

Eindrücken aus der Außenwelt wehrlos ausgesetzt als Gesunde.

Die „psychotische Realität“ z.B. im Wahnerleben oder in dem Erlebnis der Halluzination ist keine Realität, die trägt und Halt gibt (erste personale Grundmotivation nach A.Längle). In der Psychose dreht sich die intentionale Haltung des Menschen geradezu um: Nicht der Mensch wendet sich der Welt zu, sondern die Welt kommt auf den Kranken zu, und zwar in einer drohenden und die Persönlichkeit des Patienten zerstörenden Weise. Die Person selbst, wie Frankl schon hinwies, kann freilich nicht erkranken, kann aber in der Krankheit nicht voll in Erscheinung treten.

In den akutereren Phasen der Erkrankung, wenn es unter den typischen inhaltlichen und formalen Denkstörungen (Wahnerleben) und den Halluzinationen zu einem Zusammenbruch der Orientierung in der realen Welt kommt, sind Beziehung und Begegnung oft nicht oder nur mehr ansatzweise möglich. Es war immer wieder auffällig, wie wenig es den Patienten gelang, in eine Distanzierung zu dem typisch psychotischen Erleben des „Gemachten“ zu kommen (so werden die Gedanken nicht vom Patienten gedacht, sondern als ich-fremd von außen „gemacht“ erlebt), ganz im Gegensatz zum neurotischen Patienten. Die noetische Dimension ist sozusagen in der Psychose weitgehend entmachtet!

Wie sollte es da zu einer für die Therapie notwendigen tragfähigen Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten kommen? Psychotherapie ganz allgemein, als ein Arbeiten an Einsichten, Einstellungen, Verarbeiten von psychischen Konflikten oder emotionalen Problemen gelingt hier nach meiner Erfahrung kaum oder nur ansatzweise. Die für die Krankheit Psychose so typischen Kontaktstörungen schließen allerdings eine Begegnungsfähigkeit nicht absolut aus, worauf H. Tellenbach auf der GLE-Tagung 1991 hinwies. Er führte ferner dabei aus, daß die Gegenseitigkeit, das „Einander“, mehr oder minder abgewandelt sei. In der Wahnbegegnung fehle es „an der Wesenhaftigkeit des

Personalen“ (Tagungsbericht 1991, 94). Ferner fehle das Moment der Freiheit (bezüglich der ausführlicheren Darstellung wird auf den Tagungsbericht der GLE „Wertbegegnung“ 1991 verwiesen).

Während der akuten und subakuten Schübe sind psychotherapeutische Maßnahmen meines Erachtens von sehr begrenztem Wert, wenn damit der Morbus Schizophrenie kausal behandelt werden soll. Gerade hier eröffnen sich dem Therapeuten existenzanalytischer Herkunft die ihm eo ipso verfügbaren Möglichkeiten der personalen Haltung mit seinem „Bei-Sein“, Aushalten mit dem Kranken, um damit Halt zu geben, wenn die Psychose versucht, jeglichen Halt aufzulösen. (Hier sei an die Metapher Frankls erinnert, der in der Psychose die Person wie die Sonne hinter einer Wolke versteckt sieht).

Dies entspricht auch eigenen Erfahrungen, die zeigen, daß dem Psychotiker, soweit er akut erkrankt ist oder zu der oben von mir beschriebenen Patientengruppe gehört, Selbstdistanzierung und Selbsttranszendenz kaum gelingt. Auch die Paradoxe Intention ist Wahnerlebnissen und Halluzinationen gegenüber meines Erachtens nicht nur sinnlos sondern kontraindiziert. Wie sollte man auch solchen existenzbedrohenden Symptomen gegenüber Humor mobilisieren können! Die völlige Andersartigkeit der psychotischen Erlebensweise wird gerade durch den Vergleich mit der des Neurotikers (z.B. bei Angst/Phobie oder Zwängen) deutlich!

Eine Indikation für eine spezifische psychotherapeutische Behandlung, die über eine allgemeine Begleitung, Empathie, verbale oder nonverbale Interventionen hinausgeht, besteht bei Berücksichtigung der schizophrenen Symptomatik und der dadurch eingeschränkten Beziehungsfähigkeit des Patienten für die Zeiträume der Remission ohne akute psychotische Symptomatik. Sie setzt große Behutsamkeit und Erfahrung im Umgang mit Psychosekranken voraus um nicht per se zum Auslöser eines erneuten psychotischen Schubs zu werden.

Am ehesten hat sich mir bei leichteren psychotischen Störungen der Versuch der Dereflexion hilfreich erwiesen, also ein Zulassen der Störungen und Hinwendung auf anderes und andere, auf die trotz Psychose verbleibenden Möglichkeiten, im Sinne der Selbsttranszendenz.

Auch der Versuch in eher logotherapeutischer Vorgehensweise, den „Sinnhorizont“ zu erweitern, erwies sich nicht als sonderlich erfolgreich. Mein Eindruck beim Psychotiker, leider auch nach Abklingen des akuten Schubs, war, daß er am wenigsten den Satz bestätigen kann: „Auch dein Leben hat Sinn, auch unter diesen Bedingungen deiner Krankheit“.

Was allerdings bleibt - und hier gibt uns die Anthropologie der Existenzanalyse ein tragendes Fundament - ist eine Haltung dem psychotisch Kranken gegenüber, die ein annehmendes abwartendes „Bei-Sein“ ermöglicht, aus dem Wissen um die Person im Gegenüber, bis nach Abklingen der akuten Symptome wieder eine therapeutische und personale Begegnung möglich wird. Auch darauf hat Frankl schon in seinem „psychiatrischen credo“ hingewiesen.

Im nicht-akuten Stadium der Erkrankung sind bei Symptomfreiheit und fehlender sogenannter Defektbildung (auch Residualsyndrom genannt) alle existenzanalytischen und logotherapeutischen Methoden möglich. Wenn die Beeinträchtigung durch die psychotischen Symptome wegfällt und eine psychische Stabilisierung und Ich-Stärke eingetreten ist, kann -immer mit der nötigen Vorsicht - ein biografischer Einstieg versucht und an der Einstellung zur schicksalhaften Erkrankung (Einstellungswerte) gearbeitet werden. Der Versuch, auf den Bedeutungsgehalt des Wahns einzugehen, also warum ein Patient gerade sein ganz typisches Wahnsystem entwickelt hat, scheiterte meist daran, daß der Patient im symptomfreien Intervall oft jeglichen Bezug und Zugang zu seinem krankhaften Wahnerleben verloren hatte. Es war bildhaft gesprochen tatsächlich so, wie wenn sich ein Nebel völlig auflöst hätte.

Grenzen und Gefahren der Psychotherapie mit schizophrenen Menschen

Der Versuch, durch Psychotherapie die Erkrankung selbst positiv verändern zu wollen, erscheint mir allerdings unrealistisch, vielleicht mit einer Ausnahme, nämlich durch verhaltens-therapeutische „Strategien“ die Symptomatik positiv zu beeinflussen.

Hier werden aus meiner psychiatrischen Sicht oft die Fähigkeiten nicht-psychiatrischer Psychotherapeuten durch eher ideologische Grundannahmen weit überschätzt.

Spontanremissionen, also ein Abklingen der psychotischen Symptomatik, die auch ohne jegliche Therapie eingetreten wären, werden als Erfolg eigener therapeutischer Bemühungen uminterpretiert!

Als gefährlich sehe ich die Haltung an, die Psychose ausschließlich als Folge psychischer und/oder sozialer Traumata zu deuten und dem Patienten die Notwendigkeit der medikamentösen (oft einzig wirksamen!) Behandlung auszureden.

Eine weitere gefährliche Einstellung sehe ich ebenfalls aus der Richtung von Therapeuten, denen psychiatrische Kenntnisse fehlen. Ein erst kürzlich erlebter Fall aus der eigenen Praxis soll dies kurz veranschaulichen: Ein mir seit Jahren bekannter Patient mit einer eher milden Verlaufsform einer paranoiden Psychose (er glaubte, am Arbeitsplatz von anderen beobachtet zu werden, man rede über ihn usw.) reagierte stets prompt auf kleine Mengen eines neuroleptischen Medikamentes. Die Störungen klangen damit immer wieder rasch ab.

Auf Anraten von Bekannten begab sich der Patient in Psychotherapie bei einer nicht-psychiatrischen Therapeutin (es war keine Existenzanalytikerin!). Die Therapeutin nahm in guter therapeutischer Manier den Patienten ernst - und damit auch das Wahnerleben des Patienten. Ein dreiviertel Jahr lang wurde an der „Problematik gearbeitet“ und zwar fatalerweise in der Art, daß der Patient lernen sollte, mit dem „Mobbing“ am Arbeitsplatz umzugehen und sich zur Wehr zu setzen. Das

Wahnhaftes, also die Pathologie der Störung, wurde in dem gesamten Zeitraum nicht erkannt, der Patient immer mehr in seinen Wahn hineingetrieben. Die katastrophale Folge für den Patienten war die Kündigung durch den Arbeitgeber, ein langer Arbeitsprozeß mit Rentenantrag! Mit dem Neuroleptikum war bislang eine ähnliche Störung meist innerhalb von 3-4 Wochen soweit abgeklungen oder unter Kontrolle, sodaß der Patient nicht einmal am Arbeitsplatz krankheitshalber fehlen mußte!

Zurück zu den psychotherapeutischen Möglichkeiten, die ich als wichtig erachte: Die Arbeit mit dem Patienten in Richtung Annahme der schweren und nicht vollständig beherrschbaren Erkrankung, mit dem Ziel, das Leben mit der Behinderung durch die psychische Erkrankung annehmen zu lernen (entsprechend dem diesjährigen Tagungsthema!). Auch im logotherapeutischen Ansatz mit dem Aufsuchen verbleibender lebbarer und sinnvoller Bereiche sehe ich einen lohnenden therapeutischen Versuch. Für mindestens ebenso wichtig halte ich aber die sozialtherapeutischen Maßnahmen zur Wiederherstellung von festen Grenzen und Tagesstrukturen, sozialen

Beziehungen, sowie ergotherapeutische Trainingsmethoden zur Stärkung von Konzentration und Ausdauer. Hier fehlt es nur leider weitgehend an wirklich sinnvollen und motivierenden Angeboten! Kein wirklicher „Wert“ vermag den Patienten aus seiner krankheitsbedingten Antriebsschwäche herauszulocken!

Der derzeitige Stand psychotherapeutischer und auch existenzanalytischer Behandlungsmöglichkeiten bei der schizophrenen Psychose erscheint mir auf dem Hintergrund meiner eigenen Erfahrungen noch als sehr dürftig, verglichen mit Erfolgen bei neurotischen Störungen. Die Hoffnung bleibt aber, daß mit zunehmender Ausgestaltung auch existenzanalytisch/ logotherapeutischer Methoden und zunehmender Erfahrung sich die Situation verbessern dürfte.

Interessiert wäre ich auch an den Erfahrungen, die andere Kollegen im therapeutischen Umgang mit Psychosen gemacht haben.

*Anschrift des Verfassers:
Dr. Walter Winkhofer
Nymphenburgerstraße 139
D-80636 München*

Nachtrag zu EXISTENZANALYSE 2/96

Eine Anmerkung zur Anwendung der Existenz-Skala

Im letzten Heft der Existenzanalyse haben A. Längle und Ch. Orgler eine Interpretationsanleitung zur Existenz-Skala publiziert. Frau Univ. Doz. Dr. Elisabeth Wurst hat uns daraufhin auf einen Umstand aufmerksam gemacht, der sowohl wissenschaftlich als auch berufspolitisch von Bedeutung ist. Wir möchten ihre Anregung im Folgenden weitergeben.

Grundsätzlich ist die „klinisch-psychologische Diagnostik hinsichtlich Leistungsfähigkeit, Persönlichkeitsmerkmalen, Verhaltensstörungen, psy-

chischen Veränderungen und Leidenszuständen sowie sich darauf gründende Beratungen, Prognosen, Zeugnisse und Gutachten etc.“ durch das Psychologengesetz dem Psychologen vorbehalten. Dieses Gesetz gilt für Österreich (in anderen Ländern ist es anders bzw. nicht geregelt). Jede Anwendung der Existenz-Skala, die also zum Zwecke der Befunderhebung, der Gutachtenerstellung oder Evaluation dient, die über den Rahmen der Psychotherapie hinausgehen, ist daher in Österreich berufsrechtlich den Psycho-