

Was heilt wirklich? Oder: Die andere Evidenz

Was für die Erforschung der Arzt-Patienten-Interaktion wichtig ist

(Ergänzter Nachdruck des im „Luzerner Arzt“ Nr. 82 & 83/2010 erschienen Artikels.)

Zusammenfassung: Nach dem Darstellen des aktuellen Wissenschaftsparadigmas und der Kritik am heute dominierenden Forschungsverständnis in der Psychiatrie wird der Fall eines 1957 geborenen schizophrenen Patienten vorgestellt. Dieser war zwischen 1979 und 1992, nach den damals üblichen Regeln und Methoden (im damaligen Wortsinn von „Evidenz“) behandelt worden. Er war insgesamt 16 Mal psychiatrisch hospitalisiert und verbrachte dabei insgesamt 6½ Jahre in der Klinik. Seit 1992 ist er in ambulanter, Integriert-Psychiatrisch-Psychotherapeutischer Behandlung (IPPB) nach umfassend systemischer Denkweise. Seit 1992 benötigt er keine weiteren Hospitalisationen mehr. Er lebt selbständig, ohne Vormund und seit Jahren mit lediglich drei bis vier Kurzkonsultationen jährlich. („Die andere Evidenz“).

Es folgen Erkenntnisse zur "guten" Arzt-Patienten-Beziehung sowie Gedanken zu Ausbildung, Forschung, Wissenschaft und Finanzen.

1. Grundsätzliche Bemerkungen

1.1. Motivation:

Nach meiner 30jährigen Tätigkeit als Psychiater-Psychotherapeut bin ich daran, Rückschau zu halten und Rechenschaft abzulegen, beruflich und persönlich. Der "Luzerner Arzt" scheint mir als erster Schritt für eine Publikation geeignet, weil es ja auch um Luzerner Patienten geht: Luzerner Familien, das Luzerner Gesundheitswesen, die Luzerner Kultur, einen Luzerner Arzt.

Ich plane, eine Folge von exemplarischen, sehr therapierelevanten Ereignisabläufen zu beschreiben und dazu meine Überlegungen anzustellen. Dabei folge ich einer systemischen, gesamtheitlichen Weltsicht. Es geht somit um einen Menschen und sein näheres Umfeld in unserem Gesundheitswesen und in unserer Kultur, also um ein „**Humansystem**“.

Ich möchte eine weiterblickende Diskussion um die eigentlichen Wirkfaktoren im Heilungsprozess anbahnen. Dies geht nicht, ohne das heutige Wissenschaftsverständnis im Fach Psychiatrie als einseitig zu kritisieren.

1.2. Kritik am dominierenden Wissenschaftsparadigma

Das gegenwärtige medizinische Modell wird dominiert durch die in statistisch ausgewerteten Gruppenuntersuchungen gefundenen Messdaten. Diese werden vorzugsweise als „**evidenzbasiert**“ bezeichnet (obschon sie im eigentlichen Wortsinn eben gerade nicht evident sind) und in sogenannten "**Guidelines**" festgehalten. Naturwissenschaftler und Manager sind jeweils stolz darauf, von „harten Fakten“ sprechen zu können. Dabei sind die für das Leben „härtesten Fakten“ diejenigen, die von einfachen Geistern tendenziell als „weiche Daten“ bezeichnet werden. Weiche Daten sind aber

hochrelevante Faktoren, die man wohl beobachten und verstehen, aber nicht messen und zählen kann wie Vertrauen, Glaubwürdigkeit, Meinungen, Ideen, Haltungen, Einstellungen, ethische Werte, moralische Normen etc.

Der tiefere Grund zu solch reduktionistischem Vorgehen ist wohl die Suche nach Erkenntnissen, welche - die Komplexität der biologischen Vielfalt und der menschlichen Variabilität vereinfachend - zu übergeordneten, allgemein gültigen Regeln führen sollen. Der Quantenphysiker Robert B. Laughlin (1) hat dies für seine Wissenschaftskollegen wie folgt ausgedrückt: "Wir alle hoffen insgeheim auf eine ultimative Theorie, ein übergeordnetes Regelwerk, aus dem alle Wahrheit strömen würde und das uns für alle Zeiten von der Frustration befreien würde, uns mit den Fakten beschäftigen zu müssen." (S 4).

Im Gebiet der Psychopharmakologie hat diese Hoffnung zu einem Wissenschaftsverständnis geführt, welches viel zu einseitig darauf beruht, die Einteilung der Cluster (Verteilungshaufen) von Patienten mit gleichen oder ähnlichen Symptomen in **Klassifikationsgruppen** (ICD-10) als Grundlage zu nehmen. Damit werden nun Gruppenuntersuchungen gemacht unter Ausschluss der Individuen ausserhalb der Cluster. (In den Studien jeweils erwähnt unter den Ausschlusskriterien!)

Die derart gesammelten Resultate werden dann in statistischen Verfahren ausgewertet und zum Hauptsubstrat der **gesuchten „Wahrheit“** gemacht. Im Streben nach möglichst **signifikanten** (= Unwahrscheinlichkeit eines Zufallsbefundes) Resultaten werden dabei oft wirklich **bedeutungsvolle** Aspekte einfach weggelassen. Die verschiedenen Untersuchungsverfahren werden also mehr nach den Kriterien der **Zuverlässigkeit** als denen der **Gültigkeit** eingestuft. Die randomisierten Doppelblindstudien werden am höchsten, die gut **dokumentierten Einzelfallstudien** am geringsten geachtet. Eine solche kann niemals signifikant sein, weil die Vergleichsgruppe fehlt, wohl aber bedeutungsvoll, wenn man neue Grunderkenntnisse gewinnen kann oder nach Ausbildungskriterien sucht oder die Finanzen eines Kantons plant.

Unter dem Einfluss der Erfolge der Psychopharmakologie der letzten 60 Jahre und dem Druck der Wirtschaft besteht aber zunehmend die Gefahr einer einseitigen Entwicklung. Diese führt unbemerkt hin zur Vorstellung, es gebe einen Standardmenschen mit Standardeigenschaften, Standardreaktionen und Standardkrankheiten. Gewisse Forscher, aber auch Juristen und insbesondere Verwaltungsbeamte hätten oft am liebsten eine Welt von lauter Durchschnitts-Menschen und somit letztlich auch von Durchschnittspsychiatern.

1.3. Ein komplementärer Wissenschaftsbereich: die Therapieforschung

Unter der zunehmenden Dominanz des obigen Wissenschaftsverständnisses wird aber die zweite Komponente des Heilens – das **ärztliche Handwerk**, (das sogar in ärztlicher Kunst gipfeln kann,) eben **die andere Evidenz** – immer mehr verdrängt. Die Forschung sollte sich verstärkt auf Fragen verlegen wie "Wie unterscheiden sich die Beziehungsmuster zwischen individuellen Patienten und individuellen Ärztinnen?" und: "Welches sind die Wirkfaktoren, die Einfluss auf die Heilung haben?" sowie "Welche Eigenschaften, Haltungen und Interventionen von Arzt und Therapeutin machen diese Wirkfaktoren aus?". Zur Beantwortung der obigen Fragestellungen gibt es in den letzten Jahren eine zunehmend an Bedeutung gewinnende Psychotherapieforschung. Eine gute Zusammenfassung des aktuellen Erkenntnisstandes gibt ein **Übersichtsartikel von Ulrich Berns** (2). Aus dieser grossen Metastudie ergeben sich drei erstaunliche, aber wichtige Aussagen:

1. **Psychotherapie** hilft (Faktor 0.8 = 80% der Patienten profitieren von einer Psychotherapie)

2. **Spezifische Wirkfaktoren** haben keinen gesicherten Einfluss auf den Therapieerfolg. (Dabei dürften sorgfältiger durchgeführte Studien, z.B. betreffs Therapiemethoden, sehr wohl einen gesicherten Einfluss ergeben.)
3. Die **unspezifischen Faktoren**, die die Arzt-Patient-Interaktion widerspiegeln, machen den Grossteil der nachweisbaren Wirksamkeit aus!

"**Die gute Arzt-Patient-Beziehung**" wird zwar auch in pharmakologischen Studien oft als wichtig erwähnt, ohne dass sie jedoch irgendwie definiert würde. **Berns** nennt jedoch Faktoren, die jeweils signifikant mit dem Therapieerfolg korrelieren. Diese Faktoren sind: das **Arbeitsbündnis**, die **Allegianz** (die Überzeugung des Therapeuten, dass seine Therapiekonzepte hilfreich sind sowie die entsprechende Komplementarität von Erwartung und Erwartungserfüllung beim Klienten), die **Empathie** und die **Therapeuten-Persönlichkeit**.

Im folgenden Fallbeispiel werde ich mich zur Beurteilung der Arzt-Patient-Beziehung und somit zur Darstellung, welche Variabilität dieses Konstrukt "Patient-Arzt-Beziehung" in der realen Welt der Psychiatrie innerhalb der Kultur des Kantons Luzern aufweisen kann, an diesen von **Berns** genannten Faktoren orientieren. Dabei sind, wie die **Tabelle** am Ende des Textes deutlich macht, **zwei Phasen** zu unterscheiden: 1979 bis 1992 die Phase der **klassischen Psychiatrie** mit zahlreichen Hospitalisationen (1. Phase), und von 1992 bis heute die Phase der ambulanten, sogenannten **Integrierten Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Behandlung, IPPB** oder **IPPT** (2.Phase). Dies in konsequenter Anwendung **systemischen Denkens**, fachlich jedoch nicht beschränkt auf die Ebene der Familientherapie. Denn neben grundsätzlich vernetztem, zirkulär-kybernetischem Denken sind die Erkenntnisse anderer Wissenschaften wichtig: Allgemeine Systemtheorie, Informationstheorie, Soziologie, Entwicklungspsychologie, Pädagogik.

2. Die Geschichte des Herrn T.I., 1957

2.1. Vorgeschichte

Als viertes von fünf Kindern in der Agglomeration Luzern geboren. 1965 Scheidung der Eltern. Schlechter Schüler. Ab 4. Klasse Hilfsschule, Einweisung ins Kinderheim. 14jährig nach Wiederverheiratung des Vaters nach Hause zurück. Bis ein Jahr nach Schulentlassung unauffällig. Keine Berufslehre. Verkehrt im Rauschgiftmilieu. 17jährig erstmals delinquent. 19jährig wegen Diebstahls, Sachbeschädigung, Verstoß gegen Betäubungsmittelgesetz und Übergriffen für zwei Jahre im Erziehungsheim Arxhof. Nach bedingter Entlassung Auslandsaufenthalt. Nach Rückkehr erneute Delinquenz. 1979 erstmals in der Psychiatrie des Kantonsspitals Luzern (KSL) hospitalisiert mit der Diagnose: "Verdacht auf paranoid-halluzinatorische Schizophrenie".

2.2. Erste Phase: Die psychiatrischen Hospitalisationen.

Es beginnt die Phase der insgesamt 16 Hospitalisationen. Nachdem er im Dezember 1979 nach drei Tagen aus dem KSL weggelaufen war, wurde er im Januar 1980 erstmals per FFE nach St. Urban eingewiesen und im Februar ins Kantonsspital Luzern transferiert, wo er bis Juni 1980 blieb. Für weitere Klinikaufenthalte siehe Tabelle. Total war er also **innerhalb von 13 Jahren in 16 Aufenthalten insgesamt während 6½ Jahren hospitalisiert**.

In der Begutachtung vom 02.04.81 wurde eine "chronifiziert verlaufende schizophrene Psychose mit Residualsyndrom" festgestellt. Der Patient wurde anschliessend bevormundet und es wurde eine IV-Rente zugesprochen.

Die Hospitalisationen liefen meist nach demselben Muster ab. Hier sei aus dem **vierten Klinikeintritt** zitiert: "Zwangsaufnahme, von zwei Polizisten in Handschellen gebracht. Einer der Polizisten blutete als Folge der Auseinandersetzung... Herr I. scheint nicht zu verstehen, weshalb man ihn hierher gebracht hat. Im Widerspruch zum harten physischen Widerstand, den er den Polizisten geleistet haben muss, steht, dass er sich nicht gegen die Einweisung als solche wendet. Er bestreitet, (Grund der Aufnahme) bei der Auseinandersetzung im Wohnheim ein Messer auf sich getragen zu haben. Er sei überhaupt der friedlichste Mensch..."

"**Verlauf:** Der Patient flüchtete zweimal aus der Klinik und wurde von der Polizei wieder aufgegriffen und zu uns zurückgebracht".

"**Diagnose:** Subakute paranoide Schizophrenie, Prämorbid: Grenzdeibilität (IQ 73)".

Aus dem Bericht der **10. Hospitalisation:** „Herr I., der bereits neunmal in unserer Klinik hospitalisiert war, wurde das letzte Mal am 21.03.86 von hier entlassen. Er wohnte vorübergehend bei seiner Freundin. Er belästigte und bedrohte sie und wurde auch mehrmals gewalttätig. Am 29.07.86 wurde er von Ihnen (dem Hausarzt) notfallmässig in unsere Klinik eingewiesen"... „Die ganze Hospitalisationsdauer von 3½ Jahren war aber geprägt durch die **vollständige Krankheitsuneinsichtigkeit** des Patienten. So drängte er ununterbrochen auf Austritt, bagatellierte seine Probleme und war völlig unkooperativ bei zahlreichen Rehabilitationsversuchen... Da der Patient mit seiner Hospitalisation nie einverstanden war, stellte er mehrere Austrittsgesuche, die regelmässig abgelehnt werden mussten."

In einem Bericht der Klinik z.Hd. des Verwaltungsgerichtes vom 10.04.87 steht u.a.

"Während seiner Klinikaufenthalte erlebten wir Herrn I. als einen Mann, bei dem wir es z. Z. nicht verantworten können, ihn seinem Wunsch gemäss zu entlassen. Nach seinen Vorstellungen müsste man ihm eine eigene Wohnung zur Verfügung stellen, leben würde er von seiner IV-Rente, für zusätzliches Sackgeld würde er Gelegenheitsarbeiten annehmen. Gegen einen solchen Entlassungsmodus sprechen folgende Gründe: Durch resistente Selbstüberschätzung ist er nicht in der Lage, einen Platz in der Gesellschaft zu finden, der seinen Fähigkeiten entspricht... Die Selbstüberschätzung und das Machtstreben gehen mit einem Stolz einher, der ihn über die alltäglichen Dinge und auch über alle Mitmenschen hervorhebt. Dieses wahnhaftige Selbstbildnis hält er aufrecht durch seine magische Weltanschauung. Z.Z. behauptet er zwar nicht mehr, er sei Gott und damit omnipotent... Bei Wohnsitznahme in einem bürgerlichen Quartier darf man, durch viele bisherige Erfahrungen gelehrt, annehmen, dass er durch sein Aussehen und Benehmen wieder auf Ablehnung stossen würde, was wiederum einen Teufelskreis in Bewegung setzen könnte..." (Der Bericht ist ca. fünfmal so lang wie dieser Auszug!)

Die **11. Hospitalisation** erfolgt im Februar 91, nachdem er während 45 Tagen, die **12. Hospitalisation** im Juni 92, nachdem er während 35 Tagen die Medikation verweigert hatte. Der **letzte Klinikaufenthalt vom 04.06. bis 21.09.92** unter den **Diagnosen:** "Schub einer chronisch paranoiden Schizophrenie, bedrohliches Verhalten nach Auslass von Neuroleptika"... "Nach einem dreiwöchigen, problemlos verlaufenen Probeurlaub wurde der Patient am 21.09.92 aus unserer Klinik entlassen. Der FFE wurde per 28.10.92 aufgehoben".

2.3. Zweite Phase: Die Behandlung seit 1992 durch niedergelassenen Psychiater in einer Praxisgemeinschaft

2.3.1. Umstände der Zuweisung

Im Sommer 92 erkundigte sich der damalige Vormund, ob ich bereit wäre, einen 36jährigen Patienten, Herrn I.T. in Behandlung zu nehmen. Es gäbe nur eine einzige

Wohnmöglichkeit und dies nur für 360 Tage und nur unter den Voraussetzungen, dass der Patient arbeite, regelmässig zu mir in Therapie komme und die Medikation einnehme. An einer Vorbesprechung in der Klinik St. Urban wurde ein gemeinsamer Vertrag unterzeichnet. Einige Tage später empfing ich ihn im Rahmen seiner provisorischen Entlassung zum Erstinterview in meiner Praxis. Neben dem am 07.09.1992 in der Klinik letztmals applizierten Clopixol Depot von 300 mg i.m. benötigte der Patient Dosen von 6 - 8 mg Akineton im Tag, da er phasenweise an massiven Blickkrämpfen litt.

2.3.2. Die ersten Monate

Es folgten jetzt wöchentliche Sitzungen bei mir oder beim Praxiskollegen. Am 4.11.92 zudem eine längere zusammen mit seiner Schwester. Oberflächlich betrachtet war sein Psychostatus unauffällig, aber wenn man etwas Verbindliches von ihm wollte, war er „doppelt, defensiv, aggressiv“. Am 15.12.92 notierte ich: "Verladen von Hasch... Wird feindlich-paranoid, verbal aggressiv. Wenn man den Druck nicht erhöht, „kommt er aber zurück“ und bietet auch Einsichten an, „Habe ich gesponnen?“ und er realisiert am Schluss, dass er eine "Scheibe" gehabt hätte, mich nicht ernst genommen hätte und dass „irgendwie etwas Wichtiges“ gesagt worden sei. Nämlich die Abmachung, dass auch unter allfälligen Druckversuchen seinerseits, die Dosis Clopixol erst reduziert werde, wenn er den Hasch-Konsum einstellt“...

Die ersten Monate und Jahre der ambulanten Behandlung gestalteten sich sehr schwierig und erforderten eine intensive persönliche Präsenz und emotionale Nähe zum Patienten sowie eine zeitliche Kontinuität der Begleitung, die durch die gegenseitige Stellvertretung in der Praxisgemeinschaft sichergestellt werden konnte.

Innerhalb der Hauptschwierigkeiten, die die zielführende Behandlung behinderten, liessen sich drei Probleme erkennen.

1. Problem: Psychopathologie: Schwierigkeiten machten immer wieder die

Stimmungsumschwünge zwischen lieblich-kooperativ und hässig-oppositionell. Diese Schwankungen waren verflochten mit seiner **grundtiefen Ambivalenz** in Bezug auf alles, was einen Entscheid oder eine persönliche Stellungnahme zu einer konkreteren Handlung erforderte. Wohl jedes zweite Mal „marktete“ er um die Medikation, begann unter steigender verbaler Aggressivität diese abzulehnen oder rannte gar fluchend aus der Sprechstunde davon. Fast immer kam er aber zurück oder erschien spätestens am nächsten Tag wieder, um sich seine Depotspritze machen zu lassen.

Ein einziges Mal konnte er auch in den folgenden Tagen nicht dazu bewegt werden, in die Sprechstunde zu kommen. Der Vormund, der betreuende Sozialarbeiter, der Leiter des Wohnheims und ich vereinbarten, dass wir ihn nicht mit Gewalt medizieren, sondern sofort in die Klinik bringen würden, wo ihm das Medikament verabreicht werden sollte.

Anschliessend sollte er aber gleich wieder ins Wohnheim mitgenommen werden. Die Anwendung dieser Massnahme war aber nicht notwendig. Als wir vier Männer höflich anklopfend in sein Zimmer eintraten, enthüllte er mit einer verständnisvollen Bemerkung die gewohnte Injektionsstelle, so dass ich ihm die Spritze ohne Probleme applizieren konnte.

Im Juli 1993 hatte ihm der zuständige Leiter die Wohnungskündigung angedroht. Er erschien deshalb mit dem Vormund zur Sitzung bei mir. Er verlangte, in eine eigene Wohnung umziehen zu dürfen. Währenddem die Verantwortlichen Zweifel äusserten und zögerten, stimmte ich zu unter der Bedingung, dass er die bisherigen Abmachungen einhalte. Zum Erstaunen aller rief er eine Woche später an, er habe eine Wohnung an der Baselstrasse gefunden. Weitere acht Tage später zögerte er jedoch wieder bezüglich seines Umzuges. Nachdem ich ihn jedoch darin bestätigt hatte, wurde er sicherer und ruhiger. Er erschien drei Wochen später nach vollzogenem Umzug gepflegt und guter

Laune zur Sitzung. Er machte dabei den für seine Denkweise charakteristischen Ausspruch: "Sie dürfen niemandem meine neue Adresse geben, denn ich könnte belästigt werden von denen, die dagegen sind, dass Sie mir gegen meinen Willen Spritzen geben"!

2. Problem: Haschisch-Konsum: Dieser kam nur gelegentlich vor. Der Patient ertrug ihn jedoch insofern nicht, als er rasch psychotisch reagierte. In Anbetracht des Wohnorts hielten sich jedoch die dadurch entstandenen Schwierigkeiten in Grenzen. Sein Psychostatus verbesserte sich zunehmend. Ich sagte einer allmählichen Reduzierung der Medikamentendosis zu unter der Bedingung, dass er kein Haschisch mehr konsumiere. Diese Abmachung klappte von November 93 bis Juni 94 (10 Injektionen). Ich reduzierte dann die Dosis von Clopixol sukzessive auf 100 mg alle drei Wochen. Bei zu geringer Dosis verstärkten sich die Beziehungsideen, er blieb jedoch kooperativ! Zwischen September 93 und März 94 waren alle sieben von mir in der Praxis abgenommene Urinproben negativ.

3. Problem: Die Institutionen: In dieser Zeit ging es Herrn I. so gut, dass er sich selbständig an die **Psychex** wenden konnte, um sich gegen die "Zwangsbehandlung" zu beschweren. Nachdem der verantwortliche Jurist in beherrschendem Stil bereits den Vormund des Patienten auf die angebliche Illegalität unseres Vorgehens aufmerksam gemacht hatte, rief er im Frühjahr 94 auch mich an. Nicht nur darüber, dass mein Vorgehen falsch und ungesetzlich sei, wollte er mich belehren, sondern auch darüber, wie ich mich im Falle, dass sich der Patient gegen diese Behandlung wehren sollte, zu verhalten habe. Nämlich dass ich es geschehen lassen müsse und, falls der Patient in die Klinik eingewiesen würde, ich den Ärzten dort nicht berichten dürfe, was ich in der Zwischenzeit vom Patienten vernommen hätte! Da ich meiner und nicht seiner Logik und Methode folgte, konnte der Beizug weiterer Institutionen wie Polizei, Amtsarzt, Klinik umgangen werden.

2.3.3. Der weitere Verlauf

Im Juni 1994 erfolgte (auf Vorschlag des Patienten!) ein Medikamentenwechsel auf Leponex 75 mg pro Tag. Die Betreuung übernahm ebenfalls auf seinen Wunsch der Hausarzt. So fanden bis September 1995 (drittes Betreuungsjahr) elf, bis September 1996 (viertes Jahr) acht, und bis Ende 1997 noch sechs Sitzungen bei mir statt. Der Patient war ruhiger und zuverlässiger geworden. Er hatte begonnen, stundenweise gegen Lohn zu arbeiten, hat die Konsultationen beim Hausarzt eingehalten und die durch mich rezeptierten Medikamente mit wenigen Ausnahmen eingenommen

1998 zügelte er in eine Zweizimmerwohnung in einem eher bürgerlichen Quartier in einer Vorortsgemeinde von Luzern. Im Jahr 1998 erschien er noch zweimal zur Konsultation und meldete sich zweimal telefonisch, wenn er Medikamente brauchte. (Dies ist bis auf den heutigen Tag - 30.04.11. - so geblieben, wobei ich ihn alle ein bis zwei Jahre auch mal in seiner Wohnung besuche.)

Am 10.03.99 rief er aufgebracht und weinend an, es sei "unheimlich" im Haus. Er hatte begonnen, Möbel zu zertrümmern und zum Fenster hinauszwerfen. Er ging dann aber von sich aus in die Apotheke, holte Leponex und nahm gleich eine doppelte Tagesdosis ein. Er rief seinen Sozialarbeiter an, der ihn an mich verwies. Im Gespräch mit mir tönte er unruhig und verunsichert. Ich lobte sein richtiges Handeln, bestätigte, dass es gut kommen würde und sagte, er solle mich in drei Stunden nochmals anrufen. Dies tat er prompt, tönte jetzt adäquater und bestätigte, dass das Telefongespräch mit mir ihn beruhigt habe. Zwei Tage später telefonierte er, es gehe wieder gut, er bleibe jetzt doch in der Wohnung, die er unter der paranoiden Wahrnehmung hatte verlassen wollen!

Dieses Erlebnis hat in ihm offensichtlich eine tiefer greifende **Änderung des Selbst- und Krankheitsverständnisses** bewirkt. Anders als bei den früheren Rückfällen, die jeweils zur Intervention von aussen, oft mit Polizeieinsatz und Zwangshospitalisation geführt hatten, konnte er jetzt keinen „äusseren Feind“ mehr erkennen. Er musste erleben, dass die Störung in ihm selber lag. **Obschon er nicht klare oder richtige Gedanken hatte, handelte er richtig!!**

Auch im folgenden Jahr rief er alle drei Monate an für ein Rezept oder wenn er bei einer Instanz vorsprechen musste. Auf Ende 2000 wurde die Vormundschaft aufgehoben, nachdem ein früheres, von ihm vehement gefordertes Gesuch hatte abgelehnt werden müssen. Ein Jahr später erübrigte sich auch die freiwillige Beistandschaft.

Die **Medikamenteneinnahme** lag im Durchschnitt eher an der unteren Dosierungsgrenze. Manchmal versuchte er wieder zu argumentieren, manchmal erzählte er aber auch ungefragt, dass er mehr Medikamente nehme, wenn er spüre, dass es ein "Durcheinander" gebe.

2.3.4. Eine letzte Krise

Die bisher letzte kritische Episode gab es im Sommer 2009. Ihm waren die Medikamente ausgegangen. Er rief von sich aus an und erschien dann in der Praxis. Im Gespräch zeigte er sich zuerst nett, dann aufgeregt und zunehmend verbal aggressiv. Während seines Protestes über die Medikation und mich persönlich behielt er die schon ausgehändigten Packungen in Händen und lief schliesslich damit davon. Die **Ambivalenz** ist also unter Medikationskarenz noch deutlich manifest! **Als Arzt ist es jetzt sehr wichtig, nicht falsch, d. h. aktiv intervenierend zu handeln, sondern auf die grundsätzlich gute Beziehung zum Patienten abzustellen und ihm das richtige Handeln zuzutrauen!** So rief ich ihn erst zwei Monate später wieder an. Er tönte wieder adäquat und bat mich, ihm weitere Medikamente zu senden. An der nächsten Sitzung entschuldigte er sich für sein Verhalten.

Anlässlich der Sitzung vom 19.05.10, zu der ich ihn eingeladen hatte, um die Einwilligung zu dieser Publikation zu bekommen, meinte er, dass ja die Bekanntmachung seiner Geschichte anderen Patienten helfen könne und „diejenigen, die trotz der Anonymisierung erkennen könnten, um wen es sich handle, die kennen mich ja schon!“

3. Diskussion

3.1. Bemerkungen zur Arzt-Patienten-Beziehung

Welches sind nun die Erkenntnisse, die sich aus diesem Fall zu den "generellen oder unspezifischen Wirkfaktoren" gemäss den **Kriterien nach Berns** ergeben?

Arbeitsbündnis: Die Schwierigkeiten, hier ein zuverlässiges Arbeitsbündnis aufzubauen und aufrechtzuerhalten, sind durch die Psychopathologie des Patienten einerseits, die Konventionen, die Rollenverständnisse und die Denkmodelle der beteiligten Personen, sowie die Strukturen der Institutionen andererseits, bedingt. In der 1.Phase sind die Randbedingungen äusserst ungünstig: Jeder Wechsel zwischen stationär und ambulant überfordert die Anpassungsfähigkeit des Patienten. Zudem stellt jede Zwangseinweisung eine Traumatisierung dar. Meist werden neue Bezugspersonen und eine andere Ärztin versuchen müssen, das Bündnis neu aufzubauen. In der 2.Phase sind die Konstanz der personellen Betreuung, die Klarheit der Forderungen und Haltungen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die zeitlichen Verfügbarkeit des Arztes mit geregelter Stellvertretung sowie der Wegfall institutioneller Hemmnisse von zentraler Bedeutung. Die individuelle Pathologie ist eben nicht im Patienten drin fixiert, sondern das Resultat der Wechselwirkung mit der Umgebung, hier dem Gesundheitswesen!

Allegianz: Die eine Seite, die Überzeugung des Therapeuten, dass seine Therapiekonzepte hilfreich sind, ist voll gegeben. Dem Patienten mangelt es aber vorerst wegen der Ambivalenz an der entsprechenden Überzeugung, was es dem Therapeuten schwierig macht, die Entwicklung des gegenseitigen Prozesses von Erwartung und Erwartungserfüllung in die richtige Richtung zu steuern. Durch konsequentes, hartnäckiges Insistieren auf den klinisch notwendigen Forderungen einerseits und das Anerkennen seiner trotz der Denkstörung vorhandenen Kompetenzen sowie das entsprechende Vertrauen, ihn handeln zu lassen, andererseits, gelingt dies aber innert ein bis zwei Jahren erfreulich gut.

Empathie: Von der subjektiven Empfindung her ist meine Empathie zwar klar da, jedoch ist bei diesem Beispiel eine Beschreibung der Arzt-Patienten-Beziehung gemäss diesem Konstrukt nur schwierig zu machen. Empathie ist zwar als Begriff sprachlich gut definiert und akzeptiert, aber nur wenig plausibilisiert.

Therapeuten-Persönlichkeit: Hierzu die wichtigsten Eigenschaften, die zur Behandlung des obgenannten Falles notwendig sind:

1. Die totale Überzeugung, dass dem Patienten nur nachhaltig geholfen werden kann, wenn er eine Neuroleptika-Komponente in seinen Hirnstoffwechsel aufnimmt. (Medizinstudium und Facharztweiterbildung)
2. Keine Angst, weder vor dem Patienten noch vor der Psychose noch vor Juristen. (Stabile Persönlichkeitsstruktur, Berufserfahrung)
3. Die positive Haltung dem Patienten gegenüber und die Berücksichtigung seiner Stärken und Ressourcen. (Liebe Deinen Nächsten - auch wenn er als „Schizophrener“ etikettiert worden ist)
4. Keine gekränkten, Verletztheit zeigende Reaktionen. (Eigene Erziehung)
5. Geduld, genährt aus dem tiefen Interesse an diesem Menschen und aus der durch die eigene Selbsterfahrung bestätigten Überzeugung, dass bei einer intensiven Begegnung oft eine dritte Kraft auftaucht, die positiv mithilft! (Spirituelle Komponente)
6. Die Beherrschung des "**Pferdeflüsterer-Tricks**". Dies ist im Umgang mit der Ambivalenz und Ambitendenz wohl zentral. Darunter verstehe ich das Prinzip des "Vor- und Nachgebens". In seiner Unsicherheit, in seinem Hin- und Hergerissensein zwischen mindestens zwei sich widersprechenden inneren Komponenten, entwickelt der Patient die Tendenz, provokative Forderungen zu stellen, im Vertrauen oder der Vorahnung, dass man ihn bremsen wird und er dadurch Gelegenheit erhält, sich selber im Opponieren stärker zu machen. Wenn man ihm jetzt nachgibt, bezüglich Heftigkeit und Argumentation, also wieder Distanz schafft, (das sich nähernde Pferd vom zu jagenden Pferd leicht zurückzieht) flaut die Oppositionstendenz ab und die kooperative Komponente wird stärker. (Das zur Flucht bereite Pferd steht still).
Wenn ich ein Anliegen habe, dem der andere opponiert, ich aber längere Zeit (immer wohlwollend die Beziehung aufrechterhaltend) insistiere, er aber partout nicht will, und droht davonzulaufen, und ich lasse ihn im richtigen Moment gehen, so wird, wenn er aus der Begegnungs-Situation draussen ist, ein gewisses Beziehungs-Vakuum entstehen. Dadurch wird die Gegenkraft, die ihn in die Beziehung zu mir zurückziehen will, an Einfluss gewinnen und er wird freiwillig zurückkehren. Dies durchaus entgegen seiner in der Oppositionssituation gezeigten Haltung, denn diese hat jetzt an Bedeutung und Kraft verloren. Das Gespür für die richtige Balance zwischen sachlich und therapeutisch notwendigem Fordern (rationale Komponente) und gefühlsmässigem Vertrauen auf die Beziehung ist dabei die zentrale Voraussetzung dafür, dass der Pferdeflüsterer Trick – eine Form des Prinzips der Spiegelneurone (3) – funktioniert. (Pädagogik)

3.2. Weitere Erkenntnisse und Hypothesen

Falls meine Erfahrungen und die daraus abgeleiteten Erkenntnisse sich bestätigen und verbreiten sollten und man die **Ausbildung** zu Ärzten und Therapeutinnen entsprechend ergänzen und modifizieren könnte, würde sicher ein bedeutender Beitrag zur Reduktion sowohl des **Leids des Patienten** wie auch von Aufwand und **Behandlungskosten** geleistet. (Unter der Annahme eines mittleren Tagesansatzes von sFr. 430.- mussten Kanton und Krankenkasse für die rund 2300 Spitaltage der 1.Phase eine Million Schweizerfranken verrechnen.)

Für die **Wissenschaft** ergäben sich hier interessante Forschungsfragen, z.B. über die Art der Denkstörung. Unser Patient hat ein gutes Denkvermögen für lineare Zusammenhänge, ist jedoch überfordert, wenn es um vernetzte Mehrfaktorenprobleme geht. Oder man könnte untersuchen, ob beim psychotischen Patienten eine veränderte zeitliche Wahrnehmung ein Faktor für sein bizarres Verhalten ist.

In der praktischen **Forschung** schliesslich verlören z.B. Studien, die verschiedene Produkte einer Medikamenten-Kategorie miteinander vergleichen (s. z.B. René S. Kahn et al (4) deutlich an Bedeutung gegenüber der Frage, wie muss man die Arzt-Patienten-Compliance gestalten, damit der Patient überhaupt ein Präparat regelmässig und lange genug einnimmt. **Die Compliance ist nämlich nicht eine Eigenschaft des Patienten, sondern ein Merkmal der Arzt-Patient-Beziehung!**

Übrigens wäre zur Behandlung unseres Patienten die ganze Pharmaforschung der letzten 30 Jahre - die Neuroleptika betreffend - gar nicht notwendig gewesen: Leponex war eine glückliche Entdeckung des kleinen Berner Pharmaunternehmens und Ovomaltine-Herstellers Wander AG und seit den Siebzigerjahren erfolgreich und breit klinisch angewandt.

Literatur:

- 1) Robert B. Laughlin; A Different Universe, Basic Books 2006, Seite 4
- 2) Ulrich Berns, Hannover; Psychotherapieausbildung im Licht empirischer Psychotherapieforschung; Psychotherapeut 2005,51 26-34
- 3) Joachim Bauer; Warum ich fühle, was Du fühlst. Die intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone; Heyne Verlag 2005
- 4) René S. Kahn et al; Effectiveness of antipsychotic drugs in first episode schizophrenia and schizophreniform disorder – an open randomised clinical trial; Lancet 2008; 371; 1085 – 1097

1.2.3. Hospitalisation KSL und 1. bis 13. St.Urban (untere Zeile)

a) bis m) markante Ereignisse in der ambulanten Behandlung

1.	2.3.	4.	5.6.	7.	8.	9.10.	11.	12.	13.	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k	l	m									
80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Hospitalisationen Nr.																														
1.KSL Dez.79 3 Tage, 2. KSL:Feb.-Juni 80, 3.KSL1.8.-13.8.80										m) letzte Krise																				
1. St.Urban: Jan. bis Feb.80, bis Transfer KSL										l) öfter mit Geschwistern																				
2. St Urban: 23.Jan.bis 12.Feb.81										k) Segelflug und Aareschwimmen																				
3. St.Urban: 22.Juni 81 bis 10.Feb.82										i) Beistandschaft aufgehoben																				
4. St.Urban: 19.Juli 82 bis 5.Jan.83										h) Vormundschaft aufgehoben																				
5. St.Urban: 03.Aug. bis 24.Aug. 83										g) Dekompensation, holt spontan Medi in der Apotheke																				
6. St.Urban: 02.Sept.83 bis 04.Jan.84										f) Umzug von Baselstrasse in Vorortsgemeinde																				
7. St.Urban: 23.Aug.bis 23.Nov.84										e) Dekompensation auf Spanienreise																				
8. St.Urban: 23.Feb.bis 01.April 85										d) Wechsel Medi von Clopixol-Depot auf Leponex																				
9. St.Urban: 29.Jan.bis 21.März 86										c) kontaktiert nach guter Phase selber PSYCHEX																				
10.St.Urban: 29.Juli 86 bis 09.Feb.90										b) eigene Wohnung aus Protest heraus																				
11.St.Urban: 09.Feb.bis 20.Feb.91										a) Beginn ambulante Integriert Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung (IPPT)																				
12.St.Urban: 09.Jan.bis 13.Feb.92																														
13.St.Urban: 04.Juni bis 08.resp.21.Sept.92																														

Tabelle: Psychiatrische Hospitalisationen (1.Phase) und IPPT (2.Phase)