

Interaktionsleitlinien für das therapeutische Team bei der stationären Behandlung von Patienten mit chronisch neurotischen Störungen

S. Priebe, R. Saupe, S. Kuhn, Berlin

Interactional Guidelines for the Therapeutic Team in Treatment of Chronic Neurotic In-Patients

In treatment of in-patients with chronic neurotic disorders we tried both to reduce distress in the therapeutic team (doctors, nurses, other therapists) as usually caused by those patients, and to improve outcome of treatment. Therefore, three to five guidelines on how to deal with the patient were given to the therapeutic team, and illustrated by possible literal statements to the patient. The guidelines aimed at a general interactional approach to the patient and did not determine specific therapeutic interventions. They were set up following principles of Brief Therapy as developed at the Mental Research Institute in Palo Alto.

Results of our intervention in treatment of ten patients are reported. The therapeutic team rated the guidelines generally as positive. The therapeutic outcome varied greatly. A comparison with a matched pair control group showed a favourable tendency. Initial ratings by the team of the prescriptions predicted eventual improvement of the patients.

Zusammenfassung

Bei stationären Patienten mit chronifizierten Symptomen einer neurotischen Störung versuchten wir mit Hilfe von Interaktionsleitlinien für das therapeutische Team (Ärzte, Pflegepersonal, sonstige Therapeuten) sowohl die Unzufriedenheit zu mindern, die häufig im Umgang mit diesen Patienten entsteht, als auch das Therapieergebnis zu verbessern. Hierfür erhielt das Team drei bis fünf Leitlinien, die das generelle Auftreten dem jeweiligen Patienten gegenüber leiten sollten, ohne therapeutische Einzelentscheidungen vorherzubestimmen. Diese Leitlinien folgten inhaltlich Prinzipien der am Mental Research Institute in Palo Alto entwickelten Kurztherapie und waren durch beispielhafte wörtliche Äußerungen dem Patienten gegenüber erläutert.

Die Ergebnisse solcher Interventionen bei der Behandlung von zehn Patienten werden berichtet. Während die Interaktionsleitlinien vom therapeutischen Team insgesamt positiv eingeschätzt wurden, waren die klinischen Verläufe sehr unterschiedlich. Der Vergleich mit einer matched pair-Kontrollgruppe zeigte eine eher günstige Tendenz. Die anfängliche Bewertung der Leitlinien durch das therapeutische Team prädierte die spätere klinische Besserung der Patienten.

Einleitung

Wenn Patienten mit chronifizierten Symptomen einer neurotischen Störung stationär aufgenommen werden, kann sich die Behandlung in mehrfacher Hinsicht schwierig gestalten.

Zum einen sind die Aussichten, einen durchgreifenden Therapieerfolg zu erreichen, häufig gering. Psychopharmaka werden bei solchen Störungen vielerorts nur zurückhaltend eingesetzt, da man befürchtet, die Patienten auf medikamentöse Maßnahmen zu fixieren oder zumindest allgemein eine für den weiteren Verlauf ungünstige sogenannte

externe Kontrollattribution zu verstärken (10). Selbst wenn diese Bedenken zurückgestellt werden, bleiben die pharmakotherapeutischen Möglichkeiten begrenzt. Von speziellen Indikationen abgesehen, haben auch psychotherapeutische Verfahren – soweit sie im Rahmen einer stationär-psychiatrischen Behandlung überhaupt realisierbar sind – bei chronifizierten Störungen keine guten Erfolgchancen. Zudem haben diese Patienten nahezu regelhaft bereits eine Geschichte gescheiterter pharmako- und psychotherapeutischer Versuche hinter sich.

Ein zweiter Aspekt ist die bei der Behandlung dieser Patienten oft entstehende Unzufriedenheit im therapeutischen Team, d. h. bei Ärzten, Pflegepersonal, Psychologen, Beschäftigungstherapeuten und anderen, die an der Behandlung beteiligt sind. Der mangelnde Therapieerfolg mag zu dieser Unzufriedenheit beitragen, erklärt sie aber nicht al-

lei, da eine ähnliche Erfolglosigkeit bei Patienten mit anderen Erkrankungen – z. B. dementiellen Prozessen – mit wesentlich größerer Gelassenheit ertragen werden kann. Vielmehr ist es das spezifische Auftreten und das Interaktionsverhalten der Patienten, welche Hilflosigkeit, Unmut und Ärger in der Gegenübertragung hervorrufen. Gerade diese Patienten „nerven“ mit ihren Klagen, und schnell wird ihnen eine unangemessene Anspruchshaltung oder „Agieren“ vorgeworfen. Nicht selten kommt es zu fruchtlosen Auseinandersetzungen im Team mit einer Gruppe, die meint, der Patient gehöre endlich entlassen, und einer anderen, die den Patienten engagiert davor zu schützen sucht.

Die vorliegende Studie beschreibt einen Versuch, diese beiden Aspekte bei der stationären Behandlung von Patienten mit chronifizierten neurotischen Störungen zu verbessern: Durch Leitlinien für den Umgang des therapeutischen Teams mit dem Patienten sollte die Unzufriedenheit im Team vermindert und gleichzeitig ein günstigeres Therapieergebnis erzielt werden.

Therapeutischer Ansatz

Ausgangspunkt für unseren Ansatz waren die Prinzipien der Kurztherapie, die am Mental Research Institute in Palo Alto (Kalifornien) entwickelt wurde (4, 14). Das Konzept der Kurztherapie ist von systemtheoretischen Überlegungen abgeleitet und wurde in starkem Maße von den hypnotherapeutischen Methoden *Milton H. Ericksons* beeinflusst (5, 12, 13). Ein wesentliches Prinzip dieser Kurztherapie ist – sehr vereinfacht dargestellt – zunächst zu analysieren, welche Versuche von früheren Therapeuten oder von Angehörigen bisher unternommen wurden, um die Schwierigkeiten der Patienten zu beseitigen. Anschließend wird das eigene therapeutische Vorgehen so ausgerichtet, daß es diesen bisherigen Lösungsversuchen entgegengesetzt ist. Dieses Prinzip wollten wir auf den allgemeinen therapeutischen Umgang mit den Patienten auf der Station übertragen. Dies erschien uns vor allem deshalb erfolgversprechend, weil wir annahmen, daß Patienten mit chronifizierten Störungen in Behandlungssituationen stets ein recht ähnliches Verhalten zeigen, das auch bei den Therapeuten immer wieder die gleichen Einstellungen und Verhaltensweisen auslöst. Es kommt zu einem sich ständig wiederholenden Interaktionsmuster zwischen dem Patienten und seinen wechselnden Therapeuten. Um dem Patienten in der Behandlung nun tatsächlich neue Erfahrungen und dadurch auch positive Veränderungen zu ermöglichen, gilt es, einer erneuten Entwicklung dieses Interaktionsmusters möglichst früh entgegenzuwirken. Dem therapeutischen Team sollte geholfen werden, die zu diesem Muster führenden, bei spontanem Umgang mit dem Patienten möglicherweise nahe liegenden Reaktionen gerade zu vermeiden und statt dessen einen für den Patienten ungewohnten Weg einzuschlagen.

Unter Berücksichtigung der vor allem aus verhaltenstherapeutischen Settings vorliegenden Erfahrungen, wie auch die pflegerische Arbeit in spezifische therapeutische Programme integriert werden kann (2, 7, 8), bemühten wir uns um eine Umsetzung des oben genannten Prinzips beim therapeutischen Team. Die geplante Intervention war durch folgende Punkte gekennzeichnet:

– Dem therapeutischen Team wurden drei bis fünf Leitlinien vorgegeben, die das Verhalten gegenüber dem jeweiligen Patienten bestimmen sollten. Die Leitlinien waren schlagwortartig formuliert. Beispielhafte wörtliche Äußerungen erläuterten, wie die jeweilige Leitlinie im Umgang mit dem Patienten realisiert werden konnte. Sowohl die geringe Anzahl der Interaktionsleitlinien als auch deren Eindeutigkeit und Verständlichkeit schienen uns eine unabdingbare Voraussetzung dafür, auf diesem Wege überhaupt eine Beeinflussung des therapeutischen Verhaltens erreichen zu können.

– Die Interaktionsleitlinien galten für alle an der Therapie Beteiligten, d. h. für Oberarzt, Stationsärzte, Pflegepersonal, Beschäftigungstherapeuten und – sofern sie in Einzelfällen Kontakt mit dem Patienten hatten – auch Psychologen und Musiktherapeutin.

– Ausgearbeitet wurden die Interaktionsleitlinien von Personen, die an der Therapie nicht beteiligt und auch in keiner Weise in die Hierarchie der Station eingeordnet waren, sondern von außen kamen und über keine Weisungsbefugnis dem therapeutischen Team gegenüber verfügten.

– Erarbeitet wurden die Leitlinien vor allem im Zusammenhang mit dem Stationsarzt, da diesem in der hierarchischen Struktur der Stationen – zumindest in traditionell organisierten psychiatrischen Kliniken – eine zentrale Rolle zukommt. Anschließend wurde das Vorgehen auch mit den anderen Beteiligten, insbesondere dem Pflegepersonal, abgesprochen.

– Interveniert wurde ausschließlich auf der Ebene des therapeutischen Teams. Die Patienten selbst wurden von uns nicht exploriert, die tatsächliche Umsetzung der Leitlinien wurde nicht überprüft.

– Die Interaktionsleitlinien sollten die allgemeine Interaktionsweise dem Patienten gegenüber anleiten, nicht jedoch therapeutische Einzelentscheidungen vorwegnehmen. So sollten sie nicht bestimmen, ob und gegebenenfalls welche Psychopharmaka ein Patient erhielt, ob er zu einer speziellen Beschäftigungstherapie geschickt oder wann er entlassen wurde. Sie konnten aber die Art und Weise beeinflussen, in der eine solche Entscheidung an den Patienten herangetragen wurde.

– Die Leitlinien sollten möglichst früh vorgegeben werden. Im weiteren Verlauf sollte jedoch jederzeit die Möglichkeit bestehen, sie zu modifizieren oder ganz aufzuheben.

Rahmenbedingungen und konkretes Vorgehen

Durchgeführt wurde unser Versuch auf drei offenen Stationen einer psychiatrischen Universitätsklinik*, also nicht auf speziellen Psychotherapiestationen. Das Selbstverständnis der Klinik entspricht zumindest hinsichtlich der Forschungsinteressen eher einer biologischen Orientierung. Einschlusskriterien für die Patienten, bei deren Behandlung interveniert werden sollte, waren:

* Die Untersuchung erfolgte in der Abteilung für Klinische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin.

- die psychiatrische Hauptdiagnose einer neurotischen Störung entsprechend ICD-9,
- eine seit mindestens neun Monaten bestehende Symptomatik, die kontinuierlich zu einer subjektiven Beeinträchtigung geführt hat,
- wenigstens ein Therapieversuch in dieser Zeit (Psychopharmaka, stationäre Behandlung oder Psychotherapie).

Die Leitlinien wurden in den ersten drei Tagen des stationären Aufenthaltes der Patienten erarbeitet. Den Stationsärzten waren fünf Dimensionen an die Hand gegeben worden, um bei der Anamneseerhebung das bisherige Verhalten dem Patienten gegenüber besser analysieren zu können:

- die Art, wie die Schwere der Erkrankung dem Patienten gegenüber eingeschätzt wurde,
- die Art, wie Optimismus oder Skepsis bezüglich einer möglichen Besserung dem Patienten gegenüber geäußert wurden,
- die Art, wie der Patient eher zu einer Aktivierung oder zur Schonung aufgefordert wurde,
- die Art, wie dem Patienten spezifische Erklärungen für seinen jetzigen Zustand angeboten wurden (Attributionen),
- die Art, in der besondere Lösungsversuche oder Ratschläge dargestellt wurden.

Nach den ersten drei Tagen und den erfolgten Absprachen wurden die Leitlinien den an der Therapie beteiligten Personen schriftlich ausgehändigt und vorn in die „Kurve“ des Patienten eingheftet.

Stichprobe und Untersuchungsinstrumente

Aufgenommen in die Studie wurden zehn Patienten (acht Frauen, zwei Männer) mit einem Alter zwischen 25 und 68 Jahren ($\bar{x} = 46,3$ Jahre). Die Einschlusskriterien hinsichtlich der geforderten Mindestdauer der Symptomatik und der Mindestzahl an Vorbehandlungen wurden von sämtlichen Patienten mehr als erfüllt. So bestand im Schnitt die Symptomatik der Patienten in subjektiv beeinträchtigender Weise durchgehend seit zwei Jahren und acht Monaten. Die Anzahl der psychiatrisch-stationären Vorbehandlungen schwankte zwischen einer und elf ($\bar{x} = 3,4$). Alle Patienten hatten – sogar bis zum Zeitpunkt der Aufnahme – Psychopharmaka erhalten (sieben Patienten nahmen Neuroleptika, neun Antidepressiva und acht Benzodiazepine). Drei Patienten hatten sich bereits in einer, vier weitere in mehreren zeitlich aufeinanderfolgenden psychotherapeutischen Behandlungen befunden.

Zu Beginn und am Ende der Behandlung wurde die depressive Symptomatik der Patienten vom Stationsarzt mit Hilfe der Hamilton-Depressionsskala (6) und in der Selbstbeurteilung anhand der von-Zerssen-Depressivitätsskala (11) erfaßt. Wöchentlich schätzten die Patienten auf visuellen Analogskalen (3) ihren gegenwärtigen Zustand zwischen den Extrempunkten „vollständige Gesundheit“ und „maximale Krankheit“ sowie ihre Zukunftsangst und ihr Vertrauen in eigene Problembewältigungsfähigkeiten ein. Ebenfalls wöchentlich beurteilten Stationsarzt und Pflegepersonal auf getrennten visuellen Analogskalen, wie gut bzw. schlecht sie durch die Interaktionsleitlinien mit dem Patienten zurechtgekommen sind, wie sehr der Patient davon profitiert hat und wie

angenehm bzw. unangenehm sowie wie einfach bzw. wie schwierig die Durchführung der Leitlinien für sie gewesen ist.

Um den Verlauf der Patienten, bei deren Behandlung interveniert wurde, besser bewerten zu können, verglichen wir die Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik bei Aufnahme und Entlassung mit den entsprechenden Werten einer matched pair-Kontrollgruppe. In einer retrospektiven Auswertung benutzten wir hierfür das AMDP-System (1), das routinemäßig in der Klinik zur Dokumentation von soziodemographischen Daten, Vorgeschichte und Verläufen sämtlicher Patienten verwendet wird. Ausgehend von den im System aufgeführten Einzelitems des psychopathologischen Befundes können klinische Syndrome berechnet werden, die faktorenanalytisch gewonnen wurden.

Falldarstellungen

Um die Art unseres Vorgehens und der Interaktionsleitlinien transparenter zu machen, sollen kurz zwei Kasuistiken dargestellt werden. Dabei mag es verständlich sein, daß wir zwei Fälle ausgewählt haben, die aus unserer Sicht zumindest teilweise erfolgreich waren.

Patientin A war zum Zeitpunkt der Aufnahme 39 Jahre alt. Seit 2,5 Jahren litt sie durchgehend unter einer depressiven Symptomatik, die als neurotisch bedingt diagnostiziert worden war. Eine stationäre und eine ambulante Psychotherapie, die jeweils analytisch orientiert waren, hatten ebensowenig eine wesentliche Besserung erreicht wie eine durchgehende antidepressive Medikation. Sie fühlte sich durch verschiedene anhaltende Lebensprobleme stark belastet. So kam es wiederholt zu ehelichen Spannungen, da ihr Mann einerseits homosexuellen Tendenzen nachging, andererseits gemeinsam mit ihr soziale Kontakte weitgehend vermied. Die finanzielle Lage der Patientin war u. a. durch ihr quasisüchtiges Spielverhalten angespannt. Schließlich hatte sie einen vierjährigen mongoloiden Sohn, der einen hohen Betreuungsaufwand erforderte. Im Zusammenhang mit diesen Problemen kam es zu einem zunehmenden Insuffizienzerleben mit Einschlafstörungen, verzweifelter Stimmung und Suizidalität, so daß die ambulant behandelnde Nervenärztin eine stationäre Aufnahme für unbedingt indiziert hielt.

Der Patientin war wiederholt zu intensiven Behandlungen geraten worden, was naturgemäß die Erwartung genährt hat, daß diese auch erfolgreich sein würden. Die Patientin hatte die Behandlungsangebote angenommen, eine wesentliche Besserung aber nicht erlebt. Ihre verschiedenen Probleme wurden von Therapeuten, aber auch von sonstigen Bezugspersonen teils als übermächtig bestätigt und teils bagatellisiert. Folgende Interaktionslinien wurden dann formuliert:

- Bestätigung der Problematik, z. B.: „Es ist offensichtlich, daß Sie zur Zeit durch viele Probleme belastet sind.“
- Skepsis bezüglich der therapeutischen Beeinflussungsmöglichkeiten, z. B.: „Ob wir viel an Ihren Beschwerden und Schwierigkeiten ändern können, erscheint uns zweifelhaft.“
- Anerkennung für die Bewältigungsfähigkeiten der Patientin selbst, z. B.: „Es ist doch erstaunlich, wie Sie trotz all Ihrer Probleme immer wieder Ihren Weg gefunden haben.“

Im Laufe der sechswöchigen Behandlung gaben Pflegepersonal und Arzt zumeist an, daß sie aufgrund der Leitlinien gut mit der Patientin zurechtgekommen waren. Für sie selbst seien die Leitlinien angenehm und einfach in der Durchführung gewesen. Insbesondere das Pflegepersonal war jedoch skeptisch, ob die Patientin davon profitiert hatte. Während des Aufenthaltes hatte die Patientin keinerlei Medikamente erhalten. Auch sonst waren keine besonderen therapeutischen Maßnahmen erfolgt. Bei Entlassung zeigte sich auf den Selbstbeurteilungsskalen nur eine geringfügige Besserung. In der

Fremdbeurteilung hatte sich der Hamilton Depressionswert von 14 auf 5 gebessert. Suizidalität bestand nicht mehr, die Patientin erschien deutlich zuversichtlicher. Drei Monate nach der Entlassung berichtete sie, ihr Befinden sei zumindest nicht schlechter geworden, ohne daß sie weiter in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen wäre.

Patientin B – ebenfalls 39 Jahre alt – litt seit ca. zehn Jahren unter multiplen Ängsten, Zwangsgrübeln und zeitweisen psychomotorischen Unruhezuständen. In zwanghafter Weise beschäftigte sie sich ständig mit der Frage, ob sie das Haus, in dem sie mit ihrem Mann lebte, nicht besser verkaufen sollte, da dieses allein stehe und daher möglicherweise das Auftreten ihrer Ängste begünstigen könnte. Nach vier vorangegangenen stationär-psychiatrischen Aufenthalten und einer tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie über ein Jahr befand sie sich bei der Aufnahme erneut seit 18 Monaten in einer Psychotherapie. Zudem erhielt sie seit einem Jahr ununterbrochen Antidepressiva und zeitweise zusätzlich Neuroleptika. Die Aufnahme erfolgte notfallmäßig wegen eines agitiert-ängstlichen Zustandes bei der Diagnose einer neurotischen Depression mit ausgeprägten zwanghaften Zügen.

Das hilflos-ängstliche Auftreten der Patientin führte dazu, daß sie von allen Seiten tröstenden Zuspruch und aufmunternde Ratschläge erhielt. In Abweichung davon erarbeiteten wir folgende Interaktionsleitlinien:

- Bestätigung des Leidens, z. B.: „Es geht Ihnen wirklich schlecht.“
- Offenlassen der Prognose, aber Skepsis bezüglich des hier Erreichbaren, z. B.: „Man kann nie eine sichere Vorhersage machen, es gibt die unterschiedlichsten Verläufe. Es geht Ihnen schon so lange schlecht, wir erwarten nicht, das hier radikal ändern zu können.“
- Als Grundhaltung Vertrauen in die Möglichkeiten der Patientin, keine eigenen Ratschläge (aber auch keine Zurückweisung), z. B.: „Tun Sie ruhig dieses oder jenes, wenn Sie es für richtig halten. Sie haben schon viele Erfahrungen mit Ihren Beschwerden und mit der Psychiatrie, was meinen Sie selbst, was das beste für Sie ist?“
- Keine Stellungnahme zu dem Problem ihres Hauses, z. B.: „Sie denken über dieses Problem schon seit Jahren nach, da wird uns sicherlich nichts grundsätzlich Neues einfallen, auf das Sie noch nicht gekommen wären.“

Von Pflegepersonal und Arzt wurden die Leitlinien in allen vier gefragten Dimensionen positiv beurteilt. Im Verlauf der fünföchigen Behandlung, während derer die Patientin weiterhin Antidepressiva und Neuroleptika erhielt, besserte sich die psychopathologische Symptomatik sowohl in der Fremdbeurteilung (Hamilton Depressionsskala von 43 auf 2) als auch in der Selbsteinschätzung deutlich. Drei Monate später fühlte sich die Patientin im Vergleich zur Entlassung unverändert, obwohl sie die Psychotherapie nicht fortgesetzt hatte.

Inhalte und Akzeptanz der Leitlinien

Auffallend war zunächst, daß die Interaktionsleitlinien in ihrer grundsätzlichen Zielrichtung bei den meisten Patienten sehr ähnlich waren. Fast ausnahmslos beinhalteten sie eine ausdrückliche Bestätigung des Leidens der Patienten, eine Offenlegung der engen Grenzen eigener therapeutischer Beeinflussungsmöglichkeiten und eine gewisse Anerkennung für die Bewältigungsfähigkeiten der Patienten selbst. Bei prognostischen Äußerungen sollte ein unrealistischer Optimismus vermieden werden. Dies mag zum Teil durch unsere eigenen therapeutischen Grundhaltungen beeinflusst sein. Es spiegelt unseres Erachtens aber auch wider, daß diese Patienten bei Ärzten und sonstigen Therapeuten gewöhnlich ein sehr einheitliches Verhaltensmuster auslösen, so daß unsere dem entgegengesetzte Ausrichtung ebenfalls konsistent war (9). Die durchschnittlichen Einschätzungen der Leitlinien durch Pflegepersonal und Ärzte sind in Tab. 1 aufgeführt.

Tab. 1 Durchschnittliche Einschätzungen der Interaktionsleitlinien durch Pflegepersonal und Ärzte (jeweils auf visuellen Analogskalen)

	Pflegepersonal	Ärzte
a) Wie gut sind Sie durch die Leitlinien mit dem Pat. zurechtgekommen? (0 = schlecht, 100 = gut)	66.2	62.0
b) Wie sehr hat der Patient profitiert? (0 = gar nicht, 100 = sehr)	48.4	57.1
c) Wie angenehm waren die Leitlinien für Sie? (0 = unangenehm, 100 = angenehm)	68.2	60.3
d) Wie schwierig war die Durchführung der Leitlinien für Sie? (0 = schwierig, 100 = einfach)	68.0	59.9

Sowohl Pflegepersonal als auch Ärzte beurteilten die Leitlinien als überwiegend angenehm und einfach in der Durchführung. Ebenso fanden beide Gruppen, daß sie durch die Leitlinien eher gut mit dem Patienten zurechtgekommen seien. Bezüglich des Nutzens für den Patienten gaben die Ärzte ähnliche Werte wie bei den anderen Fragen an. Keiner der Unterschiede zwischen den Einschätzungen des Pflegepersonals und denen der Ärzte ist statistisch signifikant. Innerhalb der Beurteilungen durch das Pflegepersonal wurde die Frage, wie sehr der Patient profitiert habe, jedoch in signifikanter Weise mit geringeren Werten beantwortet als die Fragen, wie gut man durch die Leitlinien mit dem Patienten zurechtgekommen war ($t = 3,10$; $p < .05$) und wie angenehm ($t = 4,53$; $p < .01$) bzw. wie schwierig ($t = 4,55$; $p < .01$) die Leitlinien gewesen waren.

Überrascht waren wir, daß gerade auch alteingesessene Pflegekräfte, bei denen wir – offensichtlich zu Unrecht – eine geringere Flexibilität hinsichtlich neuer und ungewohnter Vorgehensweisen vermuteten, die Leitlinien ausgesprochen positiv beurteilten. Die insgesamt positive Aufnahme der Leitlinien zeigte sich auch daran, daß wir gelegentlich auch bei Problempatienten mit anderen Störungen, wie z. B. hirnrorganischen Alterationen oder chronischen psychotischen Erkrankungen, zur Erstellung ähnlicher Interaktionsleitlinien von den Stationsärzten oder vom Pflegepersonal aufgefordert wurden. Offensichtliche Schwierigkeiten mit der Umsetzung der Leitlinien gab es bei den Ärzten vor allem dann, wenn Patienten in starkem Maße über körperliche Beschwerden klagten und dementsprechende Untersuchungen oder Behandlungen verlangten. Vermutlich ist angesichts des üblichen ärztlichen Rollenverständnisses die von uns vorgeschlagene Zurückhaltung in solchen Fällen schwer realisierbar.

Klinische Verläufe

Die Patienten blieben zwischen 15 und 108 Tagen in der stationären Behandlung ($\bar{x} = 55,5$ Tage). Sieben Patienten hatten während dieser Zeit Psychopharmaka erhalten (Antidepressiva oder niedrigdosierte Neuroleptika). Über das Programm der Stationsroutine hinaus hatten vier Patienten an

Tab. 2 Durchschnittliche Werte in Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen bei Beginn der Intervention und vor Entlassung (bzw. Abbruch)

	Beginn der Intervention	Entlassung	p (t-Test)
Hamilton-Depressions-skala	22.1	10.2	< .05 (t = 2.97)
Depressivitätsskalen DS + DS'	58.7	37.3	< .05 (t = 2.93)
genereller Zustand (VAS*; 0 = vollständige Gesundheit, 100 = maximale Krankheit)	76.0	59.2	n. s.
Vertrauen in eigene Bewältigungsfähigkeiten (VAS*; 0 = keines, 100 = vollständiges)	25.8	39.0	n. s. (t = 1.85; p < .10)
Zukunftsangst (VAS*; 0 = keine, 100 = maximale)	76.3	64.1	n. s.

*visuelle Analogskala

einer speziellen Beschäftigungstherapie, ein Patient an einer Musiktherapie und zwei Patienten an einer Gruppentherapie teilgenommen. Bei einer Patientin war unsere Intervention auf Initiative des Stationsarztes nach 28 Tagen abgebrochen worden (bei allen späteren Berechnungen sind für diese Patientin stets die Werte zum Zeitpunkt des Abbruchs in die Auswertung eingegangen), da er glaubte, die Patientin stärker mit ihren Rückzugstendenzen konfrontieren und sie offener zu Aktivitäten anhalten zu sollen, ohne daß unser Vorgehen bis dahin als Fehlschlag gewertet wurde. Bei allen anderen Patienten galten die Interaktionsleitlinien bis zur Entlassung, ohne daß Modifikationen vorgenommen worden wären.

Die Werte der verwendeten Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen zu Beginn der Intervention und am Tage vor Entlassung (bzw. Abbruch) sind in Tab. 2 aufgeführt.

Die depressive Symptomatik besserte sich in der Fremd- und auch in der Selbstbeurteilung signifikant. In den visuellen Analogskalen, die mit dem Krankheitserleben, dem Vertrauen in eigene Bewältigungsfähigkeiten und der Zukunftsangst eher grundlegende Einstellungen abfragten, ist die Besserung weniger deutlich. Bei der Betrachtung der einzelnen Patienten sind die Veränderungen in den verschiedenen verwendeten Parametern teilweise inkonsistent.

Nach einer synoptischen Bewertung aller benutzten quantitativen Parameter, einer zusätzlichen abschließenden Befragung von Pflegepersonal und Ärzten und einer dreimonatigen Nachbefragung der Patienten kamen wir selbst zu dem Schluß, daß die stationäre Behandlung mit unserer Intervention bei drei Patienten sehr erfolgreich war. Zu ihnen gehört die oben dargestellte Patientin B. Bei vier weiteren Patienten war das Ergebnis zumindest teilweise zufriedenstellend, wie bei Patientin A. Bei drei Patienten mußten wir ein Scheitern unserer Bemühungen konstatieren.

Die Patienten der für den Vergleich der AMDP-Syndrome herangezogenen matched pair-Kontrollgruppe glichen jeweils in Geschlecht, Alter, Aufnahmediagnose und behandelnder Station den Studienpatienten. We-

Tab. 3 Durchschnittliche Werte in AMDP-Syndromen bei Aufnahme und Entlassung für Patienten der Studie und matched pair-Kontrollgruppe

	Aufnahme Studienpat.	Kontrollgr.	p (t-test)
manisches Syndrom	51.1	42.9	< .01 (t = 3.17)
depressives Syndrom	57.6	52.7	< .01 (t = 2.91)
apathisches Syndrom	56.2	50.5	n. s. (t = 1.62; p < .10)
Hostilitätssyndrom	47.9	42.9	n. s. (t = 1.71; p < .10)
vegetatives Syndrom	60.4	54.4	n. s.
Zwangssyndrom	60.8	52.2	n. s.

	Entlassung Studienpat.	Kontrollgr.	p (t-test)
manisches Syndrom	45.9	42.9	n. s. (t = 1.60; p < .10)
depressives Syndrom	41.4	43.4	n. s.
apathisches Syndrom	43.5	43.3	n. s.
Hostilitätssyndrom	43.2	51.5	< .05 (t = 2.50)
vegetatives Syndrom	44.9	47.5	n. s.
Zwangssyndrom	49.8	51.2	n. s.

gen der geringen Anzahl an Patienten, die denen unserer Studie in den genannten Merkmalen jeweils entsprachen, war die Heranziehung weiterer Match-Kriterien nicht möglich. So war die Chronizität der Symptomatik, die ja ein Einschlusskriterium unserer Studie war, keine Voraussetzung in der Vergleichsgruppe. Tab. 3 zeigt die Ausprägung der AMDP-Syndrome nach Aufnahme und vor Entlassung jeweils für die Patienten unserer Untersuchung und für die Kontrollgruppe (von den eigentlich acht AMDP-Syndromen wurden das psychoorganische und das paranoid-halluzinatorische Syndrom weggelassen). Die Rohwerte der Patienten in den einzelnen Syndromen sind dabei auf Standardwerte mit einem Mittelwert von 50 und einer Standardabweichung von 10 transformiert worden.

Zu Beginn des stationären Aufenthaltes hatten die Patienten der Studie durchgehend höhere Werte als die Vergleichsgruppe. Beim manischen und beim depressiven Syndrom sind diese Unterschiede statistisch signifikant. Beim apathischen und beim Hostilitätssyndrom wird dieses Niveau nicht ganz erreicht. Zum Zeitpunkt der Entlassung hat sich der Unterschied im manischen Syndrom verringert. Bei den anderen Syndromen sind die Werte der Studienpatienten ähnlich oder sogar noch günstiger als die der Kontrollgruppe. Beim Hostilitätssyndrom ist der Unterschied zugunsten der Studienpatienten statistisch signifikant. Obwohl die psychopathologischen Auffälligkeiten bei den Patienten unserer Studie zum Abschluß nicht eindeutig geringer waren, ist im Vergleich

mit der Kontrollgruppe doch in einigen Syndromen gleichsam eine größere Wegstrecke während der Behandlung zurückgelegt worden. Die Aufenthaltsdauer beider Gruppen unterschied sich dabei nicht. Eine Kontrollgruppe, die auch in den psychopathologischen Anfangswerten den Patienten der Studie entsprochen hätte, ließ sich – wie schon erwähnt – nicht bilden.

Prädiktion des Therapieergebnisses

Wie oben geschildert, ist der Erfolg unserer Bemühungen hinsichtlich des Behandlungsergebnisses uneinheitlich gewesen. So war für uns die Frage von besonderem Interesse, unter welchen Bedingungen das Vorgehen eher erfolgreich sein würde und unter welchen nicht. Tab. 4 zeigt die Korrelationen zwischen den in der ersten Woche der Intervention erfolgten Einschätzungen der Interaktionsleitlinien durch Ärzte und Pflegepersonal einerseits und der in der Hamilton-Depressionsskala erreichten Besserung andererseits. Als Besserung wurde dabei zunächst die absolute Differenz zwischen Anfangs- und Endwerten betrachtet. Da diese Differenz aber in starkem Maße von der absoluten Höhe der Ausgangswerte abhängt, haben wir zudem auch die jeweils erreichte prozentuale Verminderung dieser Ausgangswerte berücksichtigt.

Tab. 4 Korrelationen (Spearman-Koeffizienten) zwischen den in der ersten Woche der Intervention erfolgten Einschätzung der Leitlinien durch Pflegepersonal bzw. Ärzte und der Besserung auf der Hamilton-Depressionsskala (absolute Differenz zwischen Werten bei Beginn bzw. Entlassung; in Klammern Korrelationen mit prozentualer Verminderung der anfänglichen Werte)

	Pflegepersonal	Ärzte
a) Wie sind Sie durch die Leitlinien mit dem Pat. zurechtgekommen?	.35 (.17)	.31 (.54)
b) Wie sehr hat der Patient profitiert?	.55 (.13)	.30 (.54)
c) Wie angenehm waren die Leitlinien?	.89** (.79)**	.57* (.68)*
d) Wie schwierig war die Durchführung der Leitlinie?	.96*** (.89)**	.37 (.35)

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Gleichgültig, ob die absoluten oder die prozentualen Verbesserungen in der Hamilton-Depressionsskala als Prädiktionskriterium dienen, sind die Korrelationen angesichts der verwendeten Methoden zum Teil ungewöhnlich hoch. Die vergleichsweise beste Vorhersage erlauben dabei nicht etwa die Vermutungen, wie sehr der Patient profitiere, oder die Erfahrung, wie gut man selbst durch die Leitlinien mit dem Patienten zurechtgekommen ist. Den höchsten Prädiktionswert hat vielmehr das initiale Erleben, wie angenehm – beim Pflegepersonal auch wie einfach oder schwierig – die Leitlinien für einen selbst sind. Es zeigt sich auch eine leichte Tendenz, daß die Einschätzungen des Pflegepersonals eine etwas bessere Vorhersage ermöglichen als die der Ärzte. Die stationäre Behandlung war also besonders dann erfolgreich, wenn die Leitlinien von Anfang an vom therapeutischen Team als angenehm aufgenommen worden waren. Möglicherweise konnte die in den Leitlinien enthaltene Botschaft den Patienten dann glaubhafter vermittelt werden.

Schlußfolgerungen

Insgesamt sind die Interaktionsleitlinien vom therapeutischen Team positiv bewertet worden, womit sich andeutet, daß zumindest ein Ziel der Intervention – nämlich die Verminderung der Unzufriedenheit im Umgang mit diesen schwierigen Patienten – erreicht worden ist. Inwieweit dieser Effekt allein auf die Tatsache zurückgeht, daß überhaupt klare Leitlinien vorgegeben wurden, und inwieweit der spezifische, den Prinzipien der Kurztherapie entsprechende Inhalt der Leitlinien eine Rolle gespielt hat, läßt sich aufgrund der bisherigen Ergebnisse nicht beantworten. Nur hingewiesen sei darauf, daß die Leitlinien zwar letztlich einfach formuliert waren, daß ihre Aufstellung unseres Erachtens aber doch eine sehr gründliche Konzipierung auch im Detail und entsprechende Erfahrung verlangt.

Die Therapieverläufe waren sehr unterschiedlich. Die Ergebnisse sprechen dafür, daß unsere Intervention bei einigen Patienten durchaus erfolgreich war, bei anderen jedoch nicht. Die Aussagekraft des Vergleiches mit der matched pair-Kontrollgruppe ist angesichts der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen und der kleinen Stichprobengröße begrenzt. Die Ergebnisse zeigen eine vergleichsweise günstige Tendenz bei den Patienten unserer Untersuchung. So sehen wir eine gewisse Bestätigung für unseren Ansatz in den gegenläufigen Veränderungen des Hostilitätssyndroms in beiden Gruppen. Dieses Syndrom ist durch Aggressivität, eine Tendenz zur Ablehnung der Behandlung, Gespanntheit und eine dysphorisch-feindselige Stimmung gekennzeichnet. Es nahm in der Kontrollgruppe im Verlauf des Aufenthaltes zu. Dies ist bei der stationären Behandlung neurotischer Problempatienten sicher nicht ungewöhnlich und mag das Gegenstück zur anfänglich beschriebenen negativen Gegenübertragung des Teams sein. Bei den Patienten, bei denen unsere Intervention versucht wurde, verminderte sich die Ausprägung des Hostilitätssyndroms, d. h. die angestrebte Verringerung der Unzufriedenheit im therapeutischen Team geht mit einem ähnlichen Effekt beim Patienten einher. Insgesamt konnte eine eindeutige Überlegenheit unseres Vorgehens im Vergleich mit der Kontrollgruppe nicht belegt werden. Allerdings betrachten wir im jetzigen Stadium der Entwicklung unseres Ansatzes einen solchen Effektivitätsnachweis für eine Gesamtgruppe auch nicht als vorrangig. Wichtiger scheint uns eine bessere Differenzierung, welche Anwendungsmöglichkeiten sich in unterschiedlichen therapeutischen Situationen ergeben und wie das Vorgehen optimiert werden kann.

Die Akzeptanz der Leitlinien durch das therapeutische Team konnte den Therapieerfolg in gewissem Maße vorhersagen. Dies weist auf einen häufig vernachlässigten Aspekt sogenannten systemischen Denkens in der Psychiatrie hin. In systemisch orientierten Therapieverfahren wird gewöhnlich darauf geachtet, wie das eigene Vorgehen dem „System“ des Patienten, wie etwa dem Kommunikationsmuster in seiner Familie, angepaßt werden kann. Weniger beachtet wird, daß die Interventionen auch zum „System“ der behandelnden Institution, in unserem Fall zu den Einstellungen, zum Erleben und zur Struktur des therapeutischen Teams passen müssen, um effektiv zu sein.

Literatur

- ¹ Baumann, U., R.-D. Stieglitz: Testmanual zum AMDP-System. Empirische Studien zur Psychopathologie. Springer, Berlin 1983
- ² Bird, J., I. Marks, P. Lindley: Nurse therapies in psychiatry: Developments, controversies and implications. Br. J. Psychiat. 135 (1979) 321–329
- ³ Bond, A., M. Lader: The use of analogue scales in rating subjective feelings. Br. J. med. Psychol. 47 (1974) 211–218
- ⁴ Fisch, R., J. Weakland, L. Segal: The tactics of change. Jossey-Bass, San Francisco 1982
- ⁵ Haley, J.: Uncommon therapy. Norton, New York 1973
- ⁶ Hamilton, M.: A rating scale for depression. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 23 (1960) 56–62
- ⁷ Hersen, M., A. Bellack: Staff training and consultation. In: M. Hersen, A. Bellack (Hrsg.): Behaviour therapy in the psychiatric setting. Williams & Wilkins, Baltimore 1978
- ⁸ Linden, M.: Modelle zur Integration pflegerischer Arbeit in die Therapie auf psychiatrischen Stationen. Psychiat. Prax. 6 (1979) 143–150
- ⁹ Priebe, S.: Der psychiatrische Notfall bei neurotischen Patienten – Lösung durch Negieren. Psychiat. Prax. 14 (1987) 127–131
- ¹⁰ Priebe, S.: Pharmakobehandlung bei Neurosen als mögliches Therapiehemmnis. Münch. Med. Wschr. 130 (1988) 89–90
- ¹¹ von Zerssen, D.: Klinische Selbstbeurteilungsskalen (K. Sb-S) aus dem Münchener Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München). Paranoid-Depressivitätsskala sowie Depressivitätsskala-Manual. Beltz, Weinheim 1976
- ¹² Watzlawick, P.: Die Möglichkeit des Anderseins. Huber, Bern 1977
- ¹³ Watzlawick, P., J. Weakland, R. Fisch: Lösungen. Huber, Bern 1974
- ¹⁴ Weakland, J., R. Fisch, P. Watzlawick, A. Brodin: Brief therapy: Focused problem resolution. Family Process 13 (1974) 141–168

Dr. med. Dipl.-Psych. S. Priebe

Abteilung für Sozialpsychiatrie
Freie Universität Berlin
Plantanallee 19
W-1000 Berlin 19

Dr. med. Dr. phil. R. Saupe

Abteilung für Klinische Psychiatrie
Freie Universität Berlin
Eschenallee 3
W-1000 Berlin 19

Dipl.-Psych. S. Kuhn

Abteilung für Sozialpsychiatrie
Freie Universität Berlin
Plantanallee 19
W-1000 Berlin 19

Buchbesprechungen

Flötmann, H. B.: **Angst: Ursprung und Überwindung.** 2. verb. Aufl. 1990, 194 S. (Kohlhammer) kart. DM 39,80, ISBN: 3 17 011056 X

Die Vordenker der Psychiatriereform hatten sich dereinst existenziellen statt kategorialen Umgang mit dem Patienten aufs Banner geschrieben. In den letzten Jahren ist wieder eine Gegenbewegung zur Verobjektivierung zu beobachten, abzulesen z. B. auch an den Differenzierungen von Krankheiten mit dem Leitsymptom „Angst“ in den neueren Fassungen des DSM. Da tut es gut, zur Abwechslung wieder ein psychoanalytisches Buch zum Thema zu lesen.

Der Autor wendet sich an Therapeuten und Betroffene, offenbar mit Erfolg: Die zweite, verbesserte Auflage erscheint bereits ein Jahr nach der ersten. Dies verwundert nicht, schreibt Flötmann doch anschaulich und eingängig mit vielen prägnanten Fallbeispielen, bei denen lediglich auffällt, wie viele von Studenten stammen. Der psychotherapeutisch Weitergebildete findet nichts Neues, jedoch eine gute Zusammenstellung auch neuerer theoretischer Ansätze, die sich für den Anfänger gut als Einstieg eignen. „Roter Faden“ ist die Symbiose-Problematik, von der ausgehend der Autor neben den „klassischen“ Angsterkrankungen auch die Bulimie abhandelt.

Die letzten Kapitel haben eher etwas Exkursorisches; vor allem „Die Rolle des Vaters“ fällt nach 150 Seiten pathologischer Symbiose mit wenig mehr als einer Seite enttäuschend aus. Interessant die Denkanstöße „Zur Psychoanalyse der Atomangst“ und „Zum Tabu der deutsch-deutschen Grenze“. Beim letztgenannten Thema haben die historischen Ereignisse die Reaktion offenkundig überholt, so daß der Leser (in dieser Auflage: noch?) nicht erfährt, wie der Autor die abrupte Überwindung der Grenze wohl deuten mag.

W. Weymar, Hannover

Burisch, M.: **Das Burnout-Syndrom.** Theorie der inneren Erschöpfung. 1989, 3. Abb. IX, 158 S. (Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong.) Broschiert. DM 24,80, ISBN: 3 540 51226 8

Dieses außerordentliche Buch wendet sich ausdrücklich an Betroffene und Wissenschaftler. Trotz des bestehenden lebendigen und anschaulichen Stils dürfte der Autor aber die erste Zielgruppe eher verfehlen. Diese „Schwäche“ resultiert zwangsläufig aus der Stärke des Werks, das an keiner Stelle auf billiges Ratgeber-Niveau absinkt. Dafür nehmen prophylaktische und therapeutische Empfehlungen auch nur kleinen Raum ein.

Der Leser sollte für die Lektüre mehr Zeit einplanen, als der schmale Buchrücken erwarten läßt. Er stößt nämlich auf eine – bei aller Verständlichkeit und Strukturiertheit – hochverdichtete, umfassende und fundierte Synopsis der vorhandenen Literatur zum Thema (das Verzeichnis umfaßt rund ein halbes Tausend Quellen). Aus dem vorhandenen Material entwickelte Burisch ein integrierendes Burn-out-Modell mit dem Angelpunkt Autonomie/Kontrolle bzw. Verlust derselben. Es ist allgemein gültig formuliert, nicht etwa nur auf Helfer-Berufe bezogen. Handlungsabläufe und ihre Störungen, Stress und Bewältigungsstrategien, persönliche und Umweltfaktoren finden hier differenziert und ausgewogen bewertet Eingang.

Insgesamt ein intellektuell anregendes Buch, das den Verdacht nahelegt, daß sein Autor nicht nur die Risiken des Burn-out gut kennt, sondern auch über gute Coping-Mechanismen verfügt. Anders wäre ihm dieser geistige Kraftakt neben den anderen Aufgaben eines Universitäts-Schaffenden wohl kaum bekommen. Wer für sich selbst unmittelbare Hilfe sucht, sollte sie allerdings eher anderweitig suchen.

W. Weymar, Hannover