

Die Richtig-oder-Falsch-Strategie

„Verraten Sie mir noch ein Letztes“, sagte Harry, „ist das wirklich? Oder passiert es in meinem Kopf?“ Dumbledore strahlte ihn an ...: „Natürlich passiert es in Deinem Kopf, aber warum um alles in der Welt sollte das bedeuten, dass es nicht wirklich ist?“

J.K. Rowling, Harry Potter und die Heiligtümer des Todes, 2007

Dr. Karen Holloway seufzte und sagte: „Michael ist wieder da“, als sie auf den Tisch zusteuerte, an dem ich im Schwesternzimmer saß. „Ich muss in die Notaufnahme und ihn aufnehmen“, ergänzte sie.

„Michael K.?“, fragte ich ungläubig.

„Scheint so“, antwortete Karen ein bisschen amüsiert über meine Überraschung.

„Gewöhn dich daran, Xavier. Einige Patienten bleiben in der Drehtür und Michael ist einer von ihnen.“

Es war im Jahr 1988 und Karen war die zuständige Chefärztin des Krankenhauses in New York, an dem ich arbeitete. Bis zu diesem Tag hatte ich sie als eine der teilnahmevolleren, gescheiteren und vernünftigeren Klinikärzte eingestuft, mit denen ich jemals die Freude hatte, zusammenzuarbeiten. Die Diagnose eines „Drehtürpatienten“ stellte sie nicht leicht oder ohne Mitgefühl.

Michael war erst vor sechs Wochen nach einem einmonatigen Aufenthalt aus dem Krankenhaus entlassen worden. Als er ging, hörte er keine Stimmen mehr. Seine Wahnvorstellungen waren immer noch schwach vorhanden, aber er musste nicht mehr länger darüber reden, und es war ausgemacht, dass er in einer unserer Kliniken ambulant weiterbehandelt

werden würde. Nach Karens Kommentar zu urteilen, war mir die Enttäuschung und Überraschung, dass er so schnell wieder zurückkam, vom Gesicht abzulesen. Ich nahm zwei Stufen gleichzeitig und rannte die acht Stockwerke bis zur Notaufnahme herunter, ohne auf den Fahrstuhl zu warten. Hinter der Tür war ein Saal mit fünf Räumen, vier für die Patienten auf der linken Seite und einem für das Pflegepersonal auf der rechten Seite. Als ich reinkam, bog ich rasch nach rechts ab und schlüpfte ins Schwesternzimmer. Ich wollte nicht, dass Michael wusste, dass ich hier war, bevor ich eine Chance gehabt hatte, mit dem zuständigen Krankenpfleger zu reden. Der Befund war niederschmetternd:

Nachdem er das Krankenhaus verlassen hatte, war Michael nach Hause gegangen, aber nicht zu seinem ersten ambulanten Arzttermin erschienen. Seine Eltern, beide Ende 60, hatten nicht gewusst, dass Michael nicht zu seinem Arzt gegangen war. Sie hatten ihn gefragt, wie es gelaufen wäre, aber er hatte keine Lust, darüber zu reden. Sie hatten dort angerufen, aber niemand wollte ihnen sagen, ob ihr 35-jähriger Sohn den Termin eingehalten hatte oder nicht. Sie wussten auch nicht, dass der Medikamentenvorrat, den er für eine Woche aus der Klinik mitbekommen hatte, aufgebraucht war und er kein neues Rezept erhalten hatte.

Ich verbrachte über zwanzig Minuten damit, mir seine alte Akte durchzulesen, die der Pfleger mit dem medizinischen Bericht angefordert hatte. Dann trat ich aus dem Schwesternzimmer und begrüßte meinen neuen/alten Patienten.

„Hallo Michael, wie geht es Ihnen?“

„Dr. Amadorafloor! Was machen Sie denn hier?“, antwortete er *klackernd*⁷ und lachend mit der Geschwindigkeit eines Maschinen-

⁷ Bei Denkstörungen, einem häufigen Symptom bei einer Psychose, werden oft Klang- oder Wortassoziationen sowie Reime gebildet.

gewehrs. „Sie müssen mich hier rausholen. Ich habe mich nur um mich gekümmert – und niemanden verletzt –, aber die Polizei hat das alles falsch verstanden. Holen Sie mich bitte hier heraus. Sie müssen mich rausbekommen, weil...“

Ich versuchte ihn zu unterbrechen: „Michael, Michael machen Sie langsam. Warten Sie eine Minute!“

„Ich gehöre nicht hierher. Sie werden mich finden, wenn ich bleibe. Ich muss raus, holen Sie mich raus, ok?“

„Michael, erzählen Sie mir in Ruhe, was passiert ist, ok?“

„Ich erzähle Ihnen, was passiert ist. Ich gehöre nicht hierher“, schoss er zurück, deutlich enttäuscht von mir.

Es dauerte fast eine Stunde, um die übliche Checkliste durchzuarbeiten. Ich vervollständigte die Beurteilung seines *psychopathologischen Befunds*, schätzte seine aktuellen Symptome ein und hörte mir seine Version an, was passiert war und warum er in die Notaufnahme gekommen war. Als er mich weiter um seine Entlassung anflehte, entschuldigte ich mich kurz und flüchtete ins Schwesternzimmer, um alles aufzuschreiben, was ich erfahren hatte.

Michael hörte wieder Stimmen von Regierungsangestellten, die jede seiner Bewegungen kommentierten. Als ich ihn fragte, was die Stimmen sagten, wiederholte er: „Er sitzt auf dem Bett und redet mit dem Arzt. Er kann uns jetzt nicht entkommen.“ Den Stimmen nach zu urteilen, die er wiedergab, war es nicht überraschend, dass er die Wahnvorstellung hatte, einige Geheimagenten würden ihn verfolgen und ein Attentat auf ihn planen.

Ich notierte in seiner Akte das Wiederauftreten der Halluzinationen und das erneute Aufflammen der seit langem bestehenden Wahnvor-

stellungen über ihn verfolgende Regierungsbeamte. Außerdem schrieb ich, dass er derzeit weder für sich noch für andere eine Gefahr darstellte, aber eine mangelnde Krankheitseinsicht zeige. Ich empfahl schriftlich, die Medikamente, mit denen er vor sechs Wochen entlassen worden war, wieder anzusetzen und ihn stationär in die psychiatrische Abteilung aufzunehmen, bis er sich stabilisiert habe. Dann ging ich zu Michael zurück und erzählte ihm, was ich empfohlen hatte. Ich bat ihn um seine schriftliche Einwilligung, sich für ein paar Wochen stationär behandeln zu lassen. Er lehnte ab und sagte: „Das einzige, was mit mir nicht stimmt, ist, dass ich hier bin. Die bringen mich um, wenn ich länger hierbleibe!“

Da er sich in einem U-Bahntunnel versteckt hatte, als die Polizei ihn aufgriff, dachte ich, dass er wohl ein Fall für eine Zwangseinweisung wäre. Als er entdeckt worden war, hatte er mehrere Tage weder gegessen noch gebadet und gefährlich nahe an einem befahrenen Bahn-gleis karnpiert. Der Polizei hatte er erklärt, dass „die (Geheimagenten) niemals dort nach ihm suchen würden“. Ich rief Dr. Holloway an, die einverstanden war, die erforderlichen Papiere für eine Zwangseinweisung für die nächsten 72 Stunden zu unterzeichnen. Falls er danach nicht freiwillig bleiben würde und wir den Eindruck hätten, dass er aufgrund seiner psychischen Erkrankung immer noch eine Gefahr für sich darstellte, würde er gegebenenfalls einem Richter vorgeführt, der eine weitere Behandlung gegen seinen Willen für dreißig Tage anordnen könnte.

Als ich Michael diesen Plan erklärte, rastete er verständlicherweise aus. Er fürchtete sich schrecklich und war sicher, getötet zu werden, wenn er in der Klinik bliebe. Nachdem er eine Spritze mit seinen Medikamenten erhalten hatte, beruhigte er sich deutlich und konnte in die psychiatrische Abteilung verlegt werden.

Solange nichts dafür getan werden konnte, dass sich Michael aktiv an seiner Behandlung beteiligte, würde sein Krankenhausaufenthalt nicht mehr bewirken als ein Tropfen auf den heißen Stein.

Wir hatten zwar die akute Krise gelöst. Solange aber nichts dafür getan werden konnte, dass sich Michael aktiv an seiner Behandlung beteiligte, würde sein Krankenhausaufenthalt nicht mehr bewirken als ein Tropfen auf den heißen Stein. Er würde stabilisiert und mit Rezepten entlassen, die er nie einlösen würde und er würde nie einen Arzttermin einhalten, einfach weil er glaubte: „Ich bin nicht krank! Ich brauche keine Medizin – ich brauche Schutz vor den Geheimagenten!“

Der falsche Ansatz

Ich behandelte Michael allein medizinisch, was in den meisten Fällen der falsche Ansatz ist, um das langfristige Problem mangelnder Einsicht und der Ablehnung, Medikamente einzunehmen, zu lösen. Beim „medizinischen Modell“ geht man in der Regel so vor: Nachdem die Diagnose feststeht und die Behandlung entschieden ist, wird dieses dem Patienten mitgeteilt. Weigert sich der Patient und erfüllt er die gesetzlichen Kriterien für eine Zwangseinweisung in ein Krankenhaus, kann der Arzt diese anordnen. Einige Ärzte arbeiten nach dem paternalistischen Prinzip gegen den Willen des Patienten. Wie ein Elternteil, das weiß, was das Beste für das Kind ist, kann ein Arzt die Kontrolle übernehmen und einen Patienten gegen seinen Willen einweisen und behandeln. Im Alltagsleben befolgen wir eine Reihe ähnlicher, wenn auch weniger dramatischer Regeln (wie die Anschnallpflicht beim Autofahren, Tollwutimpfung von Haustieren, Helmpflicht für Motorradfahrer oder die Promillegrenze).

Meine nächste Aufgabe nach diesem Modell war es, Michael über seine Erkrankung und die Notwendigkeit einer Behandlung zu informieren. Wenn Sie dieses Buch lesen, wissen Sie, dass bei Menschen wie Michael die Aufklärung über die Erkrankung nicht zu einem Zuwachs an Einsicht führt. Und genau das passierte auch mit Michael in den nächsten 14 Tagen in der Klinik.

Ich erzählte ihm alles über Wahnvorstellungen und Halluzinationen und konfrontierte ihn mit seiner Leugnung der Erkrankung. Ich erklärte ihm die Art seines Problems und warum er die angebotene Behandlung annehmen sollte. Nachdem er sich etwas stabilisiert hatte, erklärte er sich – wie während seiner vorherigen Krankenhausaufenthalte – schnell dazu bereit, nach der Entlassung seine Medikamente zu nehmen. Als ich erklärte, dass er das meiner Meinung nach nur sagen würde, um entlassen zu werden, gab er manchmal verlegen zu, gelogen zu haben und sagte mir, dass mit ihm alles in Ordnung sei, abgesehen davon, dass die „Leute“ ihn nicht alleine lassen würden. Meistens hielt er sich aber an das Motto: „Ich weiß, dass die Medikamente mir helfen und dass ich sie nehmen muss“. Ironischerweise wurden seine Täuschungsmanöver gegenüber den Anordnungen der Therapeuten immer besser, je mehr seine Symptome auf die Behandlung ansprachen.

Bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die sich ihrer Erkrankung nicht bewusst sind, funktioniert dieser traditionelle, „medizinische“ Ansatz nur selten. Er beruht auf der falsch verstandenen Annahme, dass der Patient zum Arzt kommt, weil er merkt, dass er ein Problem hat und Hilfe braucht und dass von Anfang an ein gemeinschaftlicher Ansatz besteht – mit dem Arzt als Verbündeten und nicht als Gegner.

Auch wenn sich die Einzelheiten unterscheiden können, so ist Michaels Krankengeschichte der Einweisungen und anschließenden Behand-

lungsabbrüche nach der Entlassung, Verschlechterung der Erkrankung und erneuten Einweisungen doch sehr typisch. Das trifft auch auf meine unangemessene Reaktion auf das größere Problem zu, was mit ihm passieren sollte, wenn wir ihn (wieder einmal) entlassen würden. Nach dem „medizinischen Modell“ konzentrierten sich meine Aufgaben auf Diagnose und Behandlung. Das ist aber der falsche Ansatz, um mit jemandem umzugehen, der seit vielen Jahren ständig behauptet, mit ihm sei alles in Ordnung und er brauche keine Hilfe. Kurzzeitig gesehen, muss dieser Ansatz nicht so schlecht sein, aber meistens ist er über die Jahre gesehen nutzlos, weil sich der „Patient“ nicht selbst als Patient wahrnimmt.

Wenn Sie sich vorstellen können, dass so etwas Ähnliches mit Ihnen passiert, haben Sie eine Ahnung davon, wie Wahnvorstellungen und Anosognosie für einen psychisch Kranken sind.

Vielleicht kann eine Analogie Ihnen dabei helfen, zu verstehen, warum dieses so ist. Stellen Sie sich vor, ich sage Ihnen, dass Sie nicht dort wohnen, wo Sie wohnen. Vielleicht lachen Sie und meinen, ich solle keine Witze machen. Was aber, wenn ich Ihnen eine gerichtliche Verfügung zeige, die Ihnen untersagt, sich in der Nähe der Gegend aufzuhalten, die Sie mir als Ihre Wohnungsadresse genannt haben?

Oder, um das Spiel auf die Spitze zu treiben: Was wäre, wenn diese gerichtliche Verfügung von den Menschen, mit denen Sie zusammenleben, also Ihren Angehörigen, unterzeichnet wäre? Was würden Sie denken? Und stellen Sie sich vor, Sie fragen diese Menschen, warum sie den Beschluss unterschrieben haben und diese antworten etwa wie folgt: „Sie scheinen ein netter Kerl zu sein, aber wenn Sie sich hier noch einmal blicken lassen, rufe ich die Polizei. Sie wohnen nicht hier und wir wollen Sie nicht anzeigen, aber wir werden das tun, wenn Sie uns nicht in Ruhe lassen. Bitte rufen Sie uns nicht weiter an. Sie brauchen Hilfe!“

Wenn Sie die Vorstellung zulassen, haben Sie eine Ahnung, wie es einem Menschen mit Wahnvorstellung und Anosognosie geht. Führen Sie bitte diese Analogie fort und stellen Sie sich vor, Sie kommen nach Hause und die Polizei verhaftet Sie. Die netten Leute, die in Ihrer Wohnung leben, wollen keine Anzeige gegen Sie erheben und die Polizei bringt Sie daher in die Notaufnahme einer psychiatrischen Klinik. Würden Sie dann meinen Rat annehmen und wegen Ihrer „Wahnvorstellungen“, dort zu wohnen – obwohl Sie sicher sind, dort zu wohnen –, Psychopharmaka nehmen? Ich glaube nicht. Ich habe dieses Rollenspiel schon unzählige Male gespielt, und die Antwort ist immer „Nein!“. Wenn ich nach dem „Warum“ frage, lacht mein jeweiliger Partner in diesem Spiel immer und sagt: „Weil es die Wahrheit ist. Ich weiß, wer ich bin und wo ich wohne!“

So ähnlich ergeht es einem schwer psychisch kranken Menschen mit Wahnvorstellungen und Anosognosie. Mit dem „medizinischen Modell“ lässt sich das Vertrauen oder die Kooperation eines Menschen nicht gewinnen. Ähnlich wie Ihnen oder mir wird es jedem Menschen in dieser Situation gehen, und keiner wird – wieder entlassen – seine Medizin weiternehmen. Wenn Sie sich in die Perspektive dieses Menschen versetzen können, dann macht das Sinn. Oder?

Der richtige Ansatz

Nach meiner Erfahrung ist es oft einfach, eine Beziehung, die durch Ablehnung, Misstrauen oder sogar Feindschaft geprägt ist, in ein Bündnis und eine verlässliche und engagierte therapeutische Beziehung umzuwandeln. Das erfordert viel Anstrengung, ist aber nicht so schwer, wenn Sie einmal die wichtigsten Lektionen gelernt haben. Der schwerste Teil ist dabei, Ihre Vorurteile beiseite zu legen und zu vergessen, dass bisher keine Ihrer Diskussionen zu einer Meinungsänderung Ihres erkrankten Angehörigen geführt hat.

Mein wichtigster Tipp für Sie ist: Hören Sie damit auf, ihn überzeugen zu wollen, dass er krank ist. Wenn Sie akzeptieren, dass Sie nicht die Macht haben, ihn zu überzeugen, kennen Sie die Antwort auf meine vorletzte Frage (ist er oder ist er nicht psychisch krank?). Ihnen werden sich Türen öffnen, von deren Existenz Sie bisher gar nichts wussten. Denken Sie daran. Wenn Sie Ihren Angehörigen wirklich davon überzeugt hätten, dass er eine psychische Erkrankung hat, dann würden Sie jetzt nicht dieses Buch lesen. Der erste Schritt ist daher, dass Sie aufhören zu argumentieren und beginnen, dem Menschen, den Sie lieben, so zuzuhören, dass er danach das Gefühl hat, dass Sie seinen Standpunkt respektieren – einschließlich seiner Wahnvorstellungen und dem Gefühl, nicht krank zu sein.

Der erste Schritt ist daher, dass Sie aufhören zu argumentieren und beginnen, dem Menschen, den Sie lieben, so zuzuhören, dass er danach das Gefühl hat, dass Sie seinen Standpunkt respektieren – einschließlich seiner Wahnvorstellungen und dem Gefühl, nicht krank zu sein.

Die am Anfang dieses Kapitels zitierte Antwort von Professor Dumbledore auf die Frage von Harry Potter ist absolut richtig. Eigentlich sind die Wahrnehmungen Ihres Angehörigen in der Tat sehr real. Für ihn ist er wirklich *nicht* krank.

Wenn Sie sich mit dem Menschen, den Sie lieben, so identifizieren können, werden Sie viel eher sein Verbündeter werden und gemeinsam nach *seinen* Gründen suchen können, warum er eine Behandlung akzeptieren könnte – auch wenn er nicht krank ist. Sie müssen seiner „Realität“ – der Richtigkeit seiner Wahrnehmungen – nicht zustimmen, aber Sie müssen zuhören und sie aufrichtig akzeptieren.

Meine Kollegen und ich haben vielen Patienten dabei geholfen, eine Behandlung für eine Vielzahl von Problemen zu akzeptieren, die ihrem Gefühl nach nichts mit einer psychischen Erkrankung zu tun haben, so z. B., um den Stress zu verringern, der durch die Verschwörung gegen sie verursacht wird, bei Schlafproblemen oder dabei, dass ihre Angehörigen sie wieder in Ruhe lassen oder dass die Stimmen, die von der CIA gesendet werden, leiser werden.

Dennoch gehe ich nicht davon aus, dass Sie von dieser Idee sofort begeistert sind. Die meisten Menschen empfinden sie als Widerspruch zu ihren bisherigen Überzeugungen und auch ein wenig als unheimlich. Andere finden vielleicht das Konzept gut, erst einmal die Auseinandersetzung, ob jetzt jemand krank ist oder nicht, eine Weile zur Seite zu legen, wissen aber nicht, wie ihnen das letztlich helfen soll. Um dieses zu verdeutlichen, schildere ich Ihnen zunächst meinen Ansatz und die wissenschaftlichen Hintergründe dazu.

Motivationsverstärkungstherapie und LEAP

Jeder, der schon einmal mit Leugnung bei einem Menschen konfrontiert wurde, den er liebt, weiß, dass das Problem, von dem dieser nicht glaubt, es zu haben, nicht einfach dadurch zu beheben ist, dass man ihn darüber belehrt. Solche Versuche fruchten nicht, weil der „Patient“ sich nicht selbst als Patient sieht. Die Forschung zeigt, dass Konfrontation und „Gruppeninterventionen“, z. B. durch einen Familienrat, selten etwas bewirken. Tatsächlich ist, anders als die meisten denken, eher das Gegenteil der Fall, „Interventionen“ schaden mehr als dass sie nutzen!

Was funktioniert also? Die Motivationsverstärkungstherapie, im Englischen bekannt als Motivational Enhancement Therapy (MET), ist eine

wissenschaftlich fundierte Methode, um Menschen, die sich nicht krank fühlen, zu helfen, eine Behandlung zu akzeptieren. Sie wurde vor über 20 Jahren von Experten wie mir entwickelt, die mit Suchtpatienten arbeiten. Trotz ihrer bestätigten Wirksamkeit, suchtabhängige Patienten in eine Behandlung einzubinden, gibt es leider nur wenige Therapeuten, die damit auch bei Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung Erfahrung haben. Das sollte sich ändern, weil eine Vielzahl von Studien den Einsatz von MET bei diesen Menschen unterstützt.

Dr. Annette Zygumt und Mitarbeiter veröffentlichten 2002 in der Zeitschrift *American Journal of Psychiatry* eine Übersichtsarbeit über Studien der letzten 20 Jahre, die untersuchten, wie die medikamentöse Behandlungssadhärenz verbessert werden kann. Die Autoren fanden, dass „obwohl auf Psychoedukation basierende Interventionen und Familientherapieprogramme in der Praxis häufig eingesetzt werden, diese in der Regel nicht effektiv waren (in Bezug auf die Verbesserung der medikamentösen Behandlungssadhärenz)...Motivierende Techniken waren (andererseits) häufig Bestandteil der erfolgreichen Programme. Mit motivierenden Techniken meinten die Untersucher dabei die Hauptelemente des MET.

Ich habe fast umgehend realisiert, dass die spezifischen Kommunikationstechniken und Strategien, die wir den Therapeuten vermitteln, von jedermann gelernt werden können.

Vertrauend auf die gleichen Erkenntnisse, die Dr. Zygumt und ihre Kollegen zusammenfassten, entwickelten Dr. Aaron T. Beck (der von vielen als der Vater der Kognitiven Psychologie bezeichnet wird) und ich eine Form der MET, die wir „Medication and Insight Therapy“ (MAIT) nannten und in einer Studie mit stationären schwer psychisch kranken Patienten einsetzten.

Zu dieser Zeit (Mitte der 1990er Jahre) wurden nur Therapeuten in diese Methode eingearbeitet. Ich habe aber fast umgehend realisiert, dass die spezifischen Kommunikationstechniken und Strategien von jedermann gelernt werden können. Für mich waren sie mehr ein Kommunikationsstil als ein komplizierter therapeutischer Eingriff, und ich kam zur Überzeugung, dass Sie keinen Dokortitel oder einen ähnlichen Abschluss brauchen, um die Kernelemente dieser Therapie wirkungsvoll anzuwenden. Konsequenterweise entwickelte ich eine laienfreundlichere Version für Familienangehörige, Ordnungshüter und alle, die mit psychisch Kranken beruflich zu tun haben.

Die Listen-Emphatize-Agree-Partner (LEAP)-Methode

Das Ergebnis war die Listen-Emphatize-Agree-Partner (LEAP)-Methode. Seit über zehn Jahren und der Veröffentlichung der ersten Ausgabe dieses Buchs habe ich LEAP Tausenden von Menschen in den USA und weltweit beigebracht. Auch wenn meine LEAP-Lehrgänge hauptsächlich darauf abzielten, den Familienangehörigen und Beschäftigten in der Psychiatrie zu zeigen, wie sie jemanden mit einer schweren psychischen Erkrankung davon überzeugen können, eine Behandlung zu akzeptieren, haben in jedem Seminar die Teilnehmer darauf hingewiesen, wie sinnvoll diese Methode bei einer ganzen Reihe von Problemen sei. Damit haben sie meine Erfahrungen bestätigt.

Unabhängig davon, ob Sie überzeugt sind, dass Ihr Angehöriger an einer Anosognosie leidet oder nicht oder die Erkrankung einfach verleugnet, kann LEAP Ihnen helfen.