

Wolfgang Gaebel

Modifizierte Gesprächspsychotherapie im Rahmen der ambulanten Nachbehandlung schizophrener Patienten

Zusammenfassung

Die ambulante Behandlung schizophrener Patienten umfaßt heute in der Regel pharmakotherapeutische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Verfahren. Es werden Erfahrungen mit der Integration gesprächspsychotherapeutischer Ansätze im Rahmen einer Psychose-Ambulanz mitgeteilt. Im Hinblick auf Besonderheiten dieser Patientengruppe wird ein modifiziertes therapeutisches Vorgehen für erforderlich gehalten. So sollte die Therapie-Indikation selektiv aufgrund bestimmter Patientenmerkmale und prognostischer Verlaufskriterien gestellt werden. Die Therapie-Zielbestimmung muß den oft eingeschränkten Entwicklungsmöglichkeiten dieser Patienten Rechnung tragen. Bei der Durchführung der Therapie sind die drei Therapeuten-Variablen (Empathie, positive Wertschätzung und Kongruenz) abhängig vom Therapieverlauf von unterschiedlicher Bedeutung. Kongruenz erscheint als besonders wichtige Therapeuten-Variable in der Anknüpfung der therapeutischen Beziehung.

Summary

The modern day out-patient treatment of schizophrenic patients usually consists in pharmacotherapy and psychosocial treatment. This paper deals with experiences of a client-centered approach in a special out-patient clinic for schizophrenic patients. In view of this particular group of patients, a modified therapeutic approach seems to be necessary. The indication for treatment has to be selective with regard to special patient characteristics and prognostic criteria. Therapeutic goals should be adapted to the patients restricted potential for development. The three basic therapeutic attitudes (empathic understanding, unconditional positive regard, genuineness) are of differential meaning in the therapeutic process. Genuineness seems to be the most important condition in relationship-formation with these patients.

1. Einleitung

Das Ziel einer psychiatrischen Behandlung, die im Falle schizophrener Patienten in der Regel eine Langzeitbehandlung bedeutet, ist neben der weitgehenden Vermeidung von psychopathologischer Symptomatik und Krankheitsrezidiven immer auch und vor allem die Befähigung zu adäquater Lebensbewältigung (*Helmchen, 1978*). Entsprechend der multifaktoriellen Genese psychiatrischer Erkrankungen wird zur Erreichung dieses Zieles der therapeutische Ansatz im allgemeinen mehrdimensional ausgelegt sein. Während die akut-antipsychotische und rezidiv-prophylaktische Wirksamkeit von Neuroleptika als belegt gelten kann (Übersicht bei *Davis, 1980*), haben sich für die psychotherapeutische Behandlung schizophrener Patienten differentielle Aspekte ergeben. Waren in der stationären Behandlung psychotherapeutische Ansätze einer medikamentösen Behandlung weitgehend unterlegen (*Feinsilver/Gunderson, 1972*), so zeigte sich die ambulante Kombinationsbehandlung, insbesondere unter Einbezug gruppentherapeutischer Verfahren mit aktivitäts- und realitätsorientierter Zielsetzung, einer alleinigen pharmakotherapeutischen Behandlung überlegen (*May, 1976*). Auch die zur Frage einer Kombinationsbehandlung bisher bestkontrollierte 2-Jahres-Studie von *Hogarty et al. (1973, 1974, 1974 a)* und *Goldberg et al. (1977)* zeigte, daß der rezidiv-prophylaktische Effekt einer Neuroleptika-Behandlung durch Kombination mit einem soziotherapeutischen Verfahren verbessert werden konnte. Auch hinsichtlich der sozialen Anpassung der Patienten war eine kombinierte neuroleptisch-soziotherapeutische Behandlung einer alleinigen Neuroleptika-Therapie oder Soziotherapie überlegen, wobei dieser Effekt allerdings erst nach 18 Behandlungsmonaten deutlich wurde. Darüber hinaus gab es differentielle Effekte derart, daß Frauen von den aktiven Behandlungsverfahren mehr profitierten als Männer und daß sich die initial schwerer gestörten Patienten unter einer soziotherapeutischen Behandlung eher verschlechterten. Während also heute grundsätzlich die Frage der Langzeitbehandlung schizophrener Patienten nicht mehr alternativ zwischen Psychotherapie oder Neuroleptikatherapie zu stellen ist (*Pietzcker, 1978*), unterstreichen diese Ergebnisse wie auch das Vorkommen von Non-Respondern (Patienten, die auch unter Neuroleptika keinen Rückfall erleiden) und Plazebo-Respondern (Patienten, die auch ohne Neuroleptika keinen Rückfall erleiden) die Forderung nach selektiven Indikations- und Kombinationsregeln. Allerdings ist dieses Problem heute noch weitgehend ungelöst.

Die Wahl eines psychotherapeutischen Behandlungsverfahrens wird heute in der Praxis ebenfalls weniger aufgrund valider Indikationskriterien als auf dem Hintergrund subjektiver Erfahrungen und Überzeugungen des Therapeuten getroffen werden. Die am Einzelfall gemachte intensive Erfahrung modifiziert dann zwar oft die therapeutische Theorie und Methode, wie die psychoanalytische Literatur zur Schizophrenie-Behandlung zeigt, doch müssen derartige Modifikationen erst noch systematisch auf ihre therapeutische Wirksamkeit hin überprüft werden. Diese Vorbemerkungen sollen den Stellenwert der nachfolgend berichteten Erfahrungen und Überlegungen zur gesprächspsychotherapeutischen Behandlungsmodifikation als kasuistisch und vorläufig relativieren.

2.

Therapeutischer Rahmen

In einer speziellen Psychosen-Ambulanz der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin versuchen wir bei einzelnen Patienten, auch gesprächspsychotherapeutische Ansätze in einen Gesamtbehandlungsplan zu integrieren (vgl. *Gaebel/Simons*, 1982). Eine relativ niedrige Personalfuktuation gewährleistet eine weitgehend konstante Patientenbehandlung. Die Zuweisung der Patienten erfolgt aus der eigenen Klinik im Anschluß an eine stationäre Behandlung in den Fällen, in denen eine konsequente neuroleptische Nachbehandlung indiziert erscheint und anderweitig nicht gewährleistet ist, in der Regel also in Fällen mit eher kompliziertem Verlauf. Im Falle eines stationär behandlungsbedürftigen Rezidivs werden die Patienten von der eigenen Klinik wieder aufgenommen, wobei es natürlich ein Ziel der Behandlung ist, eine solche Wiederaufnahme zu vermeiden. Der spontane „Schwundgipfel“ dieser ambulanten Patientengruppe liegt im zweiten Behandlungsjahr und betrifft vor allem Männer, so daß die verbleibende längerfristig behandelte Population hinsichtlich Geschlechtszugehörigkeit und Behandlungstreue besonders selektiert ist (*Gonçalves*, 1978). Einige der Patienten stehen bereits seit über 20 Jahren in Behandlung. Die Behandlungs-Effizienz dieser Einrichtung, gemessen an Prae-/Post-Hospitalisierungsraten und psychosozialer Integration der Patienten, ist relativ hoch (*Gaebel et al.*, 1981).

Am Ende einer stationären Behandlung befindet sich der schizophrene Patient in der Regel in einem unterschiedlichen Remissionszustand, der die Differential-Indikation zur Nachbehandlung (im Falle stärkerer Behinderung z.B. in einer halbstationären Einrichtung) mitbestimmt. Selbst bei Indikation zur ambulanten Nachbehandlung und damit Zuweisung zu uns sind die Patienten häufig, auch bei psychopathologisch weitgehender Remission, noch erheblich labilisiert und vermindert belastbar. Die neuroleptische Entlassungsmedikation wird dann den ambulanten Verhältnissen angepaßt und je nach Remissionsgrad und bisherigem Krankheitsverlauf (z.B. Erst- oder Mehrfach-Erkrankung) über mindestens 1/2 Jahr, häufig jedoch über Jahre hinweg, versucht beizubehalten. Hier setzt jedoch oft die Kooperation der Patienten Grenzen und führt zu Behandlungsproblemen, die unter dem Begriff „Non-Compliance“ bekannt sind.

Die psychotherapeutische Behandlungsindikation wird sich grundsätzlich an der Prognose des spontanen Krankheitsverlaufs orientieren (vgl. *McGlashan*, 1982). So steht z.B. in den Fällen, wo wir Patienten erstmalig nach bereits längerem Krankheitsverlauf und schon weitgehender Selbststabilisierung antreffen, die rezidiv-prophylaktische medikamentöse Behandlung ganz im Vordergrund. (Nur der Vollständigkeit halber sei angefügt, daß auch hier die Behandlung patientenzentriert ausgerichtet ist.) In den Fällen jedoch, wo sich entweder praemorbid vorhandene psychosoziale Anpassungsschwierigkeiten im Bereich von Verselbständigung, Kontakt- und Leistungsfähigkeit unter dem Eindruck der akut abgelaufenen Erkrankung verschärfen oder neu auftreten, die Patienten hierunter leiden und aus eigener Kraft damit nicht fertig werden, stellen wir die Indikation zu einer zusätzlichen psychotherapeutischen Intervention im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans. Bei diesem selektiven Vorgehen ziehen wir noch weitere Indikationskriterien heran. Neben der in der geschilderten Situation meist vorhandenen und erforderlichen Therapie-Motivation sollte der Patient so weit remittiert und stabilisiert sein, daß er den Belastungen eines intensiven therapeutischen Kontaktes gewachsen ist. Ein erhöhtes Ausmaß verbaler Ausdrucksfähigkeit wurde von *Rogers* (1967) als therapiebegünstigendes Kriterium auch für diese Patientengruppe herausgestellt.

3.

Therapeutische Vorannahmen

Bei der Indikationsstellung, Therapiezielbestimmung und Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung schizophrener Patienten müssen unseres Erachtens krankheits-spezifische konzeptuelle Vorannahmen berücksichtigt werden. Wie der kurz umrissene Indikationskatalog zeigt, betrachten wir als eine Form von Selbst-Stabilisierung, wenn Patienten trotz einer mehr oder weniger ausgeprägten existentiellen Einengung ein relativ selbständiges und zufriedenes Leben führen können, und beschränken uns auf eine zustandserhaltende und rezidiv-prophylaktische Behandlung. Dieses Vorgehen knüpft einerseits an Verlaufsbeobachtungen von *Strauss/Carpenter* (1977) an, die zeigen, daß die psychosoziale Anpassung schizophrener Patienten in gewissem Umfang unabhängig vom Krankheitsverlauf als eigene Verlaufsdimension angesehen werden muß. Andererseits wird damit die Erfahrung berücksichtigt, daß ein utopischer Normalitätsbegriff wie der der „fully functioning person“ in besonderem Maße in der Behandlung schizophrener Patienten nicht therapiezielbestimmend sein kann. *Frieda Fromm-Reichmann* schrieb 1948 dazu: „Der Therapeut sollte wissen, daß seine Rolle bei der Behandlung Schizophrener erfüllt ist, wenn es dem Patienten gelungen ist, seine eigenen Quellen der Bedürfnisbefriedigung und Sicherheit zu finden, zwar ohne den Mitmenschen zu schaden, aber auch ohne Rücksichtnahme auf die Billigung seiner Mitmenschen, seiner Familie und der öffentlichen Meinung. Diese Haltung ist erforderlich, weil in der Regel die Heilung eines Schizophrenen nicht die Umwandlung seiner praemorbiden schizoiden Persönlichkeit in einen anderen Persönlichkeitstyp mit sich bringt.“

Auch in den Fällen, wo eine spontane Selbst-Stabilisierung mit Verzicht auf Veränderung der Lebensverhältnisse nicht zustande kommt, die Diskrepanz zwischen Ist- und Soll-Zustand für den Patienten veränderungsmotivierend bleibt, muß den oft erheblich eingeschränkten Entwicklungsmöglichkeiten dieser Patienten Rechnung getragen werden. Ohne ein bestimmtes ätiopathogenetisches Krankheitsmodell zu favorisieren, läßt sich diese Besonderheit mit dem Begriff der „Ich-Schwäche“ dieser Patienten am anschaulichsten umschreiben. In psycho-analytischer Therapiebildung werden die zugrundeliegenden dynamischen Zusammenhänge als Fehlen einer klaren Abgrenzung von Selbst- und Objektrepräsentanzen mit daraus resultierender Vulnerabilität gegenüber Nähe-Erfahrung beschrieben (*Schulz*, 1975, 1980).

Die subjektive Mehrfachbedeutung der psychotischen Dekompensation als Folge und Beginn einer Existenzkrise ermöglicht verschiedene Wege, diese Erfahrung im Sinne einer Einordnung und Neuorientierung zu integrieren. Therapeutisch wichtig erscheint dabei, wie z.B. Untersuchungen von *McGlashan/Carpenter* (1981) zur Beziehung von Krankheitseinstellung und Krankheitsverlauf gezeigt haben, daß der Patient zu einer „realistischen“ Einstellung zu seiner Erkrankung gelangt und diese weder verleugnet noch idealisiert. Therapeutische Schritte in dieser Richtung beinhalten auch Aufklärung des Patienten über seine Erkrankung, auslösende Momente und individuelle Prodromal-Symptome, medikamentöse Behandlung sowie das Verhalten in Krisensituationen.

Für ein verantwortungsbewußtes und streckenweise (während psychotischer Dekompensationen) auch verantwortliches therapeutisches Handeln mit dem Ziel größerer Stabilität und mehr Autonomie dieser Patienten ist ein derartiger Handlungsrahmen hilfreich und notwendig. Während therapeutischen Vorannahmen in der Gesprächspsychotherapie mit anderen Patientengruppen von manchen weniger große oder sogar

ungünstige Bedeutung beigemessen wird, sei daran erinnert, daß *Rogers* (1957) die Bedeutung diagnostischer Informationen für den Zuwachs an „Sicherheit“ und damit auch Effektivität des Therapeuten durchaus gesehen hat.

4.

Modifikation der Therapeuten-Variablen

Was die Modifikation der Durchführung einer gesprächspsychotherapeutischen Behandlung schizophrener Patienten anlangt, so sind einige Ergebnisse des „stationären“ Schizophrenie-Projektes von *Rogers* (1967) zur therapeutischen Interaktion hier besonders aufschlußreich. So fand sich zum einen, daß die schizophrenen Patienten im Vergleich zu einer neurotischen Vergleichsgruppe das realisierte Ausmaß der drei klassischen Therapeuten-Variablen (Empathie, Kongruenz und positive Wertschätzung) in deutlich geringerem Umfang wahrnahmen, und zwar um so geringer, je gestörter sie waren. Darüber hinaus nahmen insbesondere therapeutisch weniger erfolgreiche Patienten die angebotenen Therapiebedingungen nicht im gleichen Sinne wie ihr Therapeut wahr. Diese beiden Beobachtungen betonen die Bedeutung einer Therapie-Variablen im Umgang mit schizophrenen Patienten, die von *Rogers* (1957) explizit formuliert wurde, aber gelegentlich übersehen wird, nämlich, daß der Patient die realisierten Therapiebedingungen zumindest ansatzweise wahrnehmen muß. Daß hier für den noch akuter kranken schizophrenen Patienten aufgrund gestörter Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeits-Prozesse Schwierigkeiten bestehen, entspricht der klinischen Erfahrung und muß im therapeutischen Gespräch berücksichtigt werden. Für den Therapeuten bedeutet dies andererseits, daß er zeitweilig im „luftleeren“ Raum arbeitet, wenn er bemerkt, daß seine Äußerungen und sein Verhalten für den Patienten einen entgegen der Intention völlig anderen Bedeutungszusammenhang haben.

Ein kleines Beispiel soll dies verdeutlichen: Ein akut psychotisch dekompenzierter, ängstlich erregter Patient, zu dem vorher nur sporadische Gesprächskontakte bestanden hatten, wurde von seinen Eltern in die Sprechstunde gebracht. Im Rahmen der Krisenintervention wurde versucht, den Patienten für eine Neuroleptika-Injektion zu gewinnen. Er stand diesem Vorschlag hoch ambivalent gegenüber. Auf den Therapeuten-Vorschlag hin, er könne ja auch Medikamente „schlucken“, wirkte der Patient überrascht. Der Therapeut hatte den Eindruck, der Patient könnte „schlucken“ in übertragener Bedeutung verstanden haben, und ergänzte deshalb „runterschlucken“, Medikamente „einnehmen“. Der Patient war nun vollends aufmerksam und mißtrauisch geworden, bestand auf Klärung dieses Punktes und geriet darüber in zunehmende Konfusion.

Einfache, klare und eindeutige Therapeuten-Äußerungen tragen am ehesten dazu bei, bei schwer gestörten Patienten „schizophrene Mißverständnisse“ zu vermeiden. *Gendlin* (1962) hat entsprechende Erfahrungen eindrucksvoll beschrieben und daraus Modifikationen des therapeutischen Verhaltens abgeleitet, die mit dem Begriff größerer „Selbstzentrierung“ (und Initiative) des Therapeuten umschrieben werden können.

Ein weiteres mit diesen Erfahrungen in Zusammenhang stehendes Ergebnis der *Rogers*-Untersuchung betrifft die differentielle Betonung einzelner Therapeuten-Variablen im Therapieverlauf. So fand sich, daß zu Beginn der Therapie im wesentlichen Kongruenz und positive Wertschätzung des Therapeuten wahrgenommen wurden und erst im weiteren Verlauf auch die Variable Empathie mit in den Wahrnehmungsfokus der Patienten trat. *Rogers* folgert daraus, daß für den schizophrenen Patienten zumindest im

Therapiebeginn der Beziehungsaspekt der Therapie im Sinne einer Beziehung, in die er vertrauen kann, ganz im Vordergrund steht. Diese Ergebnisse decken sich mit denen von *Triebel* (1973), der ebenfalls für die frühe Therapiephase die Bedeutung eines sogenannten „physiognomischen Kommunikationsgeschehens“ herausgestellt hat und erst für spätere Therapiephasen eine Zunahme der Selbstexploration zeigen konnte.

Nimmt man zu diesen Ergebnissen (die an stationären und damit gegenüber ambulanten sicher schwerer gestörten Patienten gewonnen wurden) noch hinzu, daß in der *Rogers*-Untersuchung das Ausmaß an Selbst-Exploration über den gesamten Therapieverlauf sehr gering war, ergeben sich für die therapeutische Praxis folgende Leitlinien: Insbesondere zu Therapiebeginn und abhängig von der noch vorhandenen Labilität des Patienten wird der Therapeut aktiver, strukturierender und damit auch direkter, z.B. was die gemeinsame Abstimmung des Gesamtbehandlungsplans betrifft, vorgehen. Eingeschränkte selbst-explorative Fähigkeiten (und Bedürfnisse) des Patienten sowie im Vordergrund stehende „externale“ Themen wie Wohnungssuche und Arbeitsplatzfindung akzentuieren das Gespräch zu diesem Zeitpunkt mehr im Sinne des „Counseling“. Aufgrund der besonderen Bedeutung kongruenten Therapeutenverhaltens für die Etablierung der therapeutischen Beziehung erscheint es günstig, wenn der Therapeut mehr „selbstzentriert“ und damit für den Patienten „abgrenzbar“ bleibt. Therapeutische Verhaltensweisen in diesem Sinne sind ein mehr aktiver, handelnder als problematisierender Bezug zum Patienten, wobei auch der Aufklärung über Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten eine besondere Rolle zukommt. Persönliche Distanz des Therapeuten (ohne überhebliche Professionalisierung) sowie das Bemühen um einen Dialog ohne „Mißverständnisse“ (durch Nachfragen und Präzisieren, anstatt alles „empathisch“ verstehen zu wollen) tragen dazu bei, den Therapeuten als konkrete Person wahrzunehmen und damit den Realitätskontakt zu stabilisieren.

Daß eine derartige therapeutische Beziehung über lange Zeit vorherrschend sein kann, zeigt der Fall eines jetzt 26jährigen jungen Mannes, der mit 22 Jahren erstmals schizophren erkrankte und nach Klinikaufenthalt mit halbstationärer Nachbehandlung zu uns in Behandlung kam. Er ist ohne Arbeit und lebt bei seiner Mutter. Seine Beschäftigung besteht in vielerlei kreativer Tätigkeit wie Malen, Gedichteschreiben, Komponieren und allein Musizieren. Hinter einem „schnodderigen“ Äußeren verbirgt sich eine hochgradige Kontaktstörung. In einer fiktiven Biographie schreibt er: „Es gibt Zeiten, da ist J. froh, wenn jemand überhaupt mal zwei Worte mit ihm redet, aber bloß nicht mehr: Das hält er kaum aus.“ Der nunmehr mit „langem Atem“ seit 2 1/2 Jahren gehaltene Kontakt zu ihm besteht darin, daß er seine kreativen „Produkte“ mitbringt, die damit zum wiederholbaren Anknüpfungspunkt werden und gleichzeitig einen tiefer dringenden verbalen Kontakt vermeiden lassen. Das „bedingungslose Akzeptieren“ dieser Verhaltensweise mit naiv-unprofessioneller Anteilnahme an seinem Schaffen (und damit an ihm) scheint hier besonders wichtig. Im Laufe der Zeit hat sich der Patient so weit stabilisiert und entwickelt, daß er einer Berufsausbildung und damit auch vorübergehender Trennung von seiner Mutter ins Auge sehen kann.

Auch aus den oben genannten konzeptuellen Erwägungen erscheint ein unreflektiertes empathisches Vorgehen, insbesondere in früheren Therapie-Phasen, eher unangemessen. Hat *Rogers* (1957) bei Beschreibung dieser Variablen bereits unterstrichen, daß der Therapeut die „als ob“-Qualität beim Hineinversetzen in die innere Welt des Patienten nicht aufgeben soll und damit implizit auch eine Distanz in diesem Therapeutenverhalten betont, so ist dieser Gesichtspunkt von besonderer Bedeutung im Umgang mit schizophrenen Patienten. Ist es für den Therapeuten in Situationen, wo der Patient den Realitätskontakt verliert, inkohärent und wahnhaft wird, schon ein schwieriges Unterfangen, die innere Welt des Patienten nachzuvollziehen (auch wenn er den Patienten gut kennt), so

kann andererseits der Versuch dazu mit der damit einhergehenden größeren Nähe ein untherapeutisches Verhalten bedeuten, da es die Konfusion des Patienten steigert und damit letztlich allen therapeutischen Bemühungen nach Verselbständigung zuwiderläuft. „Selbsterfahrung“ als zweifellos wichtiges therapeutisches Element zur Erweiterung des „internalen“ Wahrnehmungsfeldes wird von uns erst dann gefördert, wenn der Patient (zumeist in späteren Therapie-Phasen) diese aushalten kann und nicht mehr in Desintegration und psychotisches Erleben gerät.

Daß Themen wie „Identitätsschwäche“ und Streben nach „selbständiger Unabhängigkeit“ in diesen späteren Gesprächen oft im Vordergrund stehen, soll ein folgendes Gesprächsbeispiel zeigen. Es handelt sich hier um eine 33jährige, vor 2 Jahren erstmals erkrankte Frau mit einer verlaufsprognostisch offenbar günstigen Erkrankung. Wiederholt ist es zu leichteren, ambulant behandelbaren psychotischen Krisen gekommen, wobei jedes Mal als Konflikt für sie aufbrach, im Schatten der Karriere ihres Mannes zu stehen. Der folgende Gesprächsausschnitt entstammt einem Zeitpunkt, zu dem die Patientin nach einer erneuten Krise schon wieder weitgehend an Stabilität gewonnen hatte.

P.: ... ich fühle mich überfordert, etwas das man ansprechen muß ... denn wenn ich überfordert bin, dann muß ich ja meine Grenze kennen und ich meine, ich bin damals hier in der Klinik gelandet und noch einmal in der Klinik landen, ich meine dieses Stück für Stück das wieder schaffen, alles wieder aufbauen, ich weiß nicht, ob ich das noch einmal schaffen würde und da muß ich wirklich ... und mein Mann sieht ja meine Probleme nicht, daß er denkt, stimmt ja, du warst krank, das sieht er nicht ...

Th.: ... daß es für Sie eigentlich auch ums Überleben geht ...

P.: Ja, es geht für mich ums Überleben ... und das sieht er einfach nicht und denkt, sie ist wieder o.k., also kann sie wieder ... Daß ich jetzt meine Grenze erkennen muß und auch damals, ich habe einfach auf Hilfe gewartet ...

Th.: Ja.

P.: Und das Ganze, ich meine, das was ich in der Psychose hatte, das waren eigentlich alles unverarbeitete Konflikte; erstmal die Sache mit meinem Vater, der hat auch eine große Rolle gespielt, der hat mich sicher auch unterdrückt, d.h. ich habe mich unterdrückt gefühlt, und dann eben die Zeit in ..., die ich nicht verarbeitet habe; das war eine schreckliche Zeit ... und das war so viel, was ich nicht verarbeitet habe, und das Ganze war eigentlich so meine Psychose, und ich meine, ich bin ein Mensch, der ist eigentlich nie krank, und irgendwann bricht man dann zusammen oder geht es einfach nicht weiter, und mein Mann hat mich einfach nicht verstanden, und was macht man dann, wenn man niemanden hat ...

Th.: So daß Sie eigentlich jetzt daran gehen, sich um sich selbst zu sorgen und zu kümmern ...

P.: Ja, ja, ja, das ist eigentlich weil ich sage, mein Mann sieht das nicht, jetzt muß ich gucken ... muß ein Egoist sein; das hab ich damals in ... auch gedacht, wo bleib ich, und das ist wieder der Moment, jetzt mußt du auch ein Egoist werden, sonst schaffst du es nicht; sonst sehe ich für mich keine Chance, zu überleben ... Aber sofort verändern kann ich nichts, weil ich so kräftemäßig nicht zurechtfinde ... (schildert Pläne) daß ich dann einfach weiter sehen kann, es geht schon; daß ich denke, ich muß jetzt an mich denken ...

Th.: Das ist jetzt ganz wichtig in Ihrem Leben.

P.: Ja, ja, meine Krankheit, ich meine, ich habe es immer noch nicht ganz geschafft, diese Sicherheit wiederzubekommen, die man vorher hatte; das ist etwas, was immer bleiben wird, und dies Stück für Stück zu schaffen, das ist unwahrscheinlich schwer ... (weint).

Th.: Und Sie können es einfach nicht mehr hinnehmen, daß dieser Rest an Sicherheit wieder kaputt geht.

P.: Ja, ja, und da muß ich sagen, da muß ich jetzt ein Egoist sein, ich meine, darum ist auch sinnvoll oder wichtig für mich, daß ich öfter zum Sprechen komme, das heißt nicht, daß ich auf meinen Mann schimpfen will; ich kann ja vieles nicht verarbeiten und irgendwo muß ich es loswerden und darüber sprechen, daß ich das Ganze verarbeiten kann ...

Th.: (Auf Scheidungspläne der Patientin anspielend) Wobei die Richtung noch offen ist, in die Sie gehen werden ...

P.: Ja, ja, nur daß ich jetzt einfach die Stärke bekomme, weil, wenn ich mit meinen ganzen Problemen allein bin, ich das nicht schaffe, sondern ich muß darüber reden, um das Ganze zu verarbeiten; ich meine, so sehe ich meine Lage schon und weiß sie richtig einzustufen und ich meine, Sie sprechen dieses und jenes an, daß ich auch wieder Stellung nehmen muß, wieder ... (lächelt)

Th.: So, wie Sie sich das von Ihrem Mann auch vorstellen ...

P.: Ja, genau, und Sie sehen es wieder aus einer anderen Sicht; das ist auch für mich wichtig, das zu überdenken.

Kongruenz erscheint insbesondere im Hinblick auf die berufliche Identität des Therapeuten als besonders wichtige Therapeuten-Variable. So sollte der Therapeut in Kenntnis der vorher genannten empirischen Befunde einen pharmakotherapeutischen Behandlungsansatz nicht im Gegensatz zu seiner Klienten-zentrierten Einstellung erleben (vgl. *Rüger, 1979*). Das heißt, er sollte sich nicht als inkongruent erleben, wenn er dem Patienten auf der einen Seite Aspekte der Rezidivprophylaxe erklärt und ihm Neuroleptika verschreibt und andererseits gesprächspsychotherapeutisch mit ihm arbeitet. Zweifellos können hierbei Schwierigkeiten auftauchen, wenn der Patient mit dem Behandlungsmodell des Therapeuten nicht „kooperiert“ und eine für notwendig gehaltene medikamentöse Behandlung ablehnt. Wenn Information und Aufklärung allein zu keiner Einstellungsänderung führen, ist es notwendig, mit dem Patienten gemeinsam an der Modifikation seines Krankheits- und Behandlungsmodells zu arbeiten (*Linden, 1982*). Wichtig ist, daß auch bei vorübergehendem Verzicht auf medikamentöse Behandlung der therapeutische Kontakt erhalten bleibt. Gerade in diesen problematischeren Fällen kann es richtiger sein, die Behandlung in einer Hand und damit transparent zu belassen, als die zwei Behandlungsverfahren auf 2 Therapeuten aufzuspalten. Andererseits kann es auch für den Patienten eine notwendige Entlastung sein, beide Behandlungsaspekte personell zu trennen (vgl. zum Problem der Rollenaufteilung auch *Finke/Teusch, 1982*).

Wie schwierig es im Einzelfall sein kann, besonders in einer Krisensituation, die therapeutische Balance zu halten, soll ein letztes Beispiel verdeutlichen:

Eine 29jährige Frau, die vor 2 Jahren erstmals nach der Geburt ihres 3. Kindes psychotisch erkrankt war, war anschließend in unsere Behandlung gekommen. Ein Jahr später hatte sie die Medikamente in ärztlicher Absprache abgesetzt. Sie erschien danach nur noch sporadisch in der Sprechstunde. Schließlich kam es auf Drängen ihres behinderten Freundes zur Wiedervorstellung, da die Patientin offenbar vermehrt „expansives“ Verhalten an den Tag legte (in Form von lebhafterem, ausgelassenerem Verhalten). Die Patientin selbst stellte sich vor, um zu zeigen, daß es ihr gut gehe und sie die Besorgnis des Freundes, sie könne wieder krank werden, für unbegründet halte, sich aber dadurch eingeengt und gegängelt fühle. Gegenüber früheren Gesprächen wirkte sie lebendiger und bot keine psychotischen Auffälligkeiten, so daß eine medikamentöse Behandlung unterblieb, was die Patientin als Bestätigung gegenüber dem Freund erlebte. Am nächsten Tag wurde die Patientin von ihren Angehörigen in die Klinik gebracht und war nun offensichtlich psychotisch. In Kenntnis der Schwere ihrer Ersterkrankung mit einhergehender Suizidalität sowie der zu erwartenden negativen sozialen Konsequenzen einer erneuten stationären Behandlung, wurde im Rahmen der Krisenintervention der Patientin dringend zur medikamentösen Behandlung geraten. Dies lehnte sie anfangs ab, ging dann, wohl nicht zuletzt aufgrund der guten therapeutischen Bindung, auf diesen Vorschlag ein. Es war nun dramatisch zu sehen, wie sie mit der Einwilligung sich aus einer schon psychotischen, aber doch noch gegenüber früher sehr selbständig wirkenden Frau im Nu zu einem fast kindlichen, ängstlich abhängigen Wesen wandelte. Mit dem Eingeständnis, ohne Medikamente nicht auszukommen, war auch der Rest an Selbständigkeit zusammengebrochen. – Trotz dieser Dramatik hat das geschilderte Ereignis die therapeutische Beziehung nicht belastet. Die Klinikeinweisung konnte verhindert werden, die Patientin hat sich relativ rasch wieder stabilisiert und die gemachten Erfahrungen als „Grenz-Erleben“ integriert. Sie hofft, ihren Freund in Kürze zu heiraten.

5.

Schlußfolgerungen

Die wichtigsten Ergebnisse der berichteten Überlegungen und Erfahrungen sollen noch einmal kurz zusammengefaßt werden:

1. Die ambulante Behandlung schizophrener Patienten ist in der Regel eine Kombinationsbehandlung mit differentiellem Effekt. Die Pharmakotherapie wirkt in erster Linie symptom-suppressiv und rezidiv-prophylaktisch, in Kombination mit einem problemorientierten psychotherapeutischen Verfahren läßt sich die soziale Integration der Patienten günstig beeinflussen.
2. Die Indikation zu einer psychotherapeutischen Zusatzbehandlung stellt sich nicht für alle Patienten gleich. Sie sollte aufgrund bestimmter Patientenmerkmale und Verlaufskriterien der Erkrankung selektiv gestellt werden. Ein Überangebot an Therapie sollte vermieden werden.
3. Bei einem gesprächspsychotherapeutischen Behandlungsansatz mit schizophrenen Patienten sind die einzelnen Therapeuten-Variablen von unterschiedlicher Bedeutung. Insbesondere bei Therapiebeginn sind am wichtigsten Kongruenz und positive Wertschätzung; Empathie-Elemente werden vom Patienten erst in späteren Therapiephasen differenzierter wahrgenommen.
4. Die besondere Verletzlichkeit der Patienten gegenüber Nähe-Erfahrung muß im therapeutischen Handeln berücksichtigt werden, um psychotische Dekompensationen zu vermeiden. Eine realistische Einstellung des Patienten gegenüber seiner Erkrankung und potentiellen Rückfallgefährdung sollte gefördert und in einsehbaren Zusammenhang mit notwendigen Behandlungsmaßnahmen gebracht werden.
5. Bei der Therapie-Zielbestimmung ist den oft erheblich eingeschränkten Entwicklungsmöglichkeiten der Patienten Rechnung zu tragen. Bessere Remissions-Stabilität bei gleichzeitig verbesserter sozialer Integration sind Ziele, die erreichbar scheinen.

Literatur

- Davis, J.M./Schaffer, C.B./Killian, G.A./Kinard, C./Chan, C.: Important issues in the drug treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1980, 6, 70-87.
- Feinsilver, D.B./Gunderson, J.G.: Psychotherapy for schizophrenics: Is it indicated? A review of the relevant literature. *Schizophrenia Bulletin* 1972, 6, 11-23.
- Finke, J./Teusch, L.: Indikation und Interaktion von Psycho- und Soziotherapie in der Rehabilitation Schizophrener - Ein Erfahrungsbericht. *Psychiatr. Praxis* 1982, 9, 151-154.
- Fromm-Reichmann, F.: Heilung durch Wiederherstellung von Vertrauen. In: *Matussek, P.* (Hrsg.): *Psychotherapie schizophrener Psychosen*. Hamburg: Hoffmann & Campe, 1976, 34-52.
- Gaebel, W./Pietzcker, A./Poppenberg, A.: Prädiktoren des Verlaufs schizophrener Erkrankungen unter neuroleptischer Langzeitmedikation. *Pharmakopsychiatrie* 1981, 14, 180-188.
- Gaebel, W./Simons, G.: Kombination von Pharmakotherapie und Gesprächspsychotherapie in der ambulanten Nachbehandlung schizophrener Patienten. Vortrag auf dem 2. Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin, 14.-19.02.1982.
- Gendlin, E.T.: Client-centered development and work with schizophrenics. *J. Counseling Psychol.* 1962, 9, 205-212.
- Goldberg, S.C./Schooler, N.R./Hogarty, G.E./Roper, M.: Prediction of relapse in schizophrenic out-patients treated by drug and sociotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 1977, 34, 171-184.

- Gonçalves, N.*: „Schwund“ bei ambulant behandelten Schizophrenen. *Nervenarzt* 1978, 49, 58–64.
- Helmchen, H.*: Forschungsaufgaben bei psychiatrischer Langzeitmedikation. *Nervenarzt* 1978, 49, 534–538.
- Hogarty, G.E./Goldberg, S.C.*: Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. One year relapse rates. *Arch. Gen. Psychiatry* 1973, 28, 54–64.
- Hogarty, G.E./Goldberg, S.C./Schooler, N.R./Ulrich, R.F.*: Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. Two year relapse rates. *Arch. Gen. Psychiatry* 1974, 31, 603–608.
- Hogarty, G.E./Goldberg, S.C./Schooler, N.R.*: Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. Adjustment of non-relapsed patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 1974 a, 31, 609–618.
- Linden, M.*: Die Veränderung von Krankheitsmodell und Compliance bei schizophrenen Patienten. In: *Helmchen, H./Linden, M./Rüger, U.* (Hrsg.): *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 1982, 93–99.
- May, P.R.A.*: When, what and why? Psychopharmacotherapy and other treatments in schizophrenia. *Compr. Psychiatry* 1976, 17, 683–693.
- McGlashan, T.H.*: DSM-III Schizophrenia and individual psychotherapy. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1982, 170, 752–757.
- McGlashan, T.H./Carpenter, W.T.Jr.*: Does attitude toward psychosis relate to outcome. *Amer. J. Psychiatry* 1981, 138, 797–801.
- Pietzcker, A.*: Langzeitmedikation bei schizophrenen Kranken. *Nervenarzt* 1978, 49, 518–533.
- Rogers, C.R.*: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J. Consult. Psychol.* 1957, 21, 95–103.
- Rogers, C.R./Gendlin, E.T./Kiesler, D.J./Truax, C.B.*: The therapeutic relationship and its impact – a study of psychotherapy with schizophrenics. Madison, Milwaukee, London: The University of Wisconsin Press, 1967.
- Rüger, U.*: Kombinationen von psychiatrischer Pharmakotherapie und Psychotherapie. *Nervenarzt* 1979, 50, 491–500.
- Schulz, C.G.*: An individualized psychotherapeutic approach with the schizophrenic patient. *Schizophrenia Bulletin* 1975, 13, 46–69.
- Schulz, C.G.*: The contribution of self-representation – object representation differentiation to the understanding of schizophrenics. In: *Greenspan, S.I./Pollock, G.H.* (Hrsg.): *The course of life: Psychoanalytic contributions toward understanding personality development*. Vol. 3: Adulthood and the ageing process. NIMH, 1980.
- Strauss, J.S./Carpenter, W.C.Jr.*: Prediction of outcome in schizophrenia. III 5-year outcome and its predictors. *Arch. Gen. Psychiatry* 1977, 34, 159–163.
- Triebel, A.*: Emotionale Interaktion in ihrer Bedeutung für den Therapieverlauf. In: *Matussek, P.* (Hrsg.): *Psychotherapie schizophrener Psychosen*. Hamburg: Hoffmann & Campe, 1976, 239–250.

Anschrift des Autors:

Dr. Wolfgang Gaebel, Psychiatrische Klinik und Poliklinik der FU Berlin, Eschenallee 3,
D-1000 Berlin 19