

Diagnostik (II)

von Rolf Heinzmann

32 | Praxis

Die meisten an Schizophrenie erkrankten Menschen haben vor akutem Ausbruch der Krankheit ein meist mehrjähriges Prodromalstadium durchlaufen. Zur Früherkennung und Frühintervention muss das klassische gestalttherapeutische Behandlungskonzept ergänzt werden durch schulmedizinische Diagnostik und Interventionsformen aus anderen psychotherapeutischen Schulen.

Im Artikel „Diagnostik“ der letzten GESTALTZEITUNG (Heinzmann 2003, 16. Auflage) wurden Prozessdiagnostik und kategoriale Diagnostik miteinander verglichen und am Beispiel der Borderline - Persönlichkeitsorganisation die Nützlichkeit kategorialer Diagnostik auch für die alltägliche Gestaltpraxis gezeigt.

Zum kurzen Auffrischen der Erinnerung an die Diskussion über Prozessdiagnostik versus kategoriale Diagnostik sind die sieben Thesen von Frank M. Staemmler zur gestalttherapeutischen Prozessdiagnostik aufgeführt (siehe u.a. Kasten), die eine prägnante Zusammenfassung prozessdiagnostischer Grundsätze bilden (Staemmler 1999, 673). Zu fünf der sieben Thesen habe ich Gegenthesen formuliert, die den Unterschied zur kategorialen Diagnostik ausmachen. Die Thesen und Gegenthesen sprechen für sich und bedürfen keiner weiteren Erläuterung. Ich liste sie als konzentrierende Einleitung zu meinen Ausführungen zunächst unkommentiert auf:

Gestalttherapeutische Prozessdiagnostik:

F.M. Staemmlers **7 Thesen**

1. Man kann nicht nicht diagnostizieren.
2. Die Diagnose bezieht sich auf den Teil des Lebensraums, der der persönlichen Verantwortung und subjektiven Einflussmöglichkeit der KlientInnen unterliegt.
3. Die Erarbeitung der Diagnose ist eine gemeinsame Handlung von TherapeutIn und KlientIn.
4. Diagnose und Therapie sind ein und derselbe Prozess.
5. Die Diagnose verändert sich kontinuierlich im Laufe der Therapie.
6. Die Diagnose ist jeweils einmalig und kann daher nur phänomenologisch-deskriptiv sein.
7. Die Diagnose ist feldabhängig.

5 Gegenthesen von Rolf Heinzmann:

ad 2) Diagnosen können auch Lebensbereiche betreffen, die dem Klienten nicht bewusst sind oder deren Existenz er leugnet.

ad 3) Diagnosen können auch ohne Mitarbeit des Klienten oder sogar im Widerspruch zu ihm gestellt werden (zum Beispiel in den meisten Fällen von Therapie im Sinne sozialer Kontrolle).

ad 4) wenn kein Unterschied in den Begriffen, wozu dann überhaupt zwei Begriffe? Eine Diagnose kann in unterschiedlichen Schulen zu unterschiedlichen Therapiemaßnahmen führen. Die Diagnose ist eine Arbeitshypothese für die Therapie, deren Auswirkungen dann über die Richtigkeit der Diagnose entscheiden.

ad 5) Eine Diagnose stellt eine Arbeitshypothese dar, die

für einen gewissen Zeitraum richtungsweisend für den Therapeuten bzw. das therapeutische Setting sein kann, auch wenn es zwischenzeitlich zu Widersprüchen kommt. ad 6) Eine Diagnose ist eine Reduktion von Komplexität. Ein Diagnostikschema besteht aus einer überschaubaren Zahl von Kategorien.

Den Nutzen kategorialer (schulmedizinischer) Diagnostik für die gestalttherapeutische Praxis möchte ich diesmal am Beispiel Schizophrenie zeigen.

Die Schizophrenie gehört nach psychiatrischer Klassifikation in die Gruppe der endogenen Psychosen. Nach Ciompi (Ciompi 1982) führen einerseits genetisch-organisch-biochemische und andererseits psycho- und soziogene Faktorenbündel in wechselnder Kombination zu verletzlichen, prämorbidem Persönlichkeiten, welche dazu neigen, auf Belastungen überdurchschnittlich stark mit Spannung, Angst, Verwirrung, Denkkstörungen, Derealisations- und Depersonalisationserlebnissen bis zu Wahn und Halluzinationen zu reagieren. Nach (einer oder mehreren) akut-psychotischen Phasen ist die weitere Entwicklung in Wechselwirkung mit der Ausgangspersonlichkeit wahrscheinlich vorwiegend durch psycho-soziale Faktoren bestimmt, woraus die enorme Vielfalt der Verläufe zwischen völliger Heilung, Residualzuständen verschiedenen Ausmaßes und schwerster Chronifizierung resultiert.

Behandelt man einen Klienten im akuten Schub einer Schizophrenie, ist das System der Prozessdiagnostik nicht hilfreich und nicht anwendbar. Der Klient ist nicht im Stande, irgendeine stabile Aussage über sich (und andere) zu machen, grundsätzlich ist keinerlei Metakommunikation möglich. Die Erlebniswelten von Klient und Therapeut sind zu verschieden, als dass man von gemeinsam intendierten Handlungen wie dem Erarbeiten einer Diagnose sprechen könnte. Die Thesen 2 und 3 der gestalttherapeutischen Prozessdiagnostik treffen hier deshalb nicht zu.

Nun mag man einwenden, dass die Behandlung akut schizophrener Klienten nicht die Domäne der Gestalttherapie sei, weil zum Beispiel das Prinzip Selbstverantwortlichkeit außer Kraft gesetzt ist. Und dass Klienten, die sich derart aus der Verantwortung ziehen, sowieso an Institutionen wie die Psychiatrie zu überweisen sind. Wie aber verhält es sich bei beginnender Schizophrenie, einem Zustand, in dem man dem Klienten noch die volle Eigenverantwortlichkeit zuschreiben mag und die „Störungen“ sich noch in sozial verträglichen Grenzen halten?

In dem Übersichtsartikel „Früherkennung und Frühintervention schizophrener Störungen“ (Hambrecht 2002, A2936) weisen die Autoren darauf hin, dass mehrjährige Frühverläufe nachgewiesen werden konnten. Vor Ausbruch der akuten Psychose gibt es ein Prodromalstadium, das bis

Fortsetzung S. 33

zu fünf Jahre dauern kann. Als früheste Krankheitsanzeichen erinnern schizophrene Erkrankte am häufigsten Nervosität, Depressivität, Ängste, Selbstzweifel, Leistungseinbruch und sozialen Rückzug. Diese Symptome sind unspezifisch und können nicht für eine Prognose herangezogen werden. Spezifische oder psychosenaher Symptome im Prodromalstadium sind Denkstörungen wie Gedankenabbrüche, Sperrung des Denkens oder Gedankensprünge sowie Wahn und Misstrauen. Mehrere Studien zeigen, dass ein frühzeitiger Behandlungsbeginn, möglichst noch im Prodromalstadium, sich günstig für den Gesamtverlauf auswirkt. Leider ist es aber so, dass unter den gegenwärtigen Versorgungsbedingungen dem ersten Behandlungskontakt mindestens ein Jahr spezifische und fünf Jahre nichtspezifische Symptome vorausgehen. Somit hat jeder Psychotherapeut eine gewisse prophylaktische Verantwortung, der er jedoch nur gerecht werden kann, wenn er die (schulmedizinische) Diagnose Schizophrenie kennt.

Fallbeispiel:

Ein junger Mann, 19 Jahre alt, erwähnt im Erstgespräch, was er zuvor schon am Telefon geschildert hatte, dass er seit einigen Monaten zunehmend lustlos werde, keine Perspektiven mehr sehe, nur noch herumhänge und eigentlich nur unglücklich sei. Einen Zusammenhang mit einem äußeren Ereignis konnte er keinen sehen. Er hat vor einem Jahr das Abitur gemacht und wohnt bis heute bei seinen Eltern, die beide als Lehrer in öffentlichen Schulen arbeiten (die Mutter halbtags). Er hat eine drei Jahre jüngere Schwester, die ebenfalls noch im Elternhaus lebt und zur Schule geht. Zum Wehrdienst wurde der ansonsten sportlich wirkende junge Mann wegen eingeschränkter Tauglichkeit nicht eingezogen. Während der Schulzeit sei es eigentlich immer klar gewesen, dass er nach dem Abitur einmal studieren werde, was seine Freunde inzwischen auch alle täten. Eine Freundin hat er zu der Zeit nicht, die letzte Beziehung sei vor zwei Jahren in die Brüche gegangen. Warum es zur Trennung gekommen sei, konnte nicht eindeutig eruiert werden.

In der Folgesitzung schildert der Klient eine typische Szene, woran er bemerke, dass etwas grundlegend anders geworden sei. Im abendlichen Zusammensein mit seinen Freunden würde er sich immer mehr aus den Dialogen herausziehen. Er empfinde dann, dass die Äußerungen seiner Freunde versteckte An-

spielungen auf ihn enthielten. Sie würden sich in einer Art Geheimcode über ihn unterhalten und er solle durch diese geheimnisvollen Äußerungen getestet werden, weshalb er am besten gar nichts sage. Wenn seine Freunde ihn gelegentlich auf seine Zurückgezogenheit ansprechen würden, empfinde er das auch nur als einen Trick, ihn aus der Reserve zu locken. Auf meine Nachfragen hin schildert der Klient eine weitere Szene, die auf eine zur Zeit wahnhaftige Verarbeitung seiner Wahrnehmungen hinweist. Er habe in der Stadt eine kleine Gruppe junger Leute überholt, die spanisch gesprochen hätten. Sie wären aber Deutsche gewesen und sie hätten nur spanisch gesprochen, um zu testen, wie er darauf reagieren würde. Ich entschloss mich noch in der selben Sitzung, ihn zu fragen, ob er schon an die Möglichkeit Schizophrenie gedacht habe und ob er Angst davor habe oder so ähnlich. Der Klient erschrak sichtlich und fragte mich postwendend, ob ich glaube, dass er schizophren sei. In diesem Moment fühlte ich zum ersten Mal richtigen Kontakt zwischen uns. Ich fand, dass er an mir bzw. meiner Antwort Interesse zeigte. Sonst wirkte er oftmals abwesend, als wenn er teilweise in einer anderen eigenen Welt lebte. Ich erklärte ihm, dass die Wahrscheinlichkeit, an einer Schizophrenie zu erkranken, insgesamt immer noch klein sein, auch wenn ich bei ihm ein höheres Risiko sehe, dass es auf jeden Fall aber sehr günstig wäre, dass er sich früh in psychotherapeutische Behandlung begeben habe. Diese Antwort schien ihn etwas erleichtert zu haben.

Klaus Conrad beschreibt in seiner Monografie *Die beginnende Schizophrenie* (Conrad 1978) schizophrene Krankheitsverläufe junger Soldaten in den Jahren 1941 und 1942. Trotz der Beschränkung auf Männer und der besonderen Zeitumstände halte ich es auch heute noch für die beste phänomenologische Darstellung des beginnenden Krankheitsverlaufes. Conrad leitet aus seinen Untersuchungen ein Stadienmodell der beginnenden Erkrankung ab.

- 1.) Die initiale Depressivität mit Ängsten und Schulterleben in einer Wahnstimmung (das „Trema“).
- 2.) Die Phase der abnormen Bedeutungsgebung: Wahn (die „Aphänie“), immer gekoppelt an eine Egozentrik, in der die Kranken das Gefühl haben, als beziehe sich alles auf sie. Sie bilden den Mittelpunkt des Geschehens um sie herum (die „Anastrophe“).
- 3.) Das Vollbild der Psychose (die „Apokalypse“).

Für Conrad treten der Wahn, die abnorme Bedeutungsgebung, und das egozentrische Selbsterleben, im Mittelpunkt zu stehen, stets im Zusammenhang auf und bilden den Kernpunkt der Schizophrenie. Wir geben allen unseren Wahrnehmungen eine Bedeutung, wir interpretieren die Wirklichkeit subjektiv. Auch wenn in Bezug auf allgemeine Wahrnehmungen mit den allermeisten Menschen Konsens hergestellt werden kann, so wird es in Bezug auf die subjektive Bedeutungsgebung oft große Unterschiede und Diskrepanzen geben. Die Unterschiede in der Bedeutungsgebung sind der Stoff, aus dem sich unsere zwischenmenschlichen Konflikte ableiten. Wahn ist daher nichts anderes als abnorme Bedeutungsgebung, die von den wenigsten geteilt wird. Aber ab wann ist eine abweichende Bedeutungsgebung abnorm? Dazu möchte ich eine etwas längere Passage aus einer Falldarstellung zitieren (Conrad 1987, 51): „Fall 10. ...Am Morgen war der Aufbruch (seiner Truppe). Da fing es nun erst richtig an. Schon als der Unteroffizier kam und ihn nach dem Schlüssel des Quartiers fragte, war ihm sofort klar, dies sei abgekartet, um ihn zu prüfen. Auch auf der Fahrt im Omnibus merkte er am Benehmen der Kameraden, sie wüssten etwas, was er nicht wissen sollte. Die Fahrt dauerte 3-4 Stunden, mit sonderbaren Gesprächen über das Führerhauptquartier, das hier irgendwo im Walde liegen sollte. Ein Kamerad fragte ihn in auffälliger Weise, ob er Brot habe. Als man gegen Mittag in A. ankam, wo eine Abteilung abgelöst werden sollte, wurden einige Kameraden beauftragt, Quartier zu machen. Das war natürlich eine Finte, um sie inzwischen instruieren zu können, wie sie sich ihm gegenüber zu verhalten hatten, während er mit den anderen im Omnibus warten musste. Es gingen dann immer wieder Gruppen von Kameraden weg, andere kamen wieder, es war klar, dass sie alle ihre Instruktionen bekamen....Er ging dann hinunter, um Zigaretten zu kaufen. Er musste durch einen Garten, da saßen alle Unteroffiziere, auch der Feldwebel und eine Dame war dabei. Sie waren offensichtlich überrascht, ihn plötzlich zu sehen. Es war wahrscheinlich beabsichtigt, ihm diese Dame abends zuzuspielen. Ein Unteroffizier setzte sich in den Wagen und fuhr weg, jedenfalls um der vorgesetzten Dienststelle Bescheid zu geben. Er ging dann wieder in sein Quartier zurück und merkte auch dort, dass sich alles um die eine Sache drehte. Am Abend hatte man verabredet, in einem Lokal zusammenzukommen. Als er dorthin kam, war dort alles vorbereitet. Musik spielte in einem Raum, der

34 | Praxis

eigens für ihn zur Prüfung hergerichtet war. Auch das Mädchen, das ihm Zigaretten verkaufte, war schon instruiert. Als er dann mit den Kameraden beim Bier saß, hatte jeder seine Aufgabe, alles, was gesagt wurde, war genau vorher verabredet, jeder machte es so unauffällig wie möglich. Etwas besonderes sei nicht geschehen. Was man auch fragte, überall wollte man wohl bestimmte Antworten haben, die er auch wahrheitsgetreu gab. Auch wenn die Kameraden untereinander sprachen, hatte es doch immer eine ganz bestimmte Beziehung zu ihm...In der Nacht schlief er gut, wachte morgens auf, jedenfalls zu einer Zeit, als er aufwachen sollte. Er ging dann in das Quartier des Kameraden H., mit dem zusammen er die Bücherabrechnung der Tankstelle machen sollte. Er fand dessen Zimmer verschlossen. Unten brannte Licht, auch im Keller, alles war vorbereitet, um zu prüfen, ob es ihm auffiel. Er klopfte an einer anderen Tür. Als er in das Zimmer ging, lag dort ein Kamerad im Bett. Er sprach einige Worte und merkte sofort, auch dies war verabredet, es waren Andeutungen, ob er homosexuell sei. Eindeutige Zeichen wurden jedoch nicht gemacht, es war mehr so im Gesichtsausdruck des anderen. Da er jedoch nicht homosexuell sei, verhielt er sich ganz neutral. Das sollte jedenfalls geprüft werden. Er ging dann wieder in das Zimmer von H., der bereits fertig angezogen an seinem Schreibtisch arbeitete. Damit sollte wohl der Unterschied herausgekehrt werden zwischen diesem strebsamen Mann und dem anderen, der noch faul im Bette lag. H. hatte Geheimakten da liegen, die er (der Patient) nicht sehen sollte. H. war erst kurz bei der Truppe und wohl wegen ihm abkommandiert. Er bekam die Papiere wegen der Abrechnung, doch schien ihm der Auftrag belanglos. Er ging dann zur Tankstelle hinunter, wurde dort vom Unteroffizier instruiert...Dann kam ein Feldwebel mit einem Soldaten, die tanken wollten, jedoch keinen Beleg hatten. Er lehnte ab, ihnen Benzin auszufolgen und schickte jemand fragen. Als die Antwort kam, das Benzin könne ausgefolgt werden, fertigte er den Beleg. Als auch der andere schon unterschrieben hatte, kamen ihm wieder Bedenken, und er wollte den Schein zurückbehalten, um selbst einen Beleg in der Hand zu haben. Es entspann sich eine Diskussion, aus der er sofort merkte, dass er geprüft werden sollte. Als der Feldwebel ihm den dienstlichen Befehl gab, den Schein herauszugeben, um ihn jedenfalls auf die Probe zu stellen, tat er dies nicht. Darauf wurde sein eigener Feldwebel gerufen, der ihm den gleichen Befehl gab, was er



Abb. 1: Die sogenannten gestalttherapeutischen Prozessdiagnosen sind im Bild viel schwieriger darzustellen als die kategorialen Diagnosen. Anders ausgedrückt, die gestalttherapeutischen Prozessdiagnosen sind nicht bildhaft, was natürlich auch etwas über ihren Wert aussagt. Ich will dies an folgendem Beispiel zeigen. Wir sehen in Abb. 1 eine Klientin mit der klinisch gesicherten Diagnose „Narzissmus“. Nach dem prozessdiagnostischen System von Bertram Müller (Müller, 1999, 665) „liegen im Kern aller narzisstischen Symptome Erlebnis- und Verhaltensweisen eine mehr oder minder starke Angst vor Konfluenz zu Beginn des vollen Kontakts und diese Angst wird typischerweise im wesentlichen vermieden durch mehr oder minder starke Retroflexion“. Von dieser Definition ist in Abbildung 1 etwas wiederzuerkennen. Wir sehen die starke Retroflexion der Klientin, nachdem sie kurz vor dem vollen Kontakt stand. Aber man merkt auch, dass diese bildhafte Zuschreibung etwas holprig ist. Wie gesagt, von gestalttherapeutischen Prozessdiagnosen lassen sich nur schwer Bilder machen.

aber wieder verweigerte. Dann müsste man ihn ablösen lassen, hieß es. Ihm war auch dies recht, denn er erkannte sofort an dem ganzen Verhalten, dass alles abgemacht war, ihn zu prüfen. Er ging auf sein Zimmer hinauf, um die Sachen zu packen. Sein Unteroffizier kam herein und sagte: „Mensch, was machen Sie da für Sachen.“ Er antwortete: „Nur das, was die anderen von mir wollen“. Er gehe ja auf die ganze Geschichte ein und mache gern mit.

Ein Feldwebel und ein Unteroffizier brachten ihn im Auto nach V. zurück. Auf der Fahrt bemerkte er die erstaunlichsten Dinge. Alles auf der Straße war eigens seinetwegen aufgebaut worden. Eine Unmenge Sachen waren aufgestellt nur zu dem Zwecke, zu prüfen, ob er sie bemerkte, z.B. ein ganzer Berg von Stroh, der dort gar nichts zu tun hatte; Steine in großen Haufen zur Reparatur der Straße, die aber in gutem Zustand war; am Straßenrand, so dass man es kaum sehen konnte, ging ein Schaf...Alles war nur seinetwegen vorbereitet, fast alle hundert Meter war irgend etwas, eigentlich war buchstäblich alles, was ihm begegnete, auffällig. Während er zum Fenster hinaussah, merkte er auch, wie der Feldwebel ihn beobachtete und gab zu verstehen, dass er wirklich alles sehe, was da aufgebaut war..“

Dieses Fallbeispiel ist wirklich instruktiv und man kann sich ohne weitere Definitionen klar machen, was *abnorme Bedeutungsgebung* heißt.

Wichtig in dem Zusammenhang wäre noch zu erwähnen, dass dabei oftmals Bedeutungen ohne einfühlbare Not oder Notwendigkeit gegeben werden. Es bestand keinerlei einfühlbare Not oder Notwendigkeit, einem Strohhallen oder einem Schaf an der Straße eine besondere Bedeutung zu geben. Es gibt Situationen, wo wir Bedeutungsgebungen ebenfalls äußerst eigenartig finden, wo aber wenigstens eine einfühlbare Not oder Notwendigkeit dafür besteht. Wenn wir zum Beispiel mit Spannung und Ungeduld ein bestimmtes Ergebnis erwarten, so machen wir zum Teil ebenfalls eigenartige Interpretationen („wenn die nächste Person, die den Fahrstuhl verlässt, ein Mann ist, dann ist die Operation meiner Tochter gut gelaufen, wenn es eine Frau ist, hat es Komplikationen gegeben“). Hier besteht eine innere Notsituation, darüber hinaus wird sich die Person von ihrer eigenartigen Interpretation auch wieder distanzieren. Oder nehmen wir einen unglücklich Verliebten, der von seiner Angebeteten verschmäht wird und es nicht wahr haben will. Für ihn ist es eine absolute Notwendigkeit, Zeichen von ihr zu erhalten, und er wird unter Umständen die heftigste Zurückweisung als ein Zeichen von Interesse interpretieren („die Tatsache, dass sie mir ein für alle Mal verboten hat, sie anzurufen, beweist, dass sie eigentlich ein starkes Interesse an mir hat und nur aus Angst vor der Liebe so handelt“). Hier würde man nicht gleich von abnormer Bedeutungsgebung sprechen, sondern davon, dass sich jemand, der sich in

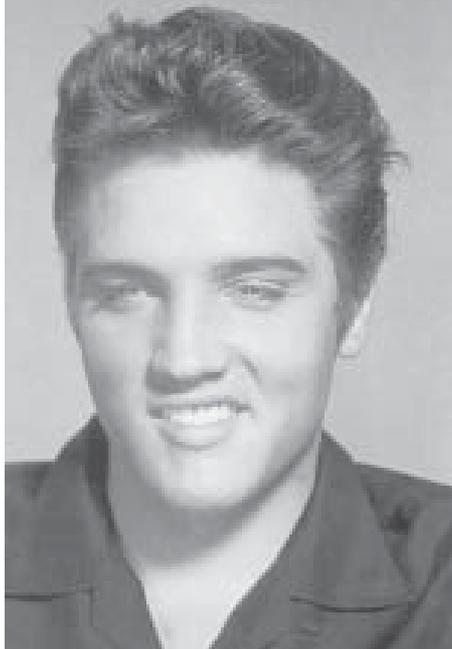


Abb. 2: Auch die Abwehr- oder Vermeidungsmechanismen lassen sich nicht gut durch Bilder definieren. Die Abwehr- oder Vermeidungsmechanismen müssen im direkten Kontakt erfahren werden. Am ehesten gelingt die bildhafte Darstellung noch bei der Introjektion, wie folgendes Beispiel zeigt. Der Patient in Abb. 2 kam in Therapie, weil er nach vielen Jahren des Herumvagabundierens eine Familie gründen möchte, aber für dieses Projekt nur Absagen erhält. Dabei kann er sich vor Angeboten für kurze Liebesaffären gar nicht retten. Er beklagt sich, dass die Frauen von ihm immer nur das eine wollen, sobald er aber längerfristige Beziehungswünsche äußert, würden sie sich aus dem Staube machen. Wie die ersten Sitzungen ergeben haben, ist der Patient voll von mütterlichen Introjekten („keine Frau kann es mit Mama aufnehmen“ etc.). In der Abbildung sehen wir zunächst einmal nichts auffälliges: Ein attraktiver, sympathischer junger Mann, den viele Mütter gerne zum Schwiegersohn hätten. Das geübte Auge wird aber im Oberlippenbereich einen diskreten Ausdruck von Ekel erkennen. Dieser Ekel hat eine doppelte Funktion: Zum einen ist es der Ekel vor den mütterlichen Introjekten, zum anderen ist er gegen alle anderen Frauen außer Mama gerichtet, also eine Erfüllung der Introjekte. Leider hat der Pat. die Therapie nach sieben Sitzungen abgebrochen, denn bei ihm ist das Risiko, später einmal schwere Eß- und/oder Drogenprobleme zu entwickeln, sehr groß.

einer einfühlbaren Notlage befindet, in eine Idee verrannt hat, wovon er sich aber auch wieder distanzieren wird. Aber wie überall, gibt es auch hier fließende Übergänge. In dem Fallbeispiel wird ebenfalls deutlich, was Conrad mit Anastrophé beschreibt: das Selbsterleben des Protagonisten, im Mittelpunkt zu stehen, so als ob sich alles Weltgeschehen um einen drehen würde. In dem Fallbeispiel war praktisch alles inszeniert worden, um ihn permanent zu prüfen.

Kommen wir zu meinem eigenen Fall zurück.

Auch hier weist der Klient, wenn auch lange nicht in der Dichte und dem Ausmaß, die Phänomene Wahn(-wahrnehmung) und das Selbsterleben, im Mittelpunkt zu stehen, auf. Meine erste Arbeitshypothese lautete also Verdacht auf *beginnende Schizophrenie*. Meine erste Intervention bestand darin, die Hypothese überhaupt einmal anzusprechen. Für solch ein Vorgehen gibt es Für und Wider. Einerseits möchte man einen Klienten nicht unnötig stigmatisieren. Andererseits, wenn man davon ausgehen kann, dass sich der Klient sowieso mit der Frage auseinandersetzt, was bei einem, der sich freiwillig in Psychotherapie begibt, wahrscheinlich der Fall ist, dann würde das Verschweigen solch wichtiger Gedanken seitens des Therapeuten sich negativ auf den Kontakt und die Beziehung auswirken. Der Klient tut ja nichts anderes als herauszubekommen, was sein Gegenüber (hier der Therapeut) über ihn denkt, welche Einstellung er zu ihm hat. In seiner paranoiden Grundhaltung wird er alles auf sich beziehen und jede Regung beim Therapeuten mit feinen Sensoren registrieren. Wenn der Therapeut seine Verdachtsdiagnose ‚beginnende Schizophrenie‘ für sich behält, bestätigt er damit das Glaubenssystem des Klienten, dass seine Mitmenschen wichtige Informationen über ihn für sich behielten.

Das weitere Vorgehen möchte ich nur in Kürze skizzieren. Mein Ansatz war, dass es bei der Verwirrung des Klienten über seine eigene Identität und die Identität der anderen, was sich unter anderem in hochkomplizierten Theorien darüber zeigte, günstig wäre, wenn er einige Basisfakten menschlichen Zusammenlebens wieder direkt erfahren könnte. Dazu gehörte z.B. die Erfahrung, dass menschliches Zusammenleben auf einer Ausgewogenheit zwischen Geben und Nehmen basiert - also eine Stärkung der Identität als Gebender und Nehmender. Ich legte ihm deshalb nahe, sich eine Arbeit zu suchen, damit er die Erfahrung mache, wie es ist, für seine Arbeitsleistung Lohn zu bekommen und zum anderen für seinen eigenen Lebensunterhalt zu sorgen und nicht den Eltern auf der Tasche zu liegen. Diesen Vorschlag brachte ich immer wieder als Idee ein, der Klient hat ihn aber das erste halbe Jahr nicht befolgt.

Darüber hinaus war meine Arbeitshypothese, dass die Symptomatik mit dem Übergang vom Jugendlichen zum Erwachsenen zusammenhängt. Dieser Übergang, der meistens auch mit einem Auszug aus dem Elternhaus verbunden

ist, kann für alle Beteiligten, den Indexpatienten, die Eltern und die Geschwister, mit großen, teilweise unbewussten Ängsten und Konflikten verbunden sein. Die systemische Sichtweise hier ist, das Familiensystem als den Klienten zu sehen. So schlug ich bald eine Sitzung zusammen mit den Eltern vor, was der Klient aber ablehnte (und was ich respektierte). Der Fokus meiner Fragen und Interventionen lag aber gleichwohl beim Familiensystem. Der Klient konnte auch meiner Vermutung zustimmen, dass er noch etwas zu erledigen habe in seiner Familie, bevor er sich ablösen könnte. Der Zustand des Klienten blieb während der ersten vier Monate etwa konstant, dann spitzte sich die Symptomatik zu, und als der Klient in einer Sitzung so gut wie keine meiner Fragen beantworten konnte, sondern nur noch wirr redete, dachte ich bereits an die Möglichkeit oder Notwendigkeit einer Einweisung in die Klinik. Ich wollte aber auch nicht vorschnell handeln und sagte dem Klienten, dass ich gleich nach der Sitzung mit den Eltern telefonieren würde, da ich die Verantwortung für ihn nicht alleine tragen wolle, denn er habe sie (die Verantwortung für sich) offenbar abgegeben.

Er ging ziemlich irritiert aus der Sitzung, und sein Vater, mit dem ich gleich anschließend telefonierte, war einerseits erleichtert, dass Kontakt zu mir hergestellt war, andererseits besorgt. Er befürchtete, sein Sohn würde in dem Wissen um meinen Anruf nicht nach Hause kommen und sich vielleicht etwas antun. Dass ich den Klienten über mein beabsichtigtes Telefonat mit seinen Eltern informierte, basierte wieder auf der Basis, nichts hinter seinem Rücken zu tun, um seinen paranoiden Tendenzen keine reale Grundlage zu geben. Dennoch war ich selbst auch nicht ohne Sorge. Aus mehreren organisatorischen Gründen war die nächste Sitzung erst zwei Wochen später, weshalb ich dem Vater meine Handy-Nummer gab, was ich nur in Notfällen tue. Zwei Wochen später präsentierte sich der Klient in überraschend klarem Zustand. Er hatte mittlerweile eine Arbeit in einem chemischen Großbetrieb angenommen, musste dort hart arbeiten, meinte aber, durch die Müdigkeit nach der Arbeit hätte er endlich mal wieder ein klares Körpergefühl (Klarheit der Körper-Identität). Die Sitzung mit den Eltern und dem Klienten wenig später zeigte normal engagierte und besorgte Eltern. Pathologische Interaktionsmuster waren nicht offensichtlich. Einzig bemerkenswert war, dass der Vater ähnlich komplizierte Antworten auf meine Fragen

36 | Praxis

gab wie der Klient, nur waren die nicht so verrückt. Dies bestärkte meine Vermutung, dass der Klient noch etwas mit dem Vater zu erledigen hätte. Der Klient selbst fand die Sitzung mit den Eltern „cool“. Damit meinte er, endlich hätte er sie wieder wie Menschen aus Fleisch und Blut empfunden und nicht nur wie unlebendige Rollenträger. Der Zustand des Klienten stabilisierte sich weiter, ohne dass er jedoch ganz frei von psychosenahen Symptomen gewesen wäre. Er hatte sich um einen Studienplatz in Chemie (in einer anderen Stadt) bemüht und beendete die Therapie dann bald, weil er vor Beginn des Studiums nochmals eine längere Reise unternehmen wollte. Eine abschließende Beurteilung ist also noch nicht möglich, der Fall eignet sich aber gut zur Herausstellung einiger Grundsätze im Umgang mit Klienten mit psychosenahen Symptomen bzw. der Verdachtsdiagnose „Beginnende Schizophrenie“ oder „Schizophrenie“.

Ein Teil der angewandten therapeutischen Grundsätze sind teilweise konträr zur klassischen gestalttherapeutischen Arbeitsweise und sollen hier kurz skizziert werden:

1.) *Das Übernehmen sozialer Kontrolle*

Der Therapeut sollte sich darauf einstellen, unter Umständen seine pure psychotherapeutische Haltung aufzugeben, um mehr oder weniger stark die Rolle eines sozialen Kontrolleurs einzunehmen - zum Beispiel eine Auflage zu machen, dass der Klient parallel zur Therapie einen Psychiater konsultiert und diesen von der Schweigepflicht entbindet; oder über die Modalitäten eines möglichen Psychiatricaufenthaltes zu diskutieren. Das kann bis hin zur Zwangseinweisung gehen. In meinem Fall übernahm ich soziale Kontrolle, indem ich, zumindest rein formal gesehen, die Schweigepflicht brach, mit den Eltern Kontakt aufnahm und ein gemeinsames Gespräch zur Bedingung machte. Wer die Bereitschaft zur Übernahme sozialer Kontrolle, aus welchen Gründen auch immer, nicht aufbringen möchte, sollte den Klienten besser an andere Stellen überweisen.

2.) *Sozialpädagogische Interventionen*

Sozialer Rückzug und sozialer Abstieg sind fast immer Vorboten schizophrener Entwicklungen und umgekehrt verschlechtern sie immer die Heilungstendenzen. Zur Unterbrechung dieses Teufelskreises hat es sich bewährt, soziale Aktivitäten zu verschreiben. In meinem Fall beispiel geschah dies durch den immer wieder

eingebrauchten Vorschlag, einer (Lohn-)Arbeit nachzugehen, um, wie weiter oben ausgeführt, die Identität als Gebender und Nehmender direkt zu erfahren. Es hat sich nach solchen Interventionen bewährt, darüber 'meta zu kommunizieren' („Empfehlen das Ihre Eltern auch?“ oder „Wer in Ihrem Umkreis argumentiert ähnlich, wie ich es jetzt getan habe?“), um die psychotherapeutische Haltung wieder etwas stärker zu betonen.

3.) *Steuerung des Therapieprozesses und Gewichtung der Themen*

Klassisch gestalttherapeutisch folgen wir unseren Klienten. Bei psychosenaher oder psychotischer Symptomatik wird der Therapeut den Prozess stärker steuern und die Themen stärker mitbestimmen. Mit meiner Unterhypothese eines blockierten Ablöseprozesses vom Elternhaus machte ich öfters die aktuelle Situation in der Familie und alle Vermutungen über die einzelnen Familienmitglieder zum Thema, manchmal auch gegen den Widerstand des Klienten.

4.) *Die Diagnose ist Teil der Metakommunikation*

Das Ansprechen der Diagnose, was auch die Prognose mit einbezieht, sollte immer wieder mal erfolgen. Schon allein als Beitrag zum Abbau der paranoiden Grundhaltung gegenüber dem Therapeuten.

Gestalttherapeutische Prozessdiagnostik ist im Umgang mit Klienten mit psychosenahen Symptomen bzw. der Verdachtsdiagnose „Beginnende Schizophrenie“ oder „Schizophrenie“ nicht anwendbar. Die Thesen zwei bis sechs sind hier nicht zutreffend. Schauen wir uns kurz die Thesen 3 und 5 unter diesem Blickwinkel an:

These 3 zum Beispiel besagt: *Die Erarbeitung der Diagnose ist eine gemeinsame Handlung von TherapeutIn und KlientIn*. Das dürfte beim Krankheitsbild ‚Schizophrenie‘ nur in wenigen Ausnahmefällen und Ausnahmeaugenblicken zutreffen. Der Schizophrene interpretiert alles, was um ihn herum passiert, auf sich bezogen, gegen ihn gerichtet oder als Bedrohung und Verfolgung. Er ist also grundsätzlich allen Menschen gegenüber auf der Hut und misstrauisch. Von einer gemeinsamen Erarbeitung der Diagnose kann nicht die Rede sein.

These 5 besagt: *Die Diagnose verändert sich kontinuierlich im Laufe der Therapie*. Das war hier nicht der Fall. Ich habe meine Diagnose

nicht verändert. Sie war meine grundlegende Arbeitshypothese und gab mir Sicherheit in einem schwierigen therapeutischen Prozess. Was sich kontinuierlich verändert hat, waren die Symptome in ihrer Quantität und meine differenzierteren Hypothesen über die Ursachen der Symptomatik.

Wenn Jugendliche oder junge Erwachsene sich unerwartet und ohne erkennbare Ursache zurückziehen oder einen Leistungseinbruch erleiden, vor allem aber wenn Klagen über bis dahin unbekannte Denk- und Konzentrationsstörungen vorgebracht werden und, mehr noch, wenn es Anzeichen für abnorme Bedeutungsgebungen, zusammen mit der Sichtweise, im Mittelpunkt zu stehen, gibt, sollte an die Möglichkeit einer schizophrenen Entwicklung gedacht werden und entweder das psychotherapeutische Setting diesen Gegebenheiten angepasst werden oder eine Überweisung zum Facharzt erfolgen.

Die Schizophrenie kann in jeder Phase der Erkrankung, auch im Prodromalstadium, zum Stillstand kommen. Geht ein Krankheitsprozess nicht über das Prodromalstadium hinaus, kann natürlich nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, ob es sich überhaupt um das Prodromalstadium einer Schizophrenie gehandelt hat. Für die Praxis ist das aber nicht erheblich. Wichtig ist im Sinne einer Prophylaxe, dass bei Verdacht keine unnötige Zeit verloren geht. Es hängt dann von den speziellen Eigenheiten der Therapeut – Klient - Beziehung ab, wie dem Verdacht auf Schizophrenie Gestalt gegeben wird.

Literatur:

- CIOMPI; L. (1982): Affektlogik. Stuttgart (Klett-Cotta)
- CONRAD, K. (1987): Die beginnende Schizophrenie. Stuttgart (Georg Thieme).
- HAMBRECHT, M./KLOSTERKÖTTER, J./HÄFNER, H (2002): *Früherkennung und Frühintervention schizophrener Störungen*. In: Deutsches Ärzteblatt 2002 Heft 44, A2936-2940.
- HEINZMANN; R. (2003): *Diagnostik*. In GESTALTZEITUNG 16, 14-17.
- STAEMMLER, F. (1999): Verstehen und Verändern – Dialogisch-prozessuale Diagnostik. In: Fuhr; R./Sreckovic, M./Gremmler-Fuhr, M.: Handbuch der Gestalttherapie. 673-687