

Dipl.-Mediziner

Mike Prater

Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie

Schizophrenie

Informationsschrift für Patienten

©Dipl.-Med. Mike Prater 2010

Dipl.-Med. Mike Prater
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Marktstr. 23 - 25
99084 Erfurt
Tel. 0361 / 5506725

Aufsichtsbehörde: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Berufskammer: Landesärztekammer Thüringen

Diese Broschüre dient der Patienteninformation
und ersetzt nicht die ärztliche Beratung.
Insbesondere sei ausdrücklich davor gewarnt,
Krankheiten selbst diagnostizieren zu wollen.

Trotz größter Sorgfalt sind Fehler und Ungenauigkeiten
nicht völlig auszuschließen.
Für sachdienliche Hinweise bin ich stets dankbar.

1 Schizophrenie – was ist das?

Bei der Schizophrenie handelt es sich um eine schwerwiegende psychische Krankheit, die sich vor allem durch erhebliche Störungen des Denkens und der Wahrnehmung auszeichnet. Am auffälligsten für andere Menschen sind Halluzinationen (Trugwahrnehmungen) vor allem in Form von Stimmenhören und wahnhaftes Denken. Im Rahmen der wahnhaften Fehlannahmen fühlen sich die Betroffenen vor allem verfolgt und bedroht. Viele der Kranken ziehen sich ängstlich-misstrauisch zurück und vereinsamen. Manche der Patienten, die im Rahmen der Erkrankung von Verfolgungswahn betroffen sind, ziehen auch gegen ihre vermeintlichen Feinde zu Felde.

Lange war man weitgehend hilflos. Davon zeugt auch eine alte Bezeichnung der Erkrankung: „Dementia praecox“, d.h. vorzeitig einsetzende Demenz. Die Betroffenen, die ja aufgrund ihres gestörten Realitätsurteils meist nicht mit dem Leben zurecht kamen, wurden oft auf Dauer in Irrenanstalten untergebracht. Noch früher, im ausgehenden Mittelalter, dürften sie oft Opfer von Hexenprozessen geworden sein.

1938 wurde die Elektrokrampftherapie entwickelt. Seit Anfang der 50er Jahre des 20. Jahrhunderts stehen Neuroleptika zur Verfügung. Unser Wissen um diese Erkrankung hat rasant zugenommen, viele neue Therapiemöglichkeiten wurden entdeckt. Heute können die meisten Erkrankten ein weitgehend normales Leben führen, in ihren Familien leben und oft auch weiter ihrem Beruf nachgehen.

2 Ein fiktiver Fall

Herrn F. geht es seit Wochen nicht gut. Er ist abgeschlagen und erschöpft. Er kann keinen Stress mehr aushalten; wenn mehrere Leute sprechen oder die Geräuschkulisse zu hoch ist, kann er überhaupt nicht mehr denken. Er kommt nachts nicht mehr richtig zur Ruhe.

Nach einiger Zeit kommt Herr F. alles verändert vor. Er kann auch unwichtige Vorgänge nicht mehr einfach abtun. Auf jedes Blatt, das vom Baum fällt, wird er aufmerksam. Irgendetwas stimmt nicht – er kann nur nicht sagen, was. Auch die Leute sind irgendwie anders. Es scheint neuerdings eine Bedeutung zu haben, wenn jemand an ihm vorübergeht.

Eines Tages nimmt Herr F. zu Hause einen eigenartigen Geruch wahr, wie ein giftiges Gas. Er kann sich die Wahrnehmung nicht erklären. Außerdem hat er ein eigenartiges Gefühl auf der Haut, so wie eine Strahlung. Aber was für eine, und woher kommt sie? So etwas Seltsames hat er noch nie erlebt. Herr F. hat Angst. Plötzlich hört er seltsame Geräusche über sich; sie werden deutlicher, und schließlich hört er eine Stimme: „Ich werde dich vernichten! Du kommst hier nicht mehr lebend raus!“ Herr F. gerät in Panik. Die Stimme schweigt wieder, und

Herr F. beruhigt sich ein wenig. Trotzdem bleibt immer noch die unterschwellige Angst.

In den folgenden Tagen kommen die beängstigenden Wahrnehmungen wieder. Schließlich fasst sich Herr F. ein Herz und zieht seine Frau ins Vertrauen. Da wolle ihn jemand „wahrscheinlich“ vernichten. Warum, wisse er nicht; jedoch sende ihm derjenige Botschaften. Zudem wisse dieser offenbar, wo er sei, bestrahle ihn und leite Gas in die Wohnung.

Die Frau ist entsetzt. Sie muss wahrnehmen, dass ihr Mann offensichtlich geistesgestört geworden ist. Sie bekommt Angst um ihn, aber auch Angst *vor* ihm. Sie versucht ihren Mann zu beruhigen, erklärt, dass dies alles nicht sein kann und sie nichts riecht oder hört. Sie beobachtet ihn besorgt und auch misstrauisch.

Aus Sicht von Herrn F. sieht das anders aus. Die Stimmen, Gerüche und Strahlen *sind* aus seiner Sicht ja da. Seit Tagen fühlt er sie, auch jetzt, während seine Frau alles abstreitet. Warum leugnet sie? Und warum beobachtet sie ihn so seltsam? Steckt sie etwa mit den Verschwörern unter einer Decke, oder wird sie erpresst? In den folgenden Tagen spitzt sich das Verhältnis der Gatten zu. Beide beobachten sich misstrauisch und haben Angst voreinander: Die Frau vor ihrem verrückt gewordenen Mann, Herr F. vor seiner Frau, die vielleicht Komplizin der Verschwörer ist.

Auch die Nachbarn werden immer komischer. Sie mustern ihn so seltsam. (Herr F. versteht in dieser Situation nicht, dass sie nur über sein misstrauisch-feindseliges Auftreten konsterniert sind.) Vor allem der über ihm wohnende Nachbar; als Herr F. ihm eine Testfrage gestellt hat, ob er mit Strahlen umgehen könne, hat der nur komisch geguckt und geschwiegen.

Schließlich verliert Herr F. die Nerven. Eines Nachts schleicht er sich aus dem Schlafzimmer, zieht sich an und steigt ins Auto. Er will fliehen; noch weiß er nicht, wohin. Er fährt auf die Landstraße. Doch plötzlich ist der Gasgeruch auch im Auto. Es kribbelt auf der Haut, und die Stimmen sind auch wieder da. Ist er auch hier nicht sicher? Wissen die Verschwörer, wo er ist? Sind sie in der Nähe? Da ist 200 m hinter ihm ein anderes Auto. Sind sie das?

Herr F. gibt Gas, versucht seinen vermeintlichen Verfolgern zu entkommen. In einer Kurve verliert er die Kontrolle und fährt ins Feld. Das Auto überschlägt sich. Die Insassen des nachfolgenden Autos, die natürlich nichts mit Herrn F. zu tun haben und nur zufällig zur gleichen Zeit am gleichen Ort sind, haben den Unfall gesehen, halten und verständigen Polizei und Rettungsdienst. Sie sehen nach dem Verunfallten. Der scheint nur leicht verletzt, kommt aber nicht allein aus dem Auto. Seltsam ist aber, dass er seine Helfer zu beschimpfen und zu bedrohen beginnt. Man solle ihm ja nicht zu nahe kommen, es reiche wohl noch nicht, dass sie ihn mit Stimmen beschallt und ihn in den Graben gelenkt hätten!

Die Helfer halten Abstand und warten auf Polizei und Rettungsdienst. Als die Polizei eintrifft, berichten sie ihm das seltsame Verhalten des Verunfallten. Als die Profis Herrn F. aus dem Auto befreit haben, hat er tatsächlich nur leichte

Verletzungen, attackiert aber sofort die unschuldigen Ersthelfer und verlangt von der Polizei, diese wegen Mordversuchs mittels Gaseinleitung und Bestrahlung zu verhaften. Polizei und Rettungsdienst bugsieren Herrn F. in den Rettungswagen, geben ihm eine Beruhigungsspritze und fahren ihn in eine psychiatrische Klinik.

In der Klinik angekommen, ist Herr F. aufgebracht. Er ist doch nicht verrückt, sondern Opfer eines Mordversuches! Jedoch lässt man ihn nicht gehen. Die nächsten Stunden sind eine Tortur. Ärzte und Pfleger halten ihn fest und geben ihm eine Spritze. Davon wird er benommen und ist nicht mehr handlungsfähig. Etwas später erscheint ein Richter. Herr F. hofft, alles könne sich aufklären – aber im Gegenteil, der Richter erklärt, er müsse wegen Fremd- und Eigengefährdung in der Klinik bleiben. Herr F. ist verzweifelt; auch hier übrigens nimmt er das Bestrahlungsgefühl, das Gas und die Stimmen wahr. Hat sich die ganze Welt gegen ihn verschworen?

In den nächsten Tagen bekommt er immer wieder Spritzen. Zuerst versucht er sich zu wehren und wird festgehalten. Dann gibt er auf und lässt es geschehen. Die Ärzte erklären ihm immer wieder, er leide an Trugwahrnehmungen, er sei hier sicher, und niemand trachte ihm nach dem Leben. Sie wirken ja vertrauenswürdig – aber jeder kann sich verstellen. Eines macht freilich nachdenklich: Seit er die Spritzen bekommt, sind die Stimmen leiser geworden und schließlich verschwunden. Auch das Bestrahlungsgefühl und der Gasgeruch sind weg. Außerdem kann er wieder klarer denken. Hat ihm wirklich sein Gehirn einen Streich gespielt, und haben die Medikamente seinen gestörten Hirnstoffwechsel repariert?

Mit der Zeit versteht Herr F., was geschehen ist. Die Spritzen werden gegen Tabletten ausgetauscht. Er wird jetzt gebeten, an Gesprächen und Unterweisungen teilzunehmen. Dort lernt er viel über die Krankheit und ihre Behandlung. Er hört, dass er auch nach seiner Krankenhausentlassung weiter Tabletten schlucken muss. Auf die Besuche seiner Frau freut er sich jetzt wieder.

Eines Tages fährt er zu einem ersten Urlaub nach Hause. Sein Heim wirkt jetzt wieder vertraut, auch die Nachbarn sehen jetzt wieder ganz normal aus. Den Nachbarn von oben bittet Herr F. um Entschuldigung und begründet sein Verhalten mit einem Nervenzusammenbruch.

Wenig später wird Herr F. nach Hause entlassen. Er geht zu einem niedergelassenen Psychiater zur Nachsorge. Noch fühlt sich Herr F. angespannt und kann sich nicht konzentrieren. Der Psychiater beruhigt ihn, und tatsächlich nimmt die Konzentrationsfähigkeit von Herrn F. langsam zu. Schließlich kann er zum ersten Mal nach einem Vierteljahr wieder zur Arbeit gehen.

An dieser Stelle wollen wir Herrn F. verlassen und uns der Theorie zuwenden.

3 Ursachen der Erkrankung und Befunde

Um es gleich vorweg zu nehmen: *Die Ursache für die Schizophrenie gibt es nicht. Um an einer Schizophrenie zu erkranken, benötigt man ein ganzes Bündel von Ursachen.*

Im Bedingungsgefüge der Erkrankung geht man heute von einem sogenannten Vulnerabilitäts-Stress-Modell aus. Vulnerabilität bedeutet Verletzlichkeit, also eine langfristig vorhandene Erkrankungsbereitschaft. Durch verschiedene Stressfaktoren kann dann aus der Erkrankungsbereitschaft eine manifeste Erkrankung werden.

Man kann das grob mit der Füllung eines Gefäßes vergleichen: Die Vulnerabilität ist wie der Füllstand eines Gefäßes. Je voller es bereits ist, umso weniger Tropfen benötigt man, um es endgültig zum Überlaufen zu bringen.

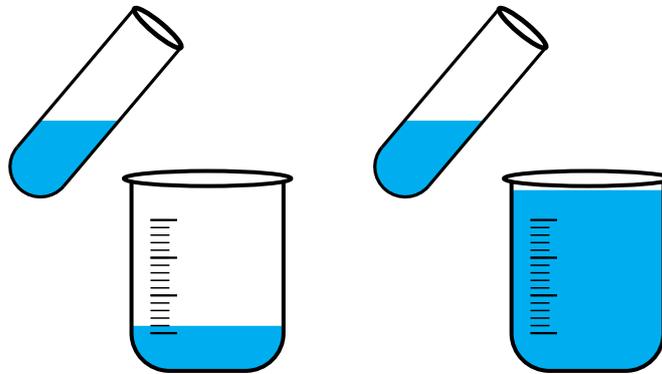


Abb. 1: Vulnerabilitäts-Stress-Konzept. Das linke Gefäß repräsentiert eine geringe, das rechte eine hohe Vulnerabilität. Wenn die Wassermenge in dem Reagenzglas ausgeschüttet wird, wird der rechte Becher sicher überlaufen, der linke nicht.

3.1 Vulnerabilitätsfaktoren

Wir wissen von verschiedenen Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen können, irgendwann an einer Schizophrenie erkranken. Dabei gilt:

- Kein einziger dieser Faktoren ist unbedingt dafür notwendig, dass eine Schizophrenie entsteht.
- Kein einziger dieser Faktoren führt auf jeden Fall und zwangsläufig zum Ausbruch einer schizophrenen Psychose.

Welche Umstände gehören zu denen, die die Entwicklung einer Schizophrenie begünstigen können?

- Wir wissen, dass schizophrene Erkrankungen in manchen Familien gehäuft auftreten. Die Befunde sprechen dafür, dass es sich um das Zusammenreffen mehrerer Erbfaktoren handeln muss (polygener Erbgang). Welche Gene im einzelnen verantwortlich sind, ist noch nicht geklärt, wenngleich es einige „Verdächtige“ gibt.
- Schizophrene Patienten kommen häufiger als andere Menschen aus einem Milieu, in dem die Eltern nicht sehr warmherzig und ihnen nicht besonders wohlgesonnen waren. Was dies bedeutet, wissen wir bis heute nicht. Haben kühle Eltern die Entwicklung ihres Kindes beeinträchtigt? Oder war der später Kranke schon als Kind auffällig, und das Verhalten der Eltern ist eine Reaktion darauf? Oder haben die Eltern – genau wie ihr Kind – leichte Auffälligkeiten, weil sie auch einen Teil der verantwortlichen Erbfaktoren tragen?
- Bei schizophrenen Patienten findet man häufiger als bei anderen Menschen minimale, ansonsten bedeutungslose Auffälligkeiten des Gehirns.
- Im Winter geborene Menschen werden später etwas häufiger schizophren als in anderen Jahreszeiten Geborene. Warum das so ist, wissen wir nicht. Man nimmt an, dass eine werdende Mutter im Winter mehr Infekten ausgesetzt ist, die möglicherweise minimale Schäden am kindlichen Gehirn erzeugen.

3.2 Stressfaktoren

Wenn ein Mensch sehr vulnerabel (verletzlich) ist, kann ein hinzugetretener Stressfaktor aus der Veranlagung eine manifeste Krankheit machen. Einige häufige Faktoren, die das Fass zum Überlaufen bringen, sind:

- Erschütternde Lebensereignisse wie der Tod naher Verwandter, Verbrechen und dergleichen.
- Soziale Konstellationen, von denen eine andauernde echte Bedrohung ausgeht, wie Mobbing am Arbeitsplatz, reale Bspitzelung und dergleichen.
- Konsum verschiedener Drogen, vor allem LSD und Cannabis. Cannabis-Konsumenten werden siebenmal so häufig schizophren wie der Bevölkerungsdurchschnitt.

3.3 Stoffwechselstörung des Gehirns

Wir wissen mittlerweile recht genau, welche Stoffwechselstörungen im Gehirn zu den Krankheitssymptomen einer Schizophrenie führen, wenn die Erkrankung einmal ausgebrochen ist.

Bei schizophrenen Erkrankten bestehen Abweichungen im Stoffwechsel bestimmter Botenstoffe (Transmitter), wobei vor allem Dopamin eine Rolle spielt.

Dopamin ist ein Botenstoff, der in vielen Regelkreisen eine Rolle spielt, die mit Glücks- und Belohnungserlebnissen und mit dem Lernen zu tun haben. Wenn uns etwas Neues, Überraschendes begegnet, dann wird im Gehirn Dopamin ausgeschüttet. Dieser Dopamin-Kick sagt uns: Was du hier siehst, ist etwas Besonderes, Außergewöhnliches; präge es dir gut ein!

Was aber nun, wenn in bestimmten Hirnzentren auf einmal ständig zu viel Dopamin vorhanden ist? In einem solchen Falle erscheint auf einmal *alles* neu, besonders und bedeutsam. Ein vom Baum fallendes Blatt, ein zufällig geparktes Auto, ein Passant, der rein zufällig in die Richtung des Betroffenen sieht, irgendein herumliegendes Stück Zeitung mit einer Schlagzeile – all das erregt auf einmal Aufmerksamkeit, ist nicht mehr gewöhnlich. In einer solchen Welt der Bedeutungen entwickeln sich schnell Erklärungsversuche, die rasch in einen Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn hineinführen.

In anderen Hirnzentren dagegen fehlt Dopamin. Das führt zu Lustlosigkeit und Antriebsarmut.

Auch der Stoffwechsel anderer Botenstoffe ist gestört. Dies alles im einzelnen erklären zu wollen, würde hier aber zu weit führen.

4 Symptome

Die Symptome einer Schizophrenie unterteilt man in Positiv- und Negativsymptome. Grob gesagt sind positive Symptome etwas, das es beim Gesunden nicht gibt, während negative Symptome etwas sind, was gegenüber dem Gesunden fehlt.

Positivsymptome	Negativsymptome
Formale Denkstörungen	Dynamische Entleerung
Abnormes Bedeutungserleben	Kognitive Defizite
Halluzinationen	Motorische Defizite
Ichstörungen	
Wahnbildung	

Tabelle 1: Positiv- und Negativsymptome

4.1 Positivsymptome

Halluzinationen. Die meisten an Schizophrenie Erkrankten leiden an Halluzinationen (Trugwahrnehmungen). Häufig ist das Hören von Stimmen. Sie können als

laut gewordene Gedanken empfunden werden. Sie können aber auch dem Patienten Befehle erteilen, sein Handeln kommentieren, ihn beschimpfen, sich mit dem Patienten oder miteinander unterhalten. Häufig sind auch Leibhalluzinationen. Die Betroffenen spüren bizarre Mißempfindungen, so als ob sie bestrahlt oder angepustet würden, etwas sich unter der Haut bewege und dergleichen.

Abnormes Bedeutungserleben. Wie schon oben bei den Bemerkungen über die Dopamin-Stoffwechselstörung ausgeführt, erleben die Patienten auch banale Wahrnehmungen (ein Auto fährt vorbei, ein Blatt fällt vom Baum, ein beliebiges Autokennzeichen) als wichtig, bedeutungsvoll, ein an sie gerichtetes Signal. In diesem Zusammenhang glauben viele Patienten auch, Radio- oder Fernsehsendungen hätten etwas mit ihnen zu tun.

Formale Störungen des Denkens. Das Denken der Patienten ist verworren, „zerfahren“. Die Betroffenen empfinden eingene Gedanken als fremd und glauben daher, man gebe ihnen Gedanken ein. Auch reißen die Gedanken oft ab; die Betroffenen glauben dann oft, man entziehe ihnen die Gedanken. Gedanken unterschiedlicher Art scheinen oft auf eine eigentümliche Weise zu verschmelzen.

Ichstörungen. Die Kranken haben den Eindruck, als ob sie nicht mehr Herr ihrer Gedanken seien. Eigene Gedanken erscheinen wie von Fremden eingegeben. Eigenes Handeln erleben sie oft als von Anderen gesteuert oder beeinflusst. Im Gegenzug meinen sie oft, mit ihrem Handeln seltsame „Fernwirkungen“ zu erzeugen. Oft wird der eigene Körper als fremd erlebt.

Wahnbildung. Die Patienten versuchen sich ihre eigentümlichen Wahrnehmungen zu erklären. Hierzu sei ein Beispiel konstruiert: Herr X hat seltsame Missemphindungen im Bauch, die er nie zuvor erlebt hat (Leibhalluzinationen). Dazu hört er Stimmen, die seine Gedanken und sein Handeln kommentieren. Zudem hat er den Eindruck, dass alle Leute auf der Straße ihn ständig mustern würden (abnormes Bedeutungserleben). Er leitet daraus die Meinung ab, jemand müsse ihm, vielleicht damals bei der Blinddarm-Operation, einen Sender in den Bauch eingepflanzt haben, der einerseits allen Menschen seine Gedanken mitteile und andererseits ihn mit seinen laut gewordenen Gedanken beschalle.

4.2 Negativsymptome

Dynamische Entleerung. Die Kranken fühlen sich rasch erschöpft, können sich manchmal nicht einmal mehr zu den einfachsten Alltagshandlungen aufraffen. Sie verlieren ihren Antrieb und ihre Adressen. Von freudigen oder traurigen Ereignissen werden sie nicht mehr so bewegt wie vor der Erkrankung.

Kognitive Defizite. Bei vielen schizophren Erkrankten Menschen bestehen Einschränkungen der Konzentration und der Aufmerksamkeit. Man findet aber auch ganz eigenartige Fehlleistungen. So können viele Patienten nur unzureichend übertragene Wortbedeutungen, Ironie und dergleichen erfassen; Witze und Sprichwörter verstehen sie daher nicht. Außerdem haben viele der Patienten

Schwierigkeiten, den emotionalen Gehalt eines Ereignisses zu erfassen (dass z.B. ein Unfall etwas ist, was andere Menschen entsetzt).

Motorische Defizite. Bei etlichen erkrankten Menschen nimmt man wahr, dass ihre Bewegungsabläufe nicht mehr so flüssig und anmutig sind wie vor der Erkrankung.

5 Verlaufstypen

5.1 Einmalige Erkrankung mit Ausheilung

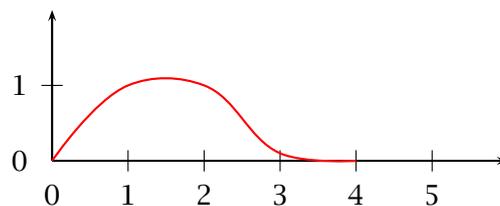


Abb. 2: Verlauf mit Ausheilung. Nachdem die Krankheitsepisode vorbei ist, wird der Patient nie wieder erkranken

Bei dieser gutartigen Verlaufsform erkranken die Patienten nur mit einem Schub. Nachdem dieser ausgeheilt ist, gesunden sie. Manchmal bleibt ein leichtes Residuum (Restzustand) zurück. Auch wenn die Medikamente nach einer ausreichend langen Zeit abgesetzt werden, werden die Betroffenen nicht wieder krank.

Leider nimmt die Erkrankung nur bei etwa einem Viertel der Patienten einen so günstigen Verlauf.

5.2 Schubförmiger Verlauf mit oder ohne Residuum (Restzustand)

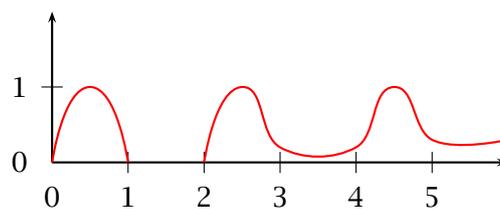


Abb. 3: Schubförmiger Verlauf. In diesem Falle heilt die erste Episode folgenlos aus, während ab der zweiten ein zunehmendes Residuum verbleibt.

Die Patienten erkranken irgendwann mit einem ersten Krankheitsschub, der wieder ausheilt. Später, oft nach Jahren, erkranken sie mit dem nächsten Schub. Die Erkrankung kann nach zwei oder drei Schüben für immer abklingen; meist folgen aber auch später immer wieder Krankheitsschübe.

Nachdem mehrere Krankheitsschübe abgelaufen sind, bilden sich oft Restsymptome aus, die mit jedem Schub stärker werden können. Diese Restsymptome bestehen meist in einer Negativsymptomatik.

Etwa bei der Hälfte der schizophrenen Patienten verläuft die Erkrankung schubförmig.

5.3 Chronischer Verlauf

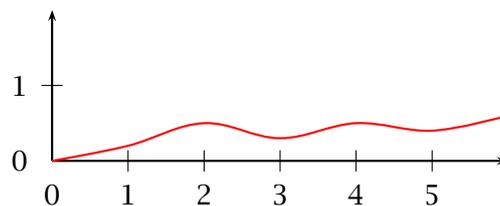


Abb. 4: Chronischer Verlauf. Wie aus dieser Abbildung ersichtlich wird, ist der Patient unterschiedlich stark krank, aber nie völlig gesund.

Hier treten wesentliche Symptome der Erkrankung chronisch auf; gesunde oder weitgehend gesunde Intervalle gibt es nicht. Die Betroffenen fühlen beispielsweise ständig eigenartige Empfindungen oder hören Stimmen. Sie können auch ständig ein zerfahrenes Denken haben.

Diese ungünstige Verlaufsform betrifft etwa ein Viertel der Patienten. Allerdings kann man unter Zuhilfenahme moderner Therapieoptionen auch hier eine deutliche Symptomlinderung erzielen.

6 Unterformen

Die schizophrenen Erkrankungen sind eine ziemlich heterogene Gruppe. Wir kennen mehrere Unterformen. Diese unterscheiden sich zum einen darin, welche Symptomatik im Vordergrund steht. Zum anderen unterscheiden sie sich nach ihrem Verlaufstyp.

Bei jeder der Unterformen können alle vorher genannten Symptome auftreten. Der Unterschied liegt darin, ob diese oder jene Symptomatik im Vordergrund steht.

6.1 Paranoide Schizophrenie

Die paranoide Schizophrenie ist die bei weitem häufigste Verlaufsform.

Bei der paranoiden Schizophrenie stehen Wahn und Halluzinationen im Vordergrund. Die Betroffenen hören Stimmen, die über sie reden oder ihnen Anweisungen erteilen. Sie fühlen sich beeinflusst, manipuliert, verfolgt. Sie schreiben ihre Beschwerden oft der Einflussnahme fremder Mächte wie einem Geheimdienst oder dergleichen zu. Manche Patienten haben Missempfindungen auf der Haut oder im Körper. Sie meinen dann oft, dass jemand sie bestrahlt oder dass jemand ihnen einen Sender implantiert hat, mit dem sie ausspioniert werden.

Diese Erkrankungsform verläuft meist schubförmig, die Schübe sind mit heutigen Methoden immer wieder gut in Ausheilung zu bringen. Bei einer langfristigen Medikation kann man das Auftreten neuer Schübe unwahrscheinlicher machen und bei etlichen Patienten auch ganz verhindern. Heute können viele dieser Patienten normal in ihren Familien leben und oft auch weiter ihrer Arbeit nachgehen.

6.2 Katatonie

Bei der katatonen Schizophrenie stehen Störungen des Ich-Erlebens und der Willensbildung im Vordergrund. Die Betroffenen haben den Eindruck, daß ihr Körper nicht zu ihnen gehört, dass sie ferngesteuert werden. Oft können sie sich kaum bewegen und sich kaum äußern, andere führen seltsame Bewegungen aus. Sie werden beherrscht von widersprüchlichen Willens- und Bewegungsimpulsen. Manchmal kommt es auch plötzlich zu einem starken Erregungszustand.

Die Katatonie verläuft schubförmig, wobei nach den Schüben meist eine gute Wiederherstellung erfolgt. Das bedeutet: Auch wenn die Krankheitsschübe dieser Unterform besonders dramatisch aussehen, ist doch die langfristige Prognose eher sehr günstig.

Bei einer katatonen Schizophrenie kann es zu einer gefährlichen Komplikation kommen, der febrilen (fiebrhaften) Katatonie. Durch die einander widerstrebenden, letztlich zu keiner Bewegung führenden Muskelimpulse kann es zu einer enormen Muskelanspannung und im Gefolge zu lebensgefährlichem Fieber kommen. Eine Elektro-Krampftherapie kann lebensrettend sein, alternativ gibt man hohe Medikamentendosen.

6.3 Hebephrenie

Die Hebephrenie ist eine Erkrankungsform, die meist schon im Jugendalter auftritt (Hebe [Hβη] ist die griechische Göttin der Jugend). Sie zeichnet sich vor allem durch Persönlichkeitsveränderungen mit einem unernsten, läppischen Affekt und durch seltsame Ideen aus. Bei dieser Unterform entstehen auch schnell

Negativsymptome: Antrieb, Interessensphäre und emotionale Vielfalt lassen nach, die Patienten „versanden“.

Der Verlauf ist meist chronisch, jedoch ist die Erkrankung heute gut beeinflussbar. Ich kenne mehrere Patienten, die dank moderner Behandlungsstrategien weitgehend unbeeinträchtigt sind oder doch zumindest mit ihrem täglichen Leben zurecht kommen.

6.4 Schizophrenia simplex

Die Schizophrenia simplex ist die eigenartigste Form und sehr schwer zu diagnostizieren. Die Patienten haben keine oder fast keine Positivsymptome. Vielmehr ziehen sie sich zurück, verlieren schleichend ihren Antrieb und die Spannbreite ihres emotionalen Lebens. Wenn niemand auf das Problem aufmerksam wird, kommen die Betroffenen schnell ins soziale Abseits, weil sie ihre Angelegenheiten vernachlässigen.

Man vermutet, dass unter zurückgezogenen Sonderlingen und auch unter Landstreichern und Obdachlosen viele unter dieser Erkrankung leiden.

7 Behandlung

7.1 Medikamente

Im Mittelpunkt der Behandlung einer Schizophrenie stehen Antipsychotika (Neuroleptika). Man teilt sie grob in zwei Gruppen ein: Klassische (typische) und atypische Neuroleptika. Letztere sind die moderneren Präparate und für die Mehrzahl der Patienten die besser verträglichen.

Mitte des 20. Jahrhunderts hatte man erste Medikamente entdeckt, die Symptome wie Wahn oder Halluzinationen linderten. Rasch stellte man fest, daß alle diese Medikamente auch Beschwerden erzeugten, die einem Parkinson-Syndrom ähnelten. Man glaubte, die Fähigkeit eines Medikaments, eine Psychose zu lindern, sei fest an diese Eigenschaft gekoppelt. Später entdeckte man mit Clozapin die erste Substanz, die eine Psychose bekämpfen konnte, ohne ein Parkinsonoid zu erzeugen. Man nannte Clozapin daher atypisch. Heute sind alle modernen Antipsychotika atypisch.

Die atypischen Antipsychotika bekämpfen nicht nur die Positivsymptome, sondern auch die Negativsymptome.

Oft wird gleichzeitig ein Antidepressivum eingesetzt, weil sich damit depressive Verstimmungen und Antriebsstörungen bessern lassen. Wenn Betroffene quälende Beschwerden haben, können vorübergehend Beruhigungs- oder Schlafmittel für eine segensreiche Entlastung sorgen.

7.2 Aufklärung und Patientenführung

Von entscheidender Bedeutung ist es, dem Patienten rasch klar zu machen, was mit ihm geschieht, und ihn für die Therapie zu gewinnen.

Ein schizophren erkrankter Mensch hat zu Anfang meist keine Krankheitseinsicht. Er glaubt, verfolgt, manipuliert, abgehört zu werden. Er hat *nicht* den Eindruck, unter einer Fehlfunktion seines Gehirns zu leiden. Demzufolge sucht er auch Hilfe am falschen Ort; er sucht Schutz bei der Polizei oder flieht, anstatt den Arzt aufzusuchen. Er hat Angst davor, nicht ernst genommen und für verrückt gehalten zu werden.

Daher ist es zuerst oft schwer, ein therapeutisches Bündnis einzugehen. Ein gemeinsamer Nenner ist aber meistens zu finden: Es ist wichtig, die furchtbare Angst und Verunsicherung der Patienten ernst zu nehmen und ihnen diesbezüglich Hilfe anzubieten.

Danach muss man möglichst schnell für Aufklärung und die Vermittlung von Krankheitseinsicht sorgen. Warum? Wenn ein Mensch nach ein paar Tagen mitbekommt, dass er doch nicht von Außerirdischen manipuliert wurde, ist er heilfroh. Wenn er jedoch ein halbes Leben mit dem „Wissen“ um Außerirdische, die mit ihm etwas vorhaben, zugebracht hat, geht das in seine Lebenserfahrung über, die ihm keiner mehr nehmen oder ausreden kann. Ist ein Patient also seit Jahren in einem Wahn gefangen, kommt man oft zu spät.

7.3 Psychologische Therapiemethoden

Die Schizophrenie bringt leider auch oft erhebliche neuropsychologische Defizite mit sich.

Durch die Beeinträchtigung der Reizfilterung entstehen Schwierigkeiten der Aufmerksamkeit und Probleme bei der geistigen Ausdauer. Bei Reizüberflutung kommt es bei den Betroffenen schneller als bei Gesunden zu einem Leistungsver-sagen. Darüber hinaus kommt es zu charakteristischen Fehlleistungen. So können schizophren erkrankte Menschen oft übertragene Bedeutungen von Worten und Ironie nicht verstehen.

Durch Behandlungsmethoden, die in vereinfachter Darstellung Unterweisungen und Training beinhalten, lassen sich die beschriebenen Probleme zurückdrängen.

7.4 Elektrokrampftherapie

Diese Behandlungsmethode wird heute nur noch selten und nur in einigen Krankenhäusern eingesetzt. Hierbei werden Elektroden auf dem Kopf des Patienten plaziert. Durch einen elektrischen Stromimpuls, der das Gehirn durchfließt, wird ein epileptischer Krampfanfall ausgelöst. Der Wirkungsmechanismus ist bis heu-

te nicht völlig geklärt, jedoch treten tatsächlich nach einem solchen Anfall die Symptome in den Hintergrund.

Wer den Film „Einer flog über das Kuckucksnest“ gesehen hat, hat den Eindruck, die Methode sei quälend. Das stimmt übrigens nicht. Man verliert nämlich bei einem epileptischen Anfall *sofort* das Bewußtsein und bekommt die Muskelverkrampfungen gar nicht mit. Allerdings hatten die Patienten anschließend einen schlimmen Muskelkater, waren sehr erschöpft und hatten sich manchmal in anderer Weise verletzt. Deshalb wird heute die Elektrokrampftherapie in Kurz-narkose durchgeführt. Der epileptische Anfall spielt sich nur noch im Gehirn ab, die Muskelzuckungen unterbleiben. Nachteil ist wiederum, daß man hierfür die für eine Narkose erforderlichen Einrichtungen benötigt, was nur im Krankenhaus gegeben ist. Außerdem ist jede Narkose riskant.

Nach einer Elektrokrampftherapie verbleiben oft für längere Zeit Gedächtnisstörungen, die als die problematischste Nebenwirkung gelten.

Trotz all ihrer Probleme ist die Elektrokrampftherapie vor allem in verzweifelten Fällen oft unersetzlich. Bei einer febrilen Katatonie ist sie die Therapie der Wahl.

7.5 Andere Therapiemethoden

Viele Patienten mit einer Schizophrenie benötigen flankierende Therapiemaßnahmen.

Während der Zeit eines stationären Aufenthaltes ist es wichtig, die Betroffenen zu aktivieren und an die Vielfalt des Alltages wieder heranzuführen. Nach der Rückkehr nach Hause benötigen vor allem solche Patienten, die an einer erheblichen Negativsymptomatik leiden, viel Unterstützung. Man muss ihnen helfen, ihren Alltag zu strukturieren, sich darum kümmern, dass sie finanziell versorgt werden, notfalls über eine Rente. Solche Maßnahmen werden als Soziotherapie bezeichnet.