

11 SCHIZOPHRENIE

„Schizophrenie, das heißt doch Spaltungsirresein. Das sind Geistesranke, die hören, sehen, schmecken und fühlen Dinge, die ihnen nur ihr krankes Gehirn aufzwingt, die es in Wirklichkeit aber gar nicht gibt“. Das ist die am weitesten verbreitete Laienvorstellung, die nebenbei nicht falsch ist, nur einseitig. Und hier liegt das Problem, und zwar nicht nur in gesellschaftlicher, sondern auch in diagnostischer Hinsicht. Wer nämlich nur auf so spektakuläre Krankheitszeichen wie Sinnestäuschungen, Wahn und groteske Äußerlichkeiten fixiert ist, muss zwangsläufig jene Symptome übersehen, die weniger Aufsehen erregen. Und das ist die Mehrzahl.

Dazu kommt ein sonderbares Phänomen, das man schon früher den „Gestaltwandel seelischer Symptome oder Erkrankungen“ nannte. Dabei sind die Aufsehen erregenden Symptome seltener, dezente, aber keineswegs weniger beeinträchtigende Krankheitszeichen häufiger geworden (s. später).

Auf was gilt es nun beim möglichen Ausbruch einer schizophrenen Psychose („Geisteskrankheit“) zu achten? Nachfolgend einige Hinweise aus dem „psychiatrischen Alltag“, der vor allem ergänzt wird durch die Beobachtungen der Angehörigen, Freunde, Nachbarn und Berufskollegen. Zuvor aber eine komprimierte Übersicht.

Schizophrene Störungen nach den tonangebenden Klassifikationen (modifiziert)

Internationale Klassifikation von Krankheiten (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

- Mindestens ein Symptom: Gedankenlautwerden, Gedankenein-
gebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Kontrollwahn,

Beeinflussungswahn, Wahrnehmung, Gefühl des Gemachten, kommentierende oder dialogische (Rede- und Gegenrede) Stimmen, bizarrer Wahn, z. B. mit Außerirdischen in Verbindung zu stehen.

- Oder mindestens zwei der folgenden Symptome: anhaltende Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen) jeder Sinnesmodalität (optisch, akustisch usw.), Neologismen (Wortneubildungen), Gedankenabreißen, Zerfahrenheit, katatone Symptome wie Haltungsstereotypien und wächserne Biegsamkeit, Mutismus (Verstummen), Stupor (seelisch-körperliche Erstarrung), Negativismus (das Gegenteil vom Geforderten tun), Negativsymptome wie Apathie, Sprachverarmung, Affekt-(Gemüts-)verflachung, während der meisten Zeit innerhalb eines Monats.

Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-V) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA)

Charakteristische Symptome: mindestens zwei der folgenden, jedes bestehend für einen erheblichen Teil einer Zeitspanne von einem Monat (oder weniger falls erfolgreich behandelt):

Wahn, Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen), desorganisierte Sprechweise (z. B. häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit), grob desorganisiertes oder katatones Verhalten (katatoner Typus: Unbeweglichkeit einschließlich wächserner Biegsamkeit) oder Stupor (seelisch-körperliche Erstarrung), übermäßige Bewegungsaktivität, extremer Negativismus (offensichtlich grundloser Widerstand gegenüber allen Aufforderungen oder Beibehaltung einer starren Haltung gegenüber Versuchen, bewegt zu werden) oder Mutismus (Verstummen), merkwürdige Willkürbewegungen, stereotype Bewegungsabläufe, ausgeprägte Manierismen (sonderbar verschrobene Gewohnheiten in Mimik, Sprache und Bewegung), Echolalie oder Echopraxis (Nachsprechen, Nachahmen u. a.), negative Symptome, d. h. flacher Affekt (unzureichendes gemütsmäßiges Ansprechen), Alogie (Unfähigkeit, richtige Sätze zu bilden) oder Willensschwäche.

Wie kündigt sich eine schizophrene Ersterkrankung an?

Wie äußert sich nun das Leidenbild einer schizophrenen Erkrankung zu Beginn 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 – vor allem langfristig. Nur gilt es hier einige Hürden zu überwinden, die unverändert die Früherkennung behindern:

- Als Erstes gehört dazu die *Scham*. Sie findet sich in keinem Lehrbuch ausführlicher dargestellt, gewinnt aber inzwischen auch öffentlich an Bedeutung, und zwar durch die Angehörigen, die darauf hinweisen: Wer sich schämt, pflegt sich nicht zu öffnen, sondern zu verstecken. Und wer durch absonderliche Verhaltensweisen auffällt, ganz besonders.

- Neben der Scham aber sind es vor allem *Resignation*, Niedergeschlagenheit, ja *Hoffnungslosigkeit*. Und manchmal auch *Reizbarkeit*, *Aggressivität* oder gar *verzweifelt-feindselige Reaktionen* (u. U. bei Vorhaltungen durch die Angehörigen, Freunde, Nachbarn oder Kollegen bzw. beim Arzt, wenn er es beispielsweise wagen sollte, eine solche Diagnose zu stellen).

- Ein weiteres Problem ist mehr wissenschaftlicher Natur: Ja, es gibt so etwas wie „*Warnsymptome*“ im Vorfeld einer schizophrenen Psychose. Sie sind aber nicht in jedem Falle anzutreffen. Und außerdem sind sie keinesfalls so eindeutig in ihrer Aussage und damit präzise nutzbar, wie man das bräuchte, um guten Gewissens eine solche Diagnose auszusprechen. Im Gegenteil: Sie können zu vielerlei passen, von der alltäglichen Befindensschwankung über die vorübergehende Überforderung bis hin zu ernststen Beeinträchtigungen durch andere Ursachen.

Nachfolgend deshalb einige Erkenntnisse zur Diagnose schizophrener Psychosen im Kindes- und Jugendalter, wobei man nach Beschwerdebild, Ersterkrankungs-Alter und Verlaufs-Typ unterscheiden kann:

Zur Diagnose schizophrener Psychosen im Kindes- und Jugendalter

- Nach ihrer **Symptomatik** (Beschwerdebild) können Psychosen (Geisteskrankheiten) in drei Gruppen eingeteilt werden:
 - Positiv-Typ: Wahnphänomene, Halluzinationen (Sinnes-täuschungen) und Desorganisation des Denkens und Handelns
 - Negativ-Typ: Beeinträchtigungen von Antrieb, Motivation und affektiver (gemütsmäßiger) Kommunikation sowie Störungen der Kontaktaufnahme mit Rückzugsneigung
 - Misch-Typ: Beide Beschwerdebilder mit unterschiedlichem Schwerpunkt zusammen, denn reine Positiv- oder Negativ-Psychosen sind selten, gerade im Jugendalter
- Differenziert man nach dem **Manifestations-Alter** (Alter bei Erst-erkrankung), dann lassen sich vier Gruppen unterscheiden:
 - Gruppe 1: Autistische und frühkindliche motorische (Bewe-gungs-)Manifestations-Formen, die bis zum 3. Lebensjahr beschrieben werden
 - Gruppe 2: Einige Formen tiefgreifender kindlicher Ent-wicklungsstörungen mit fraglichem Zusammenhang zur Schizophrenie (Beispiele: Dementia infantilis, Asperger-Syndrom)
 - Gruppe 3: Psychosen der späteren Kindheit und Vor-Pubertät mit klarem Bezug zur Schizophrenie
 - Gruppe 4: Adoleszente Schizophrenien (im Jugendalter) mit Beginn in Pubertät und Adoleszenz, die sich wie Erwachsenen-Schizophrenien äußern

- Will man nach zeitlichem Verlaufs-Typ unterscheiden, so gibt es die
 - sehr früh beginnenden Psychosen, die vor dem 13. Lebensjahr ihren Anfang nehmen
 - früh beginnenden Psychosen, die noch vor dem abgeschlossenen 18. Lebensjahr auftreten

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu wissen, dass sich beispielsweise ein wahnhaftes Beschwerdebild vor dem 4. Lebensjahr noch nicht ausbilden kann, also auch keine Beziehungs-, Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen. Denn bis dahin kann sich das Kind noch nicht richtig in andere Personen und deren Absichten hineinversetzen, weshalb die Unterscheidung zwischen Fantasie und Wirklichkeit noch unsicher bleibt.

Die häufigsten Vorposten-Symptome einer beginnenden Schizophrenie aus der Alltags-Sicht

Welches sind nun die wichtigsten Vorposten-Symptome einer beginnenden Schizophrenie, wenn man die bisherigen Erkenntnisse in allgemein verständlicher Sprache auf den Alltag zu übersetzten versucht, trotz aller Mängel was objektivierbare Häufigkeit, zutreffende Aussagekraft usw. anbelangt? Dies vor allem deshalb, weil bei einer Ersterkrankung ja niemand den allseits bisher noch nicht als Erkrankungsbeginn registrierten Verlauf beobachten konnte. Das ist nur bei einem Rückfall möglich, wo man ja bereits durch die Diagnose alarmiert ist und dann gezielt aufpassen kann. Bei einer Ersterkrankung lässt sich so etwas nur rückwirkend rekonstruieren, z. B. durch Fremd-Anamnese (Erinnerungen und Aussagen von Angehörigen u. a.) oder durch entsprechende Hinweise des Patienten selber (Eigen-Anamnese).

Vorposten-Symptome im weitesten Sinne finden sich bei der Schizophrenie nach Aussagen von Angehörigen aber in mindestens einem Drittel aller Fälle. Kurz vor dem eigentlichen, für jedermann nachvollziehbaren Ausbruch der schizophrenen Psychose werden sie

immer häufiger. Das Beschwerde-Spektrum solcher Leidenshinweise im Vorfeld kann 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 so genannten „*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 heraus: Was nicht sein darf, kann nicht sein.

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 Zerstretheit; erhöhte Beeindruckbarkeit; manchmal „wie völlig absorbiert“ oder „total verinnahmt“; allgemeine seelische, geistige und sogar körperliche Verlangsamung, bis hin zur unfassbaren Entschlussunfähigkeit oder Antriebslosigkeit; gehäuft Miss-Stimmungen, Reizbarkeit, ja Aggressivität, nicht zuletzt durch die unbegründete Neigung, alles auf sich selbst zu beziehen; dabei gelegentlich unmotiviert feindseliges Verhalten; Schlafstörungen und „nächtliches Umhergeistern“; wachsende Unfähigkeit, seine Rolle im Alltag auszufüllen, sei es Familie, Haus-

halt, Nachbarschaft, Schule, Arbeitsplatz u. a., bis hin zu peinlichem Leistungsabfall; grundlose Genussunfähigkeit, ja Freudlosigkeit; ängstlich-gedrückte bis schwermütige Stimmung; Gefühl der inneren Leere, manchmal wie „abgestorben“; schwindende Kontaktfähigkeit trotz vorhandenem Kontaktwunsch; dadurch 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!); „sonderbare Vorstellung“ oder magisch überzogenes Denken; eigentümliche Wahrnehmungsstörungen (ungewöhnliche Veränderungen von Mitmenschen, Tieren, Objekten ohne fassbaren Grund); Gedankendrängen, ja Gedankenjagen, ggf. Gedankenbeeinflussung „von außen“ u. a.

• 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 unverständliche Zurückweisung und Rückzug, andererseits plötzliche distanz- oder taktlose Kontaktsuche.

-
- Auswahl (siehe auch Hinweise zur Rückfallgefahr)

Mit am schmerzlichsten 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 ich 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 Scham- 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 zum Lesen von 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 Folgen (manche Rauschdrogen lösen 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 hier 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.

Wie kündigt sich ein Rückfall an?

Während sich also bei einer Ersterkrankung viele Faktoren unglücklich summieren: Informations- und Wissensdefizit, Überraschungseffekt, die Hoffnung, es möge sich alles wieder „auswachsen“, insbesondere wenn es während der Pubertät beginnt, Scham, Resignation, Niedergeschlagenheit, vielleicht sogar Reizbarkeit, Aggressivität oder feindselige Verzweiflungsreaktionen (s. o.), die zu einem monate- und jahrelangem Zeitverlust führen können, sollte dies bei einem Rückfall keine Rolle mehr spielen. Was gilt es also zu wissen, was zu tun?

An erster Stelle stehen auch hier innere Unruhe, Nervosität, Merk- und Konzentrationsstörungen, Freudlosigkeit, Interesselosigkeit, Rückzugsneigung, Isolationsgefahr, zwischenmenschliche Konflikte, Niedergeschlagenheit und Minderwertigkeitsgefühle, „dunkle Gedanken“, Schlafstörungen, belastende Träume, Vernachlässigung von äußerem Erscheinungsbild (Hygiene, Kleidung) und schließlich Sinnestäuschungen, Zwangsgedanken und -handlungen, Angst durchzudrehen oder verrückt zu werden, unverständliche Äußerungen, Reizbarkeit und Aggressivität, Zuflucht zu Alkohol und Drogen auf der einen, aber auch zu geistigen Hilfen wie Religion und Mystik auf der anderen Seite u. a.

Was heißt das nun auf den Alltag bezogen, und zwar zuerst wieder im Hinblick auf die Frage nach der Ursache:

Was kann einen schizophrenen Rückfall auslösen?

Häufiger als bei einer Ersterkrankung lassen sich bei einem Rückfall bestimmte Auslöser feststellen, und zwar immer wieder und oftmals

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

- Am häufigsten finden sich Verlusterlebnisse 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 wenige diskrete, teils akute, teils langwierige zermürbende Auseinandersetzungen auf familiärem, partnerschaftlichem, erotischem, sexuellem, aber auch religiösem und ethischem Gebiet.
- Natürlich belasten auch körperliche Auslösefaktoren, z. B. Stress, Überforderung, Erschöpfung, Erkrankung, Operationen, das Wochenbett, nicht zu vergessen Schlafmangel, Alkoholexzesse, Rauschdrogenkonsum u. a.
- 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. Sie können bei einer schizophrenen Erkrankung sogar problematisch werden bei alltäglichen sozialen Situationen, die für einen Gesunden völlig neutral, unerheblich, auf jeden Fall nicht beeinträchtigend 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 und 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. Ähnliches gilt für Arbeit unter Zeitdruck oder rasch wechselnde Anforderungen im Alltag.

Wie äußert sich ein schizophrener Rückfall?

Ein **schizophrener Rückfall** kann zwar plötzlich ausbrechen. Meist hat man dann aber die Vorzeichen übersehen. Die Regel ist jedoch kein Alles-oder-nichts-Ereignis, sondern sind 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 so genannten „**Warn-Symptome**“ sind eben allgemeiner Art. Vor allem sind sie keine psychotischen Krankheitszeichen, die irritieren, befremden, verwundern, verärgern oder gar erschrecken, was dann wenigstens relativ schnell registriert würde. Es sind eher unspezifische Befindensschwankungen, meist „nur“ Stressfolgen, wie sie jeder kennt, falls die Gesunden sie überhaupt als Stress betrachten.

Dazu gehören zum Beispiel „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, Elenigkeitsgefühl, Minderwertigkeitsgefühle, Appetitlosigkeit usw.

Die folgende Stufe der Eskalation, die so genannten **präpsychotischen 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 ausufernd 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. Auf dieser Schiene bahnt sich dann meist auf „atmosphärischer Ebene“ jener 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 Umtriebigkeit 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, zuletzt Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, ja Selbsttötungsideen.

- Von anderen kaum registriert, für den Betroffenen aber ausgesprochen quälend sind die schon mehrfach erwähnten **kognitiven, d. h. geistigen Beeinträchtigungen**. Beispiele: Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnisleistung lassen jetzt doch spürbar nach oder werden durch ein ständiges Grübeln regelrecht aufgesaugt (wirkt wie durchgängig absorbiert). 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 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, vielleicht sogar eigenartige, wandernde oder so sonderbare Schmerzen, dass man sie kaum beschreiben kann usw.

Auffälliges Verhalten und psychosoziale Konsequenzen

Vielleicht beginnt jetzt auch schon ein irgendwie **auffälliges Verhalten** bis hin zu eindeutig psychotischen Störungen:

- **Rastlosigkeit und Ratlosigkeit:** Manche Patienten wandern rastlos und vor allem ratlos im Zimmer, Haus, Garten, in Straßen, Wald und Feld umher, nicht zuletzt nachts. Sie wühlen in Papieren, Schubladen, Schränken. Sie versuchen in Büchern, Zeitungen, in Radio und Fernsehen zu finden, was sie sich selber nicht mehr erklären können.

- **Die Suche nach dem Sinn:** Dazu kommt unter Umständen die zunehmende Beschäftigung mit religiösen, mystischen und psychologischen Fragen, die verzweifelte Suche nach einer Antwort auf innerliche Veränderungen, die Böses verheißen. Aber warum, wie, wo, wodurch - und vor allem: was kann man tun? Und hier insbesondere eine weitere Verzweiflung: Mit wem könnte man sich besprechen, bei wem Rat suchen, wer würde einen verstehen (wollen), d. h.: letztlich ist man allein (gelassen), und das in einer der kritischsten Phasen des bisherigen Lebens.

- **Ernährungsänderungen:** Bisweilen irritiert das Umfeld auch die plötzliche Bevorzugung bestimmter (meist einseitiger) Ernährungsweisen, wenn nicht gar die Verweigerung von jeglicher Nahrung - auch hier mit allen Folgen (Gewichtsabfall, Stoffwechselstörungen).

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

- **Weitere Auffälligkeiten:** Nicht wenige 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.
- **Der wahnhafte Endzustand** eines solchen Rückfalls ist schließlich 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 Sinnestäuschungen möglich (z. B. Stimmen, Gerüche). Manche fangen deshalb an, Selbstgespräche zu führen, wobei sie in sich hineinhorchen, vielleicht hineinlachen, um sich schimpfen oder gegen unsichtbare Peiniger drohend vorgehen.
- Nicht wenige nehmen in dieser schweren und für alle unfassbaren Zeit Zuflucht zu **verzweifelten Selbstbehandlungsversuchen** mit Alkohol, Nikotin, vielleicht sogar Rauschdrogen (Ecstasy, Haschisch/Marihuana, Kokain, LSD, Opiate usw.), die alles nur noch verschlimmern.

Das Ende: die erneut ausgebrochene Psychose

Das Ende ist erreicht: Die Psychose ist wieder ausgebrochen. Die psychosozialen Konsequenzen lassen auch 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.

Alles ist wie sonst bei entsprechenden Auseinandersetzungen, nur eines müsste eigentlich zu denken geben: Der Betroffene ist zwar offensichtlich selber schuld an dieser Entwicklung, wirkt aber irgendwie hilflos ausgeliefert, gereizt und hoffnungslos, aggressiv und deprimiert zugleich.

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.

SCHIZOPHRENIE WIE MAN SIE KAUM KENNT

In der Allgemeinheit werden schizophrene Erkrankungen zumeist mit „gespaltener Persönlichkeit“, verschrobenem Verhalten und ggf. aggressiven Durchbrüchen in Verbindung gebracht. Bei etwas besserem Kenntnisstand auch mit Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen u. a. Einzelheiten siehe die vorangegangenen Hinweise.

Doch es gibt Krankheitszeichen, die viel nachhaltiger beeinflussen, obgleich sie kaum bekannt sind: die so genannten **Negativ-** oder **Minus-Symptome**. Das sind zumeist keine spektakulären, sondern heimlich verunsichernde, vor allem nach außen diskriminierende Beeinträchtigungen, die einen Teufelskreis einleiten, der für Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis, berufliche Entwicklung und das persönliche Ansehen folgeschwer ausgehen kann. Um was handelt es sich?

Die Psychiatrie unterteilt bei der Charakterisierung eines schizophrenen Beschwerdebildes in negative und positive Symptome, was allerdings nichts mit dem sonst üblichen Sprachgebrauch zu tun hat, denn negativ, d. h. belastend und ggf. diskriminierend sind alle beide, sofern man sie nicht rechtzeitig erkennt und gezielt behandelt.

- Zu den so genannten **Positiv-Symptomen** zählt man vor allem Wahn (z. B. Verfolgungs- oder Größenwahn), Sinnestäuschungen (Stimmen, Trugbilder u. a.) und psychotische Ich-Erlebnisstörungen (z. B. Gedankeneingebung oder -entzug, insbesondere Beeinflussungs-Erlebnisse, die als „von außen gemacht und gelenkt“ erscheinen).

So beeinträchtigend solche krankhaften Phänomene auch erscheinen mögen, sie haben einen Vorteil: Wahn, Sinnestäuschungen usw. fallen rasch auf und werden damit relativ schnell diagnostiziert und im günstigen Falle auch behandelt. Außerdem bilden sie sich durch eine

gezielte Pharmakotherapie mit antipsychotisch wirkenden Neuroleptika bald wieder zurück (auch wenn sie später immer wieder ausbrechen können). Diese Art von Symptomen kann zwar das Umfeld erheblich verunsichern oder gar verschrecken, hat aber günstigere Heilungsaussichten.

- Anders die so genannten **Negativ-** oder **Minus-Symptome**. Sie wirken auf den ersten Blick weniger auffällig, aber damit auch schwerer fassbar und letztlich auch weniger verstehbar. Außerdem lassen sie sich durch die vor allem früher verfügbare ältere Generation der antipsychotisch wirksamen Neuroleptika weniger gut behandeln. Das hat sich inzwischen aber gebessert.

Wie äußern sich schizophrene Negativ-Symptome?

- Zum Beispiel in einem zunehmenden *Mangel an Energie, Schwung und Ausdauer*, und zwar nicht nur wie bei Gesunden meist erschöpfungsbedingt. Nein, hier irritiert eher eine eigenartige und durchgehende Antriebsminderung, ja Antriebslosigkeit bis Apathie (gefühllos, teilnahmslos). Und das oft verbunden mit einer Einengung des Interessenspektrums, ja mit Interessenschwund und damit nach außen Interesselosigkeit, Gleichgültigkeit, Unbeteiligtheit, ja irritierender bis kränkender „Kalthertigkeit“. Manchmal fehlt auch einfach der Wille, wenn auch nicht aus Mangel an willentlicher Entschlusskraft, sondern aus krankhafter Willenlosigkeit.

- Ähnlich geht es mit einer *ungewöhnlichen Aufmerksamkeitsstörung*, d. h. der Unfähigkeit des Patienten, in allen Lebensbezügen aufmerksam, konzentriert und damit aktiv zu sein.

- Große Probleme bereitet dem schizophrenen Erkrankten auch eine Art *Sprachverarmung*, d. h. er weiß nichts zu reden, und das trotz guter Intelligenz und Ausbildung. In einem solchen Falle verarmt oder versiegt natürlich jedes Gespräch rasch, weil der Patient wortkarg, einsilbig, ja fad, leer und öd wirkt, wenn nicht gar gleichgültig oder arrogant. Doch das ist er nicht, im Gegenteil. Er registriert mit wachsender Verzweiflung, dass er nicht einmal zu einem halbwegs „ordentlichen Miteinander“ fähig ist und deshalb bald ausgegrenzt, wenn nicht isoliert sein wird.

- Dabei macht ihm zusätzlich eine andere Beeinträchtigung zu schaffen: *Er braucht nämlich länger* als ein durchschnittlicher Gesunder, *bis er auf eine gestellte Frage adäquat antworten kann*. Dergestalt beeinträchtigt zieht er sich dann lieber gleich von selber zurück, bevor ihn die immer gleichen schmerzlichen Konsequenzen seiner Umgebung treffen (siehe oben).

Denn der Schizophrene kann niemandem erklären, was sich hier in ihm abspielt, weiß er es doch selber nicht. Auf jeden Fall ist es keine Frage der Intelligenz („Dummheit“), der Gleichgültigkeit oder gar Arroganz, sondern eine in der Gehirnfunktion verankerte Denk- und Ausdrucksstörung, die aber im Alltag verheerende Folgen zu haben pflegt.

- Manchmal droht im Rahmen solcher Negativ-Symptome auch eine so genannte *Affektverflachung*. Das ist eine *Verarmung der Gemütskräfte* oder konkret: eine Einbuße von Stimmung, Befindlichkeit, Zumutesein usw. Was besonders leidet, ist die im Alltag übliche und für jedermann problemlos verfügbare Variationsmöglichkeit der Gemütsreaktionen, je nach Stimmung bzw. äußeren Gegebenheiten. Bei Schizophrenen mit einer Negativ-Symptomatik fällt dagegen eine verringerte affektive Reaktionsfähigkeit auf, oder kurz: Der Betroffene kann auf die Ereignisse in seinem Umfeld nicht mehr gefühlsmäßig adäquat reagieren.

Auch hier wirkt er deshalb rasch uninteressiert, unbeteiligt, unberührt, unterkühlt, „wurstig“, gleichgültig, gelangweilt, blasiert, ja arrogant, dabei leichtfertig, oberflächlich, seicht, lässig bis gemütsmäßig flach, wenn nicht gar am Schluss regelrecht „versandet“.

Natürlich spürt der Kranke auch dies – und kann nichts dagegen tun. Ein gesunder Mensch kann gar nicht erfassen, was es heißt, gemütsmäßig nicht mehr reagieren zu können, wie „man“ es erwartet. Der Schizophrene sitzt wie unter einer Glasglocke gefangen, man sieht ihn, aber er reagiert nicht wie andere - und befremdet dadurch eine ahnungslose Umgebung, die ihn langsam aber sicher auszugrenzen beginnt. Kein Wunder, dass sich Patienten mit solcher Negativ-Symptomatik immer mehr zurückziehen und in einen Teufelskreis von Kontaktunfähigkeit geraten, der sie schließlich in die Isolation treibt.

Negativ-Symptome gibt es nicht nur bei den Schizophrenien

Auch wenn bisher vor allem von schizophrenen Psychosen („Geisteskrankheiten“) die Rede war, so gibt es die Negativ- oder Minus-Symptomatik auch bei anderen seelischen Störungen. Dazu gehören Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, so genannte somatoforme Störungen (früher als psychosomatische Störungen bezeichnet), ferner Persönlichkeitsstörungen, organische Psychosyn-drome (körperliche Leiden, die zur Beeinträchtigung der Gehirnfunktion und damit ihrerseits zu seelischen Störungen führen) u. a.

Doch am häufigsten sind sie bei schizophrenen Erkrankungen - und leider auch am beharrlichsten.

THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN

Die Behandlung einer schizophrenen Psychose hat große Fortschritte gemacht, und zwar nicht nur durch Medikamente. Allerdings bieten sich diese in der Regel als therapeutische Grundlage an.

- Entscheidend dabei sind die so genannten *Neuroleptika*, also antipsychotisch wirkende Psychopharmaka, ggf. unterstützt durch stimmungsaufhellende oder -stabilisierende Antidepressiva und angstlösende Beruhigungsmittel.

- Auf der *psychologischen Ebene* sind es vor allem so genannte psycho-edukative und kognitive verhaltenstherapeutische Verfahren, ferner Stress-Management, Problemlöse-Training u. a.

- Auf der *sozialen Ebene* sind es vor allem familien-bezogene Interventionen (Maßnahmen), die sich insbesondere an die Angehörigen richten.

Damit lässt sich im Allgemeinen ein befriedigend stabiler seelisch-körperlicher Zustand erreichen. Der häufigste Rückfall-Grund soll aber nicht verschwiegen werden: Es ist die eigenmächtige und damit verhängnisvolle Unterbrechung der neuroleptischen Langzeit-Behandlung. Das muss in der Mehrzahl der Fälle mit einem erneuten Ausbruch der schizophrenen Psychose bezahlt werden, und sei es

erst nach einigen Monaten trügerischer „Erlösung von Krankheit und Medikament“.

Ansonsten kann aber gesagt werden: Jahrtausende lang war die Schizophrenie eine Geißel für die Betroffenen, mit der niemand fertig wurde und die die Patienten meist aus der Gesellschaft ausgrenzte. Heute haben die Betroffenen alle Chancen, frei von Symptomen (wenngleich auch nicht für den Rest des Lebens geheilt) zu werden - vorausgesetzt, man nutzt neben den psychosozialen Hilfen die medikamentösen Möglichkeiten unter ärztlicher Kontrolle.