

Meine »Reise« in die Psychiatrie

Dr. med. Frank Bergmann

Tätigkeit	Dr. med. Frank Bergmann ist niedergelassener Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und forensische Psychiatrie in einer großen neurologisch-psychiatrischen Gemeinschaftspraxis, dem ZNS Aachen, Zentrum für Neurologie und Seelische Gesundheit in Aachen.
Vita	54 Jahre, geboren in Frankfurt/Main; 1976 – 1982 Studium der Medizin an der Universität Aachen, 1983 Promotion in Medizin an der Universität Aachen; Stationen: Aachen, Hamburg, München, Aachen
Ehrenamt	1. Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN), Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
Familie	nicht verheiratet
Freizeit	Moderne Kunst, Oper, Architektur, Fotografie,
Motto	Sol lucet omnibus. – Die Sonne scheint für alle. (Petron, Satyrikon 100)



Viele Wege können in die Psychiatrie führen; meiner war sehr kurz.

Sozusagen über Nacht fand ich mich – Medizinstudent im 5. Semester – auf der geschlossenen Männerstation der psychiatrischen Klinik im alten Universitätsklinikum Aachen ein. Als Nachtwache.

Ich hatte noch nie eine psychiatrische Station betreten und auf meinem Vorlesungsplan hatte ich das Fach »Psychiatrie« ebenfalls noch nicht vorgesehen. Klinische Chemie, Pathologie oder auch medizinische Statistik waren die aus unserer damaligen Sicht oft »trockenen« Themen, mit denen wir unsere Tage im Hörsaal und viele Stunden am häuslichen Schreibtisch verbrachten.

In meinen Zukunftsphantasien sah ich mich in dieser Phase meiner Ausbildung als Hausarzt; ich glaube, die Vorstellungen, die ich mir machte und die Bilder, die dabei in meinem Kopf entstanden, wären jeder TV-Doku-Soap ebenbürtig. Heute werden solche Bilder manchmal gezielt verwendet von berufspolitischen Aktivisten des Hausarztverbandes. Sie sind meistens genauso klischeehaft und lebensfremd wie meine damaligen Phantasien.

In einer späteren Phase hatte ich mir – nach einem vierwöchigen Praktikum in der chirurgischen Abteilung eines Städtischen Krankenhauses in eher ländlicher Infrastruktur (mit Hakenhalten im OP!) – auch eine spätere Karriere als Chirurg vorstellen können. Chirurgie ist eine medizinische Disziplin, die mich bis heute fasziniert durch ihren notwendigerweise unmittelbaren und pragmatischen Handlungsbezug zum Patienten und einem spannenden Anforderungsprofil aus medizinischer Expertise, Können, aber auch handwerklichem Geschick.

Die Reise zu den Zielen meiner beruflichen Träume finanzierte ich teilweise durch Mitarbeit in der Pflege, damals meist als Nachtwache. Das Klinikum Aachen verfügte damals über eine vergleichsweise dünne Personaldecke, zum Vorteil viele meiner Kommilitoninnen und Kommilitonen, denen sich dadurch mannigfaltige Gelegenheiten boten zur Finanzierung ihres Studiums.

Oberschwester Helga war für den Dienstplan zuständig. Zusammen mit ihren Kolleginnen in der Pflegedienstleitung war sie in der Verantwortung, die Sicherstellung der Pflege auf den Stationen und der Intensivstation zu gewährleisten und bediente

sich dabei eines Pools von Studentinnen und Studenten.

Ich weiß nicht, wie wir das geschafft haben, aber wir mussten damals unser Leben ohne Handy meistern, so dass ich mich spätestens, wenn Ebbe in der studentischen Kasse absehbar war, auf dem Weg zur Mensa zu einem spontanen persönlichen Besuch im Büro der Oberschwester entschloss. Nicht selten wurde man noch am gleichen Abend zu einem Nachtdienst eingeteilt. Ob ich schon einmal in der Psychiatrie gearbeitet hätte? Nein, noch nie! Dort bestand aber dringender Bedarf für eine sogenannte »Sitzwache«.

Mein Dienst begann um 20.00 Uhr, die Besetzung des Spätdienstes hatte es eilig nach Hause zu kommen. Für den Nachtdienst war verantwortlich ein Pfleger im XXL – Format. Erich, 56 Jahre, hatte bereits in den Wachsälen der Rheinischen Landes-klinik gearbeitet, mithin in einer Zeit, in der psychiatrische Großkrankenhäuser mit ihrem kustodialen Charakter eher Trutzburgen ähnelten. Die aktuellen Reform- Ideen der Sozialpsychiatrie und der beginnende Wandel der psychiatrischen Versorgungslandschaft durch die Psychiatrieenquete führte erfreulicherweise alsbald zu einem deutlich veränderten Anforderungsprofil an das Pflegepersonal und die Mitarbeiterstruktur psychiatrischer Kliniken. Sozialpädagogen und Ergotherapeuten wurden in den Kliniken eingestellt, nicht selten skeptisch bäugte von den älteren und eher in hierarchischen Strukturen sozialisierten Schwestern und Pflegern, die ihre Vorstellungen von Stationsordnung und Alltagsstruktur zum Teil sehr nachhaltig und rigide umsetzen wollten. In dieser Zeit des Umbruchs war Pfleger Erich – ausschließlich für den Nachtdienst – auf der geschlossenen Psychiatrischen Männerstation eingestellt worden. Seinen Prinzipien blieb er stets treu. Er setzte sie in Wort und Tat und manchmal auch mit der Kraft seiner Statur um. Von »Irrenärzten« hielt er gar nichts.

Die Einweisung in meinen ersten Nachtdienst als Sitzwache neben einem akut psychotischen Patienten fiel sehr knapp aus. Man kenne ihn schon einige Jahre, er leide an einer Schizophrenie und sei gerade in einem hoch akuten Schub. Er sei sehr unruhig, zum Teil ängstlich und panisch, stehe unter starken Medikamenten. Der Patient lag alleine

in einem Vierbettzimmer und dort wollte man ihn nicht über Nacht alleine lassen. Wegen einer sehr hochdosierten Kombination von klassischen Neuroleptika mussten regelmäßig die Kreislaufparameter überwacht werden. Damals wurde gerade mit Ultrahochdosen klassischer Neuroleptika gearbeitet.

»Hallo Karl, das ist der Frank, der bleibt heute Nacht bei dir und passt auf.« So schnell und so unerwartet war ich per »du« mit meinem ersten psychiatrischen Patienten, bei dem ich nun mindestens stündlich Blutdruck und Puls zu messen hatte. Karl reagierte gar nicht. Karl, so lernte ich später, stammte von einem kleinen Hof in der Eifel und erkrankte bereits mit 17 Jahren an einer sehr schweren Verlaufsform einer paranoid halluzinatorischen Psychose mit häufigen wochen- und monatelangen schweren psychotischen Schüben. An diesem Abend lag er schwitzig und mit geschlossenen Augen und überwiegend vor sich hin flüsternd im Bett. Wegen starker Unruhe hatte man ihn an Beinen und an einem Arm fixiert. Manchmal, so ein knapper Hinweis, könne der Patient in der psychotischen Erregung auch aggressiv sein, ich solle daher aufpassen. Klar, aber wie?

Karl fühlte sich verfolgt und verkannte häufig die Personen in seiner Umgebung. Er konfabulierte und seine Stimmung war sehr labil, teils gereizt, teils weinerlich, meist angstvoll und angespannt. Sein Gedankengang war sprunghaft, sein ununterbrochenes Sprechen und Flüstern war vor allem geprägt von seinem Dialog mit imperativen und kommentierenden Stimmen, von denen er sich bedroht fühlte, sowie von bruchstückhaften und sprunghaft wechselnden Alltagsthemen, aber auch religiösen Inhalten.

Hatte ich geglaubt, dass mich Karl in seinem verworrenen und abständig wirkenden Rededrang gar nicht wahrnahm, so hatte ich mich getäuscht. Stunden später sprach er mich mit Namen an, dabei angstvoll und flehentlich, geprägt von Beziehungs- und Bedeutungserleben, er äußerte Ängste, war fest davon überzeugt, man spreche über ihn, er müsse sterben, die Mutter erlösen und anderes mehr.

Wie man sich leicht vorstellen kann, war ich völlig gebannt und zutiefst fasziniert von dieser Eindringlichkeit und Intensität einer solchen pro-

duktiven psychotischen Symptomatik. Nie zuvor hatte ich einen Menschen in einer derartigen psychischen Ausnahmesituation gesehen oder ein derartiges Bedeutungs- und Beziehungserleben und ein so komplexes Wahnsystem mit akustischen Halluzinationen, und das verbunden mit dem gesamten Spektrum der affektiven Auffälligkeiten, der massiven Ängste, der Erregung und den starken vegetativen Begleitsymptomen. Auch das Oszillieren zwischen den psychotischen Wahrnehmungen und der Realität des nächtlichen Krankenzimmers dieses Patienten war eine für mich bis dahin völlig fremde Erfahrung. Völlig überfordert war ich, als mich eine Stunde später beim nächsten Blutdruckmessen Karl plötzlich »im Schwitzkasten hatte« ... Pfleger Erich trank Kaffee – auf der Nachbarstation.

Ich habe später gelernt, sowohl aggressive Verhaltensweisen wie auch z. B. sexuelle Durchlässigkeiten von Patienten, die gerade bei akuten bipolaren Störungen – wir sprachen damals noch von Zyklothymien – an der Tagesordnung waren, nicht persönlich zu nehmen, sondern als Ausdruck psychotischen Erlebens und äußerster innerer Erregung sowie Verknennung von Situationen zu verstehen. Viele Patientinnen und Patienten erinnern sich nach Abklingen ihrer psychotischen Schübe sehr genau an ihr Handeln und ihr Erleben während der akuten Krankheit. Ich habe viele Situationen erlebt, in denen Patienten sehr peinlich berührt und betroffen waren durch ihr »knalliges« Agieren während der Erkrankung. Meiner ersten Nachtwache folgten noch viele weitere.

Viele Nacht- und später auch regelmäßige Wochenenddienste verliefen deutlich unspektakulärer. Die viele Zeit, die ich in den stundenlangen Diensten auf den psychiatrischen Stationen verbrachte, zahlreiche und unendliche Gespräche mit Patientinnen und Patienten, gemeinsame Spaziergänge, oder auch Gesellschaftsspiele, haben mir als Studenten einen sehr unmittelbaren und direkten Kontakt zu vielen Patientinnen und Patienten »auf Augenhöhe« ermöglicht und damit auch Einblicke in die Auswirkungen depressiven, manischen oder auch psychotischen Erlebens. Ich konnte lernen, wie wichtig es ist, Ängste abzubauen und Vertrauen herzustellen in den Beziehungen zu den Kranken. Ich musste allerdings auch lernen wie dramatisch

sich das private und berufliche Leben der Patienten durch psychische Krankheiten veränderte. Der – oft wiederholte – Verlust des Arbeitsplatzes oder die endgültige Trennung vom Partner haben nicht selten die Patienten mindestens so stark belastet wie die primären Krankheitssymptome. Nicht anders als in anderen medizinischen Disziplinen fällt es oft schwer die Endlichkeit unserer therapeutischen Bemühungen und manchmal auch das Scheitern zu akzeptieren.

Aber – genau wie im richtigen Leben – Humor ist oft von unschlagbarer Wirkung: An einem sich träge und zäh dahin ziehenden Sonntagnachmittag auf der Station präsentierte sich unerwartet ein in läppischer Heiterkeit stets bestens gestimmter hebephrener¹ Patient mit bunten Streifen im Gesicht – aus Zahnpasta und Lippenstift – und geriet in eine zunächst bedrohlich aggressiv anmutende Interaktion mit einem Patienten, der seinerseits schon seit Tagen sehr angespannt in seiner paranoid halluzinatorischen Psychose war. Der Hebephrene mit Indianerbemalung hörte einige Zeit dem sehr verworrenen und von Wahnhaltungen geprägten Redefluss des Psychotikers zu, um dann unvermittelt in Gelächter auszubrechen mit den Worten »Du bist ja wirklich völlig verrückt!«. Beide waren wohl über diese spontane Decouvrierung völlig verduzt, starteten sich kurzfristig an, aber statt der antizipierten aggressiven Eskalation brachen beide in ansteckendes schallendes Gelächter aus. So urkomisch zeigt sich das Wesen der »doppelten Buchführung«, der spontane Wechsel zwischen psychotischem Erleben und dem realitätsbezogenen »normalen Leben«, selten.

Ich hatte alsbald mein Berufsziel unwiderruflich geändert und beschlossen »Nervenarzt« zu werden. Auch nur angedeuteter »Skepsis« meiner Umgebung begegnete ich mit unbeirrbarer Überzeugungen für sozialpsychiatrische Ideale und der festen Absicht an der Enttarnung und dem Abbau von Stigmatisierungen psychisch Kranker und ihrer Ärzte mitwirken zu wollen. Bis heute gibt es gute Gründe an diesen Zielen weiter festzuhalten.

Jahre später entwickelten Neurologen wie auch Psychiater ein auffallend vehementes Autonomiestreben und wollten plötzlich nichts mehr miteinander zu tun haben. Schade eigentlich.

Ich bin im Nachhinein gar nicht unglücklich darüber, im Rahmen der Ausbildung zum Nervenarzt in beiden Fachgebiete gelernt zu haben. Gleichwohl ist es in den letzten Jahrzehnten zu einem enormen Wissenszuwachs sowohl im Gebiet Psychiatrie & Psychotherapie (und Psychosomatik!) wie auch im Fachgebiet Neurologie gekommen, so dass es sicher angemessen ist, wenn für den Erwerb beider Fachgebietsbezeichnungen mittlerweile acht Jahre benötigt werden. Ich habe damals zunächst den Facharzt Psychiater erworben und nach meiner neurologischen Ausbildung später die Nervenarztprüfung abgelegt. Als ich im Rahmen einer weiteren Prüfung bei der Ärztekammer Nordrhein die neue Facharztbezeichnung »Psychiatrie und Psychotherapie« erworben hatte, irrte ich mich in dem Glauben, nun mit den Facharztprüfungen am Ende zu sein. Jahre später fand ich mich noch einmal vor einer Prüfungskommission wieder zum Erwerb des Schwerpunktes »Forensische Psychiatrie«.

1982 erlangte ich meine Approbation und konnte gleich am nächsten Tag nach meiner Prüfung als Stationsarzt in der Psychiatrischen Klinik in Aachen meine ärztliche Tätigkeit beginnen. So ergab es sich, dass ich viele Patientinnen und Patienten, die ich schon Jahre als Student und im Pflegedienst begleitet hatte, nun als Arzt betreuen und behandeln konnte. Meine jahrelange Stationsarbeit erwies sich bei meinem Berufseinstieg als Psychiatrischer Assistenzarzt als sehr hilfreich. Ich hatte längst von Patienten »im Vertrauen« erfahren und lernen dürfen, dass sie bei weitem nicht alles ihrem »Doktor« erzählten, auch wenn er das glaube! Die Beobachtungen und das Wissen der Stationsmitarbeiter sind unersetzlich. Im Gegensatz zu den Ärztinnen und Ärzten, die zunehmend auch zeitraubende Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben übernehmen müssen, können sie viel mehr Zeit mit den Patienten verbringen und sehen sie nicht nur in den oftmals engen Zeitfenstern der Visiten. Den Schwestern und Pflegern, die mich als Studenten und später als Stationsarzt begleitet und unterstützt haben, verdanke ich viele Beobachtungen und Informationen.

1 Bei der Hebephrenie handelt es sich um eine Sonderform der Schizophrenie mit oft flachen, oberflächlichen und häufig unpassenden oder läppisch-albernen Affekten.

Im Rahmen meiner neurologischen Ausbildung war ich später in Krankenhäusern in Hamburg und München beschäftigt. Als ich mich 1989 in Aachen niedergelassen habe, kam es zu einem Wiedersehen mit vielen früheren Patienten in meiner Praxis.

Eine dieser Patientinnen, die ich seit rund 30 Jahren kenne und behandle und die mir im Laufe dieser langen Zeit sehr vertraut wurde, ist Ursula. Ich habe sie 1984 kennen gelernt. Sie war damals 25 Jahre alt. In der Krankengeschichte hatte ich damals als Diagnose vermerkt »paranoide Entwicklung auf dem Boden einer introvertierten, gehemmt-unsicheren Persönlichkeitsstruktur«. Ursulas Krankheit begann schon mit jungen Jahren. 23-jährig wurde sie im Simmerather Krankenhaus aufgenommen, und zwar nach einer Tablettenintoxikation in suizidaler Absicht. Damals war zunächst die Diagnose einer reaktiven Depression gestellt worden. Sie kam nach der damaligen Krisenintervention in die ambulante Behandlung in die Poliklinik der Psychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums Aachen. In ihrem damaligen Lebensbericht beschrieb sie sehr eindrucksvoll ihre innere Zerrissenheit:

» Ich lebe und weiß damit eigentlich nichts anzufangen. Ich fühle mich überflüssig, irgendwie fehl am Platz in dieser Welt, in diesem Leben. Warum muss ich existieren? Natürlich gibt es Menschen, die trauern würden, wenn ich mich selbst vernichten würde, aber wohl kaum, weil sie mich wirklich gern haben, sondern weil ja die anderen sie dafür verantwortlich machen könnten und eine Arbeitskraft fehlt. Darum bemüht man sich, mich am Leben zu erhalten. Nun möchte ich einmal zurückschauen, wie mein Leben bis heute gewesen ist und ich glaube, ich fange am besten mit der Kindheit an. Woran ich mich als erstes erinnere, das ist die Einschulung. Ich hatte keine Freundinnen und war sehr aufgeregt bei der Einschulung. Leider hatte ich auch in der Schule keine Freundinnen. Ich war und blieb alleine. Als ich eines Tages im Unterricht dran gekommen war, lachten alle über das, was ich gesagt hatte, sogar die Lehrerin. Damit wagte ich nicht mehr etwas zu sagen. Ich blieb allein und fand keinen Anschluss. Als ich ins 6. Schuljahr kam zogen wir um in einen anderen Ort bei Aachen. Hier hoffte ich, doch noch

in einer Gruppe aufgenommen zu werden und engeren Kontakt zu anderen zu finden. Auch hier gelang mir dies nicht. Ich habe mir damals alle Mühe gegeben, aber ich wurde nicht akzeptiert. Manchmal durfte ich zwar mitspielen, aber nur zu dem Zweck, sich über mich lustig zu machen. Ich blieb auch auf der Hauptschule allein. Während dieser Zeit habe ich versucht mit meiner Mutter einen besseren Kontakt aufzubauen. Aus diesem Grunde sprach ich sie an einem Nachmittag an. Meine Mutter bückte und ich fragte sie, ob sie ein wenig Zeit hätte für ein Gespräch. Meine Mutter war gar nicht begeistert darüber, sondern sagte ziemlich aggressiv, dass sie jetzt keine Zeit hätte. Danach habe ich die Hoffnung aufgegeben, mit meiner Mutter zu reden. Nach der Hauptschule habe ich zunächst keine Lehrstelle bekommen und ich ging ein Jahr zur Handelsschule. Leider scheiterte ich an Deutsch und Englisch, so dass ich froh war, dass ich eine Lehrstelle als Hauswirtschaftsgehilfin annehmen konnte. Die Lehre dauerte 2 Jahre (...). Im letzten Halbjahr der Lehre lernte ich meinen Ex-Verlobten Klaus kennen. Ich hatte ihn von Anfang an sehr gerne und vertraute ihm, wie ich bis dahin noch keinem Menschen vertraut hatte (...). Als ich ihm nach zwei Jahren sagte, dass ich nicht mehr einsehen würde, alle Kosten für den Haushalt alleine aufzubringen, sondern er monatlich mehr Geld hinzugeben sollte, hatte er schon eine feste Freundin, wie ich später erfuhr. Da ich zu dieser Zeit schon ernsthaft an einen Selbstmord dachte, hatte er noch dafür gesorgt, dass meine Eltern dies erfuhren, da ich zu meinen Eltern kam. Er behielt die Wohnung. Die wenigen Freunde, die ich unterdessen an der Abendrealschule gefunden hatte, überredeten mich am Abendgymnasium anzufangen. Dies machte ich dann auch, so dass ich wenigstens ein bisschen Sinn am Leben sah (...).

Im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Behandlung in der Poliklinik zeigte sich bei Ursula ein sehr depressives Erleben, dabei durchschnittliche intellektuelle und konzentrationale Fähigkeiten mit individuellen Leistungsschwachpunkten im Arbeitstempo und in der gesamten sprachlichen Entwicklung. Es bestand ein sehr hoher Leidensdruck und subjektiv eine unendliche Perspektivlo-

sigkeit. Das Thema Selbstmord verbunden mit immer wiederkehrenden stärksten Insuffizienzgefühlen und Todessehnüchten zog sich wie ein roter Faden durch alle Gespräche.

1984 schrieb Ursula in einem weiteren Brief:

» Ich habe das Gefühl, an einem Seil über einem Abgrund zu hängen. Sie (Anm. der Therapeut) halten dieses Seil fest, so dass ich nicht abstürzen kann. So hänge ich dort und weiß nicht, was ich tun soll und kann. Abstürzen kann ich nicht, ausgenommen das Seil reißt (z.B. dadurch, dass ich durch Krankheit sterbe). Hochklettern am Seil, dazu fehlt mir die Kraft, es ist irgendwie hoffnungslos, manchmal verwirrend. Was soll ich tun? Ich kann nicht ewig dort rumhängen (...). Soll ich versuchen, das Seil zu zerschneiden, dieses Seil, an dem ich festgebunden bin und das mich hält (...). Warum reißt dieses Seil nicht endlich und erlöst die Menschen von mir, da ich ihnen doch nur zur Last falle (...) «.

Ab 1984 wird zunehmend ein komplexes Wahnerleben in den Äußerungen und Briefen von Ursula deutlich. So schrieb sie im März 1984:

» (...) Nun kann ich nicht mehr. Ich habe den Zeitpunkt schon zu oft verschoben und ich muss mich beeilen, sonst wird dieser Körper zu mächtig und ich kann mich nicht mehr von ihm lösen (...). Nur dieser Körper hält mich hier auf diesem Planeten, wo ich nicht hingehöre und auch nicht hinpasse. Ich muss fort von hier. Bei meinem Volk habe ich vielleicht eine Chance glücklich zu sein. Dies ist ein Risiko für mich zu ihnen zurück zu kehren, aber ich habe nichts zu verlieren. Ich werde von Skeldie Gebräuche und vieles Mehr vom Volk lernen. Dafür habe ich einige Monate auf einem anderen Planeten Zeit. Ich glaube schon, dass ich glücklich werden kann. Ich gehöre zu ihnen, deshalb würde es mir leichter fallen, bei ihnen glücklich zu sein. Hier gehör ich nicht hin und werde auch nie dazu gehören (...). «

Der psychopathologische Befund war in dieser Zeit neben den depressiven Symptomen von starken Angstgefühlen beherrscht. Es wurde bald deutlich, dass Ursache für diese Angstgefühle in der Wahr-

nehmung von Stimmen begründet war, denen sie sich ausgeliefert fühlte. Zum einen beschrieb sie positive Stimmen, die sie schon seit längerer Zeit hörte und die ihr am Anfang angenehm waren und ihr geholfen hätten sich zurechtzufinden. Hinzugetreten war jedoch seit geraumer Zeit eine zweite Gruppe von Stimmen, die ihr sehr zusetzten. Sie sagten ihr hässliche Dinge und wollten sie vernichten. Diesen Stimmen konnte sie sich mittlerweile nicht mehr widersetzen, war ihnen völlig ausgeliefert und sie schaffte nicht mehr, sich auf andere Dinge zu konzentrieren. Ursula war in der Schilderung dieser Erlebnisse sehr verspannt und innerlich aufgewühlt. Es kam zur geschlossenen Unterbringung auf einer geschützten Station. Ursula geriet in eine tiefe psychotische Krise, zog sich zurück, wirkte verspannt, ängstlich, getrieben, vermied Blickkontakt, schaute viel aus dem Fenster, formte tonlose Worte und Sätze, wirkte wie vergessen und in sich selbst versunken. Wenn man sie ansprach, zuckte sie zusammen, reagierte schreckhaft und fiel psychomotorisch durch eine sehr verkrampfte Körperhaltung auf. Unter anderem gestand sie in einer Visite, dass sie sich auf dem Klinikgelände vom Dach des Psychiatriegebäudes hinunter stürzen wollte, sei dann aber von ihrem Entschluss wieder abgekommen. Sie denke aber permanent daran, sich umzubringen und fühle sich von dem Gefühl beherrscht, sich selber fremd zu sein und nicht in ihren Körper zu gehören.

Es wurden in den Gesprächen zunehmend Mo-saiksteine eines Wahngeländes ersichtlich, in dem ein Phantasiegeführte namens »Skel« eine zentrale Position einnahm. Ursula war zu dieser Zeit zu der Überzeugung gelangt, dass sie zu einem anderen Volk, ebenso wie »Skel«, gehöre. Dieses Volk lebe auf einem anderen Planeten, habe andere Lebensgewohnheiten als die Menschen auf dieser Erde. Dementsprechend empfand sie ihren Körper hier nur als Hülle, den man zerstören kann. Dies sah sie als Weg für sich, um zu einem anderen Leben mit »Skel« zu gelangen.

Der weitere langwierige Krankheitsverlauf war einerseits geprägt von der unbeirrbar wahnhaften Überzeugung, ihren Körper zerstören zu müssen, um zu »ihrem Volk« zurückzukehren und auf der anderen Seite von der Rückkehr in das »hiesige« Leben mit allmählicher Wiederaufnahme so-

zialer Kontakte z. B. zu Mitpatientinnen und dem zögerlichen und behutsamen Erlangen von Alltagsfähigkeiten und Kompetenzen. Es blieb bei einer sehr starken Ambivalenz und Zerrissenheit trotz zunehmender Distanzierung von ihrem Wahnsystem. Zeitweilig vermisste sie ihre psychotischen Wahninhalte. Ihr Leben sei durch das Verschwinden der früheren Glaubensinhalte leerer geworden.

Schon drei Monate später, und in der Folge noch häufiger, kam es zu einer Wiederaufnahme wegen erneuter akut psychotischer Symptomatik verbunden mit Ängsten, depressiven Symptomen und Suizidalität. Außerdem bestanden alsbald ausgeprägte extrapyramidale Nebenwirkungen der damaligen Depot-Medikation. Erneut sind wochen- und monatelange klinische Verläufe dokumentiert mit stark wechselnder psychotischer, aber auch depressiver Symptomatik verbunden mit ausgeprägten Rückzugstendenzen. Die Behandlung mit klassischen Neuroleptika wie Haldol sowie zusätzliche Gabe von Depot-Neuroleptika sowie niederpotenten Neuroleptika zeigte sich als nur sehr bedingt wirksam.

Äußerst problematisch verliefen die Gespräche mit den Angehörigen. Sowohl Eltern wie auch Geschwister zeigten sich trotz eingehender Aufklärung wenig einsichtig in die Krankheit der Tochter und die damit verbundenen Auswirkungen. Auffallend waren ein vergleichsweise geringes Maß an Empathie und das völlige Unvermögen, Ursula zu stützen und ihr Halt zu geben.

In den Folgejahren kam es im Rahmen der Behandlung durch die Psychiatrische Universitätsklinik nicht nur zu häufigen Therapeutenwechseln, sondern aufgrund des schlechten Ansprechens der Neuroleptika zu immer wieder neuen Umstellungen und Neukombinationen neuroleptischer und antidepressiver Medikamente. Impromen, Haldol, Fluanxoldepot, Aolept, Dominal und andere Substanzen erwiesen sich auch in zum Teil sehr hohen Dosierungen als insgesamt wenig wirksam und waren begleitet von einem hohen Maß an Nebenwirkungen wie Schiefhals, EPMS (Störungen der Bewegungsabläufe mit Steifigkeit und Verlangsamung), Amenorrhoe – der Störung oder Ausbleiben der Regelblutung –, Unruhe, Akkomodationsstörungen und zeitweilig Galaktorrhoe (Milchfluss).

Viele Patienten, eigentlich die überwiegende Zahl, litten vor fünfundzwanzig Jahren unter derartigen erheblichen Nebenwirkungen der damaligen Pharmakotherapie. Auch heute haben die uns zur Verfügung stehenden Medikamente noch (zu) viele Nebenwirkungen. Trotzdem ist es ärgerlich, wenn von Pharmakologen und – noch schlimmer – auch ärztlichen Kollegen behauptet wird, die heutigen neueren Substanzen seien auch nicht besser als die älteren Mittel und daher in der Tendenz austauschbar. Die – nicht zuletzt auch in der Außenwirkung stigmatisierenden – Nebenwirkungen früherer Neuroleptika-Generationen verursachen die neuen Substanzen bei weitem nicht in diesem Ausmaß! Um sich nicht neugierigen Blicken auszusetzen, hatten aus nachvollziehbaren Gründen Patienten mit Nebenwirkungen unter klassischen Neuroleptika wie zum Beispiel Störungen der Bewegungsabläufe oder auch Speichelfluss einen Cafehaus – oder Restaurantbesuch früher peinlichst vermieden.

Ursula erreichte keine völlige Remission ihrer Erkrankung. Ein Probeaufenthalt in einem Übergangswohnheim in Neuß mit der Intention, Ursula die Erlangung von mehr Autonomie und Alltagskompetenz zu ermöglichen, scheiterte. Sie wollte dort »nur im Notfall hin«. Wegen der Länge der Erkrankung und drohender Aussteuerung durch die Krankenkasse erfolgt bereits im Alter von 26 Jahren eine Zeitberentung.

Seit 1989 behandle ich sie in meiner Praxis. Ein wesentlicher Fortschritt in diesen ersten Jahren war für sie der Bezug einer eigenen Wohnung. Vorausgegangen waren Zeiten, in denen sie kurzfristig wieder bei den Eltern war, sowie ein Aufenthalt in einer betreuten Wohngemeinschaft. 1993 konnten wir durch großzügige Unterstützung des Klinikdirektors der Rosenquelle in Aachen kostengünstig eine Malgruppe etablieren. Viele meiner Patienten haben zum Teil über Jahre gern daran teilgenommen. Bei den Kassen konnten wir diese Leistungen nicht abrechnen. Ursula hat ganz besonders von diesem Angebot profitiert. Sie entwickelte ungeahnte Kreativität und kam alsbald mit Stapeln von Bildern zu den regelmäßigen Gesprächen.

In einer ersten »Phase« überreichte sie mir die Bilder wortlos und wollte oftmals auf keinen Fall darüber sprechen, es war ihr auch erkennbar wegen

ihrer starken affektiven Beteiligung nicht möglich. Später berichtete sie spontan von ihrer jeweiligen Gestimmtheit beim Malen der einzelnen Bilder und den damit verbundenen Assoziationen.

In einer weiteren Phase unserer therapeutischen Arbeit, während der sie weiterhin regelmäßig malte, brachte sie zu jedem Gespräch – kommentarlos – einen meist umfänglichen Brief mit. Erst viel später konnte sie auf ein Medium in der Kommunikation ganz verzichten.

Und es wurde immer deutlicher, dass Kränkungen und Zurücksetzungen in ihrer Kindheit und Jugend und in ihrem familiären Umfeld weiterhin wirksam waren. Ein unendliches Bedürfnis nach Akzeptanz und Anerkennung durch Eltern und Geschwister konkurrierte mit der für sie kaum auszuhaltenden und zutiefst enttäuschenden Erkenntnis einer unerfüllbaren Illusion. Der plötzliche Krebstod der Mutter sowie das Ableben des Vaters einige Jahre später zementierten diese für sie quälende Erkenntnis für immer. Es gelang ihr aber, die Chance, die einer solchen Erkenntnis innewohnt, zu nutzen.

Schon während der Teilnahme an der Malgruppe knüpfte sie freundschaftliche Bande zum Leiter der Gruppe. Christoph, gelernter Handwebmeister, studierte zu dieser Zeit an der Akademie für Handwerksdesign in Aachen und war parallel als Lehrer an der Walldorfschule in einer großen Handweberei tätig. Das Weben wurde zu Ursulas Berufung. In Rekordzeit lernte sie nicht nur Weben, sondern war auch in der Lage Schüler anzuleiten. Darüber hinaus entwickelte sie sehr viel Talent im Entwerfen komplexer Textilmuster. Ihre anfänglich sehr begrenzte Ausdauer steigerte sie alsbald und war innerhalb eines Jahres in der Lage, über Stunden konzentriert zu arbeiten. Wir alle hatten ein solches Potential nach mehr als zwanzigjährigem oft sehr schwerem Krankheitsverlauf nicht vermutet.

Ursula ist jetzt 52 Jahre alt und arbeitet heute in der Weberei in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Ihre Krankheit besteht weiter und manchmal benötigt Ursula »Auszeiten«, in denen sie sich zu Hause zurückzieht. Sie hat gelernt über belastende Konflikte zu sprechen. Sie hat gelernt, ihre Interessen zu formulieren, auch wenn es ihr immer noch schwerfällt, sich gegen andere durchzusetzen. Sie hat auch gelernt, dass ihre Arbeit in der Webe-

rei sie mehr als alles andere stabilisiert. Und sie war sehr stolz, als vor kurzem ihre Musterentwürfe den Weg in eine Fachzeitschrift gefunden haben.

Ich habe von Ursula und vielen anderen Patienten gelernt, wie komplex und vielschichtig psychische Erkrankungen verlaufen. Ich lerne immer noch, in meinen therapeutischen Ansprüchen bescheidener zu werden und chronische Verläufe mit unendlicher Geduld zu begleiten. Ich habe gelernt, dass Psychotherapie mit Patienten, die an einer Psychose erkrankt sind, anderen Regeln folgt als Richtlinienpsychotherapie. Psychiatrische Psychotherapie muss sehr individuell erfolgen und meist neben der Pharmakotherapie, die dadurch in der Regel nicht verzichtbar wird. Sie muss auch zeitlich an die Belastbarkeit der Patienten angepasst sein und oftmals über viele Jahre erfolgen; Rückschläge und Enttäuschungen inbegriffen.

Die derzeitigen starren Strukturen in unserer vertragsärztlichen Tätigkeit werden dem in nicht ausreichender Weise gerecht. Mir ist durch die Arbeit mit Patienten deutlich geworden, dass wir medizinische wie auch berufliche Rehabilitation in der Psychiatrie um ein Vielfaches erweitern und ausbauen müssen. In vielen unserer Patienten schlummern ungeahnte Rehabilitationspotentiale. Die meisten Patienten können aber ihre Möglichkeiten derzeit nicht ausschöpfen.

Das Ende der Kustodialpsychiatrie mit der Psychiatrie-Enquete, der gigantische Bettenabbau und der damit verbundene Strukturwandel in der psychiatrischen Versorgung und nicht zuletzt der Ausbau der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten haben psychisch Kranken bis dahin ungekannte Möglichkeiten und Chancen eröffnet.

Umso unverständlicher sind Entwicklungen, die seit Jahren zu einer dramatischen Unterfinanzierung ambulanter psychiatrischer Versorgung führen. Während staatliche Garantien für die Finanzierung von Richtlinienpsychotherapie zu immensen Leistungszuwächsen, vor allem im Bereich der Therapie von Befindlichkeits- und Persönlichkeitsstörungen, geführt haben, nimmt die Unterfinanzierung der ambulanten psychiatrischen Therapie skandalöse Ausmaße an. In einem Sozialstaat, der die Gleichbehandlung seiner Bürger gesetzlich verankert hat, bleibt das unverständlich.

■ Die Reise der Psychiatrie geht weiter.

Der eigene Anspruch des Fachgebietes und seiner Repräsentanten wächst unaufhörlich. Allein die Fachgebietsbezeichnung »Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik« beschreibt einen hohen Anspruch. Der – dafür erforderliche – Umbau der psychiatrischen Versorgungsstrukturen und die Sicherstellung der erforderlichen Finanzierung sind notwendige Voraussetzungen, um diesem Anspruch gerecht werden zu können. Stärkung einer umfassenden, wohnortnahen, individuellen und gut vernetzten ambulanten Versorgung und der Ausbau von geeigneten Rehabilitationsangeboten, das sind ganz wesentliche Aufgaben für die zukünftige Versorgung.

Wir könnten noch viele junge Psychiaterinnen und Psychiater zur Verstärkung gebrauchen! Es erwarten Sie spannende Aufgaben!

<http://www.springer.com/978-3-642-20382-4>

Irgendwie kommt es anders - Psychiater erzählen

Schneider, F. (Hrsg.)

2012, 350 S. 4 Abb. in Farbe., Hardcover

ISBN: 978-3-642-20382-4