

Dr. Hans Peter Weidinger

DER GESTALT THERAPEUTISCHE ANSATZ IN DER THERAPIE PSYCHOTISCHER STÖRUNGEN

ZUSAMMENFASSUNG

Psychotische Phänomene wurden immer schon als Grenzerscheinungen der menschlichen Existenz angesehen und Menschen mit diesen Störungen im Laufe der Kulturgeschichte in zunehmendem Maße aus dem sozialen Leben ausgegrenzt. Mit der Eingliederung der Geisteskrankheiten in die Medizin in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts und der Entwicklung der Psychotherapie im darauffolgenden Jahrhundert hat sich eine neue Situation ergeben: Psychotisch sein wurde und wird als Krankheit aufgefaßt und dementsprechend versucht zu behandeln. Beide Zugänge sind jedoch, was die Heilung derartiger Störungen anbelangt, in ihrem Ergebnis bescheiden: der schulmedizinische bedeutet in der Regel Verwahrung und eine oft lebenslängliche medikamentöse Therapie, die meist im Abbau der Persönlichkeit endet; der psychotherapeutische kann in keiner Weise ein quantitativ brauchbares Ergebnis vorweisen.

War noch vor gut einem Jahrzehnt die Meinung - auch bei Psychotherapeuten - vorherrschend, daß Psychosen überhaupt nicht psychotherapierbar sind, so hat sich dies in den letzten Jahren gewandelt. An dieser Wandlung war die Humanistische Psychologie, zu der auch die Gestalttherapie zählt, wesentlich beteiligt.

Diese Arbeit versucht zu zeigen, daß mit Hilfe des Ansatzes der Gestalttherapie ein effektiver Zugang zum Patienten und seiner Störung gefunden werden kann. Ausgehend von den psychoanalytischen Ergebnissen wird das Wesen der psychotischen Störung definiert (insbesondere im "Gestalt-Zerfall") und dem Gedanken nachgegangen, die Krankheit als Heilungsversuch zu sehen. Anhand von theoretischen Überlegungen und Fallbeispielen wird gezeigt, welche wesentlichen Merkmale ein gestalt-therapeutisches Modell für die Arbeit mit psychotischen Menschen enthalten sollte.

EINLEITUNG

Wie jeder aus seiner eigenen Erfahrung weiß, wirken psychische Grenzzustände sehr bedrohlich, und so sind die Geisteskranken - wie auch schon in den Jahrhunderten davor - eine Gruppe von "outcasts" der Gesellschaft. Die Form der Ausgrenzung wurde allerdings im Laufe der Geschichte variiert. Zur Zeit der Aufklärung (17. und 18. Jahrhundert) war Vernunft ein großes Schlagwort und man versuchte, sich von allem Irrationalen - und somit auch von den Geisteskranken - zu befreien (DÖRNER, PLOG, 1986). Man tat dies, indem man sie gemeinsam mit anderen "unerwünschten Personen" - Kriminellen, Vagabunden, politischen Aufrührern usw. - in Lager steckte. Mit KRETSCHMER, KRÄPELIN und BLEULER wurde die Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts allgemein als medizinische Disziplin anerkannt und somit auch das "Irresein" als Krankheit im medizinischen Sinne betrachtet. Es wurden erste Behandlungsversuche unternommen, wenn auch mit fragwürdigen Methoden. Die Entdeckung und Entwicklung der Psychopharmaka hat zwar einen entscheidenden Fortschritt in Richtung Humanisierung der Psychiatrie gebracht, aber auch diese Art der Behandlung hat - aus psychotherapeutischer Sicht - nur bescheidene Erfolge vorzuweisen. *Das "Einsperren" ist lediglich nach innen verlagert worden und der häufig einsetzende Abbau der Persönlichkeit kann nicht verhindert werden.*

Die große Psychiatriereform, die in den sechziger Jahren von Italien ihren Ausgang nahm (BASAGLIA) und über England und Deutschland in den siebziger und achtziger Jahren auch Österreich erfaßte, brachte eine große Veränderung, was die soziale Situation psychisch Kranker anbelangte. Viele konnten rehabilitiert werden bzw. in extramuralen Einrichtungen menschenwürdiger betreut werden. Es wurde aber auch sichtbar, daß die neu gewonnene Freiheit ihre Grenzen hatte und z.B. in Italien zu einer anderen Art der Verelendung und Verwahrlosung der Kranken führte. Heute zeigt sich, daß mit dem sozialpsychiatrischen Ansatz alleine in der Betreuung psychisch Kranker nicht das Auslangen gefunden werden kann. Ohne einen psychotherapeutischen Ansatz kann meist keine grundlegende Wandlung in der psychischen *und* sozialen Situation des Kranken stattfinden, und der Charakter des lediglich Verwahrens auch in einer verbesserten extramuralen Betreuung kann nicht überwunden werden.

Die Versuche, psychotisch Erkrankte mit dem neuen "Werkzeug" Psychotherapie zu behandeln, sind erst in den letzten Jahrzehnten vereinzelt gemacht worden. Noch vor gut zehn Jahren haben auch erfahrene Psychotherapeuten es als Kunstfehler angesehen, in dieser Weise zu behandeln, da man befürchtete, die ohnehin fragile psychische Struktur noch weiter zu schwächen. Es ist klar, daß ein Mensch, der - bildlich gesprochen - in einem brüchigen, löchrigen Haus wohnt, nur selten geheilt wird. Ich glaube jedoch, und das entspricht auch meiner klinischen Erfahrung, daß mittels Psychotherapie wesentliche Schritte in Richtung Heilung getan werden können.

Die Zurückhaltung, die Psychotherapeuten gegenüber der Behandlung von psychotischen Menschen gezeigt haben, hatte meiner Ansicht nach eine ihrer Ursachen in der Art des therapeutischen Zugangs. Die Psychoanalyse hielt bereits mit Sigmund Freud ihren Einzug in die Psychiatrie (wenn auch in bescheidenem Ausmaß) und viele Psychoanalytiker sind Psychiater. Es ist daher nicht verwunderlich, daß die meisten Publikationen über Psychosen-Psychotherapie psychoanalytischer Herkunft sind. Die Humanistische Psychologie - und mit ihr die Gestalttherapie - etabliert sich erst jetzt allmählich auch im klinischen Bereich, sodaß bis jetzt nur wenig publiziert wurde. Meiner Ansicht nach enthalten die Methoden der Humanistischen Psychologie viel eher als die Psychoanalyse die Möglichkeit, existentiell bedeutsame Veränderungen zu induzieren, da sie wachstums- und ressourcenorientiert sind. Die Unterschiede vor allem zur traditionellen Psychoanalyse handelt PERLS umfangreich in seinem Buch "Das Ich, der Hunger und die Aggression" ab (PERLS, 1978). Zusammenfassend sind aus meiner Sicht folgende Punkte von Bedeutung:

- Die ursprünglich pathologisierende Sichtweise der Psychoanalyse, die die krankheitswertige Störung in den Mittelpunkt rückt (und somit ein düsteres Bild zeichnet), wird in der Gestalttherapie ersetzt durch eine Anschauung, die den gesamten Organismus sowohl mit seinen Störungen *als auch* mit seinen Ressourcen und gesunden Anteilen sieht. Eine Gesundung kann nur durch dem Organismus innewohnende Selbstheilungskräfte zustande kommen.
- Die ganzheitliche Sichtweise der Gestalttherapie bezieht in ihr Konzept auch den Körper mit ein und beschreibt den Organismus als eine Einheit von Geist, Seele und Körper. Der psychoanalytische Ansatz behandelt psychische Gegebenheiten, als würden sie isoliert vom Gesamtorganismus existieren.

- Dem Phänomen der Gestaltwahrnehmung (einem fundamentalen Vorgang des Erkennens) wird meines Wissens nur in der Gestalttherapie in Diagnose und Therapie entsprechend Rechnung getragen.
- Kontakt mit dem Patienten im Sinne der Gestalttherapie (wo er eine zentrale Bedeutung besitzt) wird im ursprünglichen Setting der Psychoanalyse eher vermieden.
- Die Gestalttherapie orientiert sich am Phänomen im Hier und Jetzt und vermeidet - wie in der Psychoanalyse - zu deuten, d.h. die Gedanken und Handlungen des Patienten als eine kindliche Vorstellung oder Reaktion zu interpretieren. Im Zentrum des gestalttherapeutischen Prozesses steht u.a. das (Wieder-)Erleben und Durch-Leben spontan auftauchender (früh-)kindlicher Erfahrungen, das weit über das in der Psychoanalyse geforderte Erkennen hinausgeht.

DIE PSYCHOSE AUS PHÄNOMENOLOGISCHER SICHT

Der Begriff "Psychose" wurde von E. von FEUCHTERSLEBEN 1845 als Sammelbegriff für verschiedene Krankheitszustände, die mit einer erheblichen Störung der psychischen Funktionen einhergehen und meist offenkundige Fehleinschätzungen der Realität beinhalten (z.B. durch Wahnbildung, Halluzinationen, schwere Störungen des Gedächtnisses und der Affekte), eingeführt. In diesem Sinne verwende ich auch den Begriff Psychose, und zwar in seiner breitesten Bedeutung (also auch den manisch-depressiven Formenkreis miteinbeziehend). In meinen Konzepten und Modellen ließ ich mich jedoch hauptsächlich von Beobachtungen an Personen mit schizophrener Psychose leiten. Mir ist dabei bewußt, daß ich damit mit einem Prinzip der Gestalttherapie in Konflikt gerate, nämlich der phänomenologischen Betrachtungsweise, die das Phänomen und nicht das Konzept (Diagnose) in den Vordergrund stellt. Zur besseren Kommunizierbarkeit erscheint es mir jedoch vertretbar, die in der Psychiatrie übliche Diagnostik zu verwenden. (Gestalttherapeutische Diagnostik ist immer prozessual und gibt eine Bestandsaufnahme der momentanen Situation. Sie wird im dialogischen Prozeß mit dem Patienten erarbeitet und kann daher nicht standartisiert werden.)

Betrachtet man die Definitionen für psychotische Erscheinungsbilder in einschlägigen klinischen Werken, so wird man bemerken, daß es sich immer um Beschreibungen handelt, wie sich eine Psychose auf das Verhalten auswirkt. Wie aber die Psychose entsteht und "zu verstehen" ist, bleibt unerwähnt. Bezogen auf die oben beschriebene Wandlung der Sichtweise psychotischer Störungen in der Geschichte, stehen wir an einer Wende. Einerseits gilt noch der in den 50er Jahren von Kurt SCHNEIDER geprägte Satz: "Es treten unter anderem Symptome auf, die im normalen Seelenleben und seinen abnormen Varianten keine Analogie haben" (SCHNEIDER, 1950, 14), andererseits sieht insbesondere die zeitgenössische Psychoanalyse diese Störungen als verstehbare Ergebnisse einer gestörten Mutter/Kind - Beziehung in den ersten Lebensjahren (KUTTER, 1989). Somit wird erstmals ein psychodynamisches Geschehen vermutet, und die Symptome einer Psychose werden einer Deutung und Interpretation zugänglich. Was aber die Psychose eigentlich *ist*, welche existentielle Bedeutung sie hat und "wozu sie gut ist", hat die Psychoanalyse nicht erklärt. Der Gestaltansatz hingegen bietet uns hierzu einen erweiterten Zugang.

Der von PERLS gerne zitierte Satz GERTRUD STEINs "Eine Rose ist eine Rose ist eine Rose" (PERLS, 1979,12) beschreibt die phänomenologische Sichtweise der Gestalttherapie. Wir können die Rose zwar in alle Einzelteile zerlegen und analysieren, das Wesen der Rose werden wir aber nicht erfassen. Wenn wir in Analogie dazu die Phänomene, die wir bei psychotischen Menschen beobachten, betrachten, so sind sie das, was sie sind. D.h. die Gestalttherapie nähert sich in der psychotherapeutischen Situation dem Patienten nicht (denk-)analytisch sondern phänomenologisch. S. WALCH schreibt: "Die phänomenologische Einstellung kann als eine innere Haltung verstanden werden, in der wir uns in Ehrfurcht und Liebe und in dem Gefühl der Zusammengehörigkeit von Erkenntnisobjekt und Erkenntnissubjekt (...) durch einen Zustand innerer Offenheit einer Tiefenschau (Wesensschau) annähern. Das, was uns dann begegnet, sind sinnhafte Ganzheiten, die ihrem Wesen nach offene und dynamische Strukturen aufweisen...." (WALCH, 1990, 137). Der Verzicht auf Interpretation und Deutung macht uns offen für die Anmutung durch den anderen. Wenn wir uns in dieser Weise einem Menschen nähern, findet Begegnung statt. Wenn wir deuten und analysieren, entsteht Distanz und eine "Wesensschau" ist nicht mehr möglich. Dies ist in der Arbeit mit psychotischen Menschen eine besondere Herausforderung, da die uns vertrauten "sinnhaften Ganzheiten" nur mehr eingeschränkt existieren bzw. auf uns oft unverständliche Weise "ver-rückt" sind und Angst machen. Daraus resultiert häufig - wie bereits eingangs erwähnt - der Wunsch nach vehementer Abgrenzung, der in schulmedizinischen Bezügen oft deutlich hervortritt: Ausgrenzung psychisch Kranker, psychopharmakologische Unterdrückung psychotischer Symptome, inflationäre Diagnostik, etc. Wenn wir uns jedoch als Therapeut auf die "offenen und dynamischen Strukturen" des psychotischen Erlebens einlassen, werden wir vielleicht deren Sinnhaftigkeit und inneren Zusammenhang verstehen können. Wir können dann auf eine Interpretation oder Deutung verzichten, ohne diese jedoch aus unserem "Hinterstübchen" zu verbannen. Voraussetzung dafür ist ein gutes Verankertsein in den eigenen seelischen und sozialen Bezügen, da sonst die Gefahr besteht, die eigenen Ich-Grenzen zu verlieren.

Wenn wir also der Frage, was denn eine Psychose eigentlich *ist*, nochmals nachgehen, so können wir aus phänomenologischer Sicht lediglich antworten: Sie *ist* (d.h. wir nehmen den Patienten als Ganzheit in seiner Erscheinung, in seinem Ausdruck und in seiner Anmutung auf uns wahr). Wir können uns auf diesen Menschen in dieser speziellen Situation einlassen und im Kontakt die existentielle Bedeutung dieses Geschehens ausloten. Alles andere sind Konzepte, die die Wirklichkeit zu beschreiben versuchen, aber nicht die Wirklichkeit selbst sind. Es ist klar, daß man

Konzepte braucht, um adäquat therapieren zu können. Im unmittelbaren Kontakt mit dem Patienten (im Hier und Jetzt) sind diese jedoch hinderlich. Hier spielt die "Anwesenheit" des Therapeuten eine zentrale Rolle (siehe auch später).

GESTALT - ZERFALL

Die oben erwähnte sinnhafte Ganzheit ("Gestalt") hat der Gestalttherapie ihren Namen gegeben. Der Mensch nimmt in der Regel sich und Einzelheiten seiner Umwelt nicht als unzusammenhängende Bruchstücke wahr, sondern organisiert sie mittels seiner Wahrnehmung zu einem sinnvollen Ganzen (PERLS, 1985). Nur so kann sich der Mensch aus einer Fülle möglicher Eindrücke Orientierung verschaffen. Wenn wir z.B. in ein Gesicht blicken, nehmen wir dieses als Einheit wahr, einschließlich des Ausdrucks. Wir sagen, jemand ist traurig und nicht: er zieht die Augenlider zusammen, Tränen treten aus den Augenschlitzten, der Mundwinkel zieht sich nach unten, ein Ton entsteht etc. Gestaltwahrnehmung ist ein fundamentaler Vorgang, dessen wir uns im Normalfall nicht bewußt sind. Erst im Falle einer Störung treten ernste Probleme auf, wie im Falle einer Psychose oder auch bestimmter neurologischer Störungen (z.B. der Prosopagnosie und der Demenz).

Die Gestaltpsychologie (WERTHEIMER, KÖHLER, KOFFKA, u.a.), eine wesentliche Säule der Gestalttherapie, befaßt sich mit den Strukturierungsprozessen und Gesetzmäßigkeiten der menschlichen Wahrnehmung. Folgende grundlegende Konzepte fanden Eingang in das Theoriegebäude der Gestalttherapie (SÜSS, MARTIN, 1977):

1. Der Wahrnehmungsprozeß strukturiert das Feld in Figur und Grund.
2. bedeutungsvolle Ganzheiten bergen aktiv organisierende Kräfte und die natürliche Tendenz zur Einfachheit der Form (Prägnanztendenz, Tendenz zur guten Gestalt);
3. unerledigte Situationen haben die Tendenz zur Vervollständigung (Zeigarnik-Effekt) = Perls' "unfinished business".

Die Fähigkeit zur Gestaltbildung ist für unser psycho-physio-soziales Fortbestehen von existentieller Bedeutung und zwar zur Befriedigung unserer Bedürfnisse. Ein Beispiel: Wenn wir großen Hunger haben, formt sich in unserer Phantasie vielleicht das Bild eines saftigen Steaks. Wenn wir z.B. in der Stadt unterwegs sind, richten wir unsere Aufmerksamkeit auf Hinweisschilder von Gasthäusern. Gleichzeitig knurrt unser Magen, d.h. wir nehmen diesen bewußt in einer ganz spezifischen Weise wahr. Wir sind mit dem Phänomen des Hungers konfrontiert. Das Steak, das Gasthaus und das Magenknurren bilden eine Gestalt. Alles, was sich sonst in unserer Phantasie oder der Umwelt ereignet, wird unwichtig, tritt in den Hintergrund, wird zum Grund, wie auch die

Wahrnehmung unseres übrigen Körpers. Wenn der Hunger gestillt ist - wenn sich die Gestalt also geschlossen hat -, wird dieses Bedürfnis bis zum nächsten Mal ebenfalls Teil des Grundes und ein anderes kann in den Vordergrund treten, wird zur Figur. Jetzt haben wir z.B. Lust auf ein Mittagsschläfchen, etc.

Gestaltbildung scheint bereits in frühester Kindheit zu existieren, denn Bedürfnisbefriedigung ist ohne Gestaltbildung nicht denkbar. Die "gute" und die "böse" Brust als Repräsentanten für Erfüllung bzw. Versagung der frühkindlichen Bedürfnisse (M. KLEIN, 1989) erscheinen als die erste wesentliche "Gestalt". Die Bildung immer neuer Wahrnehmungseinheiten im Laufe der Entwicklung führt zu einer differenzierten Wahrnehmung von sich selbst und der Umwelt und wird von den jeweiligen Bedürfnissen der entsprechenden Entwicklungsstufe getragen (als sich gegenseitig beeinflussender Prozeß). Voraussetzung für psycho-physische und soziale Entwicklung (Wachstum) und Gesundheit ist die komplette Gestaltbildung, denn nur eine "geschlossene Gestalt" kann als eine automatisch funktionierende Einheit in den Gesamtorganismus eingegliedert werden, indem sie assimiliert wird. Jede offen gebliebene Gestalt zieht die Aufmerksamkeit und somit Energie auf sich und stört die Bildung einer neuen, lebendigen Gestalt. Anstelle von Wachstum und Entwicklung finden wir dann Stagnation und Regression (PERLS, HEFFERLINE, GOODMAN, 1981).

In der akuten Psychose kommt es zu einem neuen "Seinszustand", der u.a. durch eine Veränderung der Gestalt-Wahrnehmung gekennzeichnet ist. Regelrechte Gestaltwahrnehmung basiert auf einer korrekten Wahrnehmung seiner selbst und seiner Bedürfnisse, wobei hier Ich- und Selbstanteile *) in geeigneter Weise ineinanderspielen und ein integriertes Ganzes bilden. So besitzen wir in der Regel die

*) Unter *Selbst* verstehe ich eine leib-seelische Instanz, die sich im Laufe der Kindheitsentwicklung herausbildet und die gesamte Person umgreift und durchwirkt. Es ist der tragende Grund unseres Daseins und beinhaltet alle Vorstellungen und Konzepte über uns selbst und gibt uns ein Gefühl von Integrität und Kontinuität. Das *Ich* steht im Dienste des Selbst und dient der Kontaktherstellung, der Manipulation und der Integration.

Gewißheit einer eigenen personellen, physiognomischen, sexuellen und biographischen Identität, fühlen uns lebendig und können uns von unserer Umwelt unterscheiden (SCHARFETTER, 1986).

Ist das Selbst aufgrund einer frühkindlichen Entwicklungsstörung brüchig und das Ich schwach ausgebildet, so wird im Falle einer Labilisierung bzw. eines Zusammenbruchs des psychischen Gleichgewichts auch die Wahrnehmung brüchig (wir alle wissen, wie sich unsere Wahrnehmung verändern kann, wenn es uns schlecht geht oder wir uns gekränkt fühlen). Es können keine sinnvollen Ganzheiten mehr wahrgenommen werden, vielmehr kommt es zu einem "Gestalt-Zerfall" ("morpholytischer Prozeß", CONRAD, 1987). Die einzelnen Bruchstücke werden nun jedes für sich zum Objekt der Wahrnehmung und somit als getrennt voneinander erlebt. Für oben erwähntes Beispiel bedeutet dies, daß das Individuum sein Magenknurren, sein Bild vom saftigen Steak und das Erkennen eines Gasthauses am Weg *nicht mehr zu einem sinnvollen Ganzen vereinen kann, was bedeutet, daß die Bedürfnisbefriedigung ausbleiben muß*. Im Phänomen des Gestalt-Zerfalls identifiziert sich das Ich nur mehr mit Bruchstücken des Selbst in rasch wechselnder Folge, im Versuch, die Ganzheit wieder herzustellen. Dies führt zu dem bekannten Symptom der Zerfahrenheit, die sich in motorischer Unruhe, sprunghaftem Verhalten und im Bereich des Denkens in Gedankensprüngen und -abrissen manifestiert. Diese Phase stellt den oft sehr dramatisch verlaufenden psychotischen Zusammenbruch dar. Aus dem klinischen Alltag wissen wir, mit wie großer Angst und Panik dieser Zusammenbruch erlebt wird, wobei raptusartige Zustände oder der katatone Stupor den Versuch widerspiegeln, diesem Zustand zu entrinnen (SCHARFETTER, 1986).

Leo NAWRATIL beschreibt in seinem Buch "Die Künstler aus Gugging", wie es in der akuten Psychose zu Veränderungen der Gestalt-Wahrnehmung kommen kann. Die Künstler neigen dann dazu, Körper-Proportionen drastisch zu verändern, Gliedmaßen zu verdrehen und zu verzerren, Teile des Körpers überhaupt wegzulassen oder - im Extremfall - diesen völlig zerstückelt darzustellen, wobei sich Teile der Figur völlig aus dem Zusammenhang lösen und sich verselbständigen (NAVRATIL, 1983). Mit dem Abklingen des akuten Zustandes werden die Teile wieder zu einem Ganzen zusammengefügt.

Meist stabilisiert sich der Vorgang des Gestalt-Zerfalls über den Weg der Regression auf der Ebene des Primärvorganges. D.h. es tritt Denken in magischen Bezügen auf, die Denkstruktur verlagert sich vom logisch-rationalen zum analog-

primärprozeßhaften, die Grenzen zwischen Ich und nicht-Ich verschwimmen, die Zeitstruktur kann sich ändern, etc. Diese Stabilisierung wird jedoch mit einer Reihe von Problemen erkaufte, da der Kontakt zur Realität und damit die aktuelle Überlebensfähigkeit stark abnimmt. In weiterer Folge können nun vom Ich die Bruchstücke des Selbst im Lichte des Primärvorganges zu einer neuen, "ver-rückten" Ganzheit (Gestalt) zusammengefügt werden, was den Kern der Wahnbildung darstellt. Hier spielt die Projektion als Abwehr von Angst eine große Rolle. *Der Wahn ist das bestmögliche Ergebnis im psychotischen Zusammenbruch, was den Effekt der Stabilisierung anbelangt.* Dies ist der Grund, warum Wahnsysteme sich der alltäglichen Realität gegenüber so resistent erweisen. Wir haben hier das klassische Bild eines Konfliktlösungsversuches auf suboptimaler Ebene, der ein weiteres Überleben garantiert.

Dazu ein Fallbeispiel: *Herr D., der an einer chronisch rezidivierenden paranoiden Schizophrenie leidet, berichtet nach durchlebter Psychose in einem Gespräch während des stationären Aufenthaltes: Die "Sache" hätte neuerlich damit begonnen, daß er plötzlich elektrische Schläge verspürte, vor allem am Kopf. Der Raum war völlig verändert, die Türen plötzlich um vieles kleiner, sodaß er sich kaum mehr in der Wohnung bewegen traute. Eine Stimme rief ihm ständig "stirb" zu. Die Wohnung war in ein eigenartiges Licht getaucht. Herr D. berichtete, große Angst verspürt zu haben, obwohl er diese Zustände mittlerweile schon kennt. Als er sich "auf die Sache einen Reim machen" konnte, daß nämlich der Nachbar über ihm dahintersteckt und ihn mittels einer technischen Vorrichtung "therapiert", fühlte er sich deutlich entlastet. Auffällig wurde Herr D. erst durch lautes Klopfen an die Zimmerdecke. Die Nachbarn verständigten die Gendarmerie.*

Was sind nun die auslösenden Bedingungen für eine psychotische Entwicklung? Aus meiner Sicht ist ein unlösbares narzißtisches Dilemma, das im Erleben des Patienten die Angst vor einer psychischen Vernichtung wachruft, ausschlaggebend für die psychotische Dekompensation. BATESON hat dieses Phänomen als "double-bind-Situation" beschrieben (BATESON et al, 1956). Er illustriert diese mittels eines Fallbeispiels:

"Ein junger Mann, der sich von einem akuten schizophrenen Schub ziemlich gut erholt hatte, erhielt im Spital Besuch von seiner Mutter. Er freute sich, sie zu sehen und legte ihr impulsiv seinen Arm um die Schulter, worauf sie erstarrte. Er zog dann seinen Arm zurück, und sie fragte: "Liebst du mich nicht mehr?" Er wurde rot und sie sagte: "Lieber, du mußt nicht so leicht verlegen werden und Angst vor deinen Gefühlen

haben." Der junge Mann wird hier abgelehnt, wenn er den Arm um die Schulter der Mutter legt, aber auch, wenn er ihn zurückzieht. Schizophrenie wird als der Versuch verstanden, sich solcher ausweglosen Zwangslage zu entziehen." (in SCHARFETTER, 1986, 109). Ich nehme in diesem Fall an, daß dieser Kommunikationsstil das Verhältnis zwischen Mutter und Sohn bereits seit frühester Kindheit prägt. Jede Situation, in der es um Nähe, Zuwendung und Liebe geht, ruft dieses verinnerlichte Muster (im Sinne einer offen gebliebenen Gestalt) wach und bringt den jungen Mann in eine existentiell bedrohliche Konfliktsituation. Jedes nicht beachtet werden, jede Kränkung, große Nähe, kurz alles was dazu angetan erscheint, das sonst so mühsam gehaltene narzißtische Gleichgewicht zu stören, kann daher zur Entgleisung führen.

Die Antwort des Patienten auf diese Situation ist der Rückzug. Dieser verhindert aber weiterhin die Bedürfnisbefriedigung, eine neue "Zwickmühle" entsteht. Der Teufelskreis eines chronisch psychotischen Verlaufs ist etabliert. LAING schreibt: "Das Selbst fühlt sich,, schon in einer normalen Konversation zermalmt und zerquetscht. Trotz seiner Sehnsucht, seines "wahren Selbst" wegen geliebt zu werden, entsetzt Liebe den Schizophrenen. Jede Form des Verstehens bedroht sein ganzes Abwehrsystem. Wenn das Selbst nicht erkannt wird, ist es sicher, nicht von Liebe erstickt oder verschlungen zu werden, und es ist sicher vor Zerstörung durch Haß." (LAING, 1980, 139-140). Dies ist der Grund, warum uns schizophrene Patienten häufig unerreichbar und kalt erscheinen, ein Kontakt mit ihrem "wahren Selbst" ist kaum möglich. Schizophrene treten mittels eines "falschen Selbst" (LAING, 1980, WINNICOTT, 1960) mit ihrer Umwelt in Kontakt, wobei Kontakt im Sinne der Gestalttherapie kaum zustande kommt. Sie spielen Rollen und die Begegnung wirkt unreal, unlebendig, un-wesentlich. Sein wahres Wesen verbirgt der Schizophrene, wobei es zwangsläufig immer mehr verkümmert und leer wird. Unerträgliches "Nicht-Sein" auf der einen, mit Schrecken erfülltes Sein auf der anderen Seite - die Psychose ist die rettende Ausflucht, die Entkoppelung von diesem existentiellen Dilemma und schützt vor dem letzten Ausweg, dem Suicid bzw. dem völligen psychischen Zerfall.

Zusammenfassend können wir sagen: Sowohl die Suche nach, als auch die Vermeidung der Bedürfnisbefriedigung führt in ein existentielles Dilemma und somit zum psychotischen Zusammenbruch. Dieser ist eine Erscheinungsform menschlichen Ausdrucks als Ergebnis maximaler Not, in der das Individuum die maximal mögliche Angst hat. Diese Hypothese läßt sich auch aus jenen Erfahrungen des "Normallebens" belegen, die uns lehren, daß *jeder* in einer entsprechenden Notsituation die klinischen Zeichen einer Psychose, wie Wahnbildung, Halluzinationen und die dazugehörigen

kognitiven Störungen, entwickeln kann: im Krieg, klassischer Weise in Wüstengebieten bei Exsikkose und überhaupt bei allen Formen krasser Deprivation (Einzel-, Dunkelhaft etc.). *Psychotisch zu werden scheint das "kleinere Übel" zu sein, d.h. es stellt eine Lösung der "wahnsinnigen" inneren Spannung dar, die das Individuum zu "zerreißen" droht (Schizo-Phrenia!).* Dies geschieht, wie wir bereits beschrieben haben, durch "Ver-rückung" in einen veränderten Wahrnehmungsbereich. Die Bedrohung scheint abgewandt zu sein. Die Patienten sind einfach nicht mehr "ganz da", in einer "anderen Welt". Die innere Bedrohung wird mittels Projektion weit nach außen verlegt: der Teufel ist der Bedrohende, "fremde Stimmen" beeinflussen den Patienten etc.

Dazu eine Fallgeschichte: *Die Patientin K.L. erleidet mit 46 Jahren eine Apoplexie, die eine Hemiparese rechts und eine ausgeprägter Aphasie zur Folge hat. Sie ist mit einem etwa gleichaltrigen Mann verheiratet und hat zwei Kinder im Alter von 11 (Mädchen) und 15 (Knabe) Jahren. Nach rund zwei Jahren, als sich herausstellt, daß alle Rehabilitationsmaßnahmen scheitern und insbesondere die Sprachstörung irreversibel ist, entwickelt sie eine klassische paranoide Psychose. Sie phantasiert, daß in der (leerstehenden) Nebenwohnung die Frau X. wohnt, die die Haushälterin ist, und von der sie meint, daß sie mit ihrem Mann ein sexuelles Verhältnis hat. Auf Anraten des Therapeuten wird die Patientin in ein Altersheim überwiesen, in welchem die Wahnsymptomatik deutlich abnimmt.*

Ich deute die Entwicklung so, daß die Patientin einerseits ihre Insuffizienz als Ehefrau und Mutter voll erkannt hat, aber andererseits heftig bemüht war, diese voll zu erfüllen. In dieser "Zwickmühle" wird sie psychotisch und der herausragendste Wahnhalt ist, daß die Haushälterin ihre Konkurrentin ist und gleichsam "nebenan" lauert. Durch die Transferierung ins Altersheim fallen die Streßphänomene weg und auch der Wahn verschwindet.

KONTAKT UND ABWEHRMECHANISMEN

Der Begriff des Kontakts spielt in der Gestalttherapie eine zentrale Rolle. Seine Funktion liegt in der Berührung von Organismus und Umwelt, was einen Austausch zwischen beiden ermöglicht und dem Organismus das Leben in psycho-physio-sozialer Hinsicht ermöglicht. Bedürfnisbefriedigung und Wachstum geschehen durch Interaktionen zwischen Organismus und Umwelt, wobei das sensorische Nervensystem der Orientierung und das motorische der Manipulation dient (SÜSS, MARTIN, 1977). Kontakt tritt an einer Grenzlinie auf. POLSTER schreibt: "...wo ein Gefühl des Getrenntseins beibehalten wird, sodaß die Vereinigung den betreffenden nicht zu überwältigen droht.... Die Kontaktgrenze ist der Punkt, an dem man "ich" in Beziehung zu dem, was "nicht-ich" ist, erfährt; durch diesen Kontakt wird beides klar erfahren." (E.u.M. POLSTER, 1977, 104-105). An der Kontaktgrenze finden die physiologischen (Kauen, Verdauen, Assimilieren), psychischen (Emotionen, Gedanken, Handlungen) und sozialen (zwischenmenschliche Interaktionen, Interaktionen Mensch-Umwelt) Ereignisse statt. Guter Kontakt erfordert "awareness" (Bewußtheit), d.h. ein "Gewahr-sein" des Hier und Jetzt. Dieses ist nach innen auf die physischen, psychischen und mentalen Bereiche und/oder nach außen auf die Umwelt gerichtet. Abwesenheit von awareness bedeutet Verlust an Lebendigkeit, Stumpfheit, Tot-sein. Kontakt führt zu Assimilation und somit Integration (die Nahrung - physiologisch und psychologisch gesehen - wird verdaut, in den Körper aufgenommen und zu körpereigener Substanz umgewandelt). Damit wird die Gestalt geschlossen.

Vermeidung von Kontakt führt unter anderem (z.B. Isolation) zu Konfluenz. Die Figur wird daran gehindert, klar hervortreten, sowohl innerpsychisch als auch in der Umwelt. PERLS schreibt: "... anstatt sich als zwei unterschiedene Teile des Feldes voneinander abzuheben, fließen nun, was Figur wäre, mit dem, was Grund wäre, ununterscheidbar zusammen." (PERLS, HEFFERLINE, GOODMAN, 1985, 124). Sind die Kontaktgrenzen aufgehoben, findet keine wirkliche Interaktion mit der Umwelt statt. Anstelle von Kontakt tritt Schein-Kontakt. Für den Menschen bedeutet dies, mit seiner Umwelt und den Mitmenschen verstrickt zu sein. Sättigung im physischen wie im psychischen Sinne kann nicht stattfinden. Dies ist aus der Sicht der Gestalttherapie das Grundmuster der Neurose.

Im Falle des Psychotikers führt Kontaktvermeidung hingegen zu einer regelrecht existentiellen Bedrohung der gesamten psychischen Stabilität. Er "muß" aber den

Kontakt vermeiden, denn die Kontaktgrenze, die normalerweise eine "Hülle" ist, die das Selbst umgibt und das awareness-Kontinuum einer Person als Ganzheit erzeugt (Körperbild, Körperschema), ist in seinem Falle löchrig, unvollständig, leicht zerreißbar (viele Patienten wirken in ihrer Erscheinung "dünnhäutig"); dadurch werden Spaltungsvorgnge ermöglicht und es entsteht auch eine sogenannte Filterstrung (SCHARFETTER, 1986), wobei alle von außen kommenden Reize mehr oder weniger ungehindert eindringen können, was für den Wahrnehmungsproze eine massive Überforderung darstellt. Patienten neigen in diesem Falle häufig dazu, diese Grenze durch Kleidungsstücke zu verstärken (z.B. durch mehrere bereinandergezogene Pullis). Dieser ungehemmte Einfluß von Eindrücken verstärkt die Bedrängnis des Selbst und trägt zu dessen Zersplitterung bei. Auch bei der Beschreibung der Kontaktphnomene zeigt sich, wie schon oben beschrieben, der Teufelskreis, in dem sich der psychotische Mensch befindet.

Da der zur Psychose neigende Mensch kaum seine inneren Bedürfnisse kennt bzw. sich vor ihnen schtzen muß (und zwar in wesentlich umfangreicherem Maße als der Neurotiker), ist er gezwungen, sich nach anderen zu richten, deren Stimmungen, Meinungen, Erwartungen und Forderungen (QUIRMBACH, 1990). Die einzige Möglichkeit, sich zu orientieren, ist die Identifikation mit dem, was außerhalb seiner selbst ist. Der Frage nach den eigenen momentanen Bedürfnissen stehen Psychotiker häufig verständnislos gegenüber. Häufig fühlen sich die Patienten ferngesteuert, willenlos, ohne eigenen Antrieb. Eine weitere Folge der Kontaktvermeidung ist, daß sich die Grenze zwischen "Ich" und "Nicht-Ich" verwischt, was die Konfluenz fördert und die schizophrene Brüchigkeit verstärkt. Spüren oder ahnen sie Bedürfnisse, übernehmen sie die Verantwortung dafür häufig nicht. *Herr D. hatte eine große Geschicklichkeit entwickelt, Entscheidungen den anderen zu überlassen. Auf die Frage, was er sich denn in einer bestimmten Situation wünschte, pflegte er seine Ablehnung mit äußerst umständlichen und nichtssagenden Wortkonstruktionen auszudrücken oder die Aussage offenzulassen. Er war nur dann mit einer Situation einverstanden, wenn er ein Bedürfnis des anderen ortete.* Seine wahre Person bleibt im Verborgenen, er erscheint nicht berührbar. Da es auch zu keiner regelrechten Figur-Grund-Bildung kommt, ist Stagnation die Folge.

Herr D. ist fast nur in der Lage, Rollen zu spielen, die er durch Introjektion erlernte. In seiner Kindheit hatte er kaum Gelegenheit (was durch seine Angehörigen auch bestätigt wurde), sich seinen organismischen Bedürfnissen gemäß zu entwickeln. Sein Vater herrschte wie ein Despot und Angst war das alles überdeckende Gefühl. Herr D.

wurde in der Folge zum "braven Kind" und so "verschluckte" er Weltbilder, Haltungen und Meinungen seiner damaligen Umwelt, ohne sie sortieren, "kauen" und assimilieren zu können. So spielte er dem Therapeuten gegenüber lange Zeit Rollen, mit dem Ziel, akzeptiert zu werden.

Hier wird sichtbar, wie die Introjektion der Abwehr von Angst dient. Allerdings erzeugen die verschiedenen sich zum Teil widersprechenden Introjekte Spannungen und intrapsychische Konflikte und sind verantwortlich für die innere Zerrissenheit. Der Betroffene versucht, sich von diesen Spannungen zu befreien, indem er die Inhalte nach außen projiziert. "Introjiziertes Material bleibt außerhalb des eigentlichen Organismus und wird dann zu Recht als etwas empfunden, das dem Selbst fremd ist,....Dieses Material wird nicht als Abfallstoff ausgeschieden, sondern als Projektionen. Es verschwindet nicht aus der Welt des Projizierenden, sondern lediglich aus seiner Persönlichkeit.... Da eine Konfluenz zwischen Organismus und Welt besteht, wird nicht bemerkt, wie Teile der Persönlichkeit das System verlassen...." (PERLS, 1978, S.169-170). Gegen diese Projektionen, seien es Verfolger, bedrohende Stimmen, der CIA etc., zieht der nunmehr Paranoide zu Felde. "Der Organismus setzt seine Versuche fort, das neue projizierte Material, das sich an geeignete Objekte an der Außenwelt heftet, anzugreifen und zu zerstören. Diese paranoische Verfolgung ist ein Versuch, die Ichgrenze zu errichten, die im Augenblick des Projizierens nicht vorhanden war. Aber der Versuch muß scheitern, da der Paranoide das als äußeres Material behandeln will, was in Wirklichkeit ein Teil seiner selbst ist. Da jedoch diese Aggression nicht als dentale Aggression durchgeführt wird, ist die Zerstörung erfolglos und führt nur zu erneuter Introjektion." (PERLS, 1978, S.198-199).

Zuletzt kann nur noch Retroflexion den völligen Zerfall verhindern, indem sich die gesamte Energie gegen den Betreffenden selbst richtet. Selbstbeschädigung, Autoaggression, Selbstverstümmelung stellen den oft letzten Versuch dar, die Ich-Grenze wiederherzustellen, sich zu spüren und so den Organismus vor einer Überflutung von außen oder innen und somit vor dem drohenden psychischen Zerfall zu schützen.

THERAPEUTISCHE KONSEQUENZEN

Mit dem wahren Selbst, dem innersten Kern des Patienten, in Kontakt zu kommen, scheint mir der therapeutisch wesentlichste Vorgang zu sein. *Ohne Kontakt keine Begegnung und keine Beziehung!* Beide Aspekte bilden den Rahmen, in dem sich ein therapeutischer Wandel vollziehen kann. So wie der Psychotiker jedoch aus Angst den Kontakt vermeidet, kann auch der Therapeut im nicht gewahr Sein seiner eigenen psychotischen Radikale den Kontakt mit dem Patienten vermeiden.

Grundvoraussetzung für eine geglückte Beziehung zum Patienten ist daher, daß der Therapeut die eigenen psychotischen Anteile durchgearbeitet hat. D.h. er kann das Verhalten des Patienten verstehen und deuten und fürchtet sich nicht. Er weiß daher, wo er ansetzen kann und wie er dem Patienten begegnen muß - er fühlt sich weniger ohnmächtig.

In folgendem Fallbeispiel soll diese Kompetenz des Therapeuten verdeutlicht werden: *Herr D., der in psychosefreien Zeiten ein äußerst angepaßter Mensch war und große Schwierigkeiten hatte, Bedürfnisse zu äußern oder sich abzugrenzen, verwandelte sich während psychotischer Episoden ins genaue Gegenteil. Alleine in seiner Wohnung lebend stellte er allerlei Unfug an: er ließ die Badewanne überlaufen, zündete den Gasherd an und ließ ihn stundenlang brennen, stemmte Löcher in die Wand und nahm Änderungen in der Wohnung vor, die jeder Sinnhaftigkeit entbehrten. Die Angehörigen bekamen es ziemlich mit der Angst zu tun - was nur zu verständlich war - und sie fühlten sich ohnmächtig, der Situation zu begegnen. Üblicherweise endete das Ganze mit einer Zwangseinlieferung in die psychiatrische Anstalt. Nachdem der Therapeut den Patienten kennengelernt hatte, besuchte er ihn einmal zu Hause. Herr D. war ziemlich verworren, angetrieben und aggressiv. Soweit ein Gespräch überhaupt möglich war, versuchte der Therapeut ihm klarzumachen, daß er ihn zwar verstehen könne, wie ihm zumute sei, aber daß er mit dem "Unfug" aufhören solle, da dies nur wieder in der Anstalt enden würde. Zum Erstaunen des Therapeuten wurde diesmal keine Einweisung notwendig und die Psychose kam nach wenigen Tagen zum Abklingen. In der Arbeit mit den Angehörigen wurde es nun möglich, auch deren Angstpotential zu verringern und die Handlungen ihres Bruders verständlich und einfühlbar zu machen.*

Die psychotherapeutische Haltung in der akuten Psychose

Der akut psychotisch gewordene Mensch kommt in der Regel in eine psychiatrische Abteilung. Er befindet sich im Zustand großer innerer Bedrängnis. Die Wahrnehmung und deren Bedeutungsinhalte sind verschoben, es werden nur Bruchstücke von Bedeutungszusammenhängen aus der Umgebung erfaßt und es besteht eine Regression in frühkindliche Ebenen. Eine Psychotherapie im engeren Sinne ist in dieser Situation weder möglich noch angebracht. Um jetzt dem Patienten helfen zu können, muß uns klar sein, daß wir nicht nur einen Erwachsenen vor uns haben, sondern gleichsam auch ein Kind, möglicherweise auf einer präverbalen Entwicklungsstufe. Wir müssen uns dieser Gegebenheit anpassen, wobei die "Anwesenheit" des Therapeuten bzw. des Begleiters (Arzt, Pfleger oder Schwester) von großer Bedeutung ist. Dies heißt jedoch nicht, nichts zu tun. Es ist vielmehr die innere Haltung, offen für das zu sein, was kommt und adäquat darauf zu reagieren. S. WALCH schreibt: "Als Psychotherapeut verstand ich mich dabei weniger als Experte, der weiß, wo es lang geht, sondern eher als Assistent einer Reise ins Ungewisse, auf deren Dynamik ich mich selbst einzulassen hatte, auch auf die Gefahr hin, selbst paranoid und zerfahren zu werden." (WALCH, 126-127). Wir haben diese Haltung bereits in einem früheren Kapitel als die phänomenologische Herangehensweise der Gestalttherapie beschrieben. *Das Phänomen weist uns den Weg, weniger die Diagnose oder die Routine!* Oft genügt es, einfach daneben zu sitzen, eine Hand zu halten oder eine Geschichte zu erzählen. Wenn ein Patient sehr angetrieben und zerfahren ist, bleibt oft keine andere Wahl, als ebenfalls "einfach da" zu sein - eine ziemlich schwierige Aufgabe, die das Pflegepersonal häufig zu erfüllen hat. Dies gilt auch für aggressive Patienten, die eines besonderen Schutzes vor Verletzung bedürfen. Sollte Gewaltanwendung unumgänglich sein, ist es wichtig, die innere Haltung des Begleitens nicht aufzugeben und nicht mehr Widerstand zu geben, als notwendig ist. Für den Patienten da zu sein, kann auch heißen, Medikamente zu verabreichen, soweit sie der Angstreduzierung dienen.

Diese Prinzipien sind im klinischen Alltag leider noch meist Utopie und erfordern ein neues Verständnis von "Begleitung". Bisher war es üblich und ist es auch noch weitgehend, in erster Linie Symptome zu lindern bzw. zum Verschwinden zu bringen, "zum Besseren" für den Patienten. Dabei wird aber übersehen, daß das Symptom einen Sinn hat und Ausdruck selbstregulierender Kräfte im Organismus ist. Die

Gestalttherapie trägt dieser Sichtweise Rechnung, indem sie uns anleitet, *mit dem Symptom zu gehen*, d.h. sich darauf einzulassen und die notwendige Unterstützung für das Durchleben des Prozesses zu geben (siehe auch Kapitel "Unterstützung der Selbstheilungskräfte). *Dieser Prozeß hat einen tieferen Sinn, auch wenn wir ihn im Moment nicht erfassen mögen!* Wenn wir auf diese Art offen sind, wird der Prozeß möglicherweise einen anderen Verlauf nehmen und längerfristig eine größere Chance auf Wachstum und Gesundheit bestehen.

Therapie im Intervall

Psychotherapie im Intervall findet in der Regel in einem anderen Setting statt und auch mit einem "anderen" Patienten. Oft nicht mehr wiederzuerkennen, meist frei von psychotischen Phänomenen, in Grenzen wieder fähig zu Kontakt und zu einem normalen Gespräch, sitzt er oder sie uns gegenüber. Erst auf dem zweiten Blick und nach mehreren Gesprächen werden die schweren narzißtischen Störungen, das brüchige Selbst und das schwache Ich sichtbar. Die Patienten sind meist im emotionalen Bereich schwer erreichbar, der verletzliche Kern benötigt dringend Schutz. Gleichzeitig wird dieser Schutz jedoch zur scheinbar undurchdringlichen Mauer, was viele Patienten in Zeichnungen drastisch darstellen. Psychotherapie in dieser Situation gestaltet sich zum Balanceakt zwischen diesen beiden Aspekten. Das heißt, daß wir nicht versuchen dürfen, mit Gewalt - und Gewalt kann hier schon ein sehr geringer Anlaß sein - zum Kern des Selbst vorzustoßen, da dies mit Sicherheit zu einer neuerlichen psychotischen Dekompensation führen würde. Wir müssen die Widerstände, aus denen die Schutzmauer beschaffen ist, ernstnehmen und mit ihnen arbeiten. So kann es in einem Fall notwendig sein - besonders dann, wenn eine psychotische Entgleisung droht - den Widerstand zu stärken; in einem anderen Fall, den Sinn des Widerstandes aufzudecken und dem dahinterliegenden Bedürfnis helfen, zum Vorschein zu kommen.

Zwei Grundvoraussetzungen, die in der Arbeit mit psychotischen Menschen notwendig sind, *Beziehung und Zeit*, will ich gesondert hervorheben. Eine stabile

Beziehung bringt Vertrauen. Vertrauen bedeutet, daß das wahre und innerste Selbst des Patienten sich langsam auf die Reise an die Oberfläche machen kann, ohne Angst haben zu müssen, vernichtet zu werden. Die Entwicklung einer stabilen Beziehung braucht Zeit. Der Sinn einer Psychotherapie im Intervall ist, dem Selbst die Möglichkeit zu geben, sich wieder langsam zusammenfügen und der Welt ohne Angst zeigen zu können - ein meist langwieriger Weg.

Ein weiterer wichtiger Punkt in dieser Phase ist die Bearbeitung des teleologischen Aspekts der Psychose. Wozu ist bzw. war sie gut? Welchen Ausweg aus welcher Situation hat sie ermöglicht? Nur so können gemeinsam mit dem Patienten neue Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden, die ihn aus der existentiellen Zwickmühle herausführen.

Abschließend ein Fallbeispiel, aus dem dieser Balanceakt ersichtlich wird und wo zu erkennen ist, daß es primär nicht um die Heilung des Patienten geht, sondern darum, auf den Weg dorthin zu kommen (d.h. wachstumsorientiert im Rahmen der Möglichkeiten zu arbeiten):

Herr D. prägte den Satz: "Entweder ich bin krank oder ich habe meine Einbildungen". Wenn er "krank" war, litt er an dem Gefühl der Langeweile, inneren Leere, verbrachte die meiste Zeit nur im Bett und konnte sich zu nichts aufraffen, selbst der Gang in den Supermarkt war ihm eine Qual. Geistig fühlte er sich stumpf, interesselos. Wenn er seine "Einbildungen" hatte, wurde er lebendig. Er ging vermehrt außer Haus, tätigte häufigere Anrufe bei seinen Geschwistern, beschäftigte sich mit Mathematik und anderen philosophischen Fragen, wenn auch auf eine höchst verschrobene und autistische Art und Weise. Sein subjektives Krankheitsgefühl verschwand jedoch und das Leben schien ihm leichter zu fallen. Medikamente lehnte er in diesen Phasen vehement ab. Erst als der Therapeut verstand, daß Herr D. seine Symptome brauchte, um sein Leben halbwegs zu ertragen und die innere Leere zu füllen, konnte er von seinen inadäquaten Heilungserwartung abrücken. Es wurden regelmäßige Telefonate vereinbart, bei denen Herr D. erzählen konnte, was er in letzter Zeit alles gemacht hatte. Er konnte auch über seine Geschwister schimpfen und über den Sinn des Lebens philosophieren. Der Sicherheitsabstand durch das Telefon war allerdings "lebensnotwendig", denn Besuche in der Praxis quittierte er regelmäßig mit einer psychotischen Dekompensation, da dies offensichtlich zu viel Nähe für ihn war und ihn mit der kränkenden Tatsache konfrontierte, Patient zu sein. So konnte er sich etwas zeigen, ohne Angst haben zu müssen, unterzugehen. Dieses neue Setting führte zu

einer erstaunlichen Stabilisierung und die Häufigkeit der Spitalsaufenthalte konnte reduziert werden.

Unterstützung der Selbstheilungskräfte:
Eine gestalttherapeutische Konsequenz

Wie schon wiederholt betont, sehe ich die psychotische Dekompensation nicht nur als etwas Krankhaftes, sondern als "vorletzte" Möglichkeit des Individuums, sich aus einer existentiellen Zwickmühle zu befreien (vor dem Suicid). D.h. die Krankheit stellt einen Konfliktlösungsversuch dar. Darüber hinaus beinhaltet jede Erkrankung auch den Aspekt des Versuches einer Selbstheilung. Am Beispiel der banalen fieberhaften Erkältung möchte ich dies verdeutlichen: Möglicherweise hatten wir in letzter Zeit viel um die Ohren, konnten uns nicht richtig entspannen und mußten unser Bedürfnis nach Ruhe und Zuwendung unterdrücken. Wenn wir nun Fieber haben, die Nase rinnt und der Hals schmerzt, haben wir eindeutig Krankheitssymptome. Gleichzeitig lösen wir damit auch einen Konflikt: "Ich kann mir nicht frei nehmen, da ich beruflich unabkömmlich bin, merke aber, daß ich nicht mehr kann". Indem wir uns ins Bett legen, einen warmen Tee machen und uns von den Angehörigen verwöhnen lassen, befriedigen wir Bedürfnisse, für die wir glaubten, keine Zeit zu haben. So zeigen uns die Symptome einen Weg, wie wir wieder gesund werden können, wenn wir die dabei auftretenden Bedürfnisse und Notwendigkeiten ernstnehmen - dies ist der Selbstheilungsaspekt der Erkrankung. Kehren wir nun wieder zur Psychose zurück und greifen letzteren Aspekt auf: In der therapeutischen Situation ist es notwendig, den Selbstheilungsaspekt des psychotischen Prozesses aufzunehmen und zu verstärken. Das bedeutet, die organismische Selbstregulation zu unterstützen, offene Gestalten aufzuspüren und ernstzunehmen und bei deren Schluß hilfreich zur Seite zu stehen. So kann es zur Integration abgespaltener und verdrängter Selbst-Anteile kommen. Die "organismische Selbstregulation" ist für die Gestalttherapie ebenfalls ein zentrales Phänomen und meint, daß der Organismus aus sich selbst heraus "weiß", welche Bedürfnisse er hat und wie er zu deren Befriedigung kommt.

Dazu wieder ein Fallbeispiel: *Frau H. wurde mit einer schizoaffektiven Psychose stationär aufgenommen und war von Angst- und Schuldgefühlen gequält. Sie war in einer deutlich ausgeprägten Wahnstimmung und es war anfänglich auch kaum möglich, eine positive Vertrauensbeziehung herzustellen, was dem Therapeuten im Laufe der Zeit jedoch gemeinsam mit einer Praktikantin, die zu dieser Zeit auf der Station arbeitete, gelang. Immer deutlicher wurde das Bild eines bedürftigen kleinen Kindes, das sich nichts sehnlicher wünscht, als einmal in den Armen der Mutter einzuschlafen, ohne Angst haben zu müssen, diese zu belasten oder zu überfordern. Die Sitzungen wurden immer länger und konnten vom Therapeuten nur mit Mühe abgebrochen werden. Eines Tages fragte der Therapeut die Patientin, als dieses "bedürftige Kleinkind" wieder so offensichtlich wurde, was sie sich denn im Augenblick wünsche. Sie blickte zur Couch, die im Arbeitszimmer stand, und der Therapeut forderte sie auf, sich darauf zu legen. Spontan stand sie auf, rollte sich auf der Couch ein, nahm die Hand der anwesenden Praktikantin und begann zu schluchzen. Der Therapeut setzte sich vorsichtig in die Nähe und ermunterte die Praktikantin, sich ganz auf die Situation einzulassen. Der Patientin vermittelte er, daß ihre Wünsche und Bedürfnisse angenommen werden. Nach einiger Zeit hörte die Patientin auf zu weinen. Als der Therapeut sich entbehrlich fühlte, ließ er die Praktikantin mit der Patientin alleine - ein Berg Arbeit hatte sich mittlerweile auf der Station angesammelt. Die beiden blieben den ganzen Vormittag im Zimmer und die Patientin konnte tatsächlich - erstmals wieder ohne Medikamente - einschlafen. Von diesem Augenblick an erfolgte ein rascher Genesungsprozeß. Die Patientin erlitt ein halbes Jahr später nochmals eine Episode mit allerdings manischen Zügen, in der es um vorwiegend aggressive Inhalte ging. Seither ist sie "gesund", d.h. es traten (über einen Zeitraum von 5 Jahren) keine nennenswerten psychotischen Dekompensationen mehr auf. Fallweise kommt die Patientin zu therapeutischen Sitzungen, wenn sie mit einem Problem nicht fertig wird.*

Dieses Beispiel zeigt einen gelungenen Gestaltschluß (das "unerledigte Geschäft" war das Bedürfnis, in den Armen der Mutter ohne Angst- und Schuldgefühle einschlafen zu können), der für die Einleitung des Genesungsprozesses von großer Wichtigkeit war. Leider ist dies nicht immer so idealtypisch möglich und stellt meiner Erfahrung nach im klinischen Alltag eher die Ausnahme dar. Viel häufiger scheinen die Prozesse zu sein, wo dieser Gestaltschluß mißlingt und der Prozeß der organismischen Selbstregulation in einen immer größeren Defektzustand mündet. Die Gründe dafür sind sehr komplex. Nach meiner Erfahrung sind es mitunter die institutionellen Hürden, die für einen derartigen Verlauf verantwortlich sind. Aber auch

sehr schwach ausgeprägte Ich-Funktionen können die Integration der Symptome erschweren.

Mißlingt der Selbstheilungsversuch, kommt es zu einer Chronifizierung. *Der schizophrene Defektzustand ist das Endprodukt einer Reihe mißlungener Versuche, den Zustand inneren Gespaltenseins zu überwinden.* D. BECK schreibt in seinem Buch "Krankheit als Selbstheilung" (BECK, 1985, 90): "Mißlingen heißt, daß die Selbstheilung zeitlich begrenzt bleibt und daß nach einer gewissen Zeitspanne wieder eine körperliche Symptomatik als erneuter Reparatursversuch auftreten muß,

Mißlingen kann bedeuten, daß die Persistenz der körperlichen Symptomatik die einzig mögliche Form ist, eine seelische Homöostase zu erreichen, Mißlingen heißt auch, daß die Krankheit ihre volle zerstörerische Kraft entfaltet," Was hier für den Bereich der Psychosomatik gilt, scheint mir auch auf den Bereich der seelisch-geistigen Störungen als ein wichtiges Prinzip übertragbar zu sein. Ein gelungener Selbstheilungsversuch zeichnet sich durch folgende Parameter aus: zeitlich andauernde und auffällige Veränderung im seelischen und körperlichen Wohlbefinden in Richtung weniger Spannungen, mehr Zufriedenheit und Reife; Abnahme oder gar Verschwinden psychotischer Entgleisungen; der Patient selbst betrachtet im Rückblick die Krankheit als entscheidende Schwelle in seiner Lebensentwicklung und kann nachvollziehbare Gewinne daraus für sich ziehen.

Krankheit bedeutet Krise. "Krisis" heißt auf Deutsch "Entscheidung". Auch das chinesische Schriftzeichen für Krise beinhaltet diesen Aspekt: es setzt sich aus zwei Teilen zusammen, nämlich Chance und Gefahr; Chance zu einer positiven Veränderung und Neuorientierung, aber auch Gefahr eines weiteren Zerfalls. Ich sehe den Psychotherapeuten und Arzt als Begleiter in derartigen Krisen, deren Verlauf er entscheidend mitbeeinflussen kann. Er ist dafür verantwortlich, daß dieser (Krankheits-)Prozeß unter günstigen Bedingungen abläuft und die Selbstheilungskräfte des Individuums voll zur Entfaltung kommen können. Nur so kann eine existentielle Veränderung zustande kommen.

--- . ---

LITERATUR

- BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J., WEAKLAND, J.H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behav. Sci.*, 1, 251 - 264.
- BECK, D. (1985). Krankheit als Selbstheilung. Wie körperliche Krankheiten ein Versuch zur seelischen Heilung sein können. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch.
- CONRAD, K. (1958). Die beginnende Schizophrenie. Stuttgart: Thieme.
- DÖRNER, K., PLOG, U. (1986). Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- KLEIN, M. (1989). Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart: Klett-Cotta.
- KUTTER, P. (1989). Psychoanalytische Aspekte psychiatrischer Krankheitsbilder. In LOCH, W. (Hrsg.), Die Krankheitslehre der Psychoanalyse (187 - 286). Stuttgart: S. Hirzel.
- LAING, R.D. (1980). Das geteilte Selbst. Eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- NAVRATIL, L. (1983). Die Künstler aus Gugging. Berlin: Medusa.
- PERLS, F.S. (1978). Das Ich, der Hunger und die Aggression. Die Anfänge der Gestalttherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- PERLS, F.S. (1979). Gestalt-Therapie in Aktion. Stuttgart: Klett-Cotta.
- PERLS, F.S., HEFFERLINE, R.F., GOODMAN, P. (1981). Gestalt-Therapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- PERLS, F.S., HEFFERLINE, R.F., GOODMAN, P. (1985). Gestalt-Therapie. Wiederbelebung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- PERLS, F. (1985). Grundlagen der Gestalttherapie. Einführung und Sitzungsprotokolle. München: J. Pfeiffer.
- POLSTER, E. u. M. (1977). Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie. München: Kindler.
- QUIRMBACH, I.M. (1990). Schizophrene Erlebens- und Verhaltensweisen. Eine Fallstudie auf der Grundlage der Theorie der Gestalttherapie. *Gestalttherapie*, 4 (1), 11-21.
- SCHARFETTER, C. (1986). Schizophrene Menschen. München: Urban und Schwarzenberg.
- SCHNEIDER, K. (1950). Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Thieme.

SÜSS, H.J., MARTIN, K. (1977). Gestalttherapie. In: Handbuch der Psychologie, 8/2: Klinische Psychologie, 2725 - 2750). Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychiatrie, Dr. C.J. Hogrefe.

WALCH, S. (1990). Einige Überlegungen zur Phänomenologie und Psychotherapie. Gestalt und Integration, 1, 123 - 139.

WINNICOTT, D.W. (1960). Ich-Verzerrung in Form des wahren und des falschen Selbst. In: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt, 93-105. München 1974: Kindler.