

# Was sind Schizophrenien?

- 2.1 Was bedeutet „schizophren“ (und was nicht)? – 8**
  - 2.1.1 Verbreitete Vorurteile – 9
- 2.2 Schizophrenien – geschichtlich gesehen – 12**
  - 2.2.1 Wie entwickelte sich die Schizophrenieproblematik historisch? – 13
- 2.3 Ist schizophrenes Erleben nachvollziehbar? – 16**
- 2.4 Der psychotische Zustand (nach Selbstschilderungen) – 20**
  - 2.4.1 Beginn – 20
  - 2.4.2 „Außen ist vieles anders“ – 21
  - 2.4.3 „Innen ist vieles anders“ – 26
  - 2.4.4 Das Verständnis der Wirklichkeit ist anders – 31
  - 2.4.5 Rückgang – 32
- 2.5 Exkurs über die Betroffenheit – 33**
  - 2.5.1 Betroffenheit der Schizophreniekranken – 34
  - 2.5.2 Betroffenheit der Angehörigen – 38
  - 2.5.3 Das Einsehen und das Erlernen, damit zu leben – 42
- 2.6 Wie werden Schizophrenien diagnostiziert? – 44**
  - 2.6.1 Vorgehen bei der ärztlichen Abklärung – 46
- 2.7 Weiterführende Literatur – 47**

## Etymologie Schizophrenie

## 2.1 Was bedeutet „schizophren“ (und was nicht)?

Sprachlich ist der Begriff „Schizophrenie“ leicht zu erklären. Er leitet sich aus dem griechischen **schizo** (spalten) und **phren** (Zwerchfell, Geist, Gemüt) ab und bedeutet etwa „Seelenspaltung“. Der Begriff „Schizophrenie“ als Krankheitsbezeichnung wurde am Anfang dieses Jahrhunderts vom Schweizer Psychiater Eugen Bleuler eingeführt. Eugen Bleuler arbeitete damals als Direktor am Burghölzli in Zürich, der heutigen psychiatrischen Universitätsklinik, an der auch die Autoren dieses Buches fast ein Jahrhundert später tätig waren. Bleuler wollte mit dem Begriff „Schizophrenie“ betonen, dass das auffälligste Merkmal dieser Erkrankung eine Zerrissenheit im Fühlen und Denken ist.

➤ **Der Begriff „Schizophrenie“ soll die Entfremdung ausdrücken, die sich wie ein Graben zwischen einem betroffenen Menschen und seiner Umwelt auftut und sich im inneren Erleben des Erkrankten fortsetzt.**

Eugen Bleuler wollte also mit dem Schizophreniebegriff viel mehr zum Ausdruck bringen, als das Goethe-Wort „Zwei Seelen wohnen, ach! in meiner Brust“ umfasst. Er meinte im Gegensatz zu diesem nachvollziehbaren Zwiespalt eine Veränderung, die den Kranken für seine Umwelt vorübergehend unerreichbar macht, aber auch sich selber ganz anders als gewohnt erleben lässt.

So einfach der Begriff „Schizophrenie“ herzuleiten ist, so schwierig ist es, das mit ihm Bezeichnete besser zu verstehen. Diese Schwierigkeit hat zum einen mit der besonderen Eigenart dieses Krankheitsbildes zu tun: sie ist nämlich nicht nur, wie dargestellt, durch eine grundlegende Fremdartigkeit des Erlebens und Handelns gekennzeichnet, sondern zugleich auch sehr vielgestaltig, so dass sie von Person zu Person, aber auch von Zeitpunkt zu Zeitpunkt (bei derselben Person) unterschiedlich zum Ausdruck kommen kann. Zum anderen ist der Begriff „Schizophrenie“ in seiner bald 100-jährigen Geschichte so belastet worden mit widersprüchlichen Theorievorstellungen, aber auch mit eingreifenden und beeinträchtigenden „Behandlungsformen“, dass zuerst Ballast abgeworfen werden muss, bevor das eigentliche Wesen der Erkrankung überhaupt dargestellt werden kann. Zu diesem Ballast, der sich wie ein wuchernder Dschungel um den Begriff gebildet hat, gehören einige populäre Vorurteile. Sie versperren den Zugang zum Verständnis der Erkrankung und sollen deshalb zuerst beseitigt werden.

### 2.1.1 Verbreitete Vorurteile

Das **erste** und älteste **Vorurteil** ist die Vorstellung, Schizophrenien gingen mit einem fortschreitenden Abbau von Hirnsubstanz einher und führten zu einer Art vorzeitiger Demenz. Mit diesem Vorurteil verbindet sich die noch immer weit verbreitete, aber falsche Annahme, schizophrene Erkrankungen seien nicht behandelbar.

Vorurteil vorzeitige Demenz

➤ Die irrige Vorstellung, Schizophreniekranken würden durch einen unheilbaren Krankheitsprozess im Gehirn zunehmend den Verstand verlieren, kann durch schwerst abgekapselte Kranke hervorgerufen werden, die ihr möglicherweise reiches Innenleben nicht zeigen können. Wer aber Geduld übt oder mit solchen Schwerkranken lange zusammenlebt, wird Momente erleben, in denen sie Äußerungen machen oder Handlungsweisen zeigen, für die man sie nicht imstande gehalten hätte.

#### Beispiel

So haben bei einer Flutkatastrophe 1951 in Kansas chronisch Schizophreniekranken, die zum Teil über 20 Jahre in der Menninger Klinik hospitalisiert waren, nicht nur mitgeholfen, Sandsäcke zu laden und zu platzieren, sondern auch mitbestimmt, wie und wo die Eindämmung der Flut zu geschehen habe. Die vorher äußerst schweigsamen und zurückgezogenen Patienten behielten für einige Tage ihre Initiative bei. Nach Rückgang der Flut nahmen sie ihr altes Verhalten wieder an und kehrten in ihren verschlossenen Zustand zurück.

Die Rückzugsneigung Schizophreniekranker oder ihre Verweigerungshaltung, wie sie sich auch in Testuntersuchungen zeigt, darf nicht mit einem generellen Verlust an intellektuellen Fähigkeiten gleichgesetzt werden. Sie bedienen sich mitunter einer anderen, uns widersprüchlich erscheinenden Logik, um ihr andersartiges Erleben darzustellen. Nur in schwersten Krankheitszuständen kann sich der Erlebens- und parallel dazu der Gedankenzusammenhang vorübergehend völlig auflösen.

Das **zweite Vorurteil** stellt eine Art Umkehrung des ersten dar. Statt an einer vorzeitigen Demenz würden schizophrene Menschen an einer Verkindlichung leiden. Sie wiesen psychologische Eigenarten auf, die sonst nur Kinder im frühesten Lebensalter zeigen würden. Bei diesem Vorurteil handelt es sich um eine Verdrehung einer differenzierten psychoanalytischen Theoriebildung.

Vorurteil Verkindlichung

➤ **Schizophreniekranken denken weder einfach wie kleine Kinder noch empfinden sie wie diese.**

Zwar können, wie bei Kindern, magische Vorstellungen das Denken und Handeln bestimmen, doch führt dieses magische Denken nicht dazu, dass Schizophreniekranken die altersentsprechende Fähigkeit zu denken verlieren.

**Beispiel**

Schizophreniekranken können zwar unter Umständen in kindlich anmutender Weise argumentieren, der Mond verfolge sie, da er immer auf Schritt und Tritt hinter ihnen stehe. Wenig später vermögen aber unter Umständen die gleichen Kranken abstrakte Probleme (wie mathematische Aufgaben oder die Darstellung der Umlaufbahn des Mondes um die Erde) zu lösen, wozu Kleinkinder nie in der Lage wären.

**Vorurteil soziale Enthemmung**

Das **dritte Vorurteil** sieht in Schizophreniekranken verwilderte Menschen, die einfach unkontrollierte Leidenschaften auslebten. Dieses Vorurteil enthält Aspekte der beiden vorgenannten (Abbau der intellektuellen Kontrolle, Entwicklungsrückstand), bringt aber Schizophrenien vor allem in Zusammenhang mit sog. „ersten Kulturen“. Wenn die Ursprünglichkeit von Urvölkern idealisiert und positiv gewertet wird, wird Schizophrenie als Befreiung von Zwang und Moral gefeiert, als Rückkehr zum „wildem Leben“, das seine Wurzeln in der Lust habe – was so auch für die Urvölker nicht zutrifft.

Bei negativer und eher moralisierender Bewertung des „wildem Lebens“ werden Schizophreniekranken als Opfer ihrer Leidenschaftlichkeit gesehen oder als abschreckende Beispiele für die Folgen eines unkontrollierten Trieblebens angeprangert. Richtigerweise könnte bei bestimmten (bei weitem nicht allen) schizophrenen Zuständen von sozialer Enthemmung gesprochen werden.

**Beispiel**

Eine Betroffene berichtet: „Im Sommer wurde ich von der Polizei gefasst, als ich wiederholt wadend oder schwimmend die Sihl (ein Fluss in Zürich) überquerte. Danach wollte ich meine Identität auf keinen Fall preisgeben. Andererseits wollte ich Herrn S. unbedingt Ärger verschaffen. So entschied ich mich, ohne in diesem Glauben zu sein, zu behaupten, er sei mein Mann.“ Die Patientin ergänzt, dass sie damals während ihrer Psychose die Situation durchaus genossen habe, sie ihr aber jetzt peinlich sei. Zudem sei ihre „damalige Verwilderung nicht ganz ohne Absicht und Berechnung gewesen“. Bei der Einvernahme habe sie sich mit ihrer akademischen Ausdrucksweise gezielt Gehör verschafft.

## 2.1 · Was bedeutet „schizophren“ (und was nicht)?

In neuerer Zeit verbindet sich dieses dritte Vorurteil manchmal mit der Vorstellung, dass Schizophrenien vor allem durch ungehemmten Drogengebrauch hervorgerufen würden (weil Drogen manchmal psychotische Zustände verursachen können).

Auch wenn die Umkehrung dieses Vorurteils, nämlich die Vorstellung einer besonderen Vergeistigung von Schizophreniekranken, ebenfalls nicht richtig ist, so ist doch festzustellen, dass Schizophrenien viel häufiger mit einem Verlust der Sinnlichkeit und Lebenslust einhergehen als mit einem Triumph der Sinnesfreuden. Gerade auch Drogen, einschließlich Alkohol, werden von Schizophreniekranken häufig konsumiert, um sich besser zu spüren oder um ihr Elend zu vergessen.

➤ **Insbesondere sind Schizophreniekranken, von Untergruppen abgesehen, nicht wesentlich häufiger gewalttätig als Menschen aus der Durchschnittsbevölkerung – wie angenommen werden müsste, wenn sie Opfer ihrer Leidenschaftlichkeit wären. Meistens sind sie eher passiver als Gesunde (► [Abschn. 7.2](#)).**

Ein **viertes Vorurteil** ist erst neueren Datums, hat sich aber rasch verbreitet. Im Gegensatz zu den vorgenannten sucht es nicht etwas Besonderes an den betroffenen Menschen herauszustellen (wie Kindlichkeit oder Leidenschaftlichkeit), sondern schizophrenes Erleben zu etwas Selbstverständlichem zu machen. Es sieht von jeglicher Problematik schizophren erkrankter Menschen ab und betrachtet Schizophrenien als Kunstprodukt der Psychiatrie. Erst die Zuschreibung einer schizophrenen Erkrankung mache Menschen infolge einer „sich selbst erfüllenden Prophezeiung“ zu Symptomträgern des ihnen angedichteten Krankheitsbildes.

Schizophrenie als Kunstprodukt

Dieses Vorurteil geht von einer Art Wortzauber aus, indem es dem Namen einer Erkrankung überaus große Wirkkraft zumisst. Zugleich entmündigt es auf versteckte Weise Schizophreniekranken, indem es sie zu suggestiven und wehrlosen Opfern der Medizin macht. Die Verleugnung der Erkrankung verkehrt sich dadurch in ihr Gegenteil: zu einer modernen Variante der Intoleranz gegenüber einer Lebenserscheinung, die es nicht geben darf, obwohl sie auch ohne Zutun von „Medizin Männern“ oder „Göttern in Weiß“ auftritt.

Zweifelloso ist Schizophrenie eine belastende und möglicherweise auch eine zeitbedingte Diagnose, doch macht das Wegdiskutieren einer als schizophren bezeichneten Problematik jegliche hilfreiche Auseinandersetzung unmöglich. Zudem ist es nicht möglich, durch Prognostizieren oder Zuschreiben einer schizophrenen Erkrankung eine solche tatsächlich hervorzurufen.

➤ **Alle Versuche, bei einem einzelnen Menschen das Auftreten einer Schizophrenie vorauszusagen, sind gescheitert.**

Eine schizophrene Erkrankung kann erst diagnostiziert werden, nachdem sich ein Mensch **psychotisch** verändert hat, wenn sich also seine Äußerungen und seine Handlungsweisen bereits stark verändert haben, dass sie auch einem interessierten Laien auffallen und als krank erscheinen.

Werden Menschen mit schizophren anmutenden Veränderungen nicht als „schizophren“ diagnostiziert, sondern z. B. als „neurotisch“ oder als „krisenhaft“, so nehmen sie im weiteren Verlauf keine günstigere Wendung als solche, die schon vorher als schizophren diagnostiziert wurden. Im Gegenteil: die richtige Diagnosestellung erlaubt eine gezieltere Behandlung und eröffnet damit bessere Heilungschancen.

## 2.2 Schizophrenien – geschichtlich gesehen

---

### Hintergrund der Vorurteile

Alle oben aufgeführten Vorurteile sind durch vielfältigste Fakten widerlegt. Sie bestimmen aber weiterhin die Sichtweise vieler Menschen. Das Beharrungsvermögen dieser Vorstellungen scheint uns in ihrer geschichtlichen Verwurzelung zu liegen. Bevor wir auf die geschichtliche Entwicklung der Schizophrenie und ihre Behandlung kurz eingehen, noch ein Wort zu einem auffälligen Merkmal, das die meisten Vorurteile miteinander teilen. Fast alle Vorurteile versuchen das Fremdartige der Schizophreniekranken zu beseitigen, indem sie das Außergewöhnliche mit dem Gewohnten gleichsetzen. So können die ersten drei Vorurteile als Versuche verstanden werden, dem andersartigen Erleben und Handeln der Schizophreniekranken das Fremde und Unheimliche zu nehmen, indem sie es mit besser bekannten Lebensmustern (Demenz, Kindheit, Urvölker) gleichsetzen. Diese Erklärungsversuche verkommen dann zu Vorurteilen, wenn sie trotz faktischer Widersprüche starr aufrechterhalten werden, um das Andersartige gedanklich einzuordnen und schließlich auch gesellschaftlich festzulegen. Damit teilen Schizophreniekranken das Risiko alles Fremden. Sie drohen abgekapselt, stigmatisiert und eventuell ausgestoßen zu werden. Erst auf dem Hintergrund der verbreiteten gesellschaftlichen Ausgrenzung ist das vierte und zuletzt genannte Vorurteil zu verstehen, das den Ausweg aus dem geschichtlichen Dilemma in der Verleugnung schizophrener Erkrankungszustände überhaupt sieht.

### 2.2.1 Wie entwickelte sich die Schizophrenieproblematik historisch?

Der Münchner Nervenarzt Emil Kraepelin hat 1896 erstmals schizophrenergieartige Erkrankungen von anderen Gemüts- oder Geisteskrankheiten, insbesondere vom sog. „manisch-depressiven Irresein“, abgegrenzt. Er war der Meinung, damit einheitlich ungünstig verlaufende Krankheitsfälle zusammenfassen zu können. Deshalb nannte er das Krankheitsbild „Dementia praecox“ (etwa „vorzeitige Verblödung“). Auch wenn 10 Jahre später der Züricher Psychiater Eugen Bleuler die Vorstellungen Kraepelins abänderte und statt der Bezeichnung „Dementia praecox“ den Begriff „Schizophrenie“ einführte, so hatte sich die Vorstellung, die Krankheit wirke sich obligat auf die Intelligenz aus und nehme stets einen ungünstigen Verlauf, schon so gefestigt, dass dieser Makel der unheilbaren Geisteskrankheit auch auf den Schizophreniebegriff überging. Weil man Schizophrenie immer wieder mit unheilbarer Geisteskrankheit gleichsetzte, wurde diese Diagnose zu einem Urteil, das aber so mit Recht nicht einfach hingenommen werden konnte. Die Geschichte des Umgangs mit Schizophrenien ist trotz vieler erzielter Fortschritte leider auch eine Geschichte der Absonderung, ja Unterdrückung dieser Kranken bis zur barbarischen Konsequenz des Massenmordes an psychisch Kranken im Dritten Reich.

Gewiss sind Ablehnung und Verfolgung psychisch Kranker nicht auf Krankheitsvorstellungen allein zurückzuführen. Dies hieße, die schlimmen Ächtungen zu übersehen, die psychisch Kranke vor der Entstehung der Psychiatrie im 18. Jahrhundert erlebten. Trotzdem ist es schwierig, mit einem Krankheitsbegriff zu arbeiten, der auch in krasser Weise missbraucht worden ist. Es gilt den Schizophreniebegriff so zu gebrauchen, dass er die betroffenen Menschen nicht entwertet, sondern eine echte Auseinandersetzung mit ihrem teilweisen Anderssein ermöglicht.

Dies scheint uns etwas einfacher möglich, wenn wir von einer Auffassung der Schizophrenien ausgehen, die Schizophreniekranken nicht nur von außen beurteilt, sondern auch ihr Selbsterleben berücksichtigt. Historisch hat sich Emil Kraepelin vor allem auf Verhaltens- und Verlaufsbeobachtungen gestützt, während Eugen Bleuler als Bruder einer psychosekranken Frau die Krankheitsproblematik auch in Beziehung zum inneren Erleben setzte.

In den letzten Jahren hat die psychiatrische Forschung wieder vermehrt den Standpunkt Kraepelins eingenommen, doch erscheint uns ein Verständnis von Schizophreniekranken ohne Anteilnahme an der inneren Dynamik unmöglich. Nach unserem Verständnis ist

Problematischer  
Krankheitsbegriff

schizophrenes Kranksein unauflösbar mit menschlichen Voraussetzungen und Fähigkeiten – etwa der Sprache – verbunden, so dass schizophrenieartige Erlebensweisen eine außergewöhnliche Möglichkeit des Menschseins darstellen.

Auch in dem von Eugen Bleuler gewählten Begriff „Schizophrenie“ steckt die Dynamik einer menschlichen Spannung bis hin zur Zerrissenheit. Eugen Bleuler wusste, wovon er schrieb, als er den Schizophreniebegriff prägte, denn er war sein Leben lang mit vielen Kranken zusammen. Zudem hat er als Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich seine schwerkranke Schwester in seine Familie aufgenommen und jahrelang betreut. Gerade diese tiefere Erfahrung mag dazu beigetragen haben, dass sich seine Auffassung von der „Gruppe der Schizophrenien“ im letzten Jahrhundert durchgesetzt hat.

Veränderungen im Umgang  
mit Schizophreniekranken

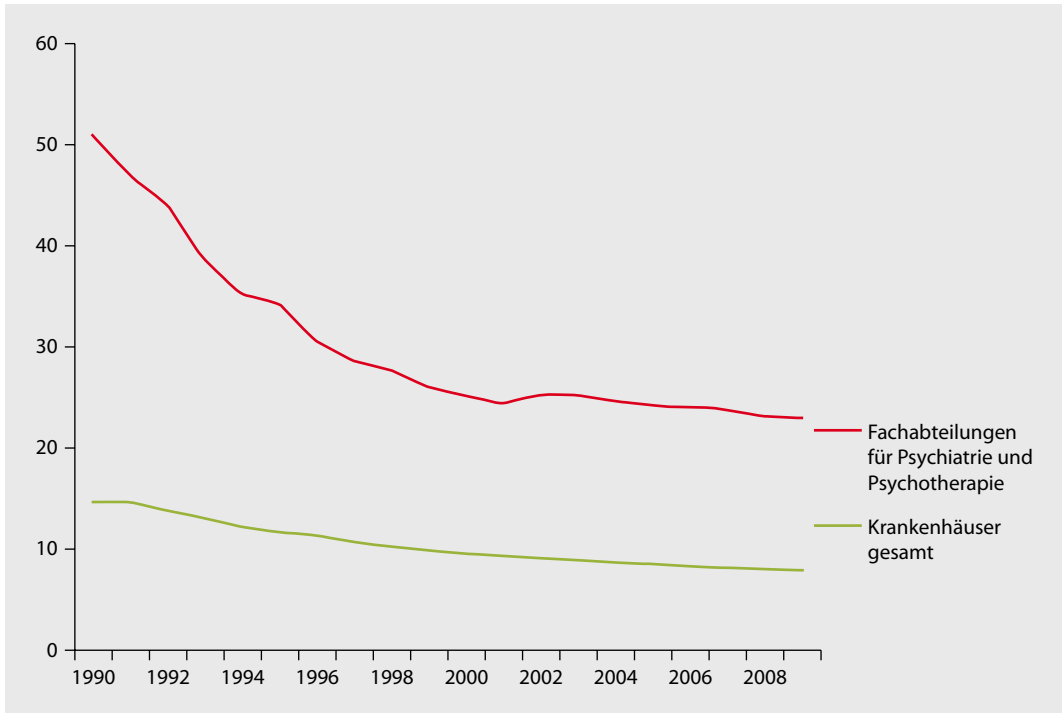
Verändert hat sich jedoch im Lauf der Zeit der Umgang mit Schizophreniekranken innerhalb der Psychiatrie.

➤ **Eine fortschrittliche Psychiatrie versucht, gerade auch das zeitweise Anderssein schizophrener Kranker zu akzeptieren, vermehrt ambulante und teilstationäre Behandlungen anzubieten und die Krankenhausaufenthalte freizügiger zu gestalten.**

Heute bedeutet schizophren erkrankt zu sein für Betroffene etwas anderes als noch vor einigen Jahrzehnten.

Der eindruckliche Wandel in der Betreuungsweise Schizophreniekranker lässt sich schon ganz äußerlich an den zunehmend kürzer gewordenen Spitalaufenthalten ablesen (■ [Abb. 2.1](#)). Am Anfang dieses Jahrhunderts beinhaltete die „Therapie“ fast ausschließlich die Unterbringung in einer Anstalt. Durch Einführung der Arbeitstherapie in den 1930er Jahren und dank der Einführung spezifischer Medikamente (sog. Antipsychotika) in den 1950er Jahren konnte die Aufenthaltsdauer in den Kliniken wesentlich verkürzt werden. Schließlich haben sozialpsychiatrische Alternativenangebote (z. B. Tages- oder Nachtambulanz, geschützte Werkstätte, ► [Abschn. 5.3](#) und gesellschaftliche Veränderungen (z. B. die Unterstützung Schizophreniekranker mit Invaliditätsrenten) die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer auf wenige Wochen reduziert, wenn nicht überhaupt durch eine ausschließliche ambulante oder teilstationäre Behandlung ersetzt. Von allen schizophrenen Episoden, die behandelt werden, können heute über zwei Drittel ambulant aufgefangen werden. Als Folge dieser Entwicklung hat die ambulante Behandlung Schizophreniekranker zunehmende Bedeutung erhalten.





■ **Abb. 2.1** Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Kliniken (Schneider et al. 2012)

Dadurch hat sich aber für Schizophreniekranken und ihre Angehörigen eine neue Situation ergeben, auf die sie häufig nicht ausreichend vorbereitet worden sind. Denn die dargestellte Entwicklung bedeutet auch, dass psychisch Kranke mehr Zeit außerhalb der Klinik verbringen und sich die Spannungsfelder infolgedessen zu Hause vergrößern können.

Die moderne Entwicklung hat auch Schattenseiten, die immer deutlicher werden. So ist die moderne Kommune vielerorts keine tragende Gemeinschaft, die psychisch Kranke aufzufangen bereit wäre. Die Realität des Lebens außerhalb psychiatrischer Kliniken ist für viele Schizophreniekranken sehr hart. Den psychisch Kranken fehlen nicht nur geeignete Arbeitsplätze, sondern immer häufiger auch ein eigenes Zuhause, Familienanschluss und geeignete Behandlungsplätze. In den USA, aber auch in europäischen Ländern, machen Schizophreniekranken einen erheblichen Teil der Obdachlosen aus, die auf den Straßen und in Notschlafstellen leben. Viele werden kriminalisiert und landen in Gefängnissen. Immer mehr Schizophreniekranken (ca. 50% in den USA) betreiben heute in ihrer Verelendung auch einen Alkohol- oder Drogenmissbrauch, was früher viel seltener der Fall war.

Aktuelle Probleme  
Schizophreniekranker

Hat sich durch diese Veränderung auch das Bild der Schizophreniekranken gewandelt? Es gibt Anzeichen dafür, dass mit ihrer wachsenden Verelendung alte Vorurteile wieder neue Nahrung bekommen. Andererseits hat die Öffnung der Psychiatrie dort, wo sie mit einem Ausbau der sozialen Hilfen einherging, auch das Verständnis für zwischenmenschliche Aspekte der Erkrankung gefördert und die Bedeutung des Milieus für Art und Ablauf der Erkrankung verdeutlicht. Insgesamt ist aber auch gemäß deutschen Untersuchungen keine durchgehende Entstigmatisierung zu beobachten.

➤ **Immer klarer zeigt sich, dass die Schizophrenien weder aus den gesellschaftlichen Bedingtheiten herausgelöst, noch einfach durch sie erklärt werden können.**

Vielschichtigkeit des Krankheitsbegriffes

Noch immer fehlen völlig zufriedenstellende Kriterien, die es erlauben, eine schizophrene Erkrankung – wie z. B. eine Stoffwechselstörung – klar und eindeutig zu definieren. Die Zukunft schizophrenen Krankseins bleibt offen. Dieses Nichtfestgelegtsein gilt es auch in der Anwendung des Krankheitsbegriffs „Schizophrenien“ (in der Mehrzahl!) zu berücksichtigen, als Hinweis darauf, dass es ganz verschiedene Lebenswege schizophren erkrankter Menschen gibt.

### 2.3 Ist schizophrene Erleben nachvollziehbar?

Schizophrene Erleben ist vielgestaltig und durchgehend fremdartig, haben wir einleitend festgestellt. Wie lässt sich schizophrene Erleben weiter charakterisieren und genauer verstehen?

In der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts wurde in der Psychiatrie eine heftige Auseinandersetzung darüber geführt, ob man sich in eine schizophrene Erkrankung überhaupt einfühlen könne oder nicht. Karl Jaspers, der berühmte Philosoph, der sonst als Nervenarzt eine „verstehende“ Psychiatrie vertrat, stellte sich vehement auf den Standpunkt, schizophrene Erlebnisse seien unverständlich.

Dominanz des Innenlebens

Eugen Bleuler vertrat in vielem den Gegenstandspunkt, aber auch ihm war bei dieser Fragestellung eine für seine Zeit exemplarische Zwiespältigkeit anzumerken. So bemerkte er einmal, dass, wenn alles über die Schizophreniekranken gesagt sei, sie ihm immer noch „so fremd wie Vögel in seinem Garten“ vorkämen. Diese Aussage kontrastiert mit seiner sonst geäußerten Auffassung, dass es nur quantitative Unterschiede zwischen dem Traumleben und dem schizophrenen Erleben gäbe. So stellte er fest: „Eines der wichtigsten Symptome der Schizophrenie ist ein Vorwiegen des Innenlebens mit aktiver Abwendung von der Außenwelt. Die schweren Fälle ziehen

sich ganz zurück und leben einen Traum; in den leichteren Fällen finden wir geringe Grade der gleichen Erscheinung.“

Man kann also versuchen, sich schizophrenem Erleben anzunähern, indem man es mit einem Traum vergleicht. Die Schizophreniekranken wären dann einem wachen Träumer ähnlich. Auch dieser Vergleich hinkt. Aber er ermöglicht es, eine wesentliche Eigenheit schizophrenen Erlebens zu erfassen.

➤ **Schizophrenes Erleben unterscheidet sich so grundsätzlich vom Alltagsbewusstsein, wie sich Träumen vom wachen Beobachten unterscheidet.**

Der Träumer erlebt in der Regel einen Traum so, als würde es sich um ein Geschehen handeln, das ihn selbst zum Mittelpunkt hat. Er mag in einem Alptraum vor unheimlichen Verfolgern fliehen und dabei schreckliche Angst empfinden. Oder er mag in einem Wunscherfüllungstraum zu einem unerwarteten Stelldichein kommen und tiefes Glück empfinden. Bei aller Verschiedenheit solcher Traum Inhalte bleibt auffällig, dass der Träumer darin meist eine zentrale Rolle einnimmt, so dass sich das Traumgeschehen um ihn zu drehen scheint. Doch ist der Träumer gleichzeitig so in das Traumgeschehen eingebunden, dass es ihm mehr widerfährt, als dass er es aktiv gestaltet. Auch ist sich der Träumer, solange er träumt, seiner besonderen Stellung nicht bewusst. Er ist Agierender in einem Schauspiel oder Drama, dessen Verlauf ihm unbekannt ist. Er kann sich die Rolle nicht auswählen, die er im Traum spielt, sondern die Rolle kommt ihm durch das Traumgeschehen zu, und er hat sie auszufüllen. Die eigene Aktivität scheint, wie in einem Film, einem unbekannten Regisseur unterworfen zu sein, der das Spiel selbstständig arrangiert, aber die Inhalte des Traumgeschehens aus dem persönlichen Erfahrungsschatz des Träumers nimmt. Häufig ist der Träumer seinem Traum so ausgeliefert, dass es richtiger zu sagen ist: „es träumt ihm“ als „er träumt“. Denn solange ein Träumer träumt, ist ihm kein Ausstieg aus der Traumwelt möglich. Er wird durch die Gesetze des Traumes beherrscht, die eine bewusste Kontrolle ausschließen. Erst nach dem Erwachen wird dem vormals Träumenden bewusst, dass er geträumt hat.

Dennoch empfindet sich der Träumer keineswegs als Spieler oder gar als Marionette. Vielmehr kann er im Traum um sein Leben kämpfen oder mit großem Ernst andere Personen zu überzeugen suchen. Gerade weil sich das Traumgeschehen auf ihn ausrichtet, wird alles für den Träumer wichtig. Es gibt gleichsam keine Nebensächlichkeiten mehr. Hingekritzelte Worte auf einem Papier mögen besondere Bedeutung bekommen. Eine Rose sieht ungewöhnlich,

deshalb aber nicht weniger wirklich aus. So hat jeder Traum seine eigene Realität. Er ist dem Träumenden nie unwirklich. Er stellt eine eigene Welt dar, an der im Traum nicht zu zweifeln ist, selbst wenn sich die Traumbilder von Alltagserfahrungen stark unterscheiden.

Tritt nun der Fall ein, dass die Szenerie eines Traumes der Wirklichkeit des Alltags sehr ähnlich ist – indem z. B. vertraute Lebenspartner in vertrauter Umgebung im Traum auftreten –, so scheinen Traum und Wirklichkeit deckungsgleich zu werden. Wie kommt es aber, dass der vormals Träumende beim Aufwachen trotzdem (vielleicht irritiert) eine ganz andere Welt entdeckt? Die Antwort ist einfach: Nicht die vorgefundene oder gesehene Szenerie entscheidet darüber, ob wir wachen oder träumen, sondern die Art und Weise, wie wir diese Umstände erleben. Jedem Menschen ist der charakteristische Unterschied zwischen Wachen und Träumen aus Erfahrung bekannt. So wissen wir auch die verschiedenen Erlebnisweisen voneinander zu trennen.

Anders verhält es sich mit schizophrenem Erleben in psychotischem Zustand. Auch hier verändert sich das Erleben in charakteristischer Weise aus dem Alltagsbewusstsein heraus in ein neues Erfassen der Dinge. Doch da nur ein kleiner Teil der Menschen diese Erfahrung gemacht hat, ist das schizophrene Erleben einer Psychose schwerer einzuordnen und noch schwerer nachzuvollziehen.

Was schizophren-psychotisches Erleben mit dem allen Menschen bekannten Traumerleben gemeinsam hat, ist der „Sprung“ aus dem Alltagsbewusstsein heraus in ein neues Erleben hinein, und es ist die Ausrichtung des erlebten Geschehens auf den Träumer bzw. Schizophreniekranken hin. Im psychotischen Erleben eines Schizophreniekranken gibt es kaum noch (oder jedenfalls viel weniger) neutrale Ereignisse, die nichts mit der eigenen Person zu tun hätten. Der betroffene Mensch wird, wie der Träumer, in einen Film einbezogen, der mit ihm als Hauptperson abläuft.

Was sich ereignet, bezieht sich hauptsächlich auf ihn. Vieles scheint vordergründig, vorgegeben, zeitlos, wie in einem Bild, in dem alles miteinander zusammenhängt und der Betrachter das Zentrum bildet.

Im Gegensatz zum schlafenden Träumer bleibt jedoch der Schizophreniekranken auch im psychotischen Zustand durchaus wachsam und besonnen. Nur in schwersten Krankheitszuständen kann ein Schizophreniekranker so traumartig umdämmert wirken, dass sein Bewusstsein gestört erscheint. Häufiger ist die Bewusstseinslage leicht verschoben.

### Beispiel

Eine Betroffene erklärt das so: „Gesunden kann man die (leichte) Einschränkung des Bewusstseins vielleicht am besten mit dem Zustand

### 2.3 · Ist schizophrenes Erleben nachvollziehbar?

von geistiger Abwesenheit erklären. Jeder kennt das: man ist übernächtigt, überarbeitet und in eine Beschäftigung versunken – oder auch von einer Verliebtheit eingenommen. Tritt in einem solchen Moment eine Person mit irgendeiner banalen Frage an einen heran, so gerät man für einen kurzen Moment in eine Art Blackout. Man antwortet halbherzig und mit Verzögerung, oder man muss gar Rückfrage halten, weil einen das Anliegen des andern nicht erreicht hat. In einer solchen Art von Blackout, von geistiger Abwesenheit, ist man während des schizophrenen Zustandes permanent. Diese geistige Abwesenheit ist meiner Erfahrung nach nicht das Resultat einer Absorption durch das schizophrene Erleben. Im Gegenteil ist es eher Ausgangslage für das nicht mehr regelhafte Denken.“

In der Regel „entrückt“ der Schizophreniekranke in keine andere Wirklichkeit als in die uns allen gemeinsame. Er ist insofern kein Träumer, weder ein schlafender noch ein Tagträumer.

Anderes Verständnis der  
Wirklichkeit

➤ **Der Unterschied zum Traum (im Schlaf) beruht vor allem darauf, dass der Schizophreniekranke eben nicht schläft, sondern handeln und auf Reize aus der Umgebung direkt reagieren kann. Er nimmt die ihn umgebende Wirklichkeit wahr, jedoch im psychotischen Zustand grundsätzlich anders als in gesunden Zeiten oder als seine Umgebung es tut.**

Wie andersartig und fremd ein Schizophreniekranker in der Psychose die Welt erlebt, erkennt er jedoch oft erst im Nachhinein.

#### Beispiel

Eine Betroffene erinnert sich: „Das Erwachen aus dem schizophrenen Zustand habe ich jeweils wie das Erwachen aus einem Traum erlebt. Vor allem zu Beginn der jeweiligen Episoden geriet ich manchmal innert Minuten von einem Zustand in den anderen. Dabei realisierte ich jedoch nur den Wechsel in das Alltagsbewusstsein, ähnlich wie man nicht realisiert, dass man in den Schlafzustand hinübergeht. Allerdings konnte ich im Nachhinein immer genau festlegen, wann der Moment des psychotischen Erlebens begann.“

Es kann aber nicht genügend betont werden, dass Schizophreniekranken in der Regel in keiner „anderen“, sondern in „unserer“ Welt leben (wenn auch als „Fremde“), und dass sie nicht überirdische Erlebnisse haben oder übersinnliche Erfahrungen machen, es sei denn, wir bezeichnen ein anderes Verständnis unserer eigenen Wirklichkeit als übersinnlich.

Ihr Erleben durchaus irdischer Begebenheiten ist aber in der Erkrankungszeit so verändert, dass es mit unserem alltäglichen sog. „normalen“ Erleben nicht mehr vereinbar ist. Es ist „ver-rückt“ oder „ent-rückt“. Der Schizophreniekranken ist aus dem den Menschen sonst gemeinsamen Empfinden und ihrer gemeinsamen Sprache herausgestiegen, aber nicht in ein unbewusstes Traumerleben hinein, sondern in eine unerhörte Fremdheit, die mehr oder minder bewusst erfahren wird.

## 2.4 Der psychotische Zustand (nach Selbstschilderungen)

### 2.4.1 Beginn

Die schizophrene Veränderung tritt selten ganz plötzlich auf. Meist ziehen sich später schizophrene Erkrankte zuerst über Wochen, Monate, ja Jahre in sich zurück und brechen frühere Sozialkontakte ab.

➤ **Systematische Nachforschungen bei Schizophreniekranken haben ergeben, dass etwa 90% sich vor oder zu Beginn der Psychose vermehrt abkapseln oder andere Eigeninitiativen einschränken oder aufgeben (das sog. Prodromalstadium).**

Vor und anfangs der eigentlichen Erkrankung fühlen sie sich häufig lustlos, gespannt, bedrückt oder in der Konzentration gestört. Viele empfinden einen vermehrten Druck auf sich, sind überlastet und haben schließlich ein Gefühl des Fiebrigen, wie vor einer wichtigen Entscheidung. Einzelne wenige sind auch schwermütig oder freudig erregt.

Vorboten der Krankheit

All dies ist aber uncharakteristisch und weist nur darauf hin, dass sich schizophrene Erleben nicht aus dem Nichts entwickelt. Oft werden Schizophreniekranken unmittelbar vor dem Ausbruch der Psychose zunehmend misstrauisch. Sie stehen unter dem Eindruck, es liege etwas in der Luft. Charakteristisch ist die Äußerung: „etwas ist los, ich weiß aber nicht, was; sagt mir doch, was los ist.“

Aus dieser misstrauischen Spannung heraus, die oft mit Schlaflosigkeit – einer Art Überwachtheit – einhergeht, können wir ein Stück weit nachvollziehen, wie es einem Schizophreniekranken zumute sein könnte. So haben wohl schon fast alle Menschen die Erfahrung gemacht, dass sie bei angstvoller Anspannung in einem dunklen Wald plötzlich Schatten auf Baumstrünken als bedrohliche Gestalten erkennen oder dass sie durch Tiere hervorgerufenen Rascheln

im Laub für Schritte von Verfolgern halten. Natürliche Ereignisse werden in solchen Momenten als persönliche Bedrohung erlebt. Dabei ist es wohl weniger der Baum oder der Strauch, den wir gerade noch ungenau erkennen (oder eben als Gestalt eines Angreifers verkennen), der uns beben macht, als vielmehr die gesamte undurchsichtige Umgebung, das Dunkel, das alles einhüllt. Wir verlieren in solchen Momenten eine sichere, vertraute Basis, von der aus wir einzelne Gegenstände abgrenzend einschätzen können. Wo sich Vorder- und Hintergründiges im Zwielflicht vermischen, kommt den einzelnen, unscharf wahrgenommenen Dingen eine besondere Bedeutung zu. Dabei entscheidet unsere Stimmung, wie wir die einzelnen Wahrnehmungen deuten. In großer Angst wird der Baumstrunk zum lauernnden Feind, der ganze Wald zu einer Szenerie der Bedrohung.

Bei schizophrenem Erleben mag häufig ein ähnliches Gefühl der Bedrohung dem Ausbruch der Erkrankung vorangehen. Jedenfalls erhält das Umfeld für den Schizophreniekranken zunehmend einen befremdlichen Zug, bis es dazu kommt, dass sein Erleben „überkippt“, sich frühere Zusammenhänge teilweise oder ganz auflösen und – von einzelnen herausragenden Wahrnehmungen aus – ein neues Bild der Wirklichkeit entsteht, das von ganz persönlichem Erleben geprägt ist.

➤ **Im psychotischen Erkrankungszustand hat die Umgebung nicht mehr ihren natürlichen Zusammenhang: sie erscheint unecht, wie in einem Theaterstück gestellt und für den Kranken arrangiert. Zugleich empfindet sich der Schizophreniekranken auch selber verändert, oft wie hypnotisiert oder telepathisch beeinflusst.**

Auch wenn diese Veränderungen des inneren und äußeren Lebens meist miteinander gekoppelt sind, sollen im Folgenden die beiden Seiten zum besseren Verständnis getrennt behandelt werden.

### 2.4.2 „Außen ist vieles anders“

Im psychotischen Erleben eines Schizophreniekranken erscheint die Umwelt so, als ob fast jedes Ereignis und jeder Gegenstand ihn persönlich betreffe. Alles, worauf seine Aufmerksamkeit fällt, erscheint wie für ihn (hin)gestellt.

Immer weniger ist für ihn bedeutungslos. In allem, was er sieht, hört, oder allenfalls spürt, schmeckt und riecht, kann eine Botschaft liegen, die nur an ihn gerichtet ist. So kann z. B. eine gewöhnliche

Selbstbezogenheit der  
Beobachtungen

Autofahrt durch eine Landschaft zu einer ganz eigentümlichen Offenbarung werden, wie im Falle eines Wehrpflicht leistenden Patienten des Psychiaters Conrad:

### Beispiel

„Alles an der Straße war eigens seinetwegen aufgebaut worden. Eine Unmenge Sachen waren aufgestellt nur zu dem Zwecke, zu prüfen, ob er sie bemerke, z. B. ein ganzer Berg von Stroh, der dort gar nichts zu tun hatte; Steine in großen Haufen zur Reparatur der Straße, die aber in gutem Zustand war; am Straßenrand, so dass man es kaum sehen konnte, ging ein Schaf; Menschen mit Fahrrädern kamen entgegen; ja es war so viel, er könne es gar nicht mehr sagen. Alles war nur seinetwegen vorbereitet, fast alle hundert Meter war irgendetwas, eigentlich war buchstäblich alles, was ihm begegnete, auffällig ...

Als er am folgenden Tag sich auf einem bestimmten Platz zu melden hatte und wartete, bemerkte er, dass alle, die vorbeikamen, eine Art Angst bekamen, wenn sie an ihm vorbeiging. Er bemerkte es an dem Gesichtsausdruck, sie hatten so etwas Verzerrtes, Spannendes, Unnatürliches im Ausdruck. Auch die Bewegungen waren nicht natürlich, sogar die Hunde kehrten plötzlich um und liefen mit eingezogenem Schwanz weg. Sie waren wohl froh, als sie wieder abhauen konnten. Es musste eine merkwürdige Wirkung von ihm ausgehen, dass die Leute direkt in einem Bann waren, wie in einem Bannkreis“ (Conrad 1958, S. 52).

Für diesen Kranken verwandelte sich das ganze Umfeld einer Autofahrt in eine Art Prüffeld. Dabei sprang ihm vor allem in die Augen, was „auffällt“, was nicht ganz selbstverständlich war. Für andere Kranke kann sich das Szenarium, das sie erleben, in eine Art Filmstudio oder Theaterbühne verwandeln, für wieder andere zur Verfolgung oder zum Hinterhalt, den man ihnen stellt. Immer aber zeigen die wahrgenommenen Situationen an, dass sie ihnen gelten.

### Beispiel

So verwandelt sich für akut Schizophreniekranken eine Krankenhausabteilung manchmal in ein Film- oder Theaterstudio: die Mitpatienten sind dann keine richtigen Patienten mehr, sondern sie spielen nur eine Rolle in einem Stück, das für die Kranken inszeniert wird. Auch das Pflegepersonal und die Ärzteschaft spielen ihre Rollen. Beispielsweise verkennt ein Patient eine großgewachsene blonde pflegerische Fachperson als „Claudia Schiffer“. Vom behandelnden Arzt sagt er: „Der angebliche Dr. H. ist der Schauspieler, der im Film Dr. Schiwago verkörpert. Der weiß doch genau, was



## 2.4 · Der psychotische Zustand (nach Selbstschilderungen)

gespielt wird. Er kann mir aber wegen der Filmaufnahmen nichts verraten. Manchmal winkt er mir von weitem zu. Dann gibt er mir ein Zeichen, ohne dass es unter den versteckt laufenden Filmkame- ras auffällt. Er bedeutet mir, er stehe auf meiner Seite.“

Die aus dem modernen Alltagsleben nicht wegzudenkenden Medien werden für Schizophreniekranken besonders häufig zu geheimen Nachrichtenträgern. Zeitungen, Fernsehen, Radio oder Internet enthalten teils verschlüsselte, teils offensichtliche (immer aber persönlich an sie gerichtete) Botschaften. So kann ein Zeitungsartikel voller Anspielungen auf ihr persönliches Leben sein. Radio- und Fernsehsendungen werden um ihretwillen ausgestrahlt und können sich mitunter, ähnlich wie die Autofahrt des Patienten von Klaus Conrad, in eine Flut von persönlichen Mitteilungen auflösen.

### Rolle der Medien

#### Beispiel

So bedeutete für eine schizophreniekranken Frau die Berichterstat- tung eines Krieges aus einem fernen Kontinent, dass sie selber um- gehend in einen Krieg verwickelt werde. Aus Namen der im Fernse- hen genannten Kriegsteilnehmer entnahm sie verschlüsselte Hin- weise auf einzelne Bekannte und Verwandte, die im vermeintlichen Komplott gegen sie Schlüsselpositionen einnehmen würden.

Bei einem anderen Patienten bekam ein Versprecher der Ansagerin die Bedeutung, ein ihm kurz zuvor von Angehörigen gemachtes Versprechen werde nicht eingehalten. Der Patient begründete sei- ne Annahme damit, dass ihn die Ansagerin unmittelbar nach dem Versprecher vielsagend angelächelt habe.

Oft wird in kürzester Zeit eine Vielzahl solcher Ereignisse erlebt: So ist man ständig auf Draht. Was gegen außen durchkommt, ist viel- fach nur ein Hundertstel von dem, was man erlebt: Jeder Zeitungs- artikel, jeder Werbespot im Fernsehen, jedes Wort von Pflegerin oder Pfleger vermag eine ganze Story auszulösen, berichtet eine andere Patientin rückschauend.

Für manche Schizophreniekranken wird das Lesen von Zeitungen und Büchern sowie das Hören und Sehen von Sendungen im Radio und Fernsehen deshalb sehr anstrengend, weil alles voller Bedeu- tungen ist.

#### Beispiel

So erinnert sich die zuletzt zitierte Patientin in humorvoller Distanz: „Zum Schluss der letzten (Krankheits-)Episode begann ich mich al- lerdings über diese nur noch auf mich gerichtete Welt zu ärgern. Dies vor allem, weil anscheinend massenhaft Bücher gedruckt

wurden, die nur für mich geschrieben waren und einer allgemeinen Wahrheit entbehrten.“

Auch das Zusammenleben mit anderen Menschen wird teilweise äußerst mühsam, weil auf so vieles geachtet werden muss. Hinter jedem Ereignis steckt möglicherweise eine Offenbarung. Dabei kann etwas für den Schizophreniekranken nur angedeutet sein und folglich eine ganze Kette von Vermutungen auslösen. Anders kann von vornherein eine überdeutliche Botschaft enthalten und unzweifelhaft wahr sein.

Bedeutungsschwere zufälliger Dinge

So können sonst banale oder zufällige Beobachtungen einen Aufforderungscharakter bekommen, wie im folgenden Beispiel die Aufschrift „Setz“ zum Zeichen sich zu setzen wird.

### Beispiel

„So setzte ich mich in ein Restaurant, als ein Lastwagen mit der Aufschrift ‚Setz‘ vorbeifuhr. Mit ihrem Flug deuteten mir die Vögel die Richtung an, die ich einschlagen sollte, oder ich orientierte mich an der Richtung der Tannenzapfen. Dann wieder war es die Farbe einer Blume, die mir die Richtung wies. Mittels Zigarettenstummel, Kaugummiflecken und Abfallpapierchen, mit Steinen und Tannenzapfen hatte Herr S. eine Schnitzeljagd veranstaltet.

Entscheidungen wurden mir abgenommen. Als ich mir überlegte, ob ich nicht veranlassen sollte, [aus der Psychiatrischen Universitätsklinik nach Kilchberg] in die dortige Klinik überwiesen zu werden, flog ein Heißluftballon, der für ‚Nixdorf‘ warb, über den See (Nix=kein, Dorf=Kilchberg), Also sollte ich im Burghölzli bleiben. Dieses Eingebundensein gab mir ein nie geahntes Gefühl von Geborgenheit. Es hat auch zur Folge, dass ich mir jetzt meine regressiven Bedürfnisse eingestehen kann.“

Offenbarungscharakter von Wahrnehmungen

Der Offenbarungscharakter von Wahrnehmungen kann auch dazu beitragen, dass Ort und Personen von Schizophreniekranken verkannt werden. Ein fremdes Land kann wegen bestimmter Wesensähnlichkeit als Heimat, ein Fremder als Angehöriger, aber auch umgekehrt das eigene Haus oder die nächsten Verwandten als fremd verkannt werden.

### Beispiel

So wähnte sich eine Patientin bei einer Busfahrt ins Ausland im heimatlichen Schweizerkanton und fiel bei einer Rast dadurch auf, dass sie Mitreisende zu sich nach Hause einlud, was „gleich um die Ecke sein muss“. Sie sprach einzelne Fremde als Bekannte an und war erstaunt, dass sie ihr auf Hochdeutsch antworteten: „Die

## 2.4 · Der psychotische Zustand (nach Selbstschilderungen)

müssen sich verstellt haben“, berichtete sie später. „Es war doch alles wie zu Hause. Und eine Frau hatte genau die Eigenheit, wie Frau O., einen so von unten schräg anzublicken.“

Ein anderer Patient, der auf der Krankenabteilung eigene Angehörige als Fremde verkannte, berichtete rückschauend: „Meine Besuche nahmen verschiedene, charakteristische Gestalten an: eine meiner Verwandten war in meinen Augen wie eine Nonne gekleidet – und das löste eine gedankliche Kettenreaktion aus“. Das „Nonnenhafte“ trat für diesen Patienten so stark in den Vordergrund, dass er seine Verwandte als Nonne verkannte, wobei ein Gefühl der Unwirklichkeit seines ganzen Erlebens zu dieser Entfremdung der ihm nahe stehenden Person beigetragen haben dürfte.

Nach dem bisher Gesagten könnte es scheinen, als erlebe der Kranke sich selbst inmitten einer kulissenhaft veränderten Welt, in der das Bekannte fremd und das Fremde bekannt, er aber allen Ereignissen nur ausgeliefert sei. Diese Beschreibung wäre aber unvollständig. Denn das schizophrenpsychotische Erleben verändert zwar die Wirklichkeit, doch ist die Erinnerung an das „gewöhnliche“ Gesicht der Wirklichkeit meist nicht ausgelöscht. Solange die schizophrene Erkrankung nicht allzu schwer ist, ist den Schizophreniekranken oft eine Art „doppelte Buchführung“ möglich, so dass sie nach außen hin eine gewisse Anpassung an „das alte Gesicht“ der Wirklichkeit aufrechterhalten können und das „neue“ Erleben nur bruchstückhaft in Wort und Taten durchbricht. Auch kann bei leichteren Erkrankungen oder auch zu Beginn einer schweren Erkrankung ein Wechsel zwischen „normalem“ und „schizophrenem“ Erleben erfolgen – ähnlich dem Wechsel von Traum und Wachzustand bei Gesunden.

Schließlich erlebt sich der Schizophreniekranke in der Psychose nicht nur als ohnmächtig, sondern mitunter auch als allmächtig. Der Mitmensch handelt dann z. B. gerade so, wie es sich der Schizophreniekranke vorstellt. Er führt – nach der Auffassung des Kranken – seine Gedanken aus. Selbst die Weltgeschichte oder das Wetter scheinen dann unhinterfragt von seiner Macht abhängig zu sein. Hinter solchen Allmachtsgefühlen findet sich aber meist dennoch der Eindruck, dass dem Kranken die geheimnisvolle Macht nur geliehen wird und er Ausführender eines geheimnisvollen „man“ ist, der die Sache arrangiert.

Nebeneinander von „normalem“  
und schizophrenem Erleben

Allmachtsgefühle

- **Ohnmacht und Allmacht liegen nahe beieinander. Sie stellen nur zwei Seiten eines Erlebens dar, das dadurch charakterisiert ist, dass sich die Grenzen zwischen Innen und Außen auflösen.**

### 2.4.3 „Innen ist vieles anders“

Im gleichen Maße wie Schizophreniekranken im psychotischen Zustand die Umwelt fremdartig erleben, fühlen sie sich oft auch selbst verändert. Empfinden sie die Außenwelt im schizophrenen Erleben „wie gestellt“, so empfinden sie sich innerlich „wie gemacht oder gelenkt“ (Conrad 1958). Was sie denken oder fühlen, erscheint ihnen ebenfalls mehr oder weniger fremdartig, wie von einem Fremden gedacht oder gemacht. Sie schätzen Einfälle und Gedanken unter solchen Umständen nicht mehr als ihre eigenen ein, sondern erleben sie als Ideen, die ihnen merkwürdigerweise und ohne ihr Zutun aufgedrängt werden.

#### Eingegebene Gedanken

Es mag für manche Leser besonders schwierig sein, sich in diese Veränderungen des inneren Erlebens hineinzufühlen, da sie das Bild, das wir von uns machen, in Frage stellen. Schließlich ist die Grundlage unseres Selbstverständnisses seit dem französischen Philosophen Descartes die Überzeugung, dass die Gedanken eines Menschen seinen persönlichen Besitz darstellen: „Ich denke, also bin ich“. Wenn im schizophrenen Erleben an dieser Grundlage gerührt wird, droht der Schluss: „Ich denke nicht, also bin ich auch nicht“. Trotzdem geht im psychotischen Erleben von Schizophreniekranken die Selbstbeobachtung nicht unter. Nur erscheint nun auch das Innenleben einem geheimnisvollen „man“ ausgeliefert, das denkt und lenkt. Schizophreniekranken empfinden ihre Gedanken z. T. nicht mehr als „Einfälle“, die ihnen spontan kommen, sondern als „Eingebungen“, die von außen vorgegeben sind. Entsprechend gehen sie oft davon aus, dass diese Gedanken nicht ihnen allein gehören, sondern von anderen mitgehört werden können. So ist selbstverständlich, dass viele Kranke beispielsweise auf Fragen keine Antwort geben wollen, weil die Fragesteller ja ohnehin schon alles wissen.

#### Beispiel

„Sie können doch meine Gedanken lesen und wissen genau, wie es um mich steht. Verstellen Sie sich nicht. Sie wissen bestens, was passiert ist. Sie haben doch auch daran teilgenommen. Da ist doch Gedankenübertragung im Spiel“, erwidert beispielsweise eine Patientin einem Arzt bei Klinikeintritt im Aufnahmegespräch.

Nicht selten empfinden Schizophreniekranken ihre Gedanken auch abgehört, vermuten überall Mikrofone versteckt, da sie unter dem zwingenden Eindruck stehen, ihre Gedanken seien anderen bekannt und müssten demzufolge abgehört worden sein. Diese Deutung wird noch verständlicher, wenn man von Schizophreniekranken

erfährt, dass sie eigene Gedanken oft wie von außen wahrgenommene Stimmen selber laut in ihrem Kopf hören. Wenn aber die Gedanken für sie hörbar sind, so kann ihre Argumentationsweise lauten: Wieso sollen dann nicht auch andere Menschen sie vernehmen können?

Vom Empfinden, dass Gedanken laut werden und für die Kranken selber im Kopf hörbar sind, ist es nur noch ein kleiner Schritt zum Hören von Worten, Sätzen oder „Stimmen“, die von außen kommen.

Stimmen hören

### Beispiel

Ein Patient von Klaus Conrad mag diesen Übergang illustrieren: „Die hören meine Gedanken mit und alles, was ich mache. Sie brauchen gar nicht erst zuzugucken, die sehen das so. Wie die Apparate sind, weiß ich nicht, das muss mit dem Licht in Verbindung sein, bin schon dauernd am Überlegen. Es ist sehr interessant ... Man wollte mir das Wort Generaloberst so in den Kopf eingeben ... Sie wiederholen alles und bringen mich auf Punkte, die in meinem Leben eine Rolle gespielt haben. Man will es jedenfalls so haben, gibt mir die Gedanken ein, dann spreche ich die Gedanken aus und dementsprechend wird es dann mitgehört“ (Conrad 1958, S. 91).

Typischerweise hören Schizophreniekranken hauptsächlich Stimmen, die ihr Handeln kommentieren.

### Beispiel

Wenn ich eine Zigarette rauche, heißt es: „Jetzt raucht der.“ Oder eine andere Stimme sagt: „Rauch doch nicht.“ Wenn ich eine Straße hinunterlaufe, sagt eine Stimme: „Nun läuft er die Straße entlang, nun erreicht er die Ecke, und er fragt sich, welche Straße er wählen soll. Nun schaut er auf die Beine dieses Mädchens, nun in das Schau-fenster der Metzgerei etc.“

Manchmal vertreten die Stimmen aber auch das Pro oder Kontra einer Sache oder beschimpfen, drohen, trösten, kritisieren und befehlen.

### Beispiel

So hörte ein älterer Schizophreniekranker verschiedenartige Frauen- und Männerstimmen. Eine tiefe Stimme sagte ihm: „C. P. ist ein Schwächling.“ Eine höhere Frauenstimme bestätigte dies: „Sollte nacherzogen werden.“ Dem widersprach eine andere Frauenstimme: „Das ist nicht wahr, er ist ein lebenswürdiger Mann.“

Die Stimmen kommen nach der Einschätzung der Betroffenen von irgendwoher, aus den Wänden, der Luft, der Nachbarschaft oder aus der Höhe etc.

Häufig werden die Stimmen leiser oder verschwinden ganz, wenn Schizophreniekranken ein entspanntes Gespräch mit anderen Menschen führen oder wenn sie eine befriedigende Tätigkeit ausüben. Sie verstärken sich hingegen oft in sozialer Isolation oder in angespannter Stimmung.

Stimmen können für Schizophreniekranken äußerst störend und belastend sein. Sie können Angst und Verwirrung stiften.

### Beispiel

Eine Patientin, die verschiedene Frauen- und Männerstimmen vor allem nachts hörte, bezeichnete ihre Stimmen als „quasi Dämonen, die mich nicht loslassen. Sie kommen von überall her, ich bin mitten drin am Herumdirigieren.“

Sie können die Konzentration auf eine Arbeit oder ein Gespräch behindern. Doch ist Stimmenhören für viele Schizophreniekranken nicht immer störend. Einzelne Stimmen sind angenehm, andere werden als Botschaft oder Befehle angenommen. Dritte geben Anlass zu einem Gespräch, indem die Stimmen als imaginäre Partner benutzt werden.

Infolgedessen wehren sich manche Schizophreniekranken nicht gegen ihre Stimmen. Sie empfinden sie nicht als krank, sondern als etwas, was ihnen geschieht, ja was zu ihnen gehört. Sie können sie auch meist genau von den tatsächlichen Mitteilungen ihrer Mitmenschen unterscheiden. So kommt den Stimmen ein eigener Charakter zu.

Man kann vermuten, dass die Stimmen einen Teil der eigenen Gedanken der Schizophreniekranken darstellen. Nach dieser Auffassung würden eigene Gedanken von den Betroffenen wie fremde Objekte behandelt und dementsprechend als von außen kommend eingeschätzt. Ihr „Ich“ hätte sich gleichsam auf einen extrem distanzierten Beobachtungsposten zurückgezogen, so dass selbst Innerliches (Gedanken und Gefühle) teilweise als nicht zu ihnen gehörig eingeschätzt wird.

Gedanken wären dann sinnliche Wahrnehmungen, eben „gehörte Worte“ (Vorstellungen wären „visionär Gesehenes“ und Empfindungen „halluzinativ mit dem Tast-, Geschmacks- oder Geruchssinn Wahrgenommenes“). Das innere Erleben würde dabei das Persönliche verlieren und nur als etwas Vorhandenes wahrgenommen, wie von einem gottähnlichen Regisseur auf der Bühne des Bewusstseins inszeniert.

Tatsächlich finden sich im sprachlichen Ausdruck Schizophreniekranker viele Hinweise, dass sie Gedanken und Worte wie sinnlich wahrgenommene Gegenstände behandeln. Wörter sind für sie dann nicht mehr ausschließlich Kommunikationsmittel oder nützliche Zeichen, die zur zwischenmenschlichen Verständigung gebraucht werden, sondern Sprachbilder, die sich verselbständigen haben. Sie können sie betrachten, in ihre Silben auflösen und neu zusammensetzen. Mitunter können Schizophreniekranker Wörter sogar wie Kunstgegenstände bearbeiten und verändern, so dass schließlich eine ganz künstliche, kaum mehr verständliche Ausdrucksweise resultiert. Dabei können auch Satzbau und Schreibweise vielgestaltig abgewandelt sein.

### Beispiel

So äußert sich ein chronischer Schizophreniekranker: „Je wenn es kälter wird die rote Sichel rundet sich. Der Monat, das Monat ältert sich.“

Ein anderer: „Der Pfarrer ist nicht gerecht, verbricht das Brot, statt es zu brechen. Gewalt bricht Eisen und ist die Hand der Verteidigung. Das ist die schmetternde Hand, das ist wie ein Blitz. Epilepsie ist, wenn einer umfällt. Das kann der doppelte heilige Geist machen, der Herr der Herrlichkeit, das keusch bleibende C.“

Ein anderes Beispiel eines solchen Querschreibens gegen die geltenden Sprachregeln ist auch das in ► [Abschn. 3.4](#) wiedergegebene „Manifest“ eines Schizophreniekranken.

Schizophrene Texte sind selten harmonisch, aus einem Guss, sondern sie beziehen ihren Reiz gerade aus der Widersprüchlichkeit, aus dem Bruch. Damit spiegeln sie aber auch das gebrochene Verhältnis der Schizophreniekranken zu ihrer Umgebung wider.

Verwirrend kann auch sein, wenn Schizophreniekranker den Symbolcharakter eines Wortes zur gegenständlichen Darstellung ihrer Situation benutzen.

### Beispiel

Eine Patientin beklagte sich über die Herzlosigkeit ihrer Mutter mit folgenden Worten: „Sie hat einen Herzfehler und sollte zum Arzt gehen.“ Ein Schizophreniekranker greift seine Mutter tätlich an, weil sie einen bereits verfaulenden Apfel, den er liegen gelassen hat, in den Mülleimer warf. Der Patient beschimpft seine betagte Mutter, dass sie ihm seine Sexualität raube, weil sie seinen Adamsapfel weggeworfen habe.

Ähnlich wie Schizophreniekranker ihre Gedanken teilweise nicht mehr als ihre eigenen, sondern als eingegeben empfinden, können

Sprachliche Besonderheiten

Verändertes Körpergefühl

sie auch Teile ihres Körpers als nicht mehr ihnen zugehörig erleben. Daraus kann der Eindruck entstehen, ihre Körperteile würden von außen gelenkt. Sie erleben sich dann wie Automaten, die ferngesteuert werden. Andere stehen unter dem Eindruck, dass sie eine Maschine im Kopf hätten. Es scheint ihnen dann so, als wenn ihnen die Kontrolle über ihren Körper (ähnlich wie z. T. über ihre Gedanken) entgleiten würde. In Anfangsstadien von psychotischen Störungen leiden Schizophreniekranken oft darunter, dass sie, wie im folgenden Beispiel, nicht mehr sicher sind, ob sie selbst eine Handlung vollführen oder ob jemand anderes ihre Glieder lenkt.

### Beispiel

„Wenn ich meine Hand nach einem Kamm ausstrecke, ist es meine Hand, die sich bewegt. Meine Finger greifen auch zur Feder. Aber ich kontrolliere sie nicht. Ich sitze da und sehe, wie sie sich bewegen. Aber Hand und Finger scheinen irgendwie unabhängig zu sein. Was sie tun, hat nichts mit mir zu tun.“

In schwereren Erkrankungsstadien kann der Leib völlig entstellt wahrgenommen werden, verzerrt, aber auch hohl, durchflutet von Strömen und Strahlen, erhitzt oder elektrisiert.

### Beispiel

So beklagt sich eine ältere Patientin immer wieder, dass ihr Bett unter Strom gesetzt werde. „Ich kann gar nicht ruhig liegen. Ich werde verbrannt mit Wärmestrahlen. Dann trifft mich plötzlich ein Stromschlag. Das ist kein Leben.“ Die gleiche Patientin sucht sich vor den äußeren Einwirkungen mit dicken Verbänden zu schützen – ohne Erfolg.

## Veränderte Empfindungen

Auch die eigenen Empfindungen erhalten etwas Unheimliches, Unwirkliches, „Kosmisches“. Mit dem allmählichen Verlust eines mit den Mitmenschen geteilten Erlebens verlieren auch die Gefühle ihre Bedeutung als kommunikative Ausdrucksformen. So äußern Schizophreniekranken manchmal die Empfindung, dass sie „wie ohne Leben“ wären.

### Beispiel

Ein Betroffener berichtet rückwirkend: „Es war mir, wie wenn das Leben draußen wäre, wie vertrocknet.“ Ein anderer Schizophreniekranker sagt: „Meine Gefühle sind wie lahmgelegt. Dann wieder werden sie künstlich gemacht, eine Art Robotergefühl.“

Schließlich können die eigenen Gefühlsäußerungen im Extremfall wie künstlich und fremdgemacht erlebt werden.



**Beispiel**

Ein Patient sagt: „Nicht ich schreie, die Einwirkung geht auf meinen Stimmnerv, dann brüllt es aus mir“. Ein anderer meint: „Mein Lachen wird zum Gelächter, mein Weinen zum Heulkampf. Ist alles so unwirklich.“

**2.4.4 Das Verständnis der Wirklichkeit ist anders**

Wenn sich das Erleben in der schizophrenen Psychose so grundlegend verändert, ist es verständlich, dass die betroffenen Schizophreniekranken auch nach neuen und andersartigen Erklärungen ihrer Erlebnisse suchen. Entsprechend ihrem Empfinden, dass die Umwelt um sie herum arrangiert wird und sie selbst manipuliert werden, nehmen viele Schizophreniekranken an, eine böse Macht treibe mit ihnen ihr Spiel. Manche fühlen sich verfolgt, hypnotisiert oder vergiftet.

Suche nach Erklärungen

**Beispiel**

Ein junger, akut an Schizophrenie erkrankter Mann ist überzeugt, dass ihm von einer Frau im Gasthaus beim Kaffeetrinken eine Droge ins Getränk gemischt worden ist: „Ich habe es erst nachher gemerkt: sie hat mich so komisch ausgefragt, wie mir der Kaffee schmecke. Nachdem ich das Restaurant verlassen habe, ist mir Stunden später so seltsam zumute geworden. Ich habe mich gar nicht mehr so richtig gespürt. Diese Frau muss etwas mit mir im Schilde führen.“ Ein anderer Patient erkrankt psychotisch auf einer Reise. Er habe an vielen Zeichen gemerkt, dass er verfolgt werde: „So hat sich der Vorhang im Zimmer merkwürdig bewegt. Auch der Spiegel ist so gestanden, dass man mich beobachten konnte. Im Radio war ein Abhörgerät installiert. Die Kellnerin im Restaurant sprach mich zuerst nicht an, dann aber in meiner Heimatsprache (obwohl er sich im Ausland befand). So viele Leute haben sich anders verhalten. Ein ganzes Komplott war gegen mich im Gange.“

Dauert eine schizophrene Erkrankung sehr lange an, so kann ein ganzes Gedankengebäude errichtet werden, um die andersartigen Erlebnisse zu erklären. Mussten früher häufiger religiöse Gruppierungen herhalten, um die vermeintlichen Verfolgungen zu erklären, so treten heute oft Geheimdienste und politische Organisationen an ihre Stelle.

**Beispiel**

Einem Patienten wurde – nach seiner Überzeugung – von einem heimdienstlich bestochenen Zahnarzt ein Sender in eine Zahnkrone

eingebaut. Auf diese Weise versuche der Geheimdienst, ihn zu steuern. Die Politiker, an die er sich hilfesuchend gewandt habe, seien vom Geheimdienst ebenfalls bestochen worden. Sie würden gegen die Machenschaften dieser Geheimdienste nicht einschreiten. So könne der Geheimdienst ihn weiter mit Stromschlägen quälen etc.

Schizophreniekranken können unter Umständen ganz in ihrer Vorstellungswelt gefangen sein und wie obiger Patient alles versuchen, damit die vermeintliche Verfolgung eingestellt wird. Viel häufiger gehen Betroffene im Alltag aber auf ihre wahnhaften Erklärungsversuche nicht weiter ein. Sie unterziehen sie keiner näheren Prüfung und verhalten sich auch nicht so, wie aufgrund ihrer Überzeugung zu erwarten wäre.

### Beispiel

So kann sich ein Klinikpatient als Leiter der Institution, ja als Papst fühlen, dabei aber trotzdem fleißig die geschützte Werkstätte besuchen und sich ruhig ins Abteilungsleben einpassen.

Manche Schizophreniekranken suchen überhaupt nicht nach Begründungen für ihr verändertes Erleben. Andere distanzieren sich so schnell vom psychotischen Erleben, dass die Suche nach Erklärungen hinfällig ist.

Schließlich kann sich seltenerweise das Erleben so stark verändern, dass überhaupt kein klarer Gedanke mehr gefasst werden kann. In solchen Extremzuständen erleben die Schizophreniekranken eine Art Weltuntergang (Apokalypse). Diese äußerste Erfahrung, die nur Schwerstkranken erleiden, ist nicht mehr nachzuvollziehen. Die Zusammenhänge lösen sich auf, die Grenze zwischen Welt und Ich bricht ganz zusammen, der Kontakt mit der Umwelt zerreißt. Von außen kann dieser Extremzustand als Verzückung oder Blockierung imponieren. Betroffene Kranke können stunden- und tagelang in einer starren Position verharren und unter Umständen dadurch wund liegen, ohne nach außen hin eine Reaktion zu zeigen.

### 2.4.5 Rückgang

Alle diese psychotischen Veränderungen des Erlebens und Verhaltens können innerhalb von Tagen, Wochen oder Monaten wieder abklingen. Sie können aber auch in gemilderter Form anhalten.

➤ **Es gibt keinen einheitlichen Ablauf schizophrener Erkrankungszustände. Das Erleben in einer schizophrenen**

**Psychose, so charakteristisch es in seinen Grundzügen erscheint, ist von Patient zu Patient, von Zeitpunkt zu Zeitpunkt verschieden und von der Situation und der Umgebung der Bezugsperson mitgeprägt.**

Ein Kranker kann in einem Moment völlig durcheinander sprechen und nicht zu verstehen sein, wenig später jedoch einen klar verständlichen Brief schreiben. Ein Schizophreniekranker kann zum Arzt zusammenhängend, aber zu seinen Angehörigen in ganz sonderbarer Weise sprechen. Schizophrenes Erleben ist nicht starr festgelegt. In aller Begrenzung und Entgrenzung gestaltet der Schizophreniekranke sein Erleben mit.

Treten Episoden mit psychotischen Symptomen häufiger auf oder bleiben sie mit Schwankungen dauerhaft vorhanden, besteht die Gefahr, dass sie zur weiteren Entmutigung und Abkapselung der Kranken beitragen. Was die Patienten vor der Erkrankung mit Leichtigkeit vollbracht haben, bereitet ihnen nun Mühe. Sie benötigen hierzu ein Vielfaches an Erholungspausen, verfügen nicht mehr über die gewohnte Routine und vernachlässigen evtl. Körperpflege und Essen. Solche Folgeerscheinungen lang anhaltender Erkrankungen sind aber nicht die Regel, sondern auf schwere Krankheitsverläufe beschränkt. Meist klingt ein psychotisches Zustandsbild in ähnlicher Weise ab, wie es aufgetreten ist: entweder abrupt oder langsam, häufig aber über ein Zwischenstadium des Schwankens zwischen psychotischem und alltäglichem Erleben.

Folgeerscheinungen

## 2.5 Exkurs über die Betroffenheit

Psychisches Kranksein ist über die Krankheitssymptome und das damit einhergehende Leiden hinaus bis heute leider noch mit Schamgefühlen verknüpft. Treffend wurde von Robert Musil in dem Roman „Der Mann ohne Eigenschaften“ gesagt, dass psychisches Leiden nicht nur als minderwertige Gesundheit, sondern dazu als minderwertige Krankheit aufgefasst werde.

Ist es schon schwer, das Vorliegen einer körperlichen Krankheit bei sich selber oder bei einem Nahestehenden zu akzeptieren, so erfordert dies bei einer psychischen Erkrankung noch mehr Überwindung. Häufig ist die Auseinandersetzung mit der Tatsache, dass ein Familienmitglied psychisch krank ist, ein langer Entwicklungsprozess, der nicht geradlinig verläuft. Oft noch schwieriger ist die Annahme einer eigenen psychischen Veränderung.

Dennoch soll im Folgenden der Versuch gewagt sein, einzelne Schritte bzw. Stufen dieser Entwicklung aufzuzeigen – zuerst bei betroffenen Schizophreniekranken, dann bei den mitbetroffenen Angehörigen.

### 2.5.1 Betroffenheit der Schizophreniekranken

#### ■ Von der anderen („kranken“) Sichtweise eingenommen

Schizophrenes Erleben im psychotischen Zustand setzt ein „Umsteigen“ voraus. Die von den Mitmenschen geteilte Anschauungsweise der Wirklichkeit wird verlassen, manchmal sprunghaft, manchmal schleichend, bis ein Punkt erreicht ist, von dem aus es kein Zurück mehr gibt („point of no return“). Dieser Wendpunkt des Erlebens kann mit einem grundlegenden Orientierungswechsel verglichen werden. Um ein Beispiel aus dem Alltag zu geben: Fahren wir Zug, so zieht die Landschaft beim Blick aus dem Fenster an uns vorbei. Stellen wir uns nun den fahrenden Zug als stillstehend vor, so erleben wir, dass die Landschaft an unserem Fixpunkt vorbeirast. Es kann uns manchmal mit großer Konzentration auch gelingen, die eine oder andere Sichtweise nacheinander zu wählen. Dann springt unser Blickfeld von der einen zur anderen Vorstellung.

#### Perspektivenwechsel

Einen ähnlichen Perspektivenwechsel wie in unserem Beispiel erleben auch Schizophreniekranken. Nur ist ihr Umsteigen weder auf das Gesichtsfeld beschränkt, noch geschieht es in der Regel gewollt und von einem sicheren Ort aus. Auch erfolgt der Wechsel nicht immer in gleicher Weise. Bei den einen verändert sich das Erleben schrittweise (pendelnd zwischen „gesundem“ und „krankem“ Standpunkt), bei anderen langsam und punktuell, bei dritten abrupt und umfassend. Entsprechend diesen unterschiedlichen Übergängen löst die psychotische Erfahrung bei den einzelnen Betroffenen auch verschiedenartige Empfindungen und Reaktionen aus.

Erfolgt das Umsteigen schrittweise in einem Hin und Her zwischen alltäglichem und psychotischem Erleben, so löst der ständige Blickpunktwechsel, dem die Betroffenen ausgesetzt sind, häufig Angst und Verwirrung aus; sie finden sich nicht zurecht und spüren, dass sie die Kontrolle über sich selbst verlieren. Findet der Übergang vom „Gesunden“ zum „Kranken“ nur langsam und punktuell statt, so wird die Veränderung vorerst kaum bemerkt und nicht als beunruhigend erlebt. Tritt hingegen die psychotische Veränderung des Erlebens relativ rasch auf, so kann die Reaktionsweise unterschiedlich sein. Die einen wehren sich gegen das Unheimliche, das ihnen geschieht, und empfinden Angst und Spannung. Andere können sich in das psychotische Erleben fallen lassen oder es als Ausstieg

aus überwältigenden Alltagsproblemen gutheißen, wenn es sie nicht einfach überwältigt.

### Beispiel

So berichtet Dorothea Buck in einer Veröffentlichung: „Gleich zu Beginn meines ersten Schubes mit dem Aufbruch der noch schwachen inneren Impulse beschloss ich: mein Wille ist, nicht mehr zu wollen, sondern mich führen zu lassen. Ich bin also **mit** meiner Psychose, nicht gegen sie geschwommen. Deshalb hat mir die Psychose als Verlust der Selbstkontrolle keine Ängste verursacht. Erschreckend war für mich in diesem ersten Schub das blitzartige Überwältigtsein durch einige Eingebungen. Sie lösten neben dem Erschrecken auch eine Ratlosigkeit aus, welche mir dieses noch ganz ungewohnte Erleben nicht erklären konnte. Einen solchen blitzartigen Überfall habe ich nur noch einmal in meinem letzten Schub – nicht in den dazwischenliegenden – erlebt. Es ist wohl eher die Ausnahme als die Regel“ (Buck u. Bock 1991, S. 18).

Schließlich kann das Umsteigen (allerdings selten) so plötzlich und so umfassend erfolgen, dass die Schizophreniekranken wie in einen Traum fallen und sich dementsprechend wie traumwandlerisch in einer entfremdeten Welt bewegen, ohne Zeichen der Verunsicherung oder Erschütterung.

Solange ein Schizophreniekranker im psychotischen Erleben aufgeht, kann er die eigene Erkrankung nicht wahrnehmen. Krank sind dann immer die anderen, die sein Erleben nicht teilen. Da er die Welt anders sieht als die Mitmenschen, wird er an seiner Sichtweise festhalten, auch wenn ihn die anderen von der „normalen“ Sicht der Dinge überzeugen wollen. „Nicht ich bin verrückt, **ihr** seid es.“

Eigene Einschätzung als gesund

Auch ein Betroffener, der neben schizophren-psychotischem Erleben „gesunde Momente“ kennt, schätzt sich manchmal nicht als krank ein. Dabei können verschiedene Umstände eine Rolle spielen: Er mag die schizophrene Sichtweise als „wirklichere“ – jedenfalls als eindrucklichere – erleben als die alltägliche. Er mag befürchten, durch Offenlegen seiner Veränderung zum psychiatrischen Fall gestempelt, in eine psychiatrische Klinik eingewiesen und dort womöglich mit Zwang behandelt zu werden. Er kann sich schämen, vor sich selbst und vor anderen. Oder er kann sich an die Hoffnung klammern, alles sei nur ein Spuk, eine Nervenkrise, der am besten keine Beachtung geschenkt werde. Schließlich mag er auch spüren, dass seine Angehörigen große Angst vor einer psychischen Erkrankung haben oder damit überlastet wären. In den letztgenannten Fällen ist sich der Betroffene seiner Problematik durchaus bewusst,

verschweigt aber sein schizophrener Erleben aus Angst vor den Folgen einer Offenlegung.

### ■ Leiden am andersartigen Erleben

Eine Psychose kann aber auf die Dauer kaum vor den Mitmenschen versteckt werden. Bricht das psychotische Erleben in den Alltag ein, so ist die Erschütterung groß.

### Beispiel

Ein Betroffener schreibt: „Eine Psychose gehört zu den stärksten und aufwühlendsten Erlebnissen im Leben eines Menschen. Einmal, weil man alle Einbildungen felsenfest für wahr hält und – so sie abklingen mögen oder nicht – diese Krankheit die weitreichendsten Folgen für den Kranken hat, wie Verlust des erlernten Berufs, evtl. Verlust des Partners und Bruch in den Familien und Freundesbeziehungen ... Die Qualität der seelischen Aufregung – und Quantität – möchte ich vergleichen mit dem Aufgewühltsein bei großen Ereignissen im Leben eines Menschen wie Examen, Verliebtsein, Liebe, Tod eines nahe stehenden Menschen, wohl auch Geburt eines Kindes und starkes Engagement im Beruf, als Künstler oder für eine Ideologie. Nur sind die seelischen Ereignisse meist gemildert oder erträglich gemacht durch eine größenwahnhaft Komponente, dass man allen Verfolgungen entgeht und da und dort triumphiert. So fest wie an meine psychotischen Einbildungen habe ich sonst nichts in meinem Leben geglaubt, vielleicht als Kind noch an den lieben Gott.“ (Buck u. Bock 1991, S. 21).

### Reaktion der Umwelt

So erschütternd psychotische Erlebnisse sein können, so ist auch immer zu berücksichtigen, dass Schizophreniekranken nicht nur an ihren eigenen Vorstellungen, sondern auch meist an der Reaktion der Umwelt leiden. Schizophrenien spielen sich nicht im luftleeren Raum, auf einem anderen Planeten – oder wie der Traum im Schlaf – ab.

➤ **Für Schizophreniekranken ist es fast immer schmerzhaft, wie die von ihnen erlebte Wirklichkeit mit der Wirklichkeit der anderen Menschen zusammenstößt.**

### Fremdheit

Sie leiden daran, von anderen nicht verstanden, zurückgestoßen, verletzt oder abgelehnt zu werden. Infolge ihres andersartigen Erlebens werden die Mitmenschen ihnen fremder. Manche fühlen sich wie durch eine Glaswand von den anderen Menschen abgegrenzt, unerreichbar. Oft schlagen sich die unerhörte „Einzigkeit“ und Einsamkeit der Schizophreniekranken, aber auch das Unverständnis

der Mitmenschen oder die ihnen aufgezwungenen Maßnahmen auf ihre Stimmung nieder. Viele fühlen sich in Frage gestellt, ja persönlich bedroht. Da wird Wachen zur Pflicht, Schlafen zur Gefahr. Die ständige Anspannung aber führt schließlich zu Ermüdung. Auch überall Sinnzusammenhänge zu spüren, ohne sie einordnen zu können, ist auf die Dauer unheimlich anstrengend.

### ■ Schwierige Rückkehr in den Alltag

Wenn ein Schizophreniekranker nach einiger Zeit – durch eine Behandlung oder spontan – wieder aus dem psychotischen Ausstieg in die alltägliche Erlebnisweise zurückkehrt, begegnet ihm zwar ein Alltag mit bekanntem Gesicht, doch ist die Konfrontation damit meist hart. Er hat oft Mühe, sich zurechtzufinden und trägt die Erfahrung einer Erlebniswelt mit sich, die er nicht so einfach ablegen kann. Dabei macht ihm möglicherweise zu schaffen, dass er Opfer eines Geschehens wurde, das er nur teilweise oder gar nicht steuern konnte. Tatsächlich erschwert die Erfahrung, von außen gesteuert oder beeinflusst worden zu sein, die aktive Auseinandersetzung mit diesem Erleben auch nach Abklingen der Psychose.

Die Verarbeitung einer Psychose wird ferner durch fehlendes Verständnis der Umwelt erschwert. Auch integrationswillige Schizophreniekranken empfinden sich oft nach Abklingen der psychotischen Episode in einem mitmenschlichen Vakuum, das sie verunsichert. Als Folge davon bemühen sich viele, sich besonders leistungsfähig und gesund zu stellen. Auch wenn sie sich dadurch nicht überfordern oder erschöpfen, wird diese Haltung einer Erklärung ihrer Lebenssituation und einem Aufarbeiten der Erlebnisse in der Psychose eher entgegenstehen. Schließlich kann eine spürbare Verletzlichkeit mit der Folge, auf Belastungen wieder psychotisch zu reagieren, dazu beitragen, sich nicht mit belastenden Erfahrungen der Vergangenheit auseinanderzusetzen. Auch ganz reale Fragen und Belastungen machen das Einleben im Alltag sehr schwierig.

Mit der Krankheit leben

### Beispiel

Eine Betroffene schreibt nach Abheilung ihrer Psychose: „Und wie ertrage ich es, wenn von Kollegen (die nichts von meiner Erkrankung wissen) oder in den Massenmedien über diese Krankheit gewitzelt wird? Der bekannteste Slogan ist wohl ‚Du bist nie allein mit der Schizophrenie‘, und zu meinem Schrecken kann ich die Richtigkeit dieses Satzes nur bestätigen. Und welche Gefühle müssen in mir aufsteigen, wenn auf meinem Schreibtisch ein Rundschreiben landet, in dem Sozialarbeiter vor Eltern gewarnt werden, die ihre Kinder misshandeln könnten, und schizophrene Eltern in dieser

Beziehung als besondere Risikogruppe bezeichnet werden? Und wie sehen jetzt meine Heiratschancen aus? Kann ich einfach hinnehmen, dass ich nie ein Kind adoptieren oder nach Amerika auswandern kann? Und wer mit einer Schizophrenie hat je versucht, eine Lebensversicherung abzuschließen? Man kann nur lernen, mit dieser Krankheit zu leben und die eigenen Grenzen zu akzeptieren“ (Katsching 1989, S. 87).

Solche Schwierigkeiten können zur Entmutigung und zur erneuten Abkapselung der vormalig an einer schizophrenen Psychose erkrankten Menschen beitragen. Damit besteht aber auch die Gefahr, dass sich Fehlhaltungen (wie starkes Misstrauen, zwanghafte Kontrollbedürfnisse, Drogen- und Alkoholkonsum) entwickeln oder neue psychotische Erkrankungen anbahnen können.

Einzelne Betroffene, die psychotisch gewesen sind, berichten davon, dass ihnen der Versuch geholfen hat, den psychotischen Zustand rückblickend wie einen Traum zu deuten. Dadurch hätten sie ihre außerordentliche Erfahrung mit der Alltagswelt in Verbindung bringen und sich selber besser verstehen lernen können. Wenige andere möchten die psychotische Erfahrung nicht missen, da sie ihnen eine andere Sichtweise der Welt eröffnet habe; dadurch wäre es ihnen möglich gewesen, die Dinge mehr von verschiedenen Seiten aus zu betrachten. Wieder andere lassen die psychotische Erfahrung „hinter dem Berg“ zurück und suchen sie zu vergessen ohne ihr einen Sinn zu geben.

Ein größerer Teil der Betroffenen findet allerdings keine Distanzierung vom schizophrenen Erleben und behält (vielleicht in abgeschwächter Form) auch nach Rückkehr in die „Normalität“ Überzeugungen bei, die sich während der Psychose gebildet haben. Schließlich sind auch jene eher seltenen Schizophreniekranken nicht zu vergessen, die nach mehreren Krisen aus dem schizophrenen Erleben nicht mehr herausfinden. Ihr Schicksal ist in sozialer Hinsicht von Einschränkungen geprägt, wie sie auch körperlich Behinderte kennen, jedoch kompliziert durch den Nachteil, auch als Behinderte „anders“ zu sein.

## 2.5.2 Betroffenheit der Angehörigen

### ■ Das Nichtwahrhabenkönnen

Vor allem bei schleichendem Beginn einer Erkrankung fällt es nächsten Angehörigen manchmal schwerer als Außenstehenden, Veränderungen des Patienten zu sehen bzw. sie als Zeichen einer



Krankheit zu werten. Außenstehende sprechen demnach häufig als erste davon, „dass etwas mit dem Betreffenden nicht stimmen kann.“

Dazu ist keineswegs Voraussetzung, dass eine nahe Bezugsperson mit dem Schizophreniekranken eine krankhafte Beziehung eingegangen ist. Vielmehr ist die Tendenz mancher Angehöriger, Krankheitszeichen nicht wahrnehmen zu können, als Selbstschutz zu verstehen: schließlich sind die vermuteten Konsequenzen einer Erkrankung oft so weitreichend, dass man sie am liebsten wegschieben möchte. Andererseits können Schizophreniekranken die von ihnen erlebte Veränderung oft über lange Zeit kaschieren, z. B. indem sie sich intensiveren Kontakten entziehen, sich in ihr Zimmer zurückziehen oder bei spärlichen Kontakten auf zaghafte Fragen ausweichende oder keine Antworten geben. Und es ist möglich, dass die Angehörigen länger über die kranken Seiten hinwegsehen, weil sie hinter allen Veränderungen auch die fortbestehenden gesunden Anteile sehen.

### Beispiel

So erinnert sich die Mutter eines Schizophreniekranken, Franziska Mattmann, in dem Buch **Das verlorene Ich** der Zeit vor dem ersten Spitalaufenthalt ihres Sohnes (S. 7f): „Schließlich erhob ich mich (nachdem ihr Sohn hospitalisiert wurde) und ging zum ersten Mal seit Monaten in das Zimmer meines Sohnes, der mir den Zugang stets verwehrt hatte und sein Zimmer als sein persönliches Reich hütete. Er schloss ab, wenn er aus dem Haus ging. Ich hatte nie die Möglichkeit, das Zimmer in Ordnung zu bringen. Und gewaltsames Eindringen lag mir nicht. Ich respektierte instinktiv seinen Wunsch für ein persönliches Reduit.

Aber dann verließ er nicht einmal mehr sein Zimmer. Tagelang saß er darin wie eine Spinne und rührte sich nicht. Ich sah es durch den Türspalt, den mein Sohn offen gelassen hatte. Er saß da, sah vor sich hin, den Kopf in die Hand gestützt und rührte sich nicht.

Er vereinsamte. Und er hatte Angst, wenn es an der Tür läutete oder wenn nur das Telefon klingelte ... Als ich ihn einmal fragte, vor was er sich so ängstigte, erwiderte er geheimnisvoll und leise: Man muss vorsichtig sein – die wollen einen kaputtmachen. Am besten ist es, wenn man stumm bleibt. Wir alle sprechen sowieso viel zu viel. Wenn man nichts sagt, existiert man auch nicht wirklich, und sie können einem nichts anhaben!“

Nachdem die Mutter das Zimmer ihres Sohnes betreten hat, bemerkt sie: „Ich sah die Verwahrlosung mit Schrecken, wusste aber auch gleichzeitig, dass ich schon viel früher hätte energisch etwas unternehmen müssen. So etwa wird es auch in seinem Innern aussehen!“

### ■ Sehen, aber nicht begreifen können

Wird das Verhalten der Patienten so auffällig und belastend, dass es als störend empfunden wird, stellt sich umgehend die Frage, wie diese Veränderung zu erklären sei. Häufig wird versucht, eine Erklärung auf dem Hintergrund der jeweiligen Lebensgeschichte zu finden.

#### Beispiel

Auch bei Franziska Mattmann steigt zuerst die Erinnerung an die Schulzeit ihres Sohnes hoch; diese Zeit wurde zur Tragödie, „weil ein unverständiger Lehrer den ihm unbequemen Schüler hasste.“ Dann erinnert sie sich: „Später, im Studium, wurde er von Kollegen belächelt, gepufft und verhöhnt. Er war bei seinen Lehrern nicht beliebt. Man verstand ihn einfach nicht und nahm sich keine Mühe, ihn zu verstehen. So schob man ihn stets auf die Seite. Im besten Fall ließ man ihn ungeschoren.“

Nach einer eigenen Studie (Hell 1998) führt knapp die Hälfte der Ehepartner von Schizophreniekranken die Erkrankung auf eine psychologische oder soziale Ursache zurück. Immer wieder werden auch von anderen Angehörigen berufliche oder familiär belastende Ereignisse aufgeführt.

Biographische  
Interpretationen

So wichtig solche Belastungsfaktoren für das Verständnis einer schizophrenen Erkrankung sind, so sehr erschweren biographische Interpretationen die Annahme einer schweren psychotischen Erkrankung. Sie fördern auch die Schuldfrage. Oft rückt die Schuldfrage so ins Zentrum, dass sie von der eigentlichen Problematik ablenkt. Verständlicherweise belasten Schuldgefühle insbesondere Angehörige. Umgekehrt fragen sich auch Angehörige, die in einem unbelasteten Verhältnis zum Kranken stehen, was sie verpasst oder falsch gemacht hätten. Selbst Kinder stellen sich die Frage, ob sie nicht brav und hilfreich genug gewesen wären! Solche Selbstinfragestellungen gehen häufig mit Schuldzuweisungen an Dritte einher, so dass Eltern den Ehepartner des Patienten und dieser wiederum die Eltern verantwortlich machen können.

#### Beispiel

So wirft in einem Fall eine Mutter der Schwiegertochter vor: „Es ist kein Wunder, dass dein Mann erkrankt ist, angesichts deiner Alkoholprobleme und deiner Unzuverlässigkeit.“ Umgekehrt bringt die Ehefrau des Schizophreniekranken die Schwiegermutter mit der Bemerkung zum Schweigen, dass sie sich selber am meisten Vorwürfe zu machen habe: „Du hast doch deinen Sohn als Kind in ein Heim gebracht und nach der Scheidung einem jähzornigen Stiefvater ausgesetzt.“

Selbstinfragestellungen und Schuldzuweisungen können zu einem anwachsenden Druck für alle Betroffenen werden, auch wenn sich dahinter die Hoffnung verbirgt, die „Krise“ oder den „Nervenzusammenbruch“ ohne einschneidende Maßnahmen wieder zu beheben.

➤ **Wenn aber die schizophrene Behinderung anhält und wenn die Frage der Schuld immer mehr Nahrung erhält, entwickelt sich für viele Familien eine schwere Zerreißprobe.**

Angst vor Unverständnis und Vorwürfen von Nachbarn und Freunden, aber auch das Verhaltensmuster der Kranken selbst (nächtliche Unruhe, hygienische Verwahrlosung, kritikloses Verhalten oder Abkapselung) können die Situation verschärfen. Durch die Überlastung während dieser Phase kommen auch viele Angehörige in einen Erschöpfungszustand, der sie unter Umständen ebenfalls völlig verändert erscheinen lässt.

### Beispiel

Verena Diserens, ehemalige Präsidentin der Vereinigung von Angehörigen Schizophreniekranker in Zürich, schreibt in einem Artikel, der an die Ärzte gerichtet ist: „Angehörige erleben diese Krankheit aus anderer Sicht und einem anderen Blickwinkel, aber immer ungeschützt, als eine Attacke auf ihr Selbstgefühl und auf das innere Gleichgewicht. Rückzug, Verstummen, Misstrauen, allem und jedem eine Bedeutung zumessen, die Nacht zum Tage machen und umgekehrt, Angst und nochmals Angst, bis zum Verfolgungswahn, erleben wir Angehörige zweifach. Einmal beim Kind, dem Partner, der Partnerin und dann parallel dazu bei uns selbst. Wir verhalten uns mit der Zeit dann genauso, vielleicht in gemäßigter Form. Es ist für mich sehr wichtig, dass Sie das erkennen. In psychotischen Zeiten unserer Kinder, Partner, Partnerinnen, stehen wir quasi ebenso neben uns (uf Züritütsch: „Näbed de Schueh!“).

Angehörige trauen sich in dieser Zeit häufig nicht zu, Hilfe von außen in Anspruch zu nehmen, sei es aus Angst, dem kranken Familienmitglied Unrecht zu tun, sei es wegen eigener Schamgefühle. Nicht zuletzt machen es auch viele Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen schwer, sich einzugestehen, persönlich betroffen zu sein.

Bei akuterem Krankheitsverläufen löst sich diese Problematik wieder auf, wenn es dem Patienten besser geht und damit auch die Verunsicherung der Angehörigen abnimmt. Bei länger andauernden Behinderungen laufen aber Familien von Schizophreniekranken

Isolierung der Angehörigen

Gefahr, statt Unterstützung zu suchen und zu erhalten, in Isolierung zu geraten.

## 2

### Beispiel

Die dargestellte Problematik bleibt nach statistischen Untersuchungen nicht ohne Auswirkungen auf die Kranken. Wo Verhaltensschwierigkeiten der Patienten als Ausdruck bösen Willens interpretiert werden, neigen Angehörige nach einer älteren Untersuchung von Vaughn und Leff (1977) eher zu Vorwürfen gegenüber ihren kranken Familienangehörigen. So glaubten zwei Drittel der von den Autoren untersuchten Angehörigen, die den Patienten ablehnten, nicht an das Vorliegen einer Krankheit beim schizophrenen Familienmitglied. Sie standen vielmehr unter dem Eindruck, der Kranke handle aus böser Absicht heraus. Aus diesem Grund mögen die Angehörigen vermehrt verwirrt, verärgert oder vorwurfsvoll gegenüber dem Patienten reagiert haben.

Allerdings gilt es festzuhalten, dass viele Gefühle von Angehörigen entsprechend der zwiespältigen Lebenssituation ambivalenter Art sind, wechselhaft, plötzlich einschließend und wieder verleugnet. Auch nach M. Bleuler (1972) besteht „ein ständiges Wechselspiel zwischen dem Zustand des Kranken und der Zu- oder Abwendung der Angehörigen. Dieses Wechselspiel ist kaum statistisch zu erfassen. Man erahnt es, sobald man sich in die einzelnen Krankengeschichten vertieft“ (S. 351).

### 2.5.3 Das Einsehen und das Erlernen, damit zu leben

---

Trotz vieler innerer und äußerer Widerstände zwingen die krankheitsbedingten Umstände die Angehörigen manchmal früher, manchmal später zu der Einsicht, dass eine psychische Krankheit zum Zusammenbruch geführt hat. Das Gefühl der hilflosen Wut und des Ausgeliefertseins weicht der Erkenntnis, dass die bisherigen Vorstellungen und Verhaltensweisen der Situation des Kranken nicht gerecht werden können.

Ist dieser Schritt erst einmal getan, fühlen sich paradoxerweise viele Angehörige entlastet, weil sie die eingetretenen Veränderungen des Kranken nicht immer neu hinterfragen müssen. Sie können sie vielleicht sogar als Herausforderung akzeptieren und in der Sorge um den Kranken eine neue Aufgabe entdecken. So stellt die zeitlich begrenzte Übernahme von Pflichten, die früher der Kranke selbstständig erfüllte, nicht nur eine zusätzliche Arbeit dar. Im Gegensatz zum emotionalen Druck, mit dem

Entlastung der Angehörigen  
durch Akzeptanz der  
Krankheit

eine schizophrene Erkrankung einhergeht, geben diese Aufgaben auch einen neuen Lebensinhalt, der neben Ermüdung auch Befriedigung schaffen und von ständigen Sorgen etwas ablenken kann.

➤ **Darüber hinaus ermöglicht das Annehmen der Erkrankung den Angehörigen, sich dem abweichenden Verhalten des Kranken mit weniger Ressentiments zu stellen und sich weniger schuldig zu fühlen.**

Sie müssen nun das manchmal unvorhersehbare und bizarre Verhalten schizophrener Patienten weniger als persönliche Kränkung empfinden und es weniger auf die familiären Verhältnisse beziehen. Zugleich können sich Angehörige jedoch mit der „Krankschreibung“ des Patienten innerlich etwas von ihrem Familienmitglied distanzieren, indem sie Teile von ihm als fremdartig und krank erleben.

Dies darf weder mit mangelndem Engagement noch mit eingeschränkter Einfühlung in die Persönlichkeit des Kranken gleichgesetzt werden. Es gibt keinen Grund, einen kranken Menschen weniger zu achten und zu lieben als einen gesunden.

### Beispiel

So fand sich in groß angelegten Stichprobenuntersuchungen in den USA, in England und in der Schweiz übereinstimmend, dass die große Mehrzahl der befragten Familienmitglieder den psychiatrischen Patienten nicht nur zu Hause haben will, sondern dass sie ihn dort auch akzeptiert. Der prozentuale Anteil der den Patienten ablehnenden Familienangehörigen schwankte in diesen Studien zwischen 5% und 25%. Auch haben stichhaltige Untersuchungen (vgl. Hell 1998) den Nachweis erbracht, dass keine Bevölkerungsgruppe weniger Vorurteile und weniger Ablehnung gegenüber psychisch Kranken hat, als gerade die Gruppe der Angehörigen dieser Kranken.

Langzeitstudien legen nahe, dass über die Akzeptanz der Erkrankung durch die Angehörigen gezieltere Hilfe für die Patienten möglich ist. So konnte z. B. in einer frühen Verlaufsstudie von Hogarty u. Anderson (1986) die Rückfallrate jener Patienten, deren Angehörige an Kursen über schizophrene Erkrankungen orientiert wurden (und weitere Familienhilfe erhielten), innerhalb eines Jahres auf 19% gesenkt werden, während die Kranken mit uninformierten Angehörigen trotz Einzelbetreuung in 35,7% der Fälle Rückfälle aufwiesen. Leider werden solche Studienergebnisse in aktuellen Lehrbüchern kaum erwähnt (Berger 2014).

## 2.6 Wie werden Schizophrenien diagnostiziert?

Die Annahme einer schizophrenen Erkrankung bedingt eingehende körperliche und psychologische Abklärungen.

➤ **Schizophrene Erkrankungen sind nicht an einem einzelnen Symptom oder an einer isolierten Verhaltensweise zu erkennen.**

Manche Auffälligkeiten kommen in schwächerer Form auch bei Gesunden oder andersartigen Kranken vor und lassen nicht auf eine schizophrene Anfälligkeit schließen. Ein einzelnes zuverlässiges Kennzeichen (z. B. ein biologisches Merkmal) ist bisher nicht gefunden worden. So steht auch kein spezifischer Test – weder ein psychologischer noch ein Labortest – zu Verfügung, mit dem man Schizophrenien sicher nachweisen könnte.

### Klassifikation

Für die Diagnose gelten heute die Richtlinien zweier Klassifikationssysteme: das **ICD-10** der Weltgesundheitsorganisation (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) und das **DSM-5** der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5, American Psychiatric Association, 2015). Im europäischen Raum wird mehrheitlich das ICD-10 verwendet, während in den USA das DSM-5 zur Anwendung gelangt.

Ohne auf Details einzugehen, verlangen ICD-10 und DSM-5 eine unterschiedliche Zeitdauer, während welcher Symptome auftreten müssen; auch das Vorhandensein von bestimmten Symptomen wird ungleich gehandhabt. Das DSM-5 hat die Kategorisierung in Schizophrenietypen – die sog. „Subtypisierung“ – aufgegeben. An deren Stelle ist eine dimensionale Betrachtung der Merkmale hinzugekommen, d. h. die Symptome werden nach Schweregraden und Verlauf gekennzeichnet. Betont wird die Forschung mit der sog. Bildgebung, also der Anatomie und Funktion des Gehirns mittels Magnetresonanztomographie, und der Genetik. Auf diesem Grundgerüst soll das DSM-5 weiterentwickelt werden. Wie Paulzen und Schneider (2014) ausführen, ist es dafür aber noch zu früh, weil die Resultate aus diesen Gebieten keine Rückschlüsse auf die Klassifikation der Erkrankung erlauben.

Im Folgenden beziehen wir uns auf das ICD-10, weil es im europäischen Raum vorherrschend ist.

### Hauptsymptome

Die folgende Aufstellung der **Hauptsymptome** folgt in der Reihenfolge dem ICD-10, ohne es allerdings wortwörtlich wiederzugeben.

### Hauptsymptome nach ICD-10

- **Gedankenlautwerden, -eingebug, -entzug oder -ausbreitung.** Es handelt sich um sog. Ich-Störungen, bei denen die Grenze zwischen „Ich“ und Umwelt verschwimmt. So werden etwa Gedanken und Gefühle als fremd bzw. als von außen gemacht wahrgenommen, oder der Kranke nimmt seine Umgebung als verwandelt – wie für ihn hingestellt – wahr (► [Abschn. 2.4](#): Außen ist vieles anders bzw. innen ist vieles anders).
- **Wahn.** Als Wahn bezeichnet man eine unkorrigierbare Beurteilung der Realität, die der Erfahrung und Überzeugung anderer Menschen widerspricht. Schizophrene Kranke sind oft wahnhaft davon überzeugt, dass sie beeinflusst oder kontrolliert werden.
- **Stimmenhören (akustische Halluzinationen).** Der Kranke hört jemanden oder mehrere Personen sprechen, ohne dass andere diese Stimmen vernehmen können. Diese Stimmen können untereinander Dialoge führen, das Tun der Kranken kommentieren oder Befehle erteilen.
- **Bizarrer Wahn.** Der Kranke ist z. B. überzeugt, eine historische oder andere bekannte Persönlichkeit zu sein oder übermenschliche Kräfte und Fähigkeiten zu besitzen.

Für die Diagnose einer Schizophrenie muss mindestens eines der oben aufgeführten Hauptsymptome eindeutig vorhanden sein.

**Weitere Symptome** haben nicht das gleich große Gewicht wie die erstgenannten:

### Weitere Symptome

- **Anhaltende Sinnestäuschungen (Halluzinationen) anderer Sinne,** z. B. anhaltende Geruchs-, Geschmacks- oder Körperhalluzinationen, begleitet von flüchtigen Wahngedanken.
- **Störungen des Gedankenflusses,** z. B. Gedankenabreißen, Gedankeneinschub oder Zerfahrenheit. Ein Beispiel von Gedankenabreißen gibt Eugen Bleuler mit folgender Fallbeschreibung von 1911: „Wir fragen ein Mädchen über ihr Vorleben aus; sie gibt ganz gut chronologisch Bescheid über ihre Vergangenheit. Auf einmal kommt sie

nicht weiter; wir fragen, was nun weiter geschehen sei; nichts mehr ist zu erfahren. Erst lange nachher, auf allerlei Umwegen dazu gebracht, platzt sie heraus, dass sie zu jener Zeit den Geliebten kenngelernt habe.“

- **Störungen des psychomotorischen Ausdrucks (sog. katatone Symptome)**, z. B. Bewegungsstereotypien, Stupor oder anhaltendes Schweigen.
- **Negative Symptome**, z. B. sozialer Rückzug, Apathie, Sprachverarmung. Negative Symptome sind weniger dramatisch als positive Symptome (wie Stimmenhören und Wahnideen), aber prognostisch eher ungünstiger.

Die Diagnose einer Schizophrenie kann auch gestellt werden, wenn mindestens zwei solcher weiterer Symptome vorhanden sind.

- **Nach ICD-10 der WHO muss zur Diagnose einer Schizophrenie mindestens eines der genannten Hauptsymptome bzw. zwei der weiter genannten Symptome (im Minimum während eines Monats) mehr oder weniger anhaltend vorhanden sein.**

Zur Diagnose einer Schizophrenie müssen auch körperliche Erkrankungen, die mit psychotischen Störungen einhergehen, ausgeschlossen werden. Deshalb sind neben einem eingehenden Gespräch mit dem Kranken auch körperliche Abklärungen nötig.

### 2.6.1 Vorgehen bei der ärztlichen Abklärung

Im ärztlichen Gespräch mit dem Kranken geht es nicht nur um ein Sammeln von Fakten, sondern auch um die Erfassung des aktuellen Leidensdrucks des Kranken, der u. U. bedrohliche Ausmaße annehmen kann. Bei der Untersuchung ist es wichtig, dem Patienten zu vermitteln, dass der Arzt dessen Erleben nicht in Frage stellt, auch wenn er es anders interpretiert. Eine solche Haltung erleichtert den auch diagnostisch wichtigen Beziehungsaufbau mit dem Kranken. Verständnis für das psychotische Erleben ist auch deshalb angebracht, weil mit sog. funktioneller Bildgebung vielfach nachgewiesen werden konnte, dass beim Stimmenhören die für diese Wahrnehmungen relevanten Hirnareale aktiviert werden, so dass das Erleben der Kranken als gegeben angenommen werden kann.



## Ausschluss anderer Erkrankungen

Mittels sorgfältiger Befragung sind auch Hinweise auf andere Erkrankungen – etwa Infektionen, Stoffwechselstörungen, Vergiftungen, Drogenmissbrauch, Alkoholismus, neurologische Störungen oder andere psychiatrische Erkrankungen – zu eruieren. Mittels körperlicher Untersuchung ist der Gesundheitszustand zu erfassen, wozu auch Laborabklärungen gehören. Zusätzlich sollte bei jeder ersten Manifestation einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ein Bild des Gehirns angefertigt werden, mit sog. bildgebenden Verfahren wie Computertomographie oder Kernspintomographie. Zur Abklärung gehört auch ein Elektroenzephalogramm (Hirnstromkurve). Diese Verfahren helfen mit, neurologische Erkrankungen wie z. B. tumorbedingte Raumforderungen oder Epilepsien auszuschließen.

Die Abgrenzung einer schizophrenen Erkrankung von anderen körperlichen oder psychischen Störungen ist nicht immer einfach. Schwere Depressionen gehen häufig mit wahnhaften Überzeugungen und sozialem Rückzug einher, wenn auch in anderer Form. Oftmals hilft neben allen erwähnten Maßnahmen erst eine genaue Verlaufsbeobachtung, die Diagnose zu sichern.

Zudem gilt es, subjektive Fehlerquellen zu berücksichtigen; es bleibt aber auch eine Ungewissheit, ob sich hinter der beschriebenen Veränderung der Gesamtpersönlichkeit, die übereinkunftsmäßig als Schizophrenie bezeichnet wird, nicht unbekannte und unterschiedliche Krankheiten verbergen, die im Endeffekt ähnliche Erscheinungsbilder hervorrufen (so wie verschiedene Infektionskrankheiten gleichartige Fieberzustände bewirken können).

Die Erfassung schizophrener Zustandsbilder ist heute durch eine Reihe methodischer Verbesserungen zuverlässiger möglich als früher. Die genaue Erfassung eines Zustandsbildes darf aber nicht mit dem Wesen einer Erkrankung verwechselt werden. Es bleibt offen, was das Wesen schizophren genannter Erkrankungen wirklich ausmacht.

## 2.7 Weiterführende Literatur

- 
- Bock T (2007) Lichtjahre – Psychosen ohne Psychiatrie. Psychiatrieverlag, Bonn (*Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen*)
  - Hell D, Endrass J, Vontobel J, Schnyder T (2011) Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie, 3. Aufl. Huber, Bern (*Einführung in die Psychiatrie mit Klärung psychopathologischer Begriffe und Darstellung psychischer Störungen*)

- Mattmann F (1988) Das verlorene Ich. Tagebuch einer Mutter, 3. Aufl. Zytglogge, Bern (*Betroffenheit einer Mutter*)
- Navratil L (1983) Gespräche mit Schizophrenen. Deutscher Taschenbuchverlag, München (*Erlebensweisen von kreativen Schizophreniekranken*)
- Ruffer A (1999) Leben mit Schizophrenie. Scherz, Bern (*Gespräche mit einer Schizophreniekranken über ihren Weg aus der Krankheit*)
- Scharfetter C (1999) Schizophrene Menschen, 5. Aufl. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim (*Prägnante wissenschaftliche Übersicht*)
- Zöllner HM (1997) Psychiatrie in Lebens- und Leidensgeschichten. Enke, Stuttgart (*Einfühlsame Darstellung von psychisch Schwerkranken, die jahrelang hospitalisiert waren*)

## Schizophrenien

Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige

Hell, D.; Schüpbach, D.

2016, IX, 154 S. 9 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-662-48931-4