

Ein Beitrag zur Kurzzeit-Psychotherapie

■ A. Zweig

Egg

Vorbemerkung

Der folgende Beitrag stellt die Summe von Erfahrungen und Vorgehensweisen dar, welche sich für den Verfasser in den Jahren 1961–1969 und 1978–1998 in eigener psychiatrischer und psychotherapeutischer Tätigkeit als nützlich und erfolgreich bewährt haben. Dabei war die erste Periode anfänglich bei geeigneter Indikation noch mehr in Richtung psychoanalytische Couch orientiert. In der zweiten kam diese nur noch auf Wunsch oder bei stark verspannten, motorisch unruhigen Patienten oder solchen mit einer ausgeprägten Schamproblematik zum Einsatz. Dabei bestand in der ersten Phase die Tendenz, Behandlungen nicht länger als etwa 3/4 Jahre dauern zu lassen, in der zweiten, wo immer möglich, nicht länger als 10–24 Monate.

Von der Lektüre können Kollegen mit wenigstens einem Jahr klinischer, einem Jahr poliklinischer und zwei Jahren Weiterbildung an einem tiefenpsychologisch orientierten Ausbildungsinstitut, mit dem Ziel einer eigenen Praxis als Facharzt FMH profitieren. Auch für poliklinisch Tätige und Kollegen in Aussenstationen könnte die Lektüre von Interesse werden (siehe weiter unten).

Zur Literatur

Die Literatur zum Thema ist umfangreich, leider jedoch auch in mancherlei Hinsicht widersprüchlich, nicht zuletzt bei der Erfolgsbeurteilung und -statistik. Dabei haben sich dem Schreibenden Stil und Art der Präsentation des Materials von Malan ([1], S. 52–4; [2], S. 210) und Senf und Broda [3] als übersichtlich, anschaulich und nicht zuletzt wegen der katamnestic Erhebungen am einprägsamsten dargestellt.

Davenloo [4] legt grossen Wert auf die Mobilisierung der Gefühle und Abwehrreaktionen der Patienten mittels Druck und Herausforderung von der ersten Stunde an. Das äussere Setting (Klinik, Poliklinik, eigene Praxis) wurde nicht ersichtlich. Seine Behandlungen konnten bis zu 40 Sitzungen umfassen. Nebst der Lektüre der Seiten 11–20,

71–3, können die mit Buchstaben (a), (b) usw. (S. 143f.), Zahlen 1, 2 usw. (S. 376f., 402f.), (1), (2) usw. (S. 440f.) zur Lektüre empfohlen werden. Allerdings vermisst man dabei stichhaltige Katamnesen.

Das Buch von Mann [5] hat wenig Struktur und lässt insbesondere auch jegliche katamnestic Diskussion vermissen.

Bei Bellak und Small [6] kann der Abschnitt bezüglich der Wahl der therapeutischen Intervention (S. 113–56) sehr zur Lektüre empfohlen werden. Sie haben in anerkennenswerter Weise genaue Indikationen zum Einsatz von Psychopharmaka sowie Vorsichtsmassnahmen bei ihrer Anwendung im Rahmen psychotherapeutischer Kurztherapien angegeben und auch erwähnt, dass gelegentliche kürzere Nachbehandlungen bei gewissen Patienten durchzuführen waren.

Ähnlich wie Malan, Bellak und Small und vermutlich auch Davenloo hat sich der Schreibende wie in der Körpermedizin am Stellenwert des Symptomrückgangs orientiert. Es hat sich herausgestellt, dass seine

Eigene Methode

gewisse Elemente sowohl der zitierten als auch anderer Kollegen enthält, die tiefenpsychologisch orientierte Formen der Kurzzeittherapie entwickelt haben.

Indikationen

Aufgrund unserer eigenen und in Übereinstimmung mit den in der Literatur beschriebenen Erfahrungen eignet sich die in der Folge zu beschreibende Methode zur Behandlung von psychoreaktiven Arbeits- und Entwicklungsstörungen, Angst-, Schlaf- und Libidostörungen, Depressionen, Zwangserkrankungen und Störungen der Selbstbehauptung.

Ausnahmen bilden Psychosen, inklusive schweren Borderlineformen, nicht-reaktive Formen der Depression, alle floriden Suchterkrankungen, Psychosomatosen und Patienten mit akuter Suizidalität.

Das Vorgehen

gliedert sich (a) in eine *Initialphase*, (b) eine *Phase der Problemaufarbeitung* und (c) eine *Endphase*.

Allgemeine Richtlinien

Das äussere Setting hat sich nach den Möglichkeiten des Therapeuten gerichtet. Im allgemeinen wurden ohne äussere Indikationen (wie Berufs- oder Wohnortwechsel, Kassenrestriktionen u.a.) im voraus keine Stundenzahlen festgelegt. Die Therapie soll so lange dauern, bis sie der Patient nicht mehr benötigt (siehe weiter unten).

a) Die Initialphase

Die 1. Konsultation

Malan ([2], S. 210) beschreibt anschaulich und übersichtlich nach welchen begrifflichen Richtlinien sich *das Denken des Therapeuten* während der ersten Konsultation mit einem neuen Patienten zu orientieren hat. Handelt es sich um Verhaltens-, Erlebens- und Reaktionsweisen, die unverschieblich sind, sich in Situationen melden, in denen sie nutzlos, nachteilig oder unangemessen sind?

Auf schweizerische Verhältnisse zugeschnitten präsentieren sich im Detail:

a) *Persönliche Daten*

Name – Adresse – Telefon, (E-Mail) – Zivilstand – Geburtsdatum – Beruf (auch des Ehepartners) – Arbeitgeber – Militärdienst – Zuweisung durch – Krankenkasse.

b) *Das Störbild* (detailliert notieren):

«Was führt Sie zu mir?»

In der privaten Praxis ist zu erwarten, dass die Antwort auf diese Frage nebst dem Störbild von noch anderen Erwartungen, Ängsten und Motivationen eines Patienten sowie von seinen Eigenarten und Fähigkeiten zu beurteilen sein wird.

c) *Weitere Störfaktoren*, inklusive auslösende Ereignisse oder Situationen (genau notieren)

d) *Biographische und Körperanamnese*, (inklusive frühere Behandlungen, Hospitalisierungen und *Selbsthilfestrategien*)

e) *Schwellensituationen*

- 1.) Kindergarten
- 2.) Schulzeit – Lehre – Militärdienst
- 3.) erste Beziehungen zum anderen Geschlecht
- 4.) Partnerwahl und Bindungsverhalten
- 5.) Gegenwärtige Besitzverhältnisse (faktuell)
- 6.) Freizeitgestaltung

f) *Familienanamnese* unter tiefenpsychologischen Gesichtspunkten, eventuell er-

Korrespondenz:

Adam Zweig

Zelgmatt 36

CH-8132 Egg/ZH

e-mail: adam.zweig@bluewin.ch

gänzt durch (bewilligte) Zusatzinformationen von nächsten Bezugspersonen.

- g) *Negative Kritik mit Übertragungscharakter* in der Initialphase («Das Bild dort stört mich»; «Die Pflanze könnte auch mal wieder Wasser gebrauchen», «Sie machen heute ein so finsternes Gesicht» usw.). Diese, wie auch Zeichen der *Angst*, sind *sofort* anzugehen, zum Beispiel mit: «Was für Gefühle löst das in Ihnen aus?», «Ist Ihnen das bei anderen Ärzten auch schon so ergangen?» oder ähnliches.

Die 2. Konsultation

Die Testbatterie

Obschon ein wenig aus der Mode gekommen haben sich mir die folgenden Untersuchungsmethoden als äusserst nützlich erwiesen:

- a) der Zulliger-3-Tafel-Test (Z-Test),
- b) das Sätze-Vervollständigen (gemäss Beiblatt),
- c) der Baumtest,
- d) der TAT ([Thematic Apperception Test] nach Murray).

Dieser ist neuerdings von Zöllner [7] anhand vieler charakteristischer Beispiele beschrieben worden.

Bei stark gehemmten und depressiven Patienten ist zunächst nur 2. und 4. (3. eventuell später) durchzuführen.

- a) *Der Zulliger-3-Tafel-Test* (qualitative Anwendung)

Für den niedergelassenen Psychiater genügt es im allgemeinen, die Tafeln des Z-Tests nacheinander vorzulegen und die Patientenreaktionen zu protokollieren.

Zu beachten sind insbesondere:

- i) *Schockreaktionen*

Schockreaktionen sind im allgemeinen averbal (meist mimisch) oder vokal (Ah!, Huh!, Interessant!).

Sie signalisieren das Vorliegen einer neurotischen oder (latent) psychotischen Persönlichkeitsstruktur.

- ii) *Reine Helldunkel-* zusammen mit *reinen Farb-* beziehungsweise *Rotreaktionen* im gleichen Protokoll signalisieren *Suizidgefahr*. Hier ist es statthaft, den Patienten, nach der III. Tafel, zu fragen, ob er auch schon *schwarze Gedanken* gehabt habe. Wenn er mit der Gegenfrage reagiert, wer die nicht schon einmal hatte, darf man deutlicher werden und nach *ganz* oder *sehr* schwarzen Gedanken fragen, was dann in gut 80% aller Fälle bejahend beantwortet werden wird. Dazu gehört auch ein peinliches oder erschrockenes Schweigen.

Man kann mit der Exploration beziehungsweise der Testserie fortfahren, sollte aber *vor Ende der Konsultation* die Suizidthematik mit dem Patienten behutsam zur Sprache bringen.

Selbstredend kann der Therapeut mit Hilfe des tiefenpsychologischen Symbolschlüssels Zusatzinformationen über die Beschaffenheit des Unbewussten des Patienten und seiner Konflikte gewinnen.

- iii) *Mehr als zwei Augendeutungen* pro Protokoll signalisieren das mögliche Vorliegen einer latenten *paranoiden Struktur*. Daher

ist hier *Vorsicht* geboten und von *aufdeckenden Interventionen Abstand* zu nehmen.

Beispiele

- ii) *Reine Helldunkelreaktionen* (HD-Reaktionen)

Irgendwie bedrückend, Gewitterwolken, Unheimlich, das macht mir Angst, der Tod, Ein Gespenst oder ähnliches. Das *Schwarze* könnte ein(e) Tintenklecks, Öllache, Schattenspiel, Scherenschnitt usw. sein.

(Zu beachten ist, dass *ohne* «Das Schwarze» *keine* reine HD-Reaktion vorliegt.)

- iii) *Reine Farbreaktionen*

zu Tafel II – Schön diese Farben! – Das Rote stört – Etwas vom Körper – Wie Nachgeburt – Wie beim Metzger.

- iii) *Reine Rotreaktion*

zu Tafel III – rote Kleckse – Blut – Feuer – Glut.

- iv) *Sexualantworten* sprechen stets für sich.

Die ausführliche Auswertung des Zulliger-3-Tafel-Tests kann sehr wertvolle Hinweise bezüglich der Persönlichkeitsstruktur des Patienten liefern. Daher lässt man sie am besten von einem/r Testpsychologen/-in vornehmen und bespricht die Resultate mit dem Patienten, sofern er/sie dies wünscht.

- b) *Sätze-Vervollständigen* (gemäss Beiblatt)

Die aufgelisteten *Denk- und Kommentierungsanstösse* wurden so verteilt, dass sie von der Reihenfolge her nicht kanalisierend wirken können, sondern ein breit gefächertes Themenspektrum aus Alltags- und Privatleben anbieten, das hilft ein Bild von der Persönlichkeit des Patienten und seiner Problemstruktur zu entwerfen.

Zu den wichtigsten Problemindikatoren gehören Durchstreichungen, Verbesserungen, Ergänzungen, innere Widersprüche und allfällige Rückfragen des Patienten bei der Besprechung der Ergebnisse.

Die *stärksten* sind die *Nullreaktionen*. Auf diese empfiehlt es sich, am Schluss in Form von Rückfragen seitens des Therapeuten zu sprechen zu kommen:

«Was hat Ihnen hier Mühe gemacht?»

Statthaft und (gelegentlich) aufschlussreich ist es, den Patienten in der Sprechstunde zur Vervollständigung zu animieren: «Versuchen wir es jetzt hier», und ihm dabei den entsprechenden Satzanfang langsam und möglichst neutral vorzulesen.

- c) *Der Baumtest* (Koch [8], Zöllner [7])

Der Baumtest geht schnell und ist für jedermann anwendbar. Er kann wertvolle *biographische, anamnestiche oder diagnostische* Hinweise liefern. – Benötigt wird ein weisses Blatt Papier und mindestens 6 Farbstifte.

Mit den Worten: «Bitte zeichnen Sie einen *Früchtebaum im Sommer*» fordert man den Patienten zum Handeln auf. Bei sehr mageren oder überbordenden Ergebnissen kann man noch einen *Winterbaum* zeichnen lassen.

Diagnostisch zu beachten sind der Gesamteindruck, Farbaspekte, Gestalt, Beschaffenheit und Längenmasse von Krone, Stamm, Wurzelstock und Bodenlinie und wie sie nach

den Massgaben der Raumsymbolik (oben, unten, rechts, links) im Blatt positioniert wurden.

Die *Krone* (Kopfsymbolik) ist nach Breite und Höhe in Millimetern auszumessen. Sie soll etwa doppelt so breit sein wie die durchschnittliche Stammstärke.

Die *Hauptäste* können Geschwister oder Kinder des Patienten darstellen. – Zu *abgebrochenen Ästen, herabfallenden Blättern* oder Früchten sind Kommentare des Patienten einzuholen.

Am *Stamm* (Symbol des Körpers) ist auf die Postur, Verletzungen der Rinde oder abgebrochene Äste zu achten. Ihre Höhe ab Bodenlinie oder im Verhältnis zur Gesamtlänge des Baumes (in Millimetern) vom Scheitel der Krone bis hinab zur tiefsten Wurzel (= 100% = Alter des Patienten) gibt Hinweise über das Alter, in welchem der Patient ein *Trauma* erlitten oder eine schwere *Krankheit* durchgemacht hat, die in der Anamnese eventuell vergessen wurden.

Bodenlinie und *Wurzelstock* symbolisieren die Art, wie der Zeichner im Leben steht.

Wurzelstock (hier Horizontalausdehnung/Krone und Tiefe/Gesamtlänge [= Alter des Probanden = 100%] vom Scheitel der Krone bis zur Basis des Wurzelstocks notieren). – Letzterer deutet zusammen mit der *Bodenlinie* an, wie der Proband in der Welt steht und wie sein Unbewusstes beschaffen sein könnte.

- d) *Der Thematic Apperception Test (TAT)* nach Murray

Die TAT-Tafeln dienen der Anregung von *Materialproduktion* bei Patienten, die damit ein Problem haben. Mit Hilfe des tiefenpsychologischen Symbolschlüssels können Zusatzinformationen über die Beschaffenheit seines Unbewussten und seiner Konflikte gewonnen werden.

Man reicht dem Patienten bis zu 10 Tafeln einer Serie BM (Boys, Males) beziehungsweise GF (Girls, Females), die man situationsorientiert auswählen kann. Der Patient wird zu jeder Tafel aufgefordert, eine Geschichte zu erfinden, deren Anfang vor der im Bilde dargestellten Szene beginnt und nach ihr endet.

Es liegt im Ermessen des Therapeuten, eine Geschichte unmittelbar zu kommentieren und/oder mit dem Patienten zu diskutieren oder auch fortsetzen zu lassen, und im übrigen kann der Test fraktioniert appliziert und jederzeit beendet werden, wenn sein Zweck erfüllt ist.

Die 3. Konsultation

- a) Besprechung der Testresultate
- b) Herausarbeitung der Therapieziele (schriftlich festhalten)
- c) Entwurf eines Therapieplans
 - Stundenfrequenz (Wochentag, Uhrzeit usw.) festlegen.
 - Das Prozedere bezüglich nicht realisierter Konsultationen und deren Abgeltung festlegen.
 - Den Gebrauch der Couch (auf Wunsch des Patienten) abklären.

b) Aufarbeitungsphase

(a₁) *Vorgehen*: vom Aktuellen her beginnend, zum Beispiel mit: «Wie ist es Ihnen inzwischen ergangen?» Anschließend,

(a₂) *Vorgehen* nach Freud mit schwebender Aufmerksamkeit fortfahren, das Hier und Jetzt mit dem Dort und Damals zuhörend verknüpfen, wobei man sich mögliche Bezüge zum Störbild merkt, ohne bis zu ersten Übertragungsreaktionen darauf einzugehen. Auch Traum- und andere symbolorientierte Deutungen bezüglich ihrer Beziehungen zum Störbild erst nach ersten positiven Übertragungsreaktionen behutsam anbringen.

(b) *Problemaktualisierung* durch reales Erleben von Bedeutungsveränderungen im therapeutischen Prozess und aktive Hilfe beziehungsweise Unterstützung des Patienten, die anstehenden Probleme selber zu bewältigen, unter Anknüpfung an seine Möglichkeiten und Verstärkung seiner vorhandenen Ressourcen.

(c) *Eingehen* (wo möglich) auf Kritik am Setting (Gegenlicht, unbequemer Stuhl, telephonische Unterbrechungen, Lärm aus der Umgebung, Notizenmachen des Therapeuten usw.).

(d) *Negative Kritik mit Übertragungscharakter* in der Aufarbeitungsphase:

- «Ich habe den Eindruck, dass Sie mit dem Gang der Therapie nicht ganz glücklich sind», oder
- «Hat Sie das heute auf dem Weg hierher beschäftigt?»

Wenn der Patient nicht darauf eingehen will, weiterfahren etwa mit:

- «Vielleicht täusche ich mich, aber kann es sein, dass sich Ihre Einstellung zur Therapie geändert hat?»

Falls ein Patient nicht beginnen kann:

- «Was hat Sie in der Zwischenzeit beschäftigt?»
- «Ich habe mir Gedanken darüber gemacht, was Sie mir in der letzten Sprechstunde beschrieben haben, können Sie mir das etwas genauer schildern?»

(e) *Patientenfragen*

Patientenfragen sind stets als Indikatoren für die therapeutische Situation zu bewerten und entsprechend ist damit umzugehen.

(e₁) *Zu Beginn der Therapie* – «Das muss warten; zunächst müssen wir uns auf Ihr Problem konzentrieren».

(e₂) *Im Verlauf der Therapie*, bei guter (nicht zu intensiver) Übertragung und allgemeinem Charakter der Frage (Ferien, Erholung nach Unpässlichkeit, Witterungsproblemen) auf neutrale Weise darauf einzugehen.

Zum Beispiel auf die Frage: «Was halten Sie von mir, Herr Doktor?» zu sagen: «Aus welchem Gefühl heraus ist diese Frage wohl entstanden?»

Als dann eine kurze Charakterisierung des Patienten zum Beispiel auf der Basis der Jungschen Typenlehre geben (extravertiert, introvertiert, Mischtyp, Denktyp, Fühltyp, Empfindungstyp, intuitiver Typ)

mit Schwergewicht auf seinen Fähigkeiten und seinem Problem.

(e₃) *Politische* Fragen gehören *nie* in die Therapie. Falls ein Patient insistiert – «Schauen Sie, wir kommen hier nicht zusammen, um zu politisieren, sondern um Ihnen bei einer Problembewältigung zu helfen».

Wenn der Patient weiter insistiert, zeugt dies von einem echten Widerstand oder von einer ersten Übertragungsproblematik, deren Klärung keinen Aufschub erlaubt, etwa wie folgt:

«Wenn Sie sich eine mittelschwere Verletzung zugezogen hätten, würden Sie sich dann für die politischen Ansichten des behandelnden Arztes auch so nachhaltig interessieren?»

(f) Bei *langen Schweigepausen*, welche beim *Therapeuten* Gefühle der Ermüdung, Ungeduld, Langeweile oder des Überdresses auslösen – Konsultation mit den Worten beenden:

«Ja, wenn nichts mehr von Bedeutung kommen will, können wir für heute schliessen.

Wir sehen uns wieder am ...»

c) Endphase

Die Endphase lässt sich gut mit einer *Standortbestimmung* einleiten:

- a) Wenn es dem Patienten während 4 Wochen ununterbrochen gutgegangen ist.
- «Ich glaube, wir können einmal prüfen, was wir erreicht haben.»
 - «Könnten Sie mit dem jetzigen Zustand gut leben?»

Falls alles positiv – *Probeunterbruch* von 2 bis 3 Monaten mit der Aufforderung vorschlagen, dass der Patient nach 6–7 Wochen telefonisch berichtet, wie es ihm ergangen ist. Wenn er sich nicht mehr meldet, die Therapie als beendet auffassen, mit der Option, dass er sich jederzeit wieder melden kann.

b) Wenn er sich wieder meldet, abklären, ob er die Therapie fortsetzen möchte und was noch zu erarbeiten sei.

c) Wenn eine Therapie 8–10 Wochen *«an Ort getreten»* ist beziehungsweise wenn Situation f) (s. oben) dreimal hintereinander aufgetreten ist, die Konsultation mit den Worten eröffnen:

«Es scheint mir an der Zeit, zu prüfen, was wir bis jetzt erreicht haben und was Sie noch erreichen wollen?»

Wenn der Patient schweigt oder hierauf nicht eingehen möchte, fragen:

«Haben Sie, wenn doch so lange nichts neues mehr kommen möchte, das Gefühl, mit dem erreichten Zustand leben zu können?»

Reagiert der Patient mit: «Eigentlich noch nicht?» kann man sagen:

«Ja gut, dann machen wir noch eine Zeitlang weiter».

Sagt der Patient: «Vielleicht» oder «Ich könnte es versuchen» oder ähnliches, *Probeunterbruch* von 6 bis 8 Wochen vorschlagen, dann Bericht, wie es gegangen sei, und nach Stand der Dinge weiter zuwarten oder Therapie für etwa 2–3 Mo-

nate weiterführen; danach erneute Standortbestimmung vornehmen.

d) *Behandlungsbeendigung aus Indikation des Therapeuten*

Wenn die Therapie während 3–4 Monaten «an Ort getreten» ist und die Standortbestimmung wie unter (a) wegen Patientenfaktoren nicht machbar ist für 8–9 Konsultationen

d₁) zu *Verhaltensdeutungen* übergehen. Wenn dies nicht zum Ziel führt, als *Ultima ratio*

d₂) die Therapie für ein ½ Jahr mit der Option unterbrechen, dass sich der Patient, falls er es wünscht, wieder melden kann. Gegenüber der Krankenkasse empfiehlt es sich, die Therapie für beendet zu erklären.

Besserungskriterien

(4 Stufen nach Malan [1], S. 50)

3 Evidenz für substantielle Auflösung des Störbildes beziehungsweise Leitsymptoms:

Vom Störbild war während 6–8 Wochen nicht mehr die Rede und es hat für den Patienten keine Rolle mehr gespielt.

2 Evidenz für begrenzte Auflösung des Störbildes beziehungsweise Leitsymptoms, zum Beispiel wenn es nur noch nach Rückfrage durch den Therapeuten erwähnt wurde.

1_a Substantielle Symptomerleichterung ohne Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen.

1_b Brauchbare, aber falsche Lösungen des Problems. Solche sind auf ihre Praktikabilität zu prüfen, zum Beispiel *Ausweichverhalten* wie Wechsel von Umweltparametern (Domizil, Arbeitsplatz, Beruf), Aufnahme einer neuen Freizeitbeschäftigung und anderes.

0 Keine oder andere Besserung als des Status quo ante, zum Beispiel durch *Symptomverschiebung*.

An Heilung grenzende Besserungskriterien

Dem Begriff der *«Flucht in die Gesundheit»* kann der Schreibende keinen Sinn abgewinnen. Hingegen konnte er, wie manch anderer Kollege, Kartengrüsse aus Ferien oder Militärdienst, Dankesbriefe, Verlobungs-, Heirats- und Geburtsanzeigen oder Einladungen zu Bilderausstellungen und dergleichen von ehemaligen Patienten als an Heilung grenzende Besserungskriterien verzeichnen.

Aufgrund der Erfahrungen des Schreibenden und den Ergebnissen der zitierten Autoren erkennt der Leser unschwer, dass die erzielten Enderfolge der (früher noch verpönten) Symptomheilung innert Wochen bis Monaten erzielt wurden.

Schliesslich ist der eingeschlagene Weg, wegen der immer noch steigenden Nachfrage nach wirksamen Psychotherapien, mit keinen Einbussen am Einkommen eines Therapeuten verbunden. Seine Arbeit gestaltet sich abwechslungsreicher und führt innert einer kürzeren Zeit zu einem grösseren Zuwachs an Erfahrung, Erfolg und Menschenkenntnis.

Literatur

- 1 Malan DHA. Study of Brief Psychotherapy. London: Tavistock; 1963.
- 2 Malan DHA. Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics. London: Butterworth; 1979.
- 3 Senf W, Broda M. Praxis der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme; 2000.
- 4 Davenloo H. Der Schlüssel zum Unbewussten. München: Pfeiffer; 1995.
- 5 Mann J. Psychotherapie in 12 Stunden. Olten: Walter; 1978.
- 6 Bellak L, Small, L. Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 1972.
- 7 Zöllner H. Die Baumzeichnung als Spiegel der leidenden Seele. Würzburg: Königshausen & Neumann; 2004.
- 8 Koch K. Der Baumtest. Bern: Huber; 1976.

Potentialités psychothérapeutiques et psychose: un exemple clinique¹

■ J.-M. Lacroix

Genève

Summary

According to an integrated psychiatric-psychotherapeutic treatment model, the therapeutic setting should develop the possibility of psychotherapeutic dimension for psychotic troubles. The psychoanalysis model can be used even as definition of a noninterpretative attitude. This approach is illustrated here.

Introduction

À l'origine aujourd'hui d'un foisonnement de recherches en neurosciences allant de la génétique moléculaire [1], au modèle de schizencéphalie [2], ou partant du côté des neurosciences cognitives (disconnection hypothesis [3]), le domaine de la psychose ne cesse de façon aiguë, d'interroger le clinicien dans sa pratique psychiatrique quotidienne.

Mais à proportion de la richesse de ce contexte de recherches, il y a la simplicité (seulement apparente bien sûr) de l'entretien en face à face avec un patient, et qui constitue une expérience fondamentale et au demeurant sans équivalent. C'est ce point que nous allons développer nous appuyant, entre autre, sur un ouvrage récemment paru sous le titre de «Schizophrénies, dialogues, entretiens psychanalytiques et psychiatriques», écrit en collaboration entre chercheur et cliniciens [4].

Quelques éléments d'une longue histoire

M. K. est né en 1977 en Amérique du Sud, où il est abandonné à la naissance. Après une première période de vie en orphelinat sur laquelle aucun détail n'est connu, le patient est adopté à l'âge de deux ans par un couple de nationalité suisse sans enfants. Le patient se dit indifférent à cette période de son histoire, quoiqu'il se souvienne qu'à l'adolescence un questionnement intense mais fugace a pu surgir à ce sujet, sans suites concrètes en terme de recherche sur place par exemple. Précisons néanmoins qu'avec l'adoption le patient a changé d'identité civile (patronyme mais également prénom) et qu'il préfère dit-il son prénom d'origine, qu'il juge plus original.

Aussi loin qu'il puisse remonter, c'est un sentiment de différence d'avec les autres qu'il énonce, se manifestant dans l'enfance sans angoisse particulière mais avec une tendance au repli, doublé d'une recherche d'adaptation permanente qui le conduit à toujours «en faire trop» et du coup à être l'objet de rejets répétés. En conséquence il reste seul, animé de rêveries sans fin mais également sans plaisir.

L'effacement et la suggestibilité se compliquent après la puberté de doutes mortifères, avec des pensées morbides évoquant une thématique d'anéantissement (et lorsque le patient dit: «je ne sens plus mon être, je n'existe pas», il est difficile de faire la part entre un registre psychotique, un écho mélancolique ou un questionnement normal de son histoire). Il reste isolé mais de plus en plus avec angoisse, et quand il peut suivre d'autres adolescents en groupe, il ne trouve pas d'ami véritable, du reste, il est ressenti par les autres comme «trop mur». Notons qu'il débute alors une consommation de cannabis qui restera modérée mais régulière, plutôt solitaire à valeur calmante.

Néanmoins le parcours scolaire se poursuit de façon moyenne, le patient débute une école d'ingénieur qu'il interrompt en raison selon lui de l'absence de motivation personnelle (pas de notion de fléchissement), il s'agissait en effet d'un choix contrarié. Il se dirige alors vers un apprentissage de dessinateur technique qu'il termine, mais à nouveau il s'agit d'un choix en quelque sorte par exclusion, seule la dimension de dessin au sens créatif est reconnue comme un intérêt potentiel.

En septembre 1999, soit 6 mois environ avant la première consultation le patient quitte la maison familiale et s'installe avec un colocataire, au moment où il débute son premier emploi comme dessinateur technique. À la suite d'une progressive démotivation, il décrit l'apparition subite, brutale même (en quelques jours), de ce qu'il nomme une «euphorie de cauchemar» marquée par un concernement, un sentiment de lucidité absolue sur les «intentions du monde externe» (animé et inanimé). L'ensemble de son vécu évoque une expérience inaugurale de centralité [5]. Quasiment dans le même temps (mais la notion de chronologie est alors peu fiable, le sentiment de la temporalité même est affaibli, perd sa continuité et sa teneur), il reconnaît l'accentuation marquée d'un désintérêt dont il avait repéré l'apparition plus progressive depuis quelques mois.

Finalement, c'est un mélange insoutenable de sur-stimulation («je percevais les intentions de tout») et de perte massive («j'ai pensé avoir tout compris et tout perdu») qui conduira le patient à être envahi par une idéation

Correspondance:

Dr Jean-Mathieu Lacroix
Chef de clinique adjoint
Consultation secteur 4
67, rue de Lausanne
CH-1201 Genève
e-mail:

lacroix-jean-mathieu@diogenes.hcuge.ch

1 La responsabilité rédactionnelle pour la sélection des travaux d'examens publiés incombe à la Commission d'examen de la SSPP.