

Schriftliche Arbeit zum zweiten Teil
der Facharztprüfung FMH Psychiatrie und Psychotherapie

Herr C. und seine 9 Milliarden Kinder

Ein Fallbericht zu Wahndynamik, Behandlungsversuch und Krankheitsgewinn eines Mannes
mit wahnhafter Störung

November 2024

Dr. med. Nils Kallen
Rütlistrasse 2, 3014 Bern

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	2
1.1 Ausgangslage.....	2
2. Der Patient	5
2.1 Behandlungsanlass und Erstkontakt	5
2.2 Ergänzende anamnestische Angaben	6
2.2.1 Kindheit in Polen und Immigration in die Schweiz	6
2.2.2 Partnerschaft, Heirat und Ehe	7
2.2.3 Trennung, Scheidung und Abwendung	7
2.3 Psychopathologischer Befund nach AMDP bei Erstkontakt	8
3. Methoden	9
3.1 Diagnostische Methoden und Diagnose nach ICD-10.....	9
3.2 Therapeutische Methoden	10
3.2.1 Psychotherapie	10
3.2.2 Pharmakotherapie	11
4. Ergebnisse.....	11
4.1 Behandlungsverlauf.....	11
4.1.1 Phase I: Dynamik im Rahmen der «Krisenintervention»	11
4.1.2 Phase II: gerichtliche Auflage und Beziehung im vorgegebenen Setting	12
4.1.3 Phase III Weiterführen der Behandlung nach Ende der Auflage	13
4.2 Erreichte Veränderungen	14
5. Diskussion.....	14
5.1 Funktionales Problemverständnis	14
5.2 Reflexion und kritische Auseinandersetzung:.....	15
5.3 Diskussion der Ergebnisse und Hypothesen	17
6. Schlussfolgerungen.....	18

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

Die nachfolgende Arbeit beschäftigt sich mit dem Krankheitsverlauf eines Mannes mit zunächst akuter und sich zunehmend chronifizierender wahnhafter Störung, die sich reaktiv nach Scheidung und Arbeitsplatzverlust entwickelt hat. Die Diagnose eines isolierten Wahns ausserhalb einer schizophrenen oder affektiven Psychose ist herausfordernd. Ebenso schwierig ist auch die Therapie, da Krankheitsgefühl und -einsicht fehlen und somit nur begrenzt mit der intrinsischen Motivation zur Veränderung gearbeitet werden kann.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

In dieser Arbeit möchte ich anhand des Fallbeispiels die Funktion des Symptoms Wahn als Abwehrmechanismus respektive «Lösung» eines psychisch unaushaltbaren Stresszustandes untersuchen. Ich möchte mich damit befassen welche innerpsychischen und therapeutischen Faktoren zu einer Chronifizierung beigetragen haben. Ein weiteres Augenmerk liegt dabei auch auf der bei Psychosen prinzipiell herausfordernden Beziehungsdynamik zwischen Patient und Therapeut.

1.3 Theoretischer Hintergrund der Störung

1.3.1 Das Symptom Wahn

Wahn beschreibt eine Ich-syntone, unkorrigierbare Fehlwahrnehmung oder Fehlbeurteilung der Realität, an der auch angesichts gegenteiliger Beweise mit absoluter subjektiver Gewissheit festgehalten wird. Der Wahn ist eines der auffälligsten und beeindruckendsten Symptome in der Psychiatrie und wird in verschiedenen Medien wie Filmen, Serien und Romanen häufig thematisiert. Wahn ist ein Symptom und kann im Rahmen verschiedener Syndrome und Störungen auftreten, beispielsweise bei schizophrenen und affektiven Psychosen, bei organischen psychischen Störungen sowie bei Persönlichkeitsstörungen. Alleiniger Wahn ist auch Leitsymptom der isolierten wahnhaften Störung [1].

Karl Jaspers definierte 1973 drei Wahnkriterien: subjektive Gewissheit, Unkorrigierbarkeit durch Erfahrungen oder zwingende logische Argumente und die Unmöglichkeit des Inhalts. Jaspers unterscheidet “wahnhafte Ideen”, die aus Affekten und Erlebnissen abgeleitet werden können, von “echten Wahnideen”, die unbegreiflich sind [2]. Intrapsychisch schafft Wahn Orientierung und Kohärenz in einer als unkontrollierbar, unberechenbar und gefährlich wahrgenommenen Welt [8, 9].

Die neurobiologische Grundlage des Wahns ist ein gestörtes Salienzerleben [3, 4]. Dabei handelt es sich um eine unangemessene Wahrnehmung der Bedeutsamkeit von wahrgenommenen Reizen, die man mit veränderter Aktivität dopaminerger Neurone im mesolimbischen System, insbesondere im Striatum assoziieren kann [5, 6]. Antipsychotika

reduzieren über eine Antagonisierung der Dopaminrezeptoren dieses gestörte Salienzerleben und vermindern somit Wahnsymptome [7].

1.3.2 Wahnhafte Störung und Schizophrenie

In der ICD-10 wird die wahnhafte Störung als “Störung, bei welcher ein langandauernder Wahn das einzige oder das am meisten ins Auge fallende klinische Charakteristikum ist” definiert [1]. Die Wahninhalte sind nicht kulturell unangemessen, bizarr oder völlig unrealistisch wie es bei der Schizophrenie häufig der Fall ist. Halluzinationen und Ich-Störungen treten, wenn überhaupt vorhanden, nur vorübergehend auf und stehen nicht im Vordergrund. Auch andere für Schizophrenie typische Symptome wie kognitive Einschränkungen oder Negativsymptome oder begleitende affektive Symptome wie Manie oder Depression treten nicht auf. Der Wahn bleibt in Form und Inhalt über die Zeit stabil. Bei der Schizophrenie treten zusätzlich typische Wahnphänomene wie Wahnwahrnehmungen, körperbezogener Beeinflussungs- oder Kontrollwahn auf. Auch ein bizarrer und völlig unrealistischer Wahn ist ein Kardinalsymptom der Schizophrenie und reicht als alleiniges Kriterium aus. Die Prävalenz der wahnhaften Störung ist mit 24-30 Fälle pro 100'000 gering [10], wobei aufgrund fehlender Krankheitseinsicht und ansonsten häufig bestehender Alltagsfunktionalität eine hohe Dunkelziffer angenommen wird. Die Schizophrenie im Gegenzug ist etwas häufiger, es wird eine Prävalenz von ca. 0.5% -1% angenommen, was ca. 500 - 1000 Fällen pro 100'000 entspricht.[11] Die Erstmanifestation der wahnhaften Störung ist typischerweise zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr [12]. Die Schizophrenie tritt im Vergleich dazu früher auf, bei Männern typischerweise zwischen dem 20 und 28. Lebensjahr, bei Frauen in der Regel eher später [13, 14].

1.3.3 Psychodynamische Krankheitskonzepte des Wahns

In der psychodynamischen Krankheitslehre entstehen Symptome modellhaft durch das konflikthafte Zusammentreffen von einem Bedürfnis mit einer Versagung. Ob aus dieser Konfliktbewältigung eine Neurose oder eine Psychose entsteht, hängt davon ab, ob das Realitätsprinzip aufrechterhalten werden kann oder ob die Annahme der Realität verweigert wird und stattdessen eine neue innere und äussere Welt erschaffen wird [15]. Spätere Autoren ergänzten diesen Konflikt um Beschreibungen einer fehlenden Toleranz, Ambivalenzen auszuhalten. Es kommt letztlich zu einem «Zerreißen des Ichs» infolge untolerierbarer Ambivalenzen oder einer «Regression auf eine frühere Ichgrösse» [16]. In der nordamerikanischen Tradition werden die mangelnde Integration und Differenzierungsfähigkeit, die Übertragung und die nicht-menschliche Umwelt hervorgehoben, psychische Strukturen wie das Ich oder Über-Ich sind bei Psychotikern nur begrenzt ausdifferenziert [17]. Der Analytiker Stavros Mentzos beschreibt das Dilemma zwischen

Selbst- und Objektpol in der Psychodynamik der Psychosen, wobei dieses entweder durch den vollständigen Rückzug in Richtung Selbstbezogenheit oder eine pathologische Objektbezogenheit und Verschmelzung mit ihm gelöst wird [18].

1.4 Eigener Standort und Selbstverständnis als Therapeut

Mit der Überzeugung, dass in einem therapeutischen Gespräch nicht alles verbalisiert werden *kann*, vieles aber trotzdem über die nonverbale Kommunikation durch bedeutsame Pausen, Intonationen, Mimik oder auch das beobachtbare Verhalten seinen Weg «an die Oberfläche» findet, war die Wahl einer psychodynamisch-psychoanalytischen Therapieausbildung für mich ein fester Bestandteil bei der Ausrichtung meiner therapeutischen Laufbahn. Dennoch ist für mich ein schulenübergreifendes Denken und Problemverständnis zentral. So habe ich einerseits Kurse mit dialektisch-behavioralem Ansatz in Zürich und Berlin besucht und an der Akademie für Verhaltenstherapie in Tübingen Kurse und Supervisionen zu kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen bei Menschen mit Psychosen absolviert. Zu Beginn der im Folgenden geschilderten Behandlung befand ich mich selbst am Anfang meines therapeutischen Arbeitens. Im Rahmen meiner Arbeit primär auf Akutstationen bestand mein Erfahrungsschatz und Rüstzeug überwiegend aus dialektisch-behavioralen Kurzinterventionen, Beziehungsgestaltung und -aufbau und Fördern der Veränderungsmotivation.

Obwohl ich mich bereits in psychoanalytisch-psychodynamischer Weiterbildung am Psychoanalytischen Seminar in Zürich befand, fiel es mir schwer, die dort gelernten Therapieprinzipien auf das therapeutische Arbeiten mit niedrigstrukturierten Patienten im zeitlich begrenzten Setting des akutstationären Settings anzuwenden. Mit Beginn meiner ambulanten Arbeit ist die geschilderte, sich über 2 Jahre erstreckende Behandlung auch geprägt von meiner eigenen Lernkurve in der ambulanten, längerfristigen Behandlung von Patienten.

Abschliessend würde ich meine aktuellen Methoden als integrativen Ansatz mit psychoanalytisch-psychodynamischer Beziehungsgestaltung, ergänzt mit dialektisch-behavioralen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen beschreiben. Konkret ist die Beziehungsgestaltung dem Strukturniveau der Patienten angepasst; insbesondere in der Anfangsphase oder bei entsprechend strukturierten Patienten biete ich ein supportives Setting mit verhaltenstherapeutischen Interventionen aus DBT und KVT. Hier arbeite ich mit metakognitiven Ansätzen, Skills und Achtsamkeit. Sind meine Patienten höher strukturiert, halte ich mich mit konkreten Hilfestellungen zurück und fördere Mentalisierungsprozesse. Bei Patienten, die Schwierigkeiten mit dem Verbalisieren von emotionalen Zuständen und inneren Vorgängen haben, nutze ich rascher Deutungen und Gegenübertragungsdeutungen.

Letzteres bedingt auch die kontinuierliche Auseinandersetzung mit interpersonellen Prozessen sowie das Durcharbeiten eigener Anteile in Inter- und Supervision.

1.5 Therapeutisches Setting

In der ambulanten Krisenintervention des Zentrums für soziale Psychiatrie werden primär Patienten behandelt, die bei reaktiver Symptomatik rasch einen Termin benötigen, bei denen jedoch keine akuten Gefährdungsaspekte vorliegen, und die ausreichend steuerungsfähig sind, um nicht auf ein geschützt-geschlossenes Setting angewiesen zu sein. Gewöhnlich ist die Behandlung im ambulanten Kriseninterventionszentrum auf maximal 5 Termine beschränkt.

Die Selbstanmeldung von Herrn C. erfolgte als gerichtlich angeordnete Ersatzmassnahme im Dezember 2022 bei Anzeige wegen Drohung und wiederholter unerwünschter Kontaktaufnahme mit der Ex-Frau nach erfolgter Scheidung. Er hatte sich bis spätestens zum 16. Januar 2023 in unserem Ambulatorium zu melden und einen Termin zu vereinbaren. Er meldete sich bereits in der ersten Januarwoche und wurde in die ambulante Krisenintervention triagiert. Der Erstkontakt erfolgte am 11. Januar 2023. Ich erhielt eine Kopie des Gerichtsbeschlusses mit Auflage zur Kontaktaufnahme im Vorfeld der Behandlung. Nach Urteil im März 2023 folgte eine Behandlung auf gerichtliche Weisung nach Art. 44 Abs. 2 StGB in Zusammenarbeit mit den Bewährungs- und Vollzugsdiensten im Rahmen des Scheidungsprozesses, welche Behandlungsziele und Setting vorschrieben: übergeordnetes Behandlungsziel ist die Vermeidung neuer Straftaten, Konsultationsfrequenz mindestens 14-täglich. Da bereits im Januar klar wurde, dass dieser zeitlich begrenzte Rahmen für die Behandlung nicht ausreichen würde, übernahm ich den Fall über meine Anstellung im Zürcher Erstpsychosen Netzwerk (ZEN). Das ZEN ist eine Spezialsprechstunde für die Behandlung von Erstmanifestationen psychotischer Erkrankungen und begleitet Betroffene in den ersten 3 Jahren nach erster Episode und gewöhnlich Hospitalisation.

2. Der Patient

2.1 Behandlungsanlass und Erstkontakt

Der Erstkontakt erfolgte unter den zuvor umschriebenen Umständen eindeutig fremdmotiviert. Herr C. erschien mit einer Viertelstunde Verspätung. Das Gespräch wurde auf Deutsch begonnen, im Verlauf wechselte Herr C. laufend zwischen Deutsch und Englisch, wobei keine davon seine Muttersprache ist.

Er berichtete beim Erstgespräch zunächst von der Trennung von seiner Ex-Frau (welche er trotz Scheidung weiterhin als seine Ehefrau bezeichnete), haftete dabei stark an dieser Thematik sowie der subjektiv erfahrenen Ungerechtigkeit. Er erzählte zu diesem Thema

weitschweifig und umständlich, was eine gezielte Exploration erschwerte, und verfiel immer wieder in wütende Tiraden gegen «das Gericht» und «den Lover» seiner Ex-Frau. Er fühlte sich als Verbrecher dargestellt und nicht verstanden, obwohl seine Frau es sei, die ihn betrogen habe und er sich immer um die Beziehung bemüht habe. Überhaupt könne er seine Frau nicht verstehen. Sie habe ihn auch provoziert da sie sich nicht an die vereinbarten Wochenenden halte und kurzfristig mit dem gemeinsamen Sohn nach Mailand gereist sei. Deswegen habe er mit dem Sohn nicht wie geplant seine krebserkrankte Mutter in Polen besuchen können. Diese sei in palliativer Behandlung, was ihn zusätzlich belaste. Konkrete eigene Anliegen konnte Herr C. nicht formulieren, er habe sich wie ihm aufgetragen gemeldet. Er wünschte sich aber konkrete Hilfe, seinen Laptop und sein Mobiltelefon von der Polizei zurückzuerhalten, da diese während der Untersuchungshaft eingezogen worden seien. Eine Medikation wurde vom Patienten im Gespräch explizit abgelehnt, er benötige vielmehr Unterstützung in der Beziehung zu seiner Frau und beim Sorgerecht seines Sohnes.

Sowohl auf das subjektive Erleben zielende Validierungsversuche als auch weiteres Nachfragen zum Kontext führten zu einer starken emotionalen Überreaktion mit für mich schwer aushaltbarer Wut und Verzweiflung. Der Abschluss des Erstgesprächs gestaltete sich schwierig, Ich benötigte mehrere Anläufe um dem Patienten einen neuen Termin anzubieten und das Gespräch zu beenden. Herr C. hörte nicht auf zu erzählen und ich musste ihn schliesslich physisch bis zur Tür des Ambulatoriums begleiten.

2.2 Ergänzende anamnestische Angaben

Trotz einer insgesamt zwei Jahre dauernden Behandlung konnte ich die Geschichte von Herrn C. nur unvollständig rekonstruieren. Das lag erstens an seiner ungemein haftenden Erzählweise, in welcher er auch bei Strukturierung meinerseits sehr rasch und wiederholt auf seine Kernthemen zurückkam. Zweitens auch an einem Mangel fremdanamnestischer Informationen da die Ex-Frau einem Austausch nicht zugestimmt hat und der Patient mit einer Kontaktaufnahme mit anderen Stellen wie der ehemaligen Hausärztin nicht einverstanden war. Drittens lehnte Herr C. oft eine Antwort auch ab, da aus seiner Sicht seine Biographie für die Behandlung nicht relevant sei. Im Nachfolgenden versuche ich so gut es geht zwischen anamnestischen Berichten des Patienten und Interpretationen durch mich zu unterscheiden. Folgendes ist bekannt:

2.2.1 Kindheit in Polen und Immigration in die Schweiz

Herr C. wurde in den 80er Jahren in Polen als mittlerer von 3 Söhnen in eine traditionelle katholische Familie geboren. Die Familienverhältnisse beschreibt Herr C. als stabil, dem Vater und dem Katholizismus habe er einen starken moralischen Kompass zu verdanken. Die Mutter habe Augenprobleme gehabt und sei während seiner Kindheit zunehmend erblindet, so dass

er und seine Geschwister viel im Haushalt hätten übernehmen müssen. In der Schule habe er Gedichtanalysen und Aufsätze gehasst. Er habe nach Abschluss der Mittelschule an einer ingenieurwissenschaftlichen Fakultät Materialwissenschaften studiert. Nach Abschluss des Masterstudiums sei ihm ein Doktorat angeboten worden und er habe die Empfehlung seines Doktorvaters befolgt, bereits vor Beginn des Doktorats einen Auslandsaufenthalt zu absolvieren. Deshalb sei er 2006 für ein mehrmonatiges Praktikum in einem ETH-nahen Betrieb in die Schweiz gekommen. Am Ende dieses Praktikums sei ihm dann eine Festanstellung angeboten worden und er habe zugesagt in der Annahme, später immer noch sein Doktorat in Polen beginnen zu können.

2.2.2 Partnerschaft, Heirat und Ehe

In der Wohngemeinschaft, in welcher Herr C. während Praktikum und ersten Arbeitserfahrungen lebte, lernte er eine seine heutige Ex-Frau kennen. Diese sei 2008 aus Polen für Arbeit und Studium in die Schweiz gekommen. Nachdem sie ihr Studium abgebrochen habe und das Ablaufdatum ihres Visums kurz bevorstand, sei sie plötzlich schwanger geworden. Da für Herrn C. ein Schwangerschaftsabbruch nicht in Frage gekommen sei, hätten sie beschlossen im Sommer 2009 zu heiraten. Der Sohn E. sei im Herbst 2009 geboren worden. Für ihn sei in der neuen Rolle als Vater Verantwortung zentral gewesen. Er habe für seine Frau und den Sohn sorgen wollen. Die damalige Familiendynamik und Rollenaufteilung beschreibt er als sehr konservativ: er habe sich für die Arbeit und finanzielle Absicherung verantwortlich gefühlt, seine Frau sei für das «Zuhause», also die Betreuung des Sohnes und die Inneneinrichtung verantwortlich gewesen. Nach den langen Arbeitstagen in Basel habe er sich auf ihre emotionale Verfügbarkeit verlassen. Es habe zwar immer wieder Meinungsverschiedenheiten gegeben, zum Beispiel wenn seine Frau teuren Urlaub habe machen wollen, anstatt das Geld in Aktien und Immobilien zu investieren, oder auch den Wunsch der Frau, an Geburtstagen oder ähnlichen Anlässen mit Alkohol anzustossen. Solche Wünsche habe er nicht nachvollziehen können, da Alkohol gesundheitsschädlich, ohne längerfristigen Nutzen und folglich «unlogisch» sei. Aber er habe schliesslich entschieden, was mit «seinem» Geld geschieht und der Frau Alkohol oder Luxusferien nicht bezahlt.

2.2.3 Trennung, Scheidung und Abwendung

2018 habe er in der Region Zürich eine neue Arbeit gefunden. In derselben Zeit habe er sich vermehrt mit Essen und möglichen schädlichen Inhaltsstoffen beschäftigt. Er habe eine eigene Unverträglichkeit für hochprozessierte und hochehitze Lebensmittel als Grund für seine Abgeschlagenheit und Konzentrationsstörungen gefunden. Daher habe er begonnen, die Essensgewohnheiten der ganzen Familie aus Sorge um deren Gesundheit umzustellen. Er

habe sich unter anderem persönlich dafür eingesetzt, dass der Sohn in der Primarschule nur von zuhause mitgebrachte Lebensmittel habe essen können. Auch habe er das Einnässen seines Sohnes mit dem Konsum von Orangensaft in Zusammenhang gebracht und gegen den Willen der Mutter ein Verbot durchgesetzt. Vermehrt habe er das Essverhalten der Familie aus Sorge um die Gesundheit kontrolliert. Seine Aufgabe als Vater sei es schliesslich, die Gesundheit und Sicherheit der Familie zu schützen. Seine Frau sei bereits ca. 2018 einmal mit ihm in eine psychiatrische Praxis, dort habe er aber nur Schlafmedikamente verschrieben bekommen, die er nicht eingenommen habe. Er habe die Haltung seiner Frau nicht verstanden, schliesslich habe er sich ja stets und ausschliesslich für das finanzielle und gesundheitliche Wohlergehen der Familie eingesetzt. 2019 habe seine Frau dann ein Leben in zwei verschiedenen Wohnungen gewünscht. In den Akten ist für 2019 hingegen schon die gerichtliche Trennung beschrieben. Er habe damals eingewilligt, denn als Ehemann sei es seine Aufgabe, die Wünsche der Frau zu erfüllen. Seiner Ansicht nach seien sie weiterhin verheiratet gewesen. Sie hätten an den Wochenenden weiterhin Ausflüge gemacht und die Feiertage zusammen verbracht, er habe seinen Sohn E. weiterhin täglich gesehen und mit ihm z.B. Fussball gespielt. Am Silvesterabend 2020 habe er auf dem Mobiltelefon seiner Frau Chatverläufe mit ihrem Vorgesetzten und Liebhaber entdeckt und die Welt nicht mehr verstanden.

Es folgten ein vollständiger Kontaktabbruch von Seiten der Expartnerin sowie ein Rayonverbot, da Herr C. wiederholt und ungewünscht Kontakt mit seiner Expartnerin und dem Sohn aufnahm, diesen nach der Schule an der Tramhaltestelle abpasste und auch den als Nebenbuhler wahrgenommenen neuen Partner der Ex-Frau «zur Rede stellte». Da er wiederholt die ausgesprochenen Kontakt- und Annäherungsverbote missachtete und die Ex-Frau von der Tramhaltestelle bis zur Wohnungstür verfolgte, dabei auch versuchte die ehemals gemeinsame Wohnung zu betreten, wurde durch das Gericht im Dezember 2022 das Kontakt- und Rayonverbot verlängert und Herr C. erhielt die Auflage, sich innerhalb von 4 Wochen in psychiatrische Behandlung zu begeben.

2.3 Psychopathologischer Befund nach AMDP bei Erstkontakt

Herr C. war während des Untersuchungstermins wach, voll orientiert und in der Fremdbeobachtung bewusstseinsklar. Die Aufmerksamkeit war im Gespräch mittelgradig beeinträchtigt, der Patient schien von äusseren und inneren Reizen abgelenkt. Konzentrationsfähigkeit ungeprüft eingeschränkt (konkrete Prüfung bei umständlichem Gedankengang und inhaltlicher Einengung sowie eingeschränkter Kooperation des Patienten. erschwert). Der Patient präsentierte sich formalgedanklich umständlich und ausschweifend, danebenredend und teilweise unstrukturiert auf Fragen antwortend. Er war inhaltlich stark auf die Trennung sowie die Beziehung mit der Ex-Frau eingeengt. Ausgeprägte Eifersuchtsideen,

die während des Gesprächs nicht objektiv überprüfbar waren. Der Patient ist dabei aber auffallend unflexibel resp. nicht in der Lage, alternative Erklärungsmöglichkeiten in Betracht zu ziehen. Ebenfalls Beeinträchtigungsideen, die Ehefrau habe sich mit der Polizei und den Gerichten gegen ihn verschworen, um ihn zu demütigen und leiden zu lassen. Es fanden sich keine Anhaltspunkte für das gegenwärtige Vorliegen von Halluzinationen und solche wurden auf direkte Anfrage durch den Patienten verneint. Affektiv war der Patient starr, mittelgradig gereizt mit verminderter emotionaler Schwingungsfähigkeit sowie eingeschränkter Modulation von Mimik, Gestik und Sprache. Psychomotorisch war der Patient unruhig. Die Impulskontrolle und Steuerungsfähigkeit waren im Gespräch nicht beeinträchtigt. Aggressive Pläne oder Handlungsabsichten der Ex-Frau gegenüber wurden im Gespräch verneint, konkrete Hinweise auf Aggressivität oder fremdschädigendes Verhalten fanden sich keine. Selbstschädigendes Verhalten und akute Suizidalität wurde klar verneint.

3. Methoden

3.1 Diagnostische Methoden und Diagnose nach ICD-10

Die Diagnose einer wahnhaften Störung mit zunächst paranoider Ausgestaltung und zuletzt Grössen- und Weltrettungswahn (s. Behandlungsverlauf) wurde klinisch anhand der anamnestischen und psychopathologischen Befunderhebung gestellt. Beim Patienten bestand zu Behandlungsbeginn die Überzeugung, die Schwiegermutter und der neue Partner der Ex-Frau hätten seine Frau beeinflusst, sich von ihm zu trennen und sich in der Folge gemeinsam mit Ärzten, Justiz und Polizei verschworen. Diese Einschätzung der Realität war zwar falsch, aber in der Erlebniswelt des Patienten nachvollziehbar und die ihm nachteiligen Handlungen/Entscheidungen der Justiz real. Wenn auch überspitzt, vereinfacht und befremdlich, war seine Wahrnehmung nicht bizarr oder völlig realitätsfern. Zweifel konnten aber keine induziert werden und der Patient blieb von seiner Interpretation überzeugt. Andere psychotische Symptome wie Ich-Störungen, Fremdbeeinflussungserlebnisse oder Halluzinationen bestanden nicht. Auch bestand begleitend keine affektive Symptomatik oder Manie. Die beobachtete Agitation und das weitschweifige und unstrukturierte Erzählen traten jeweils als direkte Reaktion auf emotional belastenden Themen auf und dieser Zusammenhang sowie die affektive Lage blieb im Längsschnitt stabil. Im Verlauf rückte ein Grössenwahn, mithilfe einer von ihm entwickelten Methode extreme Wetterereignisse vorhersagen zu können, mehr in den Vordergrund. Dieser war auch mit der wahnhaften Einstellung verbunden, mit diesem Wissen der Menschheit helfen zu müssen respektive diese zu warnen. Auch wenn dieser Glaube bizarr schien, war er zu Beginn nicht völlig unrealistisch. Die von Herrn C. benutzte Mandelbrot-Menge hat die Eigenschaft, mit simplen Regeln sehr komplexe Strukturen zu modellieren und zu visualisieren [19, 20]. Diese Annahme war zunächst inhaltlich nicht im engeren Sinn unrealistisch oder bizarr, auch wenn Anwendbarkeit

und Validität sicher höchst unwahrscheinlich waren. Die fehlende Fähigkeit hingegen, diese Annahme und die eigene Wahrnehmung zu hinterfragen sowie die angenommene Verantwortung gegenüber der Menschheit waren definitiv als wahnhaft einzustufen, da hier die Kriterien Gewissheit, Unkorrigierbarkeit und Unmöglichkeit klar erfüllt waren. Bei stabiler wahnhafter Symptomatik über 6 Monate wurde die bei Erstkontakt gestellte Diagnose einer akuten wahnhaften Störung in eine anhaltende wahnhafte Störung geändert. Nachdem Herr C. begann, in den Fraktalbildern altägyptische Gottheiten zu sehen, oder zu glauben, dass die Pyramiden als Wettermaschinen dienten, sowie überzeugt war, war, den «Source Code» für das Universum entdeckt zu haben wurden die Wahnsymptome bizarr und unrealistisch, womit schlussendlich die Kriterien einer paranoiden Schizophrenie nach ICD 10 (F20.0) erfüllt waren. (vgl. Behandlungsverlauf, Phase III) Bei Epstein-Barr-Infekt 2016 sowie einseitiger Ernährung erfolgte eine ausführliche serologische Abklärung ohne Hinweise auf eine noch bestehende, chronische Infektion oder chronische Mangelzustände. Ein MRI konnte nicht durchgeführt werden, da der Patient die Aufgebote wiederholt ignorierte.

3.2 Therapeutische Methoden

3.2.1 Psychotherapie

In der psychoanalytischen und psychodynamischen Psychotherapie ist die Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung zentral für das Fallverständnis und in der Folge die Therapie. Auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Manuale betonen die Bedeutung des Beziehungsaufbaus in der Initialphase von KVT-orientierten Therapien [6, 21, 22]. Die Motivation und Kooperation der Patienten ist dabei aber Voraussetzung für den Erfolg der Intervention. Auch die verhaltenstherapeutische Operationalisierung und entsprechende Erkenntnisse der therapeutischen Beziehungsgestaltung basieren auf den Werken von ausgebildeten Analytikern [21]. In Anbetracht der Kernarbeit des psychoanalytischen Settings mit Fokus auf die entstehende Beziehungsdynamik zwischen Patient und Therapeut ist das nicht weiter verwunderlich. Spezifisch für den Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen schlägt Tuckett ein drei-Ebenen-Modell psychoanalytischer Kompetenz vor: erstens mit einer teilnehmenden Beobachtung, sprich Einstieg in die Beziehung; zweitens durch Konzeptualisierung der Prozesse und Dynamik zwischen Patient und Analytiker und drittens hilfreiche oder zumindest annehmbare Intervention zu formulieren [23]. Hierbei ist insbesondere die Fähigkeit des Analytikers, Beziehungsszenarien wahrzunehmen von zentraler Bedeutung für das Verstehen der therapeutischen Dynamik [24, 25]. Da Phänomene wie die projektive Identifizierung und eine Beziehungsgestaltung zwischen den extremen «Autismus» (im Sinne eines Rückzugs in eine eigene Welt) und «Verschmelzung» überwiegen [18], wird eine adaptierte therapeutische Haltung empfohlen: Aktiver im Gespräch, mit direkten

Hilfestellungen supportiv und transparenter was die eigene Person betrifft. Ziel ist, sich selbst als Objekt anzubieten, welches in der Beziehung eine (unbedrohliche) Differenzierung erlaubt und dem Patienten eine verinnerlichte psychische Struktur bietet [26, 27]. Die Reflexion der verbalen, nonverbalen und szenischen Information sowie der eigenen Gegenübertragung ermöglicht das korrekte Zuordnen der in der Therapie häufig auftretenden Gefühle Angst und Verwirrung. Für eine stabile therapeutische Beziehung mit einem psychotischen Patienten müssen Therapeuten entsprechend eine hohe Toleranz für eigene negative Gefühle wie Angst und Frustration aufweisen und sich nicht vom einfachen Ausweg des «Fallenlassens» der Patienten verführen lassen [28, 29].

3.2.2 Pharmakotherapie

Eine antipsychotische Medikation wurde von Herrn C. trotz wiederholten Insistierens und wechselnden Strategien und angepassten Argumenten stets abgelehnt. Zwei Mal konnte ich Herrn C. eine Packung Antipsychotika mitgeben, welche er dann zuhause aber nicht einnahm. Die Kriterien für eine Zwangseinweisung oder sogar Medikation ohne Zustimmung waren nicht gegeben (vgl. auch 5.2 Reflexion und kritische Auseinandersetzung).

4. Ergebnisse

4.1 Behandlungsverlauf

4.1.1 Phase I: Dynamik im Rahmen der «Krisenintervention»

Nach dem unter 2.1 beschriebenen Erstgespräch nahm Herr C. die folgenden Termine zu meinem Erstaunen verlässlich wahr. Er äusserte wiederholt, nicht daran zu glauben, dass die Therapie etwas bringen könnte: «Gefühle sind die Aufgabe der (Ehe-)Frau» und «alles wird wieder in Ordnung sein, wenn sie mich zurücknimmt». Eine echte Veränderungsmotivation war nicht möglich, da er begann die Realität zu leugnen und überzeugt war, dass die Wiedervereinigung mit seiner Familie nach Ende des Kontaktverbots bevorstehe. Die Stunden gestalteten sich ähnlich wie das Erstgespräch, auf jede Intervention und jeden Realitätscheck von mir folgte ein emotionaler Dammbbruch mit starker Wut und Verzweiflung über die Situation. Jeder Versuch ein konkretes Ziel anzubieten und auf eine neue Perspektive hinzuarbeiten wurde mit dem Wunsch des Patienten quittiert, dass er einfach «wieder wie früher mit seiner Ehefrau leben» wolle. Jedes von mir angebotene alternative Erklärungsmodell wurde sofort und unter wütenden Ausrufen verworfen. Nach den ersten zwei Sitzungen starb schliesslich die in Polen lebende Mutter des Patienten an den Folgen eines Mamma-Karzinoms. In der nächsten Sitzung machte Herr C. dafür auch das Betrügen seiner Ehefrau und die Trennung von dieser verantwortlich. In den darauffolgenden Terminen berichtete mir Herr C., dass er eine Methode entdeckt habe, um mithilfe der Muster in Mandelbrot-Fraktalen das Wetter und

insbesondere Sturmfluten und Erdbeben vorhersagen zu können. Die Beschäftigung mit seiner Ex-Frau und der erlebten Ungerechtigkeit gerieten mehr und mehr in den Hintergrund und Herr C. fokussierte sich in den verbliebenen Therapiestunden und auch in seiner Freizeit mehr und mehr auf diese Vorhersagen.

4.1.2 Phase II: gerichtliche Auflage und Beziehung im vorgegebenen Setting

Nachdem die im Urteil vom Dezember gesetzte Behandlungsfrist von März verstrichen war, kam es zu einem Kontaktabbruch des Patienten und einem Behandlungsunterbruch. Im Verlauf des Sommers wurde ich von der Bewährungs- und Vollzugsdirektion kontaktiert, dass die Massnahme verlängert werde, und in einem gemeinsamen Gespräch wurden Herrn C. die gerichtlichen Auflagen erklärt: übergeordnetes Ziel war die Deliktfreiheit.

Herr C. akzeptierte diese Auflagen, ohne in ausufernde Kommentare über seine Ex-Frau und deren Liebhaber zu verfallen, enervierte sich jedoch über die aus seiner Sicht «unnötigen» Auflagen des Gerichts, eine Psychotherapie besuchen zu müssen. Erneut äusserte er, dass für die Gefühle eigentlich «seine Frau» zuständig sei. Die folgenden Termine in wöchentlicher bis 10-tägiger Frequenz nahm Herr C. mit seiner gewohnten Pünktlichkeit von 10 Minuten Verspätung war. Unter den Vorgaben des Gerichts wurde in den nächsten Terminen die persönliche Anamnese soweit möglich ergänzt und es wurde versucht, die Bedingungen, die zum Delikt geführt hatten aufzuarbeiten. Sobald in den Gesprächen aber das Thema Familie besprochen wurde, steigerte sich der Patient in wütende Tiraden gegen das Gericht, die Schwiegermutter, den Nebenbuhler und die Ex-Frau selbst. Bei letzterer schwankte er weiterhin rasch zwischen Idealisierung und Abwertung hin und her. Die eigenen Gefühle zu explorieren oder zu regulieren, wurde vom Patienten explizit abgelehnt und verstärkte seine Spirale von Wut und Verzweiflung, da «eigentlich seine Frau für die Gefühle zuständig sein sollte». Die Möglichkeit, Gefühle in einem anderen Rahmen zu bearbeiten war für den Patienten nicht denkbar. Meine Versuche, den Patienten bei der Akzeptanz seiner Situation zu unterstützen liefen ebenso ins Leere wie mein Insistieren auf einen Klinikaufenthalt. Wiederholte Angebote einer antipsychotischen Medikation in unterschiedlichen Situationen (mal bei Schlafstörungen, mal zur Unterstützung der Selbstregulation, mal bei Konzentrationsstörungen) wurden wiederholt und explizit abgelehnt, und nie eingenommen, wenn ich auf die Mitgabe der Medikation bestand. Die notwendige Dringlichkeit und Verhältnismässigkeit einer stationären Behandlung gegen den Willen des Patienten als Ultima Ratio war in wiederholten Diskussionen im Team und in der Supervision nicht gegeben, da nach der verbalen Drohung im Dezember 2022 ab 2023 nie konkrete Gefährdungen oder neue Drohungen registriert wurden. Schliesslich waren diese Gespräche und Versuche eines Containments der Emotionen frustan und frustrierend. Herr C. konnte sich die emotionalen Zustände, Bedürfnisse oder Gedanken seiner Ex-Frau oder seines Sohnes nicht vorstellen.

Auch eine differenzierte Wahrnehmung der eigenen Gefühlszustände war unmöglich. Der Möglichkeit, dass die Welt anders funktionieren könnte als er sich das vorstellt, waren für ihn undenkbar. Für Herrn C. waren Ursprung und Lösung seiner Probleme dieselben: seine Familie. Nur eine Rückkehr zu dieser würde in seiner Vorstellung sein Leiden mindern können. Als sich der Inhalt der Therapiestunden weg von der Familie wieder hin zu seiner Methode der Wettervorhersage verschob, wurde der Patient in den Gesprächen affektiv deutlich ruhiger und inhaltlich geordneter. Die Wahnidee, die Menschheit mit seiner selbst entwickelten Methode der Wettervorhersage zu «schützen» nahm immer mehr Raum ein und seine Methode wurde immer abstruser. Neben Wettervorhersagen sah er später in den Fraktalbildern der Mandelbrotmenge altägyptische Hieroglyphen und Neuronen und nahm das als Beweis, damit den «zugrundeliegenden Code des Universums» gefunden zu haben der «alles erklärt und alles voraussagt». Er sah sich als revolutionären Wissenschaftler wie Einstein oder Kopernikus, mit denen er sich auch immer wieder verglich. Ein Satz blieb mir unvergesslich. Als er über das Potential seiner Methode zum Wohl der Menschheit schwärmte, sagte Herr C.:

«Ich darf zwar meinen Sohn nicht mehr sehen, aber die ganze Menschheit sind jetzt meine Kinder – neun Milliarden!»

4.1.3 Phase III Weiterführen der Behandlung nach Ende der Auflage

Herr C. beschäftigte sich mehr und mehr mit den Mandelbrot-Fraktalen, sodass er jegliche andere Aktivitäten deutlich vernachlässigte: Monate zuvor hatte er sich noch auf neue Stellen beworben oder sich über eine Dating-App mit einer Frau getroffen. Seine Post blieb ungeöffnet, seine Miete unbezahlt und seine Bussen offen, was er mir gegenüber nie erwähnte. Als er mir eines Tages sein Unverständnis über sein gepfändetes Konto mitteilte, wurde mir klar, wie ernst die Lage war. Ich liess mich von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich von der Schweigepflicht entbinden und meldete die Gefährdung bei der KESB, die rasch eine Beistandschaft einrichtete. So konnte zumindest die drohende Kündigung der Wohnung abgewendet werden.

Nach Ablauf der Bewährungsfrist und einer abschliessenden Gerichtsverhandlung wurde zu meiner Überraschung und trotz meiner gegenteiligen Empfehlung die Auflage zur Therapie nicht weiter verfügt. Ich bot Herrn C. trotzdem an, weiterhin in 2-wöchigem Abstand Sitzungen wahrzunehmen, um ihn im weiter anstehenden Prozess der IV-Anmeldung und Existenzsicherung zu unterstützen.

4.2 Erreichte Veränderungen

Trotz der initial für eine therapeutische Beziehung ungeeigneten Ausgangslage konnte im Therapieverlauf unter weitestgehender Achtung der Autonomie des Patienten im Rahmen der Möglichkeiten eine Stabilität und Deliktfreiheit erreicht werden. Eine Exazerbation im Sinne einer Fremdgefährdung durch Ausagieren der Wut gegen der Ex-Frau oder dem Sohn wurde abgewendet. Ein Suizid konnte bislang ebenfalls verhindert werden. Die finanzielle Existenz des Patienten ist mithilfe der Beiständin und der IV gesichert. Die Therapie konnte über die vorgegebene Frist und auch nach Einrichtung der umfassenden Beistandschaft weitergeführt werden und Herr C. wird weiterhin in unserer Institution in Behandlung sein.

Die Deutung der in den Gesprächen wiederholt aufgetretenen Gegenübertragungsgefühle von Frust, Verwirrung und Hilflosigkeit bei mir hat mir geholfen, die Beziehung zum Patienten aufrecht zu erhalten in Momenten, in denen ich versucht war, ihn nur so wenig wie möglich, sprich in der tiefsten vorgegebenen Frequenz, zu sehen. Auch nach Abschluss der Auflage konnte ich meinen Impuls, diesen «schwierigen» Patienten aufzugeben, einordnen und die Behandlung weiterführen.

Trotzdem konnte in zentralen Punkten keine Besserung erreicht werden: Herr C. hat sich auf sehr niedrigem, wahnhaftem Niveau stabilisiert. Er hat aber keine tragfähigen Beziehungen mehr und erlebt in seinen Versuchen, die Welt vor Unwettern zu warnen dieselbe Abweisung wie von Familie. Abgesehen von seiner Beschäftigung mit dem Wetter hat er keine Tagesstruktur. Der Patient ist in seinen Entwicklungsmöglichkeiten aufs massivste eingeschränkt und ein autonomes Leben ist in Zukunft unwahrscheinlich. Auch auf eine medikamentöse Therapie konnte sich Herr C. auch bei wiederholten Anläufen nicht einlassen.

5. Diskussion

5.1 Funktionales Problemverständnis

Im Rahmen des Behandlungsbeginns, welcher den Erstkontakt, die darauffolgenden gerichtlich vorgeschriebenen Termine in der Krisenintervention sowie das Studium der vorliegenden Akten umfasste, konnte ich folgende Problembereiche identifizieren:

Aktueller Auslöser und Kernkonflikt ist die Schädigung des Selbstwerts durch den Verlust der Identität als Ehemann, Vater, Versorger und Familienoberhaupt durch die Scheidung und das subjektiv Erlebte «Betrügen» seiner Ex-Frau. Der Verlust des idealisierten Selbstobjekts und die Auflösung der symbiotischen Familienkonstellation führte über eine Aktualisierung des Grundkonflikts "Autonomie - Abhängigkeit" zu existentiellen Ängsten. Die erlebte existentielle Verzweiflung entsprang einem Gefühl von absoluter Verlorenheit und Einsamkeit, welches zuvor durch die symbiotische Beziehungsgestaltung und absolute Auflösung der eigenen Grenzen in der Beziehung abgewehrt wurde. Diese Konflikte wurden zunächst durch Leugnen der Trennung abgewendet, was jedoch im Rahmen der neuen Beziehung der Ex-Frau und des

Rayonverbots immer schwieriger aufrecht zu erhalten war. Der Konflikt flammte dann mit undifferenzierter narzisstischer Wut spezifisch gegenüber Polizei, Gerichten und dem neuen Partner auf und nach aussen, was weiterhin die zumindest partielle Idealisierung der Ex-Frau erlaubte. Gleichzeitig wurde auch die Ex-Frau in raschem zeitlichem Wechsel nach dem gut/böse Schema charakterisiert, die widersprüchlichen Affekte standen aber stets unverbunden nebeneinander. Der im Verlauf auftretende Wahn, das Wetter vorhersagen zu können, erfüllte unter vollständiger Aufgabe des Realitätsbezugs das Bedürfnis nach Kontrolle und Vorhersagbarkeit in einer vom Patienten als unverständlich erlebten Welt und erlaubte ihm, sich nicht mit der Scheidung und den damit verbundenen überwältigenden und vernichtenden Gefühlen auseinandersetzen zu müssen. Zusätzlich stabilisierte der Grössenwahn, die gesamte Menschheit schützen zu müssen, den eigenen Selbstwert, der durch den dreifachen Rollenverlust als Ehemann, Vater und Versorger spätestens nach Kontaktabbruch des Sohnes und Verlust des Arbeitsplatzes ruiniert war.

5.2 Reflexion und kritische Auseinandersetzung:

Beim Schreiben dieser Fallarbeit habe ich mich nochmals intensiver mit diesem Fall auseinandergesetzt. Erstens wurde mir klar, dass ich Herrn C. zu Beginn, damals noch arbeitstätig und mit abgeschlossenem Hochschulstudium, als zu hoch eingeschätzt habe. Jedoch hat sein schon lange vorbestehendes, mässig- bis mittelgradiges Strukturniveau höchstwahrscheinlich überhaupt erst zur Trennung geführt. Es bestand von Beginn an eine mangelhafte Reflexionsfähigkeit sowie eine emotionale Dysregulation bei gleichzeitiger Unfähigkeit, diese differenziert zu verbalisieren.

Zweitens habe ich mich gefragt, ob meine eigenen Ängste vor den überwältigenden Emotionen des Patienten unbewusst zu einer Aufrechterhaltung / Chronifizierung des Wahns geführt haben. Die Wahninhalte waren eine willkommene Abwechslung zu den auslaugenden emotionalen Ausbrüchen und der existentiellen Verzweiflung, die auftraten, sobald die Familiensituation besprochen wurde. Ein Fokus auf den Wahn war auch ein Vermeiden der herausfordernden Aufgabe, mit dem Patienten die Trennung, Scheidung und den Trauerprozess um den Verlust der eigenen Identität als Vater und Ehemann durchzuarbeiten und wirkte damit möglicherweise als positiver Verstärker. Auch merkte ich, wie ich nach Abschluss der gerichtlichen Massnahme in Versuchung kam, die Entscheidung zur Weiterführung der Therapie dem Patienten selbst zu überlassen, in der Hoffnung, dass er die Therapie abbricht. Ich habe ihm dann doch das Weiterführen der Therapie nachdrücklich empfohlen und ihm proaktiv weitere Termine gegeben. Dass trotz gerichtlicher Auflage, Erkrankung des Patienten und meiner negativen Gegenübertragung eine therapeutische Beziehung aufgebaut und weitergeführt werden konnte, ist einer der wenigen Erfolge dieses Therapieverlaufs.

Drittens stellte ich mir die Frage der korrekten Diagnose: der Wahn nahm im späteren Verlauf bizarre Züge an, wenn Herr C. beispielsweise begann «Beweise» für das ägyptische Pantheon oder den Osterhasen in den Fraktalbildern zu sehen. Auch glaubte er zunehmend, dass Erdbeben durch Änderungen der Luftströmungen verursacht würden. Hier war die Schwelle zum «völlig unrealistischen Wahn» als Kriterien der Schizophrenie klar überschritten und auch nicht durch (sub-)kulturelle Einflüsse erklärbar. Trotzdem ist durch das völlige Fehlen formalgedanklicher Auffälligkeiten, Ich-Störungen oder akzessorischer Symptome und der für Schizophrenie späte Beginn nach dem 35. Lebensjahr eine eindeutige und zweifelsfreie diagnostische Zuordnung erschwert.

Viertens beschäftigte mich die Frage, ob eine frühzeitige Hospitalisation gegen den Willen des Patienten eine Chronifizierung verhindert und den Verlauf positiv beeinflusst hätte. Die Handlungsempfehlungen der Fachgesellschaft für Psychiatrie betont, dass insbesondere bei Menschen mit Psychosen die «Fürsorgepflicht in direktem Widerspruch zum Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung der Patienten steht»^a. Die Gesetzgebung sieht vor, dass für eine Einweisung in einer «geeigneten Einrichtung eine psychische Störung, geistige Behinderung oder schwere Verwahrlosung vorliegen muss und die nötige Behandlung und Betreuung *nicht anders* erfolgen kann» (Subsidiaritätsprinzip).^b Im klinischen Alltag erfolgt eine stationäre Einweisung gegen den Willen als «Ultima Ratio», wenn Gefährdungsaspekte wie beispielsweise Aggressivität oder Suizidalität vorliegen, auch wenn dieses Kriterium im Gesetzestext nicht vorgesehen ist. Restriktiver sind die Möglichkeiten zur medikamentösen Behandlung ohne Zustimmung, hier muss ein «ernsthafter gesundheitlicher Schaden» drohen oder «das Leben oder die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährdet» sein.^c Das Positionspapier der SGPP schreibt im Falle von Zwangsmassnahmen neben der Überprüfung der rechtlichen Voraussetzungen auch die Verhältnismässigkeit vor, dass also der zu erwartende Nutzen deutlich höher wiegen muss als ein möglicher Schaden (vgl. oben). Retrospektiv bin ich unsicher, wie weit die stationären Kollegen bei fehlender akuter Gefährdung und grossmehrheitlich vorhandener Steuerungsfähigkeit/Impulskontrolle gegangen wären und ob der Zwangsmedikation in der vorliegenden Situation gerichtlich stattgegeben worden wäre. Letztlich hätte eine stationäre Einweisung die therapeutische Beziehung aber unwiderruflich geschädigt. Schlussendlich habe ich dem Patienten gegenüber auf der Indikation für den Klinikaufenthalt insistiert, seinen geäusserten Wunsch aber respektiert. Nicht zuletzt stellte sich mir im Behandlungsverlauf vermehrt auch die Frage, was

^a SGPP-Empfehlungen für die Prävention von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Psychiatrie, https://www.psychiatrie.ch/fileadmin/SGPP/user_upload/Fachleute/Empfehlungen/SGPP_Empfehlung_en_Praevention_Freiheitsbeschraenkende_Massnahmen_final_07_11_2024.pdf, zuletzt abgerufen am 14.11.2024

^b Vgl. Schweizer Zivilgesetzbuch Art. 426. Abs. 1

^c Vgl. Schweizer Zivilgesetzbuch Art. 434 Abs. 1

in Hinblick auf den Wahn bei diesem Patienten überhaupt realistisches therapeutisches Ziel sein kann. Schliesslich war durch den zunehmenden Wahn auch das gerichtlich vorgegebene Behandlungsziel erreicht: Herr C. nahm zu seiner Ex-Frau oder dem Sohn keinen Kontakt mehr auf.

5.3 Diskussion der Ergebnisse und Hypothesen

Der geschilderte Fall beleuchtet die Dynamik eines Krankheitsgewinns bei Wahn, dessen zugrundeliegender Wunsch nach Identität und Anerkennung weder durch mich als Therapeuten noch im Rahmen der sozio-ökonomischen Verhältnisse realistisch anderweitig erfüllt werden kann. Wie bei Lemp, von Habeler und Montag 2017 beschrieben, erlebte Herr C. die Beziehungskrise als Beziehungskatastrophe, denn Ehefrau und Sohn waren zentrale Personen seiner Identität. Die vorbestehende Leugnung dieses Umstands während der Trennung und Scheidung ab 2018 konnte nach Entdeckung der neuen Beziehung der Ex-Frau nur noch schwierig aufrechterhalten werden. Er war noch mehr mit einer Realität konfrontiert, in der er weder Vater noch Ehemann war. Da Leugnung und Spaltung nicht mehr ausreichten, kam es vermehrt zu emotionalen Durchbrüchen und Ausdrücken von Verzweiflung und narzisstischer Wut. Höchstwahrscheinlich bestand bereits vor der Trennung lediglich ein mässiges Strukturniveau. Die gestörte Objektwahrnehmung der Familie als Einheit war ein Ausdruck davon. In der Paar- und Familienbeziehung war keine Differenzierung möglich, seine Bedürfnisse und Emotionen und die seiner Partnerin waren für ihn Deckungsgleich. Innerhalb der Beziehung existierten für Herrn C. keine Grenzen. Auch die spätere Wahrnehmung der involvierten Institutionen (Gericht, Sozialpsychiatrie, Polizei etc.) als untrennbare, gegen ihn verschworene Einheit zeigen dieses Defizit. Nach Searles kann angenommen werden, dass bereits den ersten Beziehungserfahrungen in der Kindheit Nähe gefehlt hat [17]. Dass er bei einer kranken, erblindenden Mutter und als mittleres von drei Kindern «nicht gesehen» wurde ist gut nachvollziehbar. Diese Hypothese wird auch durch die endgültige Regression auf ein desintegriertes Niveau und endgültig wahnhafter Beschäftigung mit seinem Modell zur Wettervorhersage nach dem Tod der Mutter im Frühling 2023 unterstrichen. Auch lässt sich die schlussendliche Regression in eine kindliches «Einheitsgefühl» mit der Welt nachvollziehen: In der Regression auf die frühere Ich-Grösse wird ist die Welt nicht mehr durch Unvorhersehbarkeit und Chaos bedrohlich, sondern durchschaubar, vorhersehbar und auch die Trennung ist durch die Allgemeingültigkeit des entdeckten Gesetzes aufgehoben [16]. Der Rückzug in den Wahn verspricht Omnipotenz und das Wiedererlangen der Kontrolle. Die Bedürfnisbefriedigung im Wahn ist im Gegensatz zur Realität unbegrenzt möglich [30].

6. Schlussfolgerungen

Zusammenfassend trafen bei dem Patienten eine existentielle Bedrohung auf eine bereits vorgeschwächte Ich-Struktur. Die Wahnsymptomatik war neben einem Suizid die einzige Möglichkeit, die Konflikte Identität und Abhängigkeit zu minimieren. Jedes hinterfragen des Wahnkonstrukts führte bei Herrn C. sofort wieder zur narzisstischen Wut und existentieller Angst durch den Verlust der Familie. Der Fall veranschaulicht die intrapsychischen Mechanismen, die zu einer Aufrechterhaltung von Wahnsymptomen führen können: die Realität bedeutet für den Patienten in diesem Falle nur Enttäuschung, im Wahn sind sein Identitäts- und Objektverlust ungeschehen: anstatt einem verlorenen Sohn hat er jetzt neun Milliarden Kinder.

Schlussendlich zeigt der Fall exemplarisch die herausfordernde Therapiebeziehung bei Menschen mit Psychosen. Die Verantwortung von Therapeutinnen und Therapeuten ist es, die Beziehung aufzubauen und trotz aller Schwierigkeiten aufrechtzuerhalten.

7. Literaturverzeichnis

1. Dilling, H., Freyberger JH., *Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen*. 8 ed. 2015: Hogrefe. 528.
2. Jaspers, K., *Allgemeine Psychopathologie*. 9. ed. 1973, Berlin,: Springer-Verlag.
3. Kapur, S., *Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia*. Am J Psychiatry, 2003. **160**(1): p. 13-23.
4. Maia, T.V. and M.J. Frank, *An Integrative Perspective on the Role of Dopamine in Schizophrenia*. Biol Psychiatry, 2017. **81**(1): p. 52-66.
5. Lee, S.K., et al., *Abnormal neural processing during emotional salience attribution of affective asymmetry in patients with schizophrenia*. PLoS One, 2014. **9**(3): p. e90792.
6. Kowalski, J., et al., *Neural Correlates of Aberrant Salience and Source Monitoring in Schizophrenia and At-Risk Mental States-A Systematic Review of fMRI Studies*. J Clin Med, 2021. **10**(18).
7. Stahl, S.M., *Stahl's essential psychopharmacology : neuroscientific basis and practical application*. 4th ed. 2013, Cambridge ; New York: Cambridge University Press. xv, 608 p.
8. Fuchs, T., *Verschwörungsdenken, Wahn und Virtualität*. Forens Psychiatr Psychol Kriminol, 2022. **16**: p. 190-194.
9. Feeney, E.J., et al., *Explaining Delusions: Reducing Uncertainty Through Basic and Computational Neuroscience*. Schizophr Bull, 2017. **43**(2): p. 263-272.
10. Crowe, R.R., & Roy, M. A., *Delusional Disorders*, in *The Medical Basis of Psychiatry*, S.H.F.P.J. Clayton, Editor. 2008, Humana Press: New York, USA. p. 125 -131.
11. McGrath, J., et al., *Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality*. Epidemiol Rev, 2008. **30**: p. 67-76.
12. Hales, R.E., S.C. Yudofsky, and J.A. Talbott, *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry*. 3rd ed. 1999, Washington, DC: American Psychiatric Press. xxvii, 1762 p.
13. Picchioni, M.M. and R.M. Murray, *Schizophrenia*. BMJ, 2007. **335**(7610): p. 91-5.
14. Castle, D., et al., *The incidence of operationally defined schizophrenia in Camberwell, 1965-84*. Br J Psychiatry, 1991. **159**: p. 790-4.
15. Freud, S., *Neurose und Psychose*, in *Gesammelte Werke XIII*. 1924. p. S. 385 - 391.
16. Federn, P., *Narzissmus im Ichgefüge*. Int Z Psychoanal, 1927. **13**(4): p. 434.
17. Searles, H., *Der Psychoanalytische Beitrag zur Schizophrenieforschung*. 2008, Psychosozial: Giessen. p. 95 - 122.
18. Mentzos, S., *Lehrbuch der Psychodynamik*. 8. ed. 2017, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
19. Carfi, D., et al., *Fractal geometry and dynamical systems in pure and applied mathematics*. Contemporary mathematics. 2013, Providence, Rhode Island: American Mathematical Society.
20. Mandelbrot, B.B., *The fractal geometry of nature*. Updated and augm. ed. 1983, New York: W.H. Freeman. 468 p.
21. Bollmann S., K.S., Guhn A., Schamong I., Sterzer Ph., Brakemeier E. L., *Differentielle Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie. Auf dem Weg zu einer evidenzbasierten individualisierten Beziehungsgestaltung*. Verhaltenstherapie, 2021. **31**(4): p. 267 - 285.
22. Korff S., L.T., *Kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen*. InFo Neurologie, 2022. **24**: p. 34-43.
23. Tuckett, D., *Ist wirklich alles möglich?* Forum Psychoanal, 2007. **23**: p. 44 - 64.
24. Argelander, H., *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. 10 ed. 2014, Darmstadt: WBG Wissenschaftliche Buchgemeinschaft.
25. Laimböck, A., *Das Psychoanalytische Erstgespräch*. 2 ed. 2019, Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel Verlag.
26. McWilliams, N., *Psychoanalytic diagnosis : understanding personality structure in the clinical process*. 2nd ed. 2011, New York: Guilford Press. xxi, 426 p.
27. Storck T., S.D., *Psychoanalytische Konzepte in der Psychosenbehandlung*. 2022, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
28. Maier, C., *Über die Analysierbarkeit psychotischer Patienten und die Grenzen des Psychoanalytikers*. , in *Indikation zur analytischen Psychosentherapie*, T.M. Müller, N., Editor. 2013, Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen. p. 62 - 83.
29. Lempa, G., von Haebler, D., & Montag, C., *Psychodynamische Psychotherapie der Schizophrenien*. 2 ed. 2017, Giessen: Psychosozial
30. De Masi, F., *Psychotic withdrawal and the overthrow of psychic reality*. Int J Psychoanal, 2006. **87**(3): p. 789 - 807