

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft *Psychosoziale Gesundheit*

DIE SCHIZOPHRENIEN

Schizophrene Psychose – Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis – Morbus Bleuler – „Spaltungsirresein“

Keine seelische Krankheit, wahrscheinlich kein Leiden überhaupt provoziert so viel negatives Interesse, Unsicherheit, Ratlosigkeit, Verlegenheit, Furcht, Scham, ja gereizte Reaktionen und Aggressivität wie die Schizophrenie. Dabei handelt es sich um die wohl am längsten bekannte und bisher am intensivsten untersuchte seelische Störung. Doch die meisten Menschen haben außer vagen Vorstellungen („Spaltungsirresein“) keine konkreten Kenntnisse.

Doch genau das wäre wichtig, um sein Wissen nicht nur aus dritter Hand, aus Gerüchten und Medienberichten zu beziehen. Und vor allem einer Krankheit gerecht zu werden, die nicht nur rund 1 Million Menschen im deutschsprachigen Bereich und damit etwa 60 Millionen auf dieser Erde betrifft, sondern auch nach außen weitgehend unauffällig ist, d.h. überwiegend „innerlich“ beeinträchtigt. Auf jeden Fall nicht das Negativ-Bild abgibt, das sich die meisten unter einer Schizophrenie vorstellen.

Nachfolgend deshalb eine etwas ausführlichere Darstellung der Schizophrenien, insbesondere was Krankheitsbild, Ursachen, psychosoziale Konsequenzen, diagnostische Hinweise, therapeutische Möglichkeiten und Heilungsaussichten anbelangt (die nebenbei mit den heutigen Therapieangeboten immer günstiger werden).

Erklärte Fachausdrücke:

Psychose - Psychogenese - Neuropsychologie - Soziogenese - Genetik - Neurochemie - Morphologie - Psychophysiologie - Psychoendokrinologie - Vorposten-Symptome - Halluzinationen - Gedankenlautwerden - Gedanken-echo - Akoasmen - Visionen - Photome - illusionäre Verkennungen - Leib- gefühlsstörungen - Wahrnehmungsveränderungen - Wahn - Wahnstimmung -

Wahnwahrnehmung - Wahneinfall - Wahngedanken - Wahnerinnerungen -
Wahnarbeit - Wahnformen - Beziehungswahn - Beeinträchtigungswahn - Ver-
folgungswahn - Größenwahn - Kleinheitswahn - Nichtigkeitswahn - Liebes-
wahn - erotischer Beziehungswahn - Eifersuchtswahn - Schuldwahn -
Verarmungswahn - hypochondrischer Wahn - schizophrene Ich-Störungen -
Willensbeeinflussung - Gedankenentzug/Gedankenenteignung - Gedanken-
ausbreitung - Gedankeneingebung - Gedankenübertragung - Ich-Vitalität - Ich-
Aktivität - Ich-Konsistenz - Ich-Demarkation - Ich-Identität - Depression -
Angststörung - manische Hochstimmung - Gefühlsverarmung - Gefühlsverkeh-
rung - Parathymie - Autismus - schizophrene Defektzustände - Denkstörungen
- Gedankenabreißen/Gedankenabbrechen/Gedankensperre/ Denkblockierung
- Gedankenentzug - Gedankeneingebung - Gedankenlenkung - Gedanken-
ausbreitung - Gedankenecho - Gedankenhören - Denkzerfahrenheit - Begriffs-
verschiebung - Begriffszerfall - Danebenreden/Vorbeireden - Symboldenken -
Privatsymbolik - Scheintiefsinn - Wortneubildungen - Neologismen - „Zungen-
reden“ - Glossolalie - Verbigerationen - motorische oder sprachliche Stereo-
typen - schizophrener Schreibstil - schizophrene Bilderschrift - Malerei der
Geisteskranken - Antriebsminderung - Minus- oder Negativ-Symptomatik -
Antriebssteigerung - Mutismus - Katalepsie - Flexibilitas cerea - Negativismus
- Automatismen - Befehlsautomatie - Echolalie - Echopraxie - Echographie -
Ambivalenz - Gefühlsambivalenz - intellektuelle Ambivalenz - Ambitendenz -
schizophrene Absonderlichkeiten - Bewegungstereotypen - Haltungstereo-
typen - Sprachstereotypen - Manieriertheiten - Grimassieren - Faxen-
Syndrom - vegetative Dysregulationen - Genussgifte, Rauschdrogen und Schi-
zophrenie (Alkohol, Nikotin, Rauschdrogen) - Fremdgefährlichkeit - Aggressi-
vität - Gewalt und seelische Erkrankung - Selbst-Aggressivität - Selbst-
tötungsgefahr - Suizidgefahr - Stupor - seelisch-körperlicher
Sperrungszustand - Rückfall-Gefahr (Risikofaktoren, Warnsymptome) -
Unterformen der Schizophrenie - paranoide Schizophrenie - paranoid-
halluzinatorische Schizophrenie - hebephrene Schizophrenie - katatone
Schizophrenie - Hypokinese - Hyperkinese - Katalepsie - Negativismus -
psychomotorische Erregung - coenästhetische Schizophrenie - undifferenzierte
Schizophrenie - postschizophrene Depression - schizophreses Residuum -
Schizophrenia simplex - schizoaffektive Psychose - psychose-nahe Störungen
- wahnhaftige Störungen - induzierte wahnhaftige Störung - Folie à deux -
induzierte paranoide Störung - symbiotische Psychose - gemeinsame
psychotische Störung - schizotype Störung - latente schizophrene Reaktion -
Borderline-Schizophrenie - Grenzschizophrenie - präpsychotische
Schizophrenie - prodromale Schizophrenie - pseudoneurotische
Schizophrenie - pseudopsychopathische Schizophrenie - schizotype
Persönlichkeitsstörung - Schizotypie - schizophrene Spektrumstörungen
(spectrum disorder) - akute psychotische Störung - psychotische Störung
durch körperliche Erkrankungen, Medikamente, Rauschdrogen oder Giftstoffe
- Therapie der Schizophrenien - psycho-educative Gruppen - Ent-
spannungsverfahren - körperliche Aktivität - Pharmakotherapie - Neuroleptika
- Antipsychotika - extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen (Neuroleptika) -
Soziotherapie - Psychotherapie - supportive Psychotherapie - stützende

Psychotherapie - psychoanalytische Therapie - kognitiv-verhaltensorientierte Therapie - Training sozialer Fertigkeiten - integrierte psychologische Therapieprogramme - Selbstmanagementverfahren - kognitiv-verhaltensorientierte Familientherapie - systemische Therapie - Milieuthherapie - Soteria - Langzeitbetreuung - CaseManagement - Rehabilitation - Rückfallvorbeugung u.a.m.

Allgemeine Aspekte

Die *Schizophrenie* oder besser: die Schizophrenien - man nimmt die Mehrzahl, weil es mehrere Untergruppen dieses Krankheitsbildes gibt und weil man sich noch nicht einmal sicher ist, dass es sich um ein einheitliches Leiden handelt -, gehören zu den am längsten bekannten und am intensivsten untersuchten seelischen Störungen. Doch die meisten Menschen können damit wenig anfangen. Man hat zwar eine vage Vorstellung von bestimmten Krankheitszeichen, die irritieren, vielleicht sogar Angst und Schrecken verbreiten, was manchmal durch manche Medienberichte verstärkt wird, aber Genaues weiß man nicht.

Oder man hört immer den gleichen Satz: "Schizophrenie, das heißt doch Spaltungsirresein. Das sind Geisteskranke, die hören, sehen, schmecken und fühlen Dinge, die ihnen nur ihr krankes Gehirn aufzwingt, die es in Wirklichkeit aber nicht gibt".

Dies ist die am weitesten verbreitete Laienvorstellung, die nebenbei nicht falsch ist, nur einseitig. Und das ist das eigentliche Problem, und zwar nicht nur in gesellschaftlicher, sondern auch in diagnostischer Hinsicht. Wer nämlich nur auf so spektakuläre Krankheitszeichen wie Sinnestäuschungen, Wahnwahrnehmungen und groteske Äußerlichkeiten fixiert ist, muss zwangsläufig jene Symptome übersehen, die weniger Aufsehen erregen. Und das ist die Mehrzahl. Denn gerade in den letzten Jahrzehnten hat sich ein Wandel im Krankheitsbild der Schizophrenien abgezeichnet. Dabei sind die aufsehen-erregenden Krankheitszeichen seltener, dezente Beeinträchtigungen häufiger geworden. Und auf die gilt es vermehrt zu achten.

Denn je früher die Schizophrenie erkannt wird, desto eher kann man sie behandeln und abmildern, abkürzen und vor allem den Betroffenen vor Rückfällen bewahren. Und man kann damit seine Stellung in Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft und Beruf bewahren.

Ein unheimliches Leiden?

Leider haftet trotz Aufklärung und durchaus positivem Einstellungswandel in der Öffentlichkeit, verstärkt durch die Aufklärungsarbeit des verantwortungsbewussten Teils der Medien, auch heute noch den Schizophrenen etwas Fremdartiges, Sonderbares, ja Unheimliches und manchmal sogar Bedrohliches an. Man will diese Kranken nicht diskriminieren, ihnen ja durchaus helfen.

Doch die Schizophrenen gehören nach wie vor zu jenen seelischen Störungen, mit denen man möglichst wenig zu tun haben möchte (siehe Kasten). Und das, obgleich die meisten Menschen noch nie einem solchen Patienten bewusst begegnet sind. Was man kennt, sind in der Regel nur aufsehenerregende Extremsituationen, von denen man gehört oder gelesen hat. Oder man war zu Besuch in einem psychiatrischen Krankenhaus und ist seither geprägt von den schweren oder chronischen Krankheitsbildern, die dort alles Interesse auf sich ziehen, ohne dass man genau weiß, um welche Krankheit es sich nun eigentlich handelt. Und vor allem ohne dass man erfährt, welche angepasst wirkenden Personen nicht Besucher oder Personal, sondern z.B. auch schizophrene Erkrankte sind, die erfolgreich behandelt und wieder unauffällig werden konnten, kurz vor der Entlassung stehen, zur ambulanten Nachbetreuung kommen usw.

Man sieht und wertet eben immer nur das Negative, was natürlich nicht verwunderlich ist. Welcher ehemals Kranke trägt ein Schild auf der Brust: „Ich war geisteskrank, jetzt bin ich wieder gesund und wie alle anderen auch.“ Also bleibt immer nur der falsche Eindruck. Die Fortschritte der psychiatrischen Behandlung, insbesondere der gerne diskriminierten Neuroleptika (siehe das entsprechende Kapitel über Neuroleptika) bleiben im Bewusstsein der Allgemeinheit praktisch ohne jedes Echo – zu Lasten der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Die Schizophrenie und ihre psychosozialen Folgen

- *Ein an einer schizophrenen Psychosen erkrankter Mann wird abgelehnt als*
 - Nachbar: 36%
 - Arbeitskollege: 38%
 - Bekannter: 63%
 - Untermieter: 68%
 - Einheirat: 75%
 - Kinderaufsicht: 86%

- *Folgende Bereiche des täglichen Lebens werden durch eine Schizophrenie besonders erschwert (Prozentangaben zwischen der Hälfte und zwei Drittel aller Befragten):*
 - Führung eines normalen Familienlebens
 - Schulbesuch
 - Arbeitssuche
 - Beziehungen zu Verwandten/Freunden
 - Erreichen der Lebensziele und Erwartungen
 - selbständiges Leben ohne Pflegeperson
 - Wunsch nach normaler Behandlung
 - Unterhaltung einer sexuellen Beziehung

Nach M. C. Angermeyer und C. S. Siara 1994 sowie einer europäischen Umfrage unter Patienten und Psychiatern (Lilly) 2000

Ein Krankheitsbegriff, der missbraucht wird

Das Problem beginnt bereits mit dem *Begriff „Schizophrenie“*, der inzwischen auch noch als negative Bezeichnung generell missbraucht wird. Und das aus purer Gedankenlosigkeit oder aus Imponiergehabe, um mit einem neuen Schlagwort aufwarten zu können. Das droht den Betroffenen noch mehr zu schaden als die relativ groben Verunglimpfungen von früher.

Dabei haben es Patienten mit einer Schizophrenie seit jeher nicht leicht. Schon aus älteren Untersuchungen geht hervor, dass der Fachbegriff „*schizophren*“ zusammen mit "geistesgestört", "geisteskrank" und "irr" zu den härtesten verbalen Sanktionen gehört, mit denen man unerklärliches Verhalten charakterisieren oder gar diskriminieren will. Heute macht sich eine noch viel verhängnisvollere Sprachentwicklung breit, sogar dort, wo die Meinungsbildung zu Hause ist: in den Massenmedien und sogar bei den verantwortlichen Politikern („das ist doch schizophren“).

Will man das Denken oder Handeln eines Menschen als besonders unverständlich, bizarr, widersinnig oder gar als heimlich bzw. auf Dauer gefährlich brandmarken, nennt man es "schizophren". Schizophren steht immer öfter nicht nur für fremdartig und unheimlich, sondern auch für reine Unvernunft, Unberechenbarkeit, Verantwortungslosigkeit. Das ist ein verhängnisvoller Teufelskreis und für die Betroffenen eine schmerzliche Abwertung. Denn sie untergräbt ihr Selbstbewusstsein, verzerrt ihre Selbstwahrnehmung noch mehr und prägt den Umgang mit ihnen in verheerender Weise. Offenbar brauchen alle Gesellschaften eine Krankheit, mit der sie - wenn auch unbewusst - alles Negative schlechthin identifizieren können. Das waren früher nicht nur die Geschlechtskrankheit, sondern beispielsweise auch die Lungen-Tuberculose. Droht es jetzt die Schizophrenie zu werden?

Was besagt der Begriff Schizophrenie?

Der **Begriff Schizophrenie** kommt aus dem griechischen, nämlich schizein, d.h. spalten und phren, d.h. Zwerchfell, wo man in der Antike Geist und Seele beheimatet sah. Die "gespaltene Seele" galt früher als die Geisteskrankheit schlechthin, ein Leiden so alt wie die Menschheit. Eine der frühesten Beschreibungen geht auf das Jahr 1400 vor Christi Geburt zurück.

Der Begriff *Schizophrenie* selber ist aber erst rund hundert Jahre alt. Zuvor bezeichnete man dieses Leiden beispielsweise als *Dementia praecox*. Das heißt soviel wie früh erworbener geistiger Abbau, was aber nicht stimmt, wie man inzwischen weiß.

Später sprach man vor allem von einer *Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis* (zur Erklärung des Begriffes Psychose: siehe später), danach aus den erwähnten Gründen von der *Gruppe der Schizophrenien* oder einfach den Schizophrenien.

Dort, wo man vermeiden wollte, dass diese Begriffe irritieren, erschrecken oder gar schockieren, empfahl man die neutralen Bezeichnungen "Nervenzusammenbruch", "Erschöpfungszustand" oder auch nur "seelische Krise". Von Ursache, Beschwerdebild und Verlauf her handelt es sich aber gerade um diese - ohnehin diffusen - Leiden nicht. Heute neigt man deshalb dazu, die schizophrene Psychose durch den neutraleren Überbegriff *Psychose* (siehe unten) zu entschärfen. In einigen Fällen spricht man deshalb auch von Psychose-Erkrankten oder gar Psychose-Erfahrenen. Das ist keine schlechte Lösung, doch muss man sich dann entschließen, den Begriff Psychose auch zu erklären. Und genau das kann ebenso schwierig werden wie die ursprüngliche Schizophrenie.

Was ist eine Psychose?

„Eine **Psychose** ist eine seelische Störung, bei der die Beeinträchtigung der psychischen Funktionen ein solches Ausmaß erreicht hat, dass dadurch Realitätsbezug, Einsicht und die Fähigkeit zu sehr gestört sind, um einigen der üblichen Lebensanforderungen noch zu entsprechen.“ So lautet jedenfalls eine Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Allerdings stehen immer neue Definitions-Varianten zur Diskussion. Nach wie vor ist jedoch die Psychose eine allgemeine psychiatrische Bezeichnung für verschiedene Formen bzw. besser: verschiedene Ursachen dieser seelischen Krankheit.

So gibt es die sogenannten exogenen, also von außen ausgelösten Psychosen durch erkennbare Organ- oder Gehirnerkrankungen, Schädel-Hirn-Unfälle sowie Vergiftungen durch bestimmte Rauschdrogen, Arzneimittel usw. Und es gibt die sogenannten endogenen, also von innen, aus dem Organismus herauskommende Psychosen, jedoch ohne bisher erkennbare bzw. nachweisbare körperliche Ursache, wenngleich auf überwiegend erblichen und konstitutionellen Faktoren beruhend.

Man geht zwar davon aus, dass es sich um eine Störung des Nervenstoffwechsels handelt, doch welcher der möglichen Stoffwechselstörungen die entscheidende Ursache zukommt, ist noch unbekannt. Auch müssen gerade bei der schizophrenen Psychose wohl noch andere Ursachen hinzutreten, die zumindest teilweise in der Umwelt des Betroffenen zu suchen sind (siehe später).

Zu den endogenen Psychosen zählen neben den schizophrenen Erkrankungen auch die endogenen Depressionen und Manien, also die krankhafte Herab- bzw. Heraufgestimmtheit, ferner der Wechsel beider Krankheitsbilder, früher als manisch-depressive Erkrankung/Psychose oder Zylothymie bezeichnet sowie die schizoaffektive Psychose, bei der schizophrene, depressive und/oder manische Zustände zusammen oder kurz hintereinander beeinträchtigen (Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel).

Inzwischen gibt es aber durch die neuen Klassifikationen, nämlich die Internationale Klassifikation psychischer Störung (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störung (DSM-IV) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) eine Reihe neuer Begriffe, die später im laufenden Text kurz erläutert werden.

Häufigkeit der Schizophrenien

Die Schizophrenien gehören zu den häufigsten Psychosen. Man schätzt sie auf rund *1 % der Gesamtbevölkerung*, d.h. einer von hundert Menschen erkrankt im Laufe seines Lebens an Schizophrenie – weltweit. Das sind mehr als eine Million im gesamten deutschsprachigen Bereich, rund 60 Millionen auf dieser Erde.

Diese Zahl bleibt offenbar stabil. Schizophrenien nehmen also nicht zu, wie dies bei anderen seelischen Störungen registriert wird (z.B. Depressionen, Angstzustände).

Allerdings muss man nach wie vor mit einer nicht geringen Dunkelziffer unerkannter Erkrankungen rechnen. Diese fallen Zeit ihres Lebens nicht oder bestenfalls kurzfristig auf, weshalb sie nicht als Schizophrenie diagnostiziert und behandelt und damit statistisch erfassbar werden. In ärztlicher Behandlung soll jedenfalls nur knapp ein Drittel aller Betroffenen stehen.

Dabei könnte man den meisten Patienten mit nur leichter oder scheinbar nicht auffälliger Erkrankung durch eine gezielte Therapie die zumindest irritierenden bis lästigen, ggf. schon beeinträchtigenden Symptome mildern – und damit ihre Leistungsfähigkeit und Lebensqualität (und die ihrer Angehörigen!) verbessern.

Weltgesundheitsorganisation (WHO): Psychische Erkrankungen werden im 21. Jahrhundert zunehmen

Nach neueren Erkenntnissen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird die Zahl psychischer Störungen in den nächsten Jahren dramatisch zunehmen. Schon jetzt spricht man davon, dass jeder Vierte (bei nicht sehr ausgeprägten Belastungen jeder Dritte) einmal in seinem Leben unter einer seelischen Störung litt, gerade leidet oder noch leiden wird. Bereits Im Jahre 2020 – so die WHO – werden psychische Erkrankungen nach Krebs und koronaren Herzkrankheiten die dritthäufigsten Leiden sein.

Dabei nehmen nicht nur die Zahl seelischer Störungen, sondern auch die durchaus erfolgreichen Behandlungsmöglichkeiten zu. Doch nach entsprechender Erkenntnis sucht nur etwa die Hälfte aller psychisch Betroffenen ärztliche Hilfe, obwohl es wirksame Therapiemöglichkeiten gibt. Die Gründe liegen vor allem in der Angst vor „Stigmatisierung“, d.h. die Betroffenen schämen sich ihres Leidens.

Deshalb nimmt sich jetzt die Weltgesundheitsorganisation der seelischen Störungen besonders an, vor allem unter dem weniger diskriminierenden Begriff der *psychosozialen Gesundheit*.

Geschlechts- und altersspezifische Unterschiede der Schizophrenien

Frauen und *Männer* sind annähernd gleich häufig betroffen. Trotzdem gibt es gewisse Unterschiede nach Geschlecht. Doch dies ist keine statistisches, sondern ein psychosoziales Phänomen:

Der Ausbruch des Leidens ist zwar theoretisch in jedem *Lebensalter* möglich, allerdings zeichnen sich bestimmte Schwerpunkte ab, z.B. nach Geschlecht: So fiel schon vor hundert Jahren auf, dass Frauen mehrere Jahre später erkranken als Männer.

- Beim *männlichen Geschlecht* zeigt sich ein steiler Anstieg des Krankheitsausbruchs zwischen 15 und 24 Jahren. Danach kommt es zu einem gleich-

bleibenden Abfall. Rückblickend kann man bei nicht wenigen Patienten schon erste Symptome um das 10. Lebensjahr herum registrieren. Das heißt, dass junge Männer in einer sozial besonders empfindlichen Phase ihres Lebens getroffen und ggf. zurückgeworfen werden: seelische, geistige und körperliche Entwicklung, erste Kontakte mit dem anderen Geschlecht und schließlich Partnersuche, Schule, Lehre, Studium, erste Berufsjahre usw.

- Bei *Frauen* findet sich statistisch – möglich ist natürlich alles – ein erster flacher Anstieg zwischen 20 und 29 und ein zweiter noch niedriger zwischen 45 und 50 Jahren, vor allem während der Wechseljahre. Hier haben Frauen dann zwar ein dreifach höheres Erkrankungsrisiko, doch erkranken beide Geschlechter letztlich gleich häufig. Nur ist es ein großer Unterschied, ob vor Ausbruch der Erkrankung Persönlichkeit, Partnerwahl und Berufsausbildung weitgehend problemlos entwickelt bzw. abgeschlossen werden konnten oder ob man in einer der verwundbarsten Phasen seines Lebens, nämlich um die Pubertät herum, aus der Bahn geworfen wurde.

Wie entsteht eine Schizophrenie?

Die Schizophrenien gehören zu den am intensivsten beforschten seelischen Störungen, seit jeher und bis heute. Das Resultat ist aber eher frustrierend: Genaues weiß man bis heute nicht.

Früher war man da etwas forscher. Jede Disziplin (sozialpsychiatrisch, familiendynamisch, tiefenpsychologisch, neuropsychologisch, neuroanatomisch usw.) stellte ihre Erkenntnisse, Hypothesen und Theorien gerne so dar, als sei man jetzt den Ursachen endlich auf der Spur. Und je nach dem, wer, wie und in welcher Zeit was favorisierte, ging dies auch als *die* Erkenntnis schlechthin in den Wissensstand der Medien und damit der Allgemeinheit ein. Heute ist man bescheidener geworden. Und wenn man das Ganze auf wenige Sätze reduzieren soll, dann lauten die, ernüchternd, ja enttäuschend, aber der Realität am nächsten:

Über die Ursachen der schizophrenen Psychosen kann man beim derzeitigen Stand der Wissenschaft nichts Genaues sagen. Wahrscheinlich ist es eine Kombination aus erblicher, psychosozialer, insbesondere familiärer und organischer Belastungen, deren Folgen schließlich das Endergebnis diktieren, das aber wiederum abhängig ist von rechtzeitiger Diagnose und gezielter Pharmako-, Sozio- und Psychotherapie.

Der nachfolgende Kasten vermittelt einige Stichworte, die das breite Angebot von Erklärungsversuchen aus allen Wissenschaftsgebieten skizzieren sollen.

Hypothetische Ursachen der Schizophrenien in Schlagworten*

- **Psychogenese:** psychodynamische Theorien wie frühe Störung in der Entwicklung der Objektbeziehungen, primäre Ich-Schwäche, „Double-bind-Kommunikation“, „schizophrenogene Mutter“, „schiefe“ oder „gespaltene“ Familie, „high expressed emotion“ u.a.
- **Neuropsychologie:** offenbar mitentscheidende Defizite bezüglich testpsychologischer Leistungsfähigkeit (selektive Aufmerksamkeit, Handlungsplanung, Reaktionszeitmessungen usw.), kognitiver Funktionsstörungen, besonders in der Sprachdominanz der (in der Regel) linken Gehirn-Hemisphäre, ferner Gedächtnisbeeinträchtigungen auf allen Ebenen u.a.
- **Soziogenese:** Stadt-Land-Gefälle, gehäuft untere soziale Schichten usw.
- **Genetik:** erhöhtes Erkrankungsrisiko bei Verwandten schizophrener Erkrankter (Frauen mehr als Männer), bestätigt durch Zwillings-Untersuchungen (eineiige und zweieiige), besonders wenn man noch das sogenannte „schizophrene Spektrum“ hinzuzieht, also den erweiterten Kreis schizophrenienaher Erkrankungen wie schizoaffektive und atypische Psychosen sowie schizotypische Persönlichkeiten. Wahrscheinlich wird nicht die Schizophrenie selbst vererbt, sondern kognitive Besonderheiten, die unter Belastung zur schizophrenen Dekompensation disponieren (sogenanntes Vulnerabilitäts-Konzept = erhöhte Verwundbarkeit).
- **Neurochemische Aspekte:** Auffälligkeiten im Gehirnstoffwechsel, besonders bei den Neurotransmittern (Botenstoffen) Dopamin, Monoaminoxidase (MAO), Noradrenalin, Serotonin, Acetylcholin, GABA u.a.
- **Psychoendokrinologie:** Auswirkung auf die endokrine Regulation (der „inneren Drüsen“) wie Glucokortikoide usw.
- **Morphologische Auffälligkeiten:** frontotemporale „Atrophien“ (Gehirnsubstanz-Einbußen an Stirn- und Schläfenlappen des Gehirns) und Erweiterung der Ventrikel (mit „Nervenwasser“ gefüllte Hirnkammern); inzwischen wieder sehr intensiver Forschungsbereich, da neuartige neuroradiologische Untersuchungsmethoden zur Verfügung stehen: Computer-Tomographie (CT), Kernspintomographie (MRT), Kernspinspektroskopie, Positronen-Emissions-Tomographie (PET) der regionalen Hirndurchblutung, des Energiestoffwechsels und der Proteinsynthese, Single-Photon-Emission-Tomographie (SPECT) u.a.

- **Organische Aspekte:** Geburtskomplikationen, Infektions- und Immunitäts-hypothesen u.a.
- **Psychophysiologische Auffälligkeiten:** Blinkrate der Augenlider, Elektroenzephalogramm, akustisch evozierte Potentiale usw.
- **Weitere Aspekte:** Lateralitätshypothese (Schläfenlappen-Epileptiker mit einem Krampfherd in der linken Gehirn-Hemisphäre zeigen häufiger Psychosen schizophrener Geprägtes als solche mit rechtshirnigem Herd), Links- oder Rechtshändigkeit, Orientierungsreaktionen des Hautwiderstandes u.a.

* Eine stichwortartige Auswahl von Hypothesen, Forschungsansätzen und wissenschaftlichen Erkenntnissen aus einzelnen Fachgebieten und in entsprechenden Fachbegriffen.

Schlussfolgerung: Die Ätiopathogenese (Ursache und Krankheitsverlauf) der Schizophrenien ist ungeklärt. Alle Erklärungsmodelle sind mehr oder weniger hypothetisch. Es gibt offensichtlich keine Einzelursache.

Vieles spricht für das Zusammenspiel mehrerer Risikofaktoren, nämlich genetische Disposition („erbliche Anlage“), biographische Stressfaktoren, hirnorganische bzw. entsprechende funktionelle Beeinträchtigungen usw. Der direkte Nachweis biochemischer Störungen ist bisher noch nicht gelungen, wengleich wahrscheinlich gerade auf diesem Forschungsgebiet das meiste zu erwarten ist.

Erkennt man eine Schizophrenie schon rein äußerlich?

Wenn man der Allgemeinheit vorwirft, sie habe ein falsches Bild von der Schizophrenie, dann muss man dieses eben auch gezielt erläutern, korrigieren oder ergänzen. Davon hört man allerdings wenig, nicht zuletzt aus Fachkreisen. Ja, bisweilen hat man sogar den Eindruck, dass die tatsächlich irritierenden oder schockierenden Symptome lieber unterschlagen oder zumindest beschönigt werden, als sie konstruktiv-objektiv zu erläutern. Deshalb sollte man sich über die beklagte negative Entwicklung eigentlich nicht wundern.

Die erste Frage, die es ungeschönt zu beantworten gilt, lautet also: Sieht ein Schizophrener denn so aus, wie man ihn sich als Laie vorstellt?

Zum einen muss man das differenzierter sehen, kann es also nicht mit einem eindeutigen Ja oder Nein für jedermann beantworten (siehe unten). Zum anderen aber darf man getrost behaupten: heute nicht mehr so (oft) wie früher.

Natürlich kann man diese leicht kontrollierbare Behauptung schnell zunichte machen, wenn man ein psychiatrisches Krankenhaus besucht, insbesondere ein sogenanntes Großkrankenhaus mit vielen Hunderten von Patienten, von denen die meisten immer noch schizophren Erkrankte sind, und zwar eher schwer und langfristig. Dann nützt es auch nichts zu versichern: Es gibt Hunderttausende, denen niemand etwas ansieht. Aber ein einziger auffälliger Patient prägt die öffentliche Meinung mehr als eben Hunderttausende mit gleichem Leiden, die niemand erkennt und deshalb auch nicht als positiven Ausgleich heranziehen kann. Das Gleiche gilt nebenbei auch für die Gefährlichkeit von schizophrenen Menschen, ein Vorurteil, das vor allem durch spektakuläre Einzelfälle verzerrt wird, die dann in den Boulevardblättern und bestimmten TV-Sendungen besonders ausgeschlachtet werden. Kurz:

Der schizophren Erkrankte leidet dank der heutigen Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr so sehr an seinem äußerlich erkennbaren Krankheitsbild, sondern an dem, was man in seiner Umgebung dafür hält.

Trotzdem – und das darf man nicht beschönigen –, kann auch heute noch gelegentlich eine sonderbare, eigenwillige, auffällige Kleidung, mangelhafte Körperpflege, wallendes Haupthaar, langer Bart, ja extremes Make-up bis hin zur „erschreckenden Kriegsbemalung“ auf so manches Wahnsystem hinweisen, am ehesten in entsprechenden Fachkliniken und Heimen mit sogenannten Langzeitpatienten durch chronische Erkrankung.

Zum anderen aber fiel schon im ersten Drittel dieses Jahrhunderts ein sogenannter Symptom- oder Erscheinungswandel auf: Er ließ diese eindrucksvollen und natürlich negativ prägenden Äußerlichkeiten seltener werden. Das gilt auch für manche charakteristischen Merkmale in Mimik, Gestik, sprachlichem Ausdruck und allgemeinem Auftreten, vor allem im akuten psychotischen Zustand. Der Unterschied zu heute ist inzwischen so groß geworden, dass selbst jungen Ärzten in der psychiatrischen Fachausbildung kaum mehr Gelegenheit gegeben ist, die gleichen Erfahrungen zu sammeln wie früheren Ärztesgenerationen.

- Dennoch kann auch heute noch der **Gesichtsausdruck** mancher Erkrankter scheinbar grundlos (weil man ja nicht in sie hineinsehen kann - siehe später) gespannt, geladen, argwöhnisch, misstrauisch, verängstigt, versonnen, unbegründet beglückt, unfreundlich-ablehnend oder leer, unbewegt, steif, starr, hoheitsvoll oder gar bedrohlich wirken. Selbstverständlich können Grimassen jede Norm des Mienenspiels überschreiten oder der jeweilige Gefühlszustand durch einen entgegengesetzten Gesichtsausdruck verfremdet werden. Doch das ist

selten und meist durch jene innerlichen krankhaften Erlebnisse ausgelöst und gesteuert, die später detailliert besprochen werden sollen.

- Was aber nicht selten auffällt, ist der **Blick**. Ein eindrückliches Merkmal psychotischer Verstörtheit, Ratlosigkeit, Angst und vielleicht auch furchtbedingter Aggressivität können tatsächlich die *Augen* mancher schizophren Erkrankter werden, besonders im Zustand akut-psychotischer Störung. Schon vorher scheinen diese Patienten irgendwie durch einen hindurchzuschauen. Mitunter vermag der Blick aber auch unstet, „flackernd“, brennend, stechend, auf jeden Fall für die Umwelt irritierend, beängstigend oder gar bedrohlich wirken.

Auch in weniger ausgeprägter Form sind die Augen im Allgemeinen bzw. der Blick im Besonderen oftmals eines der ersten Zeichen, das auf das beginnende innere Chaos hinweist, selbst wenn sich bis dahin kein auffälliges Verhalten gezeigt hat. Niemand weiß übrigens wie dieses Phänomen zustande kommt, doch ist der „schizophrene Blick“ so alt wie die Krankheit und für aufmerksame Beobachter kein Grund zu Panik, sondern ein nützlicher Hinweis für die innere Not, die sich hier gerade anbahnt – und auf die man vor allem medikamentös reagieren sollte.

- Dagegen spielen die **Bewegung** im Allgemeinen, vor allem aber **Gestik** und **Gang** keine so große Rolle mehr wie früher. Sie können zwar auch heute noch bisweilen als gebunden, steif, starr, hölzern, eckig, ruckartig, abgehackt, verzerrt, abrupt, fahrig, ausfahrend, zumindest schlacksig und ungraziös, mitunter auch albern-hoheitsvoll empfunden werden. Doch findet man derlei nur noch selten.

Am ehesten vielleicht noch bei manchen chronischen Patienten, bei denen dann aber auch Krankheit und langjährige Medikamenten-Nebenwirkungen zusammenfallen (Fachbegriffe: extrapyramidal-motorische Begleiterscheinungen (EPS), neuroleptika-bedingtes Parkinsonoid usw. – siehe Kasten). Manchmal ist es tatsächlich schwer, beides auseinanderzuhalten. Allerdings gab es dieses mehr oder weniger charakteristische Bewegungsmuster auch schon, als noch keine antipsychotischen Neuroleptika zur Verfügung standen und durch ihre Nebenwirkungen beeinträchtigten (übrigens auch heute nur, wenn die Dosis nicht individuell angepasst wurde; und bei der neuen Generation moderner, sogenannter atypischen Neuroleptika fast gar nicht mehr).

Sogenannte extrapyramidal-motorische Störungen (EPS) durch unangepasste Neuroleptika-Dosierung

- *Spätdyskinesien*: unwillkürliche, unregelmäßige Muskelbewegungen, vor allem im Gesichtsbereich (Schmatz- und Kaubewegungen, Zungenschnalzen) sowie an Händen und Füßen
- *Neuroleptisches Parkinsonoid*: Zittern, Steifigkeit der Muskeln in Ober- und Unterarmen sowie in den Beinen, kleinschrittiger, eckiger Gang, vermehrter Speichelfluss
- *Dystonie*: unwillkürliche, langsame Muskelzuckungen des ganzen Körpers oder von Körperteilen
- *Akathesie*: ständiges Gefühl der Unruhe, nicht still sitzen oder liegen können, dauernd getrieben herumgehen u.a.

- Auch die **Sprache** mancher Schizophrener kann sich vom Durchschnitt abheben: verschroben, verstiegen, geziert, mit ungewohnter, gesuchter, abstrakter, unnatürlicher und geschraubter Redeweise und mit hochtrabenden Formulierungen.

Doch auch diese „Stelzensprache“, einschließlich eines damit verbundenen schwülstigen *Schreibstils*, mit Wortneubildungen, eingeflickten Füllwörtern, sprachlichen Wiederholungen oder gar die Entwicklung einer persönlichen Geheimsprache werden nur noch selten beobachtet. Das Gleiche gilt für die bisweilen auffallende *Schrift*, die früher häufiger, heute nur noch selten mit symbolträchtigen Absonderlichkeiten befrachtet sein kann.

- Selbst der **allgemeine Eindruck** unterscheidet sich inzwischen – zumindest von der Häufigkeit her – gegenüber früher. Damals wurden diese Kranken in der Tat öfter als distanzlos, enthemmt, albern, frech, schnippisch, faxenhaft, geziert, pathetisch, altklug, ungeniert, theatralisch, bizarr, skurril, verschroben oder gar läppisch-albern empfunden. Gerade bei diesen Ausdrucksanomalien aber wird der positive Wandel des krankhaften Äußeren am deutlichsten. Man findet sie kaum mehr. Am ehesten noch bei einer bestimmten Unterform der Schizophrenie, nämlich der *Hebephrenie* (siehe später).
- Und was die **geistige Leistungsfähigkeit** anbelangt, so bedeutet Schizophrenie keine geistige Minderwertigkeit, auch wenn der frühere Fachbegriff vor über hundert Jahren diesen Irrtum zu bekräftigen scheint (Dementia praecox = frühzeitiger Schwachsinn).

Natürlich haben auch heute schizophrene Erkrankte gelegentlich und vor allem während ihrer psychotischen Leidenszeit mit geistigen Leistungseinbußen zu kämpfen. Heute weiß man jedoch, dass dieser Leistungsabfall nicht auf einen Abbau der Intelligenz zurückzuführen ist. Hier handelt es sich eher um eine Blockierung der geistigen Beweglichkeit und nicht um

einen „Schwund von Gehirnzellen“, wie manchmal in Analogie zur Demenz, also zum erworbenen (Alters-)Abbau intellektueller Funktionen, vermutet wird. Selbst im hohen Alter kommen bei Schizophrenen nicht häufiger intellektuelle Einbußen vor als im Durchschnitt.

Andererseits nimmt die Schizophrenie gleichsam den ganzen Menschen in Beschlag, und zwar derart, dass schon mal der Verdacht geistiger Schwäche aufkommen kann, vor allem in akuten und schließlich chronischen Zuständen. Einzelheiten dazu siehe später.

Im Vorfeld einer schizophrenen Psychose

Wie äußert sich nun das **Leidensbild** einer schizophrenen Erkrankung und noch wichtiger: Gibt es spezielle Symptome im Vorfeld, vielleicht sogar Warn- oder Alarmsignale? Das wäre ja entscheidend für die alte Erkenntnis: je früher erkannt, desto schneller und gezielter behandelt, umso erfolgreicher die Therapie.

Die Antwort lautet: ja, allerdings wieder mit Einschränkungen.

Zum einen sind **Warnsymptome** nicht in jedem Fall anzutreffen. Zweitens sind sie keinesfalls immer so eindeutig in ihrer Aussage und damit präzise nutzbar, im Gegenteil: Sie können zu vielerlei passen, von der alltäglichen Befindensschwankung über die vorübergehende Überforderung bis hin zu ernststen Beeinträchtigungen anderer Ursachen.

Und drittens können sie, wenn sie in die *Pubertät* fallen, mit den dort üblichen psychosozialen Schwierigkeiten verwechselt werden. Doch nicht jedes pubertäre Verhalten ist ein Warnsymptom für eine spätere Schizophrenie. Andererseits kann so manches gewöhnungsbedürftige bis sonderbare Verhalten wie eine pubertäre Eigenheit oder ein entsprechendes Fehlverhalten aussehen. Das ist das Problem. Und in die Pubertät fallen ja vor allem beim männlichen Geschlecht die meisten schizophrenen Ersthinweise - sofern man sie unter den erwähnten schwierigen Bedingungen erkennt und richtig einordnet.

Damit gerät man bei der an sich notwendigen und sinnvollen Aufklärung in einen Zwiespalt: Einerseits will man rechtzeitig auf eine mögliche krankhafte Entwicklung aufmerksam machen. Andererseits kann es sich in dieser Entwicklungsstufe auch um eine durchaus normale Übergangsphase handeln. Soll man also trotzdem darauf hinweisen, ggf. unnötige Ängste provozieren? Oder soll man nichts sagen und darauf warten, bis sich ausgeprägtere

Symptome abzeichnen - aber dann um den Preis, wertvolle Zeit verloren zu haben?

Der Kompromiss liegt in der Mitte: Wissen kann nie schaden, voreilige Reaktionen sehr wohl. Es ist ja auch nicht so, dass Patient und Angehörige sich völlig selber überlassen und hilflos ihren Mutmaßungen ausgeliefert bleiben. Stets ist ein Arzt verfügbar, meist der Hausarzt, der ja in diesem Fall einen Facharzt hinzuziehen dürfte, also einen Psychiater oder Nervenarzt oder - wenn in entsprechendem Alter - einen Kinder- und Jugendpsychiater.

Und dieser wird den Patienten sorgfältig untersuchen und seine fachliche Entscheidung treffen. Nicht immer aber so eindeutig, wie sich die Angehörigen das wünschen. Denn hier spielt der Faktor *Zeit* eine große Rolle, allerdings jetzt nicht mehr unnötig riskant, sondern im Rahmen einer fachärztlichen Verlaufskontrolle.

Das heißt beispielsweise, dass eine pubertäre Eigenheit im Verlaufe der Zeit verschwindet, oder zu einem Krankheitszeichen wird, vielleicht zu einem schizophrenie-typischen Symptom. Das aber brauchte seine Entwicklungszeit. Die Vorsicht und Zurückhaltung des Fachmanns in diesem Patientenalter ist also nicht Unfähigkeit, sondern „differentialdiagnostisches Abwarten“, bis sich das Symptom mit der wünschenswerten Sicherheit einordnen lässt. Das muss man als Patient und Angehöriger wissen, um nicht unsicher, enttäuscht, vorwurfsvoll oder verärgert zu reagieren.

Solche ***Vorposten-Symptome***, wie diese leider meist uncharakteristischen Krankheitszeichen zu Beginn eines Leidens genannt werden, finden sich bei der Schizophrenie in mindestens einem Drittel. Vor dem eigentlichen, für alle nachvollziehbaren Ausbruch der schizophrenen Psychose aber immer häufiger. Sie können sich auf nur wenige Monate, aber auch auf mehrere Jahre erstrecken.

Die meisten dieser späteren Patienten gelten jedoch bis zum allseits erkennbaren Durchbruch ihres Leidens als weitgehend unauffällig, was ihr Verhalten und Erleben betrifft. Manche erscheinen sogar mustergültig, ja fast zu beflissen und brav in Leistung und Betragen. So etwas nannte man früher „Rockzipfel-Kinder“, die lieber bei der Mutter in der Küche blieben oder lange zufrieden mit sich selber spielten als rauszugehen und mit den anderen zu toben.

Danach kommt es jedoch zu einem sogenannten „*Knick in der Lebenskurve*“. Jetzt kann es rasch eskalieren. Oder es gehen längere Phasen langsamer seelischer Änderungen voraus, die schließlich in eindeutige Verhaltensauffälligkeiten münden. In der Mehrzahl sind sie jedoch allgemeiner Natur und lassen erst einmal an nichts Ernstes denken, auch wenn man sich gelegentlich wundert oder ärgert. Oft normalisieren sie sich auch wieder. Manchmal finden

sich die Angehörigen aber auch nur damit ab, teils aus Hilflosigkeit, teils aus der unbewussten Strategie: Was nicht sein darf, kann nicht sein.

Welches sind nun die häufigsten Vorposten- und damit Warn-Symptome einer beginnenden Schizophrenie, meist in Form uncharakteristischer und zu allem passender „Allerwelts-Beeinträchtigungen“? Einzelheiten siehe Kasten.

Die häufigsten Vorposten-Symptome einer beginnenden Schizophrenie*

- **Allgemeine Aspekte**

Mehr oder weniger plötzlich zunehmende Nervosität und allgemeine seelische Labilität; rasche Ermüdbarkeit; auffällige Merk- und Konzentrationsschwäche, gelegentlich regelrechte Zerstreuung; manchmal „wie völlig absorbiert“ oder „total vereinnahmt“; allgemeine seelische, geistige und sogar körperliche Verlangsamung, bis hin zur unfassbaren Entschlussunfähigkeit oder Antriebslosigkeit; gehäuft Miss-Stimmungen, Reizbarkeit, ja Aggressivität; gelegentlich unmotiviert feindseliges Verhalten; Schlafstörungen und „nächtliches Umhergeistern“; Leistungsabfall in Schule oder Lehre; grundlose Genussunfähigkeit, ja Freudlosigkeit; ängstlich-gedrückte bis schwermütige Stimmung; Gefühl der inneren Leere, manchmal wie „abgestorben“; wachsende Ungeselligkeit, bis zum befremdlichen, ja erschreckenden Erkalten der zwischenmenschlichen Beziehungen zu Eltern, Geschwistern, Partner, Freunden, sonstigen Angehörigen, Nachbarn, Schul- und Berufskollegen usw.; schließlich sozialer Rückzug und Isolationsgefahr.

- **Weitere Besonderheiten**

Eigenartige Selbstversunkenheit, teils im Spielen, teils im Lesen oder auch nur Schauen; langsam sich entwickelndes oder plötzliches, auf jeden Fall überzogenes Interesse an wirklichkeitsfremden Fragen: religiös, mystisch, philosophisch, gesellschaftspolitisch u.a.; damit erhöhte Gefahr, durch die innere Orientierungslosigkeit, Ratlosigkeit und leichte Beeinflussbarkeit in falsche Hände zu geraten (z.B. Sekten!).

- **Verhältnis zum anderen Geschlecht**

Nicht selten unfrei, „verklemmt“, scheu oder gar ablehnend; dabei hin- und hergerissen zwischen normalen Wünschen und Träumen und sonderbar brüskten, abweisenden, gelegentlich fast feindseligen Verhaltensweisen; bisweilen unerklärliche Extremausschläge: einerseits Zurückweisung und Rückzug, andererseits plötzlich distanz- oder taktlose Kontaktsuche.

* Auswahl (siehe auch Hinweise zur Rückfallgefahr)

Wenn es auch immer wiederkehrende und damit halbwegs nutzbare Hinweise gibt, die als Vorposten- oder gar Warnsymptome den diagnostischen Weg weisen, so wird doch jede seelische Krankheit nicht zuletzt durch Wesensart, Umfeld, geistige, körperlicher und psychosoziale Ausgangslage, kurz: durch ihre Möglichkeiten und Grenzen mitbestimmt. D.h. es gibt so viele Beschwerdebilder wie Betroffene. Und vor allem gibt es wenig Konkretes und viel Vages, Diffuses, dazu Wechselndes, also letztlich nicht Fassbares, besonders wenn man mit so etwas noch nie konfrontiert wurde.

Mit am schmerzlichsten aber wird jene kaum beschreibbare Atmosphäre empfunden, die nach und nach von vielen dieser späteren Patienten ausgeht und die mit ihrer früheren Wesensart nicht in Einklang zu bringen ist („was ist nur aus ihm/ihr geworden“?):

Das ist eine schwer einzuordnende und vor allem unvereinbare Mischung aus „Hilfe suchen – zurückweisen, verschüchtert – überheblich-arrogant, durchgeistigt – schwerbesinnlich, nervig – apathisch“ usw

Nach und nach, d.h. im fortgeschrittenen (weil unbehandelten) Zustand macht der Betroffene schließlich den Eindruck, als zähle er nicht mehr zu dieser Gesellschaft, teile nicht die Freuden und Sorgen dieser Welt und besonders seiner Altersstufe, „gehöre auf einen anderen Stern“, lebe „gleichsam wie knapp daneben“, als ob man tatsächlich „neben sich her lebt“, jedenfalls „irgendwie nicht man selber sein darf“ usw.

Dabei befremdet er nicht nur andere, sondern kommt sich selber fremd vor – ohne etwas dagegen tun zu können. Er wird ein ewig Suchender, und zwar mit wachsendem Schamgefühl und schwindendem Selbstwertgefühl – und damit einem Gefühlsleben, das immer mehr ins Wanken gerät. Denn er kann tun und lassen was er will, er findet keine Erklärung, keine Lösung, keinen Weg. Dabei gibt er sich große Mühe, bis hin zu für ihn eigentlich unverständlichen religiösen, philosophischen und sonstigen Büchern, in denen er bisweilen zu finden sucht, was ihn so rastlos und schließlich ratlos umtreibt – aber vergebens.

Die Folgen sind Resignation, Angst, Schwermut und innere Panik – und die erwähnten tiefsitzenden Scham- und Minderwertigkeitsgefühle, ein kennzeichnendes, aber weitgehend unbekanntes Merkmal jeglicher schizophrener Erkrankung.

So kann es nicht ausbleiben, dass sich gerade in jungen Jahren Rauschdrogen, Alkohol und Nikotin anbieten und eine erschreckend hohe Zahl schon in dieser Altersstufe in eine entsprechende Abhängigkeit gerät – mit allen Fol-

gen (manche Rauschdrogen klinken auch eine „Psychose im Wartestand“ erst richtig aus, z.B. Haschisch, LSD, Kokain, Designerdrogen u.a.). Für viele droht jetzt auch ein soziales Abgleiten bis hin zur Verwahrlosungsgefahr, selbst wenn die gutsituierten Angehörigen alles tun, um diese bittere Entwicklung zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern. Die Verwahrlosung ist keine Frage der wirtschaftlichen Ausgangslage, sondern ein seelisches und schließlich psychosoziales und damit gesellschaftliches Abgleiten.

Einige merken schon recht früh und registrieren sehr wohl, dass sie einerseits unwiderruflich „abrutschen“ und andererseits nichts dagegen tun können. Damit geraten sie bereits in diesem frühen Stadium in Gefahr, Hand an sich zu legen. Oft häufen sich deshalb schon jetzt Todesphantasien, Suizidwünsche oder konkrete Selbsttötungspläne, was die erschreckend hohe Suizidrate erklärt: Denn jeder zehnte schizophrene Erkrankte stirbt durch eigene Hand (siehe später).

Welches sind charakteristische Schizophrenie-Symptome?

Auch wenn sich das Krankheitsbild der Schizophrenie ins weniger Spektakuläre verschoben hat, sind und bleiben es doch bestimmte Symptome, die nicht nur am auffälligsten sind, sondern auch ein größeres diagnostisches Gewicht aufweisen als andere. Einzelheiten dazu siehe die Klassifikationshinweise, in denen sowohl frühere, als auch aktuellere Einteilungen aufgeführt sind (siehe Kasten).

Dabei soll aber nicht verschwiegen werden, dass sowohl früher als auch bei den modernen Klassifikationen keines dieser Symptome für sich allein genommen als krankheitsspezifisch für eine schizophrene Psychose gilt.

Symptome 1. und 2. Ranges der Schizophrenie*

- *Erstrangig* sind akustische Sinnestäuschungen wie Stimmen, die im Dialog miteinander sprechen und das Tun und Lassen des Patienten kommentieren, ferner das sogenannte Gedankenlautwerden, dazu Leibgefühlsstörungen und Wahnwahrnehmungen sowie Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung und Willensbeeinflussung.
- *Zweitrangig* sind Gehörs-Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen beim Sehen, Riechen und Schmecken, Wahneinfälle u.a.

Charakteristische Schizophrenie-Symptome nach der WHO**

- Gedanken, die eingegeben oder entzogen werden, die sich laut äußern oder sich gar auf andere Personen auszubreiten scheinen.
- Das Gefühl, auf widernatürliche Weise beeinflusst und kontrolliert zu werden (z.B. Gedanken, Bewegungen, Empfindungen als „von anderen gemacht“ erlebt).
- Wahn, vor allem wahnhafte Beeinflussung und Verfolgung, aber auch Größenwahn, Liebeswahn usw., evtl. komplizierte Wahnsysteme.
- Halluzinationen, also Sinnestäuschungen bezüglich Geruch, Geschmack und Tastsinn, vor allem aber Gehör. Beispiele: vergiftet, bestrahlt, elektrisiert werden und Stimmen hören.
- Einschreibungen in den Gedankenfluss, die zu Wortneubildungen und zu einer unverständlichen Sprache führen, bis hin zur „Zerfahrenheit“.
- Erregung oder Erstarrung in Bewegungslosigkeit, einschließlich Verstummen.

* nach der psychiatrischen Schule von K. Schneider der Universität Heidelberg

** nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Welches sind nun jene Symptome, die die Allgemeinheit am meisten bewegen (auch wenn sie nach Intensität oder Häufigkeit für die Betroffenen kaum denselben Stellenwert einnehmen)?

Halluzinationen – die für Laien spektakulärsten Krankheitszeichen

Jene Symptome, die am ehesten mit einer Schizophrenie in Verbindung gebracht werden, sind die **Halluzinationen**. Das sind Sinnestäuschungen oder Trugwahrnehmungen ohne entsprechenden Sinnesreiz von außen. Es wird also etwas gesehen, gehört, gerochen, geschmeckt oder gespürt, was objektiv nicht vorhanden ist. Halluzinationen sind einfach da, überwältigen gleichsam den Betroffenen, so dass er sich ihnen hilflos ausgeliefert fühlt.

Die akustischen Sinnestäuschungen beispielsweise, die Stimmen, drängen sich einfach in einen Gedankengang hinein. Das Gleiche gilt für die anderen Trugwahrnehmungen: Sehen, Riechen, Schmecken, Fühlen. Der Patient kann ihnen nicht entkommen. Ob er nun daran glaubt, was er hört, sieht, schmeckt usw. ist eine andere Frage. Da gibt es unterschiedliche Gewissheitsgrade: von

absolut sicher über relativ, d.h. möglich, bis zu völlig ratlos oder gar selber eine Sinnestäuschung vermutend. Entsprechend unterschiedlich sind auch die Auswirkungen auf das Verhalten.

Mitunter handelt es sich um Sinnestäuschungen, von deren Realität der Patient nicht völlig überzeugt ist. Das nennt man dann Pseudo-Halluzinationen. Sie besitzen keinen Wirklichkeitscharakter, sondern werden als unecht erkannt. Manchmal sind allerdings fließende Übergänge möglich. Weitere Einzelheiten zu den Halluzinationen siehe das entsprechende Kapitel

- **Akustische Halluzinationen**

Bei den **akustischen Halluzinationen** oder **Trugwahrnehmungen des Gehörs** dominieren meist Stimmen: eine oder mehrere Personen, bekannt oder unbekannt, männlich oder weiblich, Erwachsenen- oder Kinderstimmen, laut oder leise, deutlich oder verwaschen, aus Nähe oder Ferne, aus der Umgebung, der Wand, dem Nachbarhaus, einer Antenne oder aus dem eigenen Leib, dem Magen, dem Blut, dem Kopf, aus Ohr oder Gehirn usw. Gewöhnlich sind es nur einzelne Worte oder kurze Sätze, manchmal Sekunden oder Minuten, selten länger, kaum andauernd.

Meist handelt es sich um Stimmen, die den Kranken beim Namen rufen, kritisieren, beschimpfen, bedrohen, warnen, aber auch ermuntern, loben, ja sogar Witze erzählen, in der Regel sich einfach über den Betroffenen unterhalten, sein Tun oder Lassen kommentieren (und – naturgemäß – meist sehr gut über ihn, seine geheimen Wünsche und Befürchtungen Bescheid wissen). Auf jeden Fall sprechen die Stimmen gerne über gefühlsbetonte und damit meist unangenehme Angelegenheiten, aber auch völlig gleichgültige Dinge.

Manchmal werden Befehle erteilt („imperative Halluzinationen“), die bisweilen auch ausgeführt werden und dann Anlass zu unverständlichen Handlungen geben. Gewalttaten kommen auf diese Weise jedoch seltener vor, als allgemein befürchtet.

Je nach Inhalt werden diese Halluzinationen des Gehörs einfach hingenommen oder als unterhaltender Zeitvertreib empfunden, wobei dann die Betroffenen auch einmal in sich hineinlachen. Oft aber sind sie lästig bis quälend, was dann zu Ratlosigkeit, Miss-Stimmung, Gereiztheit, ja zum Zurückschimpfen, Schreien oder Toben führen kann. Schizophrene, die „Selbstgespräche“ führen, sind meist im Zwiegespräch mit ihren Stimmen. Das gilt auch für plötzliche Schimpftiraden. Manche führen auch längere „Unterhaltungen“ mit Nicht-Anwesenden, Verstorbenen, mit politischen oder kulturellen Persönlichkeiten, mit Gott usw.

In vielen Fällen stumpfen die Patienten ab und werden gleichgültig, was ihre Stimmen anbelangt. Manchmal aber werden sie auch zum Ausgangspunkt

wahnhafter Deutungen, also eines sogenannten „Erklärungswahns“. Dann ziehen die Betroffenen ihre Rückschlüsse auf böse Nachbarn, Verfolger, Rundfunk, Fernsehen, den „6. Sinn“, „Telepathie“, magische oder okkulte Kräfte, göttliche Offenbarungen usw. Dann kann es für diejenigen, die hier ohne ihr Wissen in diese krankhaften Abläufe einbezogen wurden, durchaus einmal Probleme geben. Auf jeden Fall ist ihnen völlig unklar, weshalb sich der – vielleicht noch nicht als krank erkannte – Angehörige, Freund, Nachbar, Arbeitskollege plötzlich so sonderbar verhält.

- **Weitere akustische Phänomene**

Im Weiteren gibt es im Rahmen dieser akustischen Phänomene das **Gedankenlautwerden** oder **Gedankenecho**. Dabei werden nur die eigenen Gedanken als Stimmen hörbar.

Zum anderen gibt es sogenannte **Akoasmen**, d.h. Rauschen, Summen, Pfeifen, Klopfen, Knallen, Klirren, Schießen, Trommeln, Sausen, Zischen, Bellen, Heulen, Wiehern, und zwar entweder als undifferenzierte oder konkrete Geräusche. Daneben aber auch Orgeltöne, Glockengeläut usw. (was jedoch auch im Alkoholdelirium und bei gewissen Epilepsie-Formen möglich ist).

- **Gesichts-Sinnestäuschungen: weniger spektakulär als angenommen**

Optische Halluzinationen, also sogenannte **Gesichts-Sinnestäuschungen** werden zwar gerne für spektakuläre Darstellungen genutzt, haben aber nicht den charakteristischen Stellenwert der akustischen Trugwahrnehmungen. Vor allem sind sie nicht so szenenhaft, wie man sich das meist vorstellt (und tatsächlich im Alkohol-Delir, in epileptischen Dämmerzuständen und während Vergiftungszuständen durch Rauschdrogen wie Haschisch, LSD usw. möglich ist).

Natürlich irritieren auch den schizophren Erkrankten gelegentlich Szenen, Gestalten, bewegt oder unbewegt, meist dem Zeitgeist entsprechend (früher vor allem mythologische oder allegorische Darstellungen). Wenn sie – was immer seltener wird – in Verbindung mit religiös-ekstatischen Zuständen auftreten, spricht man auch von „**Visionen**“.

Häufiger sind dagegen sogenannte **Photome**: Blitze, Funken, Flecken, geometrische Figuren, ein undifferenzierter Licht- oder Farbenschein usw.

Natürlich gibt es auch jene dramatischen Phänomene, die meist in Filmen zur Erklärung einer Schizophrenie herangezogen werden. Doch das sind keine optischen Halluzinationen, das sind Wahrnehmungsstörungen, die später geschildert werden.

- **Illusionäre Verkennungen: krankhafte Umdeutungen von real Vorhandenem**

Dagegen sind sogenannte **illusionäre Verkennungen** oder einfach **Illusionen** nicht so selten. Dabei handelt es sich um Fehldeutungen von Sinneseindrücken, die jedoch – im Gegensatz zu den Halluzinationen – auf einem realen Objekt beruhen.

Hier wird also etwas verkannt, was tatsächlich vorhanden ist: Wanduhr als Fratze, Tapetenmuster oder Schatten als Gestalten usw. Allerdings sind fließende Übergänge zu den echten Sinnestäuschungen möglich.

Bei der Schizophrenie finden sich diese Verkennungen vor allem auf akustischem Gebiet: Gespräche, Straßenlärm, Vogelgesang, Hundegebell, Motorgeräusch usw. Sie alle haben plötzlich eine andere Bedeutung, von der diffusen Gefahr bis zur konkreten Bedrohung.

Illusionäre Verkennungen gibt es aber auch beim Gesunden, von der reinen Übermüdung oder bloßen Erwartungshaltung bis zur ängstlich gesteuerten Fehl-Wahrnehmung. Der „Erlkönig“ von Goethe ist dafür ein beliebtes Beispiel.

- **Geruchs- und Geschmacks-Halluzinationen**

Sogenannte **olfaktorische** oder **Geruchshalluzinationen** bzw. **gustatorische**, also **Geschmackssinnestäuschungen** kommen bei der Schizophrenie relativ selten vor. Hier, wie bei den Trugwahrnehmungen des Sehens, ist es das gleiche Problem: Das, was man in der Allgemeinheit zu wissen glaubt, hält sich in Grenzen und das, was besonders quält, ist weitgehend unbekannt (siehe später).

In Grenzen halten sich Sinnestäuschungen des Geruchs aber auch nur zahlenmäßig, ansonsten sind sie überaus unangenehm: Die Betroffenen riechen Benzin, Schwefel, Teer, Rauch, Gas, Verbranntes oder einfach undefinierbar Gift, Aas, Fäulnis, Verwesung, Leichengeruch usw. Angenehme Gerüche kommen zwar vor, sind aber die Ausnahme. Die Geruchstäuschung belästigt entweder unlokalisierbar und diffus oder kommt aus bestimmten Richtungen bzw. Objekten: Löcher, Ritzen, Töpfe, Geräte sowie Herd, Schreib- oder Waschmaschine u.a.

Ähnliches gilt für die **Geschmacks-Halluzinationen**. Auch sie sind meist unangenehmer Art. Das heißt ausgesprochen bitter, salzig, übersüßt, sauer, gallig, fäkalisch, schwefelig, nach Seife oder Reinigungsmitteln, nach Petroleum, Kloake usw. Das ist auf Dauer eine gewaltige Belastung und kann nicht ohne Reaktion des Betroffenen bleiben, auch wenn es die anderen in keiner Weise nachvollziehen können.

- **Leibliche Halluzinationen**

Leibliche Beeinflussungserlebnisse sind ebenfalls ausgesprochen quälende Symptome, die man zudem kaum adäquat zu schildern vermag. Außerdem stoßen sie weitgehend auf Unverständnis. Man kann sich einfach nicht vorstellen, berührt, angeblasen, elektrisiert, bestrahlt, magnetisiert, durch Ultraschall, Kathoden- oder Laserstrahlen angepeilt, durch Suggestion oder Hypnose beeinflusst, verändert, geschwächt, manipuliert oder gar zerstört zu werden. Im Extremfall werden die inneren Organe sogar angefressen oder zermalmt, sind hohl oder verkohlt usw.

Nicht selten sind die Leibhalluzinationen sogar sexueller Art: Männer glauben sexuell belästigt und manipuliert zu werden, ihr Samen würde durch „Fernwirkung abgezogen“ usw. Weibliche Betroffene fühlen sich „sexuell belästigt“, „vergewaltigt“, „geschwängert“ und „körperlich misshandelt“.

Das Entscheidende solcher leiblicher Beeinflussungserlebnisse ist das Kriterium des „Gemachten“: Die Patienten empfinden sich von außen gelenkt, meist von bestimmten Personen oder fremden Menschen, aber auch von unbekanntem Mächten und Kräften. Sie fühlen sich als willenloses Opfer ohne eigene Einfluss- und Widerstandsmöglichkeit, was ihre Situation noch mehr erschwert. Das Gefühl des „Gemachten“ ist eine zusätzliche Pein.

- **Leibgefühlsstörungen, die unfassbare Qual**

Unter **Leibgefühlsstörungen** versteht man eigenartige Leibgefühle, die allerdings nicht so sehr als „von außen gemacht“ wahrgenommen, eher als körpereigene Störungen empfunden werden. Manchmal treten sie anfallsweise, manchmal in raschem Wechsel oder phasenhaft auf. Auf jeden Fall sind sie so schwer zu schildern, dass viele Betroffene gezwungen sind, fast schon groteske Vergleiche oder Bilder zu bemühen. Dazu passt gut ihr Fachbegriff, dem man auf Anhieb kaum richtig auszusprechen vermag: Zoenästhesien.

Geklagt wird beispielsweise über Taubheits-, Steifigkeits- und Fremdheitsempfindungen, aber auch über das völlige Fehlen von Organen wie Magen oder Blase, ja sogar Hände und Füße. Dann wieder sind es umschriebene Schmerzempfindungen, anfallsweise oder langsam an- und abschwellend, von jeder Qualität wie Bohren, Reißen, Brennen, Stechen usw. Nicht selten sind sogenannte Wandersensationen, das heißt unbestimmt kreisende oder auf- und absteigende Leibgefühle. Schon etwas nachvollziehbarer sind Elektrisierung oder Hitzewallungen und Kälteschauer. Vielfältig, bis zum „Wahnsinn“ treibend und damit eine Selbsttötungsgefahr auslösend, sind auch bizarre Bewegungs-, Zug- und Druckempfindungen im Körperinneren. Oder

Reifen-, Band- und Ringgefühle bis hin zum panischen Empfinden, dass die entsprechenden Körperteile stranguliert werden.

Auch abnorme Schwere- oder Leichtigkeitsempfindungen, das Empfinden von Leere, von Fall-, Sink-, Schweb- und sonstigen Phänomenen macht natürlich Angst. Ganz zu schweigen von dem Gefühl der Verkleinerung oder Schrumpfung, des Sich-Zusammenziehens, der Einschnürung bis hin zu Atemnot- und Erstickengefühlen. Oder das Umgekehrte: Vergrößerung oder Ausdehnung. Oder die Patienten klagen über Scheinbewegungs-Erlebnisse der Gliedmaßen, über eine plötzliche Bewegungsschwäche bis zu sogenannten Bannungszuständen, in denen sie sich nicht mehr rühren und sprechen können.

Zermürend sind auch eigenartige Gleichgewichtsstörungen mit Anfällen von Drehschwindel, Gangunsicherheit, dem Gefühl wie auf Watte, Wellen oder Kork zu laufen usw. (diese Symptome können nebenbei auch im Rahmen einer Depression oder Angststörung irritieren, was dann allerdings nichts mit psychotischen Leibgefühlsstörungen zu tun hat, auf jeden Fall aber ärztlich abgeklärt werden sollte).

Die Folgen kann man sich ausmalen: Entweder man gerät in Angst und Panik, oder - nach einiger Zeit der Zermüderung - man wird schließlich gleichgültig, ja apathisch. Einige zeigen auch ein fast paradoxes Glücksgefühl. Die meisten aber geraten in eine andauernde Grundstimmung aus Missbefindlichkeit, abnormer Erschöpfbarkeit und schließlich Kraftlosigkeit. Die Betroffenen sind einfach „fertig“ und haben keine Kraft mehr, auf ihre innere Qual oder äußere Umgebung zu reagieren.

- **Wahrnehmungsveränderungen, unbekannt, aber spektakulär**

Bei den **Wahrnehmungsveränderungen** wird die reale Umwelt zwar erkannt, jedoch entweder in ihrer Intensität oder in ihrem Erscheinungsbild verändert wahrgenommen. Die Dauer solcher meist spektakulären Phänomene schwankt zwischen Sekunden und mehreren Wochen. Sie tritt meist phasisch, manchmal auch überfallartig auf.

- Bei den **quantitativen Wahrnehmungsveränderungen** handelt es sich in der Regel um eine Über- oder Unterempfindlichkeit gegenüber Sinnesindrücken: entweder eindrücklicher, intensiver, ja geradezu unangenehm, lästig oder quälend. Oder weniger intensiv und deutlich als im normalen Alltag. Dabei irritieren zumeist Geräusche, Gerüche und Berührung. Sie sind allerdings kein spezifisches Symptom der Schizophrenie und können auch bei Gesunden in seelisch-körperlichen Aufnahmeständen oder hochgradiger Erschöpfung vorkommen.

- Ganz anders die sogenannten **qualitativen Wahrnehmungsveränderungen**: Das sind jene Phänomene, die man häufig den optischen Halluzinationen zuschreibt: befremdlich, schockierend, ja Entsetzen erregend, bis hin zu panischen Reaktionen, zu fremdgefährlichen Aggressionen oder selbstgefährlichen Suizidhandlungen. Sie werden am ehesten in Wort und Bild zur Schilderung der Schizophrenie herangezogen, weil sie sich so schrecklich aufregend darstellen lassen:

Da sind Gesichter entstellt, verzerrt, verschoben oder bekommen erschreckende Dimensionen bzw. verwirren durch befremdliche bis schockierende Veränderungen, was Augen, Nase, Ohren, Behaarung, Haarfarbe, Zähne usw. anbelangt. Das Gleiche gilt für Hände, Arme, Beine, Füße, die ganze Gestalt. Auch das Sehen kann sich abnorm verändern: verschwommen, trübe, ungewöhnliche Farben, grau in grau, sogar Schausfälle. Oder die Umgebung, Menschen, Tiere und Gebäude, die ganze Landschaft kommen gefährlich nah oder rücken in weite Ferne, werden bedrohlich groß oder ungewöhnlich klein, verzerren sich in den Dimensionen, verdoppeln sich, werden schräg oder schief oder geraten in sonderbare Scheinbewegungen. Oder feste Konturen lösen sich auf, Größe und Entfernungen lassen sich nicht mehr abschätzen.

Erschreckend auch, wenn bestimmte optische Eindrücke abnorm lange haften bleiben, obwohl das Objekt schon längst verschwunden ist. Oder das nachträgliche Sehen von zuvor tatsächlich Registriertem, aber eben erst nachträglich. Oder die Stimmen der anderen klingen leise und entfernt oder laut, schrill und hohl, weit über die schon erwähnte Überempfindlichkeit hinaus. Oder die Wahrnehmung macht sich an bestimmten Details fest, von denen man nicht mehr loskommt, förmlich gefesselt ist. Oder die eigenen Handlungsabläufe sind nicht mehr optisch oder von der Bewegung her überwachbar, sondern laufen gleichsam unbeeinflussbar aus dem Ruder. Oder schockierende Entfremdungserlebnisse, z.B. die *Derealisation*: alles so sonderbar, komisch, fremdartig, schwer beschreibbar, noch nie gesehen. Oder gar die *Depersonalisation*: „Ich bin gar nicht mehr ich selber, aber was bin ich denn eigentlich?“

Dabei spielt sich das Ganze in zahllosen Facetten ab, lässt sich jedenfalls in wenigen Worten nicht schildern. Eines sei zumindest zur bildhaften Darstellung herausgegriffen: Das sogenannte „*Spiegelphänomen*“. Hier sehen manche Patienten immer wieder fassungslos in den Spiegel und prüfen ihr Gesicht. Warum? Das Gesicht hat sich verändert: Augen, Haar, Gesichtszüge, oder – unfassbar – das ganze Gesicht ist leer, nicht mehr vorhanden. Hier kann man dann auch verstehen, weshalb manche schizophrene Erkrankte durch verzweifeltens Überschminken versuchen, ihrem Gesicht wieder Augenbrauen und Lippenrot zu geben – weil es in ihrem Spiegelbild nicht mehr vorhanden ist.

Der Wahn: die krankhafte Fehlbeurteilung der Wirklichkeit

Der **Wahn** ist eine krankhaft entstandene Fehlbeurteilung der Wirklichkeit. Daran wird mit subjektiver Gewissheit festgehalten, unkorrigierbar, selbst wenn er im Widerspruch zur objektiven Realität, zur eigenen Erfahrung und zum Urteil gesunder Mitmenschen steht.

Häufig will der Wahnkranke seine wahnhaftige Überzeugung auch gar nicht überprüfen, geschweige denn korrigieren oder verteidigen. Das Charakteristische des Wahns ist vor allem die unerschütterliche Überzeugung ohne ausreichende Begründung. Der Betroffene weiß einfach, dass es so und nicht anders ist, ohne dass es eines Beweises bedarf. So etwas nennt man auch eine Bedeutungsgewissheit: „es ist so“.

Die Wahnwirklichkeit ist die einzige Wirklichkeit des Kranken geworden. Die allen Mitmenschen gemeinsame Realität, also „es schneit“ oder „es scheint die Sonne“, ist für den Wahnkranken ungültig, wenn es sein Wahn so will. Er ist in seiner Wahnwelt eingekerkert.

Dazu kommt die sogenannte *Ichbezogenheit* zufälliger und gewöhnliche Vorgänge. Das heißt, es werden gewöhnliche Vorkommnisse in der Umwelt, also gleichgültige Handlungen, harmlose Worte, Bemerkungen oder sonstige Beobachtungen fälschlich für besonders bedeutungsvoll gehalten und wahnhaft auf die eigene Person bezogen.

Kann man Wahnkranke überzeugen?

Wahnkranke kann man nicht überzeugen, im Gegenteil: Wer diese krankhafte Wahn-Realität in Frage stellt, anzweifelt oder gar lächerlich macht, scheidet für den Betroffenen als Diskussionspartner aus. Das ist sehr wichtig für den Umgang mit schizophrenen Erkrankten und anderen Wahnstörungen. Und es ist bedeutsam für das Verständnis mancher unfassbarer Handlungsweisen, Bemerkungen und vor allem Rückzugstendenzen. Was bringt auf Dauer der Kontakt mit Menschen, die offenbar in einer ganz anderen Welt leben, unter anderen Bedingungen als der Betroffene. Soll er sich damit ständig auseinandersetzen – oder besser zurückziehen, um sich unfruchtbare Diskussionen zu ersparen und seine Kräfte zu schonen.

Manchmal stehen Wahnwirklichkeit und objektive Realität auch einfach nebeneinander. Für die gesunde Umwelt ist das unfassbar, den Betroffenen stört es aber nicht, weil beide Welten gleichsam kontaktlos nebeneinander existieren und nicht miteinander in Beziehung treten. Das eine schließt das andere eben nicht aus, so unlogisch es auch sein mag.

Um es in einem schlichten Beispiel auszudrücken: Ein schizophrener Erkrankter mag sich als Bundespräsident, Millionär oder Adelige fühlen und trotzdem in der Arbeitstherapie der Klinik Schrauben sortieren, weil er mit diesem kleinen Gehalt zusätzlich Zigaretten kaufen kann.

Manchmal fließen Wahnwirklichkeit und Realität auch ineinander. Dann muss der Betreffende quälend um sein Realitätsbewusstsein ringen. Das führt einerseits zu Ratlosigkeit, Verwirrung und Angstzuständen, kann aber auch in seelisch-körperliche Erstarrung oder gar Erregungszustände mit Fremd- oder Selbstverletzungsgefahr münden (siehe später).

Der Wahn muss aber nicht das gesamte Leben in Beschlag nehmen. Manche Wahnkranke können mit ihrem übrigen Denken durchaus nach gesunden Maßstäben urteilen, was ihre Umgebung aber nur noch mehr in Verwirrung stürzt und manchmal erheblichen Unmut auslöst.

Wahnphänomene gibt es aber nicht nur bei schizophrenen, sondern auch bei sogenannten exogenen Psychosen, also Geisteskrankheiten durch äußere Auslöser und Ursachen. Vor allem aber kann man verschiedene *Formen des Wahnerlebens* unterscheiden, nämlich Wahnstimmung, Wahneinfall, Wahngedanken, Wahnwahrnehmungen, Wahnerinnerungen und schließlich ein ganzes Wahnsystem. Im Einzelnen:

- Die **Wahnstimmung** tritt häufig als erste auf. Es ist eine Art „Alarmstimmung“: „Es liegt was in der Luft“, „es ist etwas los“ - aber was?

Die Umgebung scheint so merkwürdig, so seltsam; irgend etwas geschieht, was den Betroffenen zwar „angeht“, aber er durchschaut es nicht. Alles ist so eigentümlich, so komisch, so unheimlich, so bedrohlich. „Was wird hier gespielt“? Die Wahnstimmung ist meist noch diffus, die Dinge bedeuten zwar schon „etwas“, aber Genaues weiß man nicht.

Die Folgen kann man sich ausmalen: Ratlosigkeit, angstvolle Erwartung, Argwohn, Misstrauen, Reizbarkeit, Verunsicherung, Irritierbarkeit, Schreckhaftigkeit, Bedrückung, vielleicht sogar Aggressivität. Da die Wahnstimmung meist zu Beginn auftritt, wo auch die anderen noch völlig ahnungslos sind, belastet sie die familiäre und berufliche Atmosphäre ganz besonders.

- **Wahnwahrnehmungen** sind reale Wahrnehmungen aus alltäglichen Vorkommnissen. So weit so gut. Sie erhalten aber für den Patienten eine andere Bedeutung, die nur für ihn real erscheint und von keinem gesunden Beobachter bestätigt werden kann. Oder kurz: Die Wirklichkeit stimmt, die Interpretation ist falsch.

So werden z.B. alltäglichen Erscheinungen wie einer Bemerkung, einem Gespräch, einer Geste, einer Handlung, einem Zeitungsartikel, einer Radio- oder Fernsehsendung usw. eine spezifische Bedeutung beigemessen, meist auf den Betroffenen bezogen.

Beispiele: rote und gelbe Autos warnen, man will ihn fertigmachen. Die Leute auf dem Markt stehen herum, als ob sie etwas im Schilde führen. Man steckt die Köpfe zusammen, tuschelt, redet offensichtlich hinter seinem Rücken. Dreht er sich um, fahren alle auseinander. Das Fernsehen berichtete kürzlich über ein peinliches Erlebnis, das ihm widerfahren ist; weiß der Himmel, wo die Journalisten das wieder her haben. Bei der Umdekoration im Laden gegenüber wird plötzlich klar: Das ist das Zeichen, jetzt ist es zu spät. Der Hausmeister fasst sich dauernd an den Kopf, wenn er den Patienten trifft. Das kann nur folgendes bedeuten ..., aber was lässt sich dagegen tun?

Manchmal sind die wahnhaften Interpretationen auch viel direkter: Ein Tintenfleck als „Schandfleck“, mit den Knöcheln auf die Tischplatte klopfen heißt, man sei ein Bekloppter“, eine Hupe signalisiert den Weltuntergang mit „Posaunenklang“ usw.

Die meisten Wahnwahrnehmungen sind belastend; nur selten resultiert daraus eine positive Wahnstimmung, eine Art Gehobenheit, Beseligung, ein Glücksgefühl usw.

- Ein **Wahneinfall** ist eine plötzlich auftauchende wahnhafte Überzeugung, ja Wahngewissheit, eine „Eingebung“ oder „Erleuchtung“, der man sich nicht entziehen kann, auch wenn man sie nicht zu begründen vermag. Das kann sowohl Verfolgung und Beeinträchtigung, als auch Berufung und Erhöhung, das können Verschwörung und Mordkomplott, aber auch Millionenerbschaft, heilende Kräfte oder Erlösertum sein.

Wahneinfälle beziehen sich entweder auf die eigene Person (Berufung, Abstammung), auf den eigenen Leib (hypochondrische Ängste) oder auf Benachteiligung bzw. Verfolgung durch fremde Mächte, Personen, undefinierbare Kräfte usw. Das hat natürlich entsprechende Konsequenzen für das Verhalten des Patienten.

Je mehr man über die Schizophrenien und ihre vielfältigen Beeinträchtigungen weiß, desto mehr wundert man sich, dass nicht so viel, sondern so erstaunlich wenig passiert, wenn man in Rechnung stellt, auf welcher mannigfachen Weise die Betroffenen verwirrt, beeinträchtigt, verängstigt, ja gequält werden.

- Bei den **Wahngedanken** ist das gesamte Erleben völlig vom Wahn absorbiert. Der Patient grübelt und sinniert nur noch dem Wahn nach und sucht ständig nach Erklärungen, Verknüpfungen, Schlussfolgerungen usw.
- Bei den **Wahnerinnerungen** wird ein Ereignis oder eine Situation in der Vergangenheit rückwirkend wahnhaft umgedeutet, gleichsam wahnhaft rückdatiert. Jetzt weiß man plötzlich, was dieses oder jenes bedeutet hat.
- Von einer **Wahnarbeit** spricht man dann, wenn der Wahn durch weitere Einfälle, durch Sinnestäuschungen, die das Ganze „bestätigen“, durch die erwähnten Wahnwahrnehmungen und sonstigen Begründungen, Beweise, Ableitungen und Verknüpfungen regelrecht ausgestaltet, am Schluss zu einem mehr oder weniger geschlossenen **Wahnsystem** ausgebaut wird.

Welches sind die wichtigsten Erscheinungsformen des Wahnes?

Die **Erscheinungsformen des Wahns** sind mannigfaltig. Eine Auswahl der wichtigsten Wahn-Phänomene im Kasten.

Erscheinungsformen des Wahnes

Beeinträchtigungswahn, Verfolgungswahn, Bestehlungswahn, Beziehungswahn, Untergangswahn, Fremdbeeinflussungswahn, Heilswahn, Weltverbesserungs- bzw. Welterneuerungswahn, Omnipotenzwahn (zu allem fähig sein), Abstammungswahn, hypochondrischer Wahn (mit krankhafter Selbstbeobachtung), nihilistischer Wahn (ein Nichts zu sein), Krankheitswahn, Verarmungswahn, Schuldwahn, Verdammungswahn, Größenwahn, Liebeswahn, Schwangerschafts- bzw. Mutterschaftswahn, Reichtumswahn, wahnhafte Erhöhung der eigenen Person, Begnadigungswahn, Unschuldswahn, Querulantenwahn, Eifersuchtwahn, Bedrohungswahn u.a.m.

Einige der wichtigsten Wahnformen sind beispielsweise

- der **Beziehungswahn**, eine wahnhafte Eigenbeziehung. Dabei bezieht der Kranke alles, von Personen bis zu Gegenstände auf sich selber und ist der festen Überzeugung, dass bestimmte Ereignisse nur seinetwegen geschehen oder für ihn eine spezielle Bedeutung haben: Ein Gespräch handelt von ihm, ein Blick, ein Lächeln, ein Stirnrunzeln, eine Geste gilt ihm usw.

Der Beziehungswahn kann isoliert vorkommen oder aber die Grundlage für andere Wahnhalte bilden, vor allem Verfolgungs- oder Liebeswahn (siehe später).

- Im **Beeinträchtigungswahn** ist alles, was um den Patienten herum geschieht, gegen ihn gerichtet:

Er wird gekränkt, beleidigt, verhöhnt, verspottet, bedroht, man trachtet nach seinem Leben, seiner Gesundheit, seinem Besitz, seiner Familie usw.

- Der **Verfolgungswahn** ist eine Steigerung des erwähnten Beeinträchtigungswahns:

Selbst harmlose Ereignisse werden als Bedrohung und Verfolgung erlebt und alle in der näheren und weiteren Umgebung werden zu Verfolgern und Hintermännern, die sich u.a. technischer Hilfsmittel wie Videokameras, Fernsehen, Laserstrahlen, Funkgeräte, Satelliten usw. bedienen.

- Beim **Größenwahn** kann man verschiedene Unterformen abgrenzen, deren Häufigkeitsverteilung nach Region, Epoche oder aktuellen Ereignissen variiert, und natürlich je nach Schicksal des Erkrankten:

Erfindervahn, politischer Wahn (führender Staatsmann, Mitglied eines Herrscherhauses), religiöser Wahn mit Heilsauftrag, überirdische Macht usw.

- Beim **Kleinheitswahn** oder **Nichtigkeitswahn** fühlt sich der Betreffende ohnmächtig, verloren, unbedeutend, bis hin zum nihilistischen Wahn (vom lateinischen: nihil, d.h. nichts). Zum Schluss meint der Kranke, er existiere gar nicht mehr, lebe nur noch zum Schein.

Weitere Wahnformen:

Natürlich sind das nicht alle Wahnformen. Und auch nicht alle Wahnformen sind an eine schizophrene Psychose gebunden. Beispiele:

- So kommt der **Liebeswahn** auch in anderen Zusammenhängen vor (z.B. Manie). Im Grunde ist es ein **erotischer Beziehungswahn** (siehe oben) mit der wahnhaften Überzeugung, verehrt oder geliebt zu werden. Dabei wird Gesten, Blicken oder durchaus neutralen Verhaltensweisen eine besondere Bedeutung beigemessen.

- Oder der **Eifersuchtswahn**, die wahnhaftige Überzeugung von seinem Partner betrogen und hintergangen zu werden, auch wenn keinerlei Beweise vorliegen, findet sich eher bei organischen Psychosen (Geisteskrankheiten durch körperliche Leiden), Alkohol- und anderen Vergiftungspsychosen (z.B. Kokain-Missbrauch), wahnhaften Störungen sonstiger Art sowie bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen.
- Im **Schuldwahn** glaubt der Betroffene gegen Gesetz und Moral zu verstoßen, das Vertrauen der Allgemeinheit, seines Arbeitgebers, Partners usw. missbraucht zu haben, nicht krank, sondern schlecht, minderwertig, verdammungswürdig zu sein. Und deshalb auch keine Behandlung, sondern Bestrafung zu verdienen. Den Schuldwahn findet man vor allem bei der endogenen Depression, die auch bei den folgenden Wahnformen dominiert.
- Beim **Verarmungswahn** fühlt sich Betreffende plötzlich ohne Arbeitsstelle, Besitz, Geld, ja Kleidung und Nahrung, d.h. ausgesetzt, mittellos, kurz vor dem Hungertod – und zwar ohne jeglichen Grund (bzw. mit vollem Bankkonto, das er aber nicht mehr anrührt). Auch seine Angehörigen kann er entsprechend bedroht sehen.
- Und im **hypochondrischen Wahn** fühlt er sich unheilbar krank, dem Siechtum oder nahen Tod ausgesetzt (z.B. durch Krebs, Multiple Sklerose, AIDS, oder mehr diffus, also „Hirnschwund“, „Schrumpfung innerer Organe“ usw.).

Schizophrene Ich-Störungen: unbekannt, unverstanden, qualvoll

Die meisten Menschen können mit einer schizophrenen Erkrankung fast nichts in Verbindung bringen, außer der gängigen, aber irreführenden Floskel vom „Spaltungs-Irresein“. Danach folgen Sinnestäuschungen, Wahn und – etwas verschämt – die befürchtete Gewalttätigkeit, die man aus seltenen, aber einprägsamen Einzelfällen kennt (und die manchen Formen der Medien bisweilen recht gelegen kommen). Aber das, was die weniger spektakulären, aber nicht minder beeinträchtigenden Symptome ausmacht, bleibt den meisten verborgen. Sie sind aber auch – das sei zugegeben –, mit dem „gesunden Menschenverstand“ kaum fassbar.

Dazu gehören vor allem die **Störungen des Ich-Erlebens**, auch als **schizophrene Ich-Störungen** bezeichnet. Doch wer sich ein wenig mit ihnen beschäftigt, kommt dem Wesen der schizophrenen Erkrankung schon näher

und versteht sowohl manche „Verrücktheiten“ vom Außenstandpunkt als auch die innerseelische Qual der Betroffenen etwas besser. Im Einzelnen:

Eines der für die Schizophrenien charakteristischsten Phänomene ist das Gefühl, im Denken, Handeln und Fühlen von Außenkräften beeinflusst und gesteuert zu werden. Das ist auch das Kennzeichnende dieser Ich-Störung. Die eigenen innerseelischen Abläufe werden als von außen und von anderen gemacht, gelenkt und beeinflusst erlebt. Alles, was sich in ihrem Inneren abspielt, gehört ihnen nicht mehr selber. Die Verbundenheit zu ihrem Ich ist verloren gegangen. Die jedermann zugestandene Schranke zwischen Ich und Umwelt ist durchlässig geworden. Man kann „hinein- und hinausspazieren“, man ist ein „öffentliches Freiwild“ geworden, gleichsam ein „gläserner Mensch im seelischen Bereich“.

Und nicht nur dies: Die Umgebung kann nicht nur alles sehen, hören, spüren, man kann den Betroffenen auch manipulieren: Der Patient ist zum Spielball, zur Marionette anderer geworden. Natürlich alles nur in seinem krankhaften Erleben, aber das reicht völlig aus, um dieses Leben in unglückliche Bahnen zu lenken oder gar zu zerstören.

In diesem Zusammenhang lassen sich auch weitere Symptome verstehen, die hier nur kurz angedeutet werden sollen:

- Bei der **Willensbeeinflussung** wird der Wille gelenkt, ein fremder Wille eingegeben, die eigenen Antriebe, Bewegungen und Handlungen, ja sogar die sprachlichen Äußerungen als von außen und von anderen gemacht erlebt. Und damit natürlich die eigene Verantwortung und Entscheidungsfähigkeit untergraben. Mitunter werden sogar die seelischen Gefühle als von außen manipuliert empfunden.
- Oder die Symptome **Gedankenentzug**, **Gedankenenteignung**, **Gedankenausbreitung** und **Gedankeneingebung**, von den Betroffenen auch als **Gedankenübertragung** bezeichnet. Diese Begriffe sprechen alle für sich: Man entzieht oder enteignet dem schizophren Erkrankten seine eigenen Gedanken. Oder sie breiten sich auf alle anderen aus, verstreuen sich gleichsam in alle Winde. Oder man zwingt ihm fremde Gedanken auf, überträgt die Gedanken von anderen auf ihn selber. Auf jeden Fall wird er „entmachtet“ und von fremden Gedanken, und damit von fremden Menschen oder Mächten unterjocht.

Was versteht man unter Ich?

Und hier soll erläuternd etwas nachgeholt werden, was im Grunde jedermann klar und deshalb auch kein großes Thema ist: Nichts fällt dem *Gesunden* leichter als zu sagen: „Ich bin ich, was soll die dumme Frage“. Denn kaum ein

Wort benutzen wir so häufig wie dieses **Ich**, selbst wenn man kein Egoist ist. Jeder ist sich seiner eigenen personellen Identität gewiss. Und doch ist kaum ein Begriff so schwer zu definieren wie dieses „Ich“. Es ist kein einheitlicher Begriff, keine konkrete Sache, sondern eine Konstruktion aus verschiedenen Theorien, die jede für sich ihren bestimmten Zweck oder ihre Funktion hat.

Für den alltäglichen Sprachgebrauch und für unser gesundes Empfinden und Selbstwertgefühl heißt dieses „ich bin“, dass ich lebendig, einheitlich und zusammenhängend in der Beschaffenheit bin, mich von anderen Wesen und Dingen abzugrenzen und zu unterscheiden vermag, dass ich eigenständig bin und mein Erkennen und Einordnen der Dinge um mich herum sowie mein Handeln selber bestimmen kann. Kurz: Dass ich ich selber sein darf - in jeder Lebenslage. Soweit dieser etwas philosophisch anmutende Vorspann. Warum? Weil er für den schizophren Erkrankten so nicht mehr gilt.

Für ihn ist das Ganze keine theoretische oder philosophische Frage, für ihn wird es zur Existenzfrage schlechthin. Unter einer Existenzfrage versteht man zumeist eine wirtschaftliche, vor allem finanzielle Gefährdung. Es kann sich aber auch um eine innerseelische Bedrohung handeln. Nur darum kümmert sich kein Mensch, obgleich dies eine noch viel existentiellere Gefahr ist. Wenn einer seine wirtschaftliche Grundlage verliert, ist jeder voller Mitleid. Wenn einer seine seelische Grundlage verliert, kann er mit keiner Hilfe rechnen, ja er wird als „Verrückter“ abgestempelt.

Welche Ich-Störungen den schizophren Erkrankten peinigen können, ohne dass seine Umwelt die geringste Ahnung hat, was sich hier abspielt, wird kurz im Kasten geschildert.

Formen der Ich-Störungen

- **Störungen der Ich-Vitalität:** „Lebe ich noch“? „Bin ich überhaupt noch“? „Ich spüre mich gar nicht mehr als lebendig“. „Ich habe Angst, dass das Leben von mir geht, dass ich untergehe, sterbe oder gar verwese“. „Ich bin schon tot, zu Staub zerfallen“ u.a.
- **Störungen der Ich-Aktivität:** in leichterer Form sind lediglich das Sprechen und die Bewegungsabläufe gehemmt, gebremst, zäh und stockend, alles ist erschwert und verzögert. Dadurch erscheint der Betroffene in Mimik und Gestik verlangsamt, ungraziös, betulich, maniert (geziert, gekünstelt), vielleicht sogar bizarr. Im Extremfall ist er seelisch, geistig und körperlich wie blockiert (Fachbegriff: Stupor) und spricht nicht mehr (Mutismus).

Aus Angst und Panik kommt es manchmal zur Überkompensation: stereotype Bewegungsmuster, Nachahmung der Bewegung anderer (Echopraxie).

Oder der Versuch, mit sonderbaren oder extremen Maßnahmen diese Blockierung zu durchbrechen: Grimassieren, Erregungszustand usw.

Auch Denken und Fühlen können betroffen sein: Merk- und Konzentrationsstörungen bis hin zur Zerstreutheit, schließlich sogar Gedankenabreißen bzw. -sperrung oder totale Denkverwirrtheit.

Das Sprechen wirkt abgehackt, sprunghaft, wechselnd in Lautstärke und Tempo.

Manchmal bis zur sinnlosen Silben- oder Wortwiederholung bzw. zum echoartigen Nachsprechen (Echolalie).

- **Störungen der Ich-Konsistenz** entsprechen am ehesten dem, was man in der Allgemeinheit unter „Spaltungs-Irresein“ versteht, d.h. der schizophran Erkrankte fühlt sich zerrissen, zersplittert, gespalten, zerfallen, zerstückelt, gesprengt, halbiert, durchlöchert, als zähflüssige Masse, in alle Winde zerstreut usw. Wenn das Ich aber völlig zerrissen ist, passen Gemüt, Gefühl, Stimmung, Gedanken und andere Erlebnisinhalte nicht mehr zusammen. Es drohen aufgrund eines solchen „Chaos“ die widersprüchlichsten Gemütsregungen und absurd erscheinenden Reaktionen.

- **Störungen der Ich-Demarkation:** „Ich kann mich nicht mehr abschirmen, abgrenzen (= demarkieren), weiß nicht, wo ich aufhöre, bin ungeschützt, kann nicht mehr das Außen vom Innen unterscheiden, alles dringt in mich ein, durch mich hindurch“. Oder: „Meine Gedanken verbreiten sich überall hin, können von anderen gelesen werden“, „alle wissen plötzlich von meinen intimsten Wünschen“.

D.h., die Ich-Grenzen (hier bin ich und dort bist Du) sind durchlöchert und der Betreffende ist seinem Umfeld schutzlos ausgeliefert (so wie ein Staat, dessen Grenzen plötzlich nicht mehr von den eigenen Sicherheitskräften geschützt werden können).

Aber nicht nur das. Der unkontrollierte Austausch ist wechselseitig, d.h. auch fremde Gedanken, Impulse, Stimmungen und sogar Handlungsanweisungen werden eingegeben (Fachbegriff: Fremdbeeinflussungswahn). Oder: „Was andere denken, überträgt sich auf mich.“ Wieder resultieren notgedrungen die sonderbarsten Reaktionen, die die ahnungslose Umgebung nicht deuten und daher befremden die, Angst und Schrecken verbreiten kann.

- **Störungen der Ich-Identität:** „Bin ich noch ich selber?“ Oder: „Ich bin nicht mehr ich selber, bin nicht ich, darf nicht sein, der ich bin.“ Oder noch konkreter: „Ich habe - oder habe ich eine andere Nase, andere Augen, einen

fremden Mund, andere Ohren, Haare?“ „Habe ich mich gewandelt, bin Mann und Frau zugleich, bin ich rechts ein anderer wie links?“

Diese Ich-Identitätsunsicherheit führt natürlich ebenfalls zu skurrilen Reaktionen, stereotypen Selbst-Versicherungen oder gar Beschwörungen. Oder es drängt sich der Wahn als scheinbare Lösung auf (die alte Identität ist verloren und muss durch eine neue ersetzt werden: z.B. Vaterschafts-, Mutterschafts-, Abstammunswahn usw.).

Ich-Störungen zu erklären ist schon schwierig; Ich-Störungen zu ertragen, ist ein Schicksal, das kaum zu beschreiben ist. Vor allem, man kann sich mit niemand austauschen. Wer will auch so etwas hören, kann es verstehen, schon gar nicht mildern. Und dann: Weiß man unter diesen Bedingungen überhaupt, wem man trauen kann?

Auf jeden Fall wird deutlich, dass aus den Ich-Störungen zahlreiche weitere Beeinträchtigungen entstehen können: Erstaunen, Erregung, Selbst- und Fremdaggressivität, Wahnzustände in jeglicher Form, Verwirrtheit, Absonderlichkeiten im Denken, Sprechen, Handeln, die widersprüchlichsten Gemütsreaktionen, kurz: Wie soll man in dieser verrückten Innen-Welt auch anders reagieren als wie ein „Verrückter“?

Schizophrene Gemütsstörungen

So nimmt es nicht Wunder, dass zwei Gemütsstörungen, die ohnehin in unserer Zeit geradezu bedrohlich zunehmen, auch den schizophren Erkrankten zusätzlich belasten, nämlich Depressionen und Angstzustände (man spricht von jeweils fast 10% Betroffene und mehr).

Depression und Schizophrenie

Schon im Vorfeld einer Schizophrenie sind die Betroffenen oft *depressiv*, d.h. herabgestimmt, bedrückt, freudlos, lustlos, niedergeschlagen, resigniert, trostlos, unglücklich oder gar quälend schwermütig. Und dazu kommen Interessenschwund, Energielosigkeit, rasche Ermüdbarkeit, ein undefinierbares Elendigkeitsgefühl, verminderte Aufmerksamkeit, innere Unruhe, Nervosität und Ausspannung u.a.m. Dazu sind viele bereits zu Beginn ihrer Erkrankung mutlos, verzagt, ratlos, schwernehmend, leicht irritierbar, pessimistisch, ja hilflos und voller Minderwertigkeits- und später vor allem Schamgefühle.

Das zerstörte Selbstwertgefühl wird zwar in den Lehrbüchern nur selten erwähnt, stellt aber in der Realität einen der wichtigsten Belastungsfaktoren dar. Die Angehörigen bezeichnen es sogar als eines der charakteristischen Merkmale der Schizophrenie bzw. ihrer Folgen.

Der Grund liegt vor allem in der quälenden Verunsicherung der Kranken, die sich nicht mehr auf die eigenen fünf Sinne verlassen können.

In dieser Not muss der Patient überzeugt werden, dass er noch ein vollwertiger Mensch und nur ein Teil von ihm erkrankt ist, die gesunden Anteile auf jeden Fall erhalten geblieben sind. Auch muss man den Betroffenen mit Achtung begegnen und ihnen das Grundrecht auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung und einen möglichst hohen Grad an Unabhängigkeit einräumen, auch wenn sie es einem dabei manchmal recht schwer machen.

Je ausgeprägter aber das psychotische Beschwerdebild einer Schizophrenie (z.B. Wahn, Sinnestäuschungen, Leibgefühlsstörungen usw.), desto eher überlagern solche Symptome die oben erwähnten depressiven Krankheitszeichen - wenigstens aus der Sichtweite der ahnungslosen Umwelt. Und bei einem chronischem Verlauf kann die gemütsmäßige Ansprechbarkeit so eingeebnet und damit abgeflacht sein, dass sich Angst und Depression kaum mehr bemerkbar machen. Sie sind allerdings nur verschüttet oder in den Hintergrund gedrängt, nicht verschwunden, quälen tun sie allemal.

Es gibt aber auch einen Zustand, bei dem sich schizophrene und depressive (oder ihr Gegenstück, also manische) Symptome gleichzeitig oder kurz hintereinander in annähernd gleicher Intensität bemerkbar machen. Das nennt man dann eine *schizoaffective Psychose*. Einzelheiten dazu siehe das spezielle Kapitel über schizoaffective Störungen.

Gemütsstörungen finden sich aber nicht nur als Vorboten einer beginnenden Schizophrenie, sondern auch als *Warnhinweise bei einem drohenden Rückfall*: Zuerst in Form von Angst vor etwas unbestimmbar Drohendem; dann steigern sich Merkfähigkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Schließlich folgen depressive Verstimmungen, innere Unruhe, Anspannung, Schlafstörungen, Schuldgefühle, Mangel an Selbstvertrauen. Zuletzt Rückzug und damit Isolationsgefahr. In dieser Phase pflegen sich dann auch die eindeutig psychotischen Symptome (siehe oben) verstärkt und für alle deutlich bemerkbar zu machen.

Angstzustände und Schizophrenie

Die *psychotische Angst* im Rahmen einer schizophrenen Erkrankung gehört zu den zermürbensten Angststörungen überhaupt. Das beginnt schon im Vorfeld, wenn noch niemand etwas ahnt. Dort finden sich oft unmotiviert

Angstzustände, nach außen ohne Grund, in Wirklichkeit ahnungsvoll wohlbegründet, wenn man in Laufe der späteren Krankheitsentwicklung zurückschaut. Noch häufiger aber ist nicht die scheinbar unbegründete Angst, sondern eine mehr oder weniger konkrete Furcht. D.h. konkret ist sie auch nicht, denn sie kreist um nichts Fassbares, sondern bezieht sich auf Unfassbares, Bedrohliches, ggf. Grauenhaftes, was sich da anzukündigen scheint. Nur ist der Betroffene genauso ratlos wie seine Umgebung, weshalb er sich der in der Regel auch niemand anvertraut, was soll er auch erklären, kann er es doch selber nicht deuten. Mitunter äußert sich diese Furcht auch schlichtweg darin, in absehbarer Zeit „durchzudrehen“, sich selbst nicht mehr unter Kontrolle zu haben, also verrückt zu werden.

Später sind es insbesondere die Stimmen, die Tast-, Geruchs- und Geschmacks-Halluzinationen, die Wahrnehmungsstörungen usw., die nicht nur schockieren, sondern auf Dauer auch erschöpfen, ja innerlich aushöhlen. Dazu die aufreibende Mischung aus Angst und Schwermut, Scham, Verlorenheit, innerer Leere und Verzweiflung. Sie peinigen vor allem im Zusammenhang mit Grauen, Vernichtungsgefühl, Weltuntergangsstimmung u.a.

Insbesondere die Wahnstimmung und die damit verbundene Ratlosigkeit, die alles so seltsam, rätselhaft, ungewohnt, fragwürdig und fremd macht, die jeder noch so harmlosen Situation eine nicht nachvollziehbare, eigentümliche und beunruhigende Bedeutung verleiht, machen Angst.

Angst und Furcht gehören für viele schizophran Erkrankte zur Belastung vom ersten Tag an, auch wenn sie nicht geäußert werden und später in einem durch pausenlose Verunsicherung und Qual abgestumpften Seelenleben unterzugehen scheinen.

Manische Zustände und Schizophrenie

Die Depression ist eine Herabgestimmtheit, die *Manie* eine krankhafte Hochstimmung: unbeschwert, übermütig, humorvoll, optimistisch, heiter, fröhlich, beschwingt, voller Wohlbehagen und strahlender Laune, ja witzig, schlagfertig, allerdings auch leicht reizbar bis aggressiv usw.

Eine rein manische Psychose, also krankhaft hochgestimmte Gemütsstörung, ist allerdings etwas anderes als eine manisch angetriebene Schizophrenie. Hier gilt vor allem eine praktisch verwertbare Unterscheidungsmöglichkeit, die besagt:

Reißt das Krankheitsbild gefühlsmäßig mit, wirkt also der Patient dynamisch, witzig, interessant und „sympathisch trotz allem“, handelt es sich eher um eine Manie. Wirkt er dagegen irgendwie befremdlich, absonderlich, vielleicht sogar unheimlich, muss man an eine manisch angetriebene Schizophrenie denken.
--

Oder kurz: Steckt die Heiterkeit an, sieht es mehr nach Manie aus. Ist das nicht der Fall oder gar das Gegenteil, liegt eher eine Schizophrenie vor, auch wenn die Überaktivität erst mal an eine Manie denken lässt.

Ist beides gleich ausgeprägt, handelt es sich um die bereits erwähnte *schizoaffektive Psychose*.

Natürlich ist der Alltag komplexer, als diese im Grunde nachvollziehbare Unterscheidungsmöglichkeit suggeriert. Auch braucht es dafür eine langjährige Erfahrung, die in der Regel wohl nur Fachleuten vorbehalten bleibt. Es ist aber nicht falsch, sich auch als Laie solche Hinweise zu merken, besonders wenn man sie nicht in Verkennung seiner Möglichkeiten und Grenzen selbstherrlich nutzt, sondern detailliert dem zuständigen Arzt mitteilt, der dies dann in seine Diagnose einpassen kann.

- **Weitere Gemütsstörungen bei der Schizophrenie**

Das Gemüts- oder Gefühlsleben ist aber noch viel breiter angelegt. Deshalb gilt es auch eine Reihe weiterer Gemütsstörungen zu beachten:

Die Gefühlsverarmung

Die *Gefühlsverarmung* traf man im Rahmen einer Schizophrenie früher häufiger und ausgeprägter an, nicht zuletzt bei chronisch Erkrankten. Damals sprach man sogar von „Gemütsverödung“, ja „affektiver Verblödung“. Gemeint war damit das Erkalten der zwischenmenschlichen Beziehungen, das Erlöschen von Sympathiegefühlen, von Mitleid, Freude, Nächstenliebe - und die daraus erwachsende gemütsmäßige Verflachung, Gefühlsleere oder Stumpfheit.

Das ist übrigens nicht nur ein Endstadium, es kann sich auch zu Beginn einer schizophrenen Erkrankung äußern, wenngleich in „verdünnter“ und damit schwer durchschaubarer Form. Das macht sich natürlich bei der bis dahin ahnungslosen Umgebung noch befremdlicher bemerkbar und kann die zwischenmenschliche Atmosphäre erheblich belasten. Deshalb ist es wichtig, hier rechtzeitig unterscheiden zu lernen. Was heißt das?

Gleichgültig, ob man den anderen mag oder nicht, sei er bekannt oder unbekannt, sei er sympathisch oder unsympathisch, ja, selbst wenn er einem gleichgültig ist, auf jeden Fall bewegt sich etwas zwischen seelisch gesunden Menschen. Man kann es nicht sehen, doch wenn man darauf achtet, spürt man es sehr wohl. Es gibt eine Art Fluidum, eine Kontaktsphäre, ein Gefühlsumfeld, es schwingt etwas zwischen den Menschen mit, gleichsam wie

unsichtbare „Gemütswellen“. Eigentlich registriert man es nur, wenn es irgendwo fehlt oder plötzlich „wie abgebrochen“ ist.

Um nun aber im obigen Bild zu bleiben: Bei einer schizophrenen Erkrankung kann die zwischenmenschliche Schwingungsfähigkeit erloschen scheinen. Die Angehörigen, Freunde, Mitarbeiter registrieren das auch zuerst irritiert, dann verwirrt und ratlos, können es aber offensichtlich auch nicht ändern. Die Patienten selber empfinden es angstvoll bis entsetzt, können sich aber nicht dagegen wehren, fühlen sich vielleicht schon wie „unter einer Glasglocke“ oder durch eine „unsichtbare Glaswand“ getrennt.

Die weitere Umgebung oder auch die Angehörigen ohne Interesse, engere Bindung oder einfach auch ohne gemütsmäßigen Zugang zu solchen Phänomenen sehen dies naturgegeben weniger differenziert. Trotzdem oder gerade deshalb sind auch sie meist ratlos, befremdet, schockiert oder vielleicht schon empört, gereizt oder aggressiv. Denn eines fällt allen auf: Ein - scheinbar - wachsendes und schließlich völliges Desinteresse des noch nicht als krank Erkannten an Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis, Beruf, Hobbys, an der eigenen Zukunft usw. Man spürt: Es ist etwas anders geworden, es fehlt etwas, eine Art gemütsmäßiges Defizit.

Nach und nach spricht man deshalb auch anklagend von „Unnahbarkeit“, „Kälte“, „Herzlosigkeit“, „Undankbarkeit“ usw., vielleicht sogar von plötzlich „anmaßendem Verhalten“, „Hochmut“, „Arroganz“ u.a. Es merkt eben keiner (und woher soll er es auch wissen), dass es sich hier nicht um das Fehlverhalten eines seelisch Gesunden handelt, sondern um eine beginnende psychischer Erkrankung mit innerseelischem Erkalten wenn nicht gar emotionalem Vereisen. Und vor allem vermag man sich nicht vorzustellen, dass der Betroffene gar nicht anders kann, dass er gleichsam gefesselt wurde, nicht einmal mehr zu einem Fingerzeig, zu einem Zeichen, geschweige denn einer Erklärung fähig ist, dass man ihm als „stummen, zum Schweigen verurteilten Gefangenen sein natürliches Menschsein genommen hat“.

Oder kurz: Der Betroffene will nicht so sein, er kann nicht anders.

Die Folgen sind verheerend, weil sich schließlich alle resigniert damit abfinden oder erbost abwenden bzw. verbittert zurückziehen. Was bleibt, ist ein Kranker, der von seiner Umgebung isoliert wird - und dass in einer Zeit, in der er mehr Zuwendung bräuchte als je zuvor.

Die Gefühlsverkehrung

Die *Gefühlsverkehrung* (Fachausdruck: Parathymie) ist eine „unpassende“ Gefühlsreaktion. Statt der normalen, zumindest aber erwarteten Gefühlsregung, kommt es zu einer (scheinbar) unangebrachten, unzweckmäßigen,

auf jeden Fall inadäquat wirkenden und unerwarteten, wenn nicht gar entgegengesetzten Reaktion. Oder kurz: Die Gefühlslage kann eigentlich nicht dem entsprechen, was der Patient ausdrückt bzw. krankhaft gezwungen ausdrücken muss. Was heißt das?

So lacht der schizophrene Erkrankte beispielsweise bei traurigen Anlässen oder weint bei lustigen. Oder er amüsiert sich scheinbar köstlich über die grausigsten Ideen oder Quälereien, die ihm seine Psychose aufbürdet. Kleinigkeiten können maßlos aufregen, schwere aggressive Attacken können völlig unberührt begangen werden, ohne nachher die geringste Regung zu zeigen.

Die „Gefühlsskala“ des schizophrenen Erkrankten lässt sich also nicht mehr richtig einschätzen, voraussehen, ja nicht einmal erraten. Die beim Gesunden mögliche Schlussfolgerung vom eigenen Innenleben auf das des anderen versagt bei diesen Patienten.

Das ist es auch, was einige so schwer kalkulierbar, letztlich unheimlich macht und weshalb sie schließlich von der irritierten Umgebung ausgegrenzt werden. Wenn man nicht mehr abzuschätzen vermag, mit was man im zwischenmenschlichen Alltag zu rechnen hat, ja, wenn man mit ständigen Überraschungen konfrontiert werden kann, dann meidet man schließlich diesen Kontakt. Allerdings – und das sei nachdrücklich betont – muss das nicht jeden schizophrenen Erkrankten treffen, insbesondere auch nicht das ganze Leben (von chronisch Kranken einmal abgesehen), sondern an die entsprechenden Krankheitsepisoden gebunden.

Doch es lässt sich auch nicht weg diskutieren: Die Gefühlsverkehrung trägt nicht unwesentlich zur Isolation des schizophrenen Erkrankten bei.

Autismus und Schizophrenie

Der *Autismus* ist eine krankhafte Selbstbezogenheit, ein Rückzug aus dem Leben der Gemeinschaft, eine Abkehr von der Umwelt, eine Lösung aller zwischenmenschlicher Bindungen. Am Ende droht auch hier die Vereinsamung.

Autisten gelten als schweigsam und still, wie unter einer Glasglocke. Die Außenwelt verliert ihren Aufforderungscharakter. Die Betroffenen leben in einer eigenen Gedanken- und Vorstellungswelt. Sie sind in ihrer scheinbar gefühlmäßigen Leere völlig unbeeinflussbar. Das „Innenleben“ überwiegt bzw. unterdrückt alle sonst üblichen Außenkontakte. Deshalb drohen vor allem Kontaktstörungen, treffender als Beziehungsstörungen zur Umwelt bezeichnet. Das Extrem ist die absolute autistische Abkapselung.

Der Autismus ist kein einheitliches Krankheitsbild, sondern kommt bei verschiedenen Störungen vor, in milder Form sogar als Charaktervariante bei sonst weitgehend unauffälligen Mitmenschen. Ansonsten findet er sich insbesondere bei bestimmten neurotischen Entwicklungen und Persönlichkeitsstörungen sowie bei der schizophrenen Psychose.

Schizophrenie und geistige Leistungsfähigkeit

Wahrscheinlich nehmen die meisten Menschen an, dass die „Schizophrenie nicht gerade dumm macht“, aber sie können sich auch nicht vorstellen, dass ein schizophren Erkrankter völlig ohne geistiges Defizit davonkommt. Da vermitteln jene Patienten, die der eine oder andere kennt oder zumindest als schizophren erkannt zu haben glaubt, einen geistig doch zu behinderten Eindruck.

Doch *Störungen der Intelligenz* im Sinne einer Geistesschwäche haben ursächlich nichts mit einer Schizophrenie zu tun.

Allerdings gibt es sogenannte **schizophrene Defektzustände**. Das sind schwer abgebaut wirkende Patienten im Rahmen einer chronischen schizophrenen Psychose (die einem dann auch am ehesten in den Parks und Langzeit-Stationen der psychiatrischen Kliniken begegnen). Aber nicht einmal dort ist die Intelligenz nachhaltig beeinträchtigt, sondern die Persönlichkeit verändert, vor allem was das Gemüts-, Antriebs- und Kontaktverhalten angeht. Und das geht im raschen Urteil des Laien gleich auf Kosten der Intelligenz. In Wirklichkeit ist die Intelligenz nur „verschüttet“, nicht erloschen.

Andererseits sei nicht verschwiegen, dass es bei manchen (Langzeit-)Patienten zu sogenannten *kognitiven Einbußen* (vom lat.: cognoscere = erkennen) kommen kann, besonders wenn noch eine schwermütige Komponente hinzukommt, auch wenn sie aufgrund der dominierenden schizophrenen Symptome eher zurückgedrängt wird. Dasselbe ist gelegentlich auch im akuten Zustand oder während überschaubarer schizophrener Episoden festzustellen. Dabei handelt es sich meist um Merk- und Konzentrationsstörungen, vor allem um ein verlangsamtes, umständliches, gebundenes, mühsames, einfallsarmes Denken, das fast zwanghaft um nur wenige Themen kreist, von denen sich der Betroffene nur schwer lösen kann.

Es ist also nicht nur eine Ideenarmut, sondern auch ein zähflüssiges gedankliches Haftenbleiben. Manche Patienten klagen auch über extreme Vergesslichkeit bis hin zu erschreckender „Leere im Kopf“, was besonders für geistig Interessierte peinigend, demütigend und damit sogar suizidgefährlich werden

kann. Auch die Aufmerksamkeitsspanne wird immer kürzer und die Entscheidungsfähigkeit lässt nach.

Viele Patienten werden auch unschlüssig, wankelmütig, zwiespältig, sind hin- und hergerissen, entschlussunfähig, wollen zwanghaft alles bis zum Ende durchdenken, wirken dann verunsichert, ängstlich (oder auf Vorhaltungen gereizt), übertrieben absichernd (und damit für andere nur abwiegelnd), ja, sie verstricken sich in fruchtlose Diskussionsansätze, die nur ihre Entscheidungsunfähigkeit verdecken sollen.

Dazu kommt bei manchen noch eine unselige Grübelneigung mit immer gleichen Denkinhalten bei erschwertem Gedankenwechsel. Manchmal irritieren die Patienten aber auch durch ungewöhnliche Sprunghaftigkeit, können zumindest nicht am Problem bleiben, nichts zu Ende denken.

Verstärkt wird das Ganze durch eine rasche körperliche und seelisch-geistige Erschöpfbarkeit mit entsprechenden Einbußen an Spannkraft, Energie, Ausdauer und Geduld. Dazu kommt ein generell beeinträchtigtes Allgemeinbefinden, was schon für sich allein den besagten Leistungseinbruch erklären könnte (wie jeder von sich selber kennt, wenn er z.B. eine schwere Grippe durchmachen musste).

Das alles aber hat mit einer *Demenz*, also einer erworbenen Geistesschwäche im eigentlichen Sinne nichts zu tun. Diese Störungen können sich sogar – wie bei der Depression auch, die übrigens viele Parallelen im geistigen Bereich des Beschwerdebildes erkennen lassen –, nach Auslaufen der schizophrenen Krankheitsepisode wieder zurückbilden. Schwieriger wird es bei den erwähnten chronischen Patienten. Aber auch dort handelt es sich um eine Kombination verschiedener Einbußen mit scheinbarer Geistesschwäche. Eine richtige, fortschreitende Demenz wie beispielsweise bei der Alzheimer'schen Erkrankung ist es nicht.

Manchmal wird auch ein Bild zur besseren Erläuterung herangezogen, das zwar nicht genau zutrifft, wie die meisten Metaphern. Es ist aber recht einprägsam. Bei einer Demenz, der erworbenen Geistesschwäche im (meist) höheren Lebensalter, ist es wie mit einer Stadt, von der immer mehr Bürger fortziehen, so dass man vom Kirchturm aus fast keine Menschen mehr auf den Straßen sieht, weil auch die Häuser immer leerer werden. Bei einer Schizophrenie, vor allem aber bei einer Depression, sieht man innerhalb kurzer Zeit auch niemand mehr auf Plätzen, Straßen und Gassen. Auch diese Stadt scheint ausgestorben (oder am Aussterben). Doch die Menschen sind noch da, sie halten sich – unsichtbar vom Beobachtungsturm aus – in ihren Häusern auf. Eine depressive oder schizophrene Episode wirkt wie eine Ausgangssperre. Ist sie aufgehoben, strömt wieder alles hinaus, vielleicht feiert man sogar auf den Straßen die wiedergefundene Freiheit (vergleichbar einer leichten manischen Nachschwankung nach Auslaufen der Depression).

- **Störungen des Denkens**

Dieses tröstliche Bild von der belebten oder durch Ausgangssperre vorübergehend entvölkerten Stadt gilt vor allem für endogene Depressionen. Bei den Schizophrenien will es nicht so recht überzeugen. Das ist nachvollziehbar, denn hier beeinträchtigen noch andere Symptome, vor allem **Denkstörungen** besonderer Art.

Störungen des Denkens oder einfacher Denkstörungen wurden früher noch unterteilt, und zwar in inhaltliche und formale Denkstörungen. **Inhaltliche Denkstörungen** sind - wie der Name schon sagt - Störungen des Inhalts, also *was* krankhaft gedacht wird. Dazu zählt vor allem der Wahn, über den schon gesprochen wurde.

Anders **formale Denkstörungen**. Das sind Störungen der Form, also *wie* etwas krankhaft gedacht wird. Sie lassen sich besonders aufgrund des Sprachverhaltens erkennen und beschreiben. Und sie gehören zu jenen Symptomen, die einen intellektuellen Abbau bis hin zur „geistigen Versandung“ vortäuschen können, obgleich manche von ihnen auch bei anderen Krankheiten auftreten, zumindest in leichterer Form (z.B. Depressionen, manische Zustände, im Alkoholrausch, bei Vergiftungen durch Medikamente und Rauschdrogen, ja sogar unter Coffein in höherer Dosierung oder einfach in extrem aufregenden Situationen).

Um was handelt es sich?

- **Formale Denkstörungen**

Zu den formalen Denkstörungen gehörten beispielsweise

- das **Gedankenabreißen**, auch Gedankenabbrechen, Gedankensperre, Denksperre oder Denkblockierung genannt. Das ist – wie die Begriffe deutlich ausdrücken – ein plötzlicher Abbruch des Gedankengangs, und zwar trotz klaren Bewusstseins. Meist bricht dann auch das Sprechen ab, woran man es zuerst erkennt.

Der Betroffene stockt mitten im Gespräch und schweigt. Nach dieser unfreiwilligen „Denklücke“ kann er die alten, aber auch neue Themen oder Gedanken wieder aufnehmen und weiterführen. Die Patienten selber empfinden das vor allem als „Gedankenabbrechen“. In der Regel bleibt es im vertretbaren Rahmen, weshalb man es meist als „Fadenverlieren“ interpretiert. Manchmal kann eine solche Gedankenblockierung aber sehr peinlich sein oder gar zu einem Zustand führen, der wie eine Absence aussieht, d.h. der Patient wirkt kurzfristig wie weggetreten.

– Ein **Gedankenentzug**, auch als Gedankenenteignung bezeichnet, liegt dann vor, wenn dieses Gedankenabreißen als von außen gemacht erlebt wird, ein ja schon mehrfach erwähntes klassisches Merkmal der Schizophrenie.

– Das Gegenteil davon wäre die **Gedankeneingebung**. Das ist ein recht kompliziertes, aber auch sehr charakteristisches, vor allem aber ausgesprochen irritierendes Phänomen. Werden die Gedanken beim Gedankenentzug entzogen, förmlich enteignet, so werden sie bei der Gedankeneingebung von anderen gemacht, eingegeben, ja aufgedrängt.

Hier drohen dann noch weitere schockierende Beeinträchtigungen: Bei der **Gedankenlenkung** werden die Gedanken von anderen gelenkt oder gesteuert. Bei der **Gedankenausbreitung**, auch als **Gedankenecho** oder **Gedankenhören** bezeichnet, hört der Patient laute Stimmen, die er als seine eigenen Gedanken erkennt, ja, er kann der wahnhaften Überzeugung sein, dass sie von anderen mitgehört werden. Das ist eine ausgesprochen unangenehme bis peinliche Situation, wenn einem seine eigenen Gedanken nicht mehr alleine gehören, weil andere sie in irgendeiner Form mitbekommen, erkennen, hören oder lesen können.

– Die **Denkzerfahrenheit** oder das zerfahrene Denken ist der Verlust des logischen Zusammenhangs von Denkinhalten. Jetzt stehen die Gedanken beziehungslos nebeneinander. Oder sie erscheinen zerrissen, zusammengewürfelt, als Gedankenbruchstücke.

So etwas nennt man auch ein *dissoziiertes Denken*. In leichter Ausprägung kommt es dadurch gelegentlich zu sprunghaftem Denken, in schweren Fällen zu regelrechter Denkzerfahrenheit, bis alles keinen Sinn mehr ergibt. Die sprachlichen Äußerungen solch einer Denkzerfahrenheit bezeichnete man früher treffend als „Wortsalat“, bis hin zum vollständigen Sprachzerfall.

– **Weitere Störungen im Bereich des Denkens**

Die meisten dieser Symptome aber pflegen nur (noch) selten aufzufallen, und damit diagnostiziert zu werden. Könnte man sie deshalb nicht einfach übergehen? Keinesfalls, denn „selten auffallen“ heißt nicht immer selten sein, häufiger nur „nicht darauf aufmerksam werden“; beeinträchtigen oder gar peinigen können solche Symptome trotzdem. Wenn man aber nur auf die einprägsamen oder schockierenden Krankheitszeichen achtet wie Sinnestäuschungen, wahnhafte Reaktionen usw., dann fallen alle jene Patienten durch das Raster, die nicht dieses eindrückliche Beschwerdebild zeigen (ganz abgesehen davon, dass man am Schluss nur noch glaubt, Schizophrenie sei lediglich Wahn oder Sinnestäuschungen, was nicht nur

falsch, sondern für das Image der Betroffenen („Spinner“) auch verhängnisvoll ist).

Kurz: Es ist wichtig, so viel wie möglich über ein Krankheitsbild und seine Symptome zu wissen, und seien sie noch so selten. Das ist keine wissenschaftliche Verstiegenheit, das ist der Alltag seelischen Krankseins, auch wenn er den meisten nicht geläufig ist und von vielen aus purem Unbehagen einfach verdrängt wird.

Zum anderen aber lässt tatsächlich ein Phänomen erstaunen, dass in der letzten Zeit immer deutlicher wird: der *Gestaltwandel in der Psychiatrie*. Das betrifft zwar nicht nur die Schizophrenien, sondern die meisten seelischen Störungen, wird aber an der schizophrenen Psychose besonders deutlich. Das heißt, dass sich das Beschwerdebild im Laufe der Jahrzehnte ändert. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Mischung aus zeit- und gesellschaftsbedingten, möglicherweise auch biologischen Faktoren, die sich ja alle irgendwie wechselseitig beeinflussen.

Was auf jeden Fall eine Rolle spielt, ist der segensreiche Einfluss der anti-psychotischen Medikamente, der Neuroleptika. Sie reduzieren - rechtzeitig eingesetzt, ausreichend hoch und lange genug dosiert - die Palette schizophrener Störungen ganz erheblich. Für die Psychopathologie, die Lehre vom Beschwerdebild seelischer Störungen, geht zwar damit ihre Vielfalt verloren, für die Betroffenen aber ist es ein unschätzbare Gewinn, denn sie müssen weniger und kürzer leiden (Einzelheiten siehe das spezielle Kapitel über Neuroleptika).

In diesem Zusammenhang sei deshalb noch einige Reihe **weiterer Symptome** erwähnt, die früher häufiger gesehen wurden, aber auch heute noch gelegentlich erkennbar sind, wenn man darauf achtet:

– Bei der **Begriffsverschiebung** und dem **Begriffserfall** verlieren die Begriffe ihre scharfe Abgrenzung und ihren festen Bedeutungsgehalt. Sie werden – wie im Traum – völlig unklar, diffus, nebelhaft, verworren. Oft können unterschiedliche Sachverhalte miteinander verschmelzen. Daraus ergeben sich dann eigenartige Widersprüche. Auf jeden Fall wirkt das Ganze verschwommen. Der Kranke antwortet unsinnig, nicht nachvollziehbar, bis hin zum sogenannten **Danebenreden** oder **Vorbeireden**.

– Oder es kommt zum **Symboldenken**, einer Art **Privatsymbolik**. Dabei werden die Worte nicht mehr im geläufigen Sinne, sondern in einer privaten, nur für den Betreffenden nachvollziehbaren Deutung eingesetzt. Das kann sich dann in einem sogenannten „**Scheintiefsinn**“ äußern, den manche Schizophrene entwickeln. Im Alltag fällt das eher auf. In einer „gehobenen Diskussion“ könnte das aber zumindest eine Zeitlang zum Nachdenken verleiten, bis

schließlich Irritation, Verwunderung und Skepsis die Oberhand gewinnen, am Schluss vielleicht sogar die richtige Diagnose.

– Natürlich kann sich eine verschrobene Ausdrucksweise nicht nur in komischen Wortneubildungen und eigenwilliger Schrift (siehe später) äußern, sondern auch in ungewohnten, gesuchten, gelegentlich **abstrakten Redewendungen** mit einem unnatürlichen, verstiegenen, gezierten und **geschraubten Redestil**. Dazu kommen ggf. komplizierte, gespreizte oder **hochtrabende Formulierungen** bei selbst einfachen Sachverhalten. Eine solche „Stelzensprache“ gibt es heute bestenfalls noch andeutungsweise, aber es gibt sie noch.

– Das Gleiche gilt für **Wortneubildungen**, sogenannte **Neologismen**. Sie sind teils sinnlos, teils der Versuch, das unfassbar Neue des krankhaften Erlebens wenigstens durch entsprechende, wenngleich ungewohnte Wendungen auszudrücken. Das Ganze geht bis zur unverständlichen Geheim- oder Privatsprache, die natürlich in die Isolation treibt.

Solche Extremzustände nennt man deshalb **Glossolie**, also „Zungenreden“, was schon im Alten Testament geschildert wird. Etwas häufiger hört man auch heute noch die sogenannten **Verbigerationen**, also sprachliche Stereotypen mit einförmigen Wiederholungen und meist sinnlos aneinandergereihten Worten und Sätzen.

– Und auch der **Schreibstil** kann gelegentlich zu schwülstigen, ja „bombastischen“ Sinnbildern und tönenden Phrasen ausufern. Selbst die Anordnung der Schriftstücke bietet gelegentlich Ungewohntes in Form sonderbar geformter oder stilisierter Buchstaben und entsprechender Eigenwilligkeiten in der Rechtschreibung. Angereichert wird er vielleicht noch durch symbolhafte Zeichen im Rahmen einer sogenannten **Bilderschrift** oder durch eine ungewöhnliche Anordnung des Textes, z.B. in Spiralforn, durch versetzte Schriftblöcke usw. Das Gleiche gilt für seltsame, bizarre, skurrile **Verschnörkelungen**.

Heute, wo man ständig auf der Suche nach Neuem ist, um sich irgendwie abzuheben oder aufzufallen, muss das nicht mehr ausschließlich krankhaft sein, früher konnte man sich da schon eher seine zutreffenden Gedanken machen.

– Wie sich das alles ändern kann, zeigt auch die „**Malerei der Geisteskranken**“. Das betrifft auch andere Formen der bildenden Kunst. Früher wurde diese, oft mit Symbolen überfrachteten und bizarren Bilder nur unter dem Blickwinkel des Krankhaften gesehen. Das war nicht falsch, aber auch nur die halbe Wahrheit. Schließlich legt auch ein gesunder Künstler in sein Bild allerlei Eigenes, was vielleicht nur ihn beschäftigt. Glücklicherweise gab es seit jeher Fachleute, die ein Gespür für beides hatten, nämlich künstlerische Leistung und Symbolik des Krankhaften. In Einzelfällen wurden und werden diese

Bilder auch gesammelt, ja es gab sogar erfolgreiche Künstlerkreise in bestimmten Kliniken und inzwischen eine Moderichtung, die das natürlich auch vermarktet.

Störungen von Antrieb und Psychomotorik

Der **Antrieb** ist die Grundaktivität eines Menschen. Störungen des Antriebs sind oft mit Störungen des Gefühlslebens verbunden. Deshalb nennt man es auch Psychomotorik. Dabei unterteilt man vor allem in zwei Extreme, die Antriebsminderung oder gar -blockierung und die Antriebssteigerung. Wie äußert sich das?

- **Die Antriebsminderung und ihre Extremfolgen als Minus- oder Negativ-Symptomatik**

Antriebsminderung, auch *Antriebsarmut*, *Antriebsmangel* oder *Antriebshemmung* genannt, heißt soviel wie inaktiv, lahm, schwunglos, teilnahmslos, initiativlos, energielos usw. Und in geistig-seelischer Hinsicht einsilbig, einfallsarm, unaufmerksam, nur mühsam anregbar, dazu verlangsamt usw. Das ergibt – gleichsam auf höherer Ebene – den Eindruck auf Willensschwäche bzw. Willenlosigkeit.

Dazu kommt ein für Gesunde unverständliches Desinteresse an persönlichen Fragen, an der eigenen Zukunft, also keinerlei Aktivität mehr bezüglich der eigenen Probleme, keine Ausdauer, alles wie „ausgebremst“, von einem verschwommenen Denken blockiert.

Eine solche Antriebsstörung findet sich natürlich nicht nur bei der Schizophrenie, sondern auch bei sogenannten psychomotorisch gehemmten Depressionen, bei bestimmten neurotischen und Persönlichkeitsstörungen und bei manchen Hirnerkrankungen.

Zu einem ernsten Problem wird eine solche Antriebshemmung dann, wenn sie gleichsam das ganze Leben „einfärbt“. Dann nennt man so etwas eine **Minus- oder Negativ-Symptomatik**. In der Fachsprache wird sie charakterisiert durch die Begriffe Affektverflachung, Antriebs- und Bewegungsarmut, Apathie, mangelnde Motivation und sozialen Rückzug.

Doch die Wirklichkeit hält eine viel breitere Palette hinderlicher, peinlicher, lästiger bis massiv beeinträchtigender oder gar katastrophaler Einbußen auf allen Ebenen bereit. Beispiele: genussunfähig, lustlos, freudlos, schwunglos, gleichgültig bis hin zur „Wurstigkeit“, die die gesamte Umgebung zuerst maß-

los aufregt und zuletzt in die Resignation treibt. Dazu kommt ein Mangel an mitmenschlicher Aktivität und vor allem Anteilnahme, ja, eine Gefühlsverarmung oder gar Gefühlsverflachung.

Zermürend ist auch eine vermehrte Erschöpfbarkeit bis hin zur Kraftlosigkeit und einem damit verbundenen großen Schlafbedürfnis, das aber nur selten erquickt oder aktiviert. Überhaupt ist alles überschattet von einer entmutigenden Minderung an Spannkraft, Energie und Ausdauer, einem fortdauernden Nachlassen von Antrieb, Elan und Initiative. Dafür greifen Unschlüssigkeit und mangelnde seelische und körperliche Belastungsfähigkeit bei schon alltäglichen Stressfaktoren in den praktisch gesamten Alltag negativ ein.

Eine solche **Minus- oder Negativ-Symptomatik**, also gleichsam die unselige Mischung aus Antriebsminderung und erkalteter gemütsmäßiger Schwingungsfähigkeit irritiert vor allem die Angehörigen und nach und nach das gesamte übrige Umfeld.

Durch eine solche „unfassbare, auf jeden Fall unverständliche Lebenseinstellung“ fühlt sich nach und nach jeder verunsichert, vernachlässigt, missachtet, unverstanden, ungeliebt, emotional abgeschnitten, auf Distanz gehalten oder gar aus dem Leben des Betreffenden hinausgedrängt, vertrieben und vergessen. Die Folgen kann man sich ausmalen.

Leiden tun darunter alle, aber der eigentliche Verlierer ist der Patient selber - und der kann nichts dagegen tun. Dabei zeigt sich bisweilen eine sonderbare Diskrepanz: Zum einen die erwähnte Gleichgültigkeit, zum anderen eine erhöhte Beeindruckbarkeit, ja Verwundbarkeit durch „fremdes Leid“, mitunter sogar durch banale Ereignisse. Alles was passiert, geht ihm ungewöhnlich nah, ob es ihn betrifft oder nicht. Dabei wirkt er nach außen ja ggf. wie ein „Eisblock“ oder zumindest gleichgültig, lahm und teilnahmslos.

Neben diesen feineren Einbußen treten vermehrt auch äußerliche Defizite auf, die schließlich jedem auffallen: seine verlangsamte Sprache, ein verarmtes Bewegungsmuster, der Mangel an Körperpflege und sonstigen hygienischen Mindestanforderungen, zuletzt Rückzugsneigung, Isolation, psychosoziale und innerseelische Abkapselung.

Diese Minus-Symptomatik ist für die Angehörigen und überhaupt alle Beteiligten noch schwerer zu ertragen, als wenn Sinnestäuschungen oder groteske Wahnzustände schockieren. Die kann man nämlich rasch als krankhaft und damit entschuldbar einstufen. Auch sind sie meist zeitlich begrenzt. Die wurstige „Indolenz der Minus- oder Negativ-Symptomatik“ aber täuscht bewusste Gleichgültigkeit, Faulheit, Arroganz, ja Boshaftigkeit und versteckte Aggressi-

vität vor, also ein selbstverschuldetes Fehlverhalten – obwohl das gar nicht stimmt.

So zerstört die Minus- oder Negativ-Symptomatik das Verhältnis des Patienten zu seinem Umfeld noch ausgeprägter und nachhaltiger als alle jene Symptome, die zwar als „Verrücktheiten“ gelten, als solche aber auf eine gewisse Nachsicht zählen können.

Eine ausführliche Darstellung der Minus- oder Negativ-Symptomatik findet sich wegen ihrer wachsenden Bedeutung in einem eigenen Kapitel: Minus- oder Negativ-Symptomatik.

- **Antriebssteigerung**

Die *Antriebssteigerung* ist dann das Gegenteil: verstärkte Aktivität und Initiative, lebhafter als sonst, beweglicher, regsamer, rasches Sprechen, mit Schwung und Dynamik sowie Einfallsreichtum, überbordender Unternehmungslust, vermehrter Ansprechbarkeit generell und erhöhter Entscheidungsfreude.

Das findet man am eindrucksvollsten im manischen Zustand. Dort wird dann aber auch bald die andere Seite deutlich: unruhig, gespannt, fahrig, leicht erregbar, ggf. reizbar und damit Neigung zu aggressiven Durchbrüchen, wenn nicht gar Erregungszustände im Sinne der früheren „Tobsucht“. Da dies ein Kapitel ist, das die Umgebung eines solchen Kranken besonders in Unruhe und Angst versetzt, soll später darüber ausführlicher berichtet werden (gibt es den tobenden Geisteskranken?).

- **Weitere Antriebsstörungen**

Neben den erwähnten Antriebsstörungen gibt es noch weitere Phänomene ähnlicher Art, die zumindest teilweise kaum nachvollziehbar sind. Im Einzelnen:

– Der **Mutismus** ist ein Verstummen trotz intakter Sprachorgane. Der Betroffene spricht nichts oder fast nichts mehr, meist verbunden mit einem **Stupor**, also einer geistig-seelisch-körperlichen Erstarrung (siehe später). Der Mutismus ist allerdings kein spezifisch schizophrenes Symptom. Ihn gibt es auch bei Depressionen oder gar psychogen, d.h. rein seelisch, z.B. nach einem psychischen „Schock“.

– Unter einer **Katalepsie** versteht man ein sogenanntes Haltungsverharren. Dabei werden aktiv oder zufällig eingenommene, und zwar noch so unbe-

queme oder unnatürliche Stellungen eines Gliedes oder des ganzen Körpers über längere Zeit beibehalten, als ob der Kranke darin erstarrt wäre.

– In diesen Zusammenhang gehört auch die sogenannte **Flexibilitas cerea**, eine Art wächserne Biegsamkeit, wie schon der Name ausdrückt. Heute können das alle Gliederpuppen, früher war das nur beim Modellieren einer Wachs- oder bei einer Drahtpuppe möglich. Dieses krankhafte Bewegungsmuster mutet wie eine andauernde Muskelverspannung bei passiver Änderung der Körperhaltung oder der Gliedmaßen an.

– Der **Negativismus** ist ein krankhafter Zustand der Verneinung, des Widerstrebens oder der Sperrung gegen äußere Einwirkungen. Hier wird nur noch unwillig oder überhaupt nicht mehr getan, was man sollte oder müsste. Der Widerstand richtet sich vor allem gegen entsprechende Anregungen von außen, aber auch gegen die eigenen Bedürfnisse. Oder noch irritierender: Es geschieht nur noch das Gegenteil des Notwendigen, Sinnvollen oder Erwünschten.

So werden die Augen zugekniffen oder die Zähne zusammengepreßt, wenn der Arzt die Pupillenweite prüfen oder in den Rachen schauen will. Dabei kann man auch den „passiven“ vom „aktiven Negativismus“ abgrenzen: Das eine ist ein Verweigern und das andere das „bewusste“ Gegenteil des Verlangten.

– **Automatismen** sind das automatische Ausführen von Bewegungen oder Handlungen, die der Patient aber nicht von sich selbst gewollt empfindet. Dabei unterscheidet man die Befehlsautomatie sowie Echo-Erscheinungen.

- Bei der **Befehlsautomatie** handelt es sich um eine übermäßige Nachgiebigkeit gegen Anregungen von außen. Das können einerseits Befehle, aber auch zufällige Beobachtungen sein, die automatisch nachgeahmt werden. Meist handelt es sich um krankhafte Fremdbeeinflussungsgefühle, denen der Patient nachgeben, die er befolgen muss.

- Bei den **Echo-Erscheinungen** basiert der Anreiz zu einer Handlung auf einem Beispiel, das der Kranke nachahmt. Dazu gehören die **Echolalie**, also das willenslose Nachreden vorgesagter oder zufällig wahrgenommener Wörter oder Sätze. Bei der **Echopraxie** werden allgemeine Bewegungen nachgeahmt, bei der **Echographie** Schreibbewegungen. Die Automatismen laufen zwar automatisch, also nicht vom Betroffenen gewollt ab. Sie werden aber nicht als von anderen gelenkt, also z.B. von „fremden Mächten“ aufgezwungen empfunden.

– **Ambivalent** sind auch Gesunde, d.h. unschlüssig, hin- und hergerissen. Diese Ambivalenz kann aber auch krankhafte Formen annehmen. Das wäre dann nicht nur das gleichzeitige Bestehen von Ja und Nein, Für und Wider,

sondern auch das Nebeneinander von positiven und negativen Gefühlen, Stimmungen und Strebungen. Das bezeichnet man dann als **Gefühlsambivalenz**.

Tatsächlich fallen manche schizophren Erkrankte durch die Unfähigkeit auf, eindeutig Stellung zu nehmen, einen Entschluss zu fassen und ihn durchzusetzen. Das hat noch nichts mit dem erwähnten Negativismus (siehe oben) zu tun, mit der Neigung, nur unwillig oder überhaupt nichts zu machen, was man soll oder muss – bzw. das Gegenteil davon.

Bei der **schizophrenen Ambivalenz** kann sich der Betroffene zu keiner Entscheidung durchringen, selbst wenn es sich um elementare Dinge handelt, die keinen Aufschub dulden. Ja, er lässt sogar bewusst alles unentschieden und in der Schwebe. Nach außen begründet er das vielleicht mit z.T. lächerlichen Argumenten, nach innen ist er aber ratlos, resigniert bis verzweifelt (von seiner Umgebung ganz zu schweigen). Denn am Schluss können sogar unvereinbare Dinge gleichwertig nebeneinander stehenbleiben, sich behindern, blockieren, aufheben, auf jeden Fall den Alltag erheblich beeinträchtigen.

Selbst das Denken ist unschlüssig und hat im Extremfall seine logische Verbindlichkeit verloren. Alles bleibt ungewiss und wird durch keine tiefere Überzeugung mehr gelenkt. Diese Standpunktlosigkeit findet man vor allem bei gemüts- und antriebsgestörten schizophren Erkrankten.

Ein besonders qualvolles Symptom ist die sogenannte **intellektuelle Ambivalenz**: Sie äußert sich in dem zermürbenden Nebeneinander von Gedanken, Überlegungen und Sorgen, wie: „Ich bin ein Mensch, ich bin kein Mensch, ich bin ein Mensch, ich bin ...“.

– Am deutlichsten wird dies aber bei der sogenannten **Ambitendenz**. Das ist das Nebeneinander von Bestrebungen und Widerstrebungen. Ein solches Beispiel ist die Unterbrechung einer begonnenen Bewegung durch einen Gegenantrieb, d.h. Hand oder Fuß werden vorgestreckt und wieder zurückgezogen. Oder der Löffel wird eingetaucht und bleibt auf halbem Weg zum Munde stehen. Der Kugelschreiber beginnt das erste Wort und stockt. Der Patient ist durch seine ambivalente Einstellung mitten im Funktionsablauf regelrecht blockiert, verharrt auf halben Wege und muss praktisch ständig von vorne anfangen.

Absonderlichkeiten

Zu jenen schizophrenen Symptomen, die am häufigsten beispielhaft angeführt werden, wenn man danach fragt, gehören absonderliche, unverständliche, skurrile, einfach „verrückte“ Verhaltensweisen. Darunter versteht zwar jeder etwas anderes, aber letztlich wird schon deutlich, was gemeint ist: Der Betroffene fällt auf, und zwar nicht zu seinem Vorteil, oder er macht sich gar lächerlich.

Das ist leider kein irriger Eindruck, das kann zum Krankheitsbild gehören bzw. konkreter: Das war früher häufiger als heute. Denn vor allem verschroben anmutende Verhaltensweisen sind inzwischen selten geworden. Sie waren im Übrigen auch früher nicht die Regel. Sie bleiben nur am ehesten im Gedächtnis haften, wenn man sie einmal gesehen, selbst wenn man nur einmal davon gehört oder gelesen hat, in Film oder Fernsehen „dabei“ war.

Das gehört zur Tragik der schizophrenen Psychose: Ihr Bild und damit Ansehen wird von Störungen dominiert, die noch nie zahlenmäßig von herausragender Bedeutung waren und unter den modernen Behandlungsmöglichkeiten kaum mehr vorkommen. Gleichwohl: So etwas bleibt haften, und wird wohl nie auszumerzen sein. Ein einziges Negativ-Beispiel führt zur Wiederbelebung aller überwunden geglaubten Vorurteile.

Trotzdem soll man natürlich darum wissen. Im Einzelnen:

- **Stereotypien** im krankhaften Sinne sind stereotype, d.h. immer wieder und im gleichen Verlauf auftretende Redensarten, Bewegungen und Körperhaltungen. Sie werden nicht durch äußere Reize veranlaßt und sind auch nicht Ausdruck innerseelischer Vorgänge, also Wünsche, Nöte, Reaktionen usw. Sie sind eine Art Bewegungsleerlauf, die erwähnten Automatismen. Was zählt dazu?
- Bei den **Bewegungsstereotypien** handelt es sich um rhythmische Schaukel- und Wippbewegungen des Körpers, um Wischen, Kratzen, Reiben, Kopfschütteln, Taktschlagen, Klatschen mit den Händen, Öffnen und Schließen von Knöpfen, um bestimmte Bewegungsschablonen beim Essen, um sinnloses Aufstehen und Hinsetzen usw.
- Das Gleiche gilt für **Haltungsstereotypien**. Dazu gehören Schnauzkrampf, Schnutenbildung mit dauerhafter Vorstülpung des Mundes, das Liegen mit abgehobenem Kopf (auch als „psychisches Kopfkissen“ bezeichnet) u.a.
- Die **Sprachstereotypien**, in der Fachsprache als **Verbigerationen** bezeichnet, sind einförmige Wiederholungen von bestimmten, oft sinnlos aneinandergereihten Worten und Sätzen.

– **Manieriertheiten** sind sonderbare, verschrobene Ausdrucksweisen und Gewohnheiten, z.B. unnatürliche, bizarre, gezierte, gekünstelte, possenhafte, hochtrabende, wichtigtuierende Bewegungen, Zeremonien und symbolhaft-rituelle Handlungen. Beispiele: Auf- und Abschreiten, Gestikulieren, Anklopfen, Bücken, Seitwärtsbeugen, Hochstrecken usw. Das Ganze kann durch Gegenstände jeglicher Art angereichert werden.

Auch die *Sprache* kann manieriert, d.h. unnatürlich bis hochtrabend ausfallen.

– Grimassen schneiden kann jeder, insbesondere Kinder. Das ist normal. Das **krankhafte Grimassieren** dagegen ist eine groteske Mimik bzw. Gesichtsverziehung ohne Ausdruckswert, ohne Beziehung zu entsprechenden Situationen, insbesondere ohne adäquaten innerseelischen Vorgang.

Das mag beim Kind ähnlich sein, doch dort will man den Clown, den Kasper spielen und auf diese Weise auf sich aufmerksam machen. Später hat jede Grimasse eine Aussage: Missbilligung, Verhöhnung, Lächerlichmachen, Langeweile, Zorn, Resignation usw.

Doch beim krankhaften Grimassieren ist die Mimik übertrieben und „leer“ zugleich. Es handelt sich um sogenannte Mimik-Schablonen, die vor allem zu Beginn einer Psychose auftreten können. Das Extrem ist das sogenannte **Faxen-Syndrom**, ein betont albernes, kindliches oder clownhaftes Herumalbern.

– Zu diesem letzten Abschnitt passt dann auch die sogenannte **Paramimie**. Dabei fallen Gefühl und mimische Ausdruck auseinander. Manchmal kann sich das sogar in unterschiedlichen Gesichtshälften ausdrücken. So kann das Obergesicht angst- oder schmerzverzerrt sein, die Mundpartie aber grinst. Oder der Patient kann lachend über schreckliche Schmerzen oder grauenhafte Körpermissempfindungen klagen. D.h. die Gemütslage des Kranken stimmt weder vom Inhalt noch Ausdruck mit dem jeweiligen Gefühlsleben überein.

Körperliche Beschwerden bei Schizophrenie

Gibt es außer den bereits geschilderten eigenartigen Leibgefühlsstörungen noch andere körperliche Beschwerden, aber auf rein organischer Grundlage? Sie gibt es, womit der schizophrene Erkrankte von allen Seiten bedrängt wird: seelisch, psychosozial und körperlich. Im Einzelnen:

Viele „Gesunde“ leiden z.B. unter einer sogenannten **vegetativen Dysregulation**. Dazu zählen die oft geklagten Kopfschmerzen, am ehesten im Sinne eines dumpf-diffusen Kopfdrucks; ferner Herz- und Kreislauf- sowie Schlafstörungen. Letztere können sogar das Ausmaß völliger Schlaflosigkeit annehmen, ein Extremzustand, den sonst nur peinigende Schmerzkrankheiten, Depressionen und eben die eben Schizophrenien auszulösen pflegen. Auch Gewichtsschwankungen und Störungen der Monatsblutung gehören dazu.

Fast schon charakteristisch sind Extremausschläge körperlicher Funktionen, und das häufig innerhalb kurzer Zeit: Anfälle von Herzrasen oder zu langsamer Herzschlag, zu schnelle oder verlangsamte Atmung, zu viel oder zu wenig Speichel-, Schweiß- und Talgdrüsensekretion (z.B. Neigung zu fettigem Salbengesicht), Harnflut oder zu wenig Wasserlassen, Appetitlosigkeit oder Heißhunger usw. Dazu vor allem Magen- und Darmstörungen wie Aufstoßen, Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen, Verstopfung, Durchfall u.a.

Auch neigen manche schizophrene Erkrankte dazu, auffällig dick zu werden, fast pastös aufzuquellen, und zwar schon ohne die entsprechende Nebenwirkung mancher antipsychotischen Neuroleptika. Nicht zu vergessen Libido- und Potenzstörungen. Ferner ein labiles Gefäßsystem, also z.B. dauernd kalte Hände und Füße, Ödeme, d.h. Wasser im Gewebe, vor allem aber ein gestörtes zentrales Temperatur-Regulationszentrum mit ausgeprägter Wetterfühligkeit, ja extremer Vorfühligkeit.

Schließlich wird noch gelegentlich von einer abnormen Steigerung oder Herabsetzung des Durstgefühls, einer unvermittelten Abneigung gegen bestimmte Speisen oder Geschmacksrichtungen sowie von einem plötzlich überbordenden Bewegungsbedürfnis berichtet, das aber auch rasch von einer unmotivierten Bewegungshemmung und ungewöhnlichen Tagesmüdigkeit abgelöst werden kann.

Auf jeden Fall sehen sich schizophrene Menschen von allen Seiten beeinträchtigt, sogar auf rein körperlicher Grundlage, ein Phänomen, an das nur selten gedacht wird.

Alkohol, Nikotin, Raschdrogen und Schizophrenie

Was die seelische, körperliche und psychosoziale Situation schizophrene Erkrankter noch schwieriger macht, ist eine mitunter fast suchartige **Anfälligkeit für Nikotin und Alkohol**, ggf. sogar **Rauschdrogen**. Im Einzelnen:

Bei den **Rauschgiften** (besonders den sogenannten Halluzinogenen wie Haschisch/Marihuana, LSD usw., aber auch ähnlich wirkenden Drogen wie Kokain, Ecstasy usw.) droht eine besonders verheerende Entwicklung. So können ja schon Gesunde durch einen Horrortrip, eine extreme Rauschkomplikation bzw. eine Nachhall- oder Echopsychose, einen Horrortrip mit zeitlicher Verzögerung, in eine Intoxikations-Psychose, einen „Vergiftungswahnsinn“ gestürzt werden. Das kann böse Folgen haben, geht aber im günstigsten Falle wieder vorbei.

Schlimmer aber ist es, wenn eine schizophrene Psychose im „Wartestand“ durch diese Drogen ausgeklint wird. Vielleicht wäre es ohne diese Vergiftung nie dazu gekommen. Aber nach dem Konsum dieser Drogen einschließlich der neuen Designer-Drogen brechen nicht wenige Menschen ein, die durch erbliche oder sonstige Belastungen gleichsam schon psychotisch auf dünnem Eis standen und durch das Rauschgift schließlich psychotisch erkrankten - und dann gar nicht so selten psychotisch bleiben müssen.

Ähnlich verhält es sich mit dem **Alkohol**, wenngleich weniger spektakulär, eher mittel- bis langfristig schädigend. Wenn der Alkohol vom Genussmittel und damit maßvollem Einsatz zur Selbstbehandlung seelischer oder psychosozialer Probleme missbraucht wird („Seelentröster“), dann kann damit der erste Schritt zur Abhängigkeit getan sein. Wenn also ein schizophrene Erkrankter mit den aus seinem Leiden entstehenden Problemen nicht mehr fertig wird, kann sich der Alkohol erst einmal als „Lösung“ anbieten – wenngleich mit den zu erwartenden zwiespältigen Konsequenzen.

Und tatsächlich hat man bei manchen, schwer abgebauten Obdachlosen und Vaganten („Stadt- und Landstreicher“) den Eindruck, dass sich hier der Alkoholismus auf eine schon früher bestehende, nicht erkannte, auf jeden Fall nicht behandelte schizophrene Psychose gleichsam aufgepfropft hat. Die Folgen einer solchen Doppelbelastung pflegen dann auch doppelt schwer zu beeinträchtigen.

Wenn auch das Beispiel dieser schwerst Betroffenen nicht verallgemeinert werden darf, so macht es doch deutlich, dass die Leidens-Kombination Schizophrenie/Alkoholkrankheit auch in weniger ausgeprägten Fällen eine besonders schwere Bürde ist, bei der zumindest die eine Komponente, nämlich der Alkoholismus vermieden werden könnte (und die Schizophrenie mit den heutigen Mitteln gut zu therapieren ist).

Ob schizophrene Erkrankte häufiger zum **Nikotin** greifen, als andere Menschen bzw. seelisch Kranke (wie man das beispielsweise für Patienten mit einem hyperkinetischen Syndrom – ADS annimmt), ist bisher nicht überzeugend geklärt worden. Der Eindruck, dass Schizophrene mehr als andere rauchen, geht auf die Erfahrungen in psychiatrischen Kliniken und hier insbesondere bei chronisch schizophren Erkrankten zurück. Doch das sind nicht zuletzt die besonderen Bedingungen, die sich auf solchen Stationen entwickeln.

Allerdings fällt auch sonst immer wieder auf, dass Patienten in besonders unruhig-gespannten und damit zu Nervosität neigenden Krankheits-Episoden vermehrt zu Zigaretten greifen, wenn sie schon zuvor zu den Rauchern gehörten. Aber das ist ein allgegenwärtigen Phänomen, das nicht unbedingt mit dieser Krankheit zu tun hat.

Fremd- und Selbst-Gefährlichkeit bei Schizophrenie

Gewalt und seelische Störung ist ein Thema, das zwar ungern erörtert wird, handelt es sich doch um kranke Menschen. Doch die immer wieder in den Medien und vielleicht sogar im Bekanntenkreis auftauchenden Berichte beunruhigen – mit Recht.

Und so soll auch hier nichts beschönigt werden, sondern es beginnt mit einem Zwischentitel bzw. einer Frage, die aus dem Leben gegriffen ist:

Gibt es den tobenden Geisteskranken?

Natürlich sollte man dieses Kapitel mit einem neutraleren Zwischentitel überschreiben, beispielsweise „Aggressions- und Gewaltbereitschaft - Vorurteile und Realität“. Das klingt ausgewogen und lässt trotzdem Raum, auf die bekannte Probleme einzugehen. Doch wenn man die wahren Ängste eines Großteils der Bevölkerung ungeschminkt wiedergeben will, dann kommt man an dieser fast schon provokativen Frage nicht vorbei: Gibt es den tobenden Geisteskranken? Und gemeint sind damit überwiegend schizophren Erkrankte.

Dazu muss man wissen, dass diese Frage in letzter Zeit vermehrt auch die Fachleute bewegt, insbesondere die Ärzte, Psychologen, Schwestern, Pfleger, Sozialarbeiter, Juristen und andere Berufsgruppen mit entsprechenden Aufgaben. Und das mit durchaus neueren Erkenntnissen. Was heißt das?

Zum Thema **psychische Krankheit und Gewalt** (siehe auch das entsprechende Internet-Kapitel aus dieser Serie) stehen sich im Wesentlichen zwei Meinungsbilder gegenüber:

– In der **Allgemeinheit** einschließlich der sogenannten intellektuellen Kreise ist man nach wie vor der Ansicht, dass seelisch Kranke Im Allgemeinen und Geisteskranke Im Speziellen (in Laienkreisen eine Art verschärfender Begriff, was das seelische Krankheitsbild anbelangt) eine besondere Bedrohung darstellen. Dies ist nachvollziehbar. Wer selber über keine eigenen Erfahrungen

aus dem näheren und weiteren Umfeld verfügt (was nebenbei für seelisch Kranke nicht immer nur positive Auswirkungen hat), bezieht seine Informationen und damit Ängste aus den Medien. Und diese berichten selten über die erfolgreiche Rehabilitation und Integration von „Geisteskranken“ (was kaum interessiert), dafür aber grundsätzlich und leider noch immer in bestimmten Bereichen sensationsgeleitet über entsprechende Gewalttaten. Diese sind zwar im Vergleich zur „normalen Kriminalität“ eher selten, bleiben aber als Horror-Bild üblicherweise stärker haften als alles andere.

Dazu kommen die Entweichungen aus den forensischen Kliniken oder Abteilungen (die die rechtskräftig verurteilten psychisch Kranken betreuen), die zwar zumeist zu keinen (ernsteren) Folgen führen, durch die Fahndungsaufrufe und -berichte aber ebenfalls nachvollziehbare Ängste wecken. Meist handelt es sich ja in der Tat um Kranke mit durchaus beunruhigender Vorgeschichte.

Kurz: Die Bevölkerung ist unverändert irritiert und man kann ihr das auch nicht verdenken.

– Dagegen scheint bzw. schien sich die **Fachwelt** ebenso sicher zu sein: Psychisch Kranke sind nicht häufiger gewalttätig als „medizinisch Gesunde“. Schließlich war das das Ergebnis einer großen deutschen Untersuchung aus den 70er Jahren, die sehr detailliert, fundiert und für alle in der Psychiatrie Tätigen wegweisend war. Allerdings wurden schon damals im Hinblick auf Psychose-Kranke gewisse Einschränkungen gemacht. Diese haben sich durch die Studien zur Gewalttätigkeit psychisch Kranker in den letzten Jahren verstärkt. So sind berechtigte Zweifel aufgekommen, ob man das alles heute noch so einfach übernehmen kann. Offensichtlich ist eine differenziertere Sichtweise nötig.

Zum einen sind seit damals 30 Jahre vergangen. In diese Zeit hat sich nicht nur in der Bevölkerungsstruktur, sondern auch in psychosozialer Hinsicht einiges gewandelt: Zunahme von Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit und Mangel an sozialer Unterstützung, nicht zuletzt bei psychisch Kranken. Zunahme und z.T. bedrohliche Ausbreitung des Alkohol-, Medikamenten- und Rauschdrogenmissbrauchs; und dies nicht zuletzt als Ausdruck und Folge unzureichender Nachsorge und mangelnder sozialer Unterstützung von seelisch Kranken, die irgendwann ja aus der psychiatrischen Klinik entlassen werden sollten. Zunahme der Gewalttätigkeit generell mit z.T. unzureichend ausgestatteten und damit gelegentlich hilflos wirkenden Behörden und Ordnungsorganen u.a.

Zum anderen hat sich auch auf fachpsychiatrischer Ebene manches geändert, z.B. die gewollte und durchaus sinnvolle, aber nur wenn mit Augenmaß praktizierte Umorientierung von der Anstaltspsychiatrie zur gemeindenahen und verstärkt ambulanten Versorgung. Aber auch die drastische Verkürzung der Verweildauer (mitunter sogar aus Kostengründen). Ferner die Stärkung der

Rechte jener Kranker, die die Behandlung verweigern (und das durchaus nicht immer zu ihrem Vorteil).

Und was die besagte ältere Studie anbelangt, die (fast) alle psychisch Kranken als nicht häufiger gewalttätig sieht als mutmaßlich Gesunde, so bezog sie sich auf Gewalttaten im engeren Sinne, also auf Mord und Totschlag bzw. versuchte Tötungsdelikte und ließ beispielsweise gefährliche Bedrohung, leichtere Verletzungen und andere Aggressionshandlungen in der Regel unberücksichtigt. Vor allem blieb eines weitgehend ausgeklammert: die Gewalt von psychisch kranken Menschen innerhalb einer Klinik im Rahmen ihrer stationären Behandlung. Und die Gewalt innerhalb einer Familie oder Angehörigengruppe.

Diese Untersuchungen werden heute nachgeholt - und verändern das Bild nicht unerheblich.

Psychische Krankheit und Gewalt - neuere Erkenntnisse

Über die **Häufigkeit von Gewalttaten psychisch Erkrankter** gibt es trotz zahlreicher Studien keine einheitliche Meinung. Je nach Untersuchung bzw. erfasstem Kollektiv gibt es aber durchaus beunruhigende Zahlen, die von einer Erhöhung aggressiver Handlungen in Form von tätlichen Angriffen und Bedrohungen um das Mehrfache gegenüber der Durchschnittsbevölkerung ausgehen. Das sind aber meist sogenannte ausgewählte Gruppen, die in irgendeiner Weise auffällig und damit erfassbar wurden. Dazu zählen vor allem Auseinandersetzungen mit der Polizei, z.B. nach sozial auffälligem Verhalten unter Alkoholeinfluss, bei Ladendiebstahl oder -einbruch und sonstigen Delikten, besonders aber in Verbindung mit Alkoholkrankheit oder Rauschdrogenabhängigkeit. Letztere sind nebenbei die bedeutsamsten Risikofaktoren für aggressives oder gar gewalttätiges Verhalten, und zwar mit und ohne zusätzliche psychische Krankheit.

Außerdem ist die Frage „hohe, mittlere oder niedrige Gewalttaten-Rate“ auch ein Problem des nationalen Aggressivitäts-Niveaus. So sind aggressive Handlungen und Gewalttaten psychisch kranker Menschen in jenen Ländern besonders deutlich erhöht, in denen die allgemeine Bereitschaft zur Gewalt niedriger ist (z.B. in Skandinavien). In Gesellschaften mit größerer allgemeiner Gewaltbereitschaft hingegen relativiert sich das (z.B. in den USA).

Bei der Frage: **Welche psychiatrischen Krankheitsbilder sind besonders beteiligt**, ergibt sich nach neuen Untersuchungen folgende Reihenfolge:

An erster Stelle stehen Menschen mit Alkohol-, Rauschdrogen- und Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit sowie mit einer Persönlichkeitsstörung (vor allem die schon danach benannten antisozialen bzw. dissozialen Persönlichkeitsstörungen).

Im Weiteren gliedern sich in diese Gruppe die Schizophrenie-Erkrankten ein, die ebenfalls häufiger betroffen sind als die Durchschnittsbevölkerung (siehe unten). Sehr unterschiedlich werden dagegen die Gewalttaten hirnorganisch Erkrankter und geistig Behinderter eingestuft. Selbst Depressive, denen man so etwas kaum zutrauen würde, sind durch den sogenannten erweiterten Suizid (mit Partner, vor allem aber Kindern) nicht ohne Risiko.

Opfer von Bedrohungen, tätlichen Angriffen und Körperverletzungen sind besonders jene Personen, die den Kranken am nächsten stehen. Das sind insbesondere Mütter (die bei schizophren Erkrankten nicht selten in ein schweres und vor allem dauerhaft belastendes Los verstrickt sind – siehe unten), ferner Geschwister, Väter und andere Angehörige in den eigenen vier Wänden.

In der Klinik sind es insbesondere die Therapeutinnen und Therapeuten jeglicher Disziplin, bei denen Ärzte und Psychologen aber bisher kaum in der Statistik auftauchen, weil sie das nur selten gemeldet haben (Therapie-Misserfolg und schamhafte Zurückhaltung!).

Und im öffentlichen Leben sind es jene Personen, die mit auffälligem Verhalten nicht zuletzt beruflich konfrontiert werden wie Polizeibeamte, andere Beauftragte der Ordnungsbehörden, aber auch Verkäufer, Angehörige von Verkehrsbetrieben usw.

Ursachen und Risikofaktoren der Gewaltbereitschaft

Über die **Ursachen, Hintergründe und Risikofaktoren** ist zwar inzwischen vieles zusammengetragen worden, doch bleibt jede Gewalttat letztlich ein individuelles Phänomen. Einige Faktoren finden sich allerdings immer wieder, nämlich die bereits erwähnten Suchtkrankheiten, ferner soziale Entwurzelung, mangelhafte Therapie- und Nachsorge-Möglichkeiten usw.

Andererseits muss man sich aber immer wieder folgendes vor Augen halten, um das Ganze besser zu verstehen: Seelisch Kranke haben selten die gleichen Motive wie nicht psychisch gestörte Täter, bei denen z.B. Bereicherungs- und sexuelle Delikte dominieren. Bei den Patienten sind es vor allem Beziehungstaten besonderer Art und das oft in unerträglichen Spannungssituationen. Betroffen sind besonders jene Menschen, die ihnen nahestehen oder sie betreuen und deshalb häufig in einen verhängnisvollen Teufelskreis geraten.

Im Grunde handelt es sich hier eher um Notwehrmaßnahmen in (subjektiv erlebter) höchster Bedrohung als um aggressive Absichten im eigentlichen Sinne. Das kann dann aber als Opfer auch mal eine Persönlichkeit des öffentlichen Lebens treffen, wenn sie in ein entsprechendes Wahnsystem einbezogen wurde, wie so manches Beispiel belegt.

Auf jeden Fall sind Aggressivität und Gewaltbereitschaft im Rahmen einer psychischen Erkrankung ein Symptom, und keine nüchtern kalkulierte Strategie aus böser Absicht. Bei vielen Patienten kündigt sich das meist lange vorher an, auch wenn die eigentliche Gewalttat bisweilen abrupt über ihr Opfer hereinbricht. Deshalb muss man lernen die ersten Krankheitszeichen zu erkennen, richtig zu deuten und rechtzeitig den zuständigen Stellen, insbesondere einem Arzt mitzuteilen. Und diese müssen dann allerdings auch Zeit haben den Angehörigen und später den Kranken zuzuhören, sich ein Urteil zu bilden, gezielte Maßnahmen einzuleiten – und konsequent zu verfolgen.

Damit ließ sich die unselige Entwicklung der letzten Jahre eindämmen, die lautet: Zunahme gewaltbereiter psychisch Kranker → vermehrt Bedrohungen, aggressive Durchbrüche oder gar spektakuläre Gewalttaten → Unruhe in der Allgemeinheit → verstärkte restriktive Maßnahmen der zuständigen Stellen als Notlösung bei aber zu wenig Therapie und vor allem Nachsorge → damit Rückfallgefahr und Teufelskreis.

Aggression bei schizophren Erkrankten

Damit ist dieses Kapitel bereits recht lang geworden, bevor das eigentliche Thema überhaupt gestreift wurde: **die Gewalttaten schizophren Erkrankter**. Doch dies geschah nicht ohne Grund, gehört doch die Gefährlichkeit dieser Patienten zu den am häufigsten angeführten Charakteristika, was natürlich folgenschwere Konsequenzen in der Öffentlichkeit nach sich zieht. Was lässt sich also dazu sagen, insbesondere zu der schon erwähnten banger Frage: Gibt es den tobenden Schizophrenen?

Die Antwort lautet: selbstverständlich. Das ist zwar eher selten, aber nicht von der Hand zu weisen und entspricht im Wesentlichen dem Bild, das man sich in seinen Befürchtungen als Laie vorstellt:

Drohende Mimik und Körperhaltung, unbändiger Rededrang, ja Schreien, Heulen, Schimpfen, Gestikulieren usw. Ferner stürmische Bewegungsunruhe, Zerreißen der Kleidung und der Bettwäsche, wildes Um-sich-Schlagen, Zertrümmern aller erreichbarer Gegenstände, blindwütige Angriffe auf die Umgebung mit Anspucken, Kratzen, Beißen, Stoßen, Ausreißen der Haare usw. Gelegentlich kommt es auch zu Entblößungen, ggf. ungehemmter Onanie vor anderen, zu Stuhlgang und Urinieren mitten auf den Fußboden, zu Selbstbeschmutzung mit Stuhl und Urin, zum Beschmieren von Bett, Bettwäsche, Wänden, Fenstern, Türen u.a. Ein unschönes Szenarium.

Wer das in Frage stellt, kennt sich entweder nicht aus oder will es nicht wahrhaben bzw. will beschönigen oder verbergen. Das aber ist nicht der Sinn der Aufklärung, die ja nicht durch Wegsehen, sondern durch Verständnis die

notwendige Toleranz und Hilfe fördern soll. Solche Eigenschaften pflegen aber besonders dann schwer zu fallen, wenn es sich um einen Erregungszustand, um eine Art aggressive Explosion handelt. So etwas ist aber selten und betrifft meist nur die schwersten Erkrankungsfälle. Die Opfer sind dann vor allem (wenn auch oft „nur“ kurzfristig) die nächsten Angehörigen und später besonders die Schwestern, Pfleger und Ärzte in den psychiatrischen Kliniken.

Dort ergeben dann aber auch entsprechende Untersuchungen, dass rund drei Viertel aller männlichen und mehr als die Hälfte aller weiblichen schizophren Erkrankten, die klinisch behandelt werden mussten, durchaus zu aggressivem Verhalten neigen können: Männer ausgeprägter und folgenschwerer, besonders bei langen Krankheitsverläufen, mit ständiger Wiederaufnahme und nicht zuletzt durch Alkoholmissbrauch gebahnt.

Solche spektakulären Ereignisse sind aber gar nicht das größte Problem, so sonderbar sich das anhört. Zahlenmäßig viel häufiger und vor allem inhaltlich mindestens so belastend ist jene Aggressivität, die sich in ständiger Bedrohung oder Bedrängung äußert bzw. in vielerlei Hinsicht nicht direkt, sondern „atmosphärisch“ auswirkt. Das trifft dann vor allem die Angehörigen, insbesondere die nächsten Verwandten wie Mutter, Vater, Geschwister, aber auch sonstige Bekannte, Freunde, Nachbarn usw. So etwas kann Familien, Wohngemeinschaften, ja ganze Wohnviertel belasten. Man glaubt nicht, wie oft so etwas vorkommen kann, ohne dass darüber groß gesprochen wird. In den Medien geht es immer nur um spektakuläre Taten. Das eigentliche Problem aber sind die Aggressionen, die verschämt oder verzweifelt „unter der Decke gehalten werden“.

Hier wäre es aber sinnvoller, sich an seinen Hausarzt zu wenden, der seinerseits Kontakt aufnimmt zu einem Psychiater oder Nervenarzt oder direkt mit der Klinik. Und man sollte sich beraten, was für juristische Möglichkeiten zur Verfügung stehen - und zwar bevor man selber seelisch zugrunde zu gehen droht.

Dabei drängt sich immer wieder die gleiche Frage auf, nämlich:

Hat der Schizophrene keinen Einfluss auf seine Aggressionen?

Geschieht eine grauenhafte Tat von einem offensichtlich „Gesunden“, ist man zwar allseits empört, resigniert aber bald in Richtung: „So sind halt die Menschen“. Geschieht dasselbe durch einen Geisteskranken, insbesondere Schizophrenen, ist es schon schwieriger, seine Gefühle zu ordnen. Einerseits ist er offensichtlich „nicht Herr seiner Sinne“, andererseits können die Wogen der Empörung noch höher schlagen als sonst. Auf jeden Fall „sollte man so etwas nicht frei herumlaufen lassen“, wie das mehr oder weniger verhalten ausgedrückt wird. Dabei sind die meisten Menschen durchaus bereit, das Problem differenzierter zu sehen. Die Primitivformel gegen die Psychiatrie und

ihre Institutionen: „Gesunde sperren sie ein, gefährliche Irre lassen sie laufen“, dürfte so zwar nur noch selten öffentlich formuliert werden, was aber nicht heißt, dass man im Innersten doch so seine Zweifel hat.

Vor allem sollte man aber den Unterschied zwischen einem „gesunden Gewalttäter“ und einem Psychose-Kranken kennen: Der eine geht nüchtern kalkulierend vor, gezielt und vielleicht sogar skrupellos in der Auswahl seiner Methoden und wägt zumindest bis zu einem gewissen Grad Einsatz und Folgen ab. Der andere ist nicht der Täter, sondern das Opfer seiner psychotischen Impulshandlungen, also das fast willenlose Werkzeug seiner Krankheit. Deshalb zeigen auch viele dieser schizophrenen Erregungszustände einen fast mechanischen Ablauf, der auf keine oder nur wenig innere Beteiligung hinweist, zumindest in der Mehrzahl der Fälle. Das psychotische Gewaltgeschehen ist nicht Ausdruck „normaler“ innerseelischer Vorgänge und schon gar nicht bewusster bössartiger Neigungen, sondern läuft mehr oder weniger automatisch ab. Man spricht deshalb auch von „Automatismen“, selbst im höchsten Zustand der Erregung.

Die Betroffenen wirken wie unter fremdem Zwang, gegen den sie sich anfangs vergeblich zu wehren versuchen - bzw. am Schluss eben nicht mehr wehren können. So sind sie auch nicht routiniert in Wahl und Einsatz ihrer aggressiven Methoden und schon gar nicht raffiniert im Verwischen der Spuren nach der Tat. Später sind sie oftmals selber schockiert, bedauern den angerichteten Schaden und versprechen Besserung - ohne sich vielleicht auf Dauer, besonders ohne konsequente Therapie daran halten zu können. Das alles beweist die krankhafte Grundlage solcher automatischer Impulshandlungen mit Erregungszuständen und ggf. Gewalttaten.

Natürlich muss das nicht in jedem Fall so einfach angelegt sein. Dafür sind Zahl und Intensität möglicher Einflüsse zu unterschiedlich: Persönlichkeitsstruktur und Erziehung, Einfluss der Umgebung, vor allem aber Schweregrad der Psychose und nicht zuletzt die Enthemmung durch Suchtmittel wie Alkohol, Rauschdrogen usw. Vor allem lassen sich zumindest beim Inhalt der aggressiven Impulse gewisse Berührungspunkte zum eigenen Lebensschicksal vermuten. Da kann man - sofern man sich später die Mühe macht, geduldig darauf einzugehen -, auf so manche Kümernisse, Sorgen, Benachteiligungen, Kränkungen, Frustrationen, Demütigungen, Überforderungen usw. stoßen. Nicht wenige, für den Außenstehenden unverständliche Handlungen haben also einen nachvollziehbaren Sinngehalt. Doch das hat nichts mit den kalt abgewogenen und brutal durchgezogenen Gewalttaten „gesunder“ Krimineller zu tun. Da liegen Welten dazwischen.

Und hier liegt auch der Schlüssel für rechtzeitiges Verstehen und damit Korrektur: Aggressivität und Gewaltbereitschaft schizophrener Erkrankter mögen besonders unverständlich, abrupt und vielleicht sogar brutal erscheinen. Sie haben jedoch neben der biologisch-krankhaften Grundlage immer eine psychosoziale Ursache, meist zwischenmenschlicher Natur. Die gilt es zu

erkennen und auch später einzukalkulieren, zu beachten, zu respektieren, ggf. zu korrigieren oder zu mildern gilt. Das ist nicht leicht, besonders für die Angehörigen. Es zahlt sich aber langfristig aus.

Stupor und Gewalt

In diesem Zusammenhang soll noch kurz auf das Gegenstück eines Erregungszustandes, den **Stupor** oder **seelisch-körperlichen Sperrungszustand** eingegangen werden. Das ist eine Bewegungs-, ja Regungslosigkeit ohne Reaktion auf äußere Reize, bei jedoch klarem Bewusstsein. Was hat das mit dem Kapitel Aggressionen zu tun?

Ein solch eigenartiger Zustand der gespannten Regungslosigkeit wirkt zwar ungewöhnlich, aber erst einmal nicht gefährlich. Doch das kann täuschen. Die seelisch-körperliche Sperrung kann nämlich plötzlich in einen sogenannten *Raptus*, einen Erregungszustand umschlagen. Und das ist dann noch überraschender, als wenn sich die Aggressivität zuvor ankündigt.

Früher waren solche Zustände häufiger und ausgeprägter und vor allem gefährlicher. Heute sieht man das nur noch selten, am ehesten in angedeutetem Zustand. Bei einem extremen Stupor spricht, isst und trinkt der Patient nichts mehr, so dass er ggf. gefüttert oder durch die Sonde ernährt werden muss. Gelegentlich lässt er auch unter sich.

Dabei kann man noch einen sogenannten schlaffen oder passiven Stupor, also ein völliges Fehlen jeglichen Bewegungsantriebs und einen gespannten oder gespannt-negativistischen Stupor unterscheiden, also eine aktive Sperrung aller Bewegungsmuster, ggf. einschließlich des Denkens.

Vor allem der gespannte Stupor kann durch plötzliche selbst- und fremdgefährliche Impulshandlungen durchbrochen werden. Eine solche Bewegungssperre ist also keine pflegeleichte oder bequeme Reaktion und vor allem nicht ohne Risiko. Hier sollte man umgehend medikamentös eingreifen (meist als Kombination aus einem hochpotenten Neuroleptikum gegen den psychotischen Zustand sowie einen Beruhigungsmittel zur gezielten Angstlösung). Denn ein solcher Stupor macht natürlich nicht nur der Umgebung, sondern auch dem Patienten selber Angst und leitet damit einen Teufelskreis ein.

Selbsttötungsgefahr und Schizophrenie

Viel ist über die mögliche Aggressivität Schizophrener geredet und geschrieben, wenig aber über ihre **Selbst-Aggressivität**, also die **Gefahr, Hand an sich zu legen**. Dabei ist sie extrem hoch und eine der größten Belastungen dieses Leidens, und zwar nicht nur für die Betroffenen, auch für Angehörige, Freunde, Arbeitskollegen und nicht zuletzt alle Therapeuten, seien es Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Schwestern, Pfleger usw.

Etwa jeder zehnte schizophrene Erkrankte stirbt von eigener Hand, sagt man. Die Zahl der Versuche soll doppelt bis dreimal so hoch sein, wobei die Dunkelziffer eine exakte Beurteilung nicht zulässt (vor allem bei jenen Patienten, die nicht in klinischer Behandlung stehen). Männer trifft es mehr als Frauen, d.h. konkret: Bei Männern häufen sich die vollendeten Selbsttötungshandlungen, bei Frauen die Versuche. Dabei ist aber jeder Versuch ein Warnsignal, denn meist bleibt es nicht bei einem und irgendwann gelingt es tatsächlich.

Und was besonders erschüttert: Jüngere sind öfter betroffen als Ältere. Und noch unfassbarer: Am meisten pflegen jene Patienten in Suizidgefahr zu geraten, die besonders gut angepasst und halbwegs erfolgreich ihre Krankheit zu bewältigen scheinen. Der Grund ist einfach: Gerade diese Betroffenen erkennen die zumindest theoretisch drohenden Langzeit-Auswirkungen ihres Leidens auf Lebenssituation, Lebensqualität und vor allem Zukunft besonders realistisch - und treffen so offenbar am ehesten ihre folgenschwere Entscheidung.

In der Tat haben viele eine schwere und lange Leidensgeschichte hinter sich, selbst wenn sie noch nicht so alt geworden sind (die schizophrene Erkrankung kann schon in jungen Jahren beginnen), charakterisiert von Rückfällen, leidlicher Erholung, erneuten Einbrüchen, ggf. mit mehreren Klinikaufenthalten usw. Einige Betroffene gehen sogar recht bald nach Ausbruch ihres Leidens in den Tod, oftmals innerhalb der ersten zehn Krankheitsjahre.

Häufig erfolgt der Suizid in einer weniger ausgeprägten psychotischen Phase oder unmittelbar danach - und erscheint damit besonders unverständlich. Auch diese Erklärung ist relativ einfach: Erst wenn der mittlerweile chronisch krank werdende Schizophrene in einer weniger beeinträchtigenden oder nicht-psychotischen Phase die scheinbare Aussichtslosigkeit seiner Situation erkennt oder zumindest ahnt, sieht er nur noch im freiwilligen Tod eine Lösung oder Erlösung.

In der Klinik überwiegen bei den Suizidopfern schizophrene Erkrankte sogar mit großem Abstand (etwa die Hälfte aller Betroffenen). Die bevorzugten Methoden sind sogenannte harte Verfahren: Erhängen, Selbst-Ertränken, vom Zug überfahren lassen, Sturz aus der Höhe u.a.

Die Suizidgefahr im Allgemeinen und die schizophrene Erkrankter im Speziellen ist trotz aller wissenschaftlicher und therapeutischer Anstrengungen ein nach wie vor ungelöstes Problem. Hilfe kommt hier vor allem aus dem näheren und

weiteren Umfeld der Opfer – wenn sie kommt. Und hier denke man nur an drei Sätze, die das ganze Elend charakterisieren:

Jedem Suizid – so sagt man – geht ein missglücktes oder nicht statt gehabtes Gespräch voraus. Denn: „Selbstmörder ist man lange, bevor man Selbstmord begeht.“ Oder noch eindrücklicher: „Selbstmord, das ist die Abwesenheit der anderen.“

Was kann einen schizophrenen Rückfall auslösen?

Der Schwerpunkt dieser Ausführungen ist das Erkennen und damit Verstehen oder noch besser: das rechtzeitige Erkennen und damit gezielte Handeln. Das dürfte bei erstmaliger Erkrankung sehr schwierig sein, weshalb sich gerade eine schizophrene Psychose sehr lange hinzieht, bis man sich zu dieser Diagnose entschließt, einschließlich der Hemmungen, dann das Leiden auch beim Namen zu nennen. Hier gibt es also bedauerliche, aber einigermaßen nachvollziehbare Verzögerungen.

Bei einem Rückfall aber sollte das nicht mehr der Fall sein. Hier darf keine Zeit mehr verloren gehen. Hier können entsprechender Kenntnisstand und der Wille, das Notwendige zu tun, viel Leid ersparen helfen, und zwar sowohl für den Betroffenen als auch seine Angehörigen. Nachfolgend deshalb wieder eine etwas ausführlichere Darstellung:

Denn die **Auslöser für einen schizophrenen Rückfall** sind nicht so sehr schizophrenie-spezifisch, sondern richten sich vor allem nach dem jeweiligen Betroffenen bzw. seiner Persönlichkeitsstruktur, seinen Nöten, zwischenmenschlichen Problemen, psychosozialen Schwierigkeiten usw. Sie sind also subjektiv und können deshalb nur schwer von außen beurteilt werden.

In etwa jedem vierten Fall, wahrscheinlich aber häufiger, finden sich Verlust-erlebnisse im zwischenmenschlichen Bereich, z.B. Tod oder schwere Erkrankung von wichtigen Bezugspersonen, ferner Trennung, Scheidung, Wegzug, Verlassenwerden; oder auch nur Entfremdung u.a. Aber auch berufliche Konflikte in jeglicher Form. Oder mehr oder weniger diskrete, teils akute, teils langwierig zermürende Auseinandersetzungen auf familiärem, partnerschaftlichem, erotischem, aber auch religiösem und ethischem Gebiet. Natürlich belasten auch körperliche Auslösefaktoren, z.B. Stress, Überforderung, Erschöpfung, Erkrankungen, Operationen, das Wochenbett, nicht zu vergessen Schlafmangel, Alkoholexzesse, Rauschdrogenkonsum usw.

Es können aber auch Belastungen sein, wie sie jedermann und zu jeder Stunde hinnehmen muss. Dazu gehören nicht nur ungewöhnliche,

unerwartete oder vielleicht auch nur neue Anforderungen in Familie, Nachbarschaft, Beruf usw. Es kann bei einer schizophrenen Erkrankung sogar problematisch werden bei alltäglichen sozialen Situationen, die für einen Gesunden völlig neutral, unerheblich, auf jeden Fall nicht belastend sind. Beispiele: bei der Unterhaltung mit dem Patienten oder bei einem Gespräch von anderen untereinander in seinem Blickfeld. Oder auch nur die Gegenwart zu vieler Menschen auf einmal, zu große Dichte oder Nähe, also „Trubel“ oder „Rummel“, vielleicht auch nur eine ganz harmlose gesellige Veranstaltung. Nicht zuletzt das Gedränge in Kaufhäusern, sonstigen öffentlichen oder privaten Gebäuden, in Verkehrsmitteln, auf Straßen und Plätzen. Ferner optische oder akustische Stimulationen wie Plakat- oder Leuchtreklame-Werbung, durch elektronische Medien u.a. Alles Dinge, die der Gesunde als gewohnt, bestenfalls als lästig empfindet. Ähnliches gilt für Arbeit unter Zeitdruck oder rasch wechselnde Anforderungen im Alltag.

Schizophrene stehen einfach „rundherum“ auf dünnem Eis und sind deshalb besonders anfällig, scheinbar extrem reagierend, besonders verwundbar oder fast in panik-artige Reaktionen zu treiben – und das bei alltäglichen Belastungen.

Wie kündigt sich ein schizophrener Rückfall an?

Ein **psychotischer Rückfall** kann zwar plötzlich ausbrechen. Meist hat man dann aber die Vorzeichen übersehen. Die Regel ist jedoch kein Alles-oder-nichts-Ereignis sondern mehrere Zwischenstufen. Drei Viertel aller Patienten geben vor ihrem Rückfall Veränderungen in ihren Gedanken, Gefühlen oder in ihrem Verhalten an. Die Familienangehörigen registrieren dies sogar in fast jedem Fall. Aber die meisten dieser sogenannten „**Warnsymptome**“ sind eben allgemeiner Art. Vor allem sind sie keine psychotischen Krankheitszeichen, eher unspezifische Befindensschwankungen, meist „nur“ Stressfolgen wie sie jeder kennt.

Dazu gehören z.B. „Angespanntsein“, „Nervosität“, „urlaubsreif“, „die Nerven liegen blank“, und neben diesen allgemeinen Hinweisen die etwas konkreteren Symptome: Merk- und Konzentrationsstörungen, innere Unruhe, vermehrte Schlaflosigkeit, aber auch Freudlosigkeit, Interesselosigkeit, depressive Verstimmungen, Elendigkeitsgefühl, Minderwertigkeitsgefühle, Appetitlosigkeit usw.

So etwas ist nicht ungewöhnlich und deshalb für viele noch kein Grund, den Arzt aufzusuchen. Allerdings könnte es in dieser Phase leichter sein, einen Arztbesuch durchzusetzen. Denn die nächsten Schritte sind zwar eindeutiger, pflegen den Patienten aber auch in mehr Widerstand gegen alle notwendigen Maßnahmen hineinzudrängen. Denn die folgende Stufe des Eskalation, sogenannte *präpsychotische Symptome* sind beispielsweise:

- **Ängstliche Unruhe, Spannung und Nervosität:** Die Betroffenen werden immer empfindlicher, humorloser (!), legen jedes Wort auf die Goldwaage, und zwar mehr als in sonst üblichen Stress-Situationen. Vielleicht verbreiten sie auch eine gewisse Nervosität, Fahrigkeit und Hektik, kurz: eine ungesunde Überaktivität, die zwar alle anderen anstecken kann, aber auch unproduktiv, lästig bis belastend ausfällt. Oft ist damit auch ein weiteres Phänomen verbunden, nämlich eine
- **wachsende Reizbarkeit und Aggressivität:** Die Patienten können sich über Kleinigkeiten aufregen, fühlen sich ungerecht behandelt, provoziert, benachteiligt, lächerlich gemacht usw., auch wenn sie bei entsprechenden Nachfragen ihr Misstrauen nicht überzeugend begründen können. Daneben wächst eine hintergründige, immer reizbarere Aggressivität, die bis zur regelrechten Feindseligkeit ausufern kann, offen oder nur mangelhaft verdeckt. Dabei hat keiner etwas Böses getan.

Auch eine negativistische Einstellung ist möglich: nur unwillig oder überhaupt nicht tun, was man soll oder muss – bzw. bewusst das Gegenteil. Dabei fallen bisweilen Bemerkungen von seiten des Patienten, die als unangebracht oder böswillig interpretiert werden können, vor allem aber die anderen verdrießen. Der Reizbarkeitspegel steigt, die Atmosphäre in Familie, Nachbarschaft und am Arbeitsplatz wird immer gespannter.

So bahnt sich auf „atmosphärischer Ebene“ ein Teufelskreis an, der dann nicht unerheblich am endgültigen Ausbruch einer schizophrenen Psychose beteiligt ist.

- Nicht selten sind auch **Gemütsstörungen**, und zwar in beide Richtungen: Zum einen eine ungewöhnliche Aktivität bis Überaktivität, ja fast eine ungesteuerte Umtrieblichkeit mit lästigem Rededrang bis hin zur Distanzlosigkeit mit entsprechend peinlichen Folgen. Zum anderen niedergeschlagen, resigniert, schwermütig, auf jeden Fall freudlos, hoffnungslos, seelisch, geistig, und körperlich verlangsamt, mitunter bereits Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, ja Selbsttötungsideen.
- Von anderen kaum registriert, für den Betroffenen aber ausgesprochen quälend sind die **kognitiven, d.h. geistigen Beeinträchtigungen**: Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnisleistung lassen spürbar nach oder werden durch ein ständiges Grübeln regelrecht aufgesaugt. Alles wird mühsam, kann nur mit doppelter Kraftanstrengung geleistet werden. Bisweilen steht der entsetzte Patient vor seiner Routinearbeit und begreift nicht einmal mehr, was dort geschrieben steht, von einer fachlichen Bearbeitung ganz zu schweigen. Die Anfragen, vor allem die ungnädigen und gereizten, häufen sich. Der Teufelskreis zieht sich immer enger um den Patienten.

- Selbst an **körperlichen Beeinträchtigungen** mangelt es nicht: insbesondere die schon erwähnten Schlafstörungen (Einschlafstörungen, zerhackter Schlaf, nicht selten sogar eine völlige Schlaflosigkeit). Und wenn, dann schweißgebadet, unerquicklich und mit belastenden Träumen. Ferner unklare Missempfindungen, Appetitlosigkeit und ein undefinierbares Gefühl des Unwohlseins. Dazu Hitzewallungen, Kälteschauer, feuchte Hände, vermehrte Steifigkeit usw.
- Vielleicht beginnt auch schon ein irgendwie **auffälliges Verhalten** bis hin zu eindeutig psychotischen Störungen: Manche Patienten wandern rastlos-ratlos in Zimmer, Haus, Garten, in Straßen, Wald und Feld umher, nicht zuletzt nachts. Sie wühlen in Papieren, Schubladen, Schränken. Sie versuchen in Büchern, Zeitungen, Radio und Fernsehen zu finden, was sie sich selber nicht mehr erklären können. Dazu kommt unter Umständen die zunehmende Beschäftigung mit religiösen, mystischen oder psychologischen Fragen, die Verweigerung von Nahrung und die plötzliche Bevorzugung einseitiger Ernährungsweisen.

Andere beginnen sich mehr und mehr über Kleinigkeiten aufzuregen, werden schmerzempfindlicher, klagen über Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen, verlieren die Lust an Dingen, die ihnen früher etwas bedeuteten, fühlen sich „einfach schlechter“, und zwar ohne jeglichen Grund und vor allem: ohne etwas ändern zu können.

In diese Zeit fällt dann ggf. auch eine mehr oder weniger plötzliche, vor allem aber ungewöhnliche Vernachlässigung von Körperpflege und Kleidung („schlampig“).

Der wahnhaftige Endzustand eines solchen Rückfalls ist charakterisiert durch besorgte, ängstliche und gereizt-aggressive Klagen bzw. Vorwürfe, dass die Leute über einen zu reden beginnen, einen zu beeinflussen, zu kontrollieren, zu manipulieren oder zu schädigen versuchen. Jetzt sind auch erstmals Sinnestäuschungen möglich (z.B. Stimmen, Gerüche). Manche fangen deshalb an, Selbstgespräche zu führen, wobei sie in sich hineinhorchen, vielleicht hineinlachen, umsichschimpfen oder gegen unsichtbare Peiniger drohend vorgehen.

Nicht wenige nehmen in dieser schweren Zeit Zuflucht zu verzweifelten Selbstbehandlungsversuchen mit Alkohol, Nikotin, vielleicht sogar Rauschdrogen (Ecstasy, Haschisch/Marihuana, Kokain, LSD, Opiate usw.), die alles nur noch verschlimmern (siehe das entsprechende Kapitel).

- Die **psychosozialen Konsequenzen** lassen dann nicht mehr lange auf sich warten: in der Regel Rückzug und damit Isolationsgefahr. Nirgends geht es mehr: Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis, Arbeitsplatz. Es häufen sich irritierte Reaktionen, Auseinandersetzungen, Beschwerden,

Vorwürfe, vielleicht sogar Abmahnungen oder ernstere Konsequenzen jeglicher Art. Der Betroffene ist zwar offensichtlich selber schuld, wirkt aber irgendwie hilflos, ausgeliefert. Schließlich zieht er sich zurück, lässt niemanden mehr an sich heran, verweigert jeglichen Arztkontakt, vielleicht sogar jeglichen Kontakt schlechthin.

Spätestens jetzt ist allen klar: Nun ist er wieder krank, hätte man lieber vorher schon was getan.

Auslösende Lebensereignisse

In jedem Leben gibt es sogenannte *einschneidende Lebensereignisse* (Fachausdruck: life events), die zur erheblichen Belastung werden können, mit allen seelischen, körperlichen und psychosozialen Folgen – je nach individueller Ausgangslage. So auch im Leben eines schizophrenen Erkrankten. Nur ist hier die Belastbarkeit nicht so groß, der Betroffenen steht auf „dünnem Eis“ als andere. Die Psychose (Geisteskrankheit) lauert gleichsam im Hintergrund, wartet auf das Ereignis, das ihr den Ausbruch bahnt. Dieser muss zwar nicht spektakulär sein, kann sich auch dezent ankündigen (sogenannte Vorpostensymptome), doch der Startschuss ist gegeben, das Leiden beginnt, das Beschwerdebild zeichnet sich ab, die ersten psychosozialen Konsequenzen (Familie, Freundeskreis, Schule/Ausbildung oder Beruf) sind erkennbar.

Kann man grundsätzlich etwas dagegen tun? Letztlich nur schwer. Jedes Leben verläuft anders. Und bei einem noch nicht als schizophren Erkrankten wird man ohnehin erst darauf kommen, wenn man die Vorgeschichte rückwirkend aufrollt.

So wird man beim *erstmaligen* Ausbruch eines schizophrenen Leidens – ob sich langsam abzeichnend oder plötzlich durchschlagend – kaum rechtzeitig eingreifen können. Doch bei einem drohenden Rückfall ist das anders. Denn auch dort sind es häufig auslösende Ereignisse, besonders bei den ersten Rezidiven, die man zwar nur selten umgehen oder verhindern („Lebensereignisse“), deren krankheitsbahnende Gefährlichkeit man aber dann wenigstens rechtzeitig erkennen und vorbeugend abmildern kann (z.B. durch eine erneute oder dosismäßig erhöhte Neuroleptika-Behandlung und psychagogische Stützung).

Welche sind nun die einschneidendsten Lebensereignisse im Vorfeld einer psychotischen Erkrankung? Und vor allem: Bricht der Patient gleich ein oder kann es sich auch um eine „Phasenverschiebung“ handeln, d.h. Wochen, Monate oder mehr zwischen Belastung und (Wieder-)Erkrankung?

Als erstes muss man wissen, dass belastende Lebensereignisse nicht nur negativer Art sein müssen, wenigstens aus dem Blickwinkel der gesunden Umgebung. Immer und immer wieder wird gerade bei schizophrenen Erkrankten

deutlich, dass es nicht unbedingt die Leidensintensität an sich sein muss, die gefährlich werden kann, sondern vielfach einfach der „Stress“ an sich. Und das können auch durchaus positive Ereignisse sein, sie müssen nur den „emotionalen Damm“ überfluten oder gar einreißen, und schon ist die „Sturmflut einer Psychose“ nicht mehr aufzuhalten. Und dieser Damm ist bei schizophrenen Menschen bekanntlich niedriger und brüchiger als bei Gesunden.

Die am häufigsten registrierten psychosozialen Belastungsfaktoren im Vorfeld einer psychotischen Erkrankung sind also nicht nur negativer, sondern auch positiver Art (siehe Kasten). Und die schizophrene Erkrankung muss nicht unmittelbar auf das Ereignis folgen, es kann sich auch um Ereignisse handeln, die Wochen, ja Monate oder gar ein Jahr zurückliegen.

Einschneidende Lebensereignisse, die eine psychotische Erkrankung auslösen können

- Schwangerschaft
- Geburt eines Kindes
- Todesfälle von engeren Familienmitgliedern oder nahen Bezugspersonen
- Heirat
- Trennung oder Scheidung
- eigene Erkrankungen und Operationen
- ernsthafte Erkrankungen von nahe Angehörigen oder Freunden
- Berufswechsel
- Berentung
- Arbeitslosigkeit
- Umzug
- ernsthafte finanzielle Probleme
- größere Reisen
- Prüfungen
- Gerichtsverfahren
- andere Belastungsfaktoren

nach A. Marneros

Nun müssen auch Gesunde solche einschneidenden Ereignisse hinnehmen und reagieren mit „normaler“ Betroffenheit, Resignation, Trauer, Wut oder Verzweiflung. Und auch seelisch Kranke im Allgemeinen und schizophrene Erkrankte im Speziellen machen hier keine statistische Ausnahme. Und nicht jede Belastung führt zu einer erneuten Krankheitsepisode. Auch geht man davon aus, dass Schizophrene hier sogar etwas weniger beeinträchtigt sind als Patienten mit einer schizoaffektiven Psychose, bei der schizophrene,

depressive und manische Episoden entweder zusammen oder zumindest kurz hintereinander belasten. Dort sind vor allem jene Patienten betroffen, bei denen die affektiven Anteile überwiegen, also depressive oder manische Zustände.

Auf jeden Fall ist es aber nicht falsch, bei schizophren Erkrankten die Widrigkeiten des Alltags oder potentiell belastende Lebensereignisse ernst zu nehmen, denn sie können nicht nur einen erstmaligen Krankheitsausbruch, sondern auch spätere Rückfälle gleichsam bahnen. Und das muss nicht heute oder morgen eintreten, das kann seine Zeit dauern.

Auch bei dem bildhaft herangezogenen gebrochenen Damm ziehen erst Wolken auf, dann regnet es lange und heftig – und irgendwann tritt der Fluss über die Ufer oder die See reißt den Schutzdamm ein. Und so wie man in der Natur Vorsichtsmaßnahmen trifft, so kann man es auch bei schizophren Erkrankten tun – sofern ihr Umfeld daran denkt. Denn vom Betroffenen selber kann man in vorbeugender Hinsicht meist nur wenig Initiative erwarten. Er steckt (zu sehr) mitten drin.

Unterformen der schizophrenen Psychose

Ist „Schizophrenie gleich Schizophrenie“ oder gibt es bestimmte Unterformen oder Subtypen? Diese Frage hat vor allem in der deutschsprachigen Psychiatrie eine große Tradition und wird auch in internationalen Fachkreisen viel diskutiert. Denn daran knüpfen sich auch Erkenntnis zur Diagnose, zu Therapie, Heilungsaussichten und Rehabilitation, ganz abgesehen von der Entwicklung und Prüfung biologischer Hypothesen zur Ursache der Schizophrenien.

Tatsächlich unterteilte man schon vor fast 150 Jahren in bestimmte „Symptomverbände“, also charakteristische Krankheitsbilder, die bereits damals als Paranoia („dementia paranoides“), als Katatonie und Hebephrenie bezeichnet wurden, allerdings noch als weitgehend selbständige Leiden. Ende des 19. Jahrhunderts erkannte man sie schließlich als Unterformen der „Dementia praecox“ an (des frühzeitigen Schwachsinn, wie damals die Schizophrenien bezüglich geistiger Gaben irreführend genannt wurden) und man betonte, dass es sich um Zustandsbilder handle, die ineinander übergehen können. Anfang des 20. Jahrhunderts schließlich wurde der bis heute gültige Fachbegriff „Schizophrenie“ eingeführt und man kam zu der Erkenntnis: Diese Subtypen sind keine abgrenzbaren, unterschiedlichen Krankheitsformen, sondern lediglich Symptom-Gruppierungen mit entsprechenden Schwerpunkten (siehe später).

Doch die Lust an der Unterteilung hielt an – bis heute. So spricht man – je nach Autor, Arbeitsgruppe oder nationaler (z.B. USA) bzw. internationaler Klassifikation (WHO) – beispielsweise von

- Positiv-Symptomatik, Negativ-Symptomatik und gemischter Symptomatik
- negativen, feindselig eingestellten, erregten, verwirrten, halluzinatorischen oder depressiven Krankheitsbildern
- Positiv-, Negativ-, Erregungs-, Angst-/Depressions- und kognitiven Schwerpunkten
- positiver, negativer, gemischter oder desorganisierte Symptomatik u.a.m.

Letztlich geht dies alles auf zwei Befund-Schwerpunkte zurück, nämlich eine Positiv- bzw. Negativ-Symptomatik (siehe diese). Trotz gewisser Fortschritte ist man aber in der Klärung der Frage: „Welche Bedeutung haben die Unterformen der Schizophrenien?“ letztlich nicht entscheidend vorangekommen.

So bleiben auch heute noch die drei wichtigsten Untergruppen jene, die bereits vor 150 Jahren diskutiert wurden, nämlich paranoide (-halluzinatorische), katatone und hebephrene Schizophrenie-Formen. Was versteht man darunter?

- *Paranoid-halluzinatorische Schizophrenien* sind vor allem charakterisiert durch wahnhafte und halluzinatorische Erlebnisse (Trugwahrnehmungen, Sinnestäuschungen).
- Die *katatonen Schizophrenien* äußern sich insbesondere durch seelisch-körperliche Antriebsstörungen, beispielsweise Erregungszustände (Fachausdruck: psychomotorische Hyperkinese bis zum Raptus) oder seelisch-körperliche Erstarrung (Stupor).
- Die *hebephrenen Schizophrenien* sind vor allem charakterisiert durch Gemüts-, Denk- und Aktivitätsstörungen, oft verbunden mit einer heiter-läppischen Grundstimmung.

Mitunter kam zu diesen drei Haupt-Untergruppen eine Vierte hinzu, nämlich die sogenannte

- *coenästhetische Schizophrenie*, bei denen eigenartige Leibgefühlsstörungen (siehe diese) das Beschwerdebild dominierten.

Wahrscheinlich waren solche Untergruppen früher besser auseinanderzuhalten als heute (wobei die Häufigkeitsverteilung je nach Untersuchungskollektiv schon damals sehr variieren konnte), doch eines war schon damals klar:

Die jeweils charakteristischen Krankheitszeichen können sich ändern, ineinander übergehen, Mischbilder bilden und in ihrem Symptom-Schwerpunkt wechseln. Auch kommt es darauf an, wann man den Patienten zu Diagnose und damit Therapie zu sehen bekommt, zu Beginn oder im Verlauf seiner Krankheit bzw. am Ende, d.h. weitgehend gebessert oder in einen chronisch-krankhaften Restzustand mündend.

Deshalb sprach man schon früher gerne von einem paranoid, kataton oder hebephren *gefärbten* schizophrenen Zustand und war sich damals schon im Klaren: Diese Unterformen sind nichts mehr als die typologische Beschreibung eines mehrschichtigen Krankheitsbildes, das sich ständig ändern kann.

Wichtig für den Alltag in Klinik und Praxis ist deshalb der Versuch, mit den heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen trotz allem eine Einteilung zu erreichen, die nicht nur diagnostisch, sondern auch therapeutisch bedeutsam sein könnte. Einzelheiten siehe Kasten.

Schizophrenes Beschwerdebild bei Ersterkrankung

Gibt es Unterschiede nach Beschwerdebild und damit bestimmte Unterformen der Schizophrenie?

- **Ich-Störungen:** schizophrene Denkstörungen, gemachte Gedanken, Gedankenausbreitung, Gedankenecho/kommentierende Gedanken, Gedankenentzug, wahnhaftes Ich-Erleben u.a. Entspricht am ehesten dem Idealtypus einer Schizophrenie, wie er früher (und auch heute noch) definiert wird. Siehe Kasten mit Symptomen 1. und 2. Ranges der Schizophrenie. Häufigkeit: mehr als jeder zehnte schizophrene Erst-Erkrankte. Geschlechtsverteilung: Frauen etwas häufiger. Mittleres Alter bei ersten Krankheitszeichen: 24 Jahre. Mittleres Alter bei Erstaufnahme in einer Fachklinik: 30 Jahre.

- **Unspezifische und negative Symptome:** Angst, Merk- und Konzentrationsstörungen, depressive Verstimmungen, Mangel an Selbstvertrauen, Schuldgefühle, seelisch-körperliche Verlangsamung, Energielosigkeit, Verlust von sexuellem Interesse, reduzierte Aktivitäten, Misstrauen, Rückzugseigenschaft und Isolationsgefahr u.a. Diese Gruppe entspricht dem, was man heute eine Negativ-Symptomatik nennt (siehe diese). Häufigkeit: jeder vierte schizophrene Erst-Erkrankte. Geschlechtsverteilung: gleich. Mittleres

Alter bei ersten Krankheitszeichen: 26 Jahre. Mittleres Alter bei Erstaufnahme in einer Fachklinik: 31 Jahre.

- **Desorganisation:** Gedächtnisstörungen, vermehrte Ablenkbarkeit, Unfähigkeit zielgerichteten Denkens, Übersensibilität, Blockierungen in der seelisch-körperlichen Bewegung, Überaktivität, auffälliges Sprachverhalten, mangelhaftes Interesse oder Informationsbedürfnis sowie verlangsamte Bewältigung alltäglicher Aufgaben. Diese Gruppe entspricht am ehesten der Unterform der Hebephrenie. Häufigkeit: jeder zehnte schizophrene Erst-Erkrankte. Geschlechtsverteilung: gleich. Mittleres Alter bei ersten Krankheitszeichen: 24 Jahre. Mittleres Alter bei Erstaufnahme in einer Fachklinik: 30 Jahre.
- **Wahnsymptome:** wahnhaftige Beziehungssetzungen, Verfolgungswahn, expansiver Wahn, Beeinflussungswahn, primäre und weitere Wahninhalte u.a. Diese Gruppe entspricht am ehesten der paranoiden Schizophrenie. Häufigkeit: mehr als jeder Zehnte. Geschlechtsverteilung: Frauen etwas (nicht signifikant) häufiger. Mittleres Alter bei ersten Krankheitszeichen: 22 Jahre. Mittleres Alter bei Erstaufnahme in einer Fachklinik: 30 Jahre.
- **Halluzinationen (nicht selten in Zusammenhang mit Missbrauch von Rauschdrogen, Alkohol u.a.):** akustische Halluzinationen (Sinnestäuschungen), dialogisierende bzw. kommentierende Stimmen, Drogen- oder Alkoholmissbrauch, Beschäftigung mit geheimnisvollen Dingen/ungewöhnlichen Denkinhalten u.a. Diese Gruppe entspricht der Doppeldiagnose „Schizophrenie und Substanzmissbrauch“. Häufigkeit: mehr als jeder zehnte schizophrene Erst-Erkrankte. Geschlechtsverteilung: gleich. Mittleres Alter bei ersten Krankheitszeichen: 22 Jahre. Mittleres Alter bei Erstaufnahme in einer Fachklinik: 29 Jahre.
- **Niedrige Werte auf allen Dimensionen:** Beschwerdebild siehe oben. Entspricht vor allem der Unterform der Schizophrenia simplex. Häufigkeit: mehr als jeder Fünfte. Geschlechtsverteilung: Frauen (nicht signifikant) häufiger. Mittleres Alter bei ersten Krankheitszeichen: 25 Jahre. Mittleres Alter bei Erstaufnahme in einer Fachklinik: 31 Jahre.
- **Katatoner Subtyp:** Beschwerdebild siehe unten. Diese Unterform war als eigenständige Gruppe nicht zu finden. Das entspricht der alten Erkenntnis, dass die katatone Symptomatik zumindest gegenwärtig und in den Industrienationen nur noch sehr selten vorkommt. Das hängt einerseits mit dem sehr schwierigen (und wissenschaftlich umstrittenen) Beschwerdebild zusammen und andererseits mit der Erkenntnis, dass man durch die in der Regel rasche und effektive neuroleptische Behandlung in unserer Zeit den Ausbruch eines katatonen Krankheitsbildes rechtzeitig zu verhindern weiß.

Nach Häfner und Mitarbeiter

Immerhin haben auch die modernen Klassifikationen (DSM IV der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung – APA sowie ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation – WHO) auf eine Unterteilung nicht verzichtet, im Gegenteil. Man hat noch mehr sogenannte Subtypen hinzugefügt. Nachfolgend deshalb eine kurzgefasste Übersicht zu den wichtigsten klassischen und modernen Einteilungsvorschlägen:

• DIE PARANOIDE SCHIZOPHRENIE

Der **paranoide Typus der Schizophrenie** ist durch ausgeprägte Wahnphänomene charakterisiert, die – ohne adäquate Therapie – langanhaltend, ja dauerhaft und damit das Leben nachhaltig beeinträchtigend ausfallen können. Beispiele: Verfolgungswahn, Beziehungswahn, Abstammungswahn, Sendungswahn, Eifersuchtswahn usw. Einzelheiten dazu siehe das ausführliche Kapitel über den Wahn in dieser Abhandlung.

Meist sind die Wahn-Symptome von Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen) begleitet. Dann nennt man diese Unterform eine **paranoid-halluzinatorische Schizophrenie**. Solche Sinnestäuschungen sind meist Stimmen, die den Betroffenen drohen oder Befehle geben, mitunter auch einmal erheitern. Die meisten Halluzinationen beziehen sich inhaltlich auf das jeweilige Wahnthema (siehe oben). Sind es sogenannte nicht-verbale akustische (Gehörs-)Halluzinationen, also keine Stimmen in Rede oder Gegenrede, dann handelt es sich meist um sogenannte Akoasmen wie Pfeifen, Brummen u.a.

Neben den zahlenmäßig führenden akustischen (Gehörs-)Halluzinationen sind aber auch Geruchs- oder Geschmacks-Halluzinationen, sexuelle oder andere Körper-Halluzinationen, ja sogar optische Halluzinationen möglich, wenngleich deutlich seltener.

Störungen des Denkens, wie sie bei nicht wenigen Schizophrenen beeinträchtigen, sind auch hier möglich, vor allem im akuten Erkrankungszustand. Allerdings beherrschen sie das Leidensbild weniger heftig als bei den anderen Unterformen und verhindern vor allem auch nicht die Fähigkeit, Wahngedanken und Sinnestäuschung klar und deutlich zu beschreiben. Die Gemütsverfassung erscheint nicht so flach (Fachausdruck: Affektverflachung) und die Antriebsstörungen weniger störend wie bei den anderen schizophrenen Unterformen. Aufgrund der Beeinflussung durch Wahn und Sinnestäuschung häufen sich dafür eher Stimmungslabilität bis hin zur Depressivität sowie Angst, aber auch Misstrauen, Reizbarkeit, Feindseligkeit, Streitsucht, Wut und

aggressive Durchbrüche, die nicht nur anderen, sondern auch sich selber gelten können (Selbsttötungsgefahr).

Die paranoide Schizophrenie beginnt in der Regel später als die anderen Schizophrenie-Typen, weshalb diese Patienten in ihrer Entwicklung meist nicht so folgenschwer beeinträchtigt sind. Das wiederum macht die Heilungsaussichten, insbesondere die selbständige Lebensführung und berufliche Leistungsfähigkeit etwas günstiger. Voraussetzung ist allerdings, dass sich der Patient in entsprechende Behandlung begibt, und zwar rechtzeitig, zumal diese Art der Schizophrenie besonders gut auf die antipsychotischen Neuroleptika anspricht.

• HEBEPHRENE SCHIZOPHRENIE

Die **hebephrene Schizophrenie** oder kurz **Hebephrenie**, im amerikanischen Sprachgebrauch auch als **Schizophrenie vom „desorganisierten Typus“** bezeichnet (DSM-IV), ist eine meist während der Pubertät und damit relativ früh ausbrechende Psychose. Sie ist charakterisiert durch einen oft schleichenden Verlauf und weniger gute Heilungsaussichten, d.h. länger anhaltende Krankheitsepisoden ohne Besserungstendenz oder gar Genesung.

Schon vor Ausbruch dieser schizophrenen Psychose sind die Betroffenen oftmals schüchtern bis einzelgängerisch. Im Vordergrund stehen weniger die sonst mit einer Schizophrenie am ehesten in Verbindung gebrachten Krankheitszeichen wie Halluzinationen (Sinnestäuschungen) und Wahnvorstellungen, sondern mehr affektive Veränderungen. Das sind vor allem Gemüts- und Aktivitätsstörungen oder in der Fachsprache: Affektverflachung und Antriebsverlust.

Auch Denkstörungen sind nicht selten, d.h. Antrieb und Zielstrebigkeit gehen verloren, frühere Zielsetzungen versanden, Ziel- und Planlosigkeit werden zur Regel. Dafür stellt sich mitunter eine oberflächliche und „abgehobene“ Vorliebe für Religion, Philosophie und andere abstrakte Themen ein, die es noch schwerer machen, dem bisweilen abstrusen Gedankengang zu folgen.

Wahn und Trugwahrnehmungen können zwar vorkommen, sind aber eher flüchtig oder bruchstückhaft, jedenfalls nicht die dominierenden Symptome. Was dafür umso mehr auffällt, ist eine flache und meist unpassende Stimmung, oft begleitet von Kichern, läppisch oder albern wirkendem Verhalten (lange Zeit als „pubertäres Gehabe“ verkannt), selbstzufriedenem, selbstversunkenem oder „blöde“ wirkendem Lächeln,. Aber auch hochfahrendes Auftreten, überhebliche Umgangsweise, schließlich sogar Grimassieren, Faxen und Manierismen, d.h. sonderbares, verschrobenes, bizarres Ausdrucksverhalten in Mimik, Gestik und Sprache.

Nicht selten sind auch depressive Verstimmungen, manchmal sogar ein autistischer Rückzug auf sich selber (siehe Autismus) mit hypochondrischen Klagen, diffusen Ängsten u.a. Das Denken (und damit die Sprache) sind oft ungeordnet, weitschweifig oder gar inkohärent (zerfahren). Das Verhalten erscheint ziellos und vor allem ohne tiefere Empfindungsfähigkeit, was den zwischenmenschlichen Kontakt erheblich beeinträchtigt – und zwar zu Lasten des Patienten (Rückzug der Umgebung und damit Isolation des Kranken).

Dieses zwar weniger spektakuläre, eher als lästig, unangenehm bis peinlich empfundene Leidensbild zieht sich oft lange hin und droht nicht selten chronisch zu werden. Die Heilungsaussichten sind eher ungünstig. Dies vor allem deshalb, weil die hebephrenen Schizophrenen auf die sonst wirkungsvollen Neuroleptika weniger gut anzusprechen pflegen.

Am günstigsten ist ein Gesamt-Behandlungsplan mit psychagogischer Führung (Kombination aus Psychotherapie und Pädagogik sowie soziotherapeutischen Unterstützungsmaßnahmen). In letzter Zeit wurden sogenannte atypische Neuroleptika entwickelt, auf die diese sogenannte Minus-oder Negativ-Symptomatik besser anspricht (siehe auch das entsprechende Unterkapitel).

• KATATONE SCHIZOPHRENIE

Die Unterform der **katatonen Schizophrenie** oder kurz **Katatonie** ist vor allem durch Störungen der Bewegungsabläufe charakterisiert. Das sind in der jeweiligen Extremform entweder ein *katatoner Erregungszustand* (Fachbegriff: Raptus) oder eine *katatone Sperrung* (Stupor = seelisch-körperliche Blockierung). Außerdem sind möglich Mutismus, Haltungstereotypien, Negativismus, Katalepsie, Flexibilitas cerea, Befehlsautomatismen, verbale Perseverationen u.a. (Erläuterungen siehe Kasten).

Die Katatonie kommt hauptsächlich bei der Schizophrenie vor. Sie ist (bzw. war vor allem früher) aber auch nicht auszuschließen bei Hirntumoren oder sonstigen Hirnschäden (z.B. im Bereich des Stirnhirns). Ferner bei endogener Depression (depressiver Stupor) sowie bei bestimmten Infektionen (z.B. Typhus, Paratyphus, Tbc). Heute ist die Katatonie sogar im Rahmen schizophrener Psychosen selten (früher rund jeder fünfte Schizophrene (?), heute nicht einmal jeder Zehnte, nach anderen Schätzungen noch weniger, bisweilen sogar nur 1 %. Und dann auch noch in meist abgemildeter oder untypischer Form). Das hängt von verschiedenen Aspekten ab (z.B. unscharfe Symptom-Charakteristika), aber auch mit einer positiven Seite: Schon früher bildeten katatone Symptome den letzten Höhepunkt im Ablauf schizophrener Beschwerden (Phase der „Apokalypse“), wozu es heute durch die rasche und effektive neuroleptische Behandlung in der überwiegenden Mehrzahl der Fällen gar nicht mehr kommt.

Katatone Schizophrenie: die wichtigsten Symptome

- **Hypokinese** (Mangel an willkürlichen und reaktiven Bewegungen). Beispiele:
 - *Stupor*: gänzlichliches Fehlen von Bewegung und Sprechen bei klarem Bewusstsein; der Patient reagiert nicht auf äußere Reize, obwohl er die Vorgänge der Umgebung zu registrieren vermag.
 - *Negativismus*: Sperren gegen jede Handlung, zu der man aufgefordert wird; beim passiven Negativismus werden keine, beim aktiven andere Handlungen als aufgefordert ausgeführt.
 - *Katalepsie*: passiv vorgegebene oder auch noch so unbequeme Körperstellungen werden abnorm lange beibehalten.
 - *Haltungstereotypien*: Verharren in bestimmten Haltungen über längere Zeit, auch entgegen äußerer Änderungsversuche.

- **Hyperkinese** (übermäßige Bewegungsaktivität). Beispiele:
 - *Psychomotorische Erregung*: sinn- und zweckloser Bewegungsdrang, z.B. in Form von Nesteln, Laufen, Schlagen, Seufzen, aber auch sprachliche Unruhe bis zum Schreien u.a.
 - *Bewegungs- und Sprachstereotypien*: fortgesetztes leeres und zielloses Wiederholen von Bewegungsabläufen, Sätzen, Wörtern oder Silben.
 - *Echopraxie*: ständiges sinnloses Nachahmen von Bewegungen und Handlungen der Umgebung. Das Gleiche gilt sprachlich für die *Echolalie*.
 - *Manierismen*: sonderbare, verschrobene oder bizarre Abwandlungen alltäglicher Bewegungen und Handlungen. Das Gleiche gilt mimisch für das *Grimassieren*.

Im Gegensatz zu dem gängigen Irrtum, die Katatonie erschöpfe sich in den erwähnten Krankheitszeichen, gibt es hier natürlich auch andere schizophrene Symptome wie Wahn, Halluzinationen (Sinnestäuschungen), Angst- und Gemütsstörungen, die aber angesichts der katatonen Antriebs- und Bewegungsstörungen meist „untergehen“.

Eine besondere Form ist (bzw. treffender: war) die sogenannte *perniziöse (letale oder lebensbedrohliche) Katatonie*. Sie war früher ein ernstes Problem (siehe Begriff), spielt aber heute keine Rolle mehr. Früheres Beschwerdebild: akuter Ausbruch, extreme Bewegungsunruhe bis hin zu massiven Erregungszuständen, damit fremd- und selbstgefährlich (grauehafte Suizidformen, die bei der Schizophrenie ohnehin nicht so ungewöhnlich sind), hoher Blutdruck, Zyanose (blau-rote Färbung von Haut und Schleimhäuten, hier vor allem von Händen und Füßen), Blutergüsse, Fieber usw. Früher nicht selten tödlicher Ausgang. Heute praktisch verschwunden.

Organische Ursachen gibt es – wie erwähnt – fast keine mehr. Sogar im Rahmen einer Schizophrenie ist die katatone Form selten geworden. Und wenn, dann kaum mehr „klassisch“ (siehe oben). Am häufigsten noch als Manierismen, Stereotypien, Stupor, Negativismus und Echopraxie in angedeutete Form (siehe Kasten).

Therapeutisch gibt man vor allem Neuroleptika, insbesondere hochpotente, unterstützt durch niederpotente Arzneimittel dieser antipsychotisch wirkenden Medikamente. Die zusätzlich Gabe von Benzodiazepin-Tranquilizer kann zudem angstlösend, entspannend und sogar „anti-aggressiv“ wirken.

• WEITERE UNTERFORMEN DER SCHIZOPHRENEN

Schon früher gab es auch zahlreiche weitere Unterformen der Schizophrenen, je nach Autor bzw. psychiatrischer Schule. Eine davon ist die erwähnte **coenästhisches Schizophrenie**, bei der die eigenartigen Leibgefühlsstörungen dominieren. Sie spielt heute keine große Rolle mehr. Dafür andere, „moderne“ Unterteilungsformen, wie sie die schon mehrfach erwähnte Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) mit ihrem DSM-IV und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer ICD-10 vorgeben. Nachfolgend deshalb stichwortartig eine Auswahl:

• UNDIFFERENZIERTE SCHIZOPHRENIE

Meist akute psychotische Zustandsbilder, die zwar als Schizophrenie diagnostiziert, jedoch keiner der erwähnten paranoiden (-halluzinatorischen), hebefahrenen oder katatonen Unterformen zugeordnet werden können. Deshalb auch als *atypische Schizophrenie* bezeichnet.

• POSTSCHIZOPHRENE DEPRESSION

Eine ggf. länger anhaltende depressive Episode eines schizophren Erkrankten. Die Schizophrenie ist zwar noch erkennbar, doch das dominierende klini-

sche Zustandsbild ist jetzt die Depression, meist in Form eines depressiv-apathischen Zustandsbildes.

• **SCHIZOPHRENES RESIDUUM**

Auch als *schizophrener Residualzustand*, *schizophrener Restzustand*, *chronische undifferenzierte Schizophrenie* oder *residualer Typus einer Schizophrenie* bezeichnet. Chronisches Stadium einer schizophrenen Erkrankung, das sich immer mehr zu verschlechtern droht. Zwar beeinträchtigen den Patienten keine Halluzinationen (Sinnestäuschungen), Wahnphänomene u.a. mehr, dafür schieben sich immer stärker sogenannte Negativ- oder Minus-Symptome in den Vordergrund: seelisch-körperliche Verlangsamung, verminderte Aktivität, Gemütsverflachung, Passivität, Initiativemangel, Rückzugsneigung, Isolationsgefahr, verminderte Kontaktaufnahme (Mimik, Blickkontakt, Stimme, Körperhaltung, Gestik), Vernachlässigung der Körperpflege, Verarmung zwischenmenschlicher Beziehungen usw.

• **SCHIZOPHRENIA SIMPLEX**

Die seltene und vor allem auch schwer exakt zu diagnostizierende Schizophrenie-Form der *Schizophrenia simplex* (auch als *einfache Schizophrenie* bezeichnet) äußert sich vor allem durch merkwürdiges Verhalten, ohne dass früher eindeutige schizophrene Symptome wie Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen u.a. aufgetreten wären.

In der Regel handelt es sich um die schon mehrfach erwähnte Negativ- oder Minus-Symptomatik wie Gemütsverflachung, Antriebsminderung usw. Die Betroffenen sind zwar meist in der Lage, Leistungsfähigkeit und Lebensunterhalt im normalen Sinne aufrechtzuerhalten und auch die sonst üblichen sozialen Anforderungen zu erfüllen. Doch wirken sie irgendwie wie selbstversunken, ziellos, untätig, hilflos usw. So drohen Nicht-Sesshaftigkeit und sozialer Abstieg. Die Heilungsaussichten sind schlecht, selbst bei rechtzeitiger medikamentöser Behandlung.

Das günstigste ist eine intensive, ggf. (lebensbegleitende) Betreuung, die aber auch ambulant durch sozialpsychiatrische Dienste u.ä. gewährleistet werden kann.

• **SCHIZOAFFEKTIVE PSYCHOSE**

Eine *schizoaffektive Psychose*, auch als *schizoaffektive Störung* bezeichnet, ist in der Fachsprache ein episodenhaft auftretendes Krankheitsbild, bei der sowohl affektive als auch schizophrene Symptome in der gleichen Krankheitsphase auftreten, zumeist gleichzeitig, höchstens durch einige Tage getrennt.

Konkret heißt das, dass man hier sowohl Symptome einer Depression oder Manie als auch Schizophrenie vorfindet.

Weitere Einzelheiten siehe das ausführliche Kapitel über *schizoaffektive Störungen*.

• WEITERE PSYCHOSE-NAHE STÖRUNGEN

Früher war alles viel einfacher: Da gab es die schizophrenen Psychosen mit ihren Unterformen und über sogenannte „grenzwertige“ Krankheitsbilder wenig zu lesen. Dies lag auch daran, dass es die zumeist in der Klinik tätigen Ärzte waren, die die Fachartikel und Lehrbücher verfassten. Und deren Klientel waren überwiegend schwer schizophren Erkrankte. Leichtere Formen sahen sie selten – und beschrieben sie deshalb auch kaum.

Heute ist das anders. Man kennt ein breites Spektrum psychotischer Störungen, von der eindeutigen schizophrenen Psychose bis zu seelischen Veränderungen, die zwar in diesen Störungsbereich im weitesten Sinne hineinpassen, aber doch wohl keine Schizophrenie im herkömmlichen Sinne sind. Also muss man dafür auch neue Begriffe schaffen. Und deshalb gibt es unter den modernen Klassifikationen mehr Krankheitsbilder als früher, nicht weil sie es früher nicht gegeben hätte, sondern weil man sie heute differenzierter einstuft.

Nachfolgend deshalb eine komprimierte Übersicht, in einzelnen Fällen ergänzt durch ausführlichere Kapitel für sich.

• WAHNHAFTE STÖRUNGEN

Die *anhaltenden wahnhaften Störungen*, früher auch als *Paranoia*, später *Paraphrenie*, *paranoides Zustandsbild*, nicht näher bezeichnete *paranoide Psychose* oder auch *sensitiver Beziehungswahn* bezeichnet, sind eine relativ seltene, dann aber oft spektakuläre Erkrankung.

Der wichtigste Unterschied: Die wahnhafte Störung ist *keine* schizophrene Psychose. Dies auseinanderzuhalten braucht aber selbst für den Fachmann, den Psychiater und Nervenarzt, viel Erfahrung und eine Reihe von charakteristischen Hinweisen (Beschwerdebild, Alter, Krankheitsverlauf usw.).

Einzelheiten siehe deshalb das ausführlichere Kapitel über *wahnhafte Störungen*.

• INDUZIERTER WAHNHAFTER STÖRUNG (FOLIE À DEUX)

Die *induzierte wahnhafte Störung* wurde früher als *Folie à deux*, *induzierte paranoide Störung* oder *symbiotische Psychose* und wird heute als *Gemeinsame Psychotische Störung* bezeichnet. Dabei handelt es sich um ein zwar seltenes, dann aber oft spektakuläres wahnhaftes Phänomen, das zwei oder mehr Betroffene einschließt. Dabei leidet nur einer unter einer echten psychotischen Störung (also Geisteskrankheit), der oder die anderen wird/werden wahnhaft nur so beeinflusst, dass man meint, beide würden in annähernd gleicher Weise von dieser wahnhaften Vorstellung in Beschlag genommen.

Einzelheiten dazu siehe das Kapitel *induzierte wahnhafte Störung* oder *Folie à deux*.

• SCHIZOTYPE STÖRUNG

Die sogenannte *schizotype Störung* ist ein umstrittener Begriff, der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen wird. D.h. empfohlen wird er auch nicht, die dafür zuständigen Experten legen sogar bei der Diagnose dieses Phänomens eine erhebliche Zurückhaltung nahe. Denn man ist sich darüber im Klaren, dass keine saubere diagnostische Abgrenzung gegenüber der Schizophrenia simplex (siehe oben) verfügbar ist. Das Gleiche gilt für die sogenannten schizoiden oder paranoiden Persönlichkeitsstörungen (siehe *Persönlichkeitsstörungen*).

Und so gibt es auch zahlreiche frühere Fachbegriffe, die die schon damals herrschende Unsicherheit in Diagnose und Ätiopathogenese (Ursache und Krankheitsverlauf) dokumentieren, gemäß alter Mediziner-Erfahrung: Wo (zu) viel Theorie (und auch Fachbegriffe), da wenig Klarheit in der Sache.

Fachbegriffe, die also früher für die heute empfohlene *schizotype Störung* verwendet wurden, sind beispielsweise latente Schizophrenie, latente schizophrene Reaktion, Borderline-Schizophrenie, Grenzschizophrenie, präpsychotische Schizophrenie, prodromale Schizophrenie, pseudoneurotische Schizophrenie, pseudopsychopathische Schizophrenie, schizotype Persönlichkeitsstörung, Schizotypie u.a.

Wie äußert sich eine schizotype Störung?

Bei der schizotypen Störung fällt vor allem ein exzentrisches, also überspanntes bis verschrobenes Verhalten auf. Das Gleiche gilt für die Gemütsstimmung des Betroffenen und sein Denken und damit Handeln. Beides wirkt irgendwie „schizophren“ (siehe auch die entsprechenden Verhaltenshinweise in diesem Schizophrenie-Kapitel). Doch eindeutige und vor allem charakteristische schizophrene Symptome können nicht festgestellt werden. Und so gibt es auch kein beherrschendes oder gar typisches Krankheitsmerkmal. Alles, was im Nachfolgenden aufgezählt wird, kann vorkommen – oder auch nicht.

Mögliches Beschwerdebild: kalte oder zumindest unnahbare Gemüts-einstellung, oft mit einer allgemeinen Lust- und Freudlosigkeit verbunden. Seltsames, ungewöhnliches bis eigentümliches Verhalten, was sich auch auf die äußere Erscheinung niederschlägt. Wenig soziale Kontakte, sei es familiär und vor allem partnerschaftlich, sei es Nachbarschaft, Freundeskreis (falls überhaupt vorhanden) und Arbeitsplatz. Neigung zu Rückzug und damit Isolationsgefahr.

Unter Umständen Beziehungsideen, d.h. eine Art überwertige gedankliche Fixierung auf Vorstellungen, die sich einerseits auf die eigene Person beziehen und andererseits – objektiv gesehen – falsch oder zumindest übertrieben sind. Das kann bis zu phantastischen, auf jeden Fall aber bizarren Überzeugungen, ja bis zu wahnhaften Ideen ausufern und am Schluss in eine Art autistische Selbstversunkenheit münden (siehe Autismus). Zu einem richtigen Wahn (siehe dieser) mit allen Konsequenzen reicht es aber nicht.

Dafür quält mitunter ein zwanghaftes Problem-Grübeln, das der Betroffene nicht willentlich abstellen kann, obwohl es seine ganze Kraft absorbiert. Und dort geht es oft um aggressive oder sexuelle Inhalte, meist auch um die Vorstellung, durch irgend etwas entstellt und damit ausgegrenzt, wenn nicht gar verabscheuungswürdig zu sein (siehe das Kapitel Dismorphophobie).

Gelegentlich beeinträchtigen auch sogenannte Körpergefühlsstörungen und das abnorme Erleben, alles sei so komisch und sonderbar um einen herum. Oder man wird sich im eigenen Körper sogar selber fremd („ich bin nicht mehr ich“). Einzelheiten siehe die Begriffe Derealisation („alles so sonderbar um mich herum“) und Depersonalisation („bin ich eigentlich noch ich selber?“).

Auch fallen Patienten mit einer schizotypen Störung nicht selten durch ihr Denken und damit ihre Sprache auf. Alles wirkt vage, umständlich diffus, gekünstelt, oft stereotyp sich wiederholend, sich nicht selten in metaphorischen Vergleichen ergehend (bildhafte, in diesem Falle überzogen bildhafte Vergleiche). Allerdings geht das Ganze nicht so weit, dass der Betreffende zerfahren wirkt oder gar danebenredet, wie das bei einer eindeutigen Schizophrenie vorkommen kann (siehe Zerfahrenheit und Danebenreden).

Schließlich kann es schon einmal zu psychose-nahen oder -psychose-ähnlichen Episoden kommen, die vor allem durch intensive illusionäre Verkennungen geprägt sind (siehe illusionäre Verkennungen, also Fehlwahrnehmungen von real Vorhandenem). Und es irritieren mitunter sogar vorübergehende akustische (Gehörs-) und andere Halluzinationen sowie wahnähnliche Ideen.

Verlauf: Die schizotype Störung neigt zu einem chronischen Verlauf mit unterschiedlicher, oft wechselnder Intensität. Ein eindeutiger Beginn ist nur selten festzustellen: „Irgendwie war das schon immer so“. Gelegentlich entwickelt sich aus einer schizotypen Störung eine eindeutige schizophrene Psychose.

Patienten mit einer schizotypen Störung sind häufig erblich belastet, und zwar meist mit schizophren Erkrankten in der Familie. Hier findet sich dann öfter ein weiterer Begriff, der – so wie das Krankheitsbild auch – überaus vage gemeint und gebraucht ist, nämlich das genetische „Spektrum“, auch als *schizophrene Spektrum-Störungen* (siehe unten) bezeichnet.

Die Diagnose einer schizotypen Störung sollte auf jeden Fall zurückhaltend gestellt werden. Und wenn, dann müssen drei oder vier Jahre überblickbar sein, in denen wenigstens ein Teil der obigen Symptome mindestens zwei Jahre lang ständig oder immer wieder aufgetreten sind. Sollte eines Tages die eindeutige Diagnose einer Schizophrenie gestellt werden, dann entfällt der Verdacht auf schizotype Störung.

• SPEKTRUMSTÖRUNGEN

In diesem Zusammenhang soll noch kurz auf den Begriff *schizophrene Spektrumstörungen* (englisch: spectrum disorder) eingegangen werden. Obwohl eine Hypothese die andere ablöst (was wissenschaftlich auch durchaus fruchtbar sein kann), hat sich doch in den letzten Jahrzehnten folgende Übereinkunft gefestigt: Das Risiko, an einer schizophrenen Psychose zu erkranken, ist überwiegend genetisch determiniert (erblich bestimmt). Im Laufe der Erkrankung und vor allem mit wachsender Leidensdauer greifen aber Umweltfaktoren immer stärker in das Krankheitsgeschehen ein.

Nun ist klar, dass man schon genetisch leicht, mittel oder stark belastet sein kann, was zu leichteren, mittelschweren oder schweren Krankheitsverläufen zu führen pflegt (wobei die Umweltbedingungen sowie eine rechtzeitige Therapie einen entscheidenden Einfluss entwickeln – siehe oben). Wenn es sich nun um eine leichtere genetische Beeinflussung handelt und alle anderen Bedingungen relativ günstig sind, dann entsteht daraus nur eine leichtere Beeinträchtigung, keinesfalls eine eindeutige oder gar schwere Schizophrenie.

Solche leichteren, schizophrenie-nahen Störungen sind nicht selten in der Bevölkerung. Vor allem sind meist sie oft uncharakteristisch, wechselnd, schwer fassbar. Deshalb auch die große Zahl von entsprechenden Fachbegriffen, von der latenten schizophrenen Reaktion bis zur heute gängigen schizotypen Störung (siehe oben).

Und wenn es sich um noch dezentere Beeinträchtigungen handelt, dann greift man bisweilen zu dem Begriff der *schizophrenen Spektrumsstörung*. Das heißt, unter den erblich Belasteten gibt es einen engeren Kreis von eindeutig Schizophrenie-Betroffenen sowie von mittelschweren und schließlich leichteren Krankheitsverläufen. Und schließlich von einem weiten Spektrum von grenzwertigem Verhalten, das zwar Genuss-, Lebens- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigen kann, aber ansonsten nicht weiter auffällt.

Man vermutet, dass etwa 6 bis 10 % der Bevölkerung gewisse schizophrenie-nahe, konkret schizoide (schizophrenie-ähnliche) Persönlichkeitszüge oder paranoide (wahnhaft) Merkmale aufweisen. Und hier sind – wie erwähnt – vor allem die Nachkommen und Angehörigen schizophrener Erkrankter betroffen. Diese Menschen sind zwar stärker als Unbelastete durch eine ggf. wirklich ausbrechende Schizophrenie bedroht. Doch ist das kein statistisch zwingendes Schicksal. Wissenschaftlich neigt man derzeit mehr zu der Annahme:

Menschen mit einer Spektrumstörung gehören überdurchschnittlich häufig zum Kreis der Nachkommen und Angehörigen schizophrener Erkrankter. Doch sind sie selber nicht mit einem erhöhten Schizophrenie-Risiko belastet. Wie das Risiko für ihre Nachkommen aussieht, ist noch nicht hinreichend untersucht.

• **AKUTE PSYCHOTISCHE STÖRUNG**

Die meisten Psychosen (Geisteskrankheiten) dauern länger. Nur kurz beeinträchtigten hingegen die *akuten psychotischen Störungen*, früher auch als reaktive Psychose bezeichnet. Meist, wenn auch nicht immer, gehen sie auf ein belastendes Ereignis zurück. Charakteristisch ist ihr relativ schnell wechselndes Krankheitsbild, das sowohl Symptome einer Schizophrenie als auch Depression, einer manischen Hochstimmung oder Angststörung aufweisen kann.

Da dieses Phänomen in der Regel abrupt über den Betroffenen und seine Umgebung hereinbricht, kann es viel Verwirrung auslösen, besonders wenn man so etwas noch nicht gehört oder gesehen hat. Einzelheiten dazu siehe das spezielle Kapitel über akute psychotische Störungen.

• **PSYCHOTISCHE STÖRUNGEN DURCH KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN, MEDIKAMENTE ODER RAUSCHDROGEN**

Es gibt psychische Störungen, die sich nicht nur in seelischen Krankheitszeichen, sondern auch körperlichen Symptomen äußern. Beispiele: Schlafstörungen, Herz-Kreislauf, Magen-Darm, Wirbelsäule- und Gelenk-Beschwerden, Gewichtsverlust usw. Die meisten dieser Symptome sind psychosomatischer Natur. Das heißt, es sind zwar körperliche Beschwerden wie bei einer organischen Erkrankung, doch es lässt sich trotz vielfältiger Abklärungsversuche kein krankhafter Befund objektivieren.

Das ist ein großes Problem, und zwar nicht nur für die überforderten Laien, sondern auch für Ärzte, wenn sie sich mit psychosomatischen Störungen nicht vertraut gemacht haben oder sie gar als „Hypochondrie“, „Hysterie“ oder

„Simulation“ abtun. Denn der Betroffene hat nicht einfach „nichts“ (verhängnisvoller Kommentar: „Seien Sie froh, Sie sind gesund, das ist *nur* psychisch...“), sondern er leidet auf einer psychosomatischen Schiene, bei der sich ungelöste seelische oder psychosoziale Störungen in körperlichen Beeinträchtigungen niederschlagen. Nicht jede Funktionsstörung muss auch eine organisch fassbare Ursache haben.

Nun gibt es aber auch das Umgekehrte: Organische Krankheiten, die sich nicht nur in körperlichen Beschwerden, sondern auch seelischen Symptomen äußern. Das sind beispielsweise Angst, Depression, aber auch Halluzinationen (Sinnestäuschungen) und Wahnphänomene.

Nachfolgend deshalb eine kurze Übersicht zum Thema

- Psychotische Störungen (z.B. Halluzinationen und Wahn) aufgrund einer körperlichen Erkrankungen.
- Psychotische Störungen aufgrund bestimmter Substanzen, seien es Medikamente, Rauschdrogen oder toxische (Gift-)Stoffe.

Woran kann man eine seelische Störung aufgrund körperlicher oder Vergiftungs-Ursachen feststellen?

Um es vorweg zu nehmen: Es ist nicht einfach, eine körperliche Ursache als Grund für eine seelische Störung festzustellen, wobei es bei Rauschdrogenkonsum und Intoxikation durch einen Giftstoff noch am ehesten gelingt. Wichtig sind auf jeden Fall drei Schritte:

1. Die Erhebung einer ausführlichen Anamnese (Vorgeschichte), und zwar nicht nur durch den Betroffenen (sogenannte Eigen-Anamnese), sondern auch durch seine Angehörigen, ggf. Freunde, Arbeitskollegen u.a. (sogenannte Fremd-Anamnese)
2. Ausführliche körperliche Untersuchung
3. spezifische Laborbefunde

Trotz allem gibt es keine sicheren Richtlinien zur Klärung der Frage, ob zwischen der seelischen Störung und einem medizinischen Krankheitsfaktor ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Wichtig ist dabei z.B. die Überlegung, ob es eine zeitliche Beziehung gibt zwischen seelischem Beschwerdebild sowie Beginn, Leidensgipfel und/oder Abklingen der verdächtigten organischen Erkrankung.

Beispiel: Ein Patient hat eine Angststörung, die aber verschwindet, als man ein gleichzeitig diagnostiziertes Nebenschilddrüsen-Adenom chirurgisch

entfernt, was den Serum-Calzium-Spiegel wieder normalisiert. Hier ist die Verbindung naheliegend. Es gibt aber Fälle, die mehr Probleme bereiten. So kann eine psychotische Störung mit einer Epilepsie zusammenhängen. Doch auf die Ursache Psychose – Epilepsie kommt man erst viele Jahre später, nachdem der Patient erstmals mit epileptischen Anfällen auf seine bisher nicht erkannte Epilepsie aufmerksam macht.

Und so gibt es viele Krankheiten, die sogenannte Prodromi, in diesem Fall psychische Vorposten-Symptome aufweisen, die erst lange Zeit später durch die darauf folgende körperliche Krankheit erklärt werden können (z.B. manische oder depressive Störungen bei bestimmten Hirntumoren, bei der Chorea Huntington (Veitstanz), bei Schilddrüsenleiden u.a.).

Der Verdacht auf eine organische Ursache bei seelischer Störung wird vor allem dann aufkommen, wenn das psychische Beschwerdebild untypisch ist. Nicht selten ein uncharakteristisches Alter bei Beginn oder im Verlauf bestimmter Leiden. Zum Beispiel das erstmalige Auftreten von schizophrenieartigen Symptomen im höheren Lebensalter (charakteristisch ist das bei Männern in jungen, bei Frauen in mittleren Jahren). Oder eine Depression, bei der man durch Appetitverlust durchaus mehrere Kilogramm Gewicht verlieren kann. Bei 10 oder 20 Kilogramm und mehr aber sollte man auch an ein organisches Leiden denken (z.B. bestimmte Tumore).

Es gibt also Möglichkeiten, wie man rechtzeitig auf die organische Ursache einer seelischen Störung aufmerksam werden kann. Doch letztlich hängt es vom Gespür, der Erfahrung und der Sorgfalt der jeweiligen Untersucher ab. Vor allem sollte man sich nicht leichtfertig rasch mit einer (häufig vorgefassten) Meinung oder gar Diagnose abfinden. Und man sollte sensibel bleiben für ungewöhnliche Zusammenhänge, die eine erneute Überlegung oder zusätzliches Nachforschen nahelegen.

Nachfolgend einige konkrete Hinweise zu bestimmten organischen Leiden, zu Rauschdrogenkonsum oder toxischen Substanzen mit seelischem Beschwerdebild.

– Psychotische Störungen durch eine organische Krankheit

Körperliche Krankheiten können also auch seelische Symptome nach sich ziehen. Dabei dürften Depressionen und Angststörungen am häufigsten sein. Einzelheiten dazu siehe die Kapitel Depressionen und Angststörungen mit der Aufzählung entsprechender körperlicher Krankheiten.

Es gibt aber auch organische Leiden, die psychotische Symptome auslösen, vor allem Halluzinationen (Sinnestäuschungen) und Wahnphänome.

Bei den *Halluzinationen* ist alles möglich: optische (Gesichts-), olfaktorische (Geruchs-), gustatorische (Geschmacks-), taktile (Berührungs-) und/oder akustische (Gehörs-)Trugwahrnehmungen. Bestimmte Krankheiten neigen zu bestimmten Schwerpunkten. Beispiel: Geruchshalluzinationen, insbesondere nach brennendem Gummi oder anderen unangenehmen Gerüchen bei der Schläfenlappen-Epilepsie. Im Übrigen können diese Sinnestäuschungen sehr unterschiedlich ausfallen, von sehr einfach und geformt bis hin zu hochgradig komplex (Einzelheiten siehe das Kapitel Halluzinationen).

Auch die durch organische Leiden auslösbaren *Wahnphänomene* können verschiedene Themen zum Inhalt haben. Am häufigsten sind es Verfolgungswahn, aber auch Größenwahn sowie körperbezogene oder religiöse Wahnthemen (siehe das spezielle Kapitel über Wahn). Natürlich gibt es auch Zusatzsymptome, je nach Krankheitsbild (z.B. bestimmte Wahn-Erscheinungen durch entsprechende Hirnschädigung mit typischen neurologischen Ausfällen). Doch im Allgemeinen hilft der Wahn bei der gezielten Diagnose einer organischen Ursache nicht so konkret weiter wie die Halluzinationen.

Die Zahl der in Frage kommenden *organischen Krankheiten mit psychotischen Folgen* ist nicht gering, was die exakte und rechtzeitige Diagnose noch mehr erschwert. Beispiele (in Fachausdrücken, Einzelheiten und Erklärungen siehe die entsprechenden Kapitel):

- *Neurologische Krankheiten* mit möglichen psychotischen Folgen: Neoplasmen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Chorea Huntington, Epilepsie, Schädigung des Nervus statoakusticus, Taubheit, Migräne, Infektionen des Zentralen Nervensystems u.a.
- *Internistische Krankheiten*: endokrine Leiden wie Hyper- und Hypothyreose, Hyper- und Hypoparathyreoidismus, Nebenniereninsuffizienz, metabolische Krankheitsfaktoren (z.B. Hypoxie, Hyperkapnie, Hypoglykämie), Entgleisungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes, Leber- und Nierenerkrankungen, Autoimmunerkrankungen mit Beteiligung des Zentralen Nervensystems (z.B. systemischer Lupus erythematodes) u.a.

Sehr häufig sind Halluzinationen und Wahnphänomene im Rahmen eines Deliriums oder einer Demenz vom Alzheimer-Typ bzw. einer vaskulären Demenz.

Natürlich lassen sich auch hier charakteristische Merkmale nutzen. So wird man beispielsweise beim erstmaligen Ausbruch von Wahn und Halluzinationen jenseits des 35. Lebensjahres oder älter eher an eine organische Ursache denken, als wenn dies in jüngeren Jahren geschieht (schizophrene Psychosen treten meist in der ersten Lebenshälfte auf, beim männlichen Geschlecht sogar gehäuft um die Pubertät). Auch führt die Eigen- oder Fremdanamnese weiter (erbliche Belastung eher bei schizophrenen als durch körperliche Krankheiten ausgelösten psychotischen Zustände).

Selbst die Art der Halluzinationen kann weiterhelfen. Akustische Halluzinationen in Form von Stimmen, vor allem Rede und Gegenrede sind charakteristischer für eine schizophrene Erkrankung als für eine organisch bedingte Psychose. Dafür denkt man bei optischen und Geruchs-Halluzinationen eher an eine körperliche Erkrankung, vor allem an eine Vergiftungspsychose. Doch insgesamt braucht es viel Erfahrung und eine sorgfältige Abklärung, insbesondere eine detaillierte Erhebung der Vorgeschichte.

– **Psychotische Störungen durch Rauschdrogen, Arzneimittel und Giftstoffe**

Auch bei einer psychotischen Störung durch bestimmte Substanzen, seien es Arzneimittel, Rauschdrogen oder sogenannte Toxine (Giftstoffe) stehen Halluzinationen und Wahnphänomene im Vordergrund. Hier ist das Erkennen des jeweiligen Zusammenhangs leichter, weil Einnahme und psychotische Reaktion zeitlich enger in Verbindung gebracht werden können (sofern man daran denkt und gezielt danach fragt; von den Betroffenen und ihren Angehörigen selber kommen nur selten entsprechende Hinweise).

Wenn psychotische Symptome auftreten, pflegen sie in der Regel so lange anzuhalten, wie die Substanz eingenommen wird. Manchmal auch länger, weil der Abbau dieser Stoffe im Organismus seine Zeit braucht und damit in vergiftender Weise fortwirkt, bis alles aus dem Organismus ausgeschieden ist. Nach vier Wochen ohne Einnahme sollte aber dieser körperliche Prozess abgeschlossen sein. Nach einem Monat kann man also nicht mehr gut von einer direkten substanz-bedingten psychotischen Störung sprechen.

Dann stehen andere Aspekte zur Diskussion:

1. eine reine seelische Störung, unabhängig von der verdächtigten Substanz,
2. eine seelische Störung, die bisher nicht ausgebrochen ist und durch diese Substanz gleichsam ausgeklint wurde (was gerade bei schizophrenen Psychosen unter Halluzinogenen wie LSD u.a. nicht selten ist),
3. das parallele Auftreten einer seelischen Störung (schon vorher bestehend, aber nicht erkannt oder akzeptiert) sowie eine substanz-induzierte psychotische Störung, die nach Einnahmestopp abklingt und es bleibt nur noch die reine seelische Störung übrig.

Auch hier helfen wieder Vorgeschichte (Eigen- und Fremdanamnese), vor allem erbliche Belastung, erstmaliges Auftreten des Krankheitsbildes u.a. weiter.

Auch bei den substanz-bedingten psychotischen Störungen gibt es Schwerpunkte in der Art der Halluzinationen (Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel: Medikamente, Rauschdrogen u.a.).

Welche Substanzen sind nun bezüglich psychotischer Störungen besonders verdächtig? Nachfolgend eine kurze Übersicht ohne Erklärung der jeweiligen Stoffe (Einzelheiten siehe Spezialliteratur):

- **Medikamente**, bei denen eine Auslösung psychotischer Stoffe diskutiert wird: Anästhetika, Analgetika, anticholinerge Substanzen, Antiepileptika, Antihistaminika, Antihypertensiva, Herz-Kreislauf-Mittel, Antibiotika, Antiparkinson-Mittel, Chemotherapeutika (z.B. Cyclosporin und Procarbazin), Kortikosteroide, Arzneimittel gegen Magen-Darm-Erkrankungen, Muskelrelaxantien, nichtsteroidale Antiphlogistika, Antidepressiva, Disulfiram, weitere (meist verschreibungspflichtige) Arzneimittel (z.B. Phenylephrin, Pseudoephedrin), Hypnotika, Sedativa, Anxiolytika u.a.m.
- **Rauschdrogen**, bei denen psychotische Störungen möglich sind: Amphetamine, Kokain (innerhalb kurzer Zeit Verfolgungswahn möglich), Cannabis (Haschisch/Marihuana), LSD und andere Halluzinogene, Opiate u.a.m.
- **Toxine** von denen über eine Auslösung psychotischer Symptome berichtet wird: Anticholinesterase, Insektizide aus der Gruppe der Organophosphate, Nervengase, Kohlenmonoxid, Kohlendioxid und flüchtige Substanzen wie Benzin und Anstrichfarben usw.

Schließlich muss auch auf das Genussmittel **Alkohol** hingewiesen werden, das im Rahmen eines Deliriums bzw. im Entzug besonders eindruckliche Halluzinationen und Wahnphänomene auslösen kann.

Zur Therapie der Schizophrenien

Kurzgefasste Übersicht

Es gibt fast kein seelisches Krankheitsbild, das so intensiv beforscht und in den letzten Jahrzehnten durch so eindrucksvolle Behandlungserfolge auf verschiedenen Ebenen erleichtert wurde, wie die Schizophrenien. Und doch kommt dies der Mehrzahl der Betroffenen nach wie vor kaum zugute. Das liegt aber nicht am Angebot, sondern an der Nachfrage. Schizophren Erkrankte nutzen – krankheitstypisch – viel zu selten die heutigen Diagnose-, Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten. Darin liegt die inzwischen fast größere Tragik dieses Leidens.

Deshalb auch die detaillierten Hinweise zur Früherkennung und schließlich definitiven Diagnose. Danach beginnt die Überzeugungsarbeit, die vielfältigen Hilfsangebote auch anzunehmen. Und die sind inzwischen eindrucksvoll, sollen aber – wie in den anderen Übersichtskapiteln – nur kurz gestreift werden. Einzelheiten dazu in den speziellen Ausführungen.

Auch die Therapie der Schizophrenien basiert im Wesentlichen auf folgenden Therapie-Säulen:

1. PSYCHOTHERAPIE

Die *Psychotherapie* ist die Behandlung mit seelischen Mitteln, die allerdings bei einem schizophren Erkrankten anders eingesetzt werden müssen als beispielsweise bei Depressionen, Angststörungen, psychosomatischen Leiden, Neurosen u.a. Welche Psychotherapie-Formen spielen derzeit die größte Rolle?

- **Supportive Psychotherapie:** früher als „Stütztherapie“ oder „stützende Psychotherapie“ bezeichnet, zumindest bisher kein einheitliches Therapie-System, aber häufig praktiziert und durchaus wirkungsvoll. Inhaltlich geht es vor allem um die Bewältigung alltäglicher Lebensanforderungen, was ja gerade bei schizophren Erkrankten zum Kernproblem werden kann. Dabei konzentriert sich die stützende Psychotherapie auf das einführende Zuhören, die Klärung akuter Problemsituationen, die Ermutigung und aktive Anleitung von Problemlösungen, die Stärkung bestimmter Abwehrstrategien, auf Rückfallvorbeugung u.a.

Sehr wichtig ist in diesem Zusammenhang die Hilfestellung durch sogenannte *psycho-educative Gruppen*, die eine immer größere Rolle spielen (siehe Kasten).

Was sind und wollen die psycho-educativen Gruppen?

- **Ziele:** Therapietreue im Allgemeinen und Einnahmезuverlässigkeit (der verordneten Medikamente) im Speziellen; Mithilfe zur Verhinderung von Rückfällen und vor allem frühzeitige Intervention; den Verlust psychosozialer, insbesondere zwischenmenschlicher Fähigkeiten begrenzen; irritierende, wenn nicht gar schockierende Symptome rechtzeitig erkennen und vermeiden helfen; Minus- oder Negativ-Symptome in ihren Auswirkungen mildern; Konflikte eingrenzen und neutralisieren; Versuch, den Schwerpunkt von der „Schizophrenie“ auf Krankheit schlechthin (wie es jeden treffen kann) zu verlagern und damit die drohende Diskriminierungsgefahr zu verringern; Vorurteile ausräumen; Ursachen „entmystifizieren“; ständiger Erfahrungsaustausch zwischen „erfahrenen Patienten“ und Neu-Erkrankten; Trost

spenden („sie sind nicht allein; sie haben dasselbe wie rund 1 Million Menschen im deutschsprachigen Bereich, etwa 60 Millionen auf dieser Erde“); damit insgesamt Verbesserung von Lebensmut, Lebensfreude, kurz: Lebensqualität und damit auch Leistungsfähigkeit.

- **Pädagogisches Vorgehen:** klar, leicht verständlich, Fachausdrücke erklären (nicht vermeiden, denn sie werden ja allerorten benutzt); langsam und deutlich sprechen (siehe kognitive („geistige“) Einbußen durch eine schizophrene Erkrankung); gezielte Wiederholungen (aber den Eindruck vermeiden, man spreche zu „Schwachsinnigen“); leicht begreifbare und merkbare Zusammenfassungen; positive Bestärkung, wenn konstruktive Erkenntnisse, Erfahrungen, aber auch Fragen und Einwände kommen; immer wieder überprüfen, ob die Informationen auch verständlich waren (Fachleute bleiben Fachleute); die Gruppe so aktiv einbeziehen, wie möglich, und zwar durchgehend und immer wieder; ständige Aufforderungen, eigene Erfahrungen einzubringen, zu beschreiben, zu beklagen, aber auch die Bewältigungsstrategien und -versuche vorzustellen; spontane Diskussionen gestatten, ja sogar anregen und darauf reagieren; Lehr-Hilfsmittel nutzen (Tafel, Flipchart, Projektor/Tageslichtprojektor usw.).
- **Konkrete Gruppenstunden-Gestaltung:** Angst reduzieren, Sicherheit vermitteln, Respekt als Grundlage, freundliche und entspannte Atmosphäre (wichtig: Kaffee, Kuchen, kurz: Kaffeehaus-Atmosphäre); antiautoritärer Umgang; individuelles Eingehen auf die Patienten; humorvolles Klima; flexible Zeiteinteilung, auf jeden Fall immer wieder Pausen, notfalls kurze Unterbrechungen; gezielte Intervention bei Anzeichen von Verzweiflung; in „schwierigen“ Fällen Entscheidung treffen, inwieweit der Einzelne im Augenblick „gruppenfähig“ ist, notfalls in Einzelbetreuung und später wieder in die Gruppe nehmen.
- **Administrative Hinweise:** unterschiedlich, je nach Erfahrung, Klientel, sonstigen Voraussetzungen: Information/Werbung, dadurch frühe Motivierung durch mündliche und schriftliche Hinweise (beste Werbung: Mundpropaganda); Beginn meist während des Krankenhausaufenthaltes, Fortführung nach der Entlassung ambulant (manchmal auch als offene Klinikgruppe, an der auch entlassene Patienten teilnehmen können); keine langen Wartezeiten, möglichst bald anfangen, kleine Gruppen, maximal 6 Patienten, etwa zwei Gruppenstunden pro Woche usw.

* Mod. und erw. nach Prelapse 1 (1997) 13

- **Psychoanalytische Therapie:** Hier geht es vor allem um das Verstehen von Symptomen und Reaktionen, aus dem heraus dann eine Verhaltensänderung angestrebt wird. Das kann – wie bereits der Begründer der Psychoanalyse Sigmund Freud erkannte – Probleme eigener Art aufwerfen.

Trotzdem wurde in den letzten Jahrzehnten dazu viel geforscht, gelehrt und auch entsprechend behandelt. Allerdings braucht es eine große therapeutische Erfahrung und dürfte auch nicht für jeden schizophrenen Patienten sinnvoll sein (am ehesten Schizophrene mit hohem Bildungsniveau, aber schlechter sozialer Anpassung, bei denen man sich von einer psychodynamisch orientierten Behandlung entsprechende Fortschritte erwarten kann).

- **Kognitive verhaltensorientierte Therapie:** Hier geht es vor allem um die Bearbeitung dreier krankmachenden Aspekte: 1. die biologisch verankerte Vulnerabilität (erhöhte Verwundbarkeit) schizophrener Erkrankter, 2. ihre Hilflosigkeit gegenüber psychosozialen Stressfaktoren (Beruf, Partnerschaft, Gesellschaft schlechthin) und/oder 3. die Verbesserung der sogenannten Bewältigungskapazität (d.h. was muss man tun, damit der Patient alles wirkungsvoller in den Begriff bekommt). Dabei haben sich besonders folgende Behandlungsverfahren bewährt:
 - *Training sozialer Fertigkeiten:* Wie in den vorangegangenen Kapiteln ausführlich dargelegt, leiden viele schizophrene Patienten unter einer Vielzahl von seelischen und psychosozialen Defiziten, die besonders unter Stress (und gestresst fühlen sich viele dieser Kranken besonders schnell) in einen Teufelskreis münden. Dem soll das Training sozialer Fertigkeiten entgegenwirken (Fachbegriffe: Instruktionen, Modell-Lernen, Rollenspiele, Hausaufgaben). Tatsächlich fühlen sich die meisten der Patienten nach einem solchen Training selbstsicherer, haben weniger soziale Ängste und damit Rückfälle und werden – wenn es tatsächlich wieder zu einem Klinikaufenthalt gekommen ist – schneller wieder entlassbar. Allerdings braucht dies ein regelmäßiges Engagement, die Teilnahme über mindestens ein halbes bis ein ganzes Jahr hinweg um immer wieder sogenannte Auffrischungssitzungen (siehe auch Kasten: psycho-educative Gruppen).
 - *Kognitiv-verhaltensorientierte Therapie geistiger Funktionsstörungen:* Hier geht es vor allem um die – bei schizophrenen Erkrankten ja in der Regel beeinträchtigten – Aspekte der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Gedächtnisses u.a. Aber selbst Wahnideen und Sinnestäuschungen können damit offenbar besser verarbeitet werden, was dem Patienten ganz allgemein zugute kommt (Partnerschaft, Familie, Beruf, gesellschaftliche Position). Dafür wurde eine Reihe neuerer kognitiver Verfahren entwickelt, die sich offenbar gut bewähren. Das Gleiche gilt für sogenannte Selbstmanagement-Verfahren, bei denen durch konkrete Strategien in simulierten Situationen verbesserte Bewältigungsmechanismen für den Alltag trainiert werden.
 - *Kognitiv-verhaltensorientierte Familientherapie:* Hier geht es vor allem um die Belastung der Angehörigen. Auch wurde in den vorangegangenen Kapiteln immer wieder auf ein ggf. überfürsorgliches (überprotektiv), überkritisches oder gar feindseliges Familienklima hingewiesen (Fachausdruck: „high expressed emotion“).

Beide Aspekte haben zur Entwicklung von Therapiekonzepten geführt, die eine solch ungünstige familiäre Veränderung verhindern oder zumindest mildern sollen. Die Ergebnisse sind ermutigend, hängen aber natürlich von der zuverlässigen und vor allem mittel- bis langfristigen Mitarbeit der Angehörigen ab. Wenn das nicht gegeben ist, pflegt die meist erheblich belastete familiäre Atmosphäre einen Teufelskreis einzuleiten (vermehrte Rückfälle, Klinikaufenthalte, in der Rehabilitation wieder von vorne anfangen müssen, zusätzliche Belastungen und vor allem Enttäuschungen und Verärgerung der Angehörigen usw.).

Das Geheimnis des Erfolgs scheint deshalb auch hier in einer mittel- bis langfristigen Betreuung aller Beteiligten zu liegen, zumindest über das kritische Alter (sogenannte Risikoalter) des Patienten hinweg.

- - *Systemische Therapie*: Hier geht es darum, gemeinsam mit der Familie ein zwischenmenschliches Verhaltensmuster zu entwickeln, das durch vermehrte Selbstverantwortung und Autonomie die drohenden Alltagsprobleme möglichst früh neutralisiert.
- **Milieu**therapie: Diese Art von Behandlung, die nebenbei ausgeprägt vom jeweiligen „Milieu“ bzw. ihren Therapeuten abhängt, basiert vor allem auf drei Voraussetzungen: 1. klar verteilte Verantwortlichkeit und Entscheidungsbefugnisse, 2. konkrete Behandlungsprogramme und 3. eine intensive Patient-Therapeut-Beziehung. Einer der wichtigsten therapeutischen Aspekte ist der Versuch, möglichst viel Verantwortung für die eigene Behandlung und diejenige von Mitpatienten zu übernehmen.

Eine besonders konsequente Umsetzung milieutherapeutischer Ansätze ist die sogenannte „Soteria“. Dort soll eine allerdings ausgewählte und damit kleine Gruppe akut erkrankter Schizophrener praktisch ohne Einsatz von antipsychotisch wirksamen Neuroleptika gemeindenah durch Laienbetreuer behandelt werden. Einzelheiten zu der im deutschsprachigen Bereich erfahrensten Klinik in dieser Hinsicht (Psychiatrische Universitätsklinik Bern) siehe Kasten.

Soteria – Vor- und Nachteile

- **Grundsätze** (Ciompi u. Mitarb. 1991):
 1. Kleines, möglichst „normales“ transparentes, entspannendes und reizgeschütztes therapeutisches Milieu.
 2. Behutsame und kontinuierliche mitmenschliche Stützung während der psychotischen Krise durch wenige ausgewählte Bezugspersonen.

3. Konzeptuelle und personelle Kontinuität von der akuten Behandlungsphase bis zur Wiedereingliederung.
4. Klare und gleichartige Information für Patienten, Angehörige und Betreuer hinsichtlich der Erkrankung, ihrer Prognose (Heilungsaussichten) und Behandlung.
5. Ständige enge Zusammenarbeit mit Angehörigen und weiteren wichtigen Bezugspersonen.
6. Erarbeitung von gemeinsamen konkreten Zielen und Prioritäten auf der Wohn- und Arbeitsachse mit Induktion von realistischen, vorsichtig positiven Zukunftserwartungen.
7. Verwendung von Neuroleptika (Antipsychotika) nur bei anders nicht abzuwendender akuter Selbst- und Fremdgefährdung, bei fehlenden Anzeichen von Besserung nach vier bis fünf Wochen oder bei anders nicht behebbarer Rückfallgefahr in der Nachbetreuungsphase.
8. Systematische Nachbetreuung und Rückfall-Prophylaxe während mindestens zwei Jahren aufgrund einer vorgängigen Analyse von individuellen Prodromalsymptomen (Vorposten-Krankheitszeichen), Belastungssituationen und möglichen Bewältigungsstrategien gemeinsam mit Patienten, Angehörigen und Betreuern.

- **Vorteile:**

Die Bewohner einer Soteria sind – laut entsprechender Nachuntersuchungen – bezüglich Beschwerdebild und Rückfallgefahr zwar nicht besser dran als die einer traditionellen Klinikstation behandelten Schizophrenen, erreichen aber in der Regel eine höhere Beschäftigungsrate und eine selbständigere Lebensführung. Auch wird die Behandlung von vielen Patienten als weniger traumatisierend (seelisch verwundend) und stigmatisierend (gesellschaftlich beeinträchtigend), da weniger ausgrenzend erlebt als in der stationären Behandlung einer Fachklinik.

- **Nachteile**

Der milieutherapeutische Ansatz einer Soteria hat aber auch klar erkennbare Grenzen. Die Behandlung beruht auf Freiwilligkeit und ist insbesondere ungeeignet für junge chronische schizophrene Patienten, die krankheitsuneinsichtig sind, aggressives Verhalten zeigen oder gar einen Suchtmittelmissbrauch betreiben (eine Gruppe, die offenbar zunimmt). Auch hängt der Therapieerfolg weitgehend von dem hohen Engagement der Betreuer ab, was wiederum auf deren Idealen und entsprechenden Wertvorstellungen beruht (und manchmal

auch in eine etwas romantische Idealisierung dieser Art von Therapie zu münden droht). Schließlich hat sich herausgestellt, dass bei der Mehrzahl der (selbst dafür ausgewählten) Schizophrenen der völlige Verzicht auf antipsychotisch wirksame Medikamente (Neuroleptika) fast nicht durchzuhalten ist. Inzwischen dominiert ein medikamentöser Kompromiss, nämlich eine niedrigdosierte Basismedikation (so niedrig dosiert wie möglich, aber grundsätzlich eben auch nicht ohne) mit Dosissteigerung, wenn sich das Beschwerdebild zu verstärken droht.

Nach H. D. Brenner und Mitarb. von der Psychiatrischen Universitätsklinik Bern, 2000

- **Langzeitbetreuung und CaseManagement:** In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich der Schwerpunkt der Langzeitbetreuung chronisch Schizophrener von der Fachklinik in der Gemeinde verlagert: ambulante und stationäre Krisenzentren, Tageskliniken, Tagesstätten, niederschwellige ambulante Dienste mit Kontaktstellenfunktion, Nachsorgeambulanzen, aufsuchende Dienste u.a.

Um das alles sinnvoll zu organisieren, wurden regionalisierte oder sektorierte Versorgungsstrukturen und ein sogenanntes CaseManagement entwickelt. Beim einen übernimmt ein multiprofessionelles Team die Verantwortung für eine festumschriebene Patientengruppe, und zwar vom stationären bis in den ambulanten Bereich. Beim anderen geht es um die Vermittlung von konkreten Therapie- bzw. Rehabilitationsangeboten, was zwar die Zahl der Kliniktage zu reduzieren vermag (und damit die Kosten), bei der Vermittlung von Lebensqualität aber noch verbessert werden kann.

Bewährt hat sich allerdings die *Familienpflege*, bei der der (meist schizophrene) Erkrankte gegen ein festes Entgelt in einer Familie integriert ist und damit nicht mehr in der Klinik, sondern so leben kann wie andere auch. Natürlich geht es auch hier nicht immer ohne Probleme ab, doch sind die Ergebnisse – eine sorgfältige Auswahl und Betreuung vorausgesetzt – insgesamt ermutigend.

2. ENTSPANNUNGSVERFAHREN

Entspannungsverfahren sind ebenfalls günstig, doch muss hier zuvor nervenfachärztlich genau abgeklärt werden, bei wem man mit welchem Verfahren vorzugehen gedenkt. Denn bei den Schizophrenen gelten nicht die gleichen Bedingungen wie bei den meisten übrigen seelisch Erkrankten.

3. KÖRPERLICHE AKTIVITÄT

Körperliche Aktivität ist grundsätzlich sinnvoll, wenngleich wiederum nicht mit demselben therapeutischen Hintergrund wie für manch andere psychische Leiden. Sie ist aber auf jeden Fall auch für schizophrene Erkrankte entlastend, stimmungsausgleichend und angstlösend. Das Gleiche gilt für andere roborierende (körperlich kräftigende und damit auch seelisch stärkende) Maßnahmen wie Massage, Krankengymnastik u.a.

4. PHARMAKOTHERAPIE

Die *Pharmakotherapie* ist das am meisten gescholtene, bisweilen geradezu diskriminierte, weil unverstandene (und auch nicht immer sehr glücklich praktizierte) Behandlungsverfahren. Sie ist aber auch - das ist inzwischen von allen fachlich kompetenten Stellen durchaus anerkannt - die wichtigste (!) Behandlungssäule für alle schizophrene Krankheitsformen. Einzelheiten siehe Kasten.

Auf ihr bauen alle anderen auf. Dies gilt nicht nur für die „schweren Fälle“ (Wahn, Erregungszustände, Fremd- und Selbstaggressivität), sondern auch für mittelschwer und sogar leichter Erkrankte. Die sind zwar oft empfindlicher gegenüber den Nebenwirkungen der Neuroleptika, aber das ist eine Frage der Dosierung (wobei die neue Generation des sogenannten atypischen Neuroleptika diesbezüglich noch weniger Probleme aufwirft).

Wer also die heilsame Wirkung der antipsychotischen Medikamente nicht nutzt, verzichtet in den meisten Fällen schizophrener Erkrankungen auf das *Therapie-Fundament*. Wer das nicht so sieht und im Bedarfsfalle die Neuroleptika übergeht (selbst in minimaler „Sockel-Dosierung“, auf der im Notfall rasch aufdosiert werden kann), muss gute Argumente haben und ggf. das Risiko tragen. Und wer zu spät mit der Medikation beginnt, hat nicht selten auch einen Teil ihrer Wirksamkeit vergeben. Auch hier gilt:

Am besten hilft, wer sofort hilft.

Ausführliche Informationen siehe das entsprechende Kapitel über *Neuroleptika*, einschließlich der Neuentwicklungen (atypische Neuroleptika).

Neuroleptika - eine kurze Übersicht

Neuroleptika, auch als Antipsychotika usw. bezeichnet, sind Arzneimittel, die - je nach Wirkstoff - mehr oder weniger antipsychotisch sowie dämpfend wirken. Es stehen mehrere dutzend Präparate zur Verfügung. Man unterscheidet:

- **Niederpotente Neuroleptika:** eher dämpfend, weniger antipsychotisch. Vor allem bei seelisch-körperlichen Unruhe-, Angst- und Erregungszuständen verschiedener Ursache; als Zusatzbehandlung bei schizophrenen und organischen Psychosen, manischen Zuständen, endogenen und körperlich begründbaren Depressionen, Konfliktreaktionen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatischen Erkrankungen, zur Entzugsbehandlung, bei chronischen Schmerzbildern, zur Schlafanbahnung u.a.
- **Hochpotente Neuroleptika:** wichtigste Medikamente gegen Psychosen jeglicher Ursache. Beispiele: organische, d.h. durch bestimmte Stoffwechsel- und andere Störungen, äußerliche Einwirkungen (z.B. Kopfunfall), Vergiftungen (z.B. Rauschdrogen), im höheren Lebensalter (z.B. Durchblutungsstörungen, Abbau bestimmter Gehirnstrukturen). Vor allem aber endogene (biologische) Psychosen: Schizophrenien, Manie, schizoaffektive Psychose u.a. Daneben aber auch Zwangskrankheiten, Alkoholdelir, chronische Schmerzbilder, in niedriger Dosis auch bei Befindensschwankungen, Unruhe-, Angst- und Erschöpfungszuständen u.a.
- **Mittelpotente Neuroleptika:** Zwischenstellung zwischen niederpotenten und hochpotenten Neuroleptika und damit entsprechen therapeutisch nutzbar (siehe oben).
- **Nebenwirkungen:** je nach nieder-, mittel- und hochpotentem Neuroleptikum bzw. Substanz, vor allem aber Dosierung (individuelle Dosis zu ermitteln suchen, um damit ein sinnvolles Verhältnis zwischen erwarteter Wirkung und vermeidbaren Nebenwirkungen herauszufinden).
- **Suchtgefahr:** alle Neuroleptika machen nicht (!) abhängig.

Schlussfolgerung

Aus diesem Grund soll sogar im abschließenden Therapie-Kapitel noch einmal auf den wichtigsten Behandlungsaspekt zurückgekommen werden: die rechtzeitige Diagnose, durch die erst eine gezielte Therapie möglich wird. Denn die Mehrzahl der Psychosen pflegt im Schnitt mehr als zwei Jahre zu dauern, bis sie erkannt und dann auch behandelt wird (und einen nicht geringer Teil erreicht überhaupt keine Therapie, das ganze Leben lang). Dabei scheint sich statistisch eine einfache Regel herauszubilden, die besagt:

- Jeder vierte schizophrene Erkrankte hat eine schlechte Prognose (Heilungsaussichten), droht chronisch krank zu werden und benötigt intensive Hilfe (z.B. ambulant durch Nervenarzt/Psychiater und sozialpsychiatrische Dienste, stationär durch eine psychiatrische Fachklinik).
- Genauso viele, also wieder jeder vierte Schizophrene, haben aber eine gute Prognose und können ein weitgehend normales Leben führen; ob mit oder ohne Behandlung entscheidet der Einzelfall.
- Die Hälfte aber hat letztlich nur dann gute Heilungsaussichten, wenn sie rechtzeitig in ärztliche, d.h. haus- und nervenärztliche Therapie kommt und sich alle Behandlungsangebote sichert, die heute zur Verfügung stehen. Das sind Hunderttausende von Betroffenen, allein im deutschsprachigen Bereich, deutlich mehr als bis jetzt ärztlich erfasst und damit betreut werden könnten.

Deshalb gilt: Man soll niemand voreilig in Angst und Schrecken versetzen oder gar diskriminieren, wie dies ja bei den Schizophrenien oft befürchtet wird. Man soll aber auch nicht zögern, wenigstens nicht zu lange, und wenn, dann unter ärztlicher Kontrolle (dort dann treffender als Verlaufsbeobachtung bezeichnet). Und im Zweifelsfalle sollte man die Therapie eher zu früh als zu spät beginnen. Das klingt zwar vorschnell, vielleicht sogar unverantwortlich. Viele Fachleute bekommen aber im Laufe ihres Lebens so viele geradezu tragische Schicksale (im wahrsten Sinne des Wortes) zu Gesicht, dass ihnen eine zu frühe (und ggf. unnötige) moderate Behandlung als das kleinere Übel erscheint, gemessen an den psychosozialen Folgen einschließlich Kummer und Sorgen der Angehörigen, die eine unbehandelte oder auch nur zu spät behandelte Schizophrenie auslöst.

Außerdem: Eine psycho- und soziotherapeutische Betreuung schadet auch nicht bei unspezifischen „Befindensschwankungen“, die sich wieder „auswachsen“. Und hochpotente Neuroleptika in niedrigster Dosierung werden sogar als „Wochenspritze“ für alle möglichen nicht-psychotischen Beschwerden genutzt (Monatsblutung, Wechseljahre, Krisen- und Überforderungsreaktionen). Und zwar offensichtlich mit Erfolg, sonst würden sie nicht so oft ärztlicherseits vorgeschlagen und später von dem Patienten auch weiterhin verlangt.

Deshalb zum wiederholten Male: Die beste Therapie ist eine rechtzeitige Diagnose, vor allem bei den schizophrenen Erkrankungen. Und hier entscheidet dann über den Behandlungserfolg nicht nur das rechtzeitige Erkennen dieser seelischen Störung, sondern auch die Akzeptanz dieses Leidens. Nur wenn der Betroffene seine Krankheit als solche anerkennt, sieht er auch ein, dass er Hilfe braucht, die er ja bei den heutigen Möglichkeiten auch findet – sofern er sie nutzt. Leider ist das gerade bei den Schizophrenien noch immer zu selten der Fall.

Mögen deshalb vorliegende Ausführungen dazu beitragen, das Erkennen und Anerkennen und damit die Behandlungsmotivation zu fördern.

LITERATUR

Die Schizophrenien sind jenes Krankheitsbild, das seit Bestehen einer wissenschaftlich fundierten Psychiatrie wohl am meisten beforscht und beschrieben wurde. Dies allerdings überwiegend in fachärztlichen Publikationen und Fachbüchern. In den letzten Jahrzehnten und Jahren hat sich aber zweierlei geändert: Zum einen sind andere seelische Störungen in der Vordergrund getreten und haben die Schizophrenien als wichtigstes Forschungs- und Publikationsthema verdrängt (z.B. Depressionen, neurotische und psychosomatische, insbesondere Angststörungen). Dafür hat aber die Zahl der allgemeinverständlichen Artikel und sogar Sachbücher zugenommen, was auch dem schwierig darstellbaren Kapitel der Schizophrenien zugute kommt.

Dies und die neuen Behandlungsverfahren (psycho-, sozio- und vor allem pharmakotherapeutisch) haben das Los aller Betroffenen und ihrer Angehörigen und die Heilungsaussichten nachhaltig verbessert. Wiederum zum Vorteil auch der schizophran Erkrankten.

Grundlage vorliegender Ausführungen ist nachfolgende Auswahl an alten (aber historisch bedeutsamen) und neueren Fach- und allgemeinverständlichen Sachbüchern:

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV. Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 1998.

Arieti, S.: Schizophrenie: Ursachen, Verlauf, Therapie. Hilfen für Betroffene. Piper-Verlag, München-Zürich 1985

Aschaffenburg, G. (Hrsg.): Handbuch der Psychiatrie. Deuticke-Verlag, Leipzig 1911

Benedetti, G.: Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenie. Verlag Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen 1983

Bleuler, E.: Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Verlag Franz Deuticke, Leipzig & Wien 1911

Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Neu bearbeitet von M. Bleuler. Springer-Verlag, Berlin 1994

Bleuler, M.: **Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1972

Böker, W., H.D. Brenner (Hrsg.): **Behandlung schizophrener Psychosen.** Enke-Verlag, Stuttgart 1997

Ciampi, L.: **Affektlogik.** Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 1984

Conrad, K.: **Die beginnende Schizophrenie.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1992

Deister, A., H.-J. Möller: **Schizophrenie und verwandte Psychosen.** Wiss. Verlagsges., Stuttgart 1998

Ernst, K.: **Praktische Klinikpsychiatrie.** Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln 1995

Faust, V. (Hrsg.): **Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1996

Häfner, H. (Hrsg.): **Was ist Schizophrenie?** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995

Halweg, K., M. Dose: **Schizophrenie.** Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 1998

Helmchen, H. und Mitarb. (Hrsg.): **Psychiatrie der Gegenwart 5: Schizophrene und affektive Störungen.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

Huber, G. (Hrsg.): **Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York, 1976

Huber, G., G. Gross, G. Schüttler: **Schizophrenie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1979

Huber, G.: **Psychiatrie.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1999

Jaspers, K.: **Allgemeine Psychopathologie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1973

Kahlbaum, K.: **Die Gruppierung der psychischen Krankheiten.** Kafemann-Verlag, Danzig 1863

Kisker, K. P. et al. (Hrsg.): **Psychiatrie der Gegenwart 4: Schizophrenien.** Springer-Verlag, Berlin 1987

Kloos, G.: **Psychiatrie und Neurologie.** Verlag Rudolph Müller & Steinicke, München 1962

Kraepelin, E.: **Psychiatrie.** Barth-Verlag, Leipzig 1899

Leonhard, K.: **Aufteilung der endogenen Psychosen.** Akademie-Verlag, Berlin 1980

Rudolf, G.A.E.: **Der schizophrene Patient in der ärztlichen Sprechstunde.** DeutscherUniversitätsVerlag, Wiesbaden 2000

Scharfetter, C.: **Allgemeine Psychopathologie.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1996

Scharfetter, C.: **Schizophrene Menschen.** Beltz-Verlag, Weinheim-New York 1995

Schneider, K.: **Klinische Psychopathologie.** Thieme-Verlag, Stuttgart 1939

Steinert, T.: **Aggressionen bei psychisch Kranken.** Enke-Verlag, Stuttgart 1995

WHO: **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 1993

Allgemeinverständliche Schizophrenie-Bücher (Auswahl)

Bäumli, J.: **Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis: Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige.** Springer-Verlag, Berlin 1994

Bock, Th. (Hrsg.): **Stimmenreich: Mitteilungen über den Wahnsinn.** Psychiatrie-Verlag, Bonn 1992

Bondy, B.: **Was ist Schizophrenie? Ursachen, Verlauf, Behandlung.** Verlag C.H. Beck, München 1994

Bremer, F. und Mitarb. (Hrsg.): **Stimmen in der Stille: 20 (nicht) ganz normale Geschichten.** Psychiatrie-Verlag, Bonn 1993

Faust, V.: **Schizophrenie. Erkennen und Verstehen in Fragen und Antworten.** Arcis-Verlag, München 1996 (allgemeinverständliche Einführung, Grundlage vorliegenden Kapitels)

Finzen, A.: **Schizophrenie. Die Krankheit verstehen.** Psychiatrie-Verlag, Bonn 1993

Hell, D.: **Schizophrenien: Verständigungsgrundlagen und Orientierungshilfen.** Springer-Verlag, Berlin 1993

Luderer, H.-J.: **Schizophrenien – Ratgeber für Patienten und Angehörige.** Trias, Stuttgart 1989

Seeman, M. V.: **Schizophrenie – wie man damit leben und arbeiten kann.** G. Fischer-Verlag, Stuttgart 1990

Straube, E.: **Zersplitterte Seele oder Was ist Schizophrenie?** Fischer-Taschenbuchverlag, Frankfurt 1992