

F. Matakas: (1999) Was sind und was leisten psychotherapeutische Interventionen bei der akuten Schizophrenie? In: W. Machleidt, H. Haltenhof, P. Garlipp (Hrsg.): Schizophrenie – eine affektive Erkrankung? Schattauer. Stuttgart, New York. S. 283-290

S. 282

## **Was sind und was leisten psychotherapeutische Interventionen bei der akuten Schizophrenie?**

Frank Matakas

### **28.1 Interaktive Funktion der Affekte**

Affekte haben eine integrative Funktion. Freude, Angst, Wut, Zufriedenheit, Ekel, Erregung usw. nennen wir Gefühle. Aber sie haben alle ein physiologisches Korrelat, sind mit einem spezifischen körperlichen Zustand verbunden. Affekte integrieren so psychische und physische Reaktionen. Sie verbinden ferner Vorstellungen mit dem Modus der Meinhaftigkeit (zu mir gehörig). Die Vorstellung „Ich will weg von hier“, ist eine Vorstellung, die ich mir nur zuschreiben kann, wenn sie begleitet wird von einem Gefühl, das mich von hier wegtreibt und woanders hinlockt. Wenn ein solches Gefühl fehlt, dann ist es wie ein Fremdes, das in mich hineinwirkt. Dann ist es wie: „Es, in mir, will weg.“ Die Vorstellungen: „Ich bin reich“ (oder arm oder gesund oder krank), haben ihre Bedeutung nur durch das damit verbundene Gefühl. Affekte integrieren also zweitens die Prozesse im Psychischen selbst. Es gibt drittens eine integrative Funktion der Affekte im Sozialen. Wir wollen, ja müssen unsere Affekte mit anderen Menschen teilen. Vielleicht gilt das nicht für alle Affekte. Ekel z. B. ist ein Affekt, von dem wir uns auch vorstellen können, dass er keine kommunikative Bedeutung hat. Aber Angst, Freude und Wut zum Beispiel, auch der Affekt der Depression, haben eine kommunikative Funktion. Kommunikation gibt es aber nur im sozialen Bereich. Kommunikation ist die emergente Eigenschaft sozialer Systeme (7), und der bevorzugte Ort affektiver Kommunikation in das Subsystem Familie. Zur Verarbeitung unserer Affekte brauchen wir also soziale Systeme.

Die integrative Bedeutung der Affekte kann auch gestört sein. Bei psychosomatischen Krankheiten scheint die krankhafte Körperreaktion die psychische Repräsentanz des Affekts oft zu ersetzen. Statt eines heftigen Affekts erlebt der Kranke eine Verschlimmerung seiner Krankheit. Bei der Zwangsneurose hat der Kranke Vorstellungen, denen Affekt und darum das Gefühl der Meinhaftigkeit fehlen. Die Vorstellungsbilder drücken den Affekt oft wie eine Allegorie aus. Bei der schizophrenen Psychose beobachten wir Phänomene wie bei der psychosomatischen und zwangsneurotischen Störung. Zusätzlich scheint die kommunikative Bedeutung der Affekte gestört. Vorstellungen oder Intentionen mit starker affektiver Komponente werden projiziert oder durch Halluzination oder Wahn „verdinglicht“. In all den genannten Beispielen wird der Affekt durch ein Symptom ersetzt. Jede Situation oder Vorstellung, die normalerweise mit einem starken Affekt verbunden ist, induziert das Symptom. Aber während der Affekt integrativ wirkt, ist das Symptom, weil ich-dyston oder externalisiert, desintegrativ.

### **28.2 Affekte und produktive Symptome bei der Schizophrenie**

In der Geschichte der Psychiatrie hat es große Experimente zu der Frage gegeben, wie es

S. 284

sich mit den Affekten und den schizophrenen Symptomen verhält. Mit der Befreiung der Irren aus den Ketten 1794 wollte Pinel auch demonstrieren, dass es die Last der Ketten war, also die damit verbundene Demütigung und Verletzung, die einen wesentlichen Teil ihres bizarren und aggressiven Verhaltens bewirkte. Ozarin (9) kommt nach seinen Untersuchungen an 35 psychiatrischen Anstalten der USA zu dem Fazit, dass die Psychopathologie der Patienten

mehr durch die entwürdigende Behandlung in den Anstalten als durch ihre Krankheit bedingt war. Kisker (6) hat 1960 in einer detaillierten Einzeluntersuchung das gleiche gefunden. Retterstol (10) meint, dass der Rückgang der schweren kataleptischen Zustände auf die bessere Milieugestaltung unserer Krankenhäuser, die den Patienten eine achtungsvollere Haltung entgegenbringt, zurückzuführen ist. Ich denke, dies ist Beweis genug dafür, dass bedrängende, demütigende, aggressive Einwirkungen auf den Patienten seine Symptome, wenn nicht erzeugen, so doch verstärken.

Aber die produktiven Symptome der Schizophrenie haben auch eine funktionelle Beziehung zu den Affekten. Die Stimme, die zu der Patientin sagt: „Du bist eine Hexe“, ist in Wahrheit ein Gedanke der Patientin. Dieser Gedanke wird zur Halluzination, indem er als etwas Äußeres wahrgenommen wird. Im Verfolgungswahn wird die eigene Aggression einem anderen, der dadurch zum Verfolger wird, zugeschrieben. Oft hat man den Eindruck, dass das produktive Symptom einen Affekt, der nur schwach oder gar nicht vorhanden ist, als Bild darstellt. Die Stimme, die den Patienten beschimpft, könnte ein Äquivalent für ein Schuldgefühl sein. Der paranoische Wahn erspart eigene Aggressionen. Produktive Symptome sind Externalisierungen von Vorstellungen, die mit starken Affekten verbunden sind. Die Externalisierung ist eine psychische Operation, die eigene Vorstellungen als fremd erscheinen lässt. Vielleicht haben die Psychoanalytiker recht, dass es psychische Funktionen gibt, die ein relatives Eigenleben führen, die sogenannten Introjekte. Eine Synchronisierung der Introjekte mit den anderen seelischen Funktionen kann bei der Schizophrenie aus strukturellen Gründen nicht gelingen. Affekte, die mit diesen Introjekten verbunden sind, verstärken die Tendenz, das Introjekt mit anderen psychischen Prozessen enger zu verbinden, da der Affekt ja immer als eigener empfunden wird. Durch Externalisierung der das Introjekt repräsentierenden Vorstellung, also durch ein produktives Symptom, womit auch der Affekt unterdrückt wird, kann dem entgegengewirkt werden. Als letztes muss in diesem Kontext noch die Minussymptomatik erwähnt werden. Sie ist offensichtlich ein Versuch, das Problem mit den Affekten dadurch zu lösen, dass sie, in groteskem Ausmaß oft, vermieden werden.

### **28.3 Therapeutische Konsequenzen**

All diese Tatsachen, bzw. Überlegungen legen nahe, dass die Reduktion der affektiven Spannung einem schizophrenen Patienten hilft, die pathologische Symptomatik zu verlieren. Eine Affektreduktion muss es in einer biologischen, psychischen und sozialen Dimension geben. So ist es offensichtlich auch. Eine biologische Affektreduktion leisten die Neuroleptika. Sie reduzieren Angst und Spannung, machen aber auch gleichgültiger gegenüber positiv empfundenen Dingen. Die Welt erscheint „wie hinter Glas“, „alles ist in Watte gepackt“, wie es viele Patienten beschreiben.

Eine affektive Dämpfung in der psychischen Dimension bedeutet, Vorsorge zu treffen, dass nicht allzu heftige Affekte entstehen. Das heisst, unsere schizophrenen Patienten brauchen im Akutstadium ein Stationsmilieu, das die Entstehung von Affekten reduziert und nicht fördert. Kränkung, Frustration, Angst und Ärger sollten, so weit es möglich ist, vermieden werden, aber auch Begeisterung, Erregung oder allzu großes Behagen.

S. 285

Eine geschlossene Station, in der einem beim Betreten die Kälte anweht, erzeugt Angst. Aber auch eine Station, die zu intensivem persönlichem Engagement auffordert, erzeugt Affekte, die unseren Patienten nicht gut tun. Sie brauchen ein Milieu, das leidlich bequem ist, sachlich, respektvoll, freundlich und strukturiert.

Für die unvermeidlich entstehenden Affekte sollten Möglichkeiten der Abfuhr vorhanden sein. Das wäre die dritte, die soziale Dimension. Extreme Reizarmut z. B. wirkt nicht affektdämpfend, sondern liefert den Patienten ganz seinen inneren Prozessen aus und erzeugt so Angst. Wahrscheinlich ist die integrative Funktion der Affekte optimal, wenn äußere Reize einen gleichmäßigen Strom moderater Affekte erzeugen und gleichzeitig die sozialen Struk

turen bereitstehen, die zu ihrer Verarbeitung notwendig sind. Wie man ein solches Stationsmilieu schafft, darüber gibt es inzwischen ausreichend Literatur (3, 4, 8).

Mit diesen therapeutischen Maßnahmen, also Neuroleptie und therapeutisch wirksames Stationsmilieu, gelingt es, die meisten akuten Zustände der schizophrenen Störung binnen einiger Tage, allenfalls Wochen, aufzufangen. Die Patienten sind, wenn nicht gesund, so doch fähig zur Kooperation und im wesentlichen frei von produktiven Symptomen. Doch bleiben nicht wenige Patienten übrig, denen dadurch allein nicht ausreichend geholfen ist, jedenfalls nicht so schnell. Es bleiben nicht wenige in diesem Sinne therapieresistente Fälle übrig.

#### **28.4 Die Familien schizophrener Patienten**

Die klinischen Beobachtungen, auf die ich mich in diesem Kapitel beziehe, stammen aus tagesklinischer Arbeit mit schizophrenen Patienten. Die Patienten werden psychotherapeutisch, im Schnitt drei Monate, behandelt. Die Behandlung geschieht in einer Gruppe, die zu 2/3 bis 1/2 aus Patienten mit neurotischen Störungen, Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen zusammengesetzt ist. Das Klima ist triebfreundlich und drängt sehr auf Entwicklung. Die meisten schizophrenen Patienten akzeptieren die Situation so wie die anderen Patienten und können davon profitieren. Aber immer wieder gibt es einzelne Patienten, die auf Abbruch drängen oder suizidale Ideen äußern. Es lag nahe, bei diesen Patienten die therapeutischen Bemühungen zu intensivieren. Aber das hat nie geholfen, sondern die Situation immer verschlimmert. Schließlich haben wir herausgefunden, dass diese krisenhafte Zuspitzung durch Beendigung der Behandlung beseitigt wurde, denn die Patienten gerieten durch die Behandlung in Konflikte mit ihren Familien.

Die tagesklinische Behandlung, von der hier die Rede ist, ist nicht Krisenintervention, sondern hat das Ziel, den Patienten zu ermöglichen, ein höheres Niveau psychischer Reife zu erreichen. Es geht darum, mehr Autonomie gegenüber dem Elternhaus und eine bessere soziale Kompetenz in Beruf und sozialem Leben zu erreichen. Genau das war es, was unseren Patienten Schwierigkeiten machte, und zwar der Familie wegen. Die Familien bekamen Probleme mit der Entwicklung der Patienten. Darum konnte die krisenhafte Entwicklung nicht durch mehr, sondern durch weniger Behandlung aufgefangen werden. Wir mussten anerkennen, dass ein schizophrener Patient in einer Behandlung nur das erreichen kann, was das Familiensystem als ganzes toleriert.

Wenn es aber so ist, dass schizophrene Patienten keine individuelle Entwicklung machen können, ohne dass das gesamte Familiensystem eine Entwicklung macht, dann könnte es doch sein, dass auch in den Phasen der akuten Dekompensation manchmal die Familien der Patienten eine Beruhigung verhindern, weil sie für den Patienten eine Quelle nicht beherrschbarer affektiver Spannungen sind. Und so scheint es auch zu sein. Wenn man bei den Patienten, die ich oben als therapieresistenz bezeichnet habe, die geeigneten Maßnah-

S. 286

men zur Beruhigung des familiären Klimas unternimmt, erreicht man im Regelfall auch hier schnell eine Symptomreduktion.

Diese Beobachtungen muss man so interpretieren, dass die psychische Verfassung der schizophrenen Patienten so an die Familie gekoppelt ist, dass es nur eine Entwicklung des ganzen Systems geben kann oder gar keine. Eine isolierte psychische Entwicklung des schizophrenen Patienten scheint – jedenfalls im Regelfall – nicht möglich. Das wäre im übrigen auch eine Erklärung für die Vergeblichkeit individueller Psychotherapie.

Kognitive Faktoren können aus verschiedenen Gründen für die „Ankoppelung“ von Patient und Familie nicht verantwortlich sein. Die verfügbaren Daten sprechen dafür, dass es affektive Faktoren sind. Vielleicht geben uns die Ergebnisse der modernen Säuglingsforschung einen Hinweis (13). Die frühe Kommunikation zwischen Mutter und Kind hat unter anderem

die Funktion, dem Kind den adäquaten Umgang mit seinen Affekten zu ermöglichen. Dabei scheint es vor allem auf die Modalitäten der Affektverarbeitung anzukommen. Die Mutter induziert Affekte beim Kind, z. B. bei dem „Du..., du...“-Spiel und sorgt für deren lustvolle Verarbeitung. Spontan entstehende Affekte wie Unwohlsein, Spannung, Behagen muss sie in ihrer Qualität würdigen und angemessen beantworten. In diesem Sinn bestehen zwischen Mutter und Kind noch keine festen Ich-Grenzen.

Die Ergebnisse der psychoanalytischen und familiendynamischen Untersuchungen weisen darauf hin, dass in Familien mit schizophrenen Patienten diese frühe affektive Kommunikation gestört ist, sei es aufgrund angeborener Schwächen des Kindes, sei es aufgrund von Störungen bei den Eltern. Die Mutter kann z. B. die affektive Reaktion des Kindes nicht erkennen und verwechselt sie mit eigenen Affekten, die sie auf das Kind projiziert. Der Grund könnte auch beim Kind liegen, dessen affektive Reaktionen nicht dem üblichen angeborenen menschlichen Muster entsprechen, so dass die Mutter mit den Reaktionen des Kindes nichts anzufangen weiss. In beiden Fällen kann sich beim Kind kein konsistentes Muster für die Affektverarbeitung etablieren, da ihm ein verstehender Partner fehlt. Es bleibt darauf angewiesen, die Affekte, die die Mutter ihm als die seinen anbietet, als eigene Affekte auch zu akzeptieren. Da es aber doch nicht eigene Affekte sind, werden die damit verbundenen psychischen Prozesse (z. B. bestimmte Vorstellung) als unintegrierbare Introjekte konserviert. Es entsteht so gegebenenfalls ein Hohes Niveau von, wir müssen sagen, nutzlosen „expressed emotions“ (14), da die Familienmitglieder keinen verstehenden Partner für ihre Affekte finden. Die kommunikative Funktion der Affekte ist behindert. (Aber auch ein niedriges Niveau von expressed emotions schließt eine pathologische Kommunikation nicht aus. Die schizophrenen Patienten aus den Low-expressed-emotions-Familien haben mehr Angst und weniger lärmende Symptome (16): Vielleicht ist es bei den Angehörigen ähnlich.) Die Konsequenz ist, dass das affektive Verarbeitungsmuster des Kindes von der primären Bezugsperson abhängig bleibt. Das Kind erreicht nicht den Zustand von Autonomie, der es ihm ermöglicht, die affektive Kommunikation auf Personen seiner Wahl, z. B. Freunde oder Partner, zu konzentrieren. Der später schizophren werdende Patient entwickelt im günstigen Fall ein Verarbeitungsmuster für die Affekte, das zwar konsistent, aber schwach ist und viel Verdrängungsarbeit erfordert. Er erreicht so ein gewisses Maß an Autonomie. Bei größerer Belastung, zum Beispiel Schwierigkeiten in der Ehe und schließlich Scheidung, kommt es zur Dekompensation. Das heisst, die erlernten autonomen Muster der Affektverarbeitung reichen nicht aus, den Ansturm von Affekten, der durch die Belastung entsteht, zu verarbeiten. In der nun manifest werdenden Schizophrenie kommt es zur Regression, d. h. zur Herrschaft der verzerrten infantilen Muster, für deren Verarbeitung die elterlichen Bezugspersonen wenigstens zeitweise notwendig sind. Es kommt in diesem Sinne zur Auflösung der Ich-Grenzen. Sind aber die

S. 287

Eltern selbst so krank, dass die für ihre eigene Stabilität die affektive Kommunikation mit dem Kind brauchen, dann wird der später schizophrene Patient schon in der Adoleszenz, wenn er versucht, sich von den Eltern zu lösen, akut dekomensieren.

Die klinische Beobachtung zeigt oft, wie gestört die Kommunikation zwischen unseren schizophrenen Patienten und ihren Angehörigen ist. Es fehlt an Distanz, an klaren Generationsgrenzen und so weiter. So tut es den Patienten gut, wenn sie im Krankenhaus wenigstens in eine kommunikative Normalität geraten. Das heisst, angesichts der familiären Pathologie erscheinen selbst die kommunikativen Strukturen einer psychiatrischen Krankenstation normal. Auf der anderen Seite braucht die Patienten in den akuten regressiven Stadien der Psychose ihre Angehörigen, wie pathologisch deren Umgang mit dem Patienten auch immer sein mag. Der regelmäßige, wenn auch kurze Besuch hat einen unübersehbaren beruhigenden Effekt. Aber auch das reicht nicht immer. Wenn man als letzte mögliche Maßnahme die Familie zu einem Gespräch empfängt, spürt man den affektiven Druck, unter dem sie steht. Dieser Druck wird meist nicht als Folge der schizophrenen Erkrankung beschrieben, sondern die Angehörigen kommen schnell auf ihre eigenen Probleme und Konflikte zu sprechen. Die

schizophrene Erkrankung ist nicht so sehr Folge wie Ausdruck der familiären Hilfsbedürftigkeit. Was diese Familien brauchen, ist zunächst einmal eine Entlastung. Entlastung kann ihnen behilflich sein, den Grad an Organisiertheit zu erreichen, den sie vor der Krise hatten. Das ist jedoch kein Plädoyer für Familientherapie, denn einmal muss man akzeptieren, dass diese Familien im Selbstverständnis kein Familienproblem haben, sondern ein psychisch krankes Mitglied. Zum anderen kann Familientherapie vielleicht langfristig Verhaltensänderungen induzieren, indem sie vorhandene Ressourcen aktiviert. Aber sie kann wohl nicht die psychischen Störungen der Patienten und ihrer Angehörigen beseitigen, von denen hier die Rede ist.

Bei der Arbeit mit den Familien schizophrener Patienten muss man zur Grundlage machen, dass solche Familien nicht spüren, wie sehr ihre Rationalität und ihr Unbewusstes auseinanderklaffen. Jeder Psychiater kennt die Situation. Es kommen die Eltern eines schizophrenen Sohnes, um die Möglichkeiten einer Behandlung zu besprechen. Der Sohn kommt nicht mit. Aber der Sohn drückt manchmal nur die Ambivalenz aus, die auch die Eltern haben. Gelingt es, die unbewussten Widerstände der Eltern zu entkräften, kommt auch der Sohn. Oder die Eltern eines Patienten sagen, dass sie mit dem Sohn in Urlaub fahren wollen, fürchten das aber aus verschiedenen unbewussten Gründen. Das Ambivalenzproblem wird dadurch gelöst, dass die Psychose kurz vor Urlaubsantritt exazerbiert. Wenn man diese Tatsache nicht anerkennt, wird man mit schizophrenen Familien nicht erfolgreich arbeiten können.

### **28.5 Einige Outcome-Variablen**

Ich habe versucht, ein Modell der Schizophrenie vorzustellen, das die Ergebnisse verschiedener Untersuchungsansätze in sich vereinigt. Ausgangspunkt der Überlegungen sind empirische Befunde. Das sind die positive Wirkung der Neuroleptika, der positive Effekt der Milieuthherapie und der Arbeit mit den Familien. Es ist zweitens die Beobachtung der affektiven Verstrickung von schizophrenen Patienten und ihren Angehörigen, drittens die aus psychoanalytischen Behandlungen rekonstruierbare Störung der frühen Patient-Eltern-Kommunikation, zu deren Verständnis die Ergebnisse der Säuglingsforschung viel beitragen.

In Tabelle 28-1 sind einige Outcome-Variablen unserer Arbeit zusammengefasst. Es handelt sich um eine geschlossene Aufnahmestation mit 16 Betten, die Aufnahmepflicht für einen definierten Stadtbezirk mit 40 000 Einwohnern hat. Die Medikation folgt den

S. 288

üblichen Regeln, ist aber moderat. Elektrokrampfbehandlungen werden nicht durchgeführt. Der Personalschlüssel beträgt etwa 1:1.

In den Jahren 1987 bis 1996, also in einem Zeitraum von 10 Jahren, wurden auf der Station 603 Patienten mit einer schizophrenen Psychose behandelt. Davon waren gut 30 % Männer, knapp 70 % Frauen. Das Durchschnittsalter war 34 Jahre und rangierte von 18 bis 65 Jahre. Die durchschnittliche Verweildauer der schizophrenen Patienten betrug 40 Tage, also knapp 6 Wochen. Innerhalb von 3 Monaten waren 88 % der Patienten wieder entlassen. Nach 6 Monaten waren es 97 %, nach 9 Monaten 99 % und nach 12 Monaten 100 %. Alle Patienten wurden nach Hause entlassen, bis auf 6, die eine Behandlung in einer anderen Klinik wünschten. Die Rate der Wiederaufnahmen im ersten Jahr nach der Entlassung betrug etwa 12 %. Die Suizidrate für die schizophrenen Patienten betrug für den 10-Jahres-Zeitraum 1 Suizid auf die 603 Patienten, das sind 166 auf 100 000 Aufnahmen. Die Zahl der auf der Station eingeleiteten Zwangsunterbringungen betrug etwa 4 %. In dem gesamten Zeitraum wurde kein Fall von schwerer katatoner Symptomatik, die erregte oder stuporöse Form, beobachtet, übrigens auch nicht in den 8 Jahren seit Inbetriebnahme davor. Das gleiche gilt für das maligne neuroleptische Syndrom. Vergleichswerte zu diesen Daten aus der Literatur sind in der Tabelle 28-1 enthalten.

**Tab. 28-1** Outcome-Variablen der Tagesklinik Alteburger Straße im Vergleich mit Angaben aus der Literatur. Die Zahlen beziehen sich auf die schizophrenen Patienten, die zwischen 1987 und 1996 auf der Aufnahmestation behandelt wurden.

Tagesklinik Alteburger Straße		Literatur	
Patienten:	603	Durchschnittsalter:	34 Jahre
Männer:	205	Betten:	16
Frauen:	398	Belegung:	100 %
Durchschnittliche Verweildauer:	40,69 Tage	Hell et al. 1991:	91 Tage
bis 3 Monate:	88 %		
bis 6 Monate:	97 %		
bis 9 Monate:	99 %		
bis 12 Monate:	100 %		
Suizidrate:	166 / 100 000 Aufnahmen	Wolfersdorf et al 1993:	150 – 250 / 100 000 Aufnahmen
Selbst eingeleitete Zwangsunterbringung:	4 %	Spengler 1994:	14 %
Gewalthandlungen der Patienten:	< 2 % der Aufnahmen	Steinert et al 1991:	2 % (alle Diagnosen)
schwere katatone Symptomatik:	0		?
Fixierungen:	3 %	Fritz et al. 1991:	8 – 10 % (alle Diagnosen)
Wiederaufnahmen im ersten Jahr:	ca. 12 %	Hell et al. 1991:	30 %

S. 289

### 28.6 Affekte bei den Therapeuten

Die Psychotherapie der Schizophrenie in ihrer akuten Phase bedeutet also zweierlei: Der Patient braucht einmal ein Stationsmilieu, in dem ein übermäßiges Erregungsniveau vermieden wird, das zudem Strukturen bzw. personelle Hilfen enthält, die den Patienten darin unterstützen, affektive Reaktionen oder deren Äquivalente in sinnvolle Handlungen umzusetzen. Als zweites braucht er Hilfen, um familiäre Konflikte, die eine fortdauernde Quelle seiner affektiven Erregung sein können, zu entschärfen. Dabei scheint es nicht so sehr auf die Art der Familienintervention anzukommen als vielmehr darauf, den Familien nur Hilfe anzubieten wobei es freilich aus den oben genannten Gründen oft schwierig ist zu erkennen, was die Familien wirklich wollen. Zusammen mit einer moderaten Neuroleptie lässt sich so die akute Symptomatik der Schizophrenie gut beherrschen. Ich meine, dass die Neuroleptie dabei eine flankierende Hilfsmaßnahme darstellt, zwar eine so gut wie immer unverzichtbare, aber doch nur eine Hilfsmaßnahme.

Die Schizophrenie bedeutet für den Patienten einen Zerfall der Welt und der seelischen Funktionen. Die Sinnesdaten, die wir von uns selbst und von der Welt haben, sind nicht an sich selbst ein konsistentes Ganzes. Die Ganzheit, die daraus ein Selbst und eine Welt entstehen lässt, ist eine Leistung von uns. Wenn sie nicht mehr möglich ist, entsteht Angst. Die Frage ist, wo bleibt diese Angst? Wie wird sie zwischen unseren Patienten und uns kommuniziert?

Unsere therapeutischen Strategien, also die Ketten vor der Zeit Pinels, die großen psychiatrischen Anstalten des vorigen Jahrhunderts, die Neuroleptika, Psychotherapie, Nachsorge usw. sind alles Strategien auch zur Bekämpfung dieser Ängste. Wir fesseln sie, bringen sie weg in grüne Asyle, unterdrücken sie chemisch, verwalten sie. Aber es kann passieren, dass diese Abwehrprozesse unter der Hand das fördern, was sie verhindern sollen. Die Verdinglichung der Ängste ist ein Vorgang, der selbst psychotisch ist. Der Affekt, der zwischen Patient und Arzt nicht wirklich geteilt werden kann, wird denaturiert und zu einem administrativen Akt, zu Gewalt oder zu einem Symptom. Wie es scheint, können wir psychotische Ängste nicht aushalten. Wir sind darauf angewiesen, sie zu projizieren und an unseren Patienten abzuhandeln. Ich glaube, dass alle therapeutischen Bemühungen nur dann wirklich erfolgreich sind, wenn das Bewusstsein über diesen Sachverhalt bei allen mit der Behandlung der Schizophrenie befassten Personen lebendig bleibt.

## Literatur

1. Bateson G, Jackson DD, Haley I, Weakland JW. Towards a theory of schizophrenia. *Behav Sci* 1956; 1: 251-64
  2. Fritz U, Mack B, Rave-Schwank M, Gewalt in der Psychiatrie. *Psychiat Prax* 1991;18: 162-6
  3. Gunderson JG, Will OA, Mosher LR, eds. Principles and Practice of Milieu Therapie. New York, London: Jason Aronson 1983
  4. Heim E. Praxis der Milieuthherapie. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer 1983
  5. Hell D, Zingg P. Klinikaustritt schizophrener Patienten: Behandlungsabbruch oder Übergang? *Psychiat Prax* 1991; 18: 202-8
  6. Kisker KP. Erfahrungen und Methodisches zur Gruppenbildung im psychiatrischen Krankenhaus. *Nervenarzt* 1960; 31: 392-402
  7. Luhmann N. Soziale Systeme. Frankfurt: Suhrkamp 1984
  8. Moos RH. Evaluating Treatment Environments. New York, London, Sydney, Toronto: John Wiley and Sons 1974
  9. Ozarin LD. Moral treatment and the mental hospital. *Am J Psychiatry* 1954; 111: 371-8
  10. Retterstol N. Schizophrenie – Verlauf und Prognose. In: *Psychiatrie der Gegenwart*. Band 4. Kisker KP, Lauter H, Meyer JE, Müller C, Strömngren E, Hrsg. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer 1987; 71-115
  11. Spengler A. Sofortige zwangsweise Unterbringung in der Bundesrepublik Deutschland 1981-1992. Erste Ergebnisse. *Psychiat Prax* 1994; 21: 118-20
- S. 290
12. Steinert T, Vogel WD, Beck M, Kehlmann S. Aggressionen psychiatrischer Patienten in der Klinik. *Psychiat Prax*. 1991; 18: 155-61
  13. Stern DN. Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta 1992
  14. Vaughn C, Leff I. The measurement of expressed emotions in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol* 1976; 15: 157-65
  15. Wolfersdorf M, Vogel R, Heydt G, Vogel WD. Ausgewählte Ergebnisse der Patientenspezifischen Forschung an psychiatrischen Großkrankenhäusern: Schizophrene als neue Risikogruppe. *Psychiat Prax* 1993; 20, 1. Sonderheft: 38–41
  16. Woo SM, Goldstein MJ, Nuechterlein KH. Relatives' expressed emotion and non-verbal signs of subclinical psychopathology in schizophrenic patients. *Brit J Psychiatry* 1997; 170: 58 - 61