

## Eine erfolgreiche Behandlung der Schizophrenie

### Grund zu mehr Optimismus



© Ringhofer

Univ.-Prof. Dr. Peter Fischer

**Die Patientin Judith\*, auf die alle – auch die engsten – Diagnosekriterien der Schizophrenie ohne Zweifel und über lange Zeiträume zutreffen, ist nach nun 15-jährigem Krankheitsverlauf weiterhin in Behandlung. Sie konnte nach Diagnose und Therapie ihrer Erkrankung den Pflichtschulabschluss und ein Studium schaffen und arbeitet nun erfolgreich in einem akademischen Beruf. Diese Kasuistik schildert, wie wichtig eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung im Behandlungsverlauf schizophrener Menschen ist und zeigt, wie eine Kombination aus glücklichen Umständen, Psychotherapie und Pharmakotherapie zu einem sehr günstigen Therapieergebnis führen kann. Mir selbst wurde durch diese Patientin eine optimistischere Sichtweise dieser schweren psychiatrischen Erkrankung ermöglicht.**

Auch mehr als 100 Jahre nach Erstbeschreibung der schizophrenen Erkrankungen als *Dementia praecox* (lat.: vorzeitig ohne Verstand) gibt es wenig gesicherte und allgemein anerkannte Erkenntnisse über den Verlauf dieser Erkrankungen (Riecher-Rössler et al, 1998; Hinterhuber et al, 2008). Das liegt vielleicht zum einen daran, dass es sich nicht um eine ätiolo-

gisch einheitliche Erkrankung, sondern um eine Gruppe von Krankheiten mit unterschiedlichen Verläufen handelt. Eine weitere Unsicherheit in Verlaufsuntersuchungen schizophrener Erkrankungen stellt die Diagnose dieser Erkrankungen dar, die in verschiedenen Untersuchungen teils restriktiv, teils großzügig gestellt wird. Auch kommen wahrscheinlich 30–50 Prozent der Patienten nicht mit dem psychiatrischen Gesundheitssystem in Kontakt, verbergen also Symptome ihrer Erkrankung.

#### Allgemeine Vorurteile

In der Öffentlichkeit gelten Patienten mit Schizophrenie als gefährlich, unheilbar oder chronisch krank (Angermayer et al, 2005). Diese Voreinstellungen tragen wesentlich zur Stigmatisierung des gesamten Faches Psychiatrie bei. Aber auch die mit der Diagnose und Therapie schizophrener Menschen befassten Berufsgruppen halten diese Erkrankungen häufig für nicht heilbar, chronisch und zunehmend behindernd. Die Schizophrenie wird also auch von psychiatrisch Tätigen stigmatisiert (Nordt et al, 2006).

#### In der Öffentlichkeit gelten Patienten mit Schizophrenie als gefährlich, unheilbar oder chronisch krank. Auch von psychiatrisch Tätigen werden Betroffene stigmatisiert.

An psychiatrischen Abteilungen werden eher schwerer erkrankte Patienten mit an sich schlechter Prognose behandelt. Immer wieder argumentieren psychiatrische Kollegen zur Rechtfertigung ihrer pessimistischen Einschätzung der Prognose der von ihnen behandelten schizophrener Menschen, dass diejenigen Patienten mit guter Prognose im Nachhinein betrachtet eben gar nicht an einer schizophrenen Erkrankung im engeren Sinne (früher auch: Prozesspsychose) gelitten hätten. Die epidemiologischen Studien zur Prognose der Schizophrenie, die häufig von einem Drittel voll remittierter Patienten nach erster psychotischer Phase berichten, würden eben in den Topf der Schi-

zophrenien auch akut polymorph psychotische Störungen, Drogenpsychosen oder affektive Störungen mit psychotischer Symptomatik einschließen. Eine typische Studie, die solche Schlüsse nahelegt, ist etwa die 1985 publizierte Zwölf-Jahres-Follow-Up Studie von Cloninger et al., in der alle Patienten mit Vollremission nach schizophrener Erstmanifestation im Nachhinein als bipolar, Drogen- oder somatoform krank umdiagnostiziert wurden.

Die Erkenntnisse der letzten zehn Jahre zur Genetik der Schizophrenie legen darüber hinaus nahe, dass genetische Einflüsse wahrscheinlich für mindestens 80 Prozent der Schizophrenieerkrankungen hauptverantwortlich sind (Kartno und Gottesmann, 2000). Diese hohe Bedeutung genetischer Einflüsse und die zahlreichen Befunde der Bildgebung über neuroanatomische Veränderungen in Gehirnen schizophrener Menschen (Schmitt A et al, 2008) ordnen die Schizophrenie als körperliche Erkrankung des zentralen Nervensystems in der Nähe anderer genetisch bedingter „neurologischer“ Erkrankungen ein und fördern wiederum die stigmatisierenden Vorurteile von der schicksalshaften Verschlechterung schi-

zophren Erkrankter. Diesen pessimistischen Erwartungen vieler klinisch tätiger Psychiater, Psychologen und Psychotherapeuten soll der im Folgenden geschilderte Fall widersprechen.

#### Biographische Anamnese

Judith ist in Wien als Älteste von drei Mädchen geboren und aufgewachsen. Sie sei ein aufgeschlossenes, fröhliches und kontaktfreudiges Kind gewesen. Sie besuchte Kindergarten, Volksschule und Gymnasium, brach jedoch das Gymnasium in der sechsten Klasse wegen Schwierigkeiten mit einem Lehrer ab. Auch nach dem Wechsel in ein anderes Gymnasium schei-

<sup>1</sup> Vorstand der Psychiatrischen Abteilung Donauespital / SMZ-Ost, Wien

\* Name geändert

terte sie im sechsten Schuljahr und war bei der ersten Aufnahme im AKH seit fünf Jahren in einer Abendschule, wo ihr mit 23 Jahren noch Prüfungen zum Antreten zur Matura fehlten. Mit 16 Jahren hatte Judith durch fast ein Jahr eine auch sexuelle Beziehung zu einem Burschen, weswegen es zu Konflikten mit den konservativen Eltern kam. Mit 18 Jahren zog die Patientin aus der elterlichen Wohnung aus und bezog eine Wohnung im selben Haus. Sie hatte bis sechs Monate vor der Aufnahme gute Kontakte zur Familie und zu Freunden.

### Erste stationäre Aufnahme

Judith wurde mit 23 Jahren erstmals an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Wien stationär. Die Aufnahme gelang ohne Unterbringung, jedoch auf erheblichen Druck der Eltern. In den ersten Wochen des Aufenthaltes musste die Patientin täglich mehrfach überredet werden, doch zu bleiben. Unmittelbarer Anlass der Aufnahme war die telefonisch einer Freundin mitgeteilte Gewissheit, „dass ich und die Wohnung von der Polizei observiert werden“, „dass das Telefon abgehört wird“ und „dass bestimmte Leute glauben würden, dass ich eine Prostituierte bin“. Die Freundin verständigte eine Neurologin, die den Vater der Patientin anrief und riet, Judith an der Psychiatrie im AKH vorzustellen.

Etwa zehn Monate vor dieser Aufnahme war die Mutter der Patientin wegen einer malignen Erkrankung viele Monate lang in Spitalspflege. Judith hatte den gesamten Haushalt, das heißt die Versor-

gung des berufstätigen Vaters und der zwei jüngeren Schwestern übernommen. Darüber hinaus hatte Judith auch die Mutter fast täglich im Spital besucht. Etwa neun Monate vor Aufnahme verliebte sich Judith in einen Lehrer ihrer jüngsten Schwester, der diese Gefühle auch erwiderte. Als er nach einigen Wochen mit ihr nichts mehr zu tun haben wollte, entwickelte sich innerhalb von Wochen ein Liebeswahn, vermengt mit paranoiden Befürchtungen und Beziehungsideen. Alles, was dieser Lehrer oder einer seiner Kollegen zu ihr sprachen, interpretierte sie als verstecktes Ausfragen ihrer Persönlichkeit. Sie nahm die Welt verändert war und

### Judith bekam in den vergangenen 15 Jahren ohne ausreichende Dosis irgendeines der verwendeten Antipsychotika innerhalb von Wochen wiederum psychotische Symptome und entschied sich immer wieder selbst sowohl für eine der Substanzen als auch für die Dosierung.

zeigte Zeichen eines abnormen Bedeutungserlebens. Sie war überzeugt, dass dieser Lehrer und seine Verwandten sicher gehen wollten, dass sie diesen nicht nur wegen seines Geldes heiraten würde. Als sie von einer Ärztin der Mutter nach ihren beruflichen Ambitionen gefragt wurde, war sie sich sogleich sicher, „dass auch diese Frau mit dem Lehrer in Verbindung stehe, wahrscheinlich sogar seine Schwester sei und ihre (Judiths) finanzielle Situation auskundschaften wolle“. Judith begann dann schon etwa fünf Monate

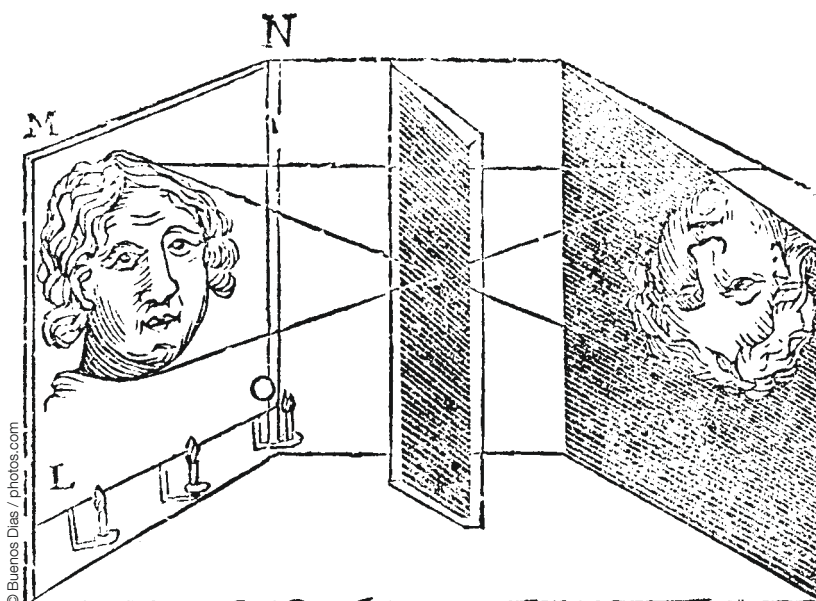
vor der ersten Aufnahme diesem Lehrer Briefe zu schreiben und bemerkte an vielfachen Reaktionen ihrer Umwelt, dass alle diese Briefe gelesen hätten. Schließlich ängstigte sich Judith so sehr, dass sie im Monat vor der Aufnahme das Haus nicht mehr verließ und auch nicht mehr ans Telefon ging.

Zum psychopathologischen Status bei Aufnahme ist erwähnenswert, dass keine Symptome einer Depression, also weder Antriebsstörungen noch Freudlosigkeit, Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen, Appetitstörung, Tagesschwankungen oder Suizidgedanken explorierbar waren. Beschrieben wurde ein offenes Wahnsystem,

thematisch im wesentlichen im Sinne eines Liebeswahns begleitet von paranoiden Ängsten, Verfolgungsgewissheiten, Beziehungsideen, abnormen Bedeutungsbewusstheiten, Wahnideen, Wahnwahrnehmungen und Anmutungserlebnissen. Während keine Sperrungen, Gedankenentgleiten oder Neologismen beschrieben wurden, zeigte die klinisch psychologische Untersuchung kognitive Beeinträchtigungen. Es wurde eine sehr schlechte psychovisuelle Merkfähigkeit und deutliche Beeinträchtigung des logisch-formalen Gedankengangs beschrieben und eine instrumentelle Abklärung wegen der deutlichen organischen Komponente dringend angeraten.

Blutbefunde, EEG und Computertomographie von Judith waren unauffällig. Sie wurde mit Haloperidol und Diazepam-Tropfen behandelt, besserte sich jedoch erst in den letzten beiden Wochen des fünföchigen Aufenthaltes. Sie wurde zum niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten mit der Medikation von 10 mg Haloperidol und 10 mg Diazepam entlassen.

Retrospektiv betrachtet hatte die Patientin auch schon bei dieser ersten Aufnahme über viele Wochen wesentliche weitere Symptome wie Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühle des Gemachten und kommentierende, beschimpfende sowie dialogisierende Stimmen, erfüllte also die Diagnose einer schizophrenen Störung nach ICD-10 oder



Die große Bedeutung genetischer Einflüsse fördert die stigmatisierenden Vorurteile von der schicksalhaften Verschlechterung schizophrener Erkrankter.



© Buenos Dias / photos.com

Etwa fünf Monate vor der ersten Aufnahme begann Judith im Liebeswahn dem Lehrer ihrer jüngsten Schwester Briefe zu schreiben.

DSM-IV. Auch berichtete die Patientin viel später, dass sie die Medikamente im AKH nur in den ersten drei Tagen genommen hätte und danach keinerlei Tabletten mehr hinuntergeschluckt hätte. Sie hätte das Gefühl gehabt, „dass die Ärzte und Schwestern das alles von der Polizei instruiert für sie inszenieren würden, um sie von ihrem geliebten Lehrer fernzuhalten“. Es wundert nicht, dass die Medikation ohne Nebenwirkungen vertragen wurde.

Nach Entlassung aus der Psychiatrie suchte Judith den zur Nachbetreuung vorgesehenen Facharzt nicht auf und nahm auch weiterhin keine Medikamente. Sie begann neun Monate nach Entlassung eine Arbeit als Kindergartenhelferin, wurde aber gleichzeitig wiederum sehr misstrauisch und beendete diese Tätigkeit nach drei Wochen. Sie schloss sich in der Wohnung ein und ernährte sich wegen Vergiftungsideen von originalverschlossenen Lebensmittelpackungen, die ihr die Eltern besorgen mussten.

### Die ersten drei Monate der ambulanten Betreuung

Schließlich kam Judith 24-jährig zehn Monate nach Erstaufnahme in meine Ordination. Grund ihres Besuches war einerseits die Bitte der Eltern, einen Psychiater aufzusuchen, andererseits aber auch die Tatsache, dass ich in der Zeit ihrer stationären Aufnahme an dieser Station als Facharzt tätig war, jedoch nach meiner Erinnerung weder mit ihrer Aufnahme noch ihrer Behandlung etwas zu tun hatte. Erst zwei

Jahre später erzählte Judith, dass ich ihr im AKH einmal Blut abgenommen hätte und sie dabei überzeugt gewesen wäre, dass sie jetzt umgebracht werde. Damals hätte sie sich gedacht: „Wenn der mich jetzt nicht umbringt, will er mir wirklich helfen“. Dieses magische Erleben hätte bewirkt, dass sie ihren Eltern gegenüber dann doch einwilligte, diesen Psychiater in seiner Ordination einmal aufzusuchen.

### Etwa 20 Monate nach Beginn der antipsychotischen Therapie legte Judith die Reifeprüfung ab.

Die Patientin sprach über die bisherige psychiatrische Behandlung sehr abwertend, wollte andererseits aber ausschließlich über ihr Erleben dieses stationären Aufenthalts sprechen und lehnte eine medikamentöse Behandlung kategorisch ab. Wiederum bestanden keinerlei Störungen, die auf ein affektives Geschehen hingewiesen hätten, jedoch deutliche formale Denkstörungen im Sinne von Gedankengleiten. Das Sprichwort „Wer anderen eine Grube gräbt, fällt selbst hinein“ erläuterte sie mit den Worten: „Man soll anderen keine Grube graben, weil die dann hineinfallen könnten“.

Unter der Bedingung, keine Medikamente einnehmen zu müssen, erklärte sich Judith bereit, regelmäßig einmal wöchentlich die Ordination aufzusuchen und über ihre Symptome zu reden. Und tat-

sächlich kam Judith in den nächsten drei Monaten regelmäßig zu 50-minütigen Gesprächen in die Ordination. In diesen drei Monaten offenbarte Judith ein breites Spektrum an Symptomen einer schizophrenen Störung, die teils Monate, teils über ein Jahr lang bestanden hatten.

Wichtigstes Thema in den ersten drei Monaten war der anhaltend bestehende Liebeswahn zum Lehrer ihrer Schwester. Andere Themen waren, ob es Geräte gibt, die in Menschen eingebaut sind und deren Gedanken lesbar machen. Auch, dass andere Menschen Dinge auch im gynäkologischen Bereich einbauen würden. Judith erzählte dann von Coenästhesien im gynäkologischen Bereich. Sie wollte wissen, wie andere Menschen ins Gehirn von Menschen eindringen könnten und warum sich der Lehrer ihrer Schwester in andere Menschen verwandeln könne, welche ihr dann wiederum Zeichen geben würden. Besonders auf der Toilette fühlte sie sich regelmäßig beobachtet. In der sechsten Stunde nach Therapiebeginn erzählt Judith erstmals von Gedankeneingebungen, dass sie selbst Gedanken anderer Menschen lesen könne, dass sie aber auch Gesprächen unbekannter Personen folgen könne, die sie nicht sehen würde. Diese – immer männlichen – Stimmen würden sie auch als „Trottel“ oder „Idiotin“ beschimpfen. Solche Beeinflussungen hätten auch schon vor der ersten Aufnahme bestanden. Schließlich lässt sich die Patientin auf die Möglichkeit einer Diagnose „paranoide Schizophrenie“ ein und lässt sich zur medikamentösen Therapie neuerlich stationär im AKH aufnehmen.

### Zweite stationäre Behandlung und vier Jahre Nachbetreuung

Nachdem es anfangs unter der Medikation mit Pimozid und Lorazepam nur zu einer teilweisen Besserung und weiterbestehender produktiver Symptomatik gekommen war, wurde Judith schließlich auf Clozapin umgestellt und nach relativ rascher Besserung wiederum entlassen. Nach dieser Entlassung wurde sie regelmäßig über weitere vier Jahre, anfangs vier Mal im Monat, später zwei Mal im Monat in der Ordination jeweils für 50 Minuten gesehen und sprach über alles, was sie bewegte. In diesen vier Jahren nahm die Patientin alle Termine ohne Ausnahme wahr, machte den Eindruck gerne zu kommen um über sich, ihre Krankheit und viele andere Angelegenheiten ihres Lebens zu reden. Es entwickelte sich eine immer tragfähigere vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung, wobei die

Patientin zwei Jahre lang jede Therapie-stunde mit einem Psychiaterwitz begann.

Unter der Medikation mit 400 mg Clozapin nahmen die psychotischen Symptome, die im Hintergrund immer wieder einmal aufgeflackert waren, weiter ab und waren acht Monate nach dieser Entlassung verschwunden. Ein Jahr später wurde die Clozapinmedikation auf Wunsch von Judith langsam auf 150 mg reduziert. Unter dieser Dosis wiederum akustische Halluzinationen, deutliche Gefühle des Gemachten, des Gedankenausbreitens. Die 26-jährige Judith, die keine neuerliche Clozapinerhöhung wollte, wurde nun stattdessen mit Olanzapin behandelt, wo es mit der Dosierung von 20 mg täglich zum vollkommenen Abklingen der akustischen Halluzinationen kam.

### Vier Jahre nach Beginn der Therapie mit Antipsychotika begann Judith, nun im 29. Lebensjahr, Medizin zu studieren und schaffte auf Anhieb Knochenkolloquium und Physikrigorosum.

Unter der Therapie mit Olanzapin begann die Patientin 15 Monate nach der zweiten stationären Aufnahme wiederum mit der Maturaschule und legte Prüfung um Prüfung erfolgreich ab. Der Patientin ging es nun stimmungsmäßig sehr gut und es traten keine Halluzinationen oder Ich-Störungen mehr auf. Wegen des Übergewichts wurde einmal versucht, auf Sertindol umzustellen. Tatsächlich waren die psychotischen Symptome auch unter der Medikation mit 26 mg Sertindol ver-

schwunden und so konnte die Patientin neun Kilogramm abnehmen, klagte jedoch über die vollkommene Lust- und Freudlosigkeit. Schließlich ließ Judith Sertindol weg und berichtete bei einem Kontrolltermin zehn Tage später, dass die Verstimmung und Freudlosigkeit nun deutlich besser seien. Nach dem neuerlichen Auftreten von Beziehungsideen und Verfolgungsgedanken etwa drei Wochen nach Sertindolpause wurde nun neuerlich auf Wunsch der Patientin („da ist es mir immer noch am besten gegangen“) mit Olanzapin behandelt. Später wurde nach Markteinführung von Ziprasidon versucht, Olanzapin durch dieses zu ersetzen, aber auch bei dieser Medikation störte Judith die verringerte Lebensqualität (Lust- und Freudlosigkeit), sodass sie

selbst wieder auf Olanzapin zurückging, das in der Dosierung von wenigstens 20 mg notwendig war, um jegliche Symptome der Schizophrenie hintan zu halten. Judith bekam also in den vergangenen 15 Jahren ohne ausreichende Dosis irgendeines der verwendeten Antipsychotika innerhalb von Wochen wiederum psychotische Symptome und entschied sich immer wieder selbst sowohl für eine der Substanzen als auch für die Dosierung. Sie hatte gelernt mit ihrer Medikation eigen-

verantwortlich umzugehen. Alle versuchten und eingenommenen Substanzen wirkten, allerdings mit unterschiedlichen Nebenwirkungen. In den 15 Jahren wurde nur einmal für drei Wochen keine antipsychotische Medikation eingenommen.

### Berufliche und soziale Entwicklung

Judith besuchte bis zum 16. Lebensjahr die Regelschule, wechselte dann die Schule, schloss jedoch die sechste Klasse der allgemein bildenden höheren Schule nicht ab. Danach besuchte sie bis zum 23. Lebensjahr, also bis zur ersten stationären Aufnahme, mit wenig Erfolg eine Abendschule. Bereits einige Wochen nach der zweiten stationären Aufnahme und seit der regelmäßigen antipsychotischen Therapie legte die Patientin Prüfungen erfolgreich ab, wobei bereits zehn Wochen nach antipsychotischer Therapie Latein und Geschichte positiv abgeschlossen wurden. Zu diesem Zeitpunkt war der Liebeswahn noch vorhanden (juxtaponiert), die Lernfähigkeit aber schon recht gut seit die Stimmen weg waren („manchmal traue ich der Ruhe nicht“).

Etwa drei Monate nach Clozapineinstellung erlebte die Patientin einen schönen Urlaub mit Freundinnen. Etwa ein dreiviertel Jahr nach dieser zweiten Aufnahme hatte Judith durch einige Wochen einen Freund, auch mit sexuellem Kontakt, ohne jedoch in diesen jungen Mann verliebt gewesen zu sein. Die Patientin bestand weitere Prüfungen wie Deutsch oder Psychologie. Etwa 20 Monate nach antipsychotischem Therapiebeginn legte Judith die Reifeprüfung ab.

Etwa zwei Jahre nach dem Erstkontakt, 21 Monate nach Clozapinstart beziehungsweise nach acht Monaten unter Olanzapin, begann die Patientin auch 20-stündig pro Woche zu arbeiten und selbst Geld zu verdienen. In dieser Zeit las sie auch das Buch von Asmus Finzen für Betroffene („Schizophrenie – die Krankheit verstehen“) und es kam in Folge über einige Monate zu intensiver Psychoedukation über Diagnose, Therapie und Rehabilitation der Schizophrenie.

Vier Jahre nach dem Beginn der Therapie mit Antipsychotika begann Judith, nun im 29. Lebensjahr, mit dem Medizinstudium, schaffte auf Anhieb Knochenkolloquium und Physikrigorosum und beendete ihre Berufstätigkeit, nachdem die Eltern bereit waren das Studium zu finanzieren. Sie kündigte nun an, nicht mehr kommen zu wollen und es ganz alleine



© Buenos Dias / photos.com

Unmittelbarer Anlass der ersten stationären Aufnahme war die Gewissheit der Patientin von der Polizei observiert zu werden.



© Buenos Dias / photos.com

Vier Jahre nach Beginn der Therapie mit Antipsychotika begann Judith mit dem Medizinstudium. Inzwischen ist sie 38 und möchte im nächsten Jahr eine eigene Praxis eröffnen.

versuchen zu wollen und wir verblieben so, dass sie sich auf ihren Wunsch jederzeit wieder melden könne.

Fast sieben Jahre später suchte Judith die Ordination wiederum auf. Sie hatte das Medizinstudium nun abgeschlossen und war bereits in der Mitte der praktischen Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin (Turnus). Alle paar Monate hätte sie wegen des Übergewichts Olanzapin zu reduzieren versucht, worauf es wieder zu Gefühlen beobachtet und abgehört zu werden gekommen war. Sie wollte nun wieder alle ein bis zwei Monate in die Ordination kommen, um irgendwie Gewicht abnehmen zu können. Im Rahmen des Turnus hat Judith auch zwei Monate an einer psychiatrischen Abteilung gearbeitet und viele Patienten mit schizophrenen Störungen erlebt, denen sie die antipsychotische Therapie erklären musste. Die Patientin ist nun im 38. Lebensjahr und möchte im nächsten Jahr eine Praxis eröffnen.

In Betroffenengruppen oder gar in der Öffentlichkeit über ihre Erlebnisse zu sprechen, lehnt Judith dezidiert ab. Daher wird dieser Fallbericht auch gemeinsam mit ihr an psychiatrisch nicht relevanten Details verändert, um eine Identifizierung unmöglich zu machen. In einer Besprechung dieser Kasuistik betont die Ärztin Judith, dass sie nur deshalb zu mir Ver-

trauen gefasst hätte, „weil ich sie nicht als Geisteskrankte behandelt habe, sondern ihr immer das Gefühl gegeben habe, neben ihren Krankheitssymptomen auch ein normaler Mensch zu sein“.

### Die Bedeutung dieses Falles

Die therapeutische Beziehung zu dieser Patientin veränderte meine Einstellung zur Schizophrenie. Ihre Diagnose, gestützt auf alle Symptome der Schizophrenie, die über viele Jahre bestanden und die ohne entsprechende Medikation innerhalb von Wochen immer wieder aufflackerten, steht

### Die Patientin ist nun im 38. Lebensjahr und möchte im nächsten Jahr eine Praxis eröffnen.

nicht im Widerspruch zu einer nachhaltig erfolgreichen Therapie. Weder im Hinblick auf einzelne Symptome der Schizophrenie, noch im Hinblick auf Beziehungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit. Dies alles bei einer Patientin, bei der es schon sieben Jahre vor erster Hospitalisation zu einem Leistungsknick gekommen war und bei der bei der ersten stationären Behand-

lung mit 23 Jahren auch wesentliche Negativsymptome der Schizophrenie beschrieben worden waren. Diese Patientin ist für die psychiatrische Allgemeinheit von Interesse, weil durch solche Fallschilderungen eine optimistischere Einstellung der in der Psychiatrie Tätigen zur Krankheit Schizophrenie gefördert wird.

Im Kern lehrte diese Patientin mich die enorme Bedeutung einer authentischen und von gegenseitigem Respekt getragenen Arzt-Patienten-Beziehung gerade auch bei den stigmatisierten schizophrenen Menschen. Wichtig aus Sicht der Patientin war hierbei das Ansprechen ihrer gesunden Anteile, die eben neben dem psychotischen Erleben und Verarbeiten auch vorhanden sind. Jedem psychotherapeutischen Ansatz ist gemeinsam, dass die Patienten nicht auf ihre kranken (z. B. psychotischen) Anteile reduziert werden, sondern mit ihren gesunden Anteilen ein therapeutisches Bündnis eingegangen wird.

Die frühe stationäre Behandlung ohne irgendeine Arzt-Patienten-Beziehung hätte fast bewirkt, dass eine erfolgreiche Behandlung nie mehr möglich geworden wäre. Nicht ein autoritäres Compliance-Modell, in dem der Arzt sagt, was zu tun ist und der Patient diese Anweisungen zu befolgen hat, sondern ein Prozess, in dem die Patientin sehr viel Eigenverantwortung be-

kam und in dem ihre Wünsche, Sorgen, Befürchtungen und Beobachtungen ernst genommen wurden, ermöglichte die Behandlung. In den als psychotherapeutisch zu bezeichnenden Gesprächen, die der medikamentösen Behandlung vorangingen, wurde über Symptome, Syndrome, Diagnose und deren Akzeptanz sowie über negative Psychiatrieerfahrungen gesprochen. Insbesondere musste der Widerstand gegen die Diagnose einer stigmatisierten und in der Öffentlichkeit negativ eingeschätzten, gefürchteten Erkrankung bei der Patientin und bei mir bearbeitet werden. Die medikamentöse Therapie erfolgte erst, als die Patientin von deren Sinnhaftigkeit eigentlich schon überzeugt war.

Im Rahmen der medizinischen Psychotherapie wurde den Nebenwirkungen der Medikamente aus dem Blickwinkel der Patientin großer Platz eingeräumt. Im späteren Verlauf entschied die Patientin über ihre Medikamente in Art und Dosis, was auch bedeutete, dass sie sich selbst gegen die organische Anhedonie und für die Nebenwirkung „metabolisches Syndrom, Übergewicht“ entschied. Es wäre interessant, die Ergebnisse der CATIE (Clinical Antipsychotics Trials of Intervention Effectiveness Study) unter dem Gesichtspunkt der Nebenwirkung „Anhedonie“ zu untersuchen (Lieberman JA et al, 2005; McEvoy et al, 2006; Stroup et al, 2006). Zur Zeit hat die Patientin unter Olanzapin mittels eines verhaltenstherapeutischen Programms bereits 20 kg abgenommen und ist zuversichtlich weiter schlanker zu werden. In der letzten Stunde wurde auch über ihre Kinderwünsche gesprochen.

Es darf nicht übersehen werden, dass bei dieser individuellen Patientin mehrere günstige Umstände Regie führten. Erstens kam die Patientin aus einem gut situierten Elternhaus und die kooperierenden Eltern mischten sich in die Therapie und in die lange, einleitende Psychotherapiephase nicht ein, bezahlten jedoch diese Stunden. Des Weiteren wirkten verschiedene Medikamente bei der Patientin sehr gut und es kam eigentlich nur zu geringen Nebenwirkungen. Die Patientin ist auch ausgesprochen intelligent. Die Wahl des Psychiaters wurde durch ein magisches Erlebnis im Zustand der Psychose begünstigt.

Es darf überlegt werden, wie Erfahrungen aus solchen Fällen in das allgemeine Gesundheitssystem zu integrieren sind, um den Prozentsatz lange Zeit hindurch erfolgreich behandelter schizophrener Patienten zu erhöhen (Dantendorfer et al, 2006). Ein Weg ist sicherlich die Förderung der Früherkennung und Frühintervention

der Erkrankung (Maurer & Häfner, 2007; Mossaheb et al, 2006), weil dann ohne Zeitdruck und Gefährdungen eine Beziehung zum Patienten aufgebaut werden kann. Daneben benötigt die Psychiatrie Ideen, in welchem Umfeld eine vertrauensvolle Beziehung zu schizophrenen Menschen entwickelt werden kann, ohne dass der Patient, etwa durch die Rahmenbedingungen des Unterbringungsgesetzes, keine Chance hat, auf die Sinnhaftigkeit der Therapie vorbereitet zu werden.

Wenn Patienten mit Schizophrenie erst im hoch psychotischen Zustand fremd- oder selbstgefährlich erstmals an Psychiatrien gesehen und gegen ihren Willen behandelt werden, wird eine nachhaltige erfolgreiche Behandlung wohl eher unmöglich gemacht statt begonnen. ■

#### Korrespondenz

Univ.-Prof. DDR. Peter Fischer  
Psychiatrische Abteilung Donauespital / SMZ-Ost  
Langobardenstraße 122  
1220 Wien  
E-Mail: p.fischer@wienkav.at

## LITERATUR

- Angermeyer M, Matschinger H.** Causal beliefs and attitude to people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2005;186:331-334.
- Cloninger CR, Martin RL, Guze SB, Clayton PJ.** Diagnosis and prognosis in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:15-25.
- Dantendorfer K, Swoboda H.** Langzeittherapie der Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2006;7:28-31 Finzen A. Schizophrenie – die Krankheit verstehen. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1995.
- Hinterhuber H, Hoder A, Meise U.** Langzeitverlauf. In: Der österreichische Schizophreniebericht 2008. Rittmannsberger H & Wancata J (eds). Buchplus, Linz.
- Lieberman JA et al.** Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353:1209-1223.
- Maurer K, Häfner H.** Früherkennung der Schizophrenie und die Bedeutung für Verlauf und Outcome. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 2007;8:24-34.
- McEvoy JP et al.** Effectiveness of clozapine

- versus olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia who did not respond to prior atypical antipsychotic treatment. *Am J Psychiatry* 2006;163:600-610.
- Mossaheb N, et al.** Früherkennung und Frühintervention der Schizophrenie. *Nervenarzt* 2006;77:23-34.
- Nordt C, Rössler W, Laber C.** Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bull* 2006;32:709-714.
- Riecher-Rössler A, Rössler W.** Der Verlauf schizophrener Erkrankungen. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 1998;148:259-265.
- Schmitt A, Parlapani E, Falkai P.** Ist die Schizophrenie eine Störung der Synapto- und/oder der Neurogenese? *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 2009;10:72-76.
- Stroup TS et al.** Effectiveness of olanzapine, quetiapine, risperidone, and ziprasidone in patients with chronic schizophrenia following discontinuation of a previous atypical antipsychotic. *Am J Psychiatry* 2006;163:611-622.

Living in the Green Box



EFFECTIN® 01/11/2010

## Es ist schön ERster zu sein!

Wer seit 12 Jahren als  
Original im Rampenlicht steht,  
glänzt durch profunde  
Erfahrung!



Wyeth

ein Unternehmen der Pfizer Gruppe

www.wyeth.at  
www.nein-zur-depression.at  
www.nein-zur-angst.at

EFFECTIN® ER

Venlafaxine