

# Therapie mit einer chronisch schizophrenen Frau im ambulanten Bereich

*Peter Schmid*

**Der Autor dieses Beitrages beschreibt wesentliche Abschnitte in der Behandlung einer chronisch schizophrenen Patientin. Sein Zugang erfolgt aus der Position des Psychiaters und Psychotherapeuten in einer sozialpsychiatrischen Ambulanz. Er verdeutlicht in seiner Fallschilderung das wichtigste Wirkelement in der Behandlung schizophrener Menschen: Beziehung halten über einen langen Zeitraum. Erst dadurch kann der Betroffene seinen Zugang zur Wirklichkeit halten bzw. wieder erhalten.**

Frau S. wurde 1931 in Wien geboren. Sie heiratete mit 16 Jahren ihren nun 73 jährigen Mann, der nun trotz aufrechter Ehe seit über 15 Jahren getrennt von der Patientin lebt. Die Ehe blieb kinderlos. Frau S. war bis 1976 erfolgreich als Abteilungsleiterin in der chemischen Industrie tätig. Krankheitsbedingt verlor sie ihren Arbeitsplatz und wurde 2 Jahre später unter der Diagnose „Paranoides Zustandsbild“ erstmalig in das Psychiatrische Krankenhaus eingeliefert. 1988 erfolgte die zweite Aufnahme und 1990 im Anschluß an eine Darmkrebsoperation die bislang letzte stationäre Aufnahme in einem Psychiatrischen Krankenhaus. Die Abgangsdagnosen lauteten jeweils „akute Exacerbation bei chronifiziertem paraphrenem Syndrom“.

## Kontaktaufnahme und die ersten Jahre der Behandlung

Ich lernte Frau S. 1984 bei einem akuten psychiatrischen Notfall kennen, und es entwickelte sich in den Jahren ein intensiver Kontakt, der zumeist telefonisch ablief. Nur selten kam es zu persönlichen Begegnungen in der sozialpsychiatrischen Ambulanz. Frau S. zeichnete sich dabei durch ein skurriles Äußeres aus, da sie stets eine viel zu kleine Perücke trug und immer mit einem Regenmantel aus

Kunststoff bekleidet war. Das Gesicht war voll mit hauttönenden Cremes, und meistens klebten große Pflasterstreifen auf den Wangen der Patientin. Obwohl Frau S. von zierlicher Statur war, schleppte sie stets 4-6 große Reisetaschen mit sich. In diesen Taschen befand sich, wie sich später herausstellte, ihr ganzes persönliches Vermögen, das sie stets bei sich haben mußte. Im Rahmen der zweiten stationären Aufnahme wurde der Patientin eine Tasche mit einem hohen Geldbetrag entwendet, so daß Frau S. sich in ihrer Annahme, daß alle Welt hinter ihrem Geld her sei, bestärkt sah.

## Zunehmender Rückzug aus der bedrohlichen Welt

Seit 1990, nachdem sich Frau S. einer lebensgefährlichen Darmoperation unterziehen mußte, hat sie ihre große Eigentumswohnung in einem Stadtbezirk von Wien nicht mehr verlassen. Sie liegt nun seit vielen Jahren über viele Stunden auf ihrem Bett und hat infolge der Immobilität und der einseitigen Ernährung über 40 Kilo zugenommen. Dies führte dazu, daß Frau S. sich nur mehr mit Mühe aufrichten kann und nicht mehr in der Lage ist, ihre Wohnung zu verlassen. Sie wird nun vollständig von ihrem Ehemann mit Nahrungsmitteln versorgt und darüber hinaus, gegen entsprechendes Entgelt, in allen anderen Bereichen des täglichen Lebens unterstützt.

Die psychischen und körperlichen Veränderungen bei Frau S. führten nun auch zu einer Änderung der Kontakte meinerseits mit der Patientin. Frau S. erhielt regelmäßig einen einstündigen Besuch zu Hause, der alle 14 Tage an einem bestimmten Wochentag zur selben Zeit erfolgen mußte. Dies war deswegen notwendig, um mit den Betreuungszeiten ihres Mannes nicht in Kollision zu kommen.

## Zugang zueinander finden

Frau S. saß nun bei fast jeder Stunde in ihrem desolaten Bett und begann, aus ihren Wortprotokollen der letzten 20

Jahre zu zitieren, respektive Fragen zu stellen, die ihr eine Basis für unser Gespräch schaffen sollten. Diesen Fragen lag vor allem die Realitätskontrolle zugrunde, die Frau S. benötigte, um sich der Identität ihres Gegenübers zu versichern. Oft kamen Bemerkungen, wo Frau S. behauptete, ich sei nicht die Person, für die ich mich ausgab. Sie führte dann stets Beweise aus ihren Aufzeichnungen an, die jedoch in einer wahnhaften Deutung von teilweise realen Ereignissen endete.

Der psychopathologische Zustand der Patientin war wechselhaft. Wenn Stimmungsschwankungen und Antriebsstörungen das Befinden der Patientin wesentlich beeinflussten, war eine Unterhaltung mit ihr äußerst mühsam. Frau S. zeigte in all den Jahren keinerlei Anzeichen von Denkstörungen, jedoch war ihr Wahnsystem chronifiziert, und es gab auch Phasen, in denen akustische Halluzinationen auftraten. Die teilweise produktive Symptomatik war kurzfristig durch Gabe von Neuroleptika gebessert worden, jedoch stellten sich alsbald massive extrapyramidale Nebenwirkungen ein, die zum Absetzen der Medikation zwangen. So behandelte sich nun Frau S. weitgehend selbst, indem sie in unterschiedlichen Mengen Tranquilizer einnahm, um die Phasen der großen Ängstlichkeit bzw. ihre Schlafstörungen in den Griff zu bekommen.

## Die „besondere Weise“ der Gespräche

Bei den vielen Gesprächen mit Frau S. war es nie möglich, Gefühle direkt anzusprechen. So entwickelten sich Frage- und Antwortrituale, die immer wiederkehrende Themen zur Folge hatten. Ein Hauptthema war die Einsamkeit der Patientin, die zusammen mit ihrer übergroßen Angst oft zu depressiven Verstimmungen führte. Frau S. sprach dann meist in einem klagenden Kleinmädchenton und fürchtete, sich in Nichts aufzulösen. Themen, die Selbstdistanzierung oder Selbsttranszendenz erforderten, wurden von der Patientin gemieden bzw. nach wenigen Worten von ihr unterbrochen.

Die biographische Arbeit benötigte viele Jahre, da es nie gelang, Frau S. durchgehend an ein persönliches Detail heranzuführen, das von großer Emotionalität geprägt war. In den Gesprächen beschränkte sich Frau S. darauf, vor allem ihrem Mann bittere Vorwürfe zu machen, weil er sie im Stich gelassen hätte. Andererseits verteidigte sie ihn gegenüber allen Versuchen, ein reales Bild von ihm zu zeichnen. Größte Panik erzeugte der Gedanke, daß ihr Mann eines Tages nicht mehr zu ihr kommen könnte. Dies würde eine Unterstützung durch Institutionen notwendig machen, denen Frau S. prinzipiell mißtraute. So blieb stets die ambivalente Haltung übrig, die sich zwischen Vorwurf und Bedürftigkeit bewegte.

In all den Jahren der Gespräche mit Frau S. entwickelte sich auch bei mir ein eigenes Verhältnis zur Psychotherapie mit psychosekranken Menschen. Eine der Haupteigenschaften, die für diese Art der Therapie notwendig war, ist die gleichbleibende Geduld, all diese Prozesse zu

begleiten. Jede persönliche Veränderung, jede nur etwas emotional gefärbte Äußerung wurde von Frau S. mit äußerster Sensibilität registriert. Es galt auch, die vielen Provokationen ihrerseits aushalten zu lernen, die die Absicht, sie zu betreuen, als Schwindel entlarven sollten.

Ganz selten kamen Hinweise, wie froh Frau S. über diese Begegnung sei. In guten Phasen gelang auch eine Auseinandersetzung mit der Krankheit, die anfänglich von Frau S. vehement geleugnet wurde. Sie wollte auch nie als Patientin angesprochen werden, sondern legte größten Wert auf die Bezeichnung Klientin.

Nach der Krebserkrankung von Frau S. standen oft körperliche Probleme im Vordergrund, die trotz aller medizinischer Widersprüche von einem Psychiater und Psychotherapeuten behandelt werden sollten. Wenn Frau S. in einer aggressiven Stimmung war, wurden Vorwürfe laut, die sich auf die Unzulänglichkeit der körperlichen Therapie bezogen und die Sinnhaftigkeit von Gesprächen in Frage stellten. Sie machte dann stets den Einwand, sie könnte genausogut mit der Telefonseelsorge sprechen, deren Effizienz sie den psychotherapeutischen Gesprächen gleichsetzte. Versuche meinerseits, die Therapie für längere Zeiträume zu unterbrechen, wurden von Frau S. mit Panik und demütigen Unterwerfungen beantwortet, in denen sie zum Ausdruck brachte, wie wichtig ihr diese Besuche und die daraus resultierenden Gespräche wären. So wurde auch meinerseits größte Rücksicht auf diese Ängste von Frau S. genommen.

## Längerfristige Veränderungen

Im Laufe der Zeit gelang es schließlich, eine Akzeptanz bei der Patientin zu erreichen, die sich auf die Interpretation ihrer Wahrnehmungen bezog. Sie konnte es nun zulassen, daß ich zu vielen ihrer Deutungen von nicht rational erklärbaren Phänomenen eine andere Meinung als sie haben durfte. Sie begann dann stets auch ihre Sätze mit der Einleitung „auch wenn sie mich nun für verrückt halten ....“ um damit zu deklarieren, daß unsere Meinungen in bezug auf die Wirklichkeit different seien. Dies fiel ihr umso schwerer, zumal sie einen Absolutheitsanspruch für ihre Sicht der Wahrheit und Gerechtigkeit erhob und sie meine abweichenden Interpretationen stets als Angriff auf sich erleben mußte, da nun für sie feststand, ich würde sie der Lüge bezichtigen.

Es ist daher auch nicht verwunderlich, daß sich mittlerweile eine Sprachregelung zwischen Frau S. und mir entwickelte, die für einen neutralen Beobachter etwas eigenartig klingen würde. Aber nur so war es möglich, die Patientin aus ihrem paranoiden Kontext hin zu einer Öffnung für die sie umgebende Realität zu bewegen. Es bedurfte einer persönlichen Stützung, damit sie diese „furchtbare“ Wirklichkeit aushalten lernen konnte. Aus diesem Grund beschränkten sich die Telefonate mit Frau S. auf das Allernotwendigste, da sie die persönliche Begegnung brauchte, um sich auf einen anderen Zugang zur Wirklichkeit einzulassen. Frau S. lehrte mich in den Jah-

ren der Therapie, auch stets authentisch zu bleiben, da sie über ein untrügliches Gefühl für Unehrlichkeit und Unrechtheit verfügte.

## Ein paar Bemerkungen zum therapeutischen Setting

In der Therapie von psychotischen Personen fehlen stets einige Kriterien, die für eine „klassische“ Psychotherapie üblich sind. Angefangen von der Art des Kontakts, den nicht besprechbaren Details von Methodik, Therapieziel und Bezahlung bis hin zu der geringen Abstraktionsfähigkeit und den kognitiven Defiziten. Sie machen eine Vergleichbarkeit zu der gängigen Therapiepraxis zu einem schwierigen Unterfangen. Trotzdem waren Regelmäßigkeiten, strikte Einhaltung des Zeitrahmens, genau festgelegte Rollenverteilung immer anzutreffen. Auch der Umgang mit Abstinenz stellte ein großes Problem dar. Häufig wurde der Versuch unternommen, über private Fragen an den Menschen „Therapeut“ heranzukommen. Selten gelang es, die „Termine“ als Psychotherapie zu deklarieren, wobei es eine vage Vorstellung von dieser Form der Behandlung gab.

So gestaltete sich die Arbeit mit „Symbolen“ äußerst schwierig, da der Informationsfluß einseitig blieb im Sin-

ne von „Übersetzung“, aber deren Rückmeldung an die Patientin unterbleiben mußte.

Zusammenfassend kann die Therapie mit Frau S. als stützende Psychotherapie bezeichnet werden, in denen Elemente der Deutung, Interpretation und emotionalen Konfrontation den Rückzug der Patientin in psychotische Symptome zur Folge hatte. Es galt, einen Gesprächsstil zu entwickeln, der die Annahme und Wertschätzung von Frau S. gewährleisten konnte. Jeder Versuch, methodisch vorzugehen, wurde von Frau S. im Sinne ihrer gefühlsmäßigen Instabilität und geringen Belastbarkeit schon nach kurzem unmöglich gemacht. Die Therapie mit Frau S. erforderte Eigenschaften, die im Aushalten, Geduldig-Sein und Verstehen-Wollen einerseits und im innovativen bzw. kreativen Ausprobieren andererseits lagen. Die Therapieziele mußten stets an das Machbare herangeführt werden, das eben nicht Heilung oder Autonomie heißen konnte, sondern das Ertragen einer peinigenden Wirklichkeit, ohne dabei in die schützende Welt der Psychose abgleiten zu müssen.

*Anschrift des Verfassers:  
Dr. Peter Schmid  
Wattmannngasse 24/16  
A-1130 Wien*

---

Im **März 1997** wird im Weiterbildungszentrum Schloß Hofen in Lochau/Vorarlberg ein PSY III Lehrgang „**Psychotherapeutische Medizin**“ mit einer fachspezifischen Ausrichtung in **Existenzanalyse** beginnen.

Zudem können sich Interessenten aus Medizin und Psychologie als

## GASTHÖRER FÜR EXISTENZANALYSE

bewerben. Insbesondere sind für diese Weiterbildung Ärzte und Psychologen angesprochen, die keine vollständige psychotherapeutische Ausbildung anstreben. Sie erhalten hier die Gelegenheit für eine Ergänzung, Erweiterung und Anregung ihrer beruflichen Tätigkeit. Sie besteht in der praxisbezogenen Auseinandersetzung mit dem Menschenbild und einem vertieften Einblick in die Dynamiken menschlichen Erlebens und Verhaltens. Insbesondere eignet sich diese postgraduelle berufsbegleitende Weiterbildung auch für Fachärzte der Psychiatrie, die Einblicke in noch andere Methoden und Verstehensweisen des Menschen suchen.

### Nähere Informationen:

Mag. Elmar Fleisch, Schloß Hofen, 6911 Lochau (Tel.: 05574/4930-0) bzw. DDr. Längle, GLE Wien.