

Psychotherapie für Schizophrene

Historischer Überblick und Grundsätze*

■ Ch. Scharfetter

Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich

Summary

Scharfetter C. Historical development and principles of psychosocial therapeutic interventions for schizophrenics. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 1999;150:217-24.

The historical development of psychosocial therapeutic interventions for schizophrenics shows a certain convergence of principles. The common aim is the reconstruction of the disordered ego and the regain of the lost functions of sense of reality, self-governing and interpersonal relations. Whereas the principles of a person related and need adapted psychotherapy are known since the 19th century, neither "classical" academic psychiatry nor the traditional mental hospitals did provide them adequately. Thus, alternative "parainstitutional" facilities were developed (like Soteria or Windhorse).

Keywords: schizophrenia; psychotherapy; ego disorder; alternative treatment methods

Zusammenfassung

Die grossen geschichtlichen Entwicklungslinien und Prinzipien der Psychotherapie für heute schizophrene genannte Menschen zeigen eine gewisse Konvergenz. Schon vor der Krankheitskonstruktion Schizophrenie waren sie erfahrenen Klinikern bekannt. Menschenbild, Krankheits- und Psychopathologieverständnis sind wichtige Grundlagen für einen bedürfnis- und zugänglichkeitsangepassten Therapieplan. Bei den Schizophrenen geht es zentral um die Störung des Ich. Psychotherapie hat Rekonstruktion zum Ziel. Die Entfaltung psychosozialer Angebote im 20. Jahrhundert bis zu parainstitutionellen Spezialangeboten (Soteria, Windhorse) entstand aus der Erfahrung, dass das

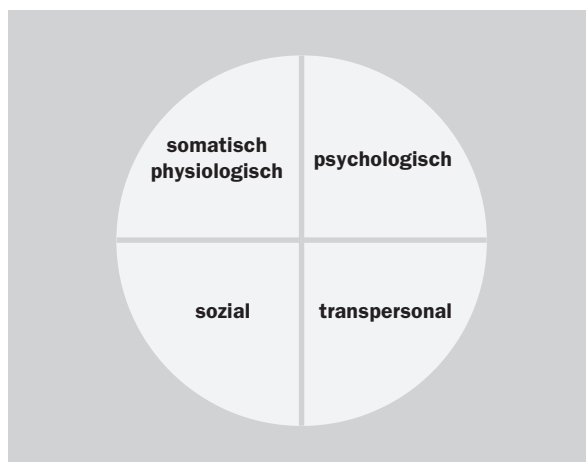
traditionelle psychiatrische Hospital nicht der beste Ort für psychosoziale Wiederherstellung ist.

Schlüsselwörter: Schizophrenie; Psychotherapie; Ich-Störung; alternative Behandlungsangebote

Einleitung

Jede Therapie sollte «zur Wiederherstellung und Festigung des Ich» (Griesinger 1861 [1]) beitragen. An die Stelle der Psychoanalyse trete mehr Psychosynthese, so formulierte es Benedetti 1978 [2]. Psychosynthese geschieht in teilnehmender und im Verstehen klärender Interaktion. Sie ist nie nur verbal, nie nur kognitiv, immer auch affektiv-emotional, nicht nur dual, sondern sozial-interpersonell, und sie muss den Körper in die Rekonstruktion einbeziehen.

Das Menschenbild



Das Menschenbild, an dem sich sowohl ätiopathogenetische als auch therapeutische Überlegungen orientieren können, wird somatisch-physiologische Defizite und Einwirkungen in Betracht ziehen. Im psychologischen Bereich geht es sowohl um

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Christian Scharfetter
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Postfach 68
CH-8029 Zürich

* Vortrag am 3. September 1998 an der Tagung der Psychiatrischen Klinik Schlössli Oetwil a. S.: Aktuelle psychotherapeutische Ansätze in der Schizophreniebehandlung

neuropsychologische Einzelfunktionen, um Intelligenz, Affekt, Intentionalität, Antrieb, Wille, als auch um Ich-Stärke, Selbstbild, den Charakter, die Grundpersönlichkeit in ihren anlagemässigen und auch lebensgeschichtlich gewordenen Wesenszügen, um Schwächen, aber auch um erhaltene Möglichkeiten (Ressourcen). Im sozialen Bereich sind die interpersonellen Fähigkeiten und Schwächen, der persönlichkeitskennzeichnende Stil zwischen den Polen Rückzug und Verströmen zu beachten.

Im mikrosozialen Bereich geht es um Partnerschaft, Beziehung in der Familie, im Freundeskreis und am Arbeitsplatz, im makrosozialen Bereich um soziokulturelle Stile, Familien- und Kommunikationsstrukturen, Wertwelt, Normenforderungen der Gesellschaft, deren intolerante Ausgliederungstendenzen oder deren tolerantes Verbleibenlassen oder Aufnehmen von Menschen mit sonderbarem Verhalten. Im transpersonalen Bereich geht es um personüberschreitende, religiös-spirituelle Einstellungen, Werte, Haltungen, Übungen (z.B. Meditation), Kontakte (z.B. Sekten).

Woher weiss der Psychiater, was der Schizophrene therapeutisch braucht?

Was haben wir denn eigentlich zu behandeln, wenn wir Schizophrenien therapieren möchten? Gehen wir wenigstens in einer kurzen Besinnung der nur scheinbar so selbstverständlichen Frage nach. Denn so viel ist klar: die Attribution der diagnostischen Konvention «Schizophrene Störung» (sei es nach DSM oder ICD) sagt noch nichts über dieses Menschen Behandlungsbedürftigkeit, noch weniger über seine/ihre Behandlungszugänglichkeit aus. Gewiss sind Symptome mehr als bloss pathognostische Zeichen, die die Zuordnung zu einer diagnostischen Kategorie erlauben. Manche Symptome eignen sich auch als Zielsymptome (target symptoms) für psychopharmakologische Einflussnahme.

Aber: Symptome sind mehr. Und es ist die Aufgabe des Psychopathologen, darauf hinzuweisen. Symptome sind Indikatoren

- der Betroffenheit von Defiziten, Verlusten, Verminderung bestimmter Erfahrungen (im Falle der Schizophrenien besonders der Ich-/Selbsterfahrung [3]) und Fähigkeiten (Realitätsbewusstsein, Selbststeuerung, Partizipation am gemeinsam menschlich Verbindenden).
- der therapeutischen Bedürftigkeit. Symptome geben also wichtige Hinweise darauf, was der Patient als Nah- und Fernziel der Therapie wiederhergestellt haben sollte.

- der Therapieansprechbarkeit. Der Stand der Selbstrettungsbemühungen, der autotherapeutischen Anstrengung, der Versuche, die Störung zu überwinden, und ihre Erfolge zeigen dem Psychopathologen, der gleichzeitig Psychotherapeut ist, was der Patient brauchen, verwerten, aufnehmen kann.

Psychopathologie sollte helfen, Zielgruppen für Therapieangebote herauszuarbeiten:

- Welche schizophrenen Menschen können vor allem von Psychopharmaka profitieren?
- Welche sind für individuelle sprachabhängige Psychotherapie nach Art der Psychoanalyse zugänglich und können da mitmachen?
- Welche Patienten brauchen neuropsychologisches, kognitives Training?
- Welche Art von interpersonellem Lernen ist für Rückzügler, welche für grenzenlos, distanzlos Vereinnahmende, Verfliessende nötig und möglich?
- Welche Patienten sind geeignet, in einer Stärkung ihres Observer-Ego Kontrolle über ihre Symptome zu erhalten, Ziel kognitiv-behavioraler Techniken?
- Welche Patienten profitieren von einer starken Einbeziehung der Familie, welchen schadet dies?
- Welcher Kranke gewinnt von Gruppenbehandlung, welcher ist dabei überfordert?
- Wer seine Störung stark im Leib austrägt, ruft nach einem Einbezug des Leibes in die therapeutische Rekonstruktionsarbeit.
- Was bieten wir den entmutigten, resignierten, passiv-apathisch-adynamischen Patienten an?
- Wie steuern wir Verwöhnungshaltungen entgegen, wie Verwahrlosung, wie Institutionalismus?

Das nosopietische Konstrukt «Schizophrenie»

Die Ära vor 1890 gilt als die Nosographie-Zeit: zahlreiche Versuche, die Vielgestaltigkeit im Querschnitt und Verlauf von mentalen Störungen in Typen zu fassen, Systeme aufzustellen, einzelne Krankheiten nach Symptomatik und Verlauf als eigene herauszuheben (z.B. Kahlbaums Katatonie und Hebephrenie, die primäre Monomanie u.v.a.). Die Einteilung nach Ursachen war weithin nicht möglich. Die Zusammenschau zu einer Einheitspsychose war allzu klinisch fern.

Die Einteilung in symptomatische (damals symptomatisch genannte) Psychosen und idiopathische (i.S. der späteren endogenen) war ein wichtiger Schritt (Ideler 1835 [4]).

Da setzt das nosopietische Werk von Emil Kraepelin ein: Von 1896 an sammelte er alle durch depressive und manische Schwankungen gekennzeichneten psychischen Krankheiten als «Gemütskrankheiten» zusammen (die Vorgänger der «affective disorders» der DSM), und gleichzeitig subsummierte er die nach seiner Auffassung durch frühen Beginn und negativen Verlauf zu einer nicht-intellektuellen Demenz führenden non-affektiven Krankheiten unter der von Morel übernommenen Bezeichnung *Dementia praecox* [5].

Eugen Bleuler folgte ihm mit gewissen Vorbehalten gegen den frühen Beginn und die ominöse Prognose. Und Eugen Bleuler schlug (1908, 1911) den Namen Schizophrenien vor, der gut in Substantiv und Adjektiv handhabbar war und der die von Kraepelin und Bleuler und vielen Zeitgenossen getragene zentrale Störung zum Ausdruck brachte: nämlich die Uneinheitlichkeit, Unverbundenheit, Zerspaltung der Person des Kranken, seines Ich [6].

So verband sich in den Schizophrenien das gar rigorose nosographische Konstrukt Kraepelins mit dem Dissoziationsmodell. Damit war implizit auch die psychische Schwäche, die Psychasthenie, die Synthese-Schwäche, die Ich-Schwäche als Desintegrationsbereitschaft angesprochen: Prädisposition, Vulnerabilität (Canstatt 1841 [7]).

Die Ich-Störung des Schizophrenen

Die Schizophrenien sind eine person- und zeitgeistabhängige Krankheitskonstruktion. Bis heute sind keine genügenden Validitätskriterien für einen *Morbus schizopreniae* aufgewiesen. Die Ätiologie scheint ähnlich vielfältig wie Querschnitte, Verlauf und Ausgang. Auch die neurologischen und genetischen Befunde sind vor allem durch Uneinheitlichkeit gekennzeichnet. – Was bleibt als gemeinsamer Nenner? Es ist meines Erachtens die Ich-Störung in ihren basalen Dimensionen von Vitalität, Aktivität, Konsistenz-Kohärenz, Demarkation und Identität. Einzelne Beiträge dazu gehen schon in den Beginn des 19. Jahrhunderts zurück. In den letzten Jahren ist die Systematik dieser Ich-Störungen so entwickelt worden, dass sie reliabel und valide beforscht werden kann [3, 8].

Der gemeinsame experientielle, d.h. Erfahrungsnenner dieser heterogenen Krankheit ist die Ich-Störung. Es geht um den Bestand dieses Ich in den basalen Erfahrungsdimensionen, ob es sich um ein spontan entwickeltes oder reaktiv ausgelöstes oder um ein durch Psychedelika induziertes schizophrenes Syndrom handelt.

Allgemeine psychotherapeutische Prinzipien

Die allgemeinen Grundsätze, die der «Spaltung des Ich» (Esquirol [9]), der «Störung der Ich-heit» (Heinroth 1825 [10]) entgegenwirken, sind seit alters her bekannt. Wir finden sie schon in den altindischen Schriften der Medizin (Characa und Shushruta Samhita, s. Scharfetter [11]) und in der arabischen Medizin. In Europa tauchen die lebenskräftigen und bodenständigen Kliniker nach der Dämonologie des Mittelalters erst spät auf. Es sind achtbare Grundsätze der Behandlung, des Umgangs, der Betreuung und Unterbringung. Sie sind nicht gebunden an eine bestimmte Diagnose. Sie sind in Stichworten zu nennen, therapeutische Antithesen gewissermassen:

Der Isolation entgegen

- Zuwendung, Begleiten, Dabeisein in Empathie und Sympathie
- Beziehung herstellen in Dualität, Gruppe
- Gemeinschaft anbieten
- behutsame Nähe-/Distanzregelung

Der Alienation entgegen

- gemeinsame Realität festigen
- Alltagswirken, -tätigkeit festigen
- Bodenständigkeit des *Humanum commune*

Der Unklarheit, Verwirrung, Verirrung, Derealisation, dem Wahn entgegen

- Klarheit im Bezug zur sachlichen und zwischenmenschlichen Realität
- Eindeutigkeit
- Einfachheit
- Echtheit
- klare Strukturvorgaben in Tätigkeit, Tagesstruktur, Beziehungsbereich

Der Selbstentwertung, Selbstzerstörung, Selbstaufgabe entgegen

- Achtung, Respekt, Zutrauen, Verstehensangebote
- Selbstachtung fördern
- Selbstfürsorge üben
- Selbstverantwortung (gegen Globalentmündigung)

Der Überaktivität entgegen

- Lenken in schadenfreie, ermüdungsfördernde Aktivitäten
- Abschirmung von Reizüberflutung in Familie, Arbeitsplatz, Institution

Der Adynamie, Passivität, Apathie entgegen

- Anregen, Ermuntern
- Aktivieren, Führen
- Strukturangebote, Ziele vorgeben
- Über- und Unterforderung vermeiden

Diese allgemeinen Grundsätze der Behandlung ergeben bereits eine lange Liste. Die Kunst des Kliniklers ist die dem Patienten, seinen Bedürf-

nissen und seiner Zugänglichkeit angepasste Komposition des Gesamtbehandlungsplans.

Hören wir dazu *Esquirol* zu Beginn des 19. Jahrhunderts: Der grosse französische Psychiater Jean Etienne Esquirol hat schon zu Beginn des letzten Jahrhunderts klare Richtlinien für den differenzierten Umgang mit psychisch Kranken gegeben. Er betonte dazu auch, wie wichtig eine genaue Kenntnis des Kranken in vielen Lebensbereichen sei, um überhaupt die richtigen Massnahmen zu finden.

«Man muss mit den Gestörten zusammenleben, um sich richtige Begriffe über die Ursachen, die Symptome, den Verlauf, die Krisen und den Ausgang ihrer Krankheitszustände zu verschaffen und um die unendliche Sorgfalt und die unzählbaren Einzelheiten zu schätzen, die ihre Behandlung erfordert» ([9], 105f., [12]).

Auch dort ist schon klaggestellt, dass die Akutkranken vor allem Ruhe, Stille, «moralische Ruhe» (125), im Sinne von psychisch-affektiver Beruhigung, brauchen. Regelmässigkeit und Ordnung des Lebens, Beschäftigung, Unterhaltung, auch mit Musik und Schauspiel, sind da schon abgehandelt.

Sehen wir wenigstens in grossen Schritten die historische Entwicklung dieser Therapietradition.

So lesen wir bei *Griesinger* (1861) [1], es müsse ein ausgewogenes Verhältnis zwischen psychischen und somatischen Heilmethoden geben (471), es brauche «eine wahrhaft persönliche, die leibliche und geistige Natur zugleich fassende Behandlung» (472). Die Behandlung muss ganz dem einzelnen kranken Individuum angepasst werden: «Nirgends ist das Bedürfnis strengen Individualisierens grösser ... nirgends ist ein stetiges Bewusstsein darüber notwendiger, dass nicht die Krankheit, sondern ein einzelner Kranker, nicht die Tobsucht, sondern ein tobsüchtig Gewordener das Objekt unserer Behandlung sei.» (472)

Zu den allgemeinen Behandlungsmassnahmen gehört ein «gehörig reguliertes Mass von Ruhe und Arbeit». Bei den akuten Zuständen hat Ruhe, Stille, Vermeidung von Gedränge und zwischenmenschlichem Bedrängen den Vorrang, später dann Anregung, Aktivierung zur Tätigkeit (475).

Das Ziel der Behandlung: «Dabei soll das Gesunde im Kranken, das alte Ich gestärkt und gekräftigt werden, vor Unterdrückung und Zerfall bewahrt werden» (499).

Dabei ist zu berücksichtigen: «Alles, was die Anhänglichkeit an das gesunde vergangene Leben, seien es Familienbände, die alten Beschäftigungsweisen und dergleichen erregt, dient zur Kräftigung des Ich» (500).

«Unter den einzelnen psychischen Mitteln scheint uns die zweckmässige Beschäftigung des Kranken das Erste und Wichtigste zu sein» (500).

Bei schweren Fällen geht es vor allem darum, «den Kranken durch Arbeit, klare Ordnung, Zucht und Reinlichkeit vor tieferem leiblichen und geistigen Versinken zu bewahren und seine Existenz durch wohlwollende freundliche Behandlung, durch Gestattung all des Lebensgenusses, dessen er vermöge seiner Krankheit noch fähig ist, so günstig als möglich zu gestalten» (515).

Gegen die Selbstisolierung und Alienation ist eine Berücksichtigung interpersoneller Umgangsformen wichtig: «Man muss vielmehr durchaus auf Erhaltung einer gewissen Sozialität sehen, in welchem die Formen des gesunden Umgangs beobachtet werden, und es muss ergriffen werden, was den Kranken vor weiterer Entfremdung gegen die Welt bewahrt. Hierzu dienen gemeinsame Vergnügungen, Gesellschaften, Spaziergänge und ... die zunehmende Berührung mit Gesunden ... es darf die Beschränkung des Kranken durchaus nicht weiter gehen, als sein Zustand es erfordert.»

Ähnliche Ratschläge zu den allgemeinen Behandlungsprinzipien gibt *Eugen Bleuler* (1911) [13]: Der Abschnitt 11 über die Therapie ist sehr schmal in der so bedeutsamen Monographie. Bleuler gibt offen zu, dass man ausser allgemeinen Hinweisen zur Behandlung keine Regeln aufstellen kann. Dennoch sagt er zu Beginn ganz klar: «Die Therapie der Schizophrenie ist wohl die dankbarste für den Arzt, der nicht die natürliche Heilung einer Psychose unrechtmässigerweise seinen Massnahmen zuschreiben will.» (380) Es wird auch klar bekannt: «Wir kennen bis jetzt keinen Eingriff, der die Krankheit als solche zur Heilung oder nur zum Stillstand geben könnte.» (381) Bleuler ist auch skeptisch gegenüber der Anstaltsbehandlung und gesteht klar: «Die Anstalt als solche heilt die Krankheit nicht. Sie kann aber erziehen und kann akute durch psychische Einflüsse erzeugte Aufregungszustände verschwinden machen. Sie bringt dabei die Gefahr, dass der Kranke dem normalen Leben zu sehr entfremdet wird und auch die Angehörigen sich an die Anstalt gewöhnen.» (383) «Die Behandlung unter normalen Umständen und in gewöhnlicher Umgebung ist ... vorzuziehen. Der Kranke soll nicht in die Anstalt kommen, weil er an Schizophrenie leidet, sondern nur dann, wenn eine bestimmte Indikation dafür da ist.» (383)

Die allgemeinen Aufgaben der Behandlung sind Erziehung und Herstellung des Kontakts mit der Wirklichkeit, d.h. Bekämpfung des Autismus (385).

Auch Bleuler hält die Arbeitstherapie für sehr wichtig: «Sie übt die normalen Funktionen der

Psyche, gibt unaufhörliche Gelegenheit zu aktivem und passivem Kontakt mit der Wirklichkeit, übt die Anpassungsfähigkeit, zwingt den Patienten den Gedanken ans normale Leben draussen auf.» Zusätzlich kommt künstlerische Betätigung, Sport, Unterhaltung zur Anwendung (386).

«Die Erziehung der Kranken muss namentlich auf Selbstbeherrschung gerichtet sein. Damit ist zugleich eingeschlossen die Beherrschung mancher Krankheitssymptome. Viele Kranke können lernen, die Aufregungen zu unterdrücken, den Halluzinationen keine Folge zu geben, sich nicht von ihnen aufregen zu lassen, schlechte Gewohnheiten abzulegen. Intelligenter Leute von guten Anlagen bringen es in einzelnen Fällen zu einer bewundernswerten Selbstbeherrschung.» (386)

«Eine besondere Aufgabe der Anstaltserziehung ist die Gewöhnung an die Freiheit. ... viele verlieren nach einiger Zeit die Fähigkeit dazu, wenn man nicht besonders darauf achtet. Man muss sie also durch die Gewährung von Freiheit, durch Ausgänge, Urlaube, Probeentlassungen, ev. auch durch selbständige Arbeit in der Anstalt daran gewöhnen.» (387)

Emil Kraepelin (1909–1915) hat nichts über Griesinger hinaus zur Therapie beigetragen. Sein Wort aber soll im Gedächtnis bleiben: «Der oberste Grundsatz der psychischen Behandlung ist Offenheit und unbedingte Wahrheitsliebe.» [5]

Auch später folgen viele Kliniker diesen Prinzipien. Leider impliziert das dem Kraepelinschen Modell inhärente Somatosepostulat (das auch heute in der sog. biologischen Psychiatrie dominant ist) die Gefahr, dass sich die Psychiater auf somatische Behandlungsverfahren als die allein «wirklich wirksamen» beschränken und Psycho-Soziotherapie vernachlässigen. Andere Psychiater zogen sich von der Person des Kranken zurück in die Konstruktion von Krankheitssystemen und rigiden Symptomreihungen für die Diagnostik (Kurt Schneider). Wieder andere kollidierten mit ihren Patienten in dem Bemühen, ihre Wahnentwicklungen verständlich zu machen (Gaupp), oder benützten den Patienten zur Errichtung einer nicht mehr Therapie-gerichteten interpersonell bewährten Hermeneutik, sondern eines Denkbauwerks aus eher weltfernen religio-philosophischen Worten. Die grauhafteste Verirrung psychisch Kranken gegenüber geschah im 20. Jahrhundert in der Vernichtung von Psychiatriepatienten im Nationalsozialismus.

Die *Psychoanalyse* brachte – trotz Freuds Diktum von der Unzugänglichkeit Schizophrener für Psychoanalytische Therapie – in Federn einen engagierten Schizophrenietherapeuten hervor. In der Blüte der Psychoanalyse in den USA gab es

viele solche Angebote. Die Klinik Chestnut Lodge, Frieda Fromm-Reichmann, Searles, Arieti, Lidz und verschiedene andere wären da zu nennen. Sie befruchteten wieder die europäischen Ursprungsländer. In der Bleulerschen Klinik traten Christian Müller und Gaetano Benedetti dafür ein. Benedettis psychotherapeutischer Ansatz entwickelte sich weiter zu einer stärker an Psychosynthese engagierten Psychotherapie, an der partizipativen Transformation der Psychopathologie i.S. ihrer Positivierung [2, 14].

Christian Müller in Lausanne förderte mit seinen Schülern (Kaufmann) die *Familientherapie*. Sie gewann starken Einfluss und drängte die Einzeltherapie zurück.

Auf psychoanalytischem Boden entstanden stärker eingreifende, strukturierende, gar manipulative therapeutische Strategien. Stellvertretend sei Mara Selvini-Palazzoli aus Mailand genannt.

In Wien hatte Raoul Schindler die *Gruppentherapie* entwickelt. Die Idee der Gemeinschaft half zusammen mit der grösseren Offenheit auf intrafamiliäre Kommunikation und Sensibilität auf das interpersonelle Klima (Milieu) in Kliniken, auch in der z.T. antipsychiatrischen Opposition gegen bestehende, Institutionalismus züchtende Anstalten, die *Milieuthérapie* zu entwickeln. Die Schaffung therapeutisch-rehabilitativ aktiverer und demokratischer (gegen autoritär-kustodial) Kleinheiten ging von der Anregung von Maxwell Jones aus. Ältere Vorbilder wie die Familienpflege, besonders Geel in den Niederlanden, Fox im York retreat (UK), sind Vorbilder, ähnlich die «tätige Gemeinschaft» im Sinne Bleulers, die Respektierung der Selbstheilungskräfte (Ideler [4], Klaesi [15], Max Müller [16]).

Die *therapeutische Gemeinschaft* von Maxwell Jones wieder war prägend für Ronald D. Laing, der seine Spaltung in der antipsychiatrischen Verleugnung von Psychosen einerseits in den engagierten «Reisebegleitungsangeboten» von Kingsley Hall austrug, ehe er in Schriftstellerei und Alkoholabhängigkeit dem Psychiatriefortschritt verloren ging.

Maxwell Jones und R. D. Laing waren wichtige Quellen für Lauren Moshers *Soteria-Projekt*. Von daher breitete sich die Soteria-Bewegung aus. Durch Ciompi wurde in Bern ein vergleichbares Angebot erstellt. Was Luc Ciompi [17] in seinem Buch «Affektlogik» im Kapitel 7, *Therapeutische Konsequenzen*, schreibt, ist eine der besten Zusammenfassungen dieser allgemeinen Therapiegrundsätze in der Linie der Bleulerschen Psychiatrie (der Ciompi über Christian Müller nahe steht). Zum heutigen Stand der kombinierten therapeu-

Tabelle 1 Wechselwirkung von intrapersoneller Erfahrung und interpersoneller Situation: Gefahr reziproker Verstärkung.

Selbst	
intrapersoneller Aspekt	interpersoneller (psychosozialer) Aspekt
<p>Patient:</p> <p>disorganisiert (Chaos)</p> <p>dissoziiert (Kohärenz-Verlust)</p> <p>gestört:</p> <p>Selbsterfahrung (Ich-Psychopathologie)</p> <p>interpersonale Situation</p> <p>Realitätskontrolle</p> <p>Bedeutungserleben</p>	<p>Bezugspersonen*: (heilsame vs. unheilsame Interaktion):</p> <p>Einigkeit vs. Divergenz bis Konflikt über Haltung, Verhalten, therapeutische Interaktionen, Krankheitskonzept</p> <p>geschlossenes Team vs. «staff split» strukturierend, grenzsetzend, edukatorisch</p> <p>autoritär vs. unklar, Grenzverwischung, Treibenlassen</p> <p>Gegenübertragung kontrolliert vs. unkontrolliert</p> <p>gütig, tolerant, liebevoll vs. feindselig, entwertend, herabsetzende Kritik</p> <p>klarer «bodenständiger» Realitätsbezug vs. Symbolismen, Metaphern, «Mystifizierungen»</p> <p>einfach vs. kompliziert transparent vs. diffus, konfus</p>
<p>* Partner, Angehörige, Behandlungsteam, Therapeut, Gesellschaft</p>	

tischen Angebote siehe Falloon et al. [18], Mace und Marginson [20], Müller [21].

Im therapeutischen Milieu muss besonderes Augenmerk gerichtet werden auf die Wechselwirkung von intrapersoneller (Selbst-) Erfahrung und interpersoneller Situation, damit nicht aus heilsamer Interaktion eine unheilsame gegenseitige Verstärkung wird.

Eine besonders feine, subtile, liebevoll achtsame Therapie möchte ich noch herausheben: es ist *Edward Podvolls Windhorse-Projekt* [22]. Im Namen ist schon seine Befruchtung durch den tibetischen Buddhismus deutlich, der hier westliche Psychotherapie und die milieutherapeutische Bewegung von Jones über Laing zu Mosher bereichert. Inseln der Klarheit schaffen, verbreiten, verbinden, das geschieht in achtsam realitätsbezogenem Miteinander – eine sehr elementare Form von Psychotherapie. Ähnliche parainstitutionelle Angebote gibt es inzwischen viele (s. Warner [23]).

Daneben entwickelten sich die institutionellen, parainstitutionellen und ambulanten Angebote weiter: von der Einzel- zur Gruppentherapie, von der Patientenbezogenheit zur Familientherapie, von der psychoanalytischen Psychodynamik zur Kommunikationspsychologie, von der Psychoanalyse zur Psychosynthese. Von der sinnvollen klinischen Eklektik zum Management des Patienten. Vom gar laborartigen kognitiven Training zum Einbezug der affektiv-emotionalen Bereiche und zur Verbindung mit dem Üben interpersonellen

Austausches. In all diesen Angeboten können kognitiv-behaviorale Elemente eingebaut werden zur Stärkung von Erfahrungs- und Realitätsbewusstsein, Unterscheidenlernen, Distanzieren (Dereflexion, Benennen, Humor), Separieren.

Und schliesslich besann man sich auch wieder auf die Leiblichkeit des Schizophrenen. Seine Ich-Störung wird auch im Körper-Ich, im Leib-Bewusstsein ausgetragen – und das ruft danach, den Körper in die rekonstruktiv therapeutische Arbeit einzubeziehen: Die Rekonstruktion des Körper-Ich (Leibbewusstsein), der zwischenmenschlichen Beziehung und der gemeinsamen Realität. Die Ich-Psychopathologie liefert dazu die psychopathologische Begründung [24]. Dieser Ansatz wird heute auch von der Ergotherapie aufgenommen und weitergeführt [25].

Offene Fragen und Themen

Diese flüchtige historische Übersicht kann im gegebenen Rahmen nicht auf Einzelheiten eingehen. Gerade die wären so wichtig: die Selbstentwertung, der Selbsthass, die Selbstzerstörung sind sehr schwere Aufgaben für das gesamte Behandlungsteam. Der Umgang mit Wahn und Halluzination würde viele Vertiefungen im Sinne von Esquirol erfordern. Die Aggression, die Krankheitsverleugnung, Non-compliance wären weitere Stichworte für die Ausarbeitung. Das Hinhorchen auf die

betroffenen Personen, was sie brauchen, als hilfreich annehmen können, ist ein nie abgeschlossener Lernprozess (s. Chadwick [26]).

In diesem Rahmen kann auch nicht auf die Therapie-Forschung eingegangen werden, die Frage, welche Verfahren in welcher Kombination mit anderen (z.B. pharmakologischen Verfahren) für welche Patienten hilfreich sind (s. Falloon et al. [18], Fenton und McGlashan [27], Kuipers [28], Invernizzi [29]).

Die Therapeuten

Auch dieses wäre ein Thema für einen eigenen Vortrag. Was für Menschen sind als Therapeuten für welche Therapie von Schizophrenen geeignet? Welche kognitiv-intellektuellen Fähigkeiten, welche affektiven i. S. von Empathie und Sympathie, welche Klarheit der Selbstabgrenzung, welche Distanzierung von Über-Identifikation, welche Abstinenz von Missbrauch aller Art (manipulativ, kustodial, erotisch, intellektuell, kulturkritisch, idealisierend) braucht es da? Welche Gefahr nach «similia attrahunt» ist da für manche Therapeuten, nicht nur stellvertretend für das defizitäre Ich des Patienten dessen Pathologie zu übernehmen, sondern dabei sogar Selbstheilungspotential für sich zu gewinnen? Welche Gefahr für Schwache, Überforderte, sich in handbuchartig vorgeschriebenes Management der Routine, autoritär-expertenhaft verordnet, zu verbarrikadieren und die eigene Person und die des Patienten zu negieren?

Schluss

Zum Schluss dieses Ausflugs in die Geschichte fasse ich meinen Eindruck zusammen: die allgemeinen Prinzipien der Psychotherapie von Psychosen sind *unentbehrlich* in einer humanen personalen Psychiatrie, die einem somato-psycho-sozialen und transpersonal-spirituellen Menschenbild folgt. Und sie sind als unentbehrliches Element *sinnvoll*, auch wenn sich das Ergebnis im Sinne einer spezifizierbaren therapeutischen Effizienz empirisch nicht leicht zeigen lässt.

Literatur

Die Angaben zur Geschichte sind belegt in Scharfetter [24]. Therapieübersicht s. Hutterer-Krisch [30], Mundt et al. [31], Mace und Margison [20].

- 1 Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart: Krabbe; 1845 (1. Aufl.), 1861 (2. Aufl.).
- 2 Benedetti G. Psychotherapeutische Behandlungsmethoden. In: Kisker KP, et al. (Hg.). Psychiatrie der Gegenwart. Band 4. Berlin: Springer; 1987. S. 285–323.
- 3 Scharfetter C. The self-experience of schizophrenics. Empirical studies of the ego/self in schizophrenia, borderline disorders and depression. 2nd ed. Zurich: University of Zurich; 1996.
- 4 Ideler KW. Grundriss der Seelenheilkunde. Teil I, II. Berlin: Enslin; 1835/1838.
- 5 Kraepelin E. Psychiatrie. Leipzig: Barth; 1909–1915.
- 6 Scharfetter C. Schizophrenien. Definition, Abgrenzung, Geschichte. In: Kisker KP, et al. (Hg.). Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 4. 3. Aufl. Berlin: Springer; 1987.
- 7 Canstatt C. Handbuch der medicinischen Klinik. Bd. 1: Die specielle Pathologie und Therapie vom klinischen Standpunkte aus bearbeitet. Stuttgart: Enke; 1841.
- 8 Scharfetter C. Das weite Spektrum bedürfnisangepasster Therapien bei Schizophrenen. In: Hartwich P, Haas S (Hg.). Pharmakotherapie und Psychotherapie bei Psychosen. Berlin: Verlag Wissenschaft & Praxis; 1996. S. 31–40.
- 9 Esquirol JE. Allgemeine und spezielle Pathologie und Therapie der Seelenstörungen. Bearbeitet von Hille KC und mit Zusätzen von Heinroth ICA. Leipzig: Hartmann; 1827.
- 10 Heinroth 1825.
- 11 Scharfetter C. Ayurveda. Schweiz Med Wochenschr 1976;106:565–72.
- 12 Esquirol JE.
- 13 Bleuler E (1911). Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Handbuch der Psychiatrie. Hrsg. v. Aschaffenburg, Leipzig, Wien: Deuticke; 1911.
- 14 Benedetti G. Psychotherapie als existentielle Herausforderung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1992.
- 15 Klaesi J. Einiges über die Schizophreniebehandlung. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1922;78:606–20.
- 16 Müller M. Über Heilungsmechanismen in der Schizophrenie. Berlin: Karger; 1930.
- 17 Ciompi L. Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart: Klett-Cotta; 1982.
- 18 Falloon IRH, Coverdale JH, Brooker C. Psychosocial interventions in schizophrenia: a review. Int J Ment Health 1996;25:3–21.
- 19 Evans C. Family and systemic approaches to psychosis: an overview. In: Mace C, Margison F (editors). Psychotherapy of Psychosis. London: Gaskell; 1997. p. 152–68.
- 20 Mace C, Margison F. Psychotherapy of psychosis. London: Gaskell; 1997.
- 21 Müller P. Aktueller Stand der Psychotherapieforschung bei schizophrenen Patienten. Fortschr Neurol Psychiatr 1998;66:101–8.
- 22 Podvoll EM. The seduction of madness. Revolutionary insights into the world of psychosis and a compassionate approach to recovery at home. New York: Harper Collins; 1990.

-
- 23 Warner R, ed. Alternatives to the hospital for acute psychiatric treatment. Washington DC: American Psychiatric Press; 1995.
-
- 24 Scharfetter C. Schizophrene Menschen. 4. Auflage. München: Psychologie Verlags Union, Urban & Schwarzenberg; 1995.
-
- 25 Scheepers C. Ergotherapeutische Wahrnehmungsbehandlung schizophrener Ichstörung. In: Röhrich F, Priebe S (Hg.). Körpererleben in der Schizophrenie. Göttingen: Hogrefe; 1998. S. 155–69.
-
- 26 Chadwick PK. Learning from patients. Psychology Forum 1995;82:30–4.
-
- 27 Fenton WS, McGlashan TH. We can talk: individual psychotherapy for schizophrenia. Am J Psychiatry 1997;154:1493–5.
-
- 28 Kuipers E. The management of difficult to treat patients with schizophrenia, using non-drug therapies. Br J Psychiatry 1996;169:41–51.
-
- 29 Invernizzi G. Empirical research in psychotherapy. New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry 1997;13:213–5.
-
- 30 Hutterer-Krisch R (Hg.). Psychotherapie mit psychotischen Menschen. Wien: Springer; 1994.
-
- 31 Mundt C, Linden M, Barnett W (Hg.). Psychotherapie in der Psychiatrie. Wien: Springer; 1997.