

Der psychiatrische Notfall bei neurotischen Patienten – Lösung durch Negieren

S. Priebe, Berlin

Psychiatric Emergency in Neurotic Patients – Solution by Denial

In a psychiatric emergency situation, the psychiatrist is expected to take immediate decisions and to intervene quickly and competently, what is difficult to realize with neurotic patients in a therapeutically satisfactory way. By openly showing his limitations and helplessness, he can deny a defining element of the emergency situation. By this reframing of the situation, changed and more positive prospects occur for dealing with the problem and the patient.

Zusammenfassung

Bei einem psychiatrischen Notfall werden vom Arzt eine rasche Entscheidung und ein kompetentes und eingreifendes Handeln erwartet, welches jedoch bei neurotischen Patienten häufig nicht therapeutisch befriedigend zu realisieren ist. Durch eine Offenlegung der eigenen Unzulänglichkeiten und Hilflosigkeit kann der Arzt ein definierendes Element der Notfallsituation negieren und damit die Situation so umdeuten, daß sich veränderte und therapeutisch fruchtbarere Perspektiven für die Handhabung der aktuellen Problematik und für den Umgang mit dem Patienten eröffnen.

Der psychiatrische Notfall bei neurotischen Patienten

Der Begriff des Notfalls beschreibt eine Situation, die gemeinhin durch die Notwendigkeit eingreifenden Handelns gekennzeichnet ist. Im Unterschied zur psychiatrischen Krise, deren Begriff häufig unschärfer oder auch weiter gefaßt ist, erfordert der psychiatrische Notfall ärztlich-psychiatrisches Handeln, das nicht notwendigerweise durch einen Psychiater ausgeführt wird, aber doch auf medizinisch-psychiatrischem Fachwissen beruht (1, 7). Diese Definition dient nicht nur zur wissenschaftlichen Konzeptualisierung, sondern entspricht auch dem allgemeinen Wortverständnis, wie es unter anderem die Auffassung der Patienten von einem Notfall bestimmt: Ein Patient, der glaubt, sich in einer psychiatrischen Notfallsituation zu befinden, und deshalb z. B. eine poliklinische Ambulanz aufsucht, erwartet vorrangig, daß ausgehend von der Kompetenz des zuständigen Arztes durch diesen oder auf dessen Entscheidung hin so bald wie möglich etwas unternommen wird, um sein Befinden zu ändern. Blicke er dort über einen längeren Zeitraum ärztlicherseits unbeachtet, so würde er vielleicht enttäuscht darauf hinweisen, daß er doch ein „Notfall“ sei. Das Ausbleiben von ärztlichen Maßnahmen wäre für ihn mit der Definition eines Notfalls unvereinbar.

Selbstverständlich kann die Differentialdiagnose, im Rahmen welcher psychischen Störungen eine Notfallsituation

eingetreten ist, angesichts der kurzen Zeit und der eingeschränkten Informationen, die dem Arzt in solchen Situationen naturgemäß zur Verfügung stehen, im Einzelfall schwierig sein. Dennoch sind die Annahme einer zugrundeliegenden neurotischen Störung und eine entsprechende diagnostische Zuordnung des psychopathologischen Befundes zumindest als hinreichend plausible Hypothese für das weitere Vorgehen häufig möglich. Hierfür ist nicht einmal ein eindeutiges, z. B. psychodynamisches oder lerntheoretisches Neurosenkonzept erforderlich. Die deskriptive und in der Regel globale Erfassung von Symptomatik, Darstellungsweise und Interaktionsverhalten des Patienten reicht zumeist aus.

Psychiatrische Notfälle bei neurotischen Patienten beschäftigen sowohl Psychiater, als auch Ärzte anderer Disziplinen durchaus häufig. Häfner (6) fand bei der Diagnosenverteilung der im psychiatrischen Bereitschaftsdienst der Notfallaufnahme eines städtischen Krankenhauses gesehenen Patienten in mehr als der Hälfte aller Fälle Neurosen, psychosomatische Syndrome und reaktive Störungen. Darüber hinaus werden oft nicht nur niedergelassene Psychiater, sondern vor allem auch – gerade bei somatisierten Beschwerden – Allgemeinärzte und Internisten in einer Praxis, beim notfallmäßigen Hausbesuch oder in der Klinik mit solchen psychiatrischen Notfällen konfrontiert. Genaue Angaben über die zahlenmäßige Bedeutung dieser Art von Notfällen sind nicht möglich. Abzugrenzen sind nichtpsychiatrische Notfälle, die indirekt ebenfalls durch eine neurotische Störung bedingt auftreten können. Etwa bei Verletzungen nach Suizidversuchen, Intoxikationen in suizidaler Absicht oder einem psychogen ausgelösten Asthma-bronchiale-Anfall sind ja primär keine eigentlich psychiatrischen, sondern chirurgische oder internistische Maßnahmen erforderlich; die entstandene Notfallsituation ist also zunächst nicht psychiatrisch, sondern z. B. internistisch.

Für viele psychiatrische Notfälle gelten die üblichen Bedingungen einer Notfallsituation. Etwa im Falle von Aggressivität bei gereizter Manie, von akuten Verwirrheitszuständen oder von Suizidalität unter dem Eindruck imperativer Phoneme sind Gefahr und zum Teil vitale Bedrohung des Patienten oder anderer Personen für den Psychiater evident. Entsprechend seiner Expertenrolle und Zuständigkeit übernimmt er eine Verantwortung und trifft Entscheidungen zur Veränderung der Situation, auch wenn stellenweise der Patient selbst seine Sichtweise nicht teilt und die getroffenen Maßnahmen zumindest nicht gefordert hat. Anders ist die Lage bei neurotischen Patienten. Hier vermag der Arzt mit der Ausnahme der Suizidalität zumeist keine „objektive“ Bedrohung des Patienten zu erkennen. Die Bedrohung existiert nicht in der Konzeption des Arztes, sondern viel-

mehr in der des Patienten, in seiner „subjektiven“ Erlebens- und Sichtweise.

Was die Handhabung der psychiatrischen Notfallsituation im Vergleich zu Notfällen anderer medizinischer Disziplinen generell schwieriger macht, ist die Tatsache, daß die Art der in der Akutsituation getroffenen Maßnahmen sehr viel stärker die Möglichkeiten zukünftiger oder auch langfristiger, vor allem psychotherapeutischer Behandlungen beeinflussen kann. In der Notfallsituation besitzt die Symptomatik im Erleben des Patienten eine besondere Intensität und einen beunruhigenden Charakter. Die Erfahrungen, die der Patient in dieser außergewöhnlichen Situation macht, können nicht beliebig sein, sondern bestimmen oder verändern eben auch in besonderer Weise die Konzepte, die er von den eigenen Beschwerden hat, und seine Erwartungshaltungen. Gerade die z. B. bei Angstzuständen häufig verabreichte und wirksame Beruhigungsspritze, aber auch andere direkte Maßnahmen wie Ratschläge oder verbale Beruhigungsversuche seitens der Ärzte können eine externe Kontrollattribution beim Patienten begünstigen, d.h. die Erwartung, daß das eigene Befinden vornehmlich von außen und von anderen Personen und nicht durch eigenes Verhalten verändert werden kann. Eine solche Attribution behindert möglicherweise die Anwendung eigenen Problemlöseverhaltens, erschwert psychotherapeutische Bemühungen und trägt so eher zur Chronifizierung als zur Beseitigung einer neurotischen Symptomatik bei (8).

Die Not der Beteiligten

Wer ist in einer solchen Notfallsituation in Not, und worin besteht diese?

Offensichtlich ist die Not des Patienten. Seine Symptomatik kann sehr unterschiedlich sein, ist aber doch im Regelfall mit einem Leidensdruck verbunden. Er hält fremde und rasche Hilfe zur Veränderung seines Zustandes für erforderlich. Die Überzeugung von der Notwendigkeit einer unmittelbaren Beeinflussung erklärt sich nur aus der Vermutung, beim Ausbleiben solcher Maßnahmen eventuell in irgendeiner Weise bedroht oder gefährdet zu sein. Diese Annahme mag, wie zuweilen bei der Suizidalität, weitgehend konkretisiert sein oder auch nur in einem diffusen Gefühl bestehen; sie ist aber Voraussetzung dafür, daß der Patient sich selbst als Notfall empfindet. Durch die Vorstellung bei einem Psychiater bringt er zum Ausdruck, daß er sich für einen psychiatrischen Notfall und damit den Psychiater für zuständig hält oder daß er zumindest die Möglichkeit einer solchen Sichtweise akzeptiert, falls die Vorstellung auf die Initiative anderer hin erfolgte.

Es können aber auch eine oder mehrere Personen aus der Umgebung des Patienten, z. B. Partner, Freunde oder Kollegen, sein, die in Not geraten sind. Diese halten sich vielleicht für mitverantwortlich für das Leiden des Patienten oder hegen selbst mehr oder minder diffuse Befürchtungen, was dem Patienten ohne ärztliche Hilfe passieren könne. Eventuell fühlen sie sich auch durch vermutete oder manifeste aggressive Impulse des Patienten bedroht oder auf andere Weise nicht nur verunsichert oder geängstigt, sondern eben auch gestört und in ihrer eigenen Befindlichkeit beeinträchtigt. So können es auch diese Personen sein, die primär

eine Änderung der Situation durch schnelle Hilfe von außen anstreben, in ihrem Schlepptau den Patienten zum Arzt bringen und so zeigen, daß sie die Gesamtsituation als einen psychiatrischen Notfall ansehen. Diese anderen Personen, die ihre Erwartung eines raschen, „notfallmäßigen“ und fachmännischen Handelns zur Veränderung des Zustandes des Patienten an den Psychiater richten, können gelegentlich auch Vertreter bzw. Angehörige medizinischer Institutionen sein. So fühlt sich zuweilen das Pflegepersonal bei einem stationären neurotischen Patienten durch dessen Symptomatik und Verhaltensweisen derartig gestört oder belästigt, daß es eine notfallmäßige Vorstellung beim Psychiater durchsetzt. Diese wird auch von nicht-psychiatrischen Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten veranlaßt, die sich in der Behandlung eines neurotischen Patienten in besonderen Situationen überfordert fühlen.

Schließlich gerät aber auch der zuständige Psychiater in Not. In dem Moment, in dem er den Patienten als solchen akzeptiert, erklärt er sich für zuständig für das entstandene Problem. Er definiert dieses damit als ein medizinisches bzw. psychiatrisches – und nicht z. B. bei einem aufgebracht-aggressiven Patienten als polizeiliches. Sieht man von bei neurotischen Patienten ungewöhnlichen Ausnahmefällen wie Pflegerschaft oder Zwangsunterbringung ab, so kommt die psychiatrische Notfallsituation erst durch die gemeinsame Definition von zumindest zwei obligat beteiligten Personen zustande: Dem Patienten mit seiner Symptomatik (eventuell natürlich auch noch Angehörige, Pflegepersonal, Arzthelfer, Kollegen etc.) und dem Arzt, dessen Person, nicht aber dessen Rolle als Experte austauschbar ist. Dem Psychiater kommt die Position der Autorität und des Fachmannes zu, die im Falle der Notfallsituation schnelle Entscheidungen und eingreifendes Handeln einschließt. Im Versuch, solchen fremden oder eigenen Erwartungen gerecht zu werden, wird er sich im allgemeinen bemühen, seine Kompetenz durch vermeintlich vom Fachwissen unmittelbar abgeleitete Maßnahmen und klare Entscheidungen nachzuweisen. Dies geschieht am besten durch eine erfolgreiche Intervention und verleitet in Anlehnung an das Ideal des souveränen Chirurgen leicht zu einem Aktionismus. Eine solchermaßen erfolgreiche und gleichzeitig therapeutisch sinnvolle Intervention ist bei neurotischen Patienten aber gar nicht so einfach zu finden.

Besonderheiten bei Neurosen und das therapeutische Problem

Zum einen sind neurotische Störungen je nach Terminologie und Akzentsetzung durch inadäquate kognitive Einstellungen, irrationale Grundannahmen oder unrealistische Anspruchshaltungen gekennzeichnet. Dies führt in für den Patienten kritischen Situationen zu fehlangepaßtem und von der Phänomenologie her „neurotischem“ Verhalten. Während dem Patienten also in vielen Lebensbereichen unter anderen Bedingungen eine hinreichende Anpassung möglich ist, kann er z. B. bei spezifischen interaktionellen Konstellationen Geschehnisse in der Umwelt oder im eigenen Körper nicht mehr so erleben und bewerten, daß ihm eine Einstellung auf diese Situation und eine Anpassung ohne Entwicklung einer Symptomatik gelingen würde. Die als

neurotisch imponierenden Symptome „passen“ demnach zum Erleben und zu den Kognitionen des Patienten, wie sie unter den jeweiligen Gegebenheiten aktualisiert werden. So kommt es z. B. zu Angst oder Erregung, Schmerz oder Unruhe, Depressivität oder auch Suizidalität. Diese Symptome mögen für den Patienten ein inneres oder äußeres Gleichgewicht wiederherstellen oder erhalten, sie sind aber doch zu meist mit einem Leidensdruck verknüpft. Die Wahrnehmung von Ereignissen ist dann ebenso unangemessen wie die Vorstellung von den Konsequenzen, deren Eintreten im Erleben antizipiert wird, und von den tatsächlich gegebenen Veränderungsmöglichkeiten. Dies gilt in besonderem Maße für die Notfallsituation, in der es ja, aus welchem Grund auch immer, offensichtlich bereits zu einer gewissen Dekompensation und einem Versagen anderer und im Sinne einer Anpassung adäquaterer Bewältigungsmechanismen gekommen ist. So sind nicht realitätsgerechte und konkret nicht zu befriedigende Erwartungen des Patienten für die Notfallsituation geradezu charakteristisch. Von diesen Erwartungen ausgehend ist ein echter Erfolg kaum zu erzielen.

Zum anderen sind die therapeutischen Möglichkeiten, eine schnelle Änderung der Symptomatik zu erreichen, oft begrenzt. Dennoch stehen verschiedene Maßnahmen zur Verfügung und können in Abhängigkeit von den jeweiligen spezifischen Gegebenheiten durchaus effektiv sein. Die Applikation von Tranquilizern oder auch von Placebo bewirkt bei Angst- und Erregungszuständen häufig eine rasche Symptomreduktion. Auch das kürzere oder längere Gespräch, sei es nun in mehr beruhigend-stützender oder auch in konfrontierender Weise geführt, ja selbst das vielleicht vertrauenerweckende bloße Auftreten im weißen Kittel oder andere therapeutisch mehr oder minder geplante Interventionen haben zumindest kurzfristig oft einen erstaunlichen Effekt. Und doch erscheinen alle diese Maßnahmen im Lichte der dadurch vermittelten Attribution bedenklich oder gar kontraindiziert. Denn durch jede dieser im Sinne der üblichen medizinischen Versorgung erfolgenden Aktivitäten und erst recht durch einen unmittelbar positiven Effekt wird der Patient in der Annahme bestärkt, seine Problematik sei primär eine medizinische und deren Beseitigung Aufgabe der Ärzte. Dies führt unvermeidlich dazu, daß der Patient sich in noch stärkerem Maße in seinem Erleben und Verhalten von diesem Konzept seiner Problematik leiten läßt. So wird er leichter wieder eine medizinische Symptomatik entwickeln und eher bereit sein, dann auch wieder eine Institution zur Versorgung psychiatrischer Notfälle aufzusuchen. Für den Patienten und für die therapeutischen Perspektiven wird so eine ungünstige Entwicklung eingeleitet oder fortgeführt. Diese Bedenken wird man ärztlicherseits vor allem dann teilen, wenn man generell die Möglichkeiten der Therapieverfahren, die in der konventionellen psychiatrischen Versorgung neurotischer Patienten angeboten werden, ohnehin skeptisch beurteilt. Denn dann verheißt auch die Konzeption der Problematik als einer vornehmlich medizinischen noch weniger langfristige Erfolgsaussichten. Aber selbst diese Aussichten werden ja durch eine in der Notfallsituation vermittelte externe Kontrollattribution eher verschlechtert.

Der für den Arzt in der Notfallsituation verlockende Aktionismus findet demnach keinen befriedigenden Inhalt. Die

auf ihm lastenden Erwartungen, seien es nun die des Patienten, die anderer Beteiligter oder auch die eigenen, können nicht erfüllt werden. Das wiederum kann ein schlechtes Gewissen oder Ärger auf den Patienten hervorrufen und damit sowohl die empathischen, als auch die diagnostisch-analytischen Fähigkeiten negativ beeinflussen.

Negierung des Notfalls

Der Ausweg aus diesem Dilemma erscheint zunächst paradox: Der Psychiater kann die erwartete Expertenrolle dadurch füllen und seine Kompetenz demonstrieren, daß er offen seine Hilflosigkeit zum Ausdruck bringt und zu verstehen gibt, daß er über keine befriedigenden Mittel zur Veränderung der Symptomatik verfügt. Von der Betonung der eigenen Grenzen ausgehend, kann er den Patienten nach seinen eigenen Erwartungen fragen, ihn mit diesen konfrontieren und ihn zu einer Überprüfung seiner Vorstellungen anregen. So wird er etwa darauf hinweisen, daß er selbst nicht sehe, was er für den Patienten tun könne, und daß er dessen Problematik nicht zu beseitigen imstande sei. Die sonstige Floskel „Was kann ich für Sie tun?“ ist dann keine Phrase mehr, sondern eine ernstgemeinte Frage. Die Botschaft an den Patienten lautet im wesentlichen: „Ich sehe, daß es Ihnen schlecht geht, aber ich weiß nicht, wie ich Ihnen jetzt helfen kann. Was befürchten Sie im Moment konkret und was erwarten Sie von mir? Ich vermute, daß ich Ihre Lage nicht entscheidend ändern kann.“

Wesentlich ist, daß es dadurch möglich wird, die Entscheidungskompetenz für die aktuelle Situation beim Patienten zu belassen. Unter dieser Voraussetzung kann es sinnvoll sein, im Sinne spezifischer Interventionen dann zu den Überlegungen und Vorhaben des Patienten Stellung zu nehmen. Dies darf natürlich nicht mit einer Ablehnung oder Zurückweisung des Patienten verbunden sein, sondern muß im Bemühen um ein adäquates Verständnis der Problematik vorgebracht werden. Für den Patienten ist die Situation nun in gewisser Hinsicht klarer: Illusionen, an denen er enttäuscht werden kann, oder Fehlattribuierungen, die den weiteren Verlauf ungünstig beeinflussen können, werden nicht aufgebaut. Obwohl sich Patienten oft durch externe Maßnahmen kurzfristig beruhigt oder erleichtert fühlen, erweist sich doch auf Dauer die Hoffnung, hierdurch die Problematik letztendlich lösen oder wesentlich bessern zu können, regelhaft als trügerisch. Diese negative Erfahrung kann dann eine weitere Verschlechterung auslösen, was auch bei der Suizidalität deutlich wird. Die in einem Notfallgespräch vermittelte Illusion, Ratschläge und Unterstützung des Arztes könnten den Patienten dauerhaft wirklich „stützen“ und seine Suizidalität beseitigen, wird oft zu einer Enttäuschung führen, die die Suizidalität anschließend nur erhöht.

Bei dem alternativen Vorgehen befindet sich der Patient in einer Position, in der er es nicht vermeiden kann, eine eigene Entscheidung darüber zu treffen, was nun weiter geschehen wird. In seinem eigenen Bild von der Situation wird er aus einem passiven zum aktiv bestimmenden Teilnehmer. Dies muß zwar nicht unmittelbar als angenehm erlebt werden, ist aber bereits unvereinbar mit dem bisherigen neurotisch determinierten Erleben eigener Inkompetenz

und Ohnmacht. Im folgenden können diffuse Befürchtungen zuweilen konkretisiert und die für die neurotische Störung relevanten Kognitionen zum Teil verdeutlicht werden. Dies erleichtert den therapeutischen Umgang und in der Folge auch die Aktivierung anderer Bewältigungsstrategien im Sinne einer konstruktiveren Anpassung. Natürlich kann dieser Ansatz stellenweise ebenso günstig sein bei psychiatrischen Notfällen, die bei Patienten etwa mit Psychosen, mit einer Suchtproblematik oder mit anderen psychiatrischen Erkrankungen auftreten, er entspricht aber in besonderer Weise den spezifischen Bedingungen neurotischer Störungen.

Das Prinzip der Umdeutung

Das vorgeschlagene, von Skepsis und Zurückhaltung bestimmte Auftreten ist in der am Mental Research Institute in Palo Alto entwickelten Kurztherapie als Übernahme der „one down“-Position beschrieben worden, d.h. daß sich der Therapeut als skeptischer als der Patient und als diesem gleichsam „unterlegen“ darstellt. Diese Position bringt einen größeren Handlungsspielraum mit sich als die Einnahme der entgegengesetzten optimistisch-sicheren Expertenhaltung (5, 10). Der Therapeut äußert Zweifel, ob er dem Patienten wirklich helfen kann, weist bei auftretenden Schwierigkeiten vorzugsweise auf die eigenen Unzulänglichkeiten hin und spielt den eigenen Anteil bei der Therapie und möglichen Erfolgen durchgehend herunter. Gerade durch das Eingeständnis seiner begrenzten Möglichkeiten kann der Psychiater auf einer höheren Abstraktionsebene seine wirkliche Kompetenz unter Beweis stellen; denn er hat ja quasi als Beobachter der Situation auf einer Meta-Ebene seine Fähigkeiten realistisch und angemessen eingeschätzt. Das kann auch vom Patienten, der stellenweise bereits umfangreiche Erfahrungen mit Psychiatern und deren tatsächlichen oder fehlenden Einflußmöglichkeiten besitzt, oft so wahrgenommen werden. Dadurch wird er den Psychiater zum Teil eher ernst nehmen und sich besser verstanden fühlen. Das erlaubt dem Psychiater sogar, in dieser veränderten Weise die traditionelle Arzt- oder Expertenrolle letztlich wieder aufzunehmen oder aufrechtzuerhalten und gegebenenfalls auch in anderem Rahmen, z. B. bei Suggestivmaßnahmen, zu nutzen.

Er hat die Situation umgedeutet, ein Vorgang, der im Englischen als „Reframing“ bekannt ist (2, 5). *Watzlawick et al.* (9) erläutern das Wesen einer solchen Umdeutung: „Eine Umdeutung besteht also darin, den begrifflichen und gefühlsmäßigen Rahmen, in dem eine Sachlage erlebt und beurteilt wird, durch einen anderen zu ersetzen, der den „Tatsachen“ der Situation ebenso gut. . . gerecht wird und dadurch ihre Gesamtbeurteilung ändert“ (S. 118). „Umdeutungen finden. . . auf der Stufe der Metawirklichkeit statt, wo. . . Veränderungen selbst dann möglich sind, wenn die konkreten Gegebenheiten einer Sachlage unverändert bleiben“ (S. 121).

Diese Umdeutung wird vom Psychiater im beschriebenen Vorgehen nicht explizit gemacht, womit er sich vermutlich auch kaum verständlich machen könnte, sondern sie wird durch sein Verhalten suggeriert und für die anderen Beteiligten an der Situation vorgegeben. Er hat sich selbst als hilflos bezeichnet und konsequenterweise keine Notfall-

maßnahme im herkömmlichen und erwarteten Sinne erfolgen lassen. Dadurch sind zwei Bedingungen der Notfallsituation, nämlich die vermeintliche Fähigkeit des Experten zur kompetenten Entscheidung und die Notwendigkeit sofortigen eingreifenden Handelns, zunächst aufgehoben. Die Situation ist keine psychiatrische Notfallsituation mehr. Die Verhaltensweisen, die zu der Notfallsituation paßten, sind jetzt zum großen Teil nicht mehr angemessen, da es sich ja um eine andere Situation handelt. Die erforderliche Anpassung an die durch die Umdeutung neu entstandene Situation verlangt notwendigerweise auch eine Veränderung von Verhalten und Erleben. Auch die Bedingungen für die neurotische Symptomatik ändern sich. Dies wird unter Bezug auf die logische Typenlehre von *Russell* (9) auch als Veränderung zweiter Ordnung bezeichnet, da sie eben auf einer zweiten oder hierarchisch höheren bzw. Meta-Ebene stattfindet (4, 10). Dagegen wäre etwa die Tranquilizerapplikation ein Versuch der Veränderung erster Ordnung, da sie den Bedingungen und Regeln der ursprünglichen vorgegebenen Situation entspricht und ausschließlich im Rahmen dieser erfolgt.

Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung

Es ist nicht das Interesse dieses Vorgehens, gewöhnlich doch unangenehme neurotische Patienten in Notfallsituationen geschickt „abzuwimmeln“. Es unterscheidet sich auch grundlegend etwa von der Erklärung, man könne nichts für die Patienten tun, sie seien hier verkehrt und sollten deshalb gleich wieder nach Hause gehen. Dann wäre nämlich die Expertenrolle und damit auch die Definition der Gesamtsituation durch das aufgrund von Fachwissen gefällte klare, wenn auch negativistische Urteil bestätigt, das dann jedoch für alle Beteiligten unbefriedigend bliebe und kaum eine Hilfe darstellte. Es sollen ja nicht die Symptomatik oder der Leidensdruck des Patienten negiert werden, sondern das Vorliegen einer Notfallsituation. Fruchtlöse Auseinandersetzungen oder die glatte Ablehnung des Patienten sollen gerade vermieden werden. Das bemühte Offenlegen der eigenen Grenzen, das natürlich durchaus mit einem eindeutigen Bekenntnis dessen einhergehen kann, was man für falsch hielt (z. B. Tranquilizergabe), soll im Gegenteil gerade die Möglichkeit zu einem vornehmlich auch die Aspekte der aktuellen Arzt-Patienten-Beziehung mit einschließenden und dann helfenden Gespräch und zur Veränderung durch gezielte Interventionen eröffnen. Der Psychiater hat die Definition der Situation als psychiatrische Notfallsituation negiert und damit die dieser Situation innewohnenden Festlegungen und Limitationen beseitigt. Dies mag für manchen Patienten bereits einen unmittelbar erleichternden Effekt haben, da ja auch der bedrohliche oder gefährdende Charakter der Situation implizit durch die neue Situationsdefinition keine Bestätigung findet. Und die Erfahrung, daß der Arzt die Übernahme der Entscheidungskompetenz ablehnt und diese an den Patienten zurückgibt, kann als Stärkung des Vertrauens in eigene Problemlösemöglichkeiten erlebt werden.

Begreift man dies nicht als Griff in die psychotherapeutische Trickkiste, sondern als ein aus der Analyse der Gesamtsituation resultierendes, therapeutisch angemessenes

Vorgehen, so wird es auch leichter fallen, ein solches im medizinischen Bereich etwas ungewohntes Verhalten Pflegepersonal oder Kollegen gegenüber zu vertreten.

So folgerichtig diese Sichtweise auch klingen mag, die Erfahrung hat doch ergeben, daß die Realisierung nicht immer ganz einfach ist. Zum einen kann es natürlich Problemstellungen mit diagnostischen, therapeutischen oder situativen Besonderheiten geben, in denen das beschriebene Konzept nicht sinnvoll anwendbar ist. Zum anderen sehen Psychiater zuweilen Schwierigkeiten, ein solches Vorgehen mit persönlichen Eigenarten oder ihrem beruflichen Selbstbild in Einklang zu bringen, oder sie fühlen sich durch institutionelle Erfordernisse zu einem anderen Verhalten gedrängt. Sollten solche oder andere Hemmnisse bestehen, so ist die Anwendung des hier beschriebenen Vorgehens als reiner Technik im Sinne eines therapeutischen Kochbuchrezeptes wenig sinnvoll. Zwar gilt es in psychiatrischen Notfallsituationen bei neurotischen Patienten generell, bloßen Aktionismus einerseits und blanke Ablehnung des Patienten andererseits zu vermeiden. Aber nur wenn der Arzt die zugrundeliegende Denkweise wirklich akzeptieren kann, ist er in der Lage, dem Patienten eine hinreichend klare und glaubhafte Botschaft zu vermitteln und die Situation für alle Beteiligten „eindeutig“ umzudeuten.

Dr. med. Dipl.-Psych. Stefan Priebe, Psychiatrische Klinik und Poliklinik der FU Berlin, Eschenallee 3, D-1000 Berlin 19 (West) F.R.G.

Literatur

- 1 *Balestrieri, A., A. Parolin, G. Rossi*: Klinische und organisatorische Probleme in der Akut-Psychiatrie. In: K. Kryspin-Exner, H. Hinterhuber, H. Schubert (Hrsg.): Therapie akuter psychiatrischer Syndrome. Schattauer Verlag, Stuttgart (1980)
- 2 *Bandler, R., J. Grinder*: Reframing. Real People Press, MOAB (1982)
- 3 *Everstine, D., L. Everstine*: People in crises: Strategic therapeutic interventions. Brunner/Mazel, New York (1983)
- 4 *Feldman, J.*: The work of Milton Erickson: A multisystem model of eclectic therapy. *Psychother.* 22 (1985) 154–162
- 5 *Fisch, R., J. Weakland, L. Segal*: The tactics of change. Jossey-Bass, San Francisco (1982)
- 6 *Häfner, H.*: Krisenintervention und Notfallversorgung in der Psychiatrie. In: H.-J. Haase (Hrsg.): Krisenintervention in der Psychiatrie. Schattauer Verlag, Stuttgart (1978)
- 7 *Häfner, H., H. Helmchen*: Psychiatrischer Notfall und psychiatrische Krise – Konzeptuelle Fragen. *Nervenarzt* 49 (1978) 82–87
- 8 *Priebe, S.*: Pharmakobehandlung bei Neurosen als mögliches Therapiehemmnis. *Munch. Med. Wschr.*, im Druck (1987)
- 9 *Watzlawick, P., J. Weakland, R. Fisch*: Lösungen. Huber, Bern (1974)
- 10 *Weakland, J., R. Fisch, P. Watzlawick, A. Bodin*: Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process* 13 (1974) 141–168

BUCHBESPRECHUNGEN

Stosberg, K., M. Pfeiffer: Wege aus der Heroinabhängigkeit. 1985. 79 Seiten. 67 Tab. perimed-Verlag, Erlangen. Brosch. DM 18,-, ISBN: 3 88429 133 5

Hier wird eine empirische Untersuchung vorgelegt, den Lebensweg von Patienten nach der Entlassung aus der Bezirksklinik Hochstadt zu erfassen. Insbesondere werden Rückfälligkeit und Rückfallgründe, die soziale und berufliche Reintegration, Legalbewährung und das Verhalten gegenüber anderen Drogen (Alkohol, Medikamente, Cannabis) beforcht. Drogenfreie und rückfällige Patienten unterscheiden sich bei wichtigen Merkmalen ihres Lebensweges. – Die dankenswerte Studie wurde durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung und dem Bezirk Oberfranken gefördert und die Ergebnisse dieser katamnästischen Untersuchung einer Langzeittherapieeinrichtung sind für alle in diesem Felde Arbeitenden interessant.

M. in der Beeck, Schleswig

Haan, J.: Zentralnervöse Komplikationen beim Alkoholismus. Kraniale Computertomographie und Neurophysiologie (VEP, BAEP, EEG) in Korrelation zur Klinik. Thieme Copythek. Auflage 1986. II, 221 S., 58 Abb., 68 Tab. (Georg Thieme, Stuttgart · New York.) Kart. DM 44,-, ISBN: 3 13 537101 8

Der Autor hat bei unterschiedlichen Gruppen von Alkoholkranken computertomographische und neurophysiologische Untersuchungen angestellt. Auf die selbst gestellten Fragen kann aus den nachstehend aufgeführten und referierten Antworten rückgeschlossen werden.

Mittels CCT lassen sich morphologische alkoholbedingte Schäden am Gehirn nachweisen, sind jedoch unspezifisch und tragen zur Diagnose Alkoholismus nichts bei. BAEP (brainstem auditory evoked potentials) und VEP sind risikolos und beliebig wiederholbare neurophysiologische Untersuchungen, die Rückschlüsse auf funktionelle und morphologische, im Rahmen des Alkoholismus oder seiner Folgeerkrankungen auftretende Störungen von Hirnstamm und Sehnerven erlauben. Mit dem EEG eignen sie sich zur Diagnosestellung, Langzeitüberwachung und Früherkennung alkoholbedingter neurogener Komplikationen. Epileptische Anfälle bei Alkoholismus treten auf bei zusätzlichen, das ZNS betreffenden Erkrankungen oder als vorwiegend entzugsbedingte Reaktion. Die Entwicklung einer allein durch Alkoholismus induzierten Epilepsie (Alkoholpilepsie) kann nur sehr selten und mit Zurückhaltung angenommen werden.

Die zweite Hälfte des Bandes besteht aus tabellarischen Übersichten und einem Literaturverzeichnis von fast 50 Seiten.

G. Kruse, Hannover