibt, aus irgendeinem Grund anders zu denken, oder ob der Therapeut in seiner radikal entgegengesetzten Ansicht ehrlich ist. Glaubt der Therapeut ehrlich an etwas, das dem Denken des Patienten völlig entgegengesetzt ist, etwas, das tatsächlich völlig unvereinbar ist mit dem Denken des Patienten?

Hier kommen wir zu dem Schluss, dass einer der beiden, der Patient oder der Therapeut, sich außerhalb der Realität befinden muss, ohne zu entscheiden, wer mit der Realität im Einklang ist und wer es nicht ist, und dass beide es akzeptieren müssen, dass sich eine psychotische Realität entwickelt, die beide betrifft und grundlegend untersucht werden muss. Diese Festlegung einer Grenze um die psychotische Überzeugung erlaubt es tatsächlich, die basale Situation in der Übertragung zu analysieren und in der Übertragung zu lösen, anstatt in einer Diskussion darüber, wer recht hat und wer sich nicht in der Realität befindet. Es ist eine effektive Methode der Übertragungsdeutung unter Bedingungen einer psychotischen Übertragungsregression, die sehr wirksam ist bei einer schweren psychotischen Regression, die bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsorganisation auftreten kann, jedoch bei Patienten mit einer psychotischen Persönlichkeitsorganisation in der Regel unwirksam ist.