

Behandlung schwerer Adoleszentenkrisen

Eine Fallstudie

Christian Schaub

Diese Fallstudie zeigt auf, wie die vollstationäre, interdisziplinäre Behandlung von schweren Adoleszentenkrisen zu nachhaltigen Verbesserungen und persönlichem Wachstum führen kann. Besonders bedeutsam ist die Interdisziplinarität, das heisst, dass Pädagogik, Arbeitstraining, Psychiatrie sowie Psychotherapie in ihren vielen Varianten gleichermassen zum Erfolg der Behandlung beitragen. Das Psychiatrisch-Psychotherapeutische wird hier (entsprechend der Sozialisation des Verfassers) besonders hervorgehoben.

Fallbeschreibung – «Meine Seele stirbt ab»

Der Patient L. wuchs in einer kinderreichen Familie auf. Er wurde von den alkoholkranken Partnern der Mutter schwer geschlagen, und er lernte dabei, aus dem Körper weg zu dissoziieren, das heisst, er konnte in seinem Empfinden den Körper verlassen und sich selbst von aussen betrachten. In der Latenz und Frühpubertät war er die Stütze seiner Mutter und «ersetzte» die unzuverlässigen Männer. Er erkrankte im Alter von 15 Jahren, nach absolvierter Schule. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Mutter erstmals einen verlässlichen, gesunden Partner. Erste Symptome des Patienten: gesteigerte hypochondrische Ängste, Derealisation und Depersonalisation, das Gefühl, die «Seele sterbe ab», subjektiv unangenehme aggressive Zwangsgedanken, gesteigerter Antrieb, unangepasstes und verschrobenes Benehmen,

Modellstation SOMOSA

Die sozialpädagogisch-psychiatrische Modellstation für schwere Adoleszentenstörungen in Winterthur behandelt ausschliesslich männliche Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 15 und 22 Jahren. Das stationäre Programm dauert 1 bis 2 Jahre. Die SOMOSA ist sowohl Jugendheim als auch psychiatrische Klinik.

Tätlichkeiten gegen jüngere Geschwister. Diese Symptome existierten bis zum Behandlungsbeginn bereits über ein Jahr und waren zunehmend. Wegen Gewaltbereitschaft wurde L. anfänglich in der Erwachsenenpsychiatrie stationär behandelt. Haloperidol und Olanzapin in Kombination waren wirkungslos; erst Clozapin (Leponex®), schon durch die Vor-Behandler eingeführt und auf 400 mg aufdosiert, brachte eine gewisse Symptomkontrolle, allerdings um den Preis starker Müdigkeit und Obstipation. Der Versuch, mit dem selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) Sertralin die Zwangsgedanken anzugehen, führte zu einem Serotonin-Syndrom, welches sich in Myoklonien, Schwindel sowie Verschwommensehen äusserte. Das Serotonin-Syndrom wurde als «Hypochondrie plus nervöse Tics» verkannt (von den Vor-Behndlern, anfänglich auch vom Schreibenden).

Als 17-Jähriger, ein Jahr nach Behandlungsbeginn, wurde der Patient in der SOMOSA aufgenommen und 16 Monate lang intensiv-therapeutisch, pädagogisch und arbeitsagogisch behandelt. Das Ziel des Patienten bei Eintritt war: «Ich will meine Zwangsgedanken loswerden, und ich will eine Lehre machen können.» Die somatischen Symptome (deutliche Myoklonien und Schwindel), die L. bei Eintritt zeigte, konnten durch das Absetzen der SSRI vollständig remittiert werden. Der Umstieg von den SSRI auf Mirtazapin (Remeron®) gelang problemlos; es traten keine Komplikationen auf, und die Stimmungslage erhellte sich. Etwa neun Monate nach Behandlungsbeginn in Modellstation kam es zu einer deutlichen Verbesserung. Neben der Einzeltherapie hat L. vor allem kunsttherapeutische und körperzentrierte Angebote wahrgenommen. In der Pädagogik wurde die Bewältigung des Alltags trainiert sowie das Arbeitsverhalten. Im therapeutischen Einzelsetting machte L. vor

allem nach Beginn geleiteter Imagination und Entspannung deutliche Fortschritte. Nach der Therapie in der SOMOSA wurde/wird die Behandlung durch den Unterzeichnenden ambulant weitergeführt. Aktuell absolviert L. erfolgreich eine handwerkliche Lehre.

Ergänzende Bemerkung zur Pharmakologie: Neben 275 mg/Tag Clozapin (Leponex®) wurde Mirtazapin (Remeron®) in einer Dosierung von 60 mg/Tag verordnet. Zur Milderung der Intensität der Zwangsgedanken wurde vorübergehend Amisulprid (Solian®) als «add-on» gegeben, welches aber wieder abgesetzt wurde, nachdem der Patient selbst erklärt hatte, er sei subjektiv durch seine Zwangsgedanken kaum mehr gestört.

Rückblende: «Hausbesuch» für alle Seiten von Vorteil

Die Mutter war – nach der anfänglichen Erleichterung, den Sohn sicher «platziert» zu haben – mit der Trennung von ihrem Sohn nicht glücklich. Sie äusserte, vorwiegend auf telefonischem Wege, Kritik an der Institution. Diese betraf in erster Linie die Ausgangs- und Wochenendregelungen, aber auch diverse nebensächliche Punkte. Die Eltern gaben an, aus organisatorischen Gründen nicht zu den angebotenen Familiengesprächen in der SOMOSA erscheinen zu können. Ein zur Vervollständigung der Anamnese, aber auch zur besseren Erklärung unserer Konzepte durchgeführter Hausbesuch bei der Familie (der mit dem nötigen Respekt durchgeführt wurde und mit vielen Komplimenten an die Hausfrau und Mutter verbunden war!) brachte allseits Erleichterung: Die Vorwürfe der Familie verstummten, der Patient selbst klagte seltener über «Heimweh».

Rückblende: Überlegungen zu Diagnostik und Pharmakotherapie

Wir machen in unserer Institution die Erfahrung, dass einige schwere gemischte Störungsbilder in der Adoleszenz mit einer neuroleptischen Monotherapie nicht befriedigend behandelt werden können, ohne dass erhebliche Nebenwirkungen in Kauf genommen werden müssen. Mit «gemischte Störungsbilder» ist gemeint, dass posttraumatische, affektive und «schizophreniforme» Anteile gleichrangig vorhanden sind, was eine grosse Offenheit bei der Beurteilung und oft einen Verzicht auf eine «endgültige» Diagnose notwendig macht.

Beim geschilderten Fall hat die Therapie mit dem Neuroleptikum Clozapin den Patienten zwar erst verträglich gemacht, die anfänglich zur Kontrolle der Symptome notwendige 400-mg-Dosierung war aber mit starker Müdigkeit und Obstipation verbunden. Es haben sich bei diesem Patienten mehrere Strategien bewährt: Einerseits das Behandeln der affektiven Komponente mit einem dämpfenden Antidepressivum (Mirtazapin). Andererseits wurde über einen gewissen Zeitraum ein zweites Neuroleptikum (Amisulprid, anfangs 400 mg, später 200 mg/Tag) dazugegeben, das anders als Clozapin (wel-

ches auf diverse Rezeptorsysteme einwirkt, dabei aber die Dopamin-Rezeptoren auch bei höherer Dosierung nie vollständig antagonisiert) *stärker spezifisch auf das Dopamin-System einwirkt*. Diese Vorgehensweise (6) hat für den Patienten eine (subjektiv sehr günstige) Milderung der Intensität der Zwangsgedanken bewirkt, und dies ohne Zunahme der Müdigkeit. Kurz nach Verlassen der Institution – als sich der Patient deutlich mit seinen Zwangsgedanken «versöhnt» hatte – konnte Amisulprid abgesetzt werden. Der Patient (mit Clozapin und Mirtazapin als Doppeltherapie sehr befriedigend eingestellt) ist heute ein äusserlich unauffälliger Jugendlicher, der sich im Gespräch kaum von Altersgenossen unterscheidet; erst bei eingehender Exploration wird eine gewisse affektive Eingengtheit spürbar.

Die Frage «Warum wurde das Serotonin-Syndrom so lange als Hypochondrie mit Tics verkannt?» lässt sich rückblickend folgendermassen beantworten: Weil der Patient trotz dieses Syndroms viele Tätigkeiten (Fussballspielen, Küchenarbeiten) immer noch sehr gut zuwege brachte, und weil er sich von seinen Symptomen zeitweise ganz gut ablenken liess. Die anamnestisch bekannte Neigung zu Hypochondrie und «Tics» liess uns die Klagen des Patienten, aber auch die Myoklonien im Gesicht anfangs falsch interpretieren. Das völlige Verschwinden der «Tics», der hypochondrischen Klagen und des Schwindels nach Absetzen des SSRI war eindrucklich. Die psychiatrischen Symptome dagegen (Zwangsgedanken, Agitation, Depersonalisation, Mutlosigkeit) blieben auch nach Absetzen des SSRI bestehen. Interessanterweise machen wir öfters die Erfahrung, dass unsere Jugendlichen und Jung-Erwachsenen die SSRI schlecht vertragen, vor allem in Kombination mit atypischen Neuroleptika. Ob diese Häufung in unserer Institution zufällig ist, ist unklar.

Manchmal darf man sich nicht zu sehr von überlieferten anamnestischen Angaben beeinflussen lassen; oft ist eine unvoreingenommene Neubeurteilung der Situation hilfreich.

Zur Zugabe von Amisulprid zu Clozapin: Die Kombination von mehreren Neuroleptika wird in der aktuellen Literatur sehr kritisch hinterfragt, und sie ist nicht evidenzbasiert (1). Obwohl die Datenlage insgesamt zur Vorsicht mahnt, zeigt unsere Einzelfall-Erfahrung, dass Kombinationen gelegentlich eine bessere Verträglichkeit haben und dass die Symptome besser kontrollierbar sind



Utensilien für die Kunsttherapie auf der Station - der Fantasie sind keine Grenzen gesetzt.

als mit einer Monotherapie (6). Gerade Zwangsgedanken oder intrusive Halluzinationen, die trotz höherer Dosierung von Clozapin oder Olanzapin immer noch die Lebensqualität beeinträchtigen, remittieren nach *Zugabe* eines spezifischer auf das Dopamin-System einwirkenden Pharmakons (wie Amisulprid oder Risperidon) erstaunlich gut, meist ohne irgend wahrnehmbare Nebenwirkungen.

Psychodynamische Betrachtungsweise – «Überwinden durch Annehmen»

Bei diesem Patienten war bemerkenswert, dass die Symptomatik verstärkt auftrat in dem Moment, als der Patient erstmals durch einen sehr verlässlichen Partner der Mutter quasi «enthront» worden war. Dazu passen auch die aggressiven Zwangsgedanken, deren sich der Patient sehr schämte und die sich auch gegen seinen Arzt und Therapeuten (den Schreibenden) richteten. Das Phänomen kann als Übertragung interpretiert werden, und aggressive Gefühle gegenüber männlichen «Rivalen», aber auch gegenüber Vater-Figuren allgemein sind zu vermuten.

Den Behandlungsauftrag des Patienten («Ich will meine Zwangsgedanken loswerden») nahm der Therapeut als Aufforderung an, ihn, den Patienten, auf jenem Weg zu

begleiten, welchen Benedetti (2) folgendermassen beschreibt: «Was überwunden werden soll, muss zuerst angenommen werden.» Bei diesem Patienten war nun eine «klassische» oder gar «positivierende» Deutungsarbeit kaum möglich, vor allem von der traumatisierenden Vorgeschichte her, welche eine «Positivierung» von Symptomen schwer zuließ. Traumatisierte Menschen erleben die Erinnerungsspuren an negative Erlebnisse und die damit verbundenen Symptome oft als so hinderlich, dass der Wunsch, Symptome einfach «loszuwerden», sehr verständlich ist – und vom Therapeuten ebenfalls zuerst einmal «angenommen» werden muss.

Der Weg führte beim Patienten L. notgedrungen über eine ressourcenorientierte Arbeit, welche nebst (älteren) imaginativen Techniken auch (modernere) traumatherapeutische Elemente mit umfasste, wie ressourcenorientierte EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)-Techniken (Verstärkung von «guten» Vorstellungen mittels langsamer bihemisphärischer Stimulation, sei dies über selbst durchgeführte Augenbewegungen, taktile oder akustische Stimulation [5]). Erst das Erlangen einer gewissen Sicherheit ermöglichte ein Akzeptieren (und so letztlich Überwinden) der Symptome. Dies gelang, ohne dass L. jemals eine Deutung der Symptome verstehend-akzeptierend zugelassen hätte. Bei

der erneuten Lektüre der eindrucklichen Psychotherapie-Berichte von Elrod (3) habe ich einige Elemente gefunden, die mir als Leitgedanken für unsere eigene Arbeit wichtig erscheinen: Über Ausbau und Festigung innerseelischer Ressourcen, aber auch unter Einbezug der stützenden Anteile des sozialen Netzes wird die Beziehungsfähigkeit der Patienten verbessert. Elrod behält psychodynamische Hypothesen dabei stets im Auge, ohne diese aber direkt mitzuteilen.

Der Patient selbst hat nach Austritt aus der Institution geäußert, er könne nun seine Zwangsgedanken viel besser akzeptieren und er brauche weniger starke medikamentöse «Unterdrückung» derselben. Damit hat er den vom Therapeuten vorgesehenen Weg («Überwinden durch Annehmen») erreicht – allerdings in seinem eigenen Stil, welchen er selbst, L., dem Therapeuten allmählich hat aufzeigen müssen: Das Entspannen oder sogar Dissoziieren ist ja eine der «Techniken», welche traumatisierte Menschen – als Schutzmechanismus – selbst erlernen.

Auch Patienten, welche Entspannung schlecht vertragen, können dann, wenn sie in etwas angespannterem Zustand bleiben dürfen, von Gesprächen über Ressourcen und sogar von Imaginationsübungen profitieren (z.B. langsame Variante der EMDR-Technik).

Die Frage, wie sehr Entspannungstechniken auf schwer kranke Patienten destabilisierend wirken können, wird kontrovers diskutiert. Nach unserer Erfahrung ist es so,

dass es herauszufinden gilt, auf wen welche Technik stabilisierend wirkt: Für sehr viele Patienten ist Entspannung tatsächlich qualvoll! Andererseits: Bei Patienten, welche gelernt haben, unter Schlägen zu dissoziieren, ist Entspannung «auf dem Wege leichter Dissoziation» etwas, was sie selbst als Bewältigungsmechanismus gelernt haben (4). Der Patient L. gehörte eindeutig zu dieser Patientengruppe. ■



Dr. med. Christian Schaub
 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 Ärztlicher Leiter der Modellstation SOMOSA
 Zum Park 20
 8404 Winterthur
 E-Mail: roemerschaub@hin.ch

Literatur:

1. Centorrino L et al. 2004. *American Journal of Psychiatry* 161(4): 700–706.
2. Benedetti G. 1980. *Klinische Psychotherapie*, Bern.
3. Elrod N. 2002. *Psychotherapie der Schizophrenien*, Zürich.
4. Reddemann L. 2001. *Imagination als heilsame Kraft*, Stuttgart.
5. Shapiro L, Hoffmann A. 2003. *Einführung in EMDR*, Bergisch Gladbach.
6. In einem Vortrag, gehalten in Zürich am 6. Juni 2002 von Prof. Müller-Spahn L., wurde dieses Konzept der neuroleptischen Kombination einer «rich drug» mit einem spezifischeren Dopamin-Binder vorgestellt. Es bewährt sich in unserem Alltag gelegentlich ganz gut.

Interessenkonflikte: keine