Psychose – Schizophrenie – Therapie

Christian Scharfetter (Zürich)

1 Psychose: ein transnosologischer Begriff

Der Terminus «Psychose» bezeichnet alle die Arten von psychischen Störungen, bei denen die elementare *Orientierung* eines Menschen (1) über die eigene Person (personale Identität mit lebensgeschichtlich korrekter Einordnung), (2) über den Ort gegenwärtiger Präsenz, (3) über die aktuelle Situation (Sinnerfassung, Bedeutungserkennen), (4) über die zeitliche Ordnung unklar, fehlerhaft oder ausgefallen ist.

Voraussetzung der genannten Orientierungsfunktionen ist die Klarheit des *Wachbewusstseins* mit Realitäts- und Erfahrungsbewusstsein. *Realitätsbewusstsein* heisst die Funktion des Bewusstseins, die das Erkennen der Wirklichkeit des Wahrgenommenen (Perzeption, Sinnesdaten), des Selbstseins und damit auch der interpersonellen Situation ermöglicht. *Erfahrungsbewusstsein* heisst die Funktion, die uns mit jeder Erfahrung (1) den Modus dieser Erfahrung und (2) die Zuordnung dieser Erfahrung zum eigenen Selbst zu wissen erlaubt. Sehend weiss ich (conscientia, d. i. begleitendes Wissen), dass ich im Modus des Sehens erlebe. Trauernd weiss ich: ich bin traurig. Phantasierend, denkend weiss ich um diese Art mentaler Vorgänge. In einer Vision, Audition weiss ich: ich erlebe Bilder, Akustisches – und kann das mittels des Realitätsbewusstseins als «innere Bilder», «nicht wirklich objektal in der Aussenwelt gegeben» einordnen. In Illusionen wird die Situation und/oder Umgebung verkannt (z. B. der Schatten des Busches «ist» ein Verfolger). In der Wahrnehmung (im Gegensatz zur Illusion) wird etwas richtig erkannt (z. B. Kondensstreifen am Himmel, im Abendlicht rötlich), dann aber diesem Objekt eine idiosynkratische, intersubjektiv nicht confirmierbare Bedeutung zugeschrieben (z. B. «Dies ist ein Fingerzeig Gottes»).

In Halluzinationen wird etwas als Sinneswahrnehmung (Perzeption) erlebt, für das den nachprüfenden Anderen keine gegenständliche Reizquelle erkennbar ist, während der Halluzinand sie manchmal angeben kann (z. B. Stimmen aus dem Leib), sie aber öfter gar nicht derart lokalisieren kann. Bei Geruchs-, Geschmacks- sowie taktilen Halluzinationen ist die Nachprüfung schwierig, noch mehr bei den Leibhalluzinationen (Missempfindungen des Leibgefühls, sogenannte coenästhetische Halluzinationen).

Wahnhafte Deutungen des Geschehens, besonders wahnhafter Eigenbezug, Bedrohung, Untergang, Veränderung von Selbst und Welt sind bei den Psychosen häufig.

Der Verlust der genannten Funktionen des Wach-, Realitäts- und Erfahrungsbewusstseins hat zur Folge, dass die davon betroffene Person desorientiert ist, den Realitätsbezug und die Einordnung des eigenen Selbstseins nicht mehr zur Verfügung hat und sich daher nicht mehr zurecht findet und nicht mehr adäquat funktionieren kann (Dysfunktionalität).

Die Bezeichnung Psychose ist *nicht* an eine bestimmte «Krankheit» mit bekannter (z. B. Delirium bei Tollkirschenvergiftung, Horrortrip bei LSD) oder unbekannter Ursache (z. B. Schizophrenie) gebunden. Psychosen sind also z. B. Delirien, Dämmerzustände, Verwirrungszustände, Halluzinosen, Wahnsyndrome (z. B. hypochondrischer Wahn bei Depression, Grössenwahn bei Manie), Desintegration des Leibgefühls (Zerfall), Dissoziation, Inkohärenz des Denkens und Sprechens. Die heute oft angetroffene Bedeutungseinschränkung «Psychose gleich Schizophrenie» ist falsch.

2 Schizophrenie

Mit diesem Kunstwort (gespaltener Geist) taufte Eugen Bleuler (1908, 1911) die Gruppe von psychischen Störungen, die vorher als *Zerfallspsychosen* u. ä. bezeichnet worden waren. Der Erlebniskern dieser Gruppe von Psychosen ist die *Störung des Ich/Selbst-Systems* (Bewusstsein: ich bin ich selbst) in den basalen Dimensionen:

- › *Ich-Vitalität*: Ich bin lebendig da.
- › *Ich-Aktivität*: Ich verfüge über autonome Selbstbestimmung von Efferenz des Handelns, Selbstbestimmung von Denken, Fühlen, Kontrolle der Afferenz des Zukommenden aus dem Eigenbereich und aus dem Nicht-Ich-Bereich der Umgebung.
- › *Ich-Kohärenz und -Konsistenz*: Ich weiss mich als zusammen-stimmendes, integriertes psychophysisches Wesen, als Organismus von bestimmter menschlicher und individuell ich-hafter Beschaffenheit.
- › *Ich-Demarkation*: Ich erlebe mich als abgegrenzt mit von mir selbst ausgeübter Kontrolle darüber, was von mir ausgeht und was in mich eindringt.
- › *Ich-Identität*: Ich bin mir meiner persönlich-individuellen Identität, Geschlechtszugehörigkeit, anthropomorphen Gestalt, Physiognomie, Funktion und Rolle sicher.

Ich bringe einige wörtliche Belege (Texte von Monique aus Scharfetter 2000) zur Illustration solcher Selbsterfahrung:

Ich-Vitalität

Ich bin total zerfallen.

Ich habe auch die Zersetzung des Leibes erlebt.

Das Ich und die Welt sind eins und beide zerfallen.

Ich-Demarkation

Ich habe keine Abgrenzung zwischen mir und den anderen.

Ich-Aktivität

Es spult mich einfach ab.

Ich-Vitalität

Ich lebe nicht mehr, fühle mich wie tot.

Ich-Identität

Ich habe richtig gesehen, wie ich das Menschsein verliere.

Ich habe keine Identität.

Weltverlust

Ich habe wenig Realitätsbewusstsein.

Die Welt ist nicht selbstverständlich.

Am schwersten ist die Kontaktlosigkeit zur Welt.

Ich verstehe die Menschen nicht mehr.

Heimatlosigkeit

Nie war ich auf der Erde zuhause.

Ich bin nicht zuhause in meinem Leib.

Angst

Ich habe Lebensangst... Das Wachsein ist so schmerzhaft.

Das ist das unendlich unbeschreibliche Leiden einer Geisteskranken.

Die Ausfälle dieser Dimensionen des Ich-Bewusstseins sind dem Untersucher spontan oder im Interview erfragt erfahrbar (Perspektive der dritten Person). Sie spiegeln aber, das ist entscheidend, die Selbsterfahrung des Patienten (Perspektive der ersten Person). Die klinischen Erscheinungen (Symptome) sind vielgestaltig: Ängste, Verzweiflung, Misstrauen, Vernichtungsgefühle mit motorischer Erregung oder Erstarrung, mannigfache Halluzinationen (bes. akustische in Form von Stimmenhören), Leibveränderungen, Gedankenabzug, -eingung und viele Arten und Inhalte von Wahn (Selbst-, Weltuntergang, Beziehungs-, Kontroll-, Beeinflussungswahn, Fremdsteuerung, selten Welterneuerung, mes-

sianischer, Propheten-, Heilerwahn). Der Fluss von Denken und Sprechen, gelegentlich sogar des Zeiterlebens, kann unterbrochen werden, die Inkohärenz dieser Funktionen nennt man Zerfahrenheit – darin spiegelt sich die hochgradige Dissoziation des Ich, die Fragmentation. Deutliche Bewusstseinsstörungen wie Bewusstseinstrübung, -umdämmerung sind selten, werden am ehesten bei ganz akutem Ich-Zusammenbruch gesehen; dort auch Absorption, Versunkenheit, Wegtreten, Umdämmerung (tranceähnlich).

Das Verhalten wird vom Erleben bestimmt. Es ist sehr verschieden zwischen ruhiger Gefasstheit und Erregung, Erstarrung, Flucht, Angriff und vielen z. T. eigenartigen Handlungen (z. B. Reinigungsrituale, Selbstverletzungen, Parakinesen u. v. a.). Chronische Schizophrene können ihr Leiden oft sehr introspektionsfähig darstellen und besonnen austragen.

Die heute gängigen Diagnosemanuale (ICD-10, DSM-IV) listen die beobachtbaren und erfragbaren Symptome auf, die zur diagnostischen Einordnung (nach Beschluss von Kommissionen von «Experten») gefordert werden. Dabei wird das Selbsterleben zu wenig beachtet, werden die Ich-Störungen auf Gedankenausbreitung, -eingung reduziert. Dabei geht unter, dass es sich bei den Schizophrenien um Selbstpathologien handelt. Das ist das Kernerleben. Alle anderen Symptome sind davon abzuleiten (s. Scharfetter 1995). In den Diagnosenmanualen (ICD-10, DSM-IV) und den meisten Lehrbuchtexten fehlt auch die Beachtung der Selbstrettungsanstrengungen (autotherapeutische Versuche). Schon zu Beginn des 19. Jahrhunderts hatte Esquirol (1827) auf die «Selbsthilfe der Natur» in Psychosen hingewiesen. Ideler (1835–1837) hat solche Gedanken von Reil und Langermann betreffend Körperkrankheiten auf psychische Krankheiten angewandt: Die Heilung komme aus psychischer Selbsttätigkeit. In den Geisteskrankheiten sah er «das angestrengte Arbeiten des Bewusstseins an seiner Reorganisation» (Belege in Scharfetter 1995). Das sind die Vorläufer der Abwehrstrategien der Psychoanalyse.

Die Psychopathologie des Ich/Selbst im weiten Spektrum von den Erfahrungen der betroffenen Menschen (1. Person-Perspektive) und seinen Reaktionen (der Verteidigung, Abwehr, Kompensation) bis zur objektivierend-distanzierten Symptomerfassung (3. Person-Perspektive) ist ausführlich dargestellt in Scharfetter 1995, 2010, 2011.

Die Schizophrenie ist keine Krankheitseinheit, keine nosologische Kategorie (nur eine Syndrom-Diagnostik), denn diese würde voraussetzen, was hier nicht gegeben ist: gleichartiges klinisches Bild von Entstehung, Verlauf, Ausgang, gleiche Ursachen (Ätiologie) und Entwicklung (Pathogenese), Therapieansprechbarkeit.

Schon Eugen Bleuler (1911) sprach von der «Gruppe der Schizophrenien». Die ätiopathogenetische Heterogenität ist deutlich. Darum ist es besser, von schizophrenen Syndromen zu sprechen. Diese sind hinsichtlich Grundpersönlichkeit, Entstehung, Verlauf, Remissionsfähigkeit, Chronizität, Residualstadien, auch Erscheinungsbild, Auslösung, Beeinflussbarkeit ausserordentlich vielfältig. Daher treffen auch keine generellen Aussagen über Schizophrenie zu. Das gilt für die Behauptung Freuds (1913) beim Fall Schreber zum Libidogesehen, es gilt für die Kausalanschuldigungen der sozialkritischen Bewegung, Schizophrenie sei eine Antwort auf die familiäre, gar die gesellschaftliche Situation, auch für das Credo «moderner» Psychiater, die Schizophrenien seien Hirnkrankheiten (neurological disorder).

Die schwere Pathologie des Selbst in den schizophrenen Syndromen kann durch verschieden konstellierte ursächliche, schädigende (im Wechselspiel mit protektiven) Faktoren zustande kommen. Wir kennen keine konstant nachweisbare Ursache. Das pathogene Geschehen ist jedenfalls «komplex» im Sinne des individuell je verschiedenen Zusammenwirkens von Vulnerabilität (gegen Resilienz-Potential), Disposition, genetischen und epigenetischen Einflüssen auf die Persönlichkeitsentwicklung, Hirnentwicklung und -reifung, biographische Erfahrung im Aufwachsen mit kritischen Perioden (Adoleszenz, frühes Erwachsenenalter). Traumata, speziell sexueller und anderer Missbrauch, sind nicht als Antezedentien späterer Psychosen nachgewiesen (im Gegensatz zu späteren Dissoziativen Identitätsstörungen). Das Ich-Selbst-System kann dispositionell (genetisch, epigenetisch, non-genetisch, z. B. intrauterin, perinatal) geschwächt sein und dann in eine schizophrene Psychose dekomensieren oder der Trigger ist eine externe Einwirkung, wie z. B. eine LSD-Intoxikation, die einen Horrortrip (d. i. akute desintegrative Psychose) hervorruft.

Die Erfahrung eines psychotischen Zusammenbruchs ist selbst traumatisch, verunsichert den betroffenen Menschen und veranlasst sekundäre Reaktionen (z. B. Rückzug, Misstrauen, Isolation, Überkompensation in Grandiosität; resignative Selbstaufgabe, Invalidisierung, sekundärer Krankheitsgewinn durch Entlastung von Verantwortung, Scham, Schuld, Befreiung von Verpflichtungen, Versorgung). Dazu kommen die Reaktionen der Umgebung, der Familie, Gesellschaft, Psychiatrie und die Reaktionen des Patienten darauf.

Zur Vielgestaltigkeit der Erscheinungsbilder, Auslöser, Verläufe kommt noch die sehr unterschiedliche Grundpersönlichkeit und ihre Reaktionsformen auf den Einbruch, gar Zusammenbruch des Ich/Selbst-Systems hinzu. Noch komplizierter wird das klinische Bild bei den Komorbiditäten («Dualdiagnosen»).

Differentialdiagnostisch sind neben einzelnen akuten Ethnopsychosen (z.B. Besessenheiten, «grosse» Hysterien) die psychopathologischen Syndrome durch psychoaktive Substanzen (LSD, Kokain u.a.) zu bedenken und schwere dissoziative Syndrome, besonders die Dissoziative Identitätsstörung, und oft eher flüchtige (Stunden bis wenige Tage dauernden) psychotische Episoden bei Borderline-Persönlichkeiten.

3 Therapie

Aus dieser skizzenartigen Übersicht wird schon deutlich, dass es keine einheitliche therapeutische Anweisung, gar Strategie «für Schizophrene» geben kann. Das heisst aber überhaupt nicht, dass solche Menschen nicht behandelbar wären. Nur das *Was* des therapeutischen Angebotes und das *Wer* des therapeutischen Begleitens, das ist das Entscheidende. Vom Therapeuten ist eine besondere Flexibilität seiner Angebote, sensible Handhabung der Empathie und Sympathie in der sorgsamten Regelung der Interpersonalität, Differenzierung von Nähe und Distanz, von Schonung und Forderung, Anspruch und Seinlassen gefordert. Und dies oft in jahrlanger Begleitung. Die dabei angewandten Mittel zwischen verbaler Psychotherapie verschiedener Art, leibeinbeziehender Therapie, Pharmakotherapie, Soziotherapie sollten vom Therapeuten patientenangepasst eingesetzt werden.

Die Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Therapien – in der Einzelpraxis, dem Ambulatorium, dem Spital (psychiatrische Klinik) – sind verschieden, so auch die Patienten, die dort jeweils zur Behandlung kommen. Die Klinik bietet viele zeitliche und räumliche Möglichkeiten, sofern sie vom «Geiste» her für solche breiten Angebote bereit ist (was in heutigen Institutionen oft nicht gegeben ist). Ein engagierter Kliniker kann da viel anbieten zwischen schweigendem Dabeibleiben, leibeinbeziehender Rekonstruktionsarbeit, Gesprächen. Die Delegation einzelner zusätzlicher Hilfen an Psychologen mit kognitiven Programmen, Ergo-, Physio-, Musik-, Sozio-, Spiel-, Beschäftigungs«therapie» kann das Üben der Kontaktnahme fördern, aber die vertiefte Dualbeziehung durch Zersplitterung auch unmöglich machen.

In der Einzelpraxis kommt dem Gespräch grösseres Gewicht zu. Die Patienten sind also (implizit) schon selektiert nach gewissen Grundbefähigungen, einen terminlichen und Beziehungsrahmen einzuhalten und zu kooperieren. Einige Einzeltherapeuten bringen genug klinische Erfahrung, Güte, Toleranz, Ausdauer und Flexibilität des Angebotes ein, um ambulant auch eher schwer und dauerhaft florid Kranke zu begleiten.

Die Therapie von schizophrenen Menschen kann nicht standardisiert, gar manualisiert werden. Sie umfasst das Spektrum von "common factors" (Vertrauen, Verständnis, Hoffnung, Frank & Frank, 1991) bis zu ganz auf die idiosynkratischen Bedürfnisse und Zugänglichkeiten zugeschnittenen Hilfen, Stützen, Ermutigung, kognitiven und emotionalen Differenzierungen, Stärkung von Resilienz, Protektion bei Vulnerabilitäten, auch Ratschläge zur Lebensgestaltung, vom Wohnen, Ernährung, Körperübungen bis zum Sozialen. Da solche Therapien nicht standardisiert werden können, sind sie auch kaum «sauber» empirisch prüfbar auf "efficacy" (methodisch streng reglementierte, «empirische» Wirksamkeit) oder wenigstens "effectiveness" (praxistaugliche Wirkung, Nützlichkeit). Aber im Einzelfall ist solche Hilfe überzeugend, wirkt stärkend, rehabilitativ, kann Rehospitalisationen vermeiden und Psychopharmaka abzubauen erlauben.

Es gibt nicht die eine Therapiemethode, die schizophrenen Menschen helfen könnte, ihr Leben besser zu bestehen. «Die Schizophrenie heilen» – das wäre eine Illusion. Denn «die Schizophrenie» ist nicht ein internes Objekt (wie ein Tumor, eine Entzündung, ein Parasit), das man wegmachen, beseitigen, unterdrücken könnte. Der Therapeut ist nicht der mächtige Experte, der gesundmachen könnte. Er muss sich vielmehr als Begleiter, Anreger, Unterstützer, Helfer bei der auto-reparativen Reorganisation des Ich/Selbst verstehen und sein Angebot ganz nach den Bedürfnissen und der Zugänglichkeit des einzelnen Patienten richten.

Woher weiss der Therapeut, was der Patient braucht und was er als Hilfe annehmen kann? Er muss das aus den Symptomen erschliessen, aus der Selbsterfahrung des Patienten und aus dessen Verhalten (welches sich aus der Selbsterfahrung ergibt).

Die Symptome sind Indikatoren der Betroffenheit und Bedürftigkeit des Patienten und seiner Empfänglichkeit für Hilfen. Die Symptome zeigen, was er verloren hat, was er nicht mehr kann – was also wieder hergestellt werden sollte. Z. B. Realitätserkenntnis, Identitätsgewissheit, Handlungsfähigkeit, Abgrenzung. Die Symptome zeigen, auf welcher Ebene seiner Existenz der Patient für welches Therapieangebot zugänglich ist.

Das ist so zu verstehen: Wer in Stupor und Mutismus erstarrt ist (Katatonie), ist nicht fähig, sich auf eine verbale Interaktion einzulassen. Er braucht anderes: z. B. bei ihm ausharren, mit ihm atmen, bewegen usw.

Wer in ängstlicher Erregung, gar Panik ist, braucht vor jeder Gesprächsmöglichkeit eine Beruhigung: geschütztes Milieu, Zuspruch, Trost, Vertrauen vermitteln, Psychopharmaka. Wer in aggressiver Erregung tobt, braucht Selbst- und Fremdschutz und Psychopharmaka (Neuroleptika).

Wer von Halluzinationen absorbiert oder besetzt ist, wird am ehesten über dieses Erleben sprechen können – im besten Fall lernen, dass er wirkliche Wahrnehmungen (z. B. die Stimme des Therapeuten) von den Halluzinationen unterscheiden kann – ein wichtiger Schritt kognitiver Differenzierung. Dann folgt die Möglichkeit, gemeinsam die «Botschaft» der Halluzinationen zu entdecken.

Wer im Wahn des Beobachtet- und Kontrolliertwerdens in Wänden Abhörinstallationen vermutet, kann mit dem Therapeuten gemeinsam seinen Argwohn überprüfen und sich beruhigen (jedenfalls für die Zeit der Präsenz des Therapeuten).

Oft hält eine Besserung nicht über die Zeit der konkret-aktuellen Beziehung mit dem Therapeuten an. Das liegt daran, dass das instabile, desintegrierte, dissoziierte, «löchrige», fragmentierte Ich des Patienten die an sich positive Erfahrung nicht bewahren kann, dass diese nicht nachhaltig weiter wirken kann, dass der Patient, allein, nicht darauf zurück greifen kann. Da hilft nur die geduldige Wiederholung, oft über Jahre. Wenn der Patient oder der Therapeut dabei in Ohnmachtsgefühlen verzagt, so muss der Therapeut es leisten, auf die Zukunft als eine bessere Möglichkeit hin zu arbeiten, im Wissen und in der Versicherung an den Patienten, dass alles Lebendige im Wandel ist und dass Wandlung zum Besseren möglich ist. In der über Jahre gehenden Langstreckenbetreuung kann der Erfolg solchen Durchhaltens in Unverzagtheit, Hoffnung, im Glauben an die Selbstheilungskräfte und die Besserungsmöglichkeiten oft erst spät eintreffen – und ist dann für Patient und Therapeut ein schöner Lohn der Ausdauer im Durchhalten. Das kann viel Kraft und gemeinsame Besinnung zwischen Patient und Therapeut, Therapeut und Supervisor erfordern.

Wenn der Patient misstrauisch negative Einwirkungen argwöhnt (z. B. gar den Therapeuten als Komplizen von Verfolgern), ist vom Therapeuten in seiner non-invasiven empathischen Präsenz die Schaffung einer Atmosphäre von Friede, Stille, Vertrauen, schlicht nur da zu sein, wohlwollend-heilsam zu begleiten zu leisten.

Wenn der Patient sich auch leiblich zerfallen fühlt, in Auflösung, Zerfließen, Absterben, braucht er zunächst in der therapeutischen Gemeinschaft der Dualsituation Hilfen beim Wiedergewinn seiner Gewissheit leiblicher Vitalität, Kohärenz, Abgrenzung, Aktivität, Identität: Gemeinsames Atmen, Bewegungen, Haltungen haben da den Vorrang, das Verbale ist nur Begleitung und Führung.

Erst wenn solche ich-rekonstruktive Arbeit wirkt, kommen psychotherapeutische Gespräche stärker zum Zug: über die Werdensgeschichte (Biographie), Vulnerabilität, Belastungen, Traumata, Klippen der Entwicklung, kritische

Ereignisse in der Vorgeschichte. In solchen Gesprächen kann dann auch das Spektrum des Selbsterlebens weiter erforscht werden: Selbsteinschätzung, Ich-Stärke, Verletzlichkeiten mit idiosynkratischen Triggern (Scham, Scheu, Schuld, Unsicherheiten, Selbstvertrauen u. v. a.) und psychohygienisch ungesundem, gar pathogenem Lebensstil (Isolation, Streit, sensorische Überschwemmung, psychoaktive Substanzen). Wenn Fehleinstellungen zur psychotischen Krise führten, kann das Erkennen dieser auch die Chance zur Veränderung und Neuorientierung bringen.

Dies in der Haltung gemeinsamer Untersuchung, wie Yalom (2010) dies einmal ausdrückte: «wollen wir das zusammen genauer anschauen». Der Therapeut braucht den Patienten, ohne sein Mittun (Kooperation) kann er höchstens Psychopharmaka applizieren und «Therapien» (Physio-, Ergo-, Beschäftigungstherapie u. a.) delegieren. Dann ist er aber nicht in einer therapeutischen Beziehung.

Es sollte deutlich geworden sein: Der Therapeut ist nicht der mächtige Heiler (als welche sich manche New-age Pseudoschamanen präsentieren), Gesundmach-Experte. Er muss sich bescheiden als Mittler (Bergführer, Lotse) zur Verfügung halten, der durch seine sympathetisch-empathische Begleitung in Geduld, Ausdauer, Zukunftsoffenheit den Selbststretungs- und Kompensationskräften des Patienten Förderung und Unterstützung gibt, sodass die Bedrohung durch die oder die faktische Ich-Fragmentation überwunden werden, Selbstgefühl wieder hergestellt und stabilisiert werden kann. Im Stichwort: *Therapie bedeutet hier Ich-Rekonstruktion und Ich-Konsolidierung*.

Ego-Rekonstruktion und -konsolidierung geschieht in Berücksichtigung der Einflussgrößen auf die Selbstwerdung aus dem somatischen, psychologischen und psychosozialen Bereich. Als didaktisches Schema mag dienlich sein:

Psychopharmaka mildern Angst und Erregung, helfen auch bei der Überwindung von Halluzination und Wahn. Ihre Wirkung eröffnet oft erst die Möglichkeiten von Psycho- und Soziotherapie. Leibtherapie ist unmittelbare Rekonstruktion

tion des ja immer auch leiblichen Ich/Selbst. Die Psychotherapie hängt von der Zugänglichkeit und Eignung des Patienten ab, seiner Gesprächsfähigkeit, seinen Möglichkeiten, Mentales, Kognitives und Affektives, Konflikte, Belastungen introspektiv zu erfassen und zu verbalisieren. Das Spektrum der Psychotherapie ist gross, von der impliziten (oft stummen) Wirkung in jeder Interaktion über die Stärkung des Realitätssinnes und Erfahrungsbewusstseins (kognitiv-behaviorale Therapien) bis zur biographisch-psychodynamischen Durcharbeitung der gegenwärtigen Situation und ihrer Werdensgeschichte. Psychoanalytische Techniken im engeren (klassischen) Sinn sind nicht angebracht, aber Elemente davon können gebraucht werden, am ehesten im ambulanten Setting (s. Benedetti 1964, 1983a, 1983b, 1987, Mentzos 1991, Rom 2007).

Die Grundpersönlichkeit mit ihrer Vulnerabilität und u. U. schlechtem Selbstschuttpotential, gefährdet sich zu verrennen, verirren, zu scheitern, ist wichtiger Arbeitsbereich der Klärung, oft Neulernen, die eigenen Grenzen und Schwächen besser zu berücksichtigen (was präventiv wichtig sein kann): sich besser zu behüten lernen.

Die Untersuchung, Klärung und nach Möglichkeit Beseitigung persönlicher und gesellschaftlicher (auch institutioneller) Hemmnisse der Wiederherstellung eines stabilen Ich/Selbst erfordert den Einbezug der Bezugspersonen, Familie, Milieuthherapie, Arbeitssituation usw.

Der Umgang, der zwischenmenschliche Austausch zwischen Patient und Therapeut¹ sollte möglichst lebensnah, alltagsbezogen, realistisch-bodenständig sein – und in einer Atmosphäre von Wohlwollen, Toleranz, flexiblem Eingehen auf die jeweiligen Aufgaben stattfinden. Das Spektrum dessen, was da zu leisten ist, ist riesig zwischen «unscheinbarer» Präsenz in Verlässlichkeit, Durchhalten im Fürsein, Sichzurverfügunghalten und gezieltem Handeln. Da sollte kein Raum sein für quasiesoterische Abgehobenheit im Tiefblick auf supponiertes Geschehen im persönlichen Unbewussten (Libidodynamik, Komplexe, Introjekte, Projektionen, projektive Identifizierungen, Kathexis- und Repräsentanzprobleme, grausam-sadistisches Überich, entfesselter Todestrieb u. ä.) oder im kollektiven Unbewussten (dessen Auf- und Einbruch die Jungsche Tradition annimmt).

Wie recht traf Esquirol (1827, S. 105) das Thema: «Man muss mit den Gestörten zusammen leben, um sich die richtigen Begriffe über die Ursachen, die Symptome, den Verlauf, die Krisen und Ausgänge ihrer Krankheitszustände zu verschaffen und um die unendliche Sorgfalt und die unzählbaren Einzelheiten zu schätzen, die die Behandlung erfordert.»

Diese Aufgabe ist gross und oft schwer: Menschen zu begleiten, denen das spezifisch menschliche Ich/Selbst «gestört» ist. In dieser Fragilität sind sie ein σύμβολον ἀνθρώπου, ein Bild des gefährdeten Menschen schlechthin – geschwisterliche Wesen in der Lebensbahn der Hominiden. Darin, solche Menschen zu betreuen, kann eine tiefe Bereicherung der eigenen therapeutischen Existenz erfahren werden, aus der immer wieder die Kraft zum Durchhalten kommt, den Patienten und sich nicht aufzugeben, zum Offenbleiben für neue Ansätze und Hilfen. Dies ist z. B. kultiviert in der buddhistischen Haltung von Sathipatthana (Achtsamkeit), verweilend in den Brahma-Viharas, metta (Güte), karuna (tätiges Mitgefühl, compassion), mudita (Mitfreude) und dem nötigen Abstand zum Geschehen in upekha (Gelassenheit). Diese Einstellungen sind Beispiel und Vorbild, auch ausserhalb jeder Konfession.

4 Literatur

- Benedetti, Gaetano (1964). *Klinische Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Benedetti, Gaetano (1983a). *Psychotherapie als existentielle Herausforderung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Benedetti, Gaetano (1983b). *Todeslandschaften der Seele*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Benedetti, Gaetano (1987). *Psychotherapy of schizophrenia*. New York: New York University Press.
- Bleuler, Eugen (1911). Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Gustav Aschaffenburg, Hrsg., *Handbuch der Psychiatrie*, Leipzig: Franz Deuticke, B. Spezieller Teil, 4. Abt., 1. Hälfte.
- Esquirol, Jean Etienne Dominique (1827). *Allgemeine und spezielle Therapie der Seelenstörungen*. Leipzig: Hartmann.
- Frank, Jerome D. und Frank, Julia B. (1991). *Persuasion and Healing*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Freud, S. (1943). Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). In: S. Freud, Hrsg., G.W. VIII, Frankfurt a.M.: S. Fischer, 239–316.
- Ideler, Karl Wilhelm (1835–1838). *Grundriss der Seelenheilkunde*. 2 Bände. Berlin: Enslin.
- Mentzos, Stavros (1991). *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rom, Josi (2007). *Identitätsgrenzen des Ich*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Scharfetter, Christian und Gaetano Benedetti (1978). Leiborientierte Therapie schizophrener Ich-Störungen. Vorschlag einer zusätzlichen Therapiemöglichkeit und grundsätzliche Überlegungen dazu. In: *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, Heft 2/78, 239–255.
- Scharfetter, Christian (1990). Liebe und Frieden. Meditation als Meta- und Metta-Therapie. In: H.J. Braun und K.H. Henking, Hrsg., *Homo Religiosus*, Zürich: Völkerkundemuseum Zürich, 203–215.
- Scharfetter, Christian (1995). *Schizophrene Menschen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Scharfetter, Christian (2000). Intersubjektivität und Interpersonalität bei Schizophrenen. In: *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, Heft 8/00, 533–536.
- Scharfetter, Christian (2004). Nähe und Ferne in der Psychotherapie. In: *Forum der Psychoanalytischen Psychosentherapie*, Heft 11/04, 86–94.
- Scharfetter, Christian (2010). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Scharfetter, Christian (2011). *Spurensuche in der Psychopathologie*. Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis.
- Yalom, Irvin David (2010). *Existenzielle Psychotherapie*. Bergisch Gladbach: EHP-Verlag Andreas Kohlhaage.

Anmerkung

- 1 Grundsätzliches zu diesem weiten Spektrum s. Scharfetter 1995 (Abschnitt VI, Therapie) mit weiterer Literatur.