

Seelisch Kranke unter uns

Allgemeine Informationen – Reports – Kommentare

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

WIE BEGINNT EINE SCHIZOPHRENIE?

Was man bei einer psychotischen Ersterkrankung über Warnsymptome wissen sollte?

Ein Prozent der Bevölkerung und damit rund 60 Millionen auf dieser Erde leiden unter einer Schizophrenie. Leider können sich die meisten Menschen von dieser seelischen Störung kein zutreffendes Bild machen, wenn man einmal von einer Reihe negativer Krankheitsfolgen bis hin zur drohenden Gewalttätigkeit absieht, die diese Erkrankung charakterisieren sollen.

Und am wenigsten weiß man über den Beginn einer schizophrenen Psychose, obgleich das rechtzeitige Erkennen, Anerkennen und gezielte Behandeln der wichtigste Schritt überhaupt wäre. Deshalb ein etwas ausführlicherer Beitrag zur Frage: Wann und wie beginnt diese Krankheit? Gibt es Unterschiede nach Alter und Geschlecht? Wie äußert sich eine Schizophrenie zu Beginn, wenn noch niemand weiß, was sich hier abzeichnet? Soll man den Facharzt aufsuchen oder ist das eine unnötige Panikmache? Was beeinträchtigt am meisten? Was droht, wenn man therapeutisch nicht rechtzeitig einschreitet? Und vor allem: Was kann man überhaupt tun, insbesondere mit den heutigen medikamentösen Möglichkeiten?

Keine seelische Krankheit, wahrscheinlich kein Leiden überhaupt provoziert soviel Unsicherheit, Verlegenheit, Furcht, ja gereizte Reaktionen und Aggressivität wie die **Schizophrenie**, das „Spaltungsirresein“, wie man dieses Leiden in der Allgemeinheit bezeichnet.

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, die zumeist noch durch sensations-geleitete Medienberichte verfälscht werden, keine konkreten Kenntnisse.

Doch genau das wäre wichtig, um einer Krankheit gerecht zu werden, die nicht nur rund eine Million Menschen im deutschsprachigen Bereich und damit etwa 60 Millionen auf dieser Erde betrifft, sondern in der Mehrzahl der Fälle nach außen weitgehend unauffällig ist, d. h. überwiegend „innerlich“ beeinträchtigt.

Leider ist der allgemeine Kenntnisstand aber mehr als unzureichend – und er scheint auch nicht zu wachsen, trotz guter Informationsangebote. Denn „Wissen ist Macht“, nämlich Macht zu helfen, d.h. zu erkennen und richtig einzuordnen, was sich hier zu entwickeln droht. Und den Arzt bei seiner Diagnose zu unterstützen, seine Therapie zu überwachen und damit ernstere psychosoziale Konsequenzen in Familie, Nachbarschaft und Beruf zu verhindern.

Denn schizophrene Psychosen entwickeln sich meist schleichend, uncharakteristisch und damit verhängnisvoll täuschend – über eine lange, viel zu lange, weil nutzlos verstrichene Zeit. Was kann man tun?

Kurze Erläuterungen der wichtigsten Begriffe

- *Schizophrenie*: Psychisches Krankheitsbild aus der Gruppe der sogenannten endogenen Psychosen, wie man das nach früherer Klassifikation bezeichnete.

- *Endogen*: von „innen“, aus dem Organismus heraus, aber ohne bisher erkennbare bzw. nachweisbare körperliche Ursache. Vor allem auf erblichen und konstitutionellen (die seelische und körperliche Verfassung betreffenden) Faktoren beruhend.

- *Endogene Psychose*: frühere Sammelbezeichnung für alle Geisteskrankheiten (= Psychosen) aus endogener Ursache wie Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankung, endogene Depression u.a.

- *Psychose*: Seelische Störung, bei der die Beeinträchtigung der psychischen Funktion ein solches Ausmaß erreicht hat, dass dadurch Realitätsbezug, Einsicht und Fähigkeit zu sehr gestört sind, um einigen der üblichen Lebensanforderungen noch zu entsprechen (frühere Definition der Weltgesundheitsorganisation – WHO).

- *Psychotisch*: betroffen von Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen), wahnhaften Störungen oder bestimmten Formen schweren abnormen Verhaltens, wie krankhafte Überaktivität bis zu heftigen Erregungszuständen bzw. ausgeprägte psychomotorische (seelisch-körperliche) Hemmungen bis zu regelrechten Sperrungen (nach einer neueren Definition der Weltgesundheitsorganisation – WHO).

- *Heutige Definition der Schizophrenien*: Grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte (Gemütsreaktionen). Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen

Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive (geistige) Defizite entwickeln können.

Die wichtigsten psychopathologischen (krankhaften) Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedanken- ausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungs-wahn oder das Gefühl des Gemachten, ferner Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen sowie Denkstörungen und Negativ-Symptome.

Unter Negativ-Symptomen versteht man beispielsweise Aufmerksamkeits- störung, Sprachverarmung, Gemütsverflachung, Mangel an Energie, Schwung und Ausdauer, ferner Antriebsminderung, Interessenschwund, Gleichgültigkeit, Willensschwäche, Unfähigkeit Freude zu empfinden, Rückzug und Isolations- neigung (nach Weltgesundheitsorganisation – WHO)

- *Heutige Einteilung der Schizophrenien:* paranoide, hebephrene, katatone und undifferenzierte Schizophrenie-Verläufe, postschizophrene Depression, schizophreses Residuum (Restzustand), Schizophrenia simplex, schizotype Störung, anhaltende wahnhaftige Störung, akute vorübergehende psychotische Störung, induzierte wahnhaftige Störung, schizoaffektive Störung und anderes mehr mit entsprechenden Unterteilungsmöglichkeiten (nach Weltgesundheits- organisation - WHO).

Einzelheiten zu diesen Begriffen siehe das entsprechende Internet-Kapitel über die Schizophrenien.

Wen treffen schizophrene Psychosen?

Betroffen sind alle sozialen Schichten und beide Geschlechter gleich häufig. Allerdings gibt es gewisse Unterschiede, die jedoch kein statistisches, sondern ein psychosoziales Phänomen sind:

Zum einen erkennt man offenbar in der Mittel- und Oberschicht den Ausbruch dieses Leidens schneller, reagiert rascher und überwacht es therapeutisch auch konsequenter.

Zum anderen ist der Ausbruch einer Schizophrenie zwar theoretisch in jedem Lebensalter möglich, allerdings zeichnen sich bestimmte Schwerpunkte ab, vor allem nach Geschlecht:

- Beim **männlichen Geschlecht** zeigt sich ein steiler Anstieg des Krankheitsausbruchs zwischen 15 und 24 Jahren. Danach kommt es zu einem gleich bleibenden Abfall, d.h. in den mittleren Lebensjahrzehnten und im fortgeschrittenen Alter sind Männer nur noch selten betroffen.

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

- Bei **Frauen** findet sich statistisch (möglich ist natürlich jeglicher Verlauf) 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 letztlich erkranken beide Geschlechter gleich häufig, wenn man es statistisch vergleicht.

Nur ist es eben ein großer Unterschied, ob vor Ausbruch der Erkrankung Persönlichkeit, Partnerwahl, Berufsausbildung und die Gründung einer Familie weitgehend problemlos entwickelt bzw. abgeschlossen werden konnten oder ob man in einer der verwundbarsten Phasen seines Lebens, nämlich schon um die Pubertät herum, krankheitsbedingt und damit häufig lebensprägend aus der Bahn geworfen wurde.

Wie äußert sich eine Schizophrenie?

Was das Krankheitsbild einer schizophrenen Psychose anbelangt, so kursieren in der Allgemeinheit die unwahrscheinlichsten Befürchtungen. Und – das muss man offen zugeben, hier gibt es nichts zu beschönigen –, das meiste ist nicht völlig falsch, nur zahlenmäßig verzerrt.

Die überwiegende Mehrzahl schizophrener Erkrankter bleibt nämlich trotz ihres Leidens weitgehend unauffällig, zumindest für die Allgemeinheit. Was sich einprägt sind jene vereinzelt Negativ-Beispiele, ob lächerlich, peinlich, belastend oder mitunter auch einmal gefährlich, die bei einer Million Erkrankter zwar statistisch nicht ins Gewicht fallen, aber eben Aufsehen erregen – und in nachteiliger Erinnerung bleiben.

Und das verzerrt den Eindruck über schizophrene Psychosen im Allgemeinen und die Meinung über schizophrene Gewalttaten im Speziellen. Denn es gibt in der Tat Kranke mit auffälligem Verhalten und es gibt sogar aggressive Durchbrüche, die – besonders, wenn sie prominente Opfer fordern – nachvollziehbarerweise die unseligsten Befürchtungen und Reaktionen provozieren. Nur steht es eben in keinem Verhältnis zur Realität, zur Gefährdung jedes Einzelnen.

Deshalb ist es so wichtig, über das schizophrene Leidensbild generell und den Beginn dieser Erkrankung im Besonderen Bescheid zu wissen.

Als charakteristisch gelten Gedanken, die eingegeben oder entzogen werden, die sich laut äußern oder sich gar auf andere Personen auszubreiten scheinen. Ferner das Gefühl, auf widernatürliche Weise beeinflusst und kontrolliert zu werden, also wenn Gedanken, Bewegungen, Empfinden u.a. als „von anderen gemacht“ erlebt werden.

Nicht zu vergessen die Halluzinationen, also Sinnestäuschungen bezüglich Geruch, Geschmack und Tastsinn; vor allem aber Gehör (akustische Trugwahrnehmungen wie Stimmen, die im Dialog miteinander sprechen oder das Tun und Lassen des Patienten kommentieren). Aber auch das Empfinden vergiftet, bestrahlt, elektrisiert oder auf andere Weise beeinträchtigt bis gequält zu werden.

Vor allem aber der Wahn, insbesondere wahnhafte Beeinflussung und Verfolgung, gelegentlich auch Größenwahn, Liebeswahn usw., ggf. bis zu einem komplizierten Wahnsystem ausgebaut.

Und schließlich Einschreibungen in den Gedankenfluss, die zu Wortneubildungen und zu einer unverständlichen Sprache führen, bis hin zur „Zerfahrenheit“, was aber extrem selten ist. Das gleiche gilt für Erregungs- oder Erstarrungszustände bis hin zur Bewegungslosigkeit, einschließlich Verstummen.

Natürlich ist dies nur ein kleiner Ausschnitt eines in der Tat spektakulären, schier unfassbaren und für die Betroffenen und ihre Angehörigen oft leidvollen Krankheitsbildes (Einzelheiten siehe das ausführliche Schizophrenie-Kapitel).

Rechtzeitige Diagnose oder unnötige Panikmache?

Wie äußert sich nun das Leidensbild einer schizophrenen Erkrankung im Vorfeld? Und gibt es vielleicht sogar Warn- oder Alarmsignale? Denn das wäre ja entscheidend für die alte Erkenntnis: Je früher erkannt, je schneller und gezielter behandelt, umso erfolgreicher die Therapie.

Die Antwort lautet: Ja, allerdings mit Einschränkung. Zum einen ist das, was man unter richtigen *Warn- oder gar Alarm-Symptomen* versteht zu hoch gegriffen. Und leider auch nicht in jedem Falle anzutreffen.

Zweitens sind diese Krankheitszeichen 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 ernstesten Beeinträchtigungen, die aber auf andere Ursachen zurückgehen.

Und Drittens können sie, besonders wenn sie wie beim männlichen Geschlecht zumeist in die Pubertät fallen, mit den dort üblichen psychosozialen Schwierigkeiten verwechselt werden. Denn – das sieht jeder ein – 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. Und das ist das Problem, den in die Pubertät fallen ja – wie erwähnt – gerade bei Jungen nicht wenige schizophrene *Ersthinweise*.

Damit gerät man bei einer 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 achten, ggf. unnötige Ängste provozieren? Oder soll man nichts sagen und darauf warten, bis sich schließlich ausgeprägtere Verhaltensänderungen abzeichnen, die jetzt durchaus als schizophrene Vorposten-Symptome bezeichnet werden könnten?

Der Kompromiss liegt in der Mitte: Wissen kann nie schaden, voreilige Reaktionen sehr wohl. Auch sind sich Patient und Angehörige ja nicht völlig selbst überlassen und hilflos ihren Mutmaßungen ausgeliefert. Stets ist ein Arzt verfügbar, zuerst der Hausarzt, später der Facharzt, in diesem Falle also ein Psychiater oder Nervenarzt oder – wenn in entsprechendem Alter – ein Kinder- und Jugendpsychiater.

Und dieser wird den jungen Menschen sorgfältig untersuchen und seine fachliche Entscheidung treffen. Allerdings nicht immer so eindeutig, wie sich die Angehörigen das wünschen. Denn hier spielt der Faktor *Zeit* eine große Rolle. Jetzt aber nicht mehr unnötig riskant, weil unkontrolliert, sondern im Rahmen einer fachärztlichen Untersuchung und Verlaufskontrolle, die ihre Zeit braucht, bis man sich guten Gewissens zu einer definitiven Diagnose durchringen kann.

Wie entwickelt sich eine Schizophrenie?

Tatsächlich lassen sich solche Vorposten-Symptome bei den Schizophrenien in mindestens einem Drittel der Fälle registrieren – sofern man darauf achtet und Bescheid weiß. Und sie häufen sich vor dem eigentlichen, für alle dann auch nachvollziehbaren Ausbruch des Leidens immer mehr. Das kann bei den einen nur wenige Wochen oder Monate, bei den anderen aber mehrere Jahre dauern.

Die Mehrzahl dieser späteren Patienten gilt jedoch bis zum allseits erkennbaren Durchbruch des Leidens als weitgehend unauffällig. Manche erscheinen sogar mustergültig, fast zu beflissen und brav in Leistung und Betragen („Rockzipfel-Kinder“).

Danach kommt es jedoch zu einem sogenannten „*Knick in der Lebenskurve*“. Jetzt ist ein rascher Ausbruch möglich. Es können aber auch längere Phasen langsamer seelischer Änderungen vorausgehen, die erst viel später in eindeutige Verhaltensauffälligkeiten münden. Meist 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 nichts ein“.

Welches sind nun die häufigsten **Vorposten-** und damit letztlich **Warn-Symptome** einer beginnenden Schizophrenie, oft in Form uncharakteristischer und damit leider auch zu vielerlei passender „Allerwelts-Beeinträchtigungen“? Einzelheiten dazu siehe die Stichworte im 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 Zerstretheit; 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 brüs-

ken, abweisenden, gelegentlich fast feindseligen Verhaltensweisen; bisweilen unerklärliche Extremausschläge: einerseits Zurückweisung und Rückzug, andererseits plötzlich distanz- oder taktlose Kontaktsuche.

Natürlich gibt es soviel Beschwerdebilder, wie Betroffene, denn nicht nur die Schizophrenie, jedes seelische Krankheit wird auch durch Wesensart, Umfeld, geistige, körperliche und psychosoziale Ausgangslage, kurz: durch die Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Persönlichkeit mitbestimmt.

Was beeinträchtigt am meisten?

Wenn man aber die Angehörigen, auch die Freunde, Nachbarn u.a. befragt, was am meisten irritiert, befremdet, verunsichert, ja was deprimiert und schmerzlich empfunden wird, dann ist es nicht selten jene kaum beschreibbare Atmosphäre, die nach und nach von vielen dieser späteren Patienten ausgeht und die vor allem mit ihrer früheren Wesensart nicht in Einklang zu bringen ist („was ist nur aus ihm/ihr geworden?“):

Das ist beispielsweise eine schwer einzuordnende und vor allem unvereinbare Mischung aus: Hilfe suchen – zurückweisen; verschüchtert – überheblich bis arrogant; durchgeistigt – schwer besinnlich; 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 knapp daneben“, also ob man tatsächlich „neben sich her lebt“, jedenfalls „irgendwie nicht man selber sein darf“ usw.

Dabei befremdet er nicht nur andere, sondern kommt sich auch 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, gleichsam „wie ständig auf dünnem Eis stehend“.

Denn er kann tun und lassen was er will, er findet keine Erklärung, keine Lösung, keinen Weg. Zwar gibt er sich große Mühe, bis hin zur Lektüre von eigentlich für ihn fast unverständlichen religiösen, philosophischen und sonstigen Büchern, in denen er zu finden sucht, was ihn so rastlos und schließlich ratlos umher treibt – aber vergebens.

Die Folgen sind Resignation, Angst, Schwermut und innere Panik. Und die erwähnten tief sitzenden Scham- und Minderwertigkeitsgefühle, ein kennzeichnendes, wenn auch weitgehend unbekanntes Merkmal jeglicher seelischer Störung, insbesondere bei schizophren Erkrankten.

Die Hilflosigkeit und ihre Konsequenzen

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. Denn manche Rauschdrogen, vor allem die sogenannten Halluzinogene wie Haschisch/Marihuana, LSD, aber auch Kokain und die Designerdrogen u.a. klinken solch eine „Psychose im Wartestand“ oft erst richtig aus. Man glaubt sich etwas Gutes zu tun, spürt zuerst auch Erleichterung – „und dann knallt der Horror aber durch und plötzlich weiß man: da hat man etwas falsch gemacht, jetzt geht es erst richtig los“ (Zitat eines Betroffenen).

Für manche droht jetzt auch ein sozialer Absturz bis hin zur Verwahrlosungsgefahr, selbst wenn eine geordnete Familie oder gar wohlhabende Angehörige alles tun, um diese bittere Entwicklung zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern. Doch diese Verwahrlosung ist keine Frage der geistigen, gesellschaftlichen oder wirtschaftlichen Ausgangslage, sondern ein seelisches und schließlich psychosoziales Abgleiten durch unrealistische Phantastereien, versponnene Vorstellungen, durch autistischen Rückzug auf sich selber und schließlich totale Isolation mit oftmals sogar feindseligen bis gefährlichen Abwehrreaktionen – und zwar nicht böswillig, sondern aus dem krankhaften, dem psychotischen Erleben heraus.

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

Was kann man tun?

Deshalb drängt sich die Frage auf: Was kann man tun – falls überhaupt? Und die Antwort – bewusst kurz gehalten – lautet: Man kann mehr tun, als in Tausenden von Jahren zuvor, um es einmal schlagzeilen-typisch auszudrücken.

Millionen von Betroffenen hatten bis Mitte des 20. Jahrhunderts keine Chance, aus ihrem schizophrenen Teufelskreis herauszukommen. Doch dann wurden die sogenannten Neuroleptika entwickelt, antipsychotisch wirkende Psychopharmaka. Sie haben zwar den schlechtesten Ruf aller Medikamente („chemische Zwangsjacke“, „Pillenkeule“ u.a.) – doch wie so oft – zu unrecht.

Unwissen, Halbwissen, Unterstellungen, Verzerrungen und Überbetonung (z. B. der selbstverständlich vorhandene Nebenwirkungen, besonders wenn der Patient dosismäßig schlecht eingestellt ist), ja sogar politische oder gesellschafts-politische Strategien entsprechender Kreise haben sehr früh etwas wichtiges zerstört: Das Vertrauen in eine Medikamentengruppe, die Millionen Menschen auf dieser Erde ein Leben führen lassen könnte, wie andere auch - trotz psychotischer Anlage, trotz Ausbruch einer Schizophrenie.

Deshalb sei zum Abschluss noch einmal wiederholt, was zu Beginn dieses Beitrags angemahnt wurde: Lassen Sie sich nicht verunsichern – nicht in Richtung Krankheit, aber auch nicht selbstgefällig, unkritisch oder aus der bekannten Angst-Strategie heraus: „was nicht sein darf, kann nicht sein“.

Registrieren Sie als Angehörige, ggf. auch als Freunde und gute Bekannte, was sich an Ungewöhnlichem oder Eigenartigem abzuzeichnen beginnt. Überlegen Sie dann nicht zu lange, ob man nicht vielleicht auch einmal einen Arzt konsultieren sollte. Tun Sie es - und zwar durchaus erst einmal allein, wenn der Betroffene sich zu sperren droht. Lassen Sie sich beraten. Am besten, Sie bringen Aufzeichnungen mit, die Sie sich zuvor gemacht haben. Rein mündlich ist dies manchmal weniger ergiebig, als wenn sie sich bereits Notizen gemacht haben, zumal es sich ja auch um ungewöhnliche Verhaltensweisen handelt. Meist drängt in der Praxis auch die Zeit und man ist mit solchen Fragen auch nicht jeden Tag konfrontiert.

Der Arzt wird in der Regel zu „ihrem Fall“ nicht Stellung nehmen können, denn er hat den möglicherweise Kranken ja gar nicht gesehen. Er wird also bei einer solchen Beratung lediglich theoretische Überlegungen äußern können: Um was kann es sich bei solchen Verhaltensweisen grundsätzlich handeln. Eine exakte Diagnose – das sei noch einmal wiederholt – ist nur nach der persönlichen Untersuchung des Betroffenen zulässig. Und damit auch entsprechende Therapie-Empfehlungen, die umso wirkungsvoller sind, je früher sie zum Einsatz gelangen.

Kommt es zu der gewünschten und sicher am meisten notwendigen Untersuchung und kann der Arzt danach entwarnen oder erst einmal beruhigen, umso besser. Wird er sich eine Beobachtungsphase ausbedingen, geht wenigstens keine Zeit verloren.

Wird der Arzt nun entwarnen und beruhigen können, umso besser. Wird er sich eine Beobachtungsphase ausbedingen, geht wenigstens keine Zeit verloren. Zeichnet sich die Diagnose einer schizophrenen Psychose ab, wird er Behandlungsvorschläge machen, nämlich die erwähnten antipsychotischen Neuroleptika, von denen es inzwischen ein halbes Hundert gibt und immer nebenwirkungsärmere Neuentwicklungen auf den Markt kommen (kostspielig, aber wirkungsvoll und verträglich, denn darauf kommt es an). Auch wird er auf psychotherapeutische (hier vor allem sogenannte psychoedukative) Möglich-

keiten und soziotherapeutische Hilfen hinweisen. Auf jeden Fall gilt die mehrfach erwähnte Regel:

Je früher man handelt, d. h. konsequent therapiert, desto günstiger die Heilungsaussichten. So könnten Tausende von bisher unbehandelten Schizophrenen ein Leben führen, wie andere, glücklicher gestellte, also seelisch Gesunde auch – theoretisch, denn in Wirklichkeit nutzen nur relativ wenige diese Chancen.

Unser Gesundheitswesen ist nicht mehr bezahlbar, liest und hört man jeden Tag in den Medien. Das ist richtig. Es gibt aber auch Vorteile, die man wahrnehmen sollte. Die rechtzeitige Therapie der Schizophrenie gehört dazu. Das setzt allerdings jene Reihenfolge voraus, die für alle Krankheiten gilt: Informationen sammeln → erkennen, was droht → anerkennen, was nicht zu ändern ist, vor allem nicht durch „Augen verschließen“ → Diagnose und Therapie akzeptieren → Behandlung konsequent durchhalten → eigenwillige, vertrotzte oder verbitterte Reaktionen vermeiden → auf Angehörige und Freunde und vor allem auf den Arzt hören → und sich auch einmal mit z. B. therapiebedingten Einbußen abfinden, um des größeren Zieles Willen: der gesundheitlichen Besserung oder gar Genesung.

Es ist wahr: Die Schizophrenie ist eine ernste seelische Störung, die viel Leid verursachen kann. Doch unter den heutigen Bedingungen weitgehend korrigierbar, zumindest aber in seinen unglücklichsten Folgen abzumildern. Man sollte es nutzen.

Wenn Sie dieses Thema interessiert, lesen sie auch die Beiträge in der Internet-Serie *Psychiatrie heute* über

- *die Schizophrenien*
- *schizoaffektive Störungen*
- *schizophrene Ich-Störungen*
- *Schizophrenie: Negativ- oder Minus-Symptome*
- *wahnhafte Störung*
- *Schizophrenie und Gewalt*
- *und anderes mehr.*