

16 Schizophrenien

42

Die heute Schizophrenien genannten Psychosen sind seit dem Altertum bekannt und wurden immer wieder unter zahlreichen verschiedenen Namen beschrieben. Erst 1896 gelang es KRAEPELIN (Abb. 3), hinter der großen Vielgestaltigkeit der Symptomatik gemeinsame Merkmale zu erkennen und *ein* Krankheitsbild herauszuarbeiten, das er Dementia praecox nannte. Zu dieser Benennung gaben die Störungen des Denkens und der oft frühe Krankheitsbeginn Anlass. Dabei gelang es KRAEPELIN auch, die Dementia praecox von den manisch-depressiven Krankheiten, die heute bipolare Störungen genannt werden, abzugrenzen.

42

Ein weiterer wichtiger Schritt war die Neufassung des Krankheitskonzeptes durch E. BLEULER (1911), der die heute noch gültige Bezeichnung Schizophrenie wählte. Hierfür gab es mehrere Gründe: weder die Demenz noch der frühe Beginn erwiesen sich als obligate Merkmale dieser Krankheit; auch konnte BLEULER (Abb. 4) aufgrund seiner klinischen Erfahrung einige Korrekturen und Ergänzungen hinsichtlich Symptomatik und Verlauf vornehmen. Zudem erweiterte er die zunächst deskriptive Konzeption um psychodynamische Aspekte (die er aus der Psychoanalyse FREUDS ableitete). BLEULER erkannte »die elementarsten Störungen in einer mangelhaften Einheit, in einer Zersplitterung und Aufspaltung des Denkens, Fühlens und Wollens und des subjektiven Gefühls der Persönlichkeit«. Hierin sah er die Grundsymptome dieser Krankheiten.

Die Schizophrenien stellen vermutlich keine einheitliche, sondern eine heterogene Gruppe von Psychosen dar. Seit KRAEPELIN und BLEULER hat jede Psychiatergeneration versucht, die Symptomatik besser abzugrenzen und das Krankheitsbild genauer zu definieren, was aber weniger zu neuen Befunden als zu neuen Termini führte.

Die *Ätiologie* der Schizophrenien ist zwar nicht insgesamt geklärt, aber es gibt zahlreiche, wichtige Erkenntnisse über Teilfaktoren. Und es gibt wirksame *Behandlungsverfahren* unterschiedlicher Art. Hierdurch sind die *Verläufe* wesentlich günstiger geworden; das Krankheitsbild der Schizophrenien wurde geradezu revidiert. Auch diese Erfahrungen sollen ausführlich dargestellt werden (jeweils mit einem Überblick bzw. einer Zusammenfassung), zumal die Schizophrenien zu den schwersten psychischen Krankheiten zählen.

16

Epidemiologie. Schizophrenien kommen in allen Rassen und Kulturen der Erde in vergleichbarer Häufigkeit vor, allerdings ist die Symptomatik in Abhängigkeit von soziokulturellen Faktoren unterschiedlich. In psychiatrischen Krankenhäusern bilden die Schizophrenen eine der größten Diagnosegruppen, insbesondere unter den Langzeitpatienten.

Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen: Die Rate der jährlichen Neuerkrankungen (*Inzidenz*) beträgt ca. 15 auf 100.000 Personen der Allgemeinbevölkerung. Die *Prävalenz* wird auf ca. 4 auf 1000, das *Lebenszeitmorbiditätsrisiko* auf knapp 1% geschätzt. Männer und Frauen erkranken ungefähr gleich häufig.

Klassifikation. ICD 10 unterscheidet im Abschnitt F 20 Schizophrenien zunächst die einzelnen Unterformen bzw. Syndrome (4. Stelle) und sodann (5. Stelle) die Verlaufsform (episodisch, chronisch, remittiert usw.). Die einzelnen Kategorien werden im Folgenden an den entsprechenden Stellen angegeben.

203

16.1 Symptomatik

➤ *Mit den Worten des Patienten.* Nach ihrer schizophrenen Episode beschrieb eine 20-jährige Studentin in ihrem Bericht u. a. Folgendes:

»...dass es für diesen Zustand einfach keine Begriffe gibt, dass das eben jenseits des Erfahrungsbereiches eines gesunden Menschen ist. Ich war damals für alle Einflüsse von außen ganz besonders sensibel und ihnen recht wehrlos ausgeliefert und so, wie mich alles Unheimliche, Dunkle, Kranke oder auch Böse unmittelbar mit hinein zog und ängstigte, so zog es mich umso mehr zu Schönem, Harmonischen, Guten wie zu starken Menschen, zu schöner Natur, Märchen aber vor allem zur Musik. Ich fühlte mich damals irgendwie mehr wie ein Kind, in der Art, wie ich mich diesen Dingen hingab... Auch das Wahrnehmen und Empfinden von mir selber in solchen Situationen, wo man irgendwie etwas von sich selber zu fühlen meint, wenn man z.B. es sich für sich alleine in seinem Zimmer gemütlich macht, ... habe ich weggestoßen und zerstört. So habe ich nach und nach völlig die Welt aus mir herausgestoßen und mich selber weggestoßen... Bis ich deutlich den Eindruck hatte, meinen ganzen Innenraum oder Seelenraum verloren, aus mir herausgestoßen zu haben... Ich hatte einfach den Eindruck, bei den vielen komischen Dingen, die sich in mir abspielten, bei dem Erzählen und Besprechen in den Visiten, überhaupt nicht mehr nachzukommen, dass mir das alles restlos über den Kopf wächst.

Es geht ums Kernproblem und dieses zwanghafte Zweifeln und diese restlose Verunsicherung, aber dass dies solche schrecklichen und wirklich existenziellen Formen annehmen konnte, dazu haben, so scheint mir, alle möglichen Einflüsse und Umstände beigetragen. (...) Außerdem hat sich irgendwie die Vorstellung in mir festgesetzt, als ob ich im Dialog stünde mit dem, der mir gezielt diese Erscheinungen der Krankheit schickt, damit ich dies oder jenes dadurch lerne, und schon damals hatte ich den Eindruck, dass irgendwie in mir ein Bruch geschehen ist, irgendwie konnte ich diese zwei Arten, das Ganze zu sehen, nicht mehr in mir sinnvoll vereinigen..., nicht mehr die Realität der Naturgesetze richtig erfassen konnte... Aber im Grunde genommen verstehe ich überhaupt nichts mehr... Das Schlimmste ist eben, und deswegen habe ich mehr und mehr den Eindruck gewonnen, so schlecht ginge es mir noch nie, dass ich genau das aufgegeben habe, was bisher immer die einzige Kraftquelle war, nämlich meinen ganz eigenen inneren Standpunkt den Erscheinungen der Krankheit gegenüber zu finden... In den schlimmen Phasen ist das eben immer wieder ein Zustand von absoluter seelischer Blindheit...«.

Diese Auszüge aus einem längeren Bericht sollen dem Leser einen konkreten Eindruck des Erlebens in der beginnenden Schizophrenie vermitteln, insbesondere was die Ich- und Realitätsbezugstörungen betrifft. Die Symptomatik dieser Psychose soll nun ausführlicher beschrieben werden, als es sonst üblich ist; geht es hierbei

doch um Veränderungen des Erlebens, die sich so radikal von allen anderen Erfahrungen unterscheiden, dass sie sich schon allein sprachlich nur unzureichend fassen lassen.

Schizophrenien können praktisch alle psychischen Funktionen verändern. Um die zahlreichen und vielgestaltigen Symptome zu gliedern, wurden unterschiedliche Versuche der Gruppierung vorgenommen. Der erste stammt von BLEULER: Grundsymptome sind die Störungen des Denkens, der Affektivität und des Antriebes, in erster Linie Zerfahrenheit, Ambivalenz und Autismus. Akzessorische Symptome sind Wahn, Halluzinationen und katatone Störungen; sie sind zwar eindrucksvoll, aber weder obligatorisch noch spezifisch und daher nicht diagnostisch beweisend.

Das Konzept der *Basisstörungen* bezieht sich nicht auf klinisch markante schizophrene Symptome, sondern auf subjektive Erfahrungen (z.B. eigenartige, aber noch uncharakteristische leibliche Missempfindungen) und beinhaltet darüber hinaus die Hypothese, dass es sich hierbei um psychopathologische Radikale handele, die unmittelbar auf somatische Entstehungsbedingungen zurückzuführen seien. Eine andere, auf die ältere englische Psychiatrie zurückgehende Einteilung, die u.a. in der Psychopharmakotherapie verwendet wird, unterscheidet sog. *Positiv-* und *Negativsymptomatik*; zu ersterer zählen u.a. Wahn, Halluzinationen und Zerfahrenheit (auch als produktive Symptome bezeichnet), zu letzterer Affekt- und Sprachverarmung sowie Apathie.

Es wurde auch versucht, eine sog. Typ-I-Schizophrenie mit Positivsymptomatik von einer durch Negativsymptomatik bestimmten Typ-II-Schizophrenie abzugrenzen. Jedoch erwies sich die Grenze der Typen als nicht scharf, zudem können beide Formen im Verlauf aufeinander folgen. Daher wird diese Einteilung nur noch wenig verwendet.

Bei allen Gliederungsversuchen kommt es darauf an, ob diese nicht nur psychopathologisch sinnvoll und in den Verläufen wiederzufinden sind, sondern ob diesen Subtypen auch differente neurobiologische Befunde bzw. therapeutische Ergebnisse entsprechen.

Die folgende Darstellung geht in drei Schritten vor: zunächst wird auf der Symptomebene das Krankheitsbild (hauptsächlich unter Bezugnahme auf BLEULER) so beschrieben, dass es dem Leser verständlich wird und dabei möglichst patientennahe ausfällt. Sodann wird auf die Problematik der Subtypisierung eingegangen und drittens auf die diagnostische Bedeutung der Symptome, auf ihre Verwendbarkeit für die Klassifikation sowie auf Differentialdiagnose und Abgrenzung. Vorausgeschickt sei, dass die Symptome aus didaktischen Gründen in ihrer schweren Ausprägung beschrieben werden, auch wenn sie oft in leichter Form auftreten.

Denken. In der *Zerfahrenheit* ist das Denken zusammenhanglos und alogisch. Im Extremfall hört man von dem Patienten nichts Verstehbares, sondern nur noch unzusammenhängende Wörter oder Wortreste. Das zerfahrene Denken kann aber einen Sinn *innerhalb* des psychotischen Erlebens haben und wenigstens teilweise verstanden werden, wenn man sich eingehend mit dem Kranken befasst. Zerfahrenes Denken zeigt die Realitätsbezugsstörung und den Autismus des Schizophrenen an.

Zusammenhanglos und alogisch kann auch das Denken von Kindern und zuweilen von Erwachsenen wirken (nicht nur bei unterdurchschnittlicher Intelligenz), insbesondere unter dem Einfluss starker Emotionen. Auch das Wunschenken des Gesunden kann in Widerspruch zur Realität geraten; hierzu zeigt das schizophrene zerfahrene Denken zwar gewisse Beziehungen, unterscheidet sich davon jedoch durch seine bizarre und absurde Art, durch Widersprüche in sich

und durch Verbindungen mit dem Wahnerleben. Hierdurch unterscheidet es sich auch von dem völlig zusammenhangslosen Denken (Inkohärenz) bei organischer Psychose (Delir).

280

Weitere Denkstörungen. Sperrung des Denkens oder Gedankenabreißen: der zunächst flüssige Gedankengang bricht plötzlich ab, zuweilen mitten im Satz. Der Patient kann den Gedanken nicht zu Ende führen, er schweigt und ist sich dieser Denkstörung zuweilen in einer für ihn quälenden Weise bewusst. – Die *gemachten Gedanken* erlebt der Kranke als seiner eigenen Vorstellungswelt zugehörig (also nicht als Halluzinationen), dabei aber von anderen gemacht bzw. »eingezwungen«. Das Gegenstück hierzu ist der *Gedankenentzug*: Gedanken würden von außen entzogen, evtl. von einer bestimmten Person. Diese Symptome stehen in engem Zusammenhang mit Ich-Störungen und Wahnerleben.

➤ Mit den Worten des Patienten.

»Ich meine immer, man könnte meine Gedanken lesen. Wenn ich mich irgendwo hinsetze und mich in meine Gedanken vertiefe, dann denke ich oft, wenn ich mich an eine Person erinnere, dann denke ich oft, dass diese Personen meine Gedanken lesen könnten. Und ich habe auch noch so Erscheinungen, so Bilder, als wenn ich mir ein Körperteil vorstelle, z.B. eine Hand, und die mit den Augen röntge, dass ich demjenigen an der Hand weh tue, oder ihm ein unangenehmes Gefühl bereite. Das mit den Gedankenübertragungen meine ich so, das ist so ähnlich wie Telepathie. Dass meine Gedanken den anderen berühren und ihn auch ansprechen.«

Das Wahnhafte dieses Gedankenlesens wird aus dem kurzen Zitat deutlich.

Begriffszerfall: Begriffe verlieren ihre exakte Bedeutung und ihre scharfe Abgrenzung gegenüber anderen Begriffen. *Kontamination:* Unterschiedliche, zum Teil logisch unvereinbare Bedeutungen werden miteinander verquickt.

»Der Herrgott ist das Schiff der Wüste.« In diesem Satz wird das biblische Thema von Gott in der Wüste und die Rede vom Kamel als Wüstenschiff vermengt. Wenn sich derartige Kontaminationen auf Personen erstrecken, kommt es zur wahnhaften Personenverkenntung.

Begriffsverschiebung kommt in unterschiedlicher Art vor. Konkretismus: Begriffe können nur noch wörtlich, nicht in übertragenem Sinne verstanden und genutzt werden. Eine junge schizophrene Patientin kann sich nicht an die Ereignisse des Vortages erinnern. Auf die Frage, warum sie ihren Schrank durchwühlt, erklärt sie: »Ich suche den verlorenen Tag«. Hier wird die Unfähigkeit des Überstiegs, die Unmöglichkeit, das Bezugssystem zu wechseln, deutlich. Störungen der Wortübertragung können anhand bekannter Sprichwörter geprüft werden. Auch die gegen sinnige Störung kommt bei Schizophrenen vor und zeigt ebenfalls eine Realitätsbezugsstörung an: Beim Symboldenken können Begriffe nur noch im übertragenen (metaphorischen) Sinne begriffen werden. Das Symbol kann sich in pathologischer Weise verselbständigen. So meinte ein schizophrener Bauernknecht, er sei in die Klinik gekommen, weil ihm ein Schwein in den Kuhstall gelaufen sei; vorausgegangen war eine sexuelle Handlung an Kühen (Beispiel von BLEULER).

180

Charakteristisch für Schizophrene ist, dass geordnetes und zerfahrenes Denken nebeneinander, oft in raschem Wechsel, vorkommen. Bei gutem Kontakt mit dem Kranken stellt man nicht selten fest, dass das Denken im Laufe eines längeren Gesprächs zunehmend geordnet wird.

In der geschilderten Ausprägung bestehen diese Störungen keineswegs bei jedem Kranken bzw. in jedem Krankheitsstadium. Oft sind die Denkstörungen nur wenig auffällig, oder sie werden nur bei eingehender Befragung genannt. Geeignet ist die Frage nach der »Konzentration«, z.B. beim Lesen. Eine einfache Prüfung ist auch das Vorsprechen und Nacherzählenlassen einer Tierfabel, wobei es mehr auf die Sinnerfassung (die beim Schizophrenen gestört sein kann) als auf die Wiedergabe von Einzelheiten ankommt.

Sprache. Die Spracheigentümlichkeiten sind sehr unterschiedlich ausgeprägt, sowohl quantitativ wie qualitativ. Starker Rededrang ist möglich, aber auch Redehemmung bis zum *Mutismus*. Manieriertheiten der Sprache und *Wortneubildungen* (*Neologismen*) entstehen durch idiosynkratische Kompositionen, wie z.B. »trauram« aus »traurig« und »grausam«. Beeinträchtigt ist auch die Fähigkeit, einzelne sprachliche Äußerungen in einer auch für andere, intersubjektiv erkennbare Weise zu einer umfassenderen Mitteilung zu verbinden. An größeren Textstichproben wird das z.B. an einem Mangel sog. kohäsiver Verknüpfungen deutlich.

Die *Manieriertheit* der schizophrenen Sprache äußert sich in einer übertrieben elaboriert, bisweilen verspielt wirkenden, »ornamentalen« Ausdrucksweise. Sie kann sich in der Wortwahl, aber auch in der Aussprache, bei schriftlichen Äußerungen sogar im Schriftbild, bemerkbar machen.

Wenn die Spracheigentümlichkeiten stark ausgeprägt sind (was eher selten vorkommt), kann es dem Gesprächspartner schwer fallen, den Patienten zu verstehen. Unter Umständen entsteht auch der Eindruck einer Art von Privat- oder Geheimsprache.

Schizophrenie (Sprachverwirrtheit) nennt man ein schizophrenes Syndrom, das von einer ausgeprägten Sprachstörung bestimmt wird: Man hört von den Kranken kaum eine sinnvolle Äußerung, Antworten auf Fragen sind beziehungslos und unverständlich. Das Verhalten zeigt aber, dass das Denken nicht so schwer gestört sein kann: Die Patienten kommen Aufforderungen nach und können manche Arbeiten verrichten. Sie sind ihrer Umgebung meist freundlich zugewandt, jedoch verhindert die Sprachstörung engere Beziehungen.

Weitere neuropsychologische Störungen. Klinisch fallen *Wahrnehmungsstörungen* bei Schizophrenen nur wenig auf. Bei gestaltpsychologischer Analyse findet man, dass die Wesens- oder Ausdruckseigenschaften am wahrgenommenen Gegenstand ein Übergewicht erhalten, während die Eigenschaften der Struktur, des Gefüges und der Beschaffenheit zurücktreten. Der Wahrnehmungsprozess führt nicht bis zur Endgestalt, sondern bleibt an Details hängen.

Experimentell erwiesen sich Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung als gestört, z.B. bei Versuchen zur Größenkonstanz, Tiefen- oder Kontrastwahrnehmung oder Figur-Grund-Differenzierung. Die Reaktionszeiten sind verlängert, insbesondere bei chronisch Schizophrenen. Die Aufmerksamkeit ist insofern verändert, als zu viele irrelevante Reize aufgenommen werden (Wahrnehmungsüberflutung). Es fällt Schizophrenen schwerer, den emotionalen Ausdruck von Gesichtern zu erfassen. Verschiedene Gedächtnisleistungen und Problemlösefertigkeiten sind im experimentellen Vergleich gegenüber Gesunden vermindert. Obwohl diese kognitiven Störungen klinisch oft nicht sehr auffallen, scheinen sie die Bewältigung alltäglicher und speziell beruflicher Routineaufgaben zu beeinträchtigen; sie können auch zur Wahnbildung beitragen.

Affektivität. Störungen der Affektivität sind bei Schizophrenen vielgestaltig und wechselhaft. Man beobachtet Verstimmungen verschiedenster Art. Die *gehobenen Stimmungslagen* können manisches Gepräge haben, meist aber wirken sie weniger vital, mitreißend und produktiv als bei affektiven Psychosen. Charakteristisch für Schizo-

phrene ist eine andere Art gehobener Stimmung, die wie eine Karikatur des Unernten und Albernem wirkt, insbesondere bei jungen Kranken (sog. hebephrene Form). Die Kranken sind oft enthemmt, ausgelassen, laut und zuweilen rücksichtslos.

204

Depressive Verstimmungen prägen nicht selten die Symptomatik der beginnenden Schizophrenie, sie sind aber auch in der akuten Episode und im Anschluss daran (ICD-10: postschizophrene Depression F 20.4) häufig. Sie sind z.T. melancholischer Art, öfter aber psychopathologisch anders: die Kranken sind ratlos, hilflos und anlehnungsbedürftig. Diese Verstimmungen sind oft situationsabhängig, die Patienten können abgelenkt und aufgeheitert werden. Andererseits können unvermittelt tiefe Verstimmungen mit Suizidalität auftreten. Daher sind Suizidhandlungen von Schizophrenen oft kaum vorhersehbar.

Angst bestimmt besonders häufig das Erleben des Schizophrenen: Angst vor dem Unbekannten und Unheimlichen der erlebten psychotischen Persönlichkeitsveränderung, besonders in Anfangsstadien der Schizophrenie. Später wird die Angst des Schizophrenen vielfach vom Wahnerleben bestimmt, vor allem im Verfolgungswahn. Die Angst des Schizophrenen behindert Annäherungen an andere. Angst steht auch hinter der Erregung und Aggressivität schizophrener Kranker. In akuten Stadien der Krankheit fehlt Angst praktisch nie.

Während die bisher beschriebenen Affektstörungen als akzessorische Schizophreniesymptome gewertet werden, gehört zu den affektiven Grundsymptomen die *inadäquate Affektivität (Parathymie)*. Stimmungslage und gegenwärtige Situation passen nicht zusammen. Der Affektausdruck in Mimik, Gestik und Sprechweise kontrastiert mit dem, was der Patient erlebt oder was er sagt. Ein Kranker kann von ernsten oder gar traurigen Dingen sprechen und dabei zugleich lachen. Auch das schizophrene Wahnerleben ist oft stimmungsinkongruent. Diese affektiven Störungen sind Zeichen der schizophrenen Desintegration: die Einheit des Erlebens, die Zusammengehörigkeit von innerem Befinden und Ausdruck, ist gestört.

201

In späteren Krankheitsstadien überwiegen affektive Steifigkeit oder Modulationsarmut. Im Extremfall wirken die Kranken gleichgültig und apathisch. Man hat diesen Zustand als Affektverflachung oder Athymie bezeichnet. Doch ist der Affekt nicht erloschen. Bei gutem Kontakt mit dem Patienten zeigt sich immer wieder, dass hinter dem äußeren Bild der Indolenz eine lebhafte und sogar empfindliche Affektivität steht, deren Äußerung jedoch gesperrt ist. Psychodynamisch gesehen verbirgt der Schizophrene seine Überempfindlichkeit hinter einer Maske von Gleichgültigkeit, um sich vor emotionalen Ansprüchen, insbesondere im mitmenschlichen Umgang, zu schützen.

Ambivalenz. Das Erleben von gegensätzlichen Gefühlsregungen oder widersprüchlichen Strebungen wird Ambivalenz (Ambitendenz) genannt. Anders als bei gesunden Menschen bedeutet Ambivalenz bei Schizophrenen, dass unvereinbare Erlebnisqualitäten so beziehungslos nebeneinander bestehen, wie es im normalen Erleben nicht möglich ist, nämlich ohne dass die Gegensätze in irgendeiner Weise ausgetragen oder auch nur bewusst erlebt werden. Sie treten gleichzeitig und gleichwertig in Erscheinung; der Patient weint und lacht zugleich. Beides ist an seinem Gesicht abzulesen. Er erlebt nebeneinander Angst und Beglückung. Das Verhalten verrät in einer schwer beschreibbaren Weise, dass der Schizophrene im gleichen Augenblick einen Menschen liebt und hasst. Auch hier ist die Desintegration des schizophrenen Erlebens zu erkennen.

Autismus. Wie die Ambivalenz, so ist auch der Autismus ein schizophreses Grundsymptom. Autismus bedeutet: Ich-Versunkenheit und Verlust des Realitätsbezugs. Der Schizophrene ist in seinem Erleben in eigentümlicher und schwer beschreibbarer Weise von der Umwelt abgekapselt und auf die eigene Person bezogen. Autismus äußert sich einerseits in Passivität: der Kranke scheint kaum mehr Anteil an den Vorgängen seiner Umwelt zu nehmen (z.B. Mutismus und Stupor). Andererseits ist auch *der* Schizophrene autistisch, der in seinem Wahn-erleben befangen ist und sich nicht so verhalten kann, wie es der ihn umgebenden Realität entsprechen würde. Autismus kann als Schutz vor ängstigend erlebter Beziehung oder auch vor der Begegnung mit der Welt insgesamt verstanden werden und als Rückzug in eine weniger gefährdete Position.

Der Kranke beachtet die Notwendigkeiten der jeweiligen Situation nicht oder jedenfalls nicht ausreichend, redet z.B. in der Patientenrunde entweder gar nicht oder aber zu lange bzw. ohne Bezug zum Thema. Er stellt unerfüllbare Ansprüche, weil er die Realität in veränderter, autistischer Weise erfährt. Er spricht beim Arzt vor sich hin, als ob er allein wäre; er fragt etwas, ohne Antwort zu erwarten oder ohne die Antwort zu verwerten. Er äußert Wünsche, ohne im Falle der Gewährung hiervon rechten Gebrauch zu machen. Er wirkt abwesend und isoliert.

232 Zu beachten ist, dass »Autismus« in verschiedenem Sinne gebräuchlich ist: hier als ein Merkmal der Schizophrenie, weniger im Sinne eines Symptoms als einer Einstellung des schizophrenen Menschen zur Welt insgesamt (Realitätsbezugsstörung). Andererseits ist »Autismus« ein Krankheitsbegriff (frühkindlicher Autismus). Im weiteren Wortsinne bedeutet Autismus nicht-krankhafte Abwendung von der Umwelt und Selbstbezug, aber ohne jenen Verlust an Realitätsbeziehung wie beim Schizophrenen. In Verbindung mit Ich-Störungen prägt der Autismus das schizophrene Erleben und Verhalten.

176 **Wahn.** Nachdem in einem früheren Kapitel Wahn ausführlich dargestellt wurde, können wir uns hier auf die Besonderheiten des schizophrenen Wahns beschränken. Der Kranke spricht von Verfolgern, Radargeräten und Strahlungen, Mikrofonen und Fernsehkameras, die ihn beeinträchtigen bzw. verfolgen. Dabei hat er keine Einsicht in das Krankhafte seines Erlebens. Er ist unfähig zum Überstieg, d.h. wechselnde Standpunkte und somit den jeweils richtigen einzunehmen, also unfähig zur Korrektur. Aber auch abgesehen vom Wahn fehlt dem Schizophrenen im Allgemeinen das *Krankheitsbewusstsein*. Das gilt allerdings mehr für akute als für chronische Stadien der Krankheit.

180 Wahn wird zuweilen als inhaltliche Denkstörung bezeichnet und den sog. *formalen Denkstörungen* gegenübergestellt. Das ist nicht sinnvoll, denn Wahn lässt sich nicht auf gestörte Denkfunktionen reduzieren, sondern betrifft das Erleben und Leben des Kranken insgesamt.

Halluzinationen. Bei keiner anderen Psychose sind Halluzinationen so bedeutsam wie bei der Schizophrenie. Am häufigsten sind *akustische Halluzinationen*: die Kranken hören Geräusche verschiedener Art, Summen, Pfeifen, Donnern, Klopfen, Schritte usw.; häufiger sind *Stimmen*, die flüstern, rufen, schimpfen und drohen. Als Urheber der Stimmen nennen die Schizophrenen bestimmte Personen ihrer früheren oder gegenwärtigen Umgebung. Oft sind es Verfolger im Rahmen ihres Wahns. Wahn und Halluzination hängen eng zusammen. Dass die Stimmen über weite Entfernungen zu hören sind, bedarf für den Kranken keiner Erklärung. Meist hat der Patient zugleich Angst, seltener sind die Stimmen freundlich.

➤ *Mit den Worten eines Patienten, eines 24-jährigen Angestellten:*

(Sie sagten mir, Zacharias sei nicht mehr derjenige, der Sie anspricht?) Nein. Ich habe es bis jetzt noch nicht in Erfahrung bringen können; er schweigt, er sagt nichts. (Können Sie sich mit dieser neuen Stimme auch unterhalten?) Selbstverständlich. (Sprechen Sie auch manchmal von sich aus die Stimme an?) Ja, auch. (Ist das jederzeit möglich?) Jederzeit möglich, sobald ich wach bin, wenn ich schlafe, geht es nicht. Dann vielleicht im Traum, wenn ich etwas Bestimmtes träume oder so, dann höre ich den Kommentar wohl auch dazu. (Auch im Traum?) Auch im Traum. Dann höre ich so was, was er denkt. (Aber Sie haben jetzt im Augenblick noch keine Vorstellung, wem diese neue Stimme gehören könnte?) Nein. (Haben Sie den Wechsel von der Stimme des Zacharias zu der neuen Stimme richtig mitbekommen?) Richtig... voll mitbekommen. Er hat sich ganz langsam und sicher aus mir zurückgezogen. Er hat mich das spüren lassen, dass er jetzt fortgeht.

(Und die neue Stimme? Könnten Sie genauer sagen, wie die gekommen ist?) Ja, das hat umgewechselt, dann kam ein anderer und ging langsam in mich rein. (Der ist jetzt gegenwärtig?) Der ist gegenwärtig. (Sie haben mir aber auch noch von Stimmen berichtet, die Sie als Nebestimmen bezeichnen. Können Sie dazu noch etwas sagen?) Na, wenn ich im Bett liege abends. Meistens ist es abends dann, wenn ich schlafen gehen will. Dann sprechen die Stimmen, also nicht unbedingt durcheinander, aber eine nach der anderen regelmäßig und bestimmte Substantive und Adjektive... (Ergeben diese Wortfolgen für Sie einen Sinn?) Manchmal ist das schon ein Sinn, was mich betrifft. (Also, dass das für Sie einen Sinn gibt, aber für andere nicht verständlich wäre, meinen Sie es so?) Wenn andere diese Stimmen hätten, könnten sie damit bestimmt nichts anfangen.

Das geht meistens abends los, und die sprechen dann in einer ganz bestimmten Lautstärke, nicht zu laut, nicht zu leise, dass ich es gut verstehe. (Die ganze Zeit gleichlaut?) Die Lautstärke bleibt gleich. Dann sprechen sie über Blumentopf, grüne Erde, Krankenhaus, Dr. M., das Fass, ... hast Du denn noch Probleme? So in dem Stil, in der Art. Die Hauptstimme stört mich nicht. Gar nicht. Das ist eher angenehm. (Und die Nebestimmen?) Die Nebestimmen stören mich manchmal ständig, zu 50% stören sie mich, zu 50% ist das wohl angenehm. Die Hauptstimme ist für mich der Lebensweg, durchaus eine Lebenshilfe. (Sie sagten mir auch einmal, das Vorhandensein der Stimmen ist für Sie ein Beweis, dass es ein Leben nach dem Tode gibt?) Ja. (Das ist auch für Sie wichtig?) Ja, darauf hat sich auch meine Krankheit aufgebaut....«

In diesem Interview spricht der Patient von begleitenden und von Stimmen, die sich unterhalten; zum Teil werden sie als angenehm empfunden.

Das Gehörte besteht im Allgemeinen aus einzelnen Wörtern oder kurzen Sätzen. Längere Reden sind selten. Zuweilen spricht der Patient mit seinen Stimmen, oder er hört Stimmen, die sich miteinander unterhalten. Manche Stimmen begleiten das Tun des Kranken, z.B. »jetzt steht er auf – er soll zum Essen gehen«. Andere Kranke beschreiben ihre Stimmen als Hören ihres augenblicklichen Denkens; dieses *Gedankenlautwerden* kann als eine Art Gespräch ohne Partner interpretiert werden.

➤ *Mit den Worten des Patienten:*

»Das Belastende daran ist, dass meine sämtlichen Gedanken, die ich still zu mir sage, aber durch die Schallwellen verbreitet werden, abgehört werden. Es gibt für mich praktisch keine Intimsphäre mehr. Alle Gedanken, die mir einfallen, werden sofort abgehört...sie tun das, weil es mir persönlich etwas ausmacht...und sie daran Spaß haben, mich psychisch zu quälen. Deshalb sprechen sie mit mir, was mich insofern quält, als ich das Gefühl habe, ihnen antworten zu müssen, weil ich direkt von außen angesprochen werde...«

So erlebt ein 53-jähriger Mann (Lehrer) Gedankenausbreitung und Abgehörtwerden.

281 *Optische Halluzinationen* sind seltener; sie lassen sich von denen bei organischen Psychosen unterscheiden. Halluzinatorisches Sehen von Umweltobjekten, z.B. von kleinen und lebhaft bewegten Tieren, ist für das Delir charakteristisch, bei Schizophrenen kommt es kaum je vor. Während beim Delir die optischen Halluzinationen kaum einen Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen erkennen lassen und wie zufällige pathologische Produktionen der gestörten Wahrnehmung wirken, sind sie bei Schizophrenen in deren paranoid-halluzinatorisches Erleben verwoben. Im Verfolgungswahn, zumal auf dem Höhepunkt der paranoiden Angst, sieht der Kranke »zwei schwarze Hände aus der Wand steigen« oder »einen Kopf aus dem Bett«. Manche optische Sinnestäuschungen von Schizophrenen stehen den Pseudohalluzinationen nahe.

Wie das Wesentliche der akustischen Halluzinationen weniger im Hören als im Angesprochenwerden liegt, so handelt es sich auch bei den optischen Trugwahrnehmungen dieser Kranken mehr um ein Angeblicktwerden als um einen aktiven Vorgang. Der Schizophrene fühlt Blick und Stimme auf sich gerichtet. Halluzinationen sind also weniger Sinnesbetätigung als Ausgeliefertsein und weisen auf eine Störung der mitmenschlichen Kommunikation hin.

Geruchs- und Geschmackshalluzinationen beinhalten zumeist Vergiftungsängste im Zusammenhang mit einem Verfolgungswahn. In Getränken und Speisen meint der Kranke einen besonderen Geschmack festzustellen, er riecht Eigentümliches und wähnt giftige Gase.

Trugwahrnehmungen des Tastsinnes (*haptische* oder *taktile Halluzinationen*) und der Leibgefühle (*halluzinatorische Körpermissempfindungen*) sind bei Schizophrenen häufig und vielgestaltig. Die Kranken fühlen sich elektrisch, magnetisch, durch Bestrahlung oder andere physikalische Vorgänge beeinflusst und verändert. Sie verspüren ein Brennen, Stechen und an den inneren Organen ein Zerren, Schneiden oder Anfressen. Der Herzschlag werde gestört, der Stuhlgang gehemmt, der Harn zurückgehalten und vor allem das Geschlechtsorgan beeinflusst, und zwar stets von außen. Männer fühlen Reißen und Brennen am Genitale, der Samen werde abgesaugt und überhaupt die Kraft entzogen. Frauen fühlen sich missbraucht, vergewaltigt, geschändet. Die Leibhalluzinationen werden meist in absurder Weise geschildert.

Von Leibhalluzinationen unterscheiden sich die *Coenästhesien* (krankhafte Leibgefühle, Körpermissempfindungen) dadurch, dass sie nicht als von außen gemacht empfunden werden. Die Kranken leiden unter Leibgefühlen wie Schwäche, Zug, Taubheit, Steifigkeit, Fremdheit.

Halluzinationen der verschiedenen Sinnesgebiete kommen in akuten schizophrenen Episoden häufig nebeneinander vor. Der Patient hört die Schritte und drohenden Stimmen der Verfol-

ger, er fühlt die Blicke der Umwelt auf sich gerichtet, und er riecht oder schmeckt das Gift. Er verspürt körperliche Beeinflussungen, und alles zusammen steht für ihn in Zusammenhang mit einem großen Verfolgungskomplot. Das paranoid-halluzinatorische Syndrom ist jedoch nicht immer auf ein Thema ausgerichtet; häufiger noch, besonders in späteren Verlaufsstadien, verliert es seine Einheit und wird instabil; die Wahnvorstellungen und Halluzinationen treten inkonstant und mit wechselnden Inhalten auf.

Während der Gesunde ständig zahlreiche Wahrnehmungen ignorieren kann, ist der Schizophrenie seinen Halluzinationen ausgeliefert, meist erlebt er sie angstvoll. Manche Schizophrenie sind allerdings durch ihre Wahrerlebnisse und Halluzinationen auffallend wenig beunruhigt. Im chronischen Stadium erscheint mancher Kranke trotz Fortbestehens des paranoid-halluzinatorischen Erlebens weniger gequält und wenig im Verhalten gestört.

Therapeutisch ist zu beachten, dass die paranoid-halluzinatorische Symptomatik relativ leicht reduziert und behoben werden kann. Wenn aber der Kranke sich zuvor mit seinem Wahn und seinen Stimmen sozusagen eingerichtet, also ein gewisses seelisches Gleichgewicht erreicht hatte, kann die medikamentöse Aufhebung der paranoid-halluzinatorischen Symptome erneut zu Verunsicherung und sogar Angst führen. Andere Kranke vermissen nach der neuroleptischen Medikation ihre zuvor angenehm oder sogar lustvoll erlebten Stimmen.

Katatone Symptome. Gemeint sind die Störungen der Motorik und des Antriebes. Im *Stupor* bewegt sich der Kranke kaum und spricht auch nicht (*Mutismus*). Dabei ist er wach und bewusstseinsklar, sogar in besonderem Maße beeindruckbar. Er nimmt die Vorgänge seiner Umgebung mit ungewöhnlicher Empfindlichkeit wahr, kann sich aber nicht an ihnen beteiligen. Das ist aus nachträglichen Schilderungen dieser Patienten zu erfahren. Im Stupor sind Angst, Wahn und Halluzinationen besonders quälend. Die Betreuung des stuporösen Patienten erfordert daher besondere Umsicht und Feinfühligkeit.

Von einer *Katalepsie* spricht man, wenn man Körperteile des Kranken in beliebige, auch unbequeme Stellungen bringen kann und sie dann darin länger verharren, als es dem Gesunden möglich ist; von einer *Flexibilitas cerea* (wächserne Biegsamkeit), wenn man bei der passiven Bewegung der Extremitäten einen ausgesprochen zähen Widerstand verspürt.

Andererseits kommen als katatone Symptome *psychomotorische Unruhe* und Erregung vor. Die Kranken sind ständig in Bewegung, laufen hin und her, machen Kniebeugen und andere Turnübungen. Oder sie werden aggressiv, zerstören, was ihnen in die Hände kommt, und greifen andere an, oder sie verletzen sich selbst. In *katatonen Erregungszuständen* kann das Bewusstsein vorübergehend leicht getrübt sein, was sonst bei der Schizophrenie nicht vorkommt. Die Herzfrequenz kann beschleunigt, die Körpertemperatur erhöht sein (wie auch im katatonen Stupor).

Katatone Hyperkinesen haben (anders als die meist blitzartigen, unkoordinierten und unregelmäßigen choreatischen Hyperkinesen) meist einen rhythmischen Ablauf. Solche *Bewegungsstereotypien* sind:

Klopfen mit den Fingern, Klatschen der Hände, Nicken des Kopfes, Wippen des Fußes, Vorbeugen des Rumpfes, stereotypes Gehen mit bestimmter Schrittzahl, ununterbrochen hin und zurück. In leichteren Fällen beobachtet man Reiben der Hände, Schmatzen der Lippen und Grimassieren (Paramimie), mehrfaches Öffnen und Schließen von Knöpfen an der Kleidung, bestimmte stereotyp wiederholte Bewegungen mit Messer und Gabel beim Essen, masturbatorische Stereotypien etc. Katatone Bewegungsstereotypien können mit Befehlsautomatie (s.u.) verbunden sein. Es gibt auch Stereotypien der Sprache: Wiederholen einzelner sinnlos wirkender Worte oder Sätze (Verbigerationen), wobei Neologismen bevorzugt werden.

Als *Manieriertheit* oder Manierismen bezeichnet man gewisse Posen, die manche Schizophrene immer wieder oder auch anhaltend einnehmen. So imitieren sie etwa eine bestimmte Persönlichkeit oder sie zeigen den Ausdruck der Arroganz oder Blasiertheit.

Die *Sperrung*, die bereits bei der schizophrenen Denkstörung erwähnt wurde, äußert sich auch im übrigen *Antriebsverhalten*: der Patient will etwas tun, hält aber mitten in seiner Bewegung (z.B. der zur Begrüßung ausgestreckten Hand) inne. Das Extrem einer Sperrung ist der katatone Stupor. In anderen Fällen erscheint der Antrieb weniger gesperrt als erlahmt; diese *Abulie* hängt eng mit dem Autismus zusammen.

Weitere schizophrene Antriebsstörungen sind *Negativismus* und Befehlsautomatie. Der negativistische Kranke tut nicht, was man von ihm erwartet, sondern das Gegenteil. Wenn man sich ihm zuwendet, kehrt er sich ab. Bei der *Befehlsautomatie* führt der Patient willenlos und kritiklos aus, was ihm aufgetragen wird. Er ahmt Bewegungen und Verhaltensweisen, die er in seiner Umgebung sieht, automatenhaft nach. *Echopraxie* nennt man das Nachahmen von Bewegungen, *Echolalie* das Nachsprechen. Es scheint, als ob bei diesen Schizophrenen der eigene Antrieb durch Übernahme fremder Impulse und durch mechanisches Wiederholen ersetzt wird. Negativismus und Befehlsautomatie können wechselweise auftreten.

Psychodynamisch können die katatonen Symptome als Ausdruck der schwersten psychotischen Bedrohung des Ich bei Unmöglichkeit einer Abwehr interpretiert werden, insbesondere die Panik der Erregung und des Stupors. Manche Bewegungsstereotypen dienen dem in seiner Eigenbestimmung (Ich-Aktivität) tiefst gestörten Kranken dazu, sich seiner selbst zu vergewissern, sich zu überzeugen, dass er noch zu einem Handeln (wenn auch nur in dieser rudimentären Form) fähig ist. Der Katatone, der mit dem Kopf gegen die Wand stößt, fühlt im Schmerz, dass er noch lebt (Selbstverletzungen sprechen daher nicht immer für Suizidabsichten). Auch im Hyperventilieren gewinnt der Kranke die Erfahrung des Lebendigseins, wenn seine Ich-Vitalität tief gestört ist.

Sperrung und Stupor, Negativismus und Befehlsautomatie können als extreme und bizarre Ausdrucksformen der gestörten zwischenmenschlichen Kommunikation des Schizophrenen angesehen werden. Solche Überlegungen, die auf Erfahrungen im Umgang mit Schizophrenen beruhen, sind weniger als Versuche einer ätiologisch-pathogenetischen Erklärung des schizophrenen Krankseins zu verstehen denn als Erfassen des Sinngehaltes der schizophrenen Symptomatik. Sie können wesentlich zu einem verbesserten Umgang mit dem Kranken und zur Therapie beitragen.

Die katatonen Symptome, unter ihnen vor allem so beeindruckende wie Katalepsie, sind inzwischen seltener und milder geworden, was mit der aktiveren Therapie der Schizophrenen in Zusammenhang gebracht wird. Sie waren offensichtlich auch durch die ungünstigen Lebensumstände, insbesondere Hospitalisierung dieser Kranken mitbedingt. Schwerer als die akuten und dramatischen katatonen Symptome ist aber die Erlahmung des Antriebs therapeutisch zu beeinflussen, die als dynamische Reduktion den Verlauf bestimmen und zu einem Residualzustand führen kann.

Ich-Störungen, Störungen der Person. Zahlreiche Schizophreniesymptome lassen sich aus Ich-Störungen ableiten und als Desintegration des Ich zusammenfassen. Die Polymorphie der Schizophrenie-Symptomatik wird darauf zurückgeführt, dass die Krankheit das Ich mit unterschiedlicher Stärke und unterschiedlichem zeitlichen Ablauf (akut bis chronisch) angreift und dass das Ich mit verschiedenen Maßnahmen des Abwehrens reagiert. In schweren Fällen kommt es zur Fragmentation des Ich.

Man unterscheidet (nach SCHARFETTER) fünf »basale Dimensionen des Ich-Bewusstseins«, die bei Schizophrenen gestört sein können:

- Störung der *Ich-Vitalität*, der Gewissheit der eigenen Lebendigkeit, z.B. im katatonen Stupor oder Erregungszustand, im hypochondrischen oder im Weltuntergangswahn. Beispiele: »Lebe ich noch?« – »Mein Gesicht, das ist Plastik, lebt nicht.«
- Störung der *Ich-Aktivität*, der Gewissheit der Eigenbestimmung des Erlebens, Denkens und Handelns, z.B. im wahnhaften Fremdbeeinflussungs- oder Verfolgungserleben. Beispiel: »Ich bin mechanisiert.«
- Störung der *Ich-Konsistenz*, der Gewissheit der Einheit seiner Selbst. Beispiele: »Ich bin zerfallen.« – »Der Rumpf ist halbiert. Ich bin 4 Menschen.«
- Störung der *Ich-Demarkation*, der Abgrenzung des Eigenbereiches, z.B. im Erleben von Derealisation, Isolierung und Autismus; die Grenzen von Ich und Umwelt sind verwischt. Beispiele: »Meine Gedanken verbreiten sich überall hin.« – »Ich bin ungeschützt. Alles dringt in mich ein.«
- Störung der *Ich-Identität*, der Gewissheit des eigenen Selbst, schließlich äußert sich in zahlreichen katatonen Symptomen und Wahnerlebnissen. Beispiele: »Man lässt mich nicht sein, der ich bin.« – »Ich wusste nicht mehr sicher, dass ich der Uli bin.«

➤ Mit den Worten des Patienten.

»Es fehlt ein kleines bisschen, ein sehr, sehr kleines bisschen. Den Zusammenhang gilt es noch herauszufinden, aber zwei Freunde haben mich hierher gebracht. (Und in welchem Zusammenhang?) Den Zusammenhang gilt es noch herauszufinden, zumindest einmal hier...hier wo ich jetzt, letztendlich natürlich auch... (Sie wissen nicht, weshalb Sie hier sind?) Ich glaube schon, aber ich weiß es nicht genau, das wäre erst noch zu beweisen. (Können Sie vielleicht sagen, was Sie meinen?) Zu beweisen, mein Vater hier, um es beweisen zu können. (Ich versteh das jetzt nicht so recht, was wollen Sie beweisen?) Dass ich ein Sohn meines Vaters bin, und dass mein Vater, eben mein Vater ist Werner U., und ich heiße Peter U., und mir ist nicht genau klar, ob ich jetzt der Sohn bin und ob er demzufolge dann nach logischen Schlussfolgerungen mein Vater ist. Das ist eigentlich das, weshalb ich hier bin. Letztendlich ich möchte einfach herausfinden, wo gehört die Familie zusammen, wer ist mein Vater, wer Bruder, Schwester, Mutter usw. ...«

Der Patient leidet an einer Störung der Ich-Identität.

Wenn man in diesem Sinne die Schizophrenie-Symptome nicht nur beschreibt und benennt, sondern darüber hinaus eine funktionelle, finale Interpretation versucht, erkennt man in manchem zunächst unsinnig und unverständlich anmutenden Verhalten einen »pathologischen Sinn«. Je mehr das gelingt, desto besser kann ein verständnisvoller und therapeutischer Umgang mit dem Patienten zustande kommen.

Entfremdungserleben, das bei neurotischen Störungen (in der Adoleszenz) häufiger ist, kommt auch bei Schizophrenen vor, meist aber in anderer Ausprägung. Den Verlust der »Meinhaftigkeit« verbindet der Schizophrene häufig mit dem Erleben des von außen »Gemachten«. Die erlebte Entfremdung führt er auf Fernbeeinflussung, Hypnose, Bestrahlung usw. zurück. Die schizophrene Depersonalisation hat also paranoiden Charakter. Die Störungen des Ich-Erlebens des Schizophrenen gehen jedoch hierüber hinaus.

➤ Mit den Worten des Patienten:

»...als ob ich mich in einer Traumwelt befände, wenn man so will, und ich weiß auch nicht, ob ich da meinetwegen Sachen gesehen habe, die gar nicht da waren. Ich will sagen, es war nur alles ein bisschen, ein Zustand der Glückseligkeit oder so, dass alles irgendwie so ein bisschen schöner aussah, alle Leute sahen schöner aus, alles war irgendwie leicht milchig, nicht irgendwie milchig, aber immer so wie, ich schätze, man könnte das filmtechnisch auch nachmachen, so etwas. Ich habe gehört, dass Leute, die gerade ein Kind bekommen haben, auch sich 2–3 Tage in so einer Art Traumwelt befinden, wo alles unwahrscheinlich schön und nett und weich aussieht. Es ist auch alles nicht sehr weit weg, seitdem ich da runtergeholt wurde.

(Runtergeholt von wo?)

Ja, von diesem da oben da, irgendwie war ich nicht mit den beiden Beinen auf dem Boden, ich schwebte eher durch die Gegend, ich hatte das Gefühl, allmächtig zu sein. Nicht so, dass ich mir vorkam wie ein Gott oder so, ich dachte mir erst, das wäre so normal und das Leben geht erst los. (...) Ich hatte eine Art Größenwahn oder so, ich weiß nicht, das große Spiel des Lebens, ein bisschen draußen herumlaufen und alle Leute unter den Tisch reden, weiter geht's, ja, und dann hab' ich es wieder geschafft, so ein bisschen in der Art.«

Der 23-jährige Student beschreibt rückblickend Veränderungen des Ich-Erlebens, insbesondere Entfremdungserleben.

Überblick. Die Beschreibung der zahlreichen *Schizophreniesymptome* zeigt, dass alle psychischen Funktionen betroffen sein können. Die Schizophreniesymptome treten beim einzelnen Kranken nicht sämtlich und nicht immer in starker Ausprägung auf. Zum Teil verbinden sie sich zu bestimmten Syndromen; oft sind sie wechselhaft. Aber auch wenn eine Schizophreniesymptomatik schwach ausgeprägt ist, so handelt es sich doch immer um eine tiefgreifende psychische Störung; der Kranke erlebt eine »Todeslandschaft der Seele«.

Die einzelnen Störungen lassen sich schwerlich wie Kategorien voneinander trennen. Gerade die schizophrenen Psychosen zeigen, wie eng affektive und kognitive Störungen zusammenhängen (im Sinne einer »Affektlogik«). Die verschiedenartig wirkenden Symptome konvergieren in den Störungen des Ich. Schizophrenie ist eine Erkrankung der Person insgesamt. Der Patient *hat* nicht schizophrene Störungen, sondern er *ist* schizophren. »Schizophrenie ist Angriff im Mittelpunkt der Person« (WYRSCH).

Die Beschreibungen beinhalten neben der objektivierenden Deskription so gut wie möglich auch den pathischen Aspekt, nämlich das Erleben und insbesondere Selbsterleben des Kranken. Jedoch kann in einem Lehrbuch das Erleben schizophrener Menschen nur andeutungsweise wiedergegeben werden. Wie die Patienten sich fühlen und ihre Welt erfahren, erschließt sich dem Lernenden nur im täglichen Umgang mit dem Kranken. Auch wenn eine therapeutische Beziehung gelingt, bleibt vieles im Patienten verschlossen, nicht nur seine Ängste, sondern auch seine Wünsche und Bedürfnisse.

Die schizophrenen Störungen sind nicht grundsätzlich unverständlich. Zwar sind dem psychologischen Einfühlen und Verstehen Grenzen gesetzt, doch kann feinfühliges und behutsames Eingehen auf den Kranken zu einem Verständnis seines Erlebens und Verhaltens hinführen. Manche schizophrenen Erlebnis- und Verhaltensweisen können Ausdruck eines Bewältigungsversuches des von der Krankheit betroffenen Menschen sein.

Im Schizophrensein ist die psychische Einheit gestört. Einzelne Erlebnisweisen stehen beziehungslos nebeneinander oder gegeneinander. Von dieser tiefgreifenden und weitreichenden Desintegration sind auch die Beziehungen zwischen Ich und Welt betroffen, insbesondere die zwischenmenschlichen Beziehungen. Diese Veränderungen kann der Betroffene nicht begreifen. Er erlebt sich wie in einer anderen Welt, genauer: er kommt mit der Welt (der Gesunden) nicht zurecht. Sein »Dasein« hat sich geändert. Er erkennt die Welt und auch seine eigene Verfassung, was man herkömmlich als *Krankheitsuneinsichtigkeit* bezeichnet. Genauer genommen wäre zu sagen: der Kranke ist nicht in der Lage, sich so zu erkennen und kritisch zu beurteilen, wie wir als Gesunde ihn einschätzen. Man kann diese Verkennung seiner selbst auch als eine Schutzmaßnahme sehen: Sich selbst als schizophren verändert zu beurteilen und sich so zu bezeichnen, ist noch schwerer zu ertragen, als sich mit den Unstimmigkeiten in der Beziehung zur Umwelt auseinander zu setzen. Wenn die Gesunden und insbesondere die an der Behandlung Beteiligten das berücksichtigen und nicht erwarten, dass sich der Patient als krank bewertet, kommt das dem therapeutischen Umgang mit dem Patienten und dem Arbeitsbündnis für die Behandlung zugute.

196

16.2 Syndrome/Subtypen

Angesichts dieser vielgestaltigen Symptomatik und der nicht weniger unterschiedlichen Verläufe (siehe unten) fehlte es nicht an Bemühungen, eine Einteilung in Untergruppen zu finden. Bei der Konzeption des Krankheitsbildes beschrieb KRAEPELIN drei Unterformen: paranoid-halluzinatorische, hebephrene und katatone Schizophrenie. Damit sind Syndrome gemeint, nicht etwa eigene Krankheiten. Jeweils handelt es sich um das Hervortreten eines Symptomenkomplexes, auch bei der später hinzugekommenen Schizophrenia simplex (insbesondere Grundsymptome oder Basisstörungen). Allerdings können diese Syndrome vielfach ineinander übergehen und im Verlauf einander abwechseln. Spezielle genetische Muster zeichnen sich für diese Subtypen nicht ab.

In ICD 10 sind folgende Kategorien hinzugekommen:

- *Undifferenzierte Schizophrenie* (F 20.3): das schizophrene Krankheitsbild ist keinem der vorgenannten Syndrome eindeutig zuzuordnen. Hier handelt es sich also nicht um einen weiteren Typus.
- *Postschizophrene Depression* (F 20.4), die bereits beschrieben wurde.
- *Schizophrenes Residuum* (F 20.5), das im Zusammenhang des Verlaufes beschrieben wird.

195

209

Die Bedeutung dieser Subtypisierung für die Klinik bzw. für die Klassifikation ist begrenzt, man hält aber hieran fest, solange es keine überzeugendere Einteilung gibt. Auf gewisse Beziehungen zwischen diesen Syndromen und Verlaufsmerkmalen sowie Therapieindikationen wird hingewiesen werden.

Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (F 20.0). Schizophrenien können akut mit einem paranoid-halluzinatorischen Syndrom beginnen. Häufiger sind Vorstadien mit uncharakteristischer Symptomatik. Längsschnittuntersuchungen haben gezeigt, dass bei 80% der chronischen Schizophrenien wenigstens einmal im Verlauf der Krankheit eine Wahnsymptomatik auftrat.

Schizophrenien mit rein paranoid-halluzinatorischer Symptomatik beginnen später als andere Formen. Der Erkrankungsgipfel liegt erst im 4. Lebensjahrzehnt, bei ca. 35% noch später. Wenn die Krankheit im fünften Lebensjahrzehnt oder danach ausbricht, spricht man von Spätschizophrenien. In diesen Fällen kommt es nur wenig zu Persönlichkeitsveränderungen und Residualzuständen; die paranoid-halluzinatorische Symptomatik kann jedoch chronisch werden.

Katatone Schizophrenie (F 20.2). Die akute katatone Symptomatik hat im Allgemeinen eine relativ günstige Prognose. Meist bestehen neben katatonen Symptomen auch Wahn und Halluzinationen. Bei chronisch verlaufenden Schizophrenien und bei ausgeprägten Residualzuständen fehlen katatone Symptome selten. Bei Spätschizophrenien kommen katatone Formen kaum vor.

Die *episodische Katatonie* ist ein besonderer Verlaufstyp: akut auftretende und stark ausgeprägte katatone Symptomatik, gute therapeutische Beeinflussbarkeit, kurze Dauer der jeweiligen Krankheitsepisoden, Tendenz zu erneuter Erkrankung, aber weniger zum Residualzustand. Diese Form steht den schizoaffectiven Psychosen nahe.

269

Perniziöse Katatonie. Neben den katatonen Symptomen treten bei dieser Form hohes Fieber (ohne nachweisbare Infektion), Kreislaufstörungen, Exsikkose, Zyanose und evtl. Hämorrhagien auf. Die Kranken sind entweder hochgradig erregt oder aber stuporös mit stark erhöhtem Muskeltonus und sichtbarer affektiver Gespanntheit (stille Erregung). Der Zustand ist oft lebensbedrohlich.

Früher verliefen die perniziösen Katatonien meist letal, daher auch die Bezeichnung »akute tödliche Katatonie«. Bei den heutigen Behandlungsmöglichkeiten gilt das jedoch nicht mehr. Die Abgrenzung gegenüber ähnlichen Syndromen bei Encephalitis und gegenüber dem malignen neuroleptischen Syndrom kann schwierig sein.

358

Hebephrene Schizophrenie (F 20.1) äußert sich in unernster, »alberner« Gestimmtheit und »Oberflächlichkeit« sowie Enthemmung, häufig verbunden mit Grimassieren, Manierismen, reichlichem und wenig geordnetem Reden und auch Wahnideen. Mit diesem Syndrom kann eine Schizophrenie beginnen, die bereits in die puberale Reifeentwicklung eingreift und diese karikiert. Ursprünglich wurde die Hebephrenie nur in diesem Entstehungszusammenhang gesehen und mit einer ungünstigen Prognose bedacht. In Wirklichkeit kommt hebephrene Symptomatik auch in anderen Lebensphasen vor und verläuft nicht immer ungünstig. Die meisten »early onset schizophrenias« zeigen eine paranoid-halluzinatorische oder schizoaffective Symptomatik. Nur oberflächlich erinnern manche schizophrene Jugendliche an Hebephrene, wenn sie scheinbar spielerisch zwischen normalem und »verrücktem« Verhalten hin- und herschalten.

Schizophrenia simplex (F 20.6). Der Beginn ist fast unmerklich, und auch der Verlauf bleibt undramatisch. Es treten keine akuten Syndrome mit paranoid-halluzinatorischer oder katatoner Symptomatik auf. Allmählich, und anfangs für die Umgebung kaum spürbar, entwickeln sich die Grundsymptome der Schizophrenie.

Wenn die Kranken zum Arzt kommen, liegt der Beginn meist viele Jahre zurück. Sie haben allmählich an Vitalität und Dynamik eingebüßt, sind schließlich durch Mangel an Initiative und Schwunglosigkeit aufgefallen, die beruflichen Leistungen haben mehr und mehr nachgelassen. Die mitmenschlichen Beziehungen und überhaupt der Realitätsbezug sind verkümmert, die Kranken sind autistisch geworden. Denkstörungen sind meist nachweisbar, akzessorische Symptome fehlen im Allgemeinen, allenfalls werden einzelne wahnhaft Erlebnisse und leichte katatone Symptome, z.B. Grimassieren berichtet. Die Krankheit verläuft meist langsam progredient und führt, wenn auch nicht ausnahmslos, zu Residuen.

Bei dieser Form ist die schizophrene Symptomatik also auf ihre Grundsymptome beschränkt. Es handelt sich nicht um eine abortive Form, sondern um eine Kerngruppe der Schizophrenien. Die Möglichkeiten der therapeutischen Beeinflussung sind geringer als bei Schizophrenien, die mit akuten Manifestationen und mit akzessorischen Symptomen verlaufen.

209

16.3 Verlauf und Prognose

Schizophrenie bei Kindern. Die frühesten Formen schizophrener Psychosen finden sich bei acht- oder neunjährigen Kindern. Sie sind extrem selten. Sprachzerfall, Kontaktverlust und affektive Störungen stehen im Vordergrund. Etwas häufiger kommen schizophrene Erkrankungen in der Zeit der Pubertät vor. Sie nehmen meist einen langwierigen symptomarmen Verlauf. Der erste wirklich deutliche Häufigkeitsanstieg für den Krankheitsbeginn mit akuter paranoid-halluzinatorischer und schizoaffektiver Symptomatik liegt zwischen 17 und 18 Jahren.

Schizophrenie bei noch kleineren Kindern ist unmöglich, weil die schizophrenen Symptome des Denkens, Sprechens, der Wahrnehmung und Affekte eine vorherige Differenzierung dieser Fähigkeiten voraussetzen, die erst im Schulalter erreicht wird. Für die Diagnose einer Schizophrenie ist daher zu fordern, dass bis zum Erkrankungsbeginn eine hinreichende normale Entwicklung stattgefunden hat, insbesondere der Aufbau des Realitätsbezugs unauffällig verlaufen ist, bevor er verlorenging. Die Erkrankung muss als *Knick in der Entwicklung* imponieren. Dieser Knick grenzt die kindliche Schizophrenie vom kindlichen Autismus (Autismus infantum) ab, der sich bei genauer Anamnese stets bis zur Geburt oder bis zu den ersten 2 ½ Jahren zurückverfolgen lässt.

Beginn in der Pubertät. Jede puberale Symptomatik, die unter dem Bild nachlassender Schulleistungen, sozialen Rückzugs, unbestimmter Befindensstörungen und allgemeiner Antriebsprobleme in Erscheinung tritt, kann rückblickend als Prodromalphase einer beginnenden schizophrenen Erkrankung gewertet werden. Erst recht gilt dies für Krisen mit Depersonalisation, Derealisation und Zwangssymptomen, für Zweifel an der Identität und richtigen Körpergestalt (dysmorphe Störung) und für hypochondrische Befürchtungen. Weiterhin können ab der Pubertät markante und behandlungsbedürftige depressive Verstimmungen einsetzen, die sogar den Verdacht einer phasischen affektiven Erkrankung wecken, vor allem bei Wechsel mit hypomanischen Phasen. Für alle genannten Erscheinungen einer akzentuierten Pubertät gilt freilich, dass sie auch nach kurzer Frist wieder zurückgehen und einer unauffälligen Entwicklung Platz machen können. Mit dem Satz »in der Pubertät ist alles möglich« meinte E. KRETSCHEMER, dass jedes psychopathologische Symptom in dieser Altersphase eine offene Prognose hat.

Beginn in der Adoleszenz. Erst wenn sich die unspezifischen puberalen Störzeichen nicht zurückbilden, sondern bis zur Adoleszenz als Wesensänderung verdeutlichen, kann rückblickend von einem puberalen Krankheitsbeginn ausgegangen werden. Eine solche Erkrankung hat tiefgreifende Folgen für den Persönlichkeitsaufbau. Der gesamte Prozess der Autonomieentwicklung wird empfindlich gestört. Häufiger kommt es im Rückblick auf die Vorgeschichte einer Schizophrenie aber vor, dass eine puberale Störung nicht besonders auffällt oder wieder in Vergessenheit gerät. Erst nach der Pubertät, d.h. in größerer zeitlicher Nähe zum manifesten Beginn der Erkrankung, kommt es zu einer uncharakteristischen Wesensveränderung. Die Jugendlichen ziehen sich stärker zurück, werden empfindsam oder ungewohnt lebhaft und oppositionell. Sie konsumieren dabei erstmals Drogen. »Pseudoneurotisches« Jugendverhalten dieser Art kommt bei etwa 70% späterer Schizophrenien vor.

Nach Abklingen der Erkrankung ergreifen die psychisch stabileren Jugendlichen rasch die Flucht in die Normalität, auch wenn eine erhöhte Vulnerabilität fortbesteht. Patienten, die bereits vorher weniger gefestigt waren, haben oft erhebliche Probleme mit ihrer Autonomieentwicklung. Sie tendieren zu regressivem Verhalten, versinken während der Behandlung in tiefe Abhängigkeit und drohen anschließend zu verwahrlosen. Neben der Art der schizophrenen Symptomatik sind auch die familiären Beziehungen mit ihren oft konflikthafteren Verstrickungen und die Probleme bei der Verselbständigung wesentlich für den Verlauf, vor allem aber ein etwaiger Drogenkonsum.

Beginn bei Erwachsenen. Die meisten Schizophrenien beginnen bei männlichen Kranken zwischen 20 und 25, bei Frauen zwischen 25 und 30 Jahren, allgemein seltener jenseits von 30 Jahren. Der spätere Beginn bei Frauen wird mit einer protektiven Wirkung von Östrogen (auf D₂-Rezeptoren) zu erklären versucht. Die Häufigkeitskurve fällt bei Frauen langsamer ab. Spätschizophrenien sind bei Frauen häufiger.

Lange vor den ersten eindeutig psychotischen Symptomen treten ungewohnte Verhaltensweisen und Äußerungen auf, die nicht sogleich als krankhaft erkannt werden, sondern irgendwie verändert und z.T. unverständlich wirken oder auch neurotisch anmuten (pseudoneurotische Züge). Zuweilen sind diese Veränderungen flüchtig. Oft bestehen aber leichtere psychische (insbesondere depressive) Störungen über längere Zeit; die uncharakteristischen Vorstadien können Monate, oft Jahre dauern, bis sich schließlich, teils durch Erlebnisfaktoren ausgelöst, eine eindeutige und schwere Symptomatik manifestiert. Ein akuter Beginn ist demgegenüber seltener. Wie im Jugendalter liegt auch bei Erwachsenen der Ausbruch der Erkrankung immer häufiger in einer Phase des Missbrauchs von Drogen und wird von diesem Missbrauch begünstigt (drogeninduzierte Schizophrenie).


Weiterer Verlauf. Nach Abklingen der Ersterkrankung ist der weitere Verlauf der Schizophrenien sehr unterschiedlich, keineswegs immer ungünstig. Es ist eine immer noch weit verbreitete Fehlinformation, dass häufiges Wiedererkranken, Chronifizierung und Residualzustand die Regel seien. Bei bis zu 20% heilt die Ersterkrankung folgenlos aus, der Betroffene bleibt symptomfrei; allerdings ist die schizophrene Erkrankung für das Selbsterleben des Betroffenen nicht folgenlos.

Bei anderen Patienten kommt es zu Wiedererkrankungen in unterschiedlichen Zeitabständen und mit unterschiedlicher Häufigkeit. Diese Rezidive resultieren nicht nur aus der Eigengesetzlichkeit des Verlaufs, sondern stehen auch mit

somatischen, psychischen und sozialen Einflüssen im Zusammenhang (sog. Stressoren), des Weiteren mit den Bewältigungsmöglichkeiten des Patienten (coping) und nicht zuletzt mit unzulänglicher oder abgebrochener Neuroleptikabehandlung. Die ist bei der Langzeitbehandlung zu beachten.

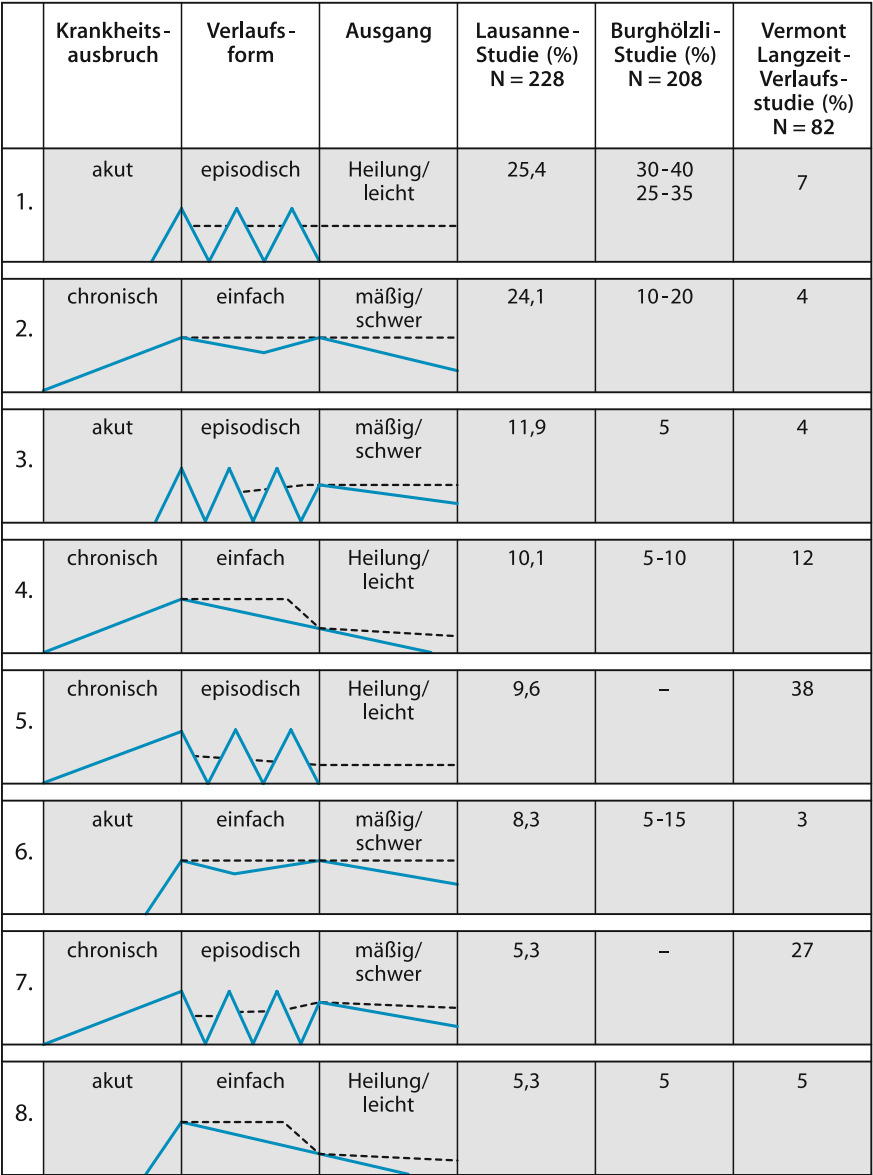
Die Wiedererkrankungen, *Episoden* genannt, dauern in der Mehrzahl um drei Monate lang an. Bei einem solchen *episodischen Verlauf* erschöpft sich die Krankheitsaktivität im Allgemeinen nach sechs bis sieben Episoden. Im Mittel tritt nach 5jähriger Krankheitszeit keine Verschlechterung mehr ein, sondern eher eine Verbesserung. Und auch nach jahrelangem oder jahrzehntelangem ungünstigen Verlauf sind spontane oder therapeutisch bewirkte Besserungen möglich, vereinzelt auch Heilungen. »Der Verlauf ist nicht einheitlich, sondern bis zuletzt offen, wie das Leben selbst« (C. MÜLLER). Die einzelne Episode kann folgenlos abklingen, so dass der Betroffene im Intervall praktisch gesund ist. Nicht selten aber hinterlässt sie Folgen in Form von Persönlichkeitsveränderungen. Die Ausbildung dieser *Residuen* und die Auswirkungen auf das Leben des Patienten werden nicht allein durch die Krankheit bewirkt, sondern sind auch von psychosozialen Faktoren abhängig. Bei leichterem Residualzustand kann der Betroffene durchaus anpassungs- und arbeitsfähig sein (*soziale Remission*).

Nur bei einem kleineren Teil, bei etwa einem Viertel der Kranken, ist der Verlauf ausgesprochen ungünstig: die Episoden hinterlassen bleibende und zunehmende Veränderungen der Persönlichkeit, mit jedem Rezidiv verstärkt. Nur noch ca. 10% werden pflegebedürftig. Die Hospitalisierungsdauer zeigt den Wandel an. Sie ist durch die heutige Therapie auf ca. ¼ oder weniger zurückgegangen. Ungefähr 50 bis 60% der Kranken erreichen heute eine *soziale Remission* mit Erwerbstätigkeit. Durch Verbesserung der Therapie kann dieser Anteil vermutlich noch erhöht werden. Allerdings sind körperliche Morbidität und Mortalität bei Schizophrenen höher als in der Allgemeinbevölkerung, z.T. wohl wegen comorbider Abhängigkeitskrankheiten; auch ist die Suizidrate mit ca. 10% sehr hoch.

Eine Übersicht der unterscheidbaren Verlaufsformen und ihrer Häufigkeit zeigt  Abb. 8. Die hier und von anderen Autoren mitgeteilten Zahlen differieren erheblich, was methodisch bedingt ist und auch mit dem Untersuchungszeitpunkt zusammenhängt, nämlich mit zwischenzeitlichen therapeutischen Fortschritten. Die Untersuchungen weisen aber in *eine* Richtung: alte Zahlen waren zu ungünstig ausgefallen, da man nur von Krankenhauspatienten, also einer negativen Selektion, ausgegangen war. In den letzten ca. 40 Jahren hat sich die Prognose der Schizophrenie durch Pharmakotherapie und Psycho-Soziotherapie wesentlich verbessert. Man rechnet heute damit, dass die Hälfte bis ⅔ der Erkrankten gesund oder wesentlich gebessert werden.

Die präpuberalen und puberalen Psychosen mit mindestens einmonatiger Anfangssymptomatik und auch die Adoleszentenpsychosen schneiden prognostisch relativ schlecht ab. Sie greifen in den unfertigen Reifungsprozess ein, und dieser wirkt ungünstig auf die Krankheit zurück. Die Compliance ist schlecht. Behandlungskonzepte, die Früherkennung und Nachbehandlung optimieren, könnten evtl. bessere Ergebnisse erzielen.

Prädiktoren. Im Einzelfall ist es schwer, zu Beginn der Erkrankung eine zuverlässige *Prognose* zu stellen. Statistisch sprechen für eine günstige Prognose: späte Ersterkrankung, akuter Krankheitsbeginn, ausgeprägte affektive Symptomatik, auch psychoreaktive Auslösung der schizo-



■ **Abb. 8.** Schematische Darstellung von Verlaufstypen schizophrener Psychosen in 3 Studien (nach Häfner 2000)

phrenen Episode, unkomplizierte Persönlichkeitsstruktur vor der Erkrankung, ausgeglichenes emotionales Familienmilieu, gute prämorbid Anpassung. – Hinweise auf eine ungünstige Prognose sind: schleichender Krankheitsbeginn, Hinweise auf kortikale oder subkortikale Atrophie im CCT und insbesondere Alkohol- oder Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit als comorbide Störung.

Aber auch wenn eines oder mehrere dieser Merkmale festgestellt werden, ist zu bedenken, dass der Verlauf auch von psychosozialen Gegebenheiten abhängig und therapeutisch modifizierbar ist.

Schizophrenien im Alter. Mit fortschreitendem Lebensalter treten, auch bei chronischer Verlaufsform, die schizophrenen Symptome meist zurück. Das Senium hat einen geradezu mitigierenden Einfluss auf die schizophrene Psychose (Erstmanifestationen kommen im fortgeschrittenen Lebensalter selten, im Senium nicht mehr vor). Rezidive mit akuter Symptomatik werden seltener. Insgesamt wird die Symptomatik einförmiger.

Andererseits findet man lange Hospitalisationszeiten im Alter, was aber oft soziale Gründe hat. Neuroleptika brauchen diese Kranken weit weniger als in den früheren Lebensphasen. Die körperliche Gesundheit ist bei ihnen häufig schlechter als bei nicht schizophrenen Menschen, hauptsächlich mangels Gesundheitspflege und -vorsorge während der vorausgegangenen Zeit. Altersdemenz ist bei Schizophrenen fraglich häufiger als bei anderen Menschen.

Residuen. Wenn Schizophrenien ungünstig verlaufen (siehe oben), dann (vom Suizid abgesehen) stets in bestimmter Richtung, nämlich auf ein schizophreses Residuum hin (F 20.5). In diesen Residualzuständen sind mehr Grundsymptome als akzessorische Symptome festzustellen; Wahn und katatone Symptome treten meist in den Hintergrund. Kennzeichnend sind vielmehr Störungen des Denkens, Erlahmen des Antriebes, Verarmung der Affektivität und vor allem Autismus, das »Einspinnen in die eigene Gedankenwelt« und der Verlust aller Umweltkontakte. Diese Störungen sind mehr oder weniger ausgeprägt.

➤ *Mit den Worten des Patienten.* Was den schizophrenen Residualzustand kennzeichnet, ist schwerlich nur aufgrund eines schriftlichen Textes zu erkennen, also ohne Beobachtung des Verhaltens. Diese 68-jährige Kranke sprach langsam und unbestimmt, sagte kaum etwas Wesentliches, antwortete zum Teil an den Fragen vorbei. Dabei zeigte sie wenig Mimik. Aus dem Gespräch werden hier einige Passagen wiedergegeben:

(Erzählen Sie uns kurz, was Sie für Beschwerden haben). »Im Moment ein bisschen warm. (Sonst bedrückt Sie nichts?) Nee, eigentlich nicht. ...ein bisschen mit dem Rücken. (Was bewegt Sie denn so im Moment?) Gar nichts, ich muss mich bewegen...(Geht irgendetwas in Ihnen vor?) Gar nichts, im Moment bin ich ganz ruhig, jetzt ist es schön warm. ...

(Woran liegt das denn wohl, dass es Ihnen besser geht?) Sehr wenig gearbeitet, die frische Luft immer. (Was machen Sie denn zu Hause?) Alles was anfällt...und Putzen, Nähen, bisschen Handarbeiten. (Geht Ihnen das gut von der Hand?) Ja, das geht mir ganz gut von der Hand...etwas Lesen und wenn ich da so jemanden habe, der mich um was bittet und was hat, tue ich ihm den Gefallen. (Gab es in der letzten Zeit irgendwelche Schwierigkeiten?) Nein, eigentlich nicht, ein bisschen Stress will ich sagen. (Warum mussten Sie denn hier aufgenommen werden?) Ja, das weiß ich nicht. (Was denken Sie denn?) Ja, das Bezahlen, das kann man ja nicht immer machen...(Hat der Arzt Ihnen geholfen?) Ja, der war sehr nett.«

Während dieses Gespräches wirkt die Patientin, die langsam und modulationsarm spricht, als ob sie abwesend wäre und ins Leere schaut. Sie ist freundlich, aber nur scheinbar zugewandt, mehr auf sich selbst bezogen (Autismus).

Diese Residuen sind nicht allein als direkte Krankheitsfolge, sondern auch als Ergebnis der Auseinandersetzung des Betroffenen mit der Krankheit anzusehen. Der Patient, der in seiner Vitalität reduziert erscheint und sich autistisch verhält, ist von der Lebensrealität ein Stück weit abgerückt. Er hat sich sozusagen hinter einen Schutzwall zurückgezogen, der ihn gegen Ansprüche, die ihn überfordern würden, und gegen erneute Aktualisierungen stärkerer schizophrener Störungen schützt. Dabei werden, wie sich in der Psychotherapie chronisch Schizophrener zeigt, auch frühere unbewältigte Konflikte abgewehrt. Diese Psychodynamik des Residualzustandes ist allerdings im Einzelfall nur selten überzeugend nachweisbar.

Eine Gewichtung derjenigen Faktoren, die zur Ausbildung eines Residualzustandes beitragen, ist schwer möglich. Gesichert ist aber, dass die Entwicklung von Residualzuständen durch äußere Faktoren gefördert wird, vor allem durch Inaktivität und Isolierung des Kranken (*Unterstimulation*). Die Situation des Schizophrenen in Krankenhäusern älteren Stils hatte solchen Entwicklungen Vorschub geleistet. Was als krankheitsbedingter und schicksalhafter Defekt angesehen wurde, ist zu einem beträchtlichen Teil Hospitalisierungsfolge (sog. *Anstaltsartefakt*).

16.4 Diagnose und Abgrenzung

Es ist wichtig, eine Schizophrenie rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Eine übereilte diagnostische Etikettierung führt jedoch häufig zu therapeutischer Resignation und zur Erschwerung der Rehabilitation (Stigmatisierung oder sog. Labeling effect).

Diagnostische Schwierigkeiten treten ein, wenn sich der Krankheitsprozess schleichend mit den geschilderten Prodromalerscheinungen entwickelt. Endgültige Klärung bringt oft erst der weitere Verlauf. Sicher zu erkennen sind Schizophrenien an den Grundsymptomen wie Denkstörungen, Autismus und Ambivalenz; diese Symptome kommen in typischer Ausprägung nicht bei anderen Psychosen vor. Wahn, Halluzinationen, katatone Erscheinungen hingegen können für sich allein die Diagnose einer Schizophrenie nicht begründen.

Es gibt jedoch besondere Kriterien des paranoid-halluzinatorischen Erlebens, die zusammen mit einigen anderen Merkmalen auf eine Schizophrenie hinweisen: »Gedankenlautwerden, Hören von Stimmen in Form von Rede und Gegenrede, Hören von Stimmen, die das eigene Tun mit Bemerkungen begleiten, leibliche Beeinflussungserlebnisse, Gedankenentzug und andere Gedankenbeeinflussung, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, sowie alles von anderen Gemachte und Beeinflusste auf dem Gebiet des Fühlens, Strebens (der Triebe) und des Willens.« Diese »Symptome ersten Ranges« (SCHNEIDER) sind beweisend für eine Schizophrenie, wenn kein Anhalt für eine somatische Verursachung (etwa durch eine Hirnkrankheit oder eine Droge) gegeben ist.

Als Klassifikationskriterien führt ICD-10 neben den eben genannten paranoid-halluzinatorischen Symptomen auch Denkstörungen, bestimmte katatone Symptome und insbesondere als »negative« Symptome Antriebs- und Affektstörungen nach Art der Grundsymptome auf.

Mehr noch als Einzelsymptome kann oftmals für den erfahrenen Untersucher der *Gesamteindruck* des Fremdartigen, der Ferne und der Unzugänglichkeit diagnostisch wegweisend sein,

der durch die Ich-Störung und Desintegration des Erlebens und Verhaltens des Schizophrenen entsteht. Der Untersucher vermisst *die* Beziehung zum Gegenüber, die er bei Gesunden und auch bei Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen anzutreffen pflegt. In einer schwer beschreibbaren Weise sind viele Schizophrene vom Untersucher getrennt, wie durch eine gläserne Wand. Die Diagnose Schizophrenie ist ohne persönliche Untersuchung des Kranken nicht möglich. Aus der besten Beschreibung der Symptomatik kann man nur mit Wahrscheinlichkeit auf eine Schizophrenie schließen.

Standardisierte Verfahren: Mehr der Wissenschaft als der Klinik dienen Research Diagnostic Criteria (RDC) und Present State Examination (PSE).

Tests werden in der Schizophreniediagnostik nur wenig angewandt. *Fragebögen* zur Erfassung subjektiv erlebter Krankheitssymptome sind in ihrer Spezifität umstritten.

Oft wird gefragt, ob der Arzt die Diagnose Schizophrenie dem Patienten und seinen Angehörigen mitteilen soll. Dabei ist zu bedenken, dass in den meisten Fällen die Betroffenen längst an diese Diagnose denken und oft falsche Informationen (Internet) im Kopf haben, so dass eine sachliche Aufklärung eher eine gewisse Erleichterung mit sich bringt. Man sollte in der geeigneten Form auf die Symptomatik und insbesondere die Prognose der Krankheit eingehen und sich dabei nicht allzu sehr scheuen, von Schizophrenie zu sprechen, über die sich die meisten Angehörigen bereits im Lexikon oder in Ratgeberschriften informiert haben. Eine gewisse Kompromissformulierung ist »Psychose«; so drücken sich auch viele Kranke aus.

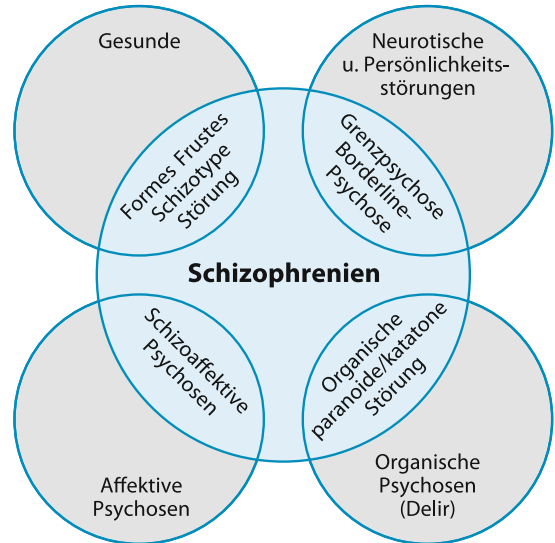
Abgrenzung und Differentialdiagnose sind nach vier Richtungen (■ Abb. 9) vorzunehmen:

1. *Gegenüber psychischer Gesundheit.* So tiefgreifend und schwerwiegend die schizophrenen Störungen auch sind, gibt es doch Hinweise dafür, dass sie nicht durch eine scharfe Grenze von psychischer Gesundheit getrennt sind (siehe oben), sondern ein Kontinuum ohne Einschnitt besteht. Ein gewichtiger Hinweis ist das Auftreten gewisser schizophreneartiger Störungen im familiären Umkreis psychisch Kranker. Dabei handelt es sich nicht um das vollausgeprägte Krankheitsbild Schizophrenie, sondern um eine abortive Form, die man auch *latente Schizophrenie* oder *formes frustes* nennt. Diese Menschen fallen als Sonderlinge oder Eigenbrötler auf, durch mangelnde Anpassung und eigensinniges Verhalten, weswegen in der amerikanischen Psychiatrie auch von schizotyper Persönlichkeitsstörung gesprochen wird (ICD-10: F 21). Da es sich nicht um ein eindeutig definiertes Krankheitsbild handelt, sollte auf die Diagnose verzichtet werden.

2. *Gegenüber neurotischen und Persönlichkeitsstörungen.* In diesem Grenzgebiet gibt es (nicht sehr häufig) die sog. Grenzpsychosen (auch pseudoneurotische oder Borderline-Schizophrenien genannt). Symptomatologisch kennzeichnend sind hypochondrische Fehlhaltung, Entfremdungserleben, vage Beziehungsvorstellungen, ausgeprägte Depressivität und Suizidalität, aber nicht Denkstörungen und Ich-Störungen in der für Schizophrenien charakteristischen Form, selten Wahn und katatone Symptome. Daneben findet man Merkmale von Angst- und Zwangsstörungen. Der Verlauf ist meist langwierig, die Behandlung sehr schwierig. Psychodynamisch zeigen sich Überschneidungen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Klassifiziert* werden diese Störungen nach ICD-10 ebenfalls unter F21.

3. *Gegenüber affektiven Psychosen.* In den weitaus meisten Fällen ist die Unterscheidung anhand der Symptomatik und des Verlaufes zuverlässig möglich. Es gibt jedoch ein Übergangsgebiet dieser Psychosenkreise: die sog. schizoaffectiven Psychosen. Eine möglichst genaue diagnostische Bestimmung ist aus therapeutischen Gründen angezeigt.

■ **Abb. 9.** Abgrenzung der Schizophrenien



4. *Gegenüber organischer Psychose (Delir)*, die zwar im Allgemeinen mit ihrer charakteristischen Symptomatik verläuft, gelegentlich aber mit schizophrener oder schizophrenieähnlicher Symptomatik. Das gilt besonders für pharmakogene und toxische Psychosen bei Stimulantenabusus, Rauschgiftmissbrauch und Alkoholismus. Auch die Chorea Huntington, die Pick-Krankheit und die Progressive Paralyse können im Anfangsstadium, Encephalitiden in späteren Krankheitsabschnitten Psychosen hervorrufen, die Schizophrenien täuschend ähnlich sehen. In diesen Fällen spricht man von organisch-paranoidem bzw. organisch-katonem Syndrom usw. (F 06.0–06.2). Daher muss – auch bei typischer schizophrener Symptomatik – zunächst eine Hirnkrankheit bzw. andere körperliche Krankheit mit Hirnbeteiligung ausgeschlossen werden, bevor die Diagnose Schizophrenie gestellt wird.

16.5 Ätiopathogenese

Wir kennen nicht *die* Ursache der Schizophrenien, und nach dem heutigen Wissensstand ist es auch unwahrscheinlich, dass die Schizophrenien auf eine einzige Ursache zurückzuführen sind. Die psychiatrische Forschung hat eine Reihe von Entstehungsbedingungen nachgewiesen. Diese Befunde zur Ätiologie und Pathogenese werden in den folgenden Abschnitten kritisch erörtert und danach in Form einer vorläufigen Theorie zusammengefasst.

Genetische Faktoren. *Familienuntersuchungen* haben gezeigt, dass unter Verwandten schizophrener Patienten weit mehr schizophrene Erkrankungen auftreten als in der Allgemeinbevölkerung. Während das allgemeine Risiko um 1% liegt, beträgt es für die Eltern von Schizophrenen 6%, für Geschwister 9%, für Kinder 13% und für Enkel 5% (aus methodischen Gründen differieren die Studienergebnisse zu den jeweiligen Risiko-

populationen z.T. erheblich, so dass hier Durchschnittswerte angegeben werden). Wenn beide Eltern schizophran sind, erkranken ca. 40% ihrer Kinder an Schizophrenie. Andererseits treten die meisten Schizophrenien ohne weitere manifeste Erkrankungen in der Familie auf.

Nähere Aufschlüsse ergaben *Zwillingsuntersuchungen*. Die neueren Studien zusammenfassend beträgt die Konkordanzrate bei eineiigen (monozygoten) Zwillingen ca. 46% (mit einer Spanne von 33–78%), bei zweieiigen (dizygoten) Zwillingen jedoch nur ca. 15% (8–28%). In den einzelnen Studien ist die Konkordanz bei eineiigen Zwillingen also 3- bis 5-mal größer als bei zweieiigen. Untersuchungen der Kinder diskordanter eineiiger Zwillinge ergaben gleich hohe Morbiditätsraten für die Nachkommen des schizophran erkrankten wie des gesunden Zwillings. Diese Befunde sind ein Beleg für einen Erbfaktor; zugleich weisen sie aber auch auf weitere Entstehungsbedingungen hin, denn bei ausschließlicher Erbbedingtheit wäre eine vollständige Konkordanz eineiiger Zwillinge zu erwarten.

Adoptionsstudien sollen zwischen Vererbung und sozialem Einfluss differenzieren. Die bisherigen Ergebnisse dieser methodisch schwierigen Untersuchungen unterstreichen den genetischen Faktor. Kinder schizophrener Mütter oder Väter, die zur Adoption gegeben wurden, erkranken häufiger schizophran als Adoptivkinder nichtschizophrener Eltern. Dabei ist die Erkrankungshäufigkeit aber auch abhängig von dem Milieu in der Adoptivfamilie; anscheinend gibt es eine Wechselwirkung zwischen genetischen Faktoren und Sozialisationsbedingungen: Nur bei genetischer Vorbelastung ist ein Unterschied im Erkrankungsrisiko in Abhängigkeit vom Milieu in der Adoptivfamilie (höheres Erkrankungsrisiko bei ungünstigen als bei ungestörten Bedingungen) festzustellen, nicht aber bei Adoptivkindern ohne genetische Belastung.

Molekulargenetische Untersuchungen, die zurzeit mit großer Intensität durchgeführt werden, versuchen Gene zu identifizieren, die im Rahmen eines mutmaßlich polygenen Erbgangs mit schizophrener Erkrankung in Verbindung gebracht werden können. Die in Frage kommenden Gene spielen u.a. eine Rolle bei der Expression präsynaptischer Proteine und der neuronalen Migration. Ein spezielles genetisches Muster zeichnet sich bisher nicht ab. – Welcher Anteil den genetischen Bedingungen zukommt (Heritabilität), ist aber bisher nicht sicher abzuschätzen; man geht heute von ca. 60% aus.

Genetische Beratung. Häufiger als früher fragen Angehörige nach der familiären Belastung. Oft gehen sie von veralteten Vorstellungen aus. Im Allgemeinen bewährt es sich, die statistischen Zahlen (s.o.) mitzuteilen (die Befürchtungen von Patient und Angehörigen gehen meist weit hierüber hinaus). Das Gespräch über die genetische Belastung soll in das psychotherapeutische Gespräch mit Patient und Angehörigen einbezogen sein, in dem es zugleich um Behandlung und Prognose und auch um die situative Belastung der Familie geht.

Neuroanatomische Befunde. Mittels CT und MRT wurden bei etwa einem Drittel bis der Hälfte der Schizophrenen Erweiterungen der Seitenventrikel, des 3. Ventrikels und der Hirnfurchen festgestellt; strukturelle Veränderungen zeigen sich vor allem im frontalen und temporalen Cortex (insbesondere Hippocampus). Diese Volumenminderungen weisen allerdings eine erhebliche Streuung auf, zudem besteht eine breite Überlappung mit den Befunden bei gesunden Probanden. Die Veränderungen korrelieren anscheinend weniger mit der Symptomatik als mit der Verlaufstendenz. Diese Veränderungen sind möglicherweise entwicklungsbiologisch zu erklären (vermutet wird eine Störung im 2. Trimenon).

Mit funktionellen bildgebenden Verfahren (PET, fMRT) wurde gezeigt, dass mit einzelnen schizophrenen Symptomen Auffälligkeiten der Aktivierung umschriebener Hirnregionen korreliert sind, insbesondere im anterioren Cingulum sowie in präfronta-

14

37

len, parietalen und auch temporalen Kortexarealen. Das Ziel solcher Untersuchungen ist eine neuroanatomische Kartierung psychopathologischer Störungen; die Veränderungen sind wahrscheinlich aber weniger Ausdruck fokaler Hirnschädigungen als der Dyskonnektivität komplexer neuronaler Netzwerkverbände. So finden sich auch bei Schizophrenen im Vergleich zu gesunden Probanden Unterschiede in den bei der Bearbeitung kognitiver Aufgaben aktivierten neuronalen Netzwerken.

Neuroradiologische Untersuchungen in Zusammenhang mit Zwillingsstudien zeigten, dass von eineiigen Zwillingen der schizophranen Kranke die genannten Ventrikelerweiterungen in stärkerem Ausmaß aufweist als der gesund gebliebene Zwilling. Es kann vermutet werden, dass bei beiden eine gewisse Anomalie besteht, die bei dem einen, später erkrankten Zwilling möglicherweise durch eine erworbene Hirnschädigung akzentuiert worden ist.

Prä- und perinatale Schädigung. Schwangerschafts- und *Geburtskomplikationen* finden sich in der Anamnese Schizophrener häufiger als bei Kontrollprobanden. Kinder schizophrener Mütter erkranken häufiger, wenn bei der Entbindung Komplikationen auftraten; die Rate schizophrener Erkrankungen ist hier auch höher als bei Kindern gesunder Mütter mit vergleichbar schweren Geburtskomplikationen. Es gibt des Weiteren Hinweise darauf, dass eine *Influenza-Infektion* der Mutter während des 2. Schwangerschaftstrimenons mit einem erhöhten Risiko des Kindes einhergeht, später schizophren zu erkranken. Ob damit auch der wiederholt replizierte Befund in Zusammenhang steht, dass die Geburtsmonate Schizophrener gehäuft im Winter liegen, ist unklar. Auch *intra-uterine Mangelernährung* kann anscheinend ein Risikofaktor sein, wie die erhöhte Rate schizophrener Erkrankungen bei Kindern von Müttern zeigt, die in der Frühschwangerschaft massiven Hungerzuständen ausgesetzt waren.

Auch wenn diese Risikofaktoren im Einzelfall zwar durchaus von Belang sein können, ist ihre Bedeutung in der Ätiopathogenese schizophrener Erkrankungen insgesamt jedoch gering.

Perinatal erworbene *Hirnschädigungen* (vor, während oder im ersten Jahr nach der Geburt) sind bei einem Teil der Schizophrenen auch anamnestisch zu eruieren; diskrete neurologische Abweichungen (soft signs) können ein zusätzlicher Hinweis hierauf sein. Da sie nicht bei allen Schizophrenen festzustellen ist, kann die perinatale Hirnschädigung nur als eine Teilbedingung angesehen werden. Sie ist als ein unspezifischer Risikofaktor der psychischen Entwicklung zu bewerten, der zur Vulnerabilität beiträgt. Die hiermit verbundenen Teilleistungsschwächen können den Aufbau normaler Realitätsbezüge behindern und somit zur Entstehung schizophrener Psychosen beitragen. Der Aufbau des Realitätsbezuges als eine Leistung, die jedes Kind im Vorschulalter bis hinein ins Grundschulalter bewältigen muss, ist von verschiedenen Faktoren abhängig, zu denen auch die neurophysiologische Leistungsfähigkeit, die Reizaufnahme und Reizdifferenzierungsfähigkeit, die Verarbeitungsfähigkeit und Speicherungsfähigkeit des kindlichen Gehirns gehören. Mit den Teilleistungsschwächen überschneiden sich die genannten Basisstörungen.

Neurochemische Befunde. Die Suche nach ätiopathogenetisch belangvollen Veränderungen somatischer Funktionen, insbesondere des Stoffwechsels, blieb lange Zeit ohne wesentliches Ergebnis. Erst nach Einführung neuroleptischer Medikamente in die psychiatrische Therapie und bei der Untersuchung ihrer Wirkungsweise ergaben sich Einblicke in Neurotransmitterfunktionen. So entstand auch die bereits erklärte *Dopamin-Hypothese der Schizophrenien*. Doch sind auch andere Neurotransmitter beteiligt; u.a. gibt es Hinweise auf eine Unterfunktion des glutamatergen Systems (Ketamin, ein Anästhetikum und Antagonist des NMDA-Glutamatrezeptors kann schizophrene

Symptome verstärken). Auch das serotonerge System wird im Zusammenhang mit Untersuchungen zum Wirkmechanismus der atypischen Neuroleptika erneut diskutiert. Es wird eine Dysbalance der verschiedenen Systeme vermutet.

Ein anderer pharmakologischer Zugang wurde von der Untersuchung der sog. *Modellpsychosen* erwartet. Verschiedene Medikamente und Drogen können Psychosen hervorrufen, die in ihrer Symptomatik Ähnlichkeiten mit Schizophrenien aufweisen. Das sind u.a. LSD 25, Mescaline, Amphetamine, Cocain und Phencyclidin. Jedoch zeigte sich klinisch, dass diese pharmakogenen Psychosen nicht den Schizophrenien gleichzusetzen sind (weder in der Symptomatik noch hinsichtlich des Verlaufes), und auch neurochemisch gibt es bisher keine beweisenden Parallelen.

Neuroendokrinologisch wird insbesondere die Bedeutung des hypothalamisch-hypophysären Nebennierenrinden-Systems diskutiert, auch die Funktion von Wachstumshormon und Prolaktin.

Neuroimmunologie. Nachdem früher schon rheumatische, allergische und Virus-Hypothese diskutiert worden waren, wurde mit modernen neuroimmunologischen Methoden bei Schizophrenen eine Aktivierung des Immunsystems festgestellt, ähnlich wie bei Infektionskrankheiten. Ob aber eine Viruskrankheit bzw. Autoimmunkrankheit pathogenetisch eine Rolle spielt, ist ungesichert. Allerdings gewinnen unter diesem Aspekt pränatale Infektionen erneut an Interesse.

Somatische Erkrankungen. Die Annahme, dass körperliche Faktoren an der Schizophrenie-Genese beteiligt sind, stützt sich auch auf klinische Beobachtungen. Zwar lässt sich in den meisten Fällen keine Beziehung zwischen einer körperlichen Erkrankung und dem Ausbruch einer Schizophrenie feststellen, aber bei einem kleinen Teil stehen Beginn oder/und Verlauf der Psychose in so engem Zusammenhang mit einer Körperkrankheit, dass man schwerlich ein nur zufälliges Zusammentreffen annehmen kann.

Wenn eine schizophrene Symptomatik in engem zeitlichem Zusammenhang mit einer schweren Körperkrankheit auftritt und zugleich mit ihr auch wieder abklingt, so ist nicht eine Schizophrenie, sondern eine organische (symptomatische) Psychose mit schizophreniformem Erscheinungsbild anzunehmen. Diese früher auch als sog. symptomatische Schizophrenien bezeichneten Störungen werden bei verschiedenen körperlichen Grundleiden beobachtet, z.B. bei Enzephalitiden, progressiver Paralyse, Hirntraumen, Stoffwechselkrankheiten. Häufiger sind sie bei Intoxikationen mit Psychoanaleptika und Halluzinogenen.

Diese Psychosen werden heute als organisch-paranoides Syndrom bzw. organisch-katatones Syndrom bezeichnet (ICD-10: F 06.0 bis 2). Hierbei tritt die schizophrene Symptomatik meist nur vorübergehend auf (sog. Durchgangssyndrom) und in Verbindung mit den geläufigen Symptomen organischer Psychosen (Delir).

282

Somatische Auslösung. Anlässlich einer körperlichen Erkrankung tritt eine Schizophrenie auf (ohne dass die pathophysiologischen Zusammenhänge geklärt werden könnten) und verläuft dann wie andere Schizophrenien. In diesen Fällen wird vermutet, dass die interkurrente körperliche Erkrankung zur Manifestation der Psychose, für die eine hohe Krankheitsbereitschaft besteht, beiträgt. Spezifische somatische Auslöser gibt es anscheinend nicht.

Psychosoziale Faktoren. Klinische Erfahrungen und systematische Untersuchungen sprechen eindeutig dafür, dass auch psychosoziale Faktoren an der Entstehung der Schizophrenien (und deren Verlauf) beteiligt sind. Diese Befunde sind natürlich schwerer zu beweisen als naturwissenschaftliche Forschungsergebnisse. Im Einzelnen:

Psychoreaktive Auslösung. Belastende Lebenssituationen (*life events*) sind vor schizophrenen Erkrankungen überzufällig häufig, wie systematische Vergleiche mit Gesunden zeigen. Allerdings gewinnt man über das Leben der verschlossenen und autistischen Kranken nicht immer genug Informationen, um die Häufigkeit und die pathogenetische Wertigkeit von Belastungen zuverlässig zu ermitteln. Auch ist zu bedenken, dass eine Häufung von kritischen Lebensereignissen vor Ausbruch der Psychose durch die sich im Prodromalstadium einstellenden Veränderungen mitbedingt sein könnte. Daher sind die Zahlenangaben unterschiedlich. Vermutlich ist aber eine psychoreaktive Auslösung schizophrener Episoden nicht selten; sie ist eine Bedingung unter anderen.

Dabei kommt Belastungen wie körperliche Überforderung, Notsituationen usw. anscheinend weniger Bedeutung zu als emotionaler Überstimulation bzw. Unterstimulation. Zu beachten sind insbesondere Konflikte in den zwischenmenschlichen Beziehungen: einerseits sind es Mangel an Zuwendung und Verlust menschlicher Verbindungen, andererseits können zu viel Nähe und zu große Intimität Schizophrene überfordern. Angst vor der Gefahr, Mitmenschen übermäßig nahe zu kommen, bei gleichzeitig starkem Bedürfnis nach mitmenschlicher Nähe und Liebe, ist der charakteristische Ambivalenzkonflikt des Schizophrenen. Eine enge mitmenschliche Beziehung ohne Angst, ohne Gefahr für das eigene Ich erleben zu können, ist für diese Kranken ein kaum lösbares Problem. Distanzverminderung scheint häufiger als Distanzvergrößerung eine Veranlassungssituation für die Erkrankung zu sein.

Zuweilen ist die psychoreaktive Auslösung so dramatisch und eindrucksvoll, dass man früher geneigt war, von einer *schizophrenen Reaktion* zu sprechen. Jedoch zeigt der weitere Verlauf, der von anderen schizophrenen Verläufen nicht abweicht, dass es sich nicht um eine eigene Krankheitsform handelt.

219

Im *Verlaufs* sind Wiedererkrankungen besonders häufig, wenn sich *Angehörige* überengagiert verhalten, nämlich übermäßig kritisch, feindselig oder aber überfürsorglich (*high expressed emotions*). Lebt der Kranke mit solchen Angehörigen viele Stunden am Tag zusammen, ist das Rezidivrisiko erhöht, insbesondere wenn er keine Neuroleptika einnimmt. Hieraus ist allerdings nicht zu folgern, dass diese Patienten nicht zu Hause leben sollten; als Konsequenz ergibt sich vielmehr, dass die zu erwartenden Konflikte psychotherapeutisch bearbeitet und die Familienangehörigen in die Therapie einbezogen werden sollen, zumal sie in ihrer eigenen Betroffenheit selbst hilfebedürftig sind. Manche Verläufe zeigen, dass den einzelnen schizophrenen Manifestationen jeweils gleichartige Belastungen vorausgingen, also individuell-spezifische Auslösungen.

Allerdings ist oft schwer zu bestimmen, ob derartige Ereignisse und Erlebnisse zeitlich vor dem Ausbruch der Psychose lagen oder aber selbst das erste Zeichen der Erkrankung waren. Bei genauer Analyse der Situation wird deutlich, dass zwischen dem noch nicht kranken und dem schizophrenen Erleben zeitlich nicht scharf unterschieden und daher der Beginn der Psychose meist nicht eindeutig festgelegt werden kann. Präpsychotisches Konflikterleben und psychotische Erlebnisveränderung sind eng verzahnt.

Durch die Teilnahme an gruppendynamischen, meditativen und ähnlichen Übungen und Veranstaltungen werden (infolge ich-labilisierender Vorgehensweisen) nicht selten Schizophrenien ausgelöst.

Psychodynamische Aspekte. Wenn man versucht, in das schizophrene Erleben tiefergehend Einblick zu gewinnen, bietet die analytische Ich-Psychologie hierzu Möglichkeiten an. Das Ich kann hier nicht jene Abwehrmaßnahmen einsetzen, wie sie von neurotischen und Persönlichkeitsstörungen her bekannt sind, sondern es kommt zu einer Niederlage des Ich (FEDERN) und infolgedessen zu den beschriebenen schizophrenen Ich-Störungen.

201

Infolge der psychotischen Schwächung des Ich kommt es zu einer Störung der sog. Ich-Grenze, also der Fähigkeit zwischen innerer und äußerer Wirklichkeit zu unterscheiden, so dass es zur Invasion »falscher Wirklichkeiten« kommen kann. Hieraus leitet FEDERN die wichtigsten Merkmale der Schizophrenie ab: 1. Die Invasion »falscher« Wirklichkeiten, die sich in einer Überflutung durch sonst verdrängte Inhalte des Unbewussten zeigt oder in den mit dem Unbewussten zusammenhängenden Wahnerlebnissen. 2. Das geschwächte Ich kann sein Funktionsniveau nicht aufrecht erhalten; es kommt zur einer *Regression* auf eine frühere Entwicklungsstufe. Diese Regression wird bei schizophrenen Psychosen in weit radikalerer Form als bei den Neurosen beobachtet. Vor allem jugendliche Schizophrene können bis in den Zustand des Kleinkindesalters, ja des Säuglingsalters regredieren. Diese Zustände sind nun aber keineswegs prognostisch ungünstig, sondern können das erste Stadium der Remission sein; sie sind weniger als Ausdruck eines Krankheitsprozesses denn eines psychodynamischen Vorganges zu verstehen. 3. Die Instabilität der Ich-Grenzen ist weiterhin ein Grund für die Vermengung von Wirklichkeit und Phantasie und damit für die Störung des begrifflichen, abstrahierenden und integrierenden Denkens.

22

Diese Überlegungen können der sog. *Defizit-Theorie* zugeordnet werden, die aber nicht die Schizophrenieätiologie schlechthin erklären, jedoch als psychodynamisches Modell nützlich für die pluridimensionale Diagnostik und insbesondere für die Therapie sein kann. Die sog. *Konflikt-Theorie* beschreibt bei Schizophrenen andere grundlegende Konflikte als bei neurotisch Kranken und vor allem andere Abwehrmaßnahmen. Hierfür zwei Beispiele:

Bei der *Ich-Anachorese* wird die Entlastung von inkompatiblen (mit dem Ich unvereinbaren) Schuldgefühlen dadurch erreicht, dass sich das Ich von ihnen zurückzieht. Im Gegensatz zur Verdrängung bleiben hier die Inhalte im Bewusstsein, verlieren aber ihre Ich-Qualitäten, so dass sich das Ich für die ich-fremd gewordenen Inhalte nicht mehr verantwortlich fühlt. Durch diese Ich-Anachorese können z.B. körperliche Empfindungen sexueller Art zum Gefühl einer Beeinflussung von außen werden oder eigene Gedanken zu Fremdd Gedanken in Form von Eingebungen und akustischen Halluzinationen. Die Ich-Anachorese ist eine ultima ratio, wenn inkompatible Inhalte mit besonderer Intensität und Penetranz in das Ich einbrechen und nicht abgewehrt werden können. Das ist der Fall, wenn eine Ich-Schwäche oder mangelhafte Ich-Besetzung besteht, so dass eine aktive Auseinandersetzung oder auch eine Verdrängung nicht möglich ist.

Ein anderer Abwehrvorgang ist die Identifikation mit einer mythischen Figur. Bei dieser *Ich-Mythisierung*, die ebenfalls eine mit Wahnbildung einhergehende Form der Schuldentlastung ist, erfolgt eine Entrückung aus der persönlichen Existenz. Aber nicht Belastungen an sich, sondern bestimmte Konflikte sind Risikofaktoren für die Schizophreniemanifestation zu werten, genauer gesagt: die misslungenen Konfliktverarbeitungen eines geschwächten Ich unter Einsatz anderer Abwehrmaßnahmen als bei neurotischen und Persönlichkeitsstörungen.

Wie weit die geschilderten Vorgänge in die Psychose hineinführen oder aber bereits Anzeichen des psychotischen Einbruchs sind, kann kaum entschieden werden. Aber auch unabhängig von der Frage nach der ätiologischen Relevanz sind diese Befunde für den therapeutisch überlegten Umgang mit dem Patienten und für Behandlungsschritte im Einzelnen von großer Bedeutung.

Entwicklungspsychologische Beiträge. Die beschriebene Ich-Schwäche besteht bei manchen Kranken bereits seit der frühen Kindheit: schon im Säuglingsalter zeigt sich geringe mimische, motorische und soziale Aktivität. Später ist weder die psychische Entwicklung auffallend verzögert, noch klagen die Eltern über Erziehungsschwierig-

keiten; sie beschreiben häufig eher ein geradezu braves Kind, das bei genauerem Nachfragen aber einen Mangel an Spontaneität und Reagibilität erkennen lässt.

Aus einer derartigen Fügsamkeit kann dominierendes Verhalten der Eltern resultieren, welches seinerseits zu Abhängigkeit des Kindes (insbesondere von der Mutter), Unselbständigkeit, mangelhafter Widerstandskraft, also zu Ich-Schwäche führt.

Diese Kinder zeigen kaum eine Trotzphase, entwickeln wenig Kontakte, in der Schule sind sie eher passiv und unauffällig. Die Pubertätszeit verläuft auffallend ruhig. In den darauffolgenden Jahren und in der Adoleszenz kontrastieren Ich-Schwäche und Lebensanforderungen immer mehr. Zusammenfassend spricht man von einer basalen Schwäche der Ich-Konstitution.

Soweit diese Erfahrungen anamnestisch gewonnen wurden, können sie als wenig beweiskräftig in Frage gestellt werden. Aber auch große prospektive Kohortenstudien zeigen bereits in der frühen Kindheit der später Erkrankten vermehrt motorische Auffälligkeiten, Störungen im Sprachverständnis und der kognitiven Entwicklung sowie der sozialen Kompetenz. Sie sind wahrscheinlich auch nicht spezifisch für diese Kranken. Dass diese Perspektive sinnvoll ist, lehren auch die prospektiven Entwicklungsuntersuchungen von THOMAS und CHESSE: Bereits in den ersten Lebenswochen und -monaten ließen sich Temperamentsstrukturen erkennen, die bei späteren wiederholten Nachuntersuchungen bemerkenswert konstant wieder angetroffen wurden. Wie weit diese Temperamentsstrukturen anlagebedingt sind, muss dahingestellt bleiben; die Befunde sprechen aber dafür, dass psychische Strukturen nicht allein durch Umweltbedingungen zustande kommen. Unbeschadet zahlreicher offener Fragen kann die konstitutionelle Ich-Schwäche Anzeichen einer erhöhten *Vulnerabilität* (s.u.) sein.

180

Ein anderer Beitrag der Entwicklungspsychologie zur Schizophrenielehre geht von der »Überstiegsfähigkeit« aus. Gemeint ist die souveräne Möglichkeit, zwischen der gemeinsamen Realität, die der einzelne mit seiner Umwelt teilt, und einer individuellen Vorstellungswelt (Nebenrealität) zu wechseln. Der gemeinsame Realitätsbezug ist das Ergebnis der psychischen Entwicklung in den ersten Lebensjahren. Während beim Kleinkinde die gemeinsame Realität und eine individuelle Vorstellungswelt noch gleichberechtigt nebeneinander stehen, gewinnt die gemeinsame Realität bis spätestens zur Einschulung eine absolute Dominanz.

Der Aufbau dieser gemeinsamen Realität hängt in seiner Stabilität von der kognitiven Struktur, wie auch von den Informationen ab, die das Kind in den ersten Lebensjahren von seiner Umwelt erfährt. Störungen im Aufbau dieses Realitätsbezuges können sowohl kognitive Störungen als Folge ererbter oder erworbener Teilleistungsschwächen sein, wie auch anhaltend widersprüchlicher Information durch die Umwelt. Eine Instabilität beim Aufbau kann, neben anderen Faktoren, die Überstiegsfähigkeit unter Belastung beeinträchtigen und somit zur Schizophrenie disponieren.

Man kann dabei die gemeinsame oder Hauptrealität von der Nebenrealität oder Phantasie unterscheiden, wobei die letztere auch nach dem Kindesalter zwar bestehen bleibt, aber in den Hintergrund tritt und kaum geäußert wird, und gleichwohl eine große psychohygienische Bedeutung behält. Entscheidend ist der Erhalt der Unterscheidungsfähigkeit. Es bleibt abzuwarten, was die ständig zunehmenden »täuschend echten« virtuellen Welten für die Ich-Funktionen bedeuten werden.

Familienforschung. Seit langem ist bekannt, dass schwere Belastungen und Konflikte nicht erst in der Zeit vor dem Ausbruch der Krankheit festzustellen sind (psychoreaktive Auslösung), sondern bei einem großen Teil der Kranken bereits während der Kindheit: uneheliche Geburt, Vernachlässigung, psychotische oder neurotische Eltern, alkoholabhängige Väter (oder Mütter), Scheidung der Eltern, Auseinanderbrechen des Familienzusammenhaltes. Wichtiger noch als diese Merkmale des *broken home* ist die (anamnestisch allerdings schwerer zu erfassende) innere Zerrüttung der Familie: gestörte

Eltern-Ehe, Ablehnung des Kindes, inkonsequente Erziehung, ausgeprägte Geschwister-rivalitäten. Derartige Belastungen findet man in unterschiedlicher Ausprägung bei vielen Schizophrenen; sie sind aber unspezifisch. Sie können einerseits die Ich-Entwicklung beeinträchtigen und so zur erhöhten Vulnerabilität beitragen; andererseits gehen ungünstige familiäre Entwicklungsbedingungen mit einem in Abhängigkeit von der genetischen Belastung des Kindes unterschiedlichen Erkrankungsrisiko einher, wie die Ergebnisse von Adoptivstudien zeigen (s.o.).

Die *psychoanalytische Familienforschung* amerikanischer Psychiater in den 1950er Jahren hat bedeutsame Befunde zu den Kommunikationsstilen in den Familien später schizophrener Erkrankter erbracht, worauf hier nicht im Einzelnen eingegangen werden kann, auch nicht auf die double-bind-Theorie. Heute wird nicht mehr der Anspruch erhoben, so die Ätiologie der Schizophrenien erklären zu wollen.

Es wurden Einwände gegenüber der psychoanalytischen Familienforschung bei Schizophrenen erhoben: die nur mit anamnestischer Methode erhobenen Befunde seien nicht nachprüfbar; die gefundenen Familienverhältnisse seien unspezifisch, sie würden bei anderen psychisch Kranken in ähnlicher Weise vorkommen (was zutrifft); bei Nachuntersuchungen ließen sich manche Befunde nicht bestätigen; und (der gewichtigste Einwand) diese Familienbefunde seien nicht im ursächlich-ätiologischen Sinne zu interpretieren, das beschriebene Elternverhalten könne auch als Reaktion auf früh einsetzende Störungen des Kindes angesehen werden.

Jedoch hat die Familienforschung wesentliche Beiträge zum Verständnis des Erlebens schizophrener Patienten erbracht, insbesondere zu ihren frühen Interaktionen und späteren Kommunikationsproblemen. Diese Erfahrungen sind in die heutige Schizophreniebehandlung eingegangen, z.B. in den therapeutischen Umgang mit dem schizophrenen Patienten in der Verhaltenstherapie und in der Soziotherapie.

Auch nach dem Ausbruch der Erkrankung im Erwachsenenalter sind die emotionalen Beziehungen zwischen dem schizophrenen Patienten und seinen Angehörigen untersucht und in ihrer Bedeutung für die Behandlungsergebnisse und den Verlauf erkannt worden. Die Dauer und Intensität des Kontaktes sowie die Art der emotionalen Beziehungen (*expressed emotions*, abgekürzt EE) wurden ermittelt. Überengagiertes (und auch überkritisches) Verhalten der Angehörigen (*high expressed emotions*), das meist von einer ambivalenten Einstellung zum Kranken herrührt, hat sich als ungünstig herausgestellt; die Rückfallraten sind höher als bei einer ruhigen und stetigen Beziehung. Auch hier ist die Frage zu stellen, wie weit solche Beziehungsstörungen der Erkrankung *vorausgehen* oder aber Erlebnisweisen *in der* beginnenden Erkrankung sind. Jedenfalls sind die gewonnenen Erfahrungen für die Behandlung nutzbar zu machen.

Soziokulturelle Aspekte. Es gibt Hinweise dafür, dass Schizophrenien in den unteren sozialen Schichten und in den Industriezentren der großen Städte häufiger vorkommen und möglicherweise auch die schweren Formen öfter anzutreffen sind. Dies wird heute vor allem auf einen sozialen Abstieg infolge der krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen zurückgeführt (soziale Selektion). Möglicherweise können aber auch ungünstige psychosoziale Lebensbedingungen Schizophrenieerkrankungen begünstigen (soziale Verursachung).

Die Theorie, die Schizophrenie sei eine Zivilisationskrankheit, wurde durch *transkulturelle Untersuchungen* nicht bestätigt. Schizophrenien treten in sehr einfachen wie in hochentwickelten Kulturen auf. Die Symptomatik von Schizophrenien wird anscheinend nur wenig von soziokulturellen Einflüssen geprägt, sie ist in den verschiedenen Kulturkreisen und anscheinend auch Zeitepochen bemerkenswert gleichartig.

Zusammenfassung zur Ätiologie und Pathogenese.

1. Es ist eine Reihe ätiopathogenetischer Einzelfaktoren unterschiedlicher Art bekannt: genetische, morphologische, neurochemische, peristatische, entwicklungspsychologische und psychodynamische Faktoren.
2. Keiner dieser Faktoren kann für sich allein genommen die Entstehung einer Schizophrenie erklären.
3. Das Zusammenwirken mehrerer Faktoren ist erkennbar.
4. Die Verursachung der Schizophrenien ist nicht insgesamt geklärt, es gibt bisher keine vollständige Schizophrenie-Theorie.
5. Was bisher bekannt ist, spricht für eine multifaktorielle Genese im Sinne der pluridimensionalen Psychiatrie.

Wie wirken die einzelnen Entstehungsbedingungen zusammen? Das ätiopathogenetische Gefüge schizophrener Psychosen kann man sich so vorstellen: Es besteht eine Krankheitsbereitschaft im Sinne einer genetischen Anlage. Diese Disposition wird möglicherweise akzentuiert durch früh erworbene zerebrale Noxen bzw. psychische Fehlentwicklungen. Ob bei dieser Anfälligkeit eine schizophrene Psychose manifest wird, hängt von weiteren Faktoren ab, nämlich gesundheitlichen Beeinträchtigungen und psychosozialen Einflüssen. Letztere können für die Ausgestaltung der Symptomatik im Einzelnen mitbestimmend sein. Das Krankheitsbild ist auch als Ausdruck der Auseinandersetzung der betroffenen Person mit der Erkrankung zu verstehen. Manches psychotische Verhalten ist als Bewältigungsversuch zu interpretieren. Diese Vorstellungen, die voraussichtlich durch neue Befunde zu modifizieren sein werden, lassen sich im Vulnerabilitätsmodell zusammenfassen.

Vulnerabilitätsmodell. Vulnerabilität (Verletzlichkeit) ist ein anschauliches Modell, das seit langem zur Erklärung der multifaktoriellen Ätiopathogenese von Schizophrenien (und anderen psychischen Krankheiten) herangezogen wird: Wenn die Verletzlichkeitsschwelle durch Belastungen (welcher Art auch immer) überschritten wird, kommt es zur Erkrankung bzw. Wiedererkrankung. Bei niedriger Vulnerabilitätsschwelle (hoher Krankheitsbereitschaft) bedarf es nur geringer weiterer pathogenetischer Einflüsse. Bei hoher Vulnerabilitätsschwelle kann die Krankheitsmanifestation ausbleiben. Um das Zusammenwirken von Krankheitsbereitschaft, Belastung und Bewältigungsbemühungen des Patienten zum Ausdruck zu bringen, spricht man auch von dem Vulnerabilitätsmodell oder Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell.

Diathese-Stress-Modell ist eine andere Bezeichnung für diese Zusammenhänge. Dabei bedeutet Diathese die genannte Krankheitsbereitschaft, und Stress ist in einem sehr weiten Sinne zu verstehen, der somatische und psychische Einflüsse umfasst.

Das Vulnerabilitätsmodell ist ätiologisch, diagnostisch und therapeutisch nützlich.

- *Ätiologisch* vermeidet es den Fehler monokausalen Denkens. Nur wenn man unzulässigerweise einen der genannten Faktoren verabsolutieren und die übrigen ignorieren würde, könnte man die Schizophrenien als Erbkrankheiten oder als organische Psychosen, als Folgen von Stress oder sozialen Missständen bezeichnen. Derartige Theorien sind überholt.

- *Diagnostisch* lehrt das Vulnerabilitätsmodell, dass die Schizophreniediagnose vielseitig sein muss und nicht nur auf deskriptive Befunde gestützt werden soll. Es lehrt auch die sorgfältige Beobachtung von Frühsymptomen (Schwellensymptomen).
- *Therapeutisch* sind aus dem Vulnerabilitätsmodell maßgebliche Konsequenzen abzuleiten: die Vulnerabilitätsschwelle von Schizophrenen kann therapeutisch erhöht werden, nämlich durch neuroleptische Medikamente und durch psychotherapeutische Maßnahmen. Die Schizophreniebehandlung verfügt hierzu über verschiedene Ansätze, die es in der Praxis anzuwenden gilt, ohne die eine oder andere Therapiemöglichkeit auszulassen.

Der *langfristige Verlauf* und insbesondere die *Chronifizierung* schizophrener Psychosen ist in so hohem Maße von psychosozialen Einflüssen abhängig, dass für chronische Schizophrenien ein eigenes Ätiologie-Modell entwickelt wurde. Eine Reihe von Beobachtungen macht einen rein krankheitsbestimmten Verlauf unwahrscheinlich: Dekompensationen anlässlich von Konflikten, soziale Benachteiligungen (auch infolge des Schizophrenie-Etiketts), Unterstimulation (nicht nur in psychiatrischen Institutionen), außerordentliche Vielgestaltigkeit der individuellen Verläufe. Zudem zeigten Familienuntersuchungen, dass Chronifizierung nicht in dem gleichen Maße mit familiärer Belastung (schizophrene Angehörige) korreliert wie die akute Erkrankung. Weiterhin ist die Symptomatik chronisch-residuärer Schizophrenien in mancher Hinsicht den Residualzuständen anderer psychisch Kranker und auch der psychischen Einengung von Gesunden in bestimmten Situationen (wie Sanatorien, Gefängnissen) ähnlich. Aus diesen Beobachtungen könnte man die These ableiten, die chronische Schizophrenie sei mehr »Artefakt« als Krankheit; aber das wäre nur *eine* Perspektive der Ätiopathogenese, allerdings ein Aspekt von wesentlicher therapeutischer Bedeutung.

209

16.6 Therapie

Behandlungsbasis

Voraussetzungen für die Behandlung Schizophrener sind eine sorgfältige psychopathologische Untersuchung, die nicht nur auf eine rasche Diagnose abzielt, sondern auch Einzelheiten und dabei Gesundes neben dem Kranken berücksichtigt und, nicht minder wichtig, eine gründliche körperliche, ggf. auch konsiliarfachärztliche Untersuchung. Auf Seiten des Arztes und aller Mitarbeiter in der Psychiatrie müssen Kenntnisse dieser komplizierten Krankheit, Erfahrung im Umgang mit dem Patienten und in der Durchführung der einzelnen Therapien vorausgesetzt werden. Hierzu gehören Psychotherapie und Soziotherapie ebenso wie Pharmakotherapie.

Aus der pauschalen Diagnose »Schizophrenie« ergeben sich noch nicht gezielte Therapieindikationen, sondern es sind im Einzelnen Symptomatik, Persönlichkeitsstruktur, Lebenssituation, körperliche Gesundheit sowie die Erwartungen des Patienten zu berücksichtigen. Auf dieser Basis kann aus der Vielzahl der Behandlungsverfahren das Vorgehen ausgewählt werden, das in der jeweiligen Situation den meisten Erfolg verspricht.

326

Grundlage ist die *psychotherapeutische Einstellung* im Umgang mit Schizophrenen. Hierfür gibt es, unabhängig von Theorien und Methoden, einige allgemein anerkannte *Regeln*: Informationen müssen einfach und übersichtlich sein. Der Kommunikationsstil soll eindeutig sein, die Verantwortlichkeit im Team transparent. Die Betreuungspersonen dürfen nicht ständig wechseln. Es muss versucht werden, schizophrene Symptome auch als Bewältigungsversuche zu verstehen und gleichzeitig die gesunden Ich-Anteile zu stärken. In späteren Stadien erst können vorausgegangene Konflikte und Auslösebedingungen bearbeitet werden. Wird der Umgang mit dem Schizophrenen so gestaltet, fördert man auch seine Selbstheilungskräfte.

225

326

Was als *Basistherapie im Krankenhaus* zusammenfassend beschrieben wird, gilt insbesondere für die Betreuung schizophrener Patienten. Differenzierte Ergotherapie und Arbeitstherapie, regelmäßige Physiotherapie und Sport, Bildungsangebote und Freizeitgestaltung sind einerseits Selbstverständlichkeiten im Sinne der Lebensqualität, andererseits bildet dieses *therapeutische Milieu* die Basis für den Einsatz und die Wirksamkeit von Therapien im engeren Sinne, wie Pharmakotherapie und Psychotherapie. Andernfalls kann ein ungünstiges Milieu zu Krankheitsartefakten beitragen.

Die meisten Schizophrenen können *ambulant* behandelt werden, genauer gesagt: während des größten Teils ihrer Krankheitszeiten. Auch in akuten Krankheitsstadien ist die ambulante Behandlung oft möglich. *Voraussetzungen* sind allerdings eine intensive Betreuung des Patienten (und seiner Angehörigen) mit häufigen Kontakten, Zeit des Arztes für therapeutische Gespräche *und* eine oft relativ hoch dosierte neuroleptische Medikation. Die Vor- und Nachteile der ambulanten bzw. stationären Behandlungsform sind in jedem Einzelfall sorgfältig abzuwägen. Bei ambulanter Behandlung bleiben die sozialen Bezüge des Patienten erhalten. Jedoch lassen es manche Belastungssituationen angeraten erscheinen, den Patienten zunächst durch eine Krankenhausbehandlung zu entlasten, hinzu kommen die Möglichkeiten der gründlicheren Diagnostik und intensiveren Therapie. In Zweifelsfällen ist oft die tagesklinische Behandlung angezeigt.

Wenn ein schizophrener Patient eine dringend notwendige stationäre Behandlung nicht einsehen kann (sog. Krankheitsuneinsichtigkeit) und ablehnt, kann er gegen seinen Willen durch Gerichtsbeschluss eingewiesen werden. Hiervon soll man so wenig wie möglich Gebrauch machen, um nicht den Betroffenen zu kränken und die Rehabilitation zu erschweren (Registrierung beim Ordnungsamt und Gericht, evtl. unnötiger Führerscheinenzug etc.). In vielen Fällen gelingt es dem Arzt, den Patienten zu überzeugen. Andernfalls jedoch hat der Patient das Recht und der Arzt die Pflicht, die richterliche Entscheidung anzurufen. Auch nach dieser sog. Zwangsunterbringung ist die Behandlung (deren Notwendigkeit häufig später von den Betroffenen selbst bestätigt wird) durchaus effektiv.

Je früher die Behandlung beginnt, desto günstiger wird der Verlauf. Jedoch wird bei vielen schizophrenen Erkrankungen die Frühbehandlung verzögert, teils durch Unkenntnis, mehr noch durch Widerstand, nicht nur auf Seiten des Patienten und seiner Angehörigen, sondern auch bei Ärzten und nicht-ärztlichen »Therapeuten«.

Somatotherapie

Die somatische Behandlung von Schizophrenen erfolgt hauptsächlich pharmakotherapeutisch mit *Neuroleptika*, welche gezielt die schizophrene Störung beeinflussen und ein breites Wirkungsspektrum aufweisen. Seit der Entdeckung der antipsychotischen Wirkung von Chlorpromazin (»Megaphen«) im Jahre 1952 und der Entwicklung wei-

terer und stärker wirksamer Neuroleptika ist die Prognose schizophrener Psychosen weit günstiger geworden. Pharmakologie und Psychopharmakologie, Nebenwirkungen und deren Behandlung werden in einem eigenen Kapitel beschrieben, wo auch die gebräuchlichen Neuroleptika in Tabelle 6 zusammengefasst sind.

356

Der neuroleptischen Behandlung muss wie jeder psychiatrischen Pharmakotherapie eine eingehende allgemein-körperliche und neurologische Untersuchung vorausgehen im Hinblick auf mögliche gleichzeitige allgemeinkörperliche Krankheiten, die eine Kontraindikation darstellen können oder eine behutsame Dosierung angeraten erscheinen lassen (unter anderem Gefäß-, Blut- und Leberkrankheiten).

Die *Dosierung* ist nicht nur von der Art des Medikamentes und vom Schweregrad der Symptomatik abhängig, sondern auch von individuellen Faktoren, die im Voraus kaum zu erkennen sind. Daher müssen in Tabelle 6 weite Dosierungsspannen angegeben werden; als Faustregel kann gelten: bei akuten und schweren schizophrenen Syndromen nicht einschleichend, sondern sofort ausreichend hoch dosieren (ggf. parenteral) und schon bald nach Eintritt des erwünschten Effektes (meist innerhalb einiger Tage) diese Dosis reduzieren und die minimal notwendige Dosis ermitteln. Bei diesem Vorgehen wird letztlich weniger Neuroleptikum gebraucht. Andererseits darf die Dosis nicht zu hoch sein, um den Patienten nicht zu passivieren, seine Ich-Störung nicht zu akzentuieren und nicht die übrigen Therapiemaßnahmen zu hemmen. Bei Ersterkrankten sind, verglichen mit Rezidiven, häufig geringere Dosierungen ausreichend. Bei weniger akuten Syndromen ist einschleichend zu dosieren.

Die *Indikation* richtet sich hauptsächlich nach den jeweiligen Zielsymptomen.

Von den *paranoid-halluzinatorischen* Syndromen sind die akuten besser durch Neuroleptika beeinflussbar als die chronischen, die unsystematischen Wahnformen erregter oder affektiv gestörter Patienten besser als der systematische Wahn des besonnenen Schizophrenen.

Bei *akuten katatonen Zuständen* sind zunächst höhere Dosen eines sog. hochpotenten Neuroleptikums (s. Tabelle 6) indiziert, bei starker *Erregung* auch parenteral, ggf. in Kombination mit einem Benzodiazepin. Der Blutdruck ist zu beachten. Die Wirkung tritt im Allgemeinen in wenigen Stunden bis spätestens zwei Tagen ein. Bei dem *katatonen Stupor* empfiehlt sich der Behandlungsbeginn mit einem Benzodiazepin (z.B. 2 mg Lorazepam), um dann mit einem Neuroleptikum zu kombinieren.

356

Bei der *perniziösen Katatonie* muss sowohl mit reichlichen Infusionen der Wasser- und Elektrolythaushalt reguliert werden als auch eine Krampfbehandlung *oder* intensive neuroleptische Therapie vorgenommen werden. Meist wird die Krampfbehandlung bevorzugt. In schweren Fällen werden intensivmedizinische Maßnahmen notwendig. Differentialdiagnostisch ist an das maligne neuroleptische Syndrom zu denken.

376

Depressive Verstimmungen von Schizophrenen: Antidepressiva allein sind hier weniger wirksam als Neuroleptika bzw. die Kombination. Wachttherapie (Schlafentzug) wirkt auch bei diesen Patienten antidepressiv. Elektrokrampftherapie ist besonders wirksam, und bei langanhaltenden Verstimmungen sind Versuche mit Lithium oder Carbamazepin angezeigt.

358

373

367

Bei instabiler Affektivität im Rahmen des *hebephrenen Syndroms* sind vergleichsweise hohe Dosierungen von Neuroleptika notwendig, diese müssen freilich wegen der Nebeneffekte im Einzelfall auf ihre Verhältnismäßigkeit überprüft werden. Hier und ebenso bei maniformen Syndromen ist die Kombination eines intensiv antipsychotischen und eines sedierenden Neuroleptikums indiziert.

Bei der neuroleptischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist eine höhere Rate von extrapyramidalen Nebenwirkungen zu bedenken, auch angstvolle Reaktionen auf das veränderte Körpererleben; deshalb empfehlen sich die neueren, atypischen Neuroleptika.

355

Während akute schizophrene Symptome neuroleptisch günstig zu beeinflussen sind, richten Neuroleptika gegen die Antriebsverarmung und den Autismus bei schizophrenen Residuen, also

gegen Negativsymptome, weniger aus; dabei gibt es Hinweise für eine bessere Wirksamkeit der atypischen Neuroleptika. Mehr als von medikamentöser Therapie profitieren diese Patienten häufig von Psycho- und Soziotherapie (bei sehr behutsamem Vorgehen z.T. auch ohne Neuroleptikatherapie).

Kombinationen zweier verschiedener Neuroleptika werden empfohlen, um Nebenwirkungen hintanzuhalten. Bei Kombination mit anderen Pharmaka müssen mögliche Interferenzen beachtet werden. Die Kombination Neuroleptikum plus Antiparkinsonmittel kann zumindest vorübergehend nützlich sein.

Ergebnisse. Die neuroleptische Therapie bewirkt eine weitgehende Reduzierung und vielfach Aufhebung der schizophrenen Symptomatik; insbesondere bei akuten Syndromen setzt diese Wirkung rasch ein. Sie entlastet den Patienten von Angst, Spannung und Erregung, Denkstörungen und Ich-Desintegration. Das Verhältnis des Patienten zu Arzt, Schwester und Pfleger, aber auch zu den Mitpatienten wird entspannt, Psychotherapie wird erleichtert. Die Atmosphäre psychiatrischer Krankenhäuser ist durch Neuroleptika wesentlich verbessert worden.

Bei *unzureichendem neuroleptischem Effekt* wird empfohlen:

- 355 — Dosis erhöhen, nachdem die Compliance geprüft wurde.
- Wechsel auf ein chemisch und pharmakologisch andersartiges Neuroleptikum: z.B. anstelle eines »klassischen« ein atypisches Neuroleptikum.
- Abruptes Absetzen des Neuroleptikums (unter besonders sorgfältiger Betreuung des Patienten) führt innerhalb einiger Tage nicht immer zu einem Rezidiv, sondern bei einem Teil der Patienten zu einer überraschenden, allerdings vorübergehenden Besserung (von unterschiedlicher Dauer).
- Kombination eines Neuroleptikums mit einem Antidepressivum, Lithium, Valproat, Carbamazepin oder Benzodiazepin.
- 376 — *Elektrokrampftherapie*, die nicht nur bei katatoner Symptomatik wirksam ist. Sie wird in der heutigen Schizophreniebehandlung zu wenig genutzt.
- 373 — *Wachtherapie* und auch Antidepressiva bei depressiven Syndromen.

Psychotherapie

- 216 **Psychodynamische Ansätze.** Was oben zur Psychodynamik der Schizophrenen mitgeteilt wurde, ist das Ergebnis eingehender psychoanalytischer Behandlungen von den 1950er Jahren an. Es waren die ersten systematischen psychotherapeutischen Versuche bei Schizophrenen. Sie haben gezeigt, dass auch diese psychisch Kranken beziehungs-fähig und psychotherapeutisch erreichbar sind. Die Ergebnisse waren, allerdings unter der Voraussetzung eines sehr großen Aufwandes, überwiegend günstig. Im heutigen Spektrum der Schizophreniebehandlung wird die analytische Therapie in ihrer »klas-sischen« Form kaum mehr eingesetzt. Wenn sie dennoch hier erwähnt wird, so einmal ihrer psychiatriegeschichtlichen Bedeutung wegen, zum anderen weil zahlreiche Er-kenntnisse aus diesen Behandlungen in das heute bevorzugte therapeutische Vorgehen eingegangen sind.

Es wurde eine spezielle Behandlungsform entwickelt, die einerseits aktiver vorgeht, auch im supportiven Sinne (um das gefährdete Ich zu unterstützen und dem Kranken im Alltäglichen behilflich zu sein), andererseits aber behutsamer im Hinblick auf konfliktanalytisches Vor-gehen.

Die bei Schizophrenen gewonnenen methodisch-therapeutischen Erfahrungen kamen auch der Entwicklung der Psychotherapie für persönlichkeitsgestörte, insbesondere Borderline-Patienten zugute. Erkenntnisse und Erfahrungen aus den psychoanalytischen Behandlungen sind in die heutige Schizophreniebehandlung unübersehbar eingegangen: in die psychotherapeutische Einstellung als Basisverhalten, in den therapeutischen Umgang mit Patienten auch bei der Verhaltenstherapie und insbesondere in die langfristige soziotherapeutische Betreuung.

Leibbezogene Therapie ist aus der erwähnten Ich-Psychopathologie heraus entwickelt worden. Auch bei der Beschreibung der katatonen Symptome wurde hierauf hingewiesen. Die körperlichen Störungen und das motorische Verhalten, welche auf die zentrale Beeinträchtigung des Ich hinweisen, werden in dieser Therapie weniger verbal als leibbezogen behandelt. Wie der Therapeut bei diesem Verfahren vorgeht, das viel Erfahrung und Geschick voraussetzt, kann hier nur angedeutet werden. Es besteht unter anderem in gemeinsamen Übungen von Patient und Therapeut, die den Kranken seine Ich-Vitalität und Ich-Aktivität wieder spüren lassen. Manche Elemente sind ähnlich wie in Entspannungs- und Bewegungstherapien, sie müssen bei diesen Kranken jedoch weit zurückhaltender und behutsamer, in »sorgsam dosierter Gemeinschaft« angewandt werden. Gemeinsames Handeln kann dem Patienten helfen, die psychotische Isolation und den Autismus zu überwinden.

Bewältigungsversuche. Seit langem ist bekannt, dass Schizophrene psychotische Symptome nicht nur passiv erleiden, sondern sich auch aktiv damit auseinandersetzen. Sie versuchen, Erklärungen für die selbst wahrgenommenen Störungen zu finden (z.B. wenn Denkstörungen wahnhaft auf Vergiftung oder Fremdbeeinflussung zurückgeführt werden) oder sie durch Verhaltensänderungen zu bekämpfen (Rückzug bei Reizüberflutung, Alkohol gegen innere Unruhe etc.). Auch wenn solche Bewältigungsanstrengungen vielfach in pathologisches Verhalten und Erleben münden (manche schizophrenen Symptome sind so zu verstehen), bieten sie therapeutische Ansatzpunkte, insbesondere für die Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie und der Psychoedukation (s. u.). Die individuellen Erfahrungen mit der Erkrankung werden auch in den Seminaren der »Psychose-Erfahrenen« aufgegriffen, die ein Teil der Patienten als sehr hilfreich erlebt.

Verhaltenstherapie, kognitive Therapie. Die lernpsychologischen Grundlagen und die verhaltenstherapeutischen Techniken werden an anderer Stelle beschrieben. Verhaltenstherapie ist in der Schizophreniebehandlung vielseitig anwendbar. Einige Beispiele:

Förderung adäquaten Verhaltens durch *operantes Konditionieren*. Hierbei wird das gesunde, »erwünschte« Verhalten (z.B. das rechtzeitige morgendliche Aufstehen und Ankleiden) verstärkt, früher vor allem durch Wertmarken (token; daher token-economy-system), die gegen für den Patienten attraktive Belohnungen eingetauscht werden können.

Gegen kognitive Defizite ist ein *Training kognitiver Funktionen* wirksam, von den Patienten Konzentrationstraining genannt. Es handelt sich um ein systematisch abgestuftes Einüben, das neben Defiziten des Denkens und der Wahrnehmung auch Störungen der verbalen Kommunikation einbezieht.

Darüber hinaus wird in der *kognitiven Verhaltenstherapie* versucht, Wahn unterhaltende Interpretationen sozialer Situationen und selektive Wahrnehmungen zu bearbeiten und zu modifizieren.

Des Weiteren werden symptombezogene Copingstrategien gefördert (z.B. gezielter Einsatz sensorischer Reize, etwa Musik, bei akustischen Halluzinationen; Techniken der Aufmerksamkeitsverlagerung; Selbstinstruktionen), soziale Fertigkeiten und Problemlösefähigkeiten trainiert.

Psychoedukation. Auch schizophrene Patienten setzten sich, wie oben beschrieben, aktiv mit ihrer Erkrankung auseinander; sie entwickeln Strategien der Symptombewältigung und Vorstellungen über die Ursachen ihrer Beschwerden. Hier setzt die Psychoedukation an, die schizophrenen Patienten in einem strukturierten, didaktisch-psychotherapeutischen Prozess die notwendigen Kenntnisse für ein besseres Verständnis der psychotischen Erkrankung und der therapeutischen Möglichkeiten vermittelt. Dabei wird mit ihnen beispielsweise erarbeitet, welche individuellen Frühwarnsymptome ein drohendes Rezidiv anzeigen und wie sie dem selbst entgegensteuern können. Die Patienten erwerben bessere Fertigkeiten zur Krisenbewältigung, zur Stressreduktion oder Lösung zwischenmenschlicher Konflikte. In der meist in der Gruppe durchgeführten Psychoedukation wird medizinisches Wissen vermittelt, wobei aber immer wieder der Bezug zu den persönlichen Erfahrungen der Patienten mit ihrer Erkrankung hergestellt wird. Der Prozess ist thematisch klar strukturiert (es gibt Manuale mit schriftlichem Informations- und Bildmaterial, auch für die Gruppenteilnehmer), das Vorgehen methodisch weitgehend verhaltenstherapeutisch ausgerichtet.

Patienten sollen so gewissermaßen »Experten in eigener Sache« werden. Damit kann auch die Compliance verbessert und eine verantwortliche Mitarbeit des Patienten bei der neuroleptischen Behandlung angestrebt werden. Im Rahmen einer solchen *kooperativen Pharmakotherapie* können Patienten auch lernen, die Dosis des Neuroleptikums innerhalb vereinbarter Grenzen flexibel der aktuellen persönlichen Belastung anzupassen. Es hat sich bewährt, auch die Angehörigen im Rahmen eines sog. bifokalen psychoedukativen Ansatzes einzubeziehen.

Zusammenfassend ist es das Ziel der Verhaltenstherapie und der Psychoedukation bei Schizophrenen, die Vulnerabilität zu reduzieren, die Ich-Funktionen zu stärken und die Bewältigungsversuche des Patienten zu unterstützen.

Angehörigenarbeit, Familientherapie. Familientherapie mit psychoanalytischem oder systemorientiertem Ansatz wird in der heutigen Schizophreniebehandlung nur noch wenig angewandt. Die heutige Angehörigenarbeit erstreckt sich auf Information und gibt Hilfen in den krankheitsbedingten Problemen: Umgang mit dem Kranken, Mitarbeit beim Erkennen von Frühsymptomen eines Rezidivs, Vermindern des krankheitsfördernden emotionalen Überengagements (expressed emotions, EE). Angehörigenarbeit soll dazu beitragen, den Verlauf der Psychose zu verbessern sowie Belastungen und Leiden auch der Angehörigen zu vermindern. Die Angehörigenarbeit wird bevorzugt in Gruppen durchgeführt. Auch Selbsthilfegruppen sind nützlich.

219

16

Langzeitbehandlung und Rehabilitation

Die akute Symptomatik zu behandeln und zu beheben, reicht nicht aus. Eine Langzeitbehandlung Schizophrener ist erforderlich, weil alle Maßnahmen, Somatotherapien wie Psycho-Soziotherapien, nur so lange wirksam sind, wie sie angewendet werden. Der schizophrene Patient braucht aus mehreren Gründen eine längere Behandlung: um durch die Krankheit verschüttete Kräfte wieder aufbauen zu können, um Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit zu erreichen und zu erhalten, um zwischenmenschliche Beziehungen erneut aufbauen zu können und um gegen Wiedererkrankungen geschützt zu werden. Die Langzeitbehandlung ist also Therapie, Rehabilitation und Prävention in einem. Sie wird größtenteils ambulant, zum Teil in Übergangseinrichtungen durchgeführt und umfasst psycho-, sozio-

und pharmakotherapeutische Maßnahmen. Langzeitbehandlung hat sich besonders bei episodischem Verlauf bewährt. Bei Residuen ist die Wirksamkeit begrenzt.

Neuroleptische Langzeittherapie hat folgende Wirkungen: 1. Der erreichte Zustand wird stabilisiert; der Patient kann früher aus dem Krankenhaus entlassen und ambulant behandelt werden. 2. Rezidivprophylaxe: Rückfälle und Wiederaufnahmen sind unter fortgesetzter Pharmakotherapie wesentlich seltener (auf 1/3 bis 1/4 reduziert). 3. Psychotherapie und Rehabilitation werden begünstigt. 4. Der Langzeitverlauf wird augenscheinlich verbessert. Für die Langzeittherapie werden heute atypische Neuroleptika wegen der günstigeren Wirkungs-Nebenwirkungs-Relation bevorzugt.

Die neuroleptische Langzeitbehandlung ist nach einer ersten Episode ca. 1 Jahr lang indiziert, nach wiederholten schizophrenen Episoden für die Dauer von ca. 5 Jahren, nach mehreren Rezidiven zeitlich unbegrenzt. Motorisch wenig wirksame (atypische) Neuroleptika sind im Allgemeinen zu bevorzugen. Die Dosis darf anfangs nicht zu gering sein und erst nach längerer Zeit vorsichtig reduziert werden, um die individuell notwendige Menge herauszufinden. Intervallbehandlung (Ausschleichen der Neuroleptika nach Symptomremission und Wiederansetzen bei ersten Anzeichen eines drohenden Rezidivs) hat sich hingegen nicht bewährt.

Neuroleptika sind auch bei jahrelanger Anwendung relativ gut verträgliche Medikamente, wenn die Wahl des Mittels überlegt getroffen und die Dosierung immer wieder geprüft und sparsam gehalten wird. Hierdurch lässt sich das Auftreten extrapyramidal-motorischer Störungen und anderer Nebenwirkungen vielfach vermeiden oder minimalisieren. Der Arzt ist jedoch verpflichtet, auf das Risiko von Spätdyskinesien hinzuweisen, auch wenn dies unter den neueren, atypischen Antipsychotika wesentlich geringer ist als unter den konventionellen. Die Sexualfunktion kann herabgesetzt sein, Gewichtszunahme ist nicht selten (insbesondere unter Clozepin und Olanzapin). Kurze Unterbrechungen sind möglich, längere Unterbrechungen gefährden den Therapieeffekt.

Nicht jeder schizophrene Patient braucht eine neuroleptische Langzeitmedikation. Man kann davon ausgehen, dass 20–30% der Schizophrenen auch ohne Neuroleptika rezidivfrei bleiben und dass andererseits die neuroleptische Langzeitbehandlung bei 20–30% unwirksam ist. Es bleiben aber nur wenige der Patienten, die bereits mindestens ein Rezidiv erlitten haben, im weiteren Verlauf ohne neuroleptische Medikation rezidivfrei; welche Patienten trotz neuroleptischer Medikation erneut erkranken und welche auch ohne diese rezidivfrei bleiben, ist allerdings nicht vorausbestimmbar. Dem tragen die o.g. Empfehlungen zur Langzeitbehandlung Rechnung.

Depotneuroleptika. Wenn orale Langzeitbehandlung nicht effektiv ist, möglicherweise mangels Compliance, können Depotneuroleptika günstig sein. Sie gewährleisten eine zuverlässige Medikation, entlasten den Patienten vom täglichen Einnehmen, und begünstigen regelmäßige Patient-Arzt-Kontakte, was auch der Psycho- und Sozialtherapie zugute kommt. Zudem wird (verglichen mit der oralen Medikation) die Gesamtmenge des verabreichten Neuroleptikums kleiner gehalten, da der First-pass-Metabolismus umgangen wird. Die Nebenwirkungen sind die gleichen wie bei oraler Medikation, oft geringer ausgeprägt.

362

Compliance. Ein großer Teil der Rezidive und Wiederaufnahmen ist auf eine Unterbrechung der Langzeitmedikation durch den Patienten, zum Teil auch durch Angehörige zurückzuführen. Nicht selten lassen es auch Ärzte an der Compliance fehlen. Bei geduldiger Führung sind auch

Patienten ohne Krankheitseinsicht zur Dauermedikation zu bewegen, wenn sie erfahren, dass hierdurch ihr Befinden gebessert wird und Wiederaufnahmen in ein psychiatrisches Krankenhaus vermieden werden.

Widerstände gegen die medikamentöse Behandlung können verschiedene Motive haben: das Einnehmen kann als Eingeständnis des eigenen Krankseins gewertet werden, Nutzen des Medikaments und Notwendigkeit der gewählten Dosis werden bezweifelt (insbesondere wenn der Patient hierüber nicht ausführlich genug informiert wurde), Widerstand gegen die Behandlung insgesamt bzw. Ablehnung des behandelnden Arztes (was im ärztlichen Gespräch zumeist aufgeklärt werden kann). Manche Patienten wollen mit ihren Bedenken zum Ausdruck bringen, dass sie nicht allein pharmakologisch behandelt werden wollen; sie signalisieren dem Arzt, er solle sich auch ihrer Konflikte und sozialen Schwierigkeiten annehmen. Andere aggravieren pharmakologische Begleiteffekte oder lasten dem Medikament Beschwerden an, die von der Krankheit herühren. Hinter diesem Verhalten kann auch die ratlose Frage stehen, woher denn eigentlich die psychischen Störungen kommen. Nicht wenige Patienten sind von der Pharmakotherapie wenig überzeugt, weil sie kein Ziel vor sich sehen (Entlassung, Zusammenleben mit den Angehörigen, Berufarbeit). – Diese Erfahrungen lehren, dass eine Langzeittherapie nur erfolgreich sein kann, wenn der Arzt den Patienten mit seinen Fragen und Problemen ernst nimmt, auch seine Autonomie- und Mitsprachewünsche. Unter diesen Bedingungen akzeptieren die meisten Patienten die neuroleptische Therapie, selbst wenn sie mit gewissen Nebenwirkungen verbunden ist.

224 Psychotherapie, Soziotherapie. *Psychotherapeutisch* ist hier aufzugreifen, was über die Behandlung in akuten Stadien gesagt wurde. Bei den meisten Kranken müssen Konflikte in den zwischenmenschlichen Beziehungen und andere Probleme behandelt werden, die teils vor der Erkrankung bestanden, teils durch die Krankheit entstanden.

Verhaltenstherapie hat in diesem Behandlungsabschnitt besondere Bedeutung: Informationen über die Krankheit und ihre Behandlung, insbesondere über Neuroleptika, Erkennen der ersten Rezidivsymptome (Frühwarnsystem), Bewältigungsmöglichkeiten bei Belastungen und Konflikten, ergänzt durch eine (hiervon unabhängige) Gruppentherapie der Angehörigen (bifokale Gruppenpsychotherapie). Ziele sind Eigenständigkeit und Selbsthilfe des Patienten sowie verbessertes Verständnis und Verhalten der Angehörigen.

Die *Rehabilitation* schizophrener Patienten ist ein großes Aufgabengebiet der Psychiatrie. Sie umfasst die verschiedenen Lebensbereiche der Kranken. Oft wird eine *Rehabilitation des Wohnens* notwendig, wozu Übergangseinrichtungen dienen. Am schwierigsten ist heute die *Arbeitsrehabilitation*. Da der Arbeitsmarkt kaum noch chronisch Schizophrene mit verminderter Leistungsfähigkeit aufnimmt (was früher durchaus möglich war), wurden eigene Arbeitsstätten für chronisch-psychisch Kranke geschaffen (sog. 2. Arbeitsmarkt). Die Wiedereingliederung schließt auch Hilfen beim Erstellen von sozialen Kontakten und bei der *Freizeitgestaltung* ein. Immer kommt es darauf an, nicht nur die Defizite, sondern auch die gesunden Anteile (Ressourcen) zu berücksichtigen.

Exkurs zur Sexualität psychisch Kranker. Das Sexualleben psychisch Kranker unterscheidet sich nicht so deutlich von demjenigen Gesunder, wie man lange meinte. Es ist in depressiven Zuständen nur wenig reduziert, im manischen Zustand mäßig gesteigert. Allerdings dämpfen Neuroleptika und andere Psychopharmaka die Sexualität oft erheblich, was sowohl mit psychotropen als auch mit endokrinen Wirkungskomponenten zusammenhängt.

Sexuelle Partnerschaften psychisch Kranker (auch schwer psychotisch Kranker) sind nicht selten. Sie können sich auch zwischen gemeinsam Hospitalisierten entwickeln, besonders aber im beziehungsstiftenden Raum komplementärer Versorgungseinrichtungen. Diese Beziehungen

müssen nicht in jedem Fall als nachteilig angesehen werden, wenn andere Patienten nicht gestört werden; ungewollte Schwangerschaften sind relativ selten. Jedoch sind die Risiken für die psychische Stabilität des Kranken, insbesondere des schizophrenen Patienten, zu beachten, die sich mit der Nähe einer Partnerschaft einstellen. Rezidive sind in diesen Situationen nicht selten, unglücklicherweise verbunden mit dem Erreichen eines so wichtigen Lebenszieles.

Sexuelle Beziehungen zwischen Patienten und Klinikmitarbeitern verletzen in jedem Fall ethische und therapeutische Grundbedingungen; sie sind strafbar nach § 174c StGB. Auch andere private Beziehungen zwischen Betreuern und Kranken sind aus therapeutischen Gründen zu vermeiden.

Zusammenfassung: Pluridimensionale Therapie der Schizophrenien

In der Behandlung schizophrener Menschen hat die Psychiatrie sehr große Fortschritte erzielt, und es gibt mittlerweile eine Reihe wirksamer Behandlungen unterschiedlicher Art. Diese stehen nicht mehr beziehungslos nebeneinander, sondern es zeichnet sich ab, wie die einzelnen Therapien einander ergänzen und unterstützen: neuroleptische Behandlung erleichtert Psycho-Soziotherapie und verbessert deren Effekte. Andererseits kommt eine psychotherapeutisch orientierte Patient-Arzt-Beziehung der konsequenten Pharmakotherapie zugute. Verhaltenstherapie und medikamentöse Therapie konvergieren in der kooperativen Pharmakotherapie. Rezidivprophylaxe stützt sich auf pharmakotherapeutische wie psychotherapeutische Vorgehensweisen. Rehabilitation ist eine Einheit von Psycho-Soziotherapie und Pharmakotherapie. Polarisierungen – etwa in dem Sinne: Pharmakotherapie *versus* Psychotherapie, dynamische Psychotherapie *oder* Verhaltenstherapie – gehören der Vergangenheit an. Mehr und mehr setzt sich die Erkenntnis durch, dass bei Schizophrenen verschiedene Möglichkeiten der Therapie *zugleich* genutzt werden müssen. Diese *pluridimensionale Schizophreniebehandlung* berücksichtigt auch die Bewältigungsversuche (Selbstheilungstendenzen) des Patienten.

Für die systematische wissenschaftliche Begründung des multimodalen Vorgehens hier ein Beispiel. Die inzwischen historisch zu nennende Studie von Hogarty et al (1974; ■ Abb. 10), die seitdem in weiteren kontrollierten Studien bestätigt wurde, zeigt, dass durch konsequente neuroleptische Behandlung, insbesondere Langzeitmedikation, Komplikationen und Rezidive seltener werden. Dieses Therapieergebnis wird noch einmal verbessert, wenn gleichzeitig Psycho-Soziotherapie angewendet wird. Beispiele hierfür sind das psychoedukative Training zur Verbesserung der neuroleptischen Behandlung und die bifokale Gruppenpsychotherapie (Patienten, Angehörige) in Verbindung mit Neuroleptika. Als alleinige Behandlung sind Psycho- bzw. Soziotherapie bei schizophrenen Patienten in der Regel nicht ausreichend.

Die Therapieerfahrungen lassen zusammen mit den Verlaufserkenntnissen die schizophrenen Psychosen in einem anderen Licht erscheinen. Schizophrenien sind zwar zu einem großen Teil chronische Krankheiten, was aber nicht gleichzusetzen ist mit fortschreitend; nur ein kleiner Teil verläuft ausgesprochen ungünstig. Bei einem zunehmenden Teil der Kranken ist Heilung oder soziale Remission zu erreichen. Aber auch für die übrigen Kranken gilt: chronisch bedeutet weniger progredient als langwierig, und hieraus folgt: langfristig behandlungsbedürftig.

Die häufigsten Fehler in der Schizophreniebehandlung sind folgende:

- Die Erkrankung wird zu spät oder nicht als Psychose erkannt.
- Die neuroleptische Behandlung wird zu gering dosiert (ineffektiv) oder zu hoch dosiert (unverträglich) oder trotz unzureichender Wirkung zu lange unverändert beibehalten.

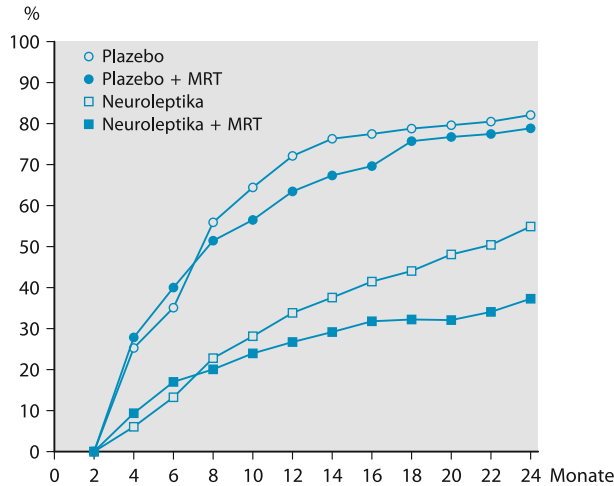


Abb. 10. Schizophrenien, Langzeitbehandlung: Kumulative Rückfallraten in 4 Behandlungsgruppen (n=374, nach Hogarty et al. 1974). MRT=Psycho-Soziotherapie

- Es wird zu wenig für den Patienten (und seine Angehörigen) getan.
- Es wird zuviel getan, der Patient wird überfordert.
- Durch unerfahrene »Therapeuten« nehmen viele Schizophrene Schaden.
- Der Patient wird zum Objekt der Anwendung einer einzelnen Methode, während er einer umfassenderen Behandlung bedarf.
- Es wird mehr die Krankheit als der Kranke behandelt.

11 Daseinsanalytische Aspekte. Wesentlichen Einfluss auf die Therapie der Schizophrenien hat die Daseinsanalyse genommen. Sie ist keine spezielle Therapieform, sondern eine besondere Betrachtungsweise, die sich auf den Umgang mit dem schizophrenen Kranken nachhaltig ausgewirkt hat. Über die einzelnen Krankheitssymptome und über die speziellen ätiologischen Aspekte hinaus hat sie die Daseinsform des Schizophrenen in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Sie ist »die heilsame Reaktion gegenüber dem Zerlegen der Psyche und der Verselbständigung von Einzelfunktionen« (M. Bleuler). Diese Einstellung äußert sich im Umgang mit dem Kranken vor allem in einer Unvoreingenommenheit, die jede Äußerung des Patienten ernst nimmt und im Kranken weniger den Symptomträger als die Person sieht. Mit dieser Grundhaltung gelingt es dem Arzt eher, das rechte Wort und das rechte Verhalten für den Patienten zu finden.

16.7 Rechtsfragen

397 Ob ein Schizophrener *erwerbsgemindert* im Sinne der Rentenversicherung ist, hängt nicht nur vom Schweregrad der Psychose ab, sondern auch von den jeweiligen Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation. Unter präventivem Aspekt müssen große Anstrengungen unternommen werden, um Schizophrene beruflich wieder einzugliedern, auch wenn bei einem Teil der Kranken nur noch eine Tätigkeit unter dem Ausbildungsniveau und nicht mehr ganztätig möglich ist.

400 In akuten schizophrenen Episoden ist der Kranke *geschäftsunfähig* (§ 104/2 BGB). Wenn der
398 Schizophrene seine Angelegenheiten nicht mehr selbst besorgen kann, ist eine Betreuung (§ 1896 BGB) hilfreich.

Gefährlichkeit von Schizophrenen wird von Laien – nicht zuletzt unter dem Eindruck der Sensationspresse – erheblich überschätzt. Wenn Schizophrene aggressiv und dabei tötlich werden, so meist aus wahnhafter Angst. Sie handeln also nicht aus »niedrigen Beweggründen«. Charakteristisch für diese Straftaten ist, dass sie überraschend und unableitbar wirken, bei näherer Kenntnis aber doch nicht so unverständlich erscheinen. Gewalttätigkeiten sind bei Schizophrenen jedoch Ausnahmen. Das Risiko ist größer bei geringer Compliance in der Langzeitmedikation, bei unzulänglicher Einbindung in therapeutische Beziehungen und bei Konsum von Alkohol oder Drogen. Durch weiter verbesserte Behandlung wird Gewalttätigkeit voraussichtlich zu reduzieren sein.

Ist eine Schizophrenie für die Tatzeit nachgewiesen, so sind im allgemeinen *Einsichts- bzw. Steuerungsfähigkeit* als aufgehoben anzusehen (§ 20 StGB), und zwar auch wenn es nicht gelingt, die Tat überzeugend aus dem kranken Erleben abzuleiten. (Nach abgelaufener schizophrener Episode ist jedoch nicht von vornherein von aufgehobener Verantwortlichkeit auszugehen.) Wenn der Kranke exkulpiert wird, entsteht die Frage nach der *Unterbringung* in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB); die Dauer muss durch das Gericht mit Hilfe eines Gutachters überprüft werden.

401

401

Während einer akuten schizophrenen Episode ist die *Fahreignung* nicht gegeben. Nach Ablauf der Psychose ist sie im Allgemeinen wiederhergestellt. In jedem Zweifelsfall ist eine eingehende psychiatrische und psychologische Untersuchung vorzunehmen. Dabei sind auch die Auswirkungen der Psychopharmaka zu beachten. Aus der Diagnose allein ist der Entzug der Fahrerlaubnis nicht abzuleiten. Systematische Untersuchungen ergaben, dass Schizophrene eher weniger Unfälle verursachen als Gesunde. Diese Erkenntnisse werden auch in den EU-Richtlinien und in den vom Bundesverkehrsminister herausgegebenen »Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung« berücksichtigt. Den Patienten hinsichtlich des Autofahrens zu beraten, gehört zu den Aufgaben des Psychiaters.

Psychiatrie

Einschließlich Psychotherapie

Tölle, R.; Windgassen, K.

2014, XII, 434 S., Softcover

ISBN: 978-3-642-54698-3