

Carola Burkhardt-Neumann

Bin ich wirklich schizophren?

**Die unsicheren Diagnosen der Psychiatrie
und ihre Folgen für die Patienten**

ZENIT Ratgeber
herausgegeben von Rudolf Winzen

**Dies ist ein Text aus der Online-Bibliothek
des ZENIT Verlags.**

Auch im Internet gilt das Urheberrecht.

Die Verwendung der Daten bzw. Texte aus der Online-Bibliothek des ZENIT Verlags ist ausschließlich zum privaten Gebrauch gestattet.

Die Daten bzw. Texte dürfen nur an persönliche Bekannte und nur unverändert weitergegeben werden; die Hinweise auf ihre Herkunft und auf das Copyright dürfen nicht entfernt werden. Sie dürfen in keiner Form, auch nicht in Teilen, öffentlich dargeboten oder verbreitet werden.

Alle Rechte bleiben beim Verlag bzw. beim Urheber.

Eine Verwendung oder Weitergabe durch Vereine, Organisationen oder Firmen ist unter keinen Umständen gestattet. Dies gilt auch dann, wenn es sich um gemeinnützige Vereine oder caritative Organisationen handelt; es gilt auch dann, wenn die Weitergabe unentgeltlich erfolgt.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, daß der Verlag eine missbräuchliche Verwendung der Texte nicht dulden kann.

www.zenit-verlag.de

Unser Verlagsprogramm:

Praktische Ratgeber für Menschen mit psychischen Problemen, deren Angehörige und Helfer.

Sachbücher, die sich mit der Psychiatrie und der Schulmedizin auseinandersetzen und Alternativen aufzeigen.

Dabei steht immer eine allgemeinverständliche Darstellung im Vordergrund. Fachchinesisch wird in unseren Büchern vermieden.



Wichtiger Hinweis

Dieses Buch gibt ausschließlich die Meinung der Autorin wieder. Es stellt Probleme der psychiatrischen Diagnostik und Behandlung in *allgemeiner* Form dar.

Leser / Leserinnen mit *konkreten* Fragen müssen unbedingt den Rat einer psychiatrischen Fachkraft einholen.

Eine Haftung der Autorin oder des Verlags ist ausgeschlossen.

Die Autorin

Carola Burkhardt-Neumann, Jahrgang 1943, Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie.

Langjährige Tätigkeit in der Krisenstation des Bezirkskrankenhauses Haar bei München, an Sozialpsychiatrischen Diensten und bei der Drogenberatung der Stadt München.

1974 Mitbegründerin der Bayerischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie.

Seit 1991 niedergelassen in freier Praxis als Psychiaterin mit der Zusatzbezeichnung Homöopathie.

Inhalt

Vorwort	6
Autobiografische Einleitung	10
Kapitel 1: Ist die Psychiatrie ein Fachgebiet der Medizin?	13
Kapitel 2: Wozu braucht die Psychiatrie Diagnosen?	22
Kapitel 3: Wie entstehen und wozu führen psychiatrische Fehldiagnosen?	31
Kapitel 4: Haben alle Schizophrenen die gleiche Krankheit?	50
Kapitel 5: Wer hört Stimmen? Und wer hat sonstige besondere Fähigkeiten?	68
Kapitel 6: Wer braucht und wer hat Krankheitseinsicht?	90
Kapitel 7: Wie wirkt Placebo? Und wem helfen Psychopharmaka?	102
Kapitel 8: Wie werden Psychiater am zweckmäßigsten behandelt?	119
Kapitel 9: Was und wer hilft Psychosekranken?	130
Literaturverzeichnis	141

Vorwort

Dieses Buch richtet sich in erster Linie an Menschen, bei denen die Diagnose einer Psychose aus dem schizophranen Formenkreis gestellt wurde oder bei denen zumindest die Vermutung besteht, sie könnten an einer derartigen Krankheit leiden. Manchmal wird das Wort *schizophren* dem Patienten oder der Patientin gegenüber gemieden und nur sehr allgemein von einer *endogenen Psychose* gesprochen. Psychose ist ein völlig unscharfer Oberbegriff und bedeutet nichts anderes als „schwere seelische Krankheit oder Auffälligkeit“.

Wenn dies auf Sie zutrifft, kommt es natürlich sehr darauf an, wer diese Diagnose gestellt oder diese Vermutung geäußert hat. Wirklich kompetent dafür sind von der Ausbildung her nur Fachärzte/ärztinnen für Psychiatrie. Allgemeinärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und viele therapeutisch Tätige haben oft gute Kenntnisse über derartige Krankheitsbilder und können wichtige Aufgaben in der Behandlung übernehmen. Doch sollten Sie vor jeglichen Behandlungsversuchen unbedingt sicherstellen, daß die Vermutungsdiagnose dem heutigen Erkenntnisstand der Psychiatrie entspricht. Sprechen Sie also unbedingt auch mit einem Psychiater / einer Psychiaterin.

Wahrscheinlich nehmen Sie dieses Buch jedoch erst in die Hand, nachdem Sie bereits fachgerecht in einer Klinik oder Praxis untersucht worden sind. Vielleicht leben Sie bereits länger damit, an einer Psychose aus dem schizophranen Formenkreis zu leiden, und haben gehört, daß die-

se Störung mit dem Gehirnstoffwechsel zu tun haben soll. Dann gehören Sie offenbar zu den Patienten, die aktiv an ihrer Behandlung mitwirken wollen und daher an genaueren Informationen zu dem festgestellten Krankheitsbild interessiert sind.

Vielleicht sind Sie aber auch überzeugt, daß sich der Psychiater/die Psychiaterin in ihrem Fall geirrt haben muß. Sie können sich nicht vorstellen und nichts damit anfangen, daß Sie angeblich an einer ernsten seelischen Krankheit leiden? In der Tat irren sich psychiatrisch tätige Ärzte genauso oft wie Ärzte ganz allgemein. Verlassen Sie sich daher nicht nur auf die ärztliche Meinung, sondern suchen Sie das Gespräch mit den Menschen, die Ihnen nahestehen und Sie gut kennen. Wenn diese Ihnen zu verstehen geben, daß sie sich um Sie Sorgen machen, weil Sie verändert sind, dürfen und sollten Sie die Sache ernst nehmen. Am besten suchen Sie dann noch einmal gemeinsam mit diesem besorgten Freund oder Angehörigen einen Facharzt/ärztin auf.

*

Dieses Buch will Menschen Mut machen, die an einer eher gutartigen Form der Schizophrenie erkrankt sind.

Gutartig hat hier nichts mit „leicht“ oder „harmlos“ zu tun. Vielleicht haben Sie schreckliche und höchst gefährliche Zustände erlebt, die Ihr ganzes Leben erschüttert haben. Trotzdem finden viele Menschen mit ähnlichen Erfahrungen nach der Erkrankung wieder ganz zu sich zurück und dürfen sich als gesund betrachten. Genau dies ist mit einer gutartigen Verlaufsform gemeint.

Schwerwiegendere Verlaufsformen einer Krankheit führen hingegen zu bleibenden Beeinträchtigungen.

Wenn Sie wissen, daß Sie krank waren und weiterhin gefährdet bleiben, können Sie viel dazu tun, sich mit Ihrer Besonderheit besser zu verstehen, drohende Krisen selbst

im Voraus erkennen und Schutzmaßnahmen ergreifen. Dazu kann auch die vorübergehende Einnahme von Medikamenten gehören.

Dauernd Medikamente einzunehmen ist für Menschen mit eher gutartigen Psychosen eine zwiespältige Empfehlung. Der Rückfallschutz, den die Medikamente versprechen, wird teuer erkaufte mit der Einschränkung der seelischen Lebendigkeit. Wer nach dem Abklingen der Psychose wieder gesund ist, braucht logischerweise keine Medikamente mehr, sondern schadet sich womöglich.

In den letzten Jahren hat es sich weitgehend eingebürgert, allen Patienten sofort nach dem ersten Auftreten einer Psychose eine Langzeitmedikation von mindestens einem, eher sogar zwei Jahren zu verordnen. Das war nicht immer so. Eine ältere Empfehlung lautete, die Entscheidung für eine Langzeitbehandlung erst *nach* etwa zwei Jahren zu treffen. Zweifellos war dies logischer, weil man vorher ja gar nicht wissen kann, ob die Krankheit einen eher gutartigen Verlauf nimmt oder schwerwiegend ist.

In der Psychiatrie wie in allen medizinischen Disziplinen gehen die herrschenden Lehrmeinungen immer wieder hin und her. Gerade in diesem Fach sollten aber die Patienten/innen als Experten in eigener Sache ein gewichtiges Wort mitzureden haben. Bei Psychosen geht es um das ganz persönliche innere Erleben, das sich nicht durch Laborbefunde, Fragebögen und dergleichen objektiv feststellen läßt. Nur Menschen mit Psychoseerfahrung können helfen, gewisse wissenschaftlich umstrittene Fragen der Psychiatrie zu klären. Die Zusammenschlüsse der Psychiatrie-Erfahrenen haben sich dieser wichtigen Aufgabe in den letzten Jahren bereits gestellt.

Vielleicht haben Sie dieses Buch aufgeschlagen, weil Sie mit einem Psychosekranken verwandt oder befreundet sind

und sich mehr Klarheit über die Diagnose verschaffen möchten, um den Kranken auf die beste Art zu unterstützen. Die große Bedeutung der natürlichen Bezugspersonen für das Wohlergehen von Menschen mit Schizophrenie wird seit Jahren von allen Psychiatrie-Fachleuten gleichermaßen gewürdigt, selbst wenn ihre sonstigen Ansichten weit auseinander gehen.

Leider ist es eine Tatsache, daß keineswegs alle Patienten mit einer schizophrenen Psychose wieder gesund genug werden können, um sich als Psychiatrie-Erfahrene selbst Gehör zu verschaffen. Die Schizophrenie ist unter allen psychischen Erkrankungen die menschlichste. Betroffen sind hier die höchsten Funktionen der Spezies Mensch, nämlich Vorstellen, Denken, Sprechen und willkürliches Handeln, die wiederum in typischer Weise mit dem menschlichen Gefühlsleben verbunden sind. Kranke, die dauerhafte Einbußen dieser Funktionen erleiden, sind auf geduldige und individuelle Unterstützung angewiesen, um mit ihren verbliebenen Fähigkeiten am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen zu können. Und natürlich brauchen sie Menschen, die sich in Gesellschaft, Politik und Wissenschaft energisch für sie einsetzen.

Dieses Buch richtet sich daher auch an Gesunde, die psychisch Kranken nahestehen oder sich beruflich um sie kümmern. Nur sie können aus der Nähe ihrer Erfahrung bestimmte Fragen stellen, die die psychiatrische Forschung aufgreifen muß, um die individuellen Besonderheiten der chronisch und schwer Erkrankten genügend zu berücksichtigen.

Fragen zu stellen ist die einzige Möglichkeit, Erkenntnisse zu gewinnen. Auf viele offene Fragen zur Diagnose Schizophrenie möchte dieses Buch hinweisen und die Leser ermutigen: Fragen Sie weiter!

Kapitel 3

Wie entstehen und wozu führen psychiatrische Fehldiagnosen?

Die diagnostischen Bemühungen der Medizin zielen darauf ab, die prinzipiell unendliche Vielfalt menschlicher Leidenszustände zu sortieren und zu klassifizieren. Eine Diagnose steht am Ende eines vielschichtigen Prozesses. In Gang gesetzt wird dieser Prozeß durch das ärztliche Selbstverständnis, einem Leidenden helfen zu wollen. Die Fähigkeit zu menschlicher Anteilnahme gilt seit eh und je als unspezifische Voraussetzung ärztlichen Handelns.

Mitgefühl und Mitleid gehört zur Grundausstattung des menschlichen Verhaltensrepertoires. An sehr kleinen Kindern läßt sich beobachten, wie sie aufmerksam werden und ihr Ausdruck sich ändert, sobald sie ein Gleichaltriges jämmerlich weinen sehen. Der evolutionäre Wert dieser quasi instinktiven Reaktion ist für eine hochentwickelte, gesellig lebende Spezies wie den Menschen leicht erkennbar. Unverkennbar ist auch, daß der Ausprägungsgrad dieser Reaktionsbereitschaft bei menschlichen Individuen äußerst unterschiedlich ist. Für einen helfenden Beruf im weitesten Sinne werden sich diejenigen mit ausgeprägterem Mitgefühl und Beistandsinstinkt entscheiden. Sollten einige Le-

ser und Leserinnen hier bereits in grimmiges Gelächter ausbrechen, weil das Bild vom edelmütigen Arzt und Helfer nicht ihren Erfahrungen entspricht, so werden sie um etwas Geduld gebeten. In die Entscheidung zum Arztberuf, insbesondere zur Tätigkeit in der Psychiatrie geht noch ein Bündel anderer Motivationen mit ein, wie wir in Kapitel 8 sehen werden.

Mitgefühl allein macht natürlich keinen Arzt. Er darf sich davon nicht überwältigen lassen, sondern braucht in starkem Maße die Fähigkeit zur emotionalen Distanzierung. Es muß ihn angesichts von Schmerz, Blut und Chaos die Frage interessieren: "Was ist hier los?" Damit beginnt die Tätigkeit des Diagnostizierens, und diese Fertigkeit ist der wesentlichste Inhalt des Medizinstudiums. Bei manchen Ärzten empfinden die Patienten das Maß der gefühlsmäßigen Distanziertheit als hinderlich für die menschliche Qualität der Arzt-Patient-Beziehung: Trotzdem sind sie bei einem guten Diagnostiker in der Regel am besten aufgehoben.

Die Entwicklung der Medizin strebt immer präzisere Diagnosen an. Diese sind die Voraussetzung für eine wirksame und sichere Behandlung, und genau das ist letztlich das Hauptinteresse der Patienten und das eigentliche Ziel aller ärztlichen Bemühungen. Angesichts der ungeheuer gewachsenen Möglichkeiten der apparativen Diagnostik erhebt sich die kritische Frage, ob dies auch noch im richtigen Verhältnis zu den therapeutischen Konsequenzen steht. Wenn ein Kranker eine genaue Diagnose erfahren kann, dann aber hören muß, daß es noch keine spezifische Behandlung dafür gibt, bleibt das äußerst unbefriedigend. Für die Therapieforschung ist die präzise Definition eines Krankheitsbildes hingegen die Voraussetzung dafür, daß künftigen Leidensgenossen einmal besser geholfen werden kann.

Wenn es für ähnlich aussehende Krankheitsbilder je nach genauer Diagnose unterschiedliche Behandlungen gibt, ist das differentialdiagnostische Können des Arztes natürlich Dreh- und Angelpunkt des Therapieergebnisses.

Veranschaulichen wir uns das an einem plumpen Beispiel. Ein Patient erlebt akut auftretende rasende Herzschmerzen, die in den linken Arm ausstrahlen, und ist in Todesangst. Der Arzt stellt die Diagnose Herzinfarkt, trifft einige lindernde Sofortmaßnahmen und leitet danach eine blutgerinnungshemmende Behandlung ein.

Nach einigen Wochen hat der Patient Blut im Urin, eine mögliche Komplikation dieser Behandlung. Die volkstümlich als „Blutverdünnung“ bezeichneten Maßnahmen führen nämlich zu einer erhöhten Blutungsneigung, worüber die Patienten genau informiert werden müssen. Außerdem tragen sie – wie viele andere Kranke – einen Paß bei sich, damit Notärzte im Fall eines Unfalls ihre Besonderheit berücksichtigen. In der Abwägung gegen das tödliche Risiko eines neuen Herzinfarkts werden also bewußt ernste Gesundheitsrisiken in Kauf genommen.

Wenn sich bei unserem Beispiel nun herausstellt, daß die Diagnose falsch war, weil es sich bei dem akuten Anfall um eine Panikattacke gehandelt hat, ist die rechtliche Situation klar. Der Patient hat Anspruch auf Schmerzensgeld.

Natürlich ist dieses Beispiel aus der Luft gegriffen; kein Arzt wird eine mit Risiken behaftete Langzeitbehandlung einleiten, bevor die Diagnose nach allen Regeln der Kunst abgesichert ist.

Im einfachen Fall der Differentialdiagnose Herzinfarkt / Panikattacke wird ersterer durch technische und Laboruntersuchungen mit großer Sicherheit ausgeschlossen werden können. Daß es oft nicht so leicht ist, einem Panikpatienten

die psychogene Natur seines Leidens nahezubringen, steht auf einem anderen Blatt. Hier werden ärztliche Kunstfehler anderer Art gemacht, wenn auf Drängen des Patienten unnötige Herzuntersuchungen häufig wiederholt werden.

Halten wir also fest, daß die exakte Diagnostik keine wissenschaftliche Betätigung um ihrer selbst willen ist, sondern wegen der therapeutischen Konsequenzen von höchster Bedeutung für das Wohlergehen des Kranken ist.

Die bedeutsamsten Diagnosen der Psychiatrie lassen sich bisher durch keinerlei technisch objektivierende Untersuchungen absichern. Wenn körperliche Ursachen für einen psychotischen Zustand ausgeschlossen worden sind, beginnt die differentialdiagnostische Kunst des Psychiaters.

Er kann sich dabei nur auf genaue Beobachtungsgabe, ausführliche Befragungen zur Vorgeschichte und auf seine psychopathologischen Kenntnisse verlassen.

Alle Mediziner entwickeln mit wachsender Berufserfahrung eine gewisse differentialdiagnostische Intuition. Anfänger, die sich aus Büchern die Kenntnis ungewöhnlicher Krankheitsbilder angeeignet haben, müssen von erfahrenen Kollegen als erstes lernen, daß häufige Krankheiten häufig und seltene selten sind. Während die diagnostische Intuition sich in den übrigen Fächern der Medizin durch objektive Befunde absichern oder widerlegen läßt, gibt es in der Psychiatrie nur ein einziges Kontrollinstrument: Gewissenhaftigkeit und Selbstkritik. Weil diese Qualitäten unter Psychiatern genauso ungleich verteilt sind wie beim Rest der Menschheit, ist die psychiatrische Intuition zu Recht in Verruf gekommen.

Um objektive Maßstäbe zu gewinnen, werden Merkmalskataloge erarbeitet, die dafür sorgen sollen, daß Psychiater unabhängig von Nationalität, Temperament oder sonstigen persönlichen Eigenschaften beim gleichen Patienten zur glei-

chen Diagnose kommen. Die US-amerikanische Psychiater-Vereinigung hat sich mit dem *Diagnostic and Statistic Manual* (DSM) in fortlaufenden Verbesserungen um die internationale Vereinheitlichung psychiatrischer Diagnosen sehr verdient gemacht. Zur Zeit gilt DSM-IV, also die vierte Überarbeitung. Die von der Weltgesundheitsorganisation WHO geschaffene *International Classification of Diseases* (ICD) entspricht im psychiatrischen Teil weitgehend dem DSM.

So weit, so gut. In diesem Buch soll hinterfragt werden, ob die internationale Verständigung über die "schizophrenen Störungen" den Patienten wirklich zugute kommt. Vielleicht handelt es sich im übertragenen Sinne um so etwas wie den Versuch, Äpfel, Ananas und Krautköpfe nach gemeinsamen Merkmalen zu definieren. Einiges wird sich da schon beschreiben lassen, etwa rund-ovale Form und genießbarkeit. Kann das aber wirklich genügen, um kranken Menschen mit dem Anspruch medizinischer Wissenschaftlichkeit gerecht zu werden?

Zunächst soll an einigen Fällen aus meiner Praxiserfahrung gezeigt werden, daß selbst die genaue Beachtung der anerkannten einheitlichen Diagnosekriterien im hektischen Klinikalltag offenbar nicht immer sicher zu verwirklichen ist.

Kehren wir also zur Frage dieses Kapitels zurück: Wie entstehen Fehldiagnosen?

Fall 1: Verdachtsdiagnose: Eifersuchtswahn.

Klinische Diagnose: Gehirntumor.

Ein schwerwiegender Fehler ist mir selber während meiner Tätigkeit in einem Sozialpsychiatrischen Dienst unterlaufen. Ich bringe ihn auch deswegen an erster Stelle, weil es mir in den folgenden Beispielen keineswegs darum geht, die daran beteiligten Kolleginnen und Kollegen besserwis-

serisch bloßzustellen. Die Psychiatrie ist zweifellos das schwierigste medizinische Fachgebiet. Fehler sind dazu da, um aus ihnen zu lernen, damit die ärztlichen Bemühungen bei psychisch Kranken auf einer immer sichereren Grundlage stehen.

An den Sozialpsychiatrischen Dienst wenden sich die erwachsenen Kinder einer Spätaussiedlerfamilie. Der rund siebzigjährige Vater drangsaliert die Mutter seit einiger Zeit mit völlig unbegründeter Eifersucht. Er beschimpft und bedroht sie derart heftig, daß alle in Angst vor gewalttätigen Übergriffen sind. Von einem Arztbesuch will er natürlich nichts wissen. Er ist nicht krank, sondern die Frau hurt herum.

Beim Hausbesuch lernen wir eine verhärmte Frau vom Typ eines osteuropäischen Mütterchens kennen. Sie hat sich in den zehn Jahren ihres Hierseins nicht einleben können, aber guten Rückhalt bei ihren Kindern. Im angemieteten Gärtchen betreiben ihr Mann und sie die gewohnte Selbstversorgung mit Gemüse. Über die Vorwürfe ihres Mannes ist sie fassungslos; er wisse doch genau, daß der Verkehr für sie seit langem eher beschwerlich ist, weshalb es zwischen ihnen nicht mehr oft dazu gekommen sei. Es schien aber auch für ihn altersbedingt schon lange kein wichtiges Bedürfnis mehr zu sein. Er habe immer gut für die Familie gesorgt, nicht getrunken. Zeitlebens war er etwas schwerhörig, was sich jetzt wohl verschlechtert habe. Man könne aber jetzt gar nicht mehr vernünftig mit ihm reden, weil er immer gleich losschreit.

Dies erleben wir eindrucksvoll, als er dazukommt. Natürlich vermeiden wir es, gleich von einer Krankheit bei ihm zu reden; aber nicht einmal auf ein konfliktklärendes Gespräch will er sich einlassen.

Die Diagnose scheint klar: Dieser entwurzelte Patriarch

hat in der Fremde, zusätzlich beeinträchtigt durch sein schlechtes Hören, eine Paranoia entwickelt. Die Hoffnung, daß er durch irgendeine Behandlung seine Wahnideen korrigieren und wieder gut mit seiner Frau leben kann, ist sehr gering.

Allenfalls ließe sich der bedrohlich wirkende Affekt dämpfen. Die Behandlung müßte durch eine Unterbringung gegen seinen Willen eingeleitet werden, und vor dem Gedanken, ihm dies anzutun, schreckt die ganze Familie zurück. Wir besprechen mit ihnen, wie die Mutter sich durch Besuche bei oder von den Kindern vor ihm schützen kann und was sofort zu unternehmen ist, falls er doch einmal gewalttätig wird. Durch Telefonate werden wir auf dem Laufenden gehalten.

Einige Wochen später bricht er bei der Gartenarbeit mit einem Krampfanfall zusammen und kommt in die Klinik. Dort wird als Ursache ein Gehirntumor festgestellt. Danach habe ich die Familie aus dem Auge verloren und weiß nicht, ob er operiert werden konnte und wie es weiterging.

Allerdings mußte ich mir eingestehen, daß ich an eine hirnanorganische Grundkrankheit "nicht im Traum" gedacht hatte. Sonst hätte ich genauer gefragt, wann und wie plötzlich die Eifersuchtsideen aufgetreten waren, ob er vielleicht vorher über Kopfweh oder Schwindel geklagt hatte. Mit dem Gedanken, daß er schwer körperlich krank sein könne, hätte ich die besorgte Familie vermutlich von der Notwendigkeit einer Zwangsunterbringung überzeugen können und einige Zeit bis zur Diagnosenstellung erspart.

Dieser Fehler kam also dadurch zustande, daß nicht alle differentialdiagnostischen Möglichkeiten erwogen wurden, weil für meine Verdachtsdiagnose alles gut zusammenzupassen schien.

*Fall 2: Klinikdiagnose: Schizoaffective Psychose.
Verlaufsdiagnose: Cannabispsychose.*

Der 23jährige Patient wird durch seine etwas ältere Freundin zu mir vermittelt, weil sie erkennt, daß er seit der Rückkehr von einem Auslandsaufenthalt psychotisch verändert ist. Aus seinen und den Berichten seiner Familie weiß sie, daß er mit 17 und 21 Jahren jeweils wegen einer Psychose in stationärer Behandlung war. Die verordneten Medikamente hat er mit ihrer Unterstützung schon lange nicht mehr genommen.

Bei der Untersuchung ist er zugänglich, aber überwiegend in seinen Wahrnehmungen gefangen. Aufmerksam beobachtend sucht sein Blick immer wieder das Zimmer ab und wird zwischendurch ratlos. Er könne die Ordnungsstruktur des Kosmos wie Fäden durch das Zimmer gespannt sehen. Bei den Freunden im Ausland habe einer Voodoo mit ihm gemacht. Auch in einer zufälligen Zahlenfolge auf einer Verpackung erkennt er ein Ordnungssystem, das er seiner Freundin eindringlich unter Hinweis auf gemeinsame Erlebnisse erläutert. Zur Frage, ob er sich krank fühlt, kann er nicht Stellung nehmen. Allerdings seien ihm die Veränderungen unheimlich. Allein in seiner Wohnung möchte er keinesfalls sein. Zu den Eltern könne er nicht, weil die sich und damit auch ihn zu sehr aufregen.

Es sei vorweggenommen, daß sein akut psychotischer Zustand sich unter der Obhut der Freundin innerhalb von zwei Tagen normalisierte. Er konnte erkennen, daß er sich durch reichlichen Haschischkonsum im Kreis seiner Freunde wieder in einen psychotischen Ausnahmezustand gebracht hatte. Derselbe Zusammenhang bestand auch bei den früher durchgemachten Psychosen.

In der Klinik sei er jeweils schnell wieder klar geworden, habe die verabreichten Medikamente aber weiter ge-

nommen, um sich Scherereien zu ersparen. Vom ambulant behandelnden Psychiater habe er sie verschreiben lassen, aber kaum genommen.

In den Klinikberichten wird der problematische Cannabiskonsum seit früher Jugend zwar erwähnt, aber nur als Nebendiagnose angeführt. Das paranoid-denkgestörte Syndrom wird bei der ersten Entlassung der Verdachtsdiagnose Schizoaffektive Psychose zugeordnet. Bei der zweiten Entlassung erscheint dies als gesicherte Diagnose, obwohl wieder von erheblichem Haschischkonsum in der Zwischenzeit berichtet wurde, was auch im Urin nachweisbar war. Die Differentialdiagnose einer Cannabispsychose wurde offenbar nicht in Erwägung gezogen, zumindest im Arztbrief nicht dokumentiert.

Welche Konsequenzen hatte die Diagnose für den Patienten und seine Eltern? Der aufsässige Jugendliche, der wegen eines drogenbedingten Leistungsabfalls vom Gymnasium auf die Realschule wechseln mußte und auch sonst reichlich Aufregung und Ärger in der Familie gestiftet hatte, galt nun als ein psychisch Kranker. Die Eltern waren über die Wichtigkeit einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme informiert und versuchten auch, diese zu überwachen, solange er noch bei ihnen lebte. Weil das Familienleben nach der ersten Entlassung nicht harmonischer wurde, sorgte die Mutter schließlich für seine Unterbringung in einer betreuten Wohngemeinschaft. Der Vater stand weiter zu seinem armen, einzigen, kranken Sohn und unterstützte ihn auch immer wieder finanziell.

Als die Mutter nach der glimpflich verlaufenen dritten Psychose mit mir Kontakt aufnahm, war ihre größte Sorge, ob er die Psychopharmaka auch gewissenhaft nimmt. Zusätzlich hatte sie aber auch eine Einsicht, wie sie Mütter von Drogenproblemlkindern gewinnen. Es sei sicher falsch,

daß der Vater ihm ohne Gegenleistung immer wieder Geld zusteckt. Mit ihrem Mann habe sie noch keine klare gemeinsame Linie finden können.

Der Patient war lebensstüchtig genug, um die elterlichen Unstimmigkeiten für seine Zwecke zu nutzen. Ebenso effizient nutzte er die Systeme der sozialen Sicherung, wobei ihm die Diagnose einer ernststen psychischen Krankheit natürlich dienlich war.

Erst seine Freundin setzte seinem Krankendasein ein Ende. Sie nahm seine kreative Begabung und seine geringe Eignung für einen Büroberuf ernst, drängte aber gleichzeitig darauf, daß er sich um irgendwelche Verdienstmöglichkeiten kümmerte. Durch frühere Erfahrungen mit problematischen Drogenbenutzern war sie geübt darin, schon geringfügige Verhaltensänderungen unter Cannabis zu erkennen. Nachdem die Entstehung seiner Psychosen geklärt war, machte sie seine Abstinenz zur Bedingung.

Der junge Mann hat seine frühere Leichtfertigkeit beim Thema Drogen inzwischen abgelegt. Er möchte nicht riskieren, noch einmal im psychiatrischen Krankenhaus zu landen.

Fall 3 und 4: Klinikdiagnose: Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie. Verlaufsdiagnose: Akute vorübergehende psychotische Störung.

Fall 3: Ein Mann im mittleren Alter ist mit seinen literarischen beruflichen Ambitionen gescheitert und hat noch keine neue Orientierung gefunden. Unglücklich verlaufen auch seine Partnerbeziehungen trotz hoher Gefühlsinvestitionen. Deshalb ist er seit längerem auf spiritueller Suche. Er möchte Klarheit finden, was ihn blockiert und wo er im Leben hingehört. Seine belastende Kindheit und Jugend – der schwer suchtkranke Vater starb durch Suizid – hat er mit Psychotherapeuten bereits ausgiebig besprochen, doch

für sich daraus nichts gewonnen. Jetzt nimmt er an einem ganzheitlich-spirituell orientierten Intensivseminar teil. Es ist eine dieser pseudopsychotherapeutischen Veranstaltungen, bei denen die Teilnehmer durch Revers versichern, daß sie in der Lage sind, für sich selbst die Verantwortung zu tragen; der Veranstalter übernimmt für eventuelle gesundheitliche Schäden keine Haftung.

Während des Aufenthalts im ländlich abgelegenen Seminarhaus schläft er sechs Tage überhaupt nicht und ist zuletzt völlig verwirrt und verängstigt. Den Veranstaltern wird es unheimlich und sie veranlassen am letzten Abend seine Einweisung ins Bezirkskrankenhaus, der er problemlos zustimmt. Mit einer Dosis Tranquilizer schläft er hier gut und bespricht am folgenden Tag mit der Assistenzärztin seine Situation. Daß er seit Jahren äußerst schlecht schläft und als Freiberufler an einen völlig unregelmäßigen Rhythmus gewöhnt sei. Daß ihm auf dem Seminar seine Kindheitsempfindungen wieder ganz nahe gekommen seien. Er spricht von der tiefen Verbindung zu seinem gestorbenen Vater und daß er seit Jahren dessen Stimme hört, die mit allgemeinen Bemerkungen oder Aufforderungen zu ihm spricht. Manchmal höre er auch einen weisen Alten, vielleicht seinen inneren Heiler.

Diese Angaben überzeugen die Ärztin, daß eine dringend behandlungsbedürftige schwere psychische Krankheit vorliegt. Ein Anruf bei der wesentlich älteren, im gleichen Haus lebenden Halbschwester bestätigt sie darin. Diese hat sich auch schon gefragt, ob ihr Bruder vielleicht schizopren sei. Allerdings habe er sein Leben, wenn auch auf etwas eigenwillige Art, immer problemlos bewältigt.

Der Patient zeigt keinerlei Krankheitseinsicht, sondern will sofort nach Hause, um sich von den Aufregungen zu erholen. In Absprache mit den Oberarzt wird er deshalb

dem Unterbringungsrichter vorgestellt, um die Behandlung gegen den Willen des Patienten einleiten zu können. Die Richterin findet, daß das vorliegende Zustandsbild nicht für eine Anhaltung gegen den Willen des Patienten ausreicht, und so wird er 18 Stunden nach der Aufnahme entlassen.

Der Arztbrief verzeichnete die Diagnose: Verdacht auf paranoide Schizophrenie. Zu dieser Diagnose trug offenbar das Phänomen des Stimmenhörens bei, das von vielen Psychiatern immer noch als fast beweisend für diese schwere Krankheit gewertet wird.

Im Verlauf der ambulanten Behandlung gab es für die Diagnose keinerlei Anhaltspunkte. Der Schlaf normalisierte sich, die Lebensprobleme blieben. Als der Patient für eine Versicherung Auskunft geben mußte über bisherige stationäre Behandlungen, belastete ihn nicht der kurze Aufenthalt in der Psychiatrie als solcher, sondern das Wissen, daß in den dortigen Unterlagen diese unhaltbare Verdachtsdiagnose dokumentiert ist.

Die zutreffende Diagnose mußte lauten: Kurze psychotische Störung.

Fall 4: Es handelt sich um einen 35jährigen verheirateten Mann, der nach einer Zeit hoher beruflicher Anspannung innerhalb weniger Tage einen psychotischen Zustand entwickelt hat und auf Veranlassung seiner Frau freiwillig in ein Bezirkskrankenhaus geht.

Während der insgesamt 33 Tage dauernden stationären Behandlung war er laut Arztbrief "anfangs sehr mißtrauisch, ambivalent und ambitendent, zuletzt jedoch kooperativ, krankheitseinsichtig und behandlungsbereit."

Der Arztbrief nennt als gesicherte Diagnose (d. h. ohne die Einschränkung „Verdacht auf ...“ oder „Vorläufig ...“) „Paranoide Schizophrenie“ und schließt mit dem Satz: „Eine medikamentöse Symptomunterdrückung ist aus unserer

Sicht für die nächsten zwei Jahre dringend erforderlich.“

Bei der Untersuchung drei Tage nach der Entlassung waren keine zu unterdrückenden Symptome festzustellen. Von seinen psychotischen Ängsten war er voll distanziert; es sei wie ein schlechter Traum gewesen. Gleichzeitig bestand klare Krankheitseinsicht für die durchgemachte Psychose und der Wunsch, durch fachärztliche Behandlung Vorkehrungen gegen ein erneutes Auftreten zu treffen.

Die zutreffende Diagnose nach DSM-IV ist demnach: Schizophreniforme Störung mit günstigen prognostischen Merkmalen (295.4). Dazu die Erläuterung des DSM-III-R:

”Die Schizophreniforme Störung wird derzeit nicht in die Kategorie Schizophrenie eingeordnet, weil ein eindeutiger Bezug zur typischen Schizophrenie bislang nicht geklärt ist. Es gibt übereinstimmend Hinweise darauf, daß Personen mit schizophrenie-ähnlichen Symptomen von weniger als sechs Monaten Dauer einen besseren Verlauf und Ausgang haben als solche mit einer länger dauernden Störung. Empirische Daten von Familienstudien und genetischen Untersuchungen sind widersprüchlich. Einige Studien legen nahe, daß die Schizophreniforme Störung von der klassischen Schizophrenie zu trennen ist, andere gehen davon aus, daß beide Störungen eng zusammenhängen.“

Dieser Stand der psychiatrischen Wissenschaft von 1987 wirft ein ernüchterndes Licht auf die fortbestehenden diagnostischen Unsicherheiten, allen aufwendigen Untersuchungen zum Trotz.

Im individuellen Fall ist es natürlich völlig unvertretbar, bei einem diagnostisch unsicher eingeordneten Krankheitsbild vom schwersten denkbaren Fall auszugehen und den Betroffenen wie einen Schizophrenen mit Langzeitmedikation zu behandeln.

Die Erklärung, wie es im Fall 3 und 4 zu den Fehldiagnosen kam, kann nur darin bestehen, daß die Kollegen offenbar keine Zeit hatten, in den Diagnoseverzeichnissen ICD oder DSM nachzublättern, obwohl beide in einer handlichen Kitteltaschenversion vorliegen. Vielleicht ein Argument für die zwingende Wiedereinführung des Arztkittels bei Klinikpsychiatern. Viele von ihnen haben seit gut 20 Jahren die Standestracht der "Halbgötter in Weiß" abgelegt, um den Patienten partnerschaftlich zu begegnen. Aber was nützt das, wenn dann unbrauchbare Diagnosen gestellt werden?

*Fall 5: Klinikdiagnose: Paranoide Schizophrenie.
Verlaufdiagnose: Schizophreniforme Störung, vermutlich induziert durch Malariaphylaxe, Rezidiv nach Absetzen der Langzeitmedikation.*

Der in Fall 4 beschriebene Mann hatte, als ihm die psychotische Erkrankung zustieß, schon ein erfolgreiches Berufsleben und eine glückliche Familiengründung hinter sich. Daher ließen er und seine Frau sich durch die Entlassungsdiagnose und Therapieempfehlung der Klinik nicht beeindrucken, sondern suchten eine "alternative" psychiatrische Behandlung.

Eine vergleichbare diagnostische Fehleinschätzung und der darauf beruhende Eingriff einer neuroleptischen Langzeitmedikation haben der jetzt zu schildernden jungen Patientin und ihrer Familie mehr als drei Jahre ihres Lebens schwer gemacht. Inzwischen kann sie sich glücklicherweise als gesund betrachten.

Ihr Vater stammt aus Südasien, die Mutter ist Deutsche. Als einziges der drei Kinder hat sie ihre Zugehörigkeit zu zwei Kontinenten und zwei Kulturen immer stark empfunden, viele Kontakte zu den Landsleuten des Vaters und deren halbeuropäischen Kindern gepflegt. Voll großer Erwar-

tungen reiste sie nach dem Abitur erstmals in diese Weltregion, in Begleitung einer ihrer euro-asiatischen Freundinnen. Dort trat das auf, was im *Wörterbuch der Psychiatrie* unter dem Stichwort Reisepsychose beschrieben wird:

”Während einer Auslandsreise auftretende Krankheit von verhältnismäßig einheitlicher Symptomatik: Die Kranken fühlen sich beobachtet, glauben, daß sie vergiftet ... werden sollen. Hinzu kommen Bewußtseinsstörungen und Halluzinationen. Als Ursache wird das Zusammenkommen von sprachlicher Isolierung, Übermüdung, mangelhafter Nahrungsaufnahme, leichten Infektionen bei einer prädisponierenden [= zu einer bestimmten Krankheit neigenden] Persönlichkeitsstruktur angesehen. Nur in seltenen Fällen soll es sich um Schizophrenie handeln.”

Die Patientin hatte zur Malariaphylaxe ein Medikament eingenommen, bei dem vereinzelt als unerwünschte Wirkung die Auslösung von Psychosen bekannt ist. Es bestanden also genug Gründe, um bei dieser Ersterkrankung mit der schwerwiegenden Diagnose Schizophrenie äußerst zurückhaltend zu sein. Die Mutter war sich auch eines Umstandes bewußt, der als ”prädisponierende Persönlichkeitsstruktur” bei dieser Tochter gesehen werden konnte.

Sie sei besonders sensibel und deshalb vermutlich durch die aktuellen unterschwelliger Spannungen in der Eltern-ehe belastet. Ob eine Familientherapie sinnvoll wäre? Darauf erhielt sie von einem Psychiatrieprofessor die Antwort, an derlei auslösende Gründe sei nicht zu denken; ihre Tochter habe eine Gehirnstoffwechselstörung, und das Beste, was sie als Mutter tun könne, sei, die regelmäßige Medikamenteneinnahme zu unterstützen. Dies wurde über ein Jahr lang befolgt, obwohl unverkennbar war, wie schwer die Patientin durch die Medikamente beeinträchtigt war. Schließlich

rang sie ihrem Psychiater die Zustimmung zum Absetzen ab und blühte richtig auf.

Das abrupte Absetzen von Medikamenten nach längerer regelmäßiger Einnahme ist aber immer ein großes Risiko. Das empfindliche, fein ausbalancierte System des Gehirnstoffwechsels ist nachhaltig verstellt worden, Reize können nicht mehr in der ursprünglichen Weise verarbeitet werden, der Mensch ist damit empfindlicher geworden, d. h. die Vulnerabilität (= Verletzbarkeit) ist erhöht. Deshalb muß das Absetzen – egal wie sinnlos die Medikamenteneinnahme möglicherweise war – in jedem Fall schrittweise über einen gewissen Zeitraum vorgenommen werden.

Die Patientin erlitt nach drei Monaten einen schweren psychotischen Rückfall und wurde erneut stationär behandelt. Dies schien die Schizophreniediagnose zu bestätigen und natürlich auch die Notwendigkeit einer jahrelangen medikamentösen Rückfallprophylaxe. Inzwischen war die Familie aber doch skeptisch geworden und suchte einen anderen Weg. Es gelang mir nicht, die Patientin zu einem langsamen Ausschleichen der Medikation zu überzeugen, doch diesmal ging das Absetzen zunächst gut. In einer für sie turbulenten und belastenden Phase wurde sie erneut unsicher, mißtrauisch und glaubte plötzlich überall Bekannte aus der Klinik und aus früheren Zusammenhängen zu treffen, d. h. sie litt vermutlich an Personenverkennungen. Diese Veränderung klang ohne Einsatz von Psychopharmaka wieder ab, und seither hat sie sich eine befriedigende Lebenssituation schaffen können.

*Fall 6: Dokumentierte Diagnose: Hebephrenie.
Vermutungsdiagnose aufgrund des Verlaufs: Zustand nach
Adoleszenzpsychose.*

Abgesehen von den problematischen Therapieempfehlungen haben psychiatrische Diagnosen gravierende sozia-

le Konsequenzen, sobald sie Schwarz auf Weiß in ärztlichen Dokumenten niedergelegt sind.

Dies widerfuhr einem jungen Mann, der im Anschluß an eine langwierige, kräftezehrende Infektionserkrankung psychotisch wurde. Die Abschlußdiagnose der Klinik lautete nach dreimonatiger Behandlung: Verdacht auf Hebephrenie. Ein körperlich faßbarer Zusammenhang mit der durchgemachten Krankheit war sorgfältig ausgeschlossen worden. Anschließend war er acht Monate in tagklinischer Behandlung. In dem sehr ausführlichen Abschlußbericht wird geschildert, wie er durch die Freundschaft zu einer Mitpatientin seelisch aufgeblüht war, im Entlassungsbefund wird er als psychisch unauffällig beschrieben, bis auf ein fortbestehendes Gefühl innerer Leere.

Trotzdem lautet auch die Entlassungsdiagnose der Tagklinik: Verdacht auf Hebephrenie. (Handschriftlich hat der ambulant weiterbehandelnde Kollege auf meinem Exemplar des Arztbriefs vermerkt: Differentialdiagnose: Adoleszentenkrise.)

Drei Jahre später kam der Patient auf Veranlassung seiner homöopathiebegeisterten Eltern zusätzlich in meine Behandlung. Inzwischen hatte er einen weiteren Schicksalsschlag erlitten – seine Freundin war tödlich verunglückt – und machte den Eindruck eines Menschen, der am Leben nicht mehr teilnehmen will.

Psychotische Symptome waren seit den dramatischen Wochen der lange zurückliegenden akuten Erkrankung nicht wieder aufgetreten. Es war mein Anliegen, die zutreffende Diagnose zu klären. Bei der Erörterung mit dem Kollegen waren wir uns einig, daß der Patient einen warmen und lebendigen Gemütsausdruck zeigt, also offenbar tiefer Empfindungen fähig ist. Wenn es etwas gibt, worüber sich alle Psychiater einig sind, so ist es das Merkmal eines schwer

veränderten Gemütslebens, d. h. eines flachen und unpassenden Affektes als wichtigstes Diagnosekriterium der Hebephrenie. Dieser Kollege überraschte mich nun damit, daß er bei unserem gemeinsamen Patienten trotz des gegenteiligen Befundes weiterhin von der Verdachtsdiagnose Hebephrenie überzeugt war.

Der Patient hatte inzwischen eine Berufsausbildung abgeschlossen, die weit unterhalb seiner ursprünglichen Lebensziele lag, aber künftige Aufbaumöglichkeiten eröffnete. Mit seinem guten Abschlußzeugnis bewarb er sich um eine Stelle bei der Stadt und erhielt eine Zusage. Bei der amtsärztlichen Einstellungsuntersuchung wurde routinemäßig nach durchgemachten Erkrankungen gefragt und mit Zustimmung des Patienten die Arztberichte angefordert. Dann erhielt er den Bescheid, daß er mit seiner Diagnose Hebephrenie für die Stelle leider nicht in Frage komme, weil seine Tätigkeit Publikumsverkehr mit Kindern beinhaltet hätte. Von Seiten der Stadt ist diese Entscheidung kaum zu beanstanden; aus Verantwortung für die Bürger kann ein Kranker mit dieser schwerwiegenden psychiatrischen Diagnose nicht gut in einem etwas sensiblen Bereich eingestellt werden.

Der Patient berichtete mir dies resigniert – oder war es nun vielleicht doch der typische flache Affekt? – und brach den Behandlungsversuch ab, um sich innerhalb der sozialpsychiatrischen Versorgungsangebote Wohn- und Arbeitsmöglichkeit zu suchen.

Verlassen wir damit das Kapitel der hingeschlampten Diagnosen, die nach heute allseits anerkannten Kriterien einfach falsch sind. Wer sich die Mühe machen würde, die von mir früher in der Klinik verfaßten Diagnosen zu überprüfen, dürfte vermutlich eine Reihe ähnlicher Mißgriffe finden.

Als gute Übung für angehende Psychiater würde sich empfehlen, zu jeder vorläufigen oder Verdachtsdiagnose mindestens noch eine Differentialdiagnose anzugeben. Sonst entsteht der Verdacht, daß dem Verfasser des Arztbriefs schlichtweg keine andere diagnostische Möglichkeit eingefallen ist.

Kapitel 4

Haben alle Schizophrenen die gleiche Krankheit?

Die Frage, ob Schizophrenie eine einheitliche Krankheit ist, wird in der Theorie anders beantwortet als in der Praxis. Bedeutsam für die betroffenen Kranken ist natürlich ausschließlich die Praxis.

Eugen Bleuler hat 1908 das Kunstwort Schizophrenie geprägt aus den griechischen Bestandteilen *schizein* = spalten und *Phren* = Zwerchfell, gemeint als Sitz der Seele. Er lebte als Anstaltspsychiater jahrelang mit seinen Patienten zusammen und stützte auf hingebungsvolle Beobachtungen sein 1911 erschienenes Hauptwerk: *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. *Dementia praecox* (= vorzeitiger geistiger Abbau) war der von Kraepelin geprägte Ausdruck für jene endogene Psychose, die er deutlich von der manisch-depressiven Erkrankung unterscheiden konnte. Kraepelin beschrieb, daß sie in jungen Jahren einsetzt und zu einem Persönlichkeitsabbau führt.

Bleuler hingegen hatte beobachtet, daß der unheilvolle Verlauf keineswegs bei allen Kranken eintritt. Wie der Titel seiner Arbeit zeigt, sah er sich als Schüler des großen Kraepelin und wollte dessen Ergebnisse absichern und präzisieren. So kam er zur Beschreibung einer Krankheitsgruppe, die er durch gemeinsame Grundsymptome gekennzeichnete

net sah. Dabei bezog er sich in Dankbarkeit auf die Ideen Freuds: „*Ich denke, jedem Leser wird ohne weiteres klar sein, wieviel wir diesem Autor schulden, auch wenn ich dessen Namen nicht überall anführe.*“ Er benutzte das Wort Schizophrenie auch im Singular, als handle es sich um eine einheitliche Krankheit.

Seit 1911 hat sich in Sachen Schizophrenie nichts wesentliches mehr getan. In der Theorie wird immer noch und immer wieder bezweifelt, ob es sich um ein einheitliches eigenständiges Krankheitsbild handelt. Ein Beispiel ist die beim Fall 4 im vorherigen Kapitel erwähnte Unsicherheit über die schizophreiforme Störung. Die Praxis hingegen wird so betrieben, als sei dies geklärt, wobei die höchst unterschiedlichen Krankheits- und Verlaufsbilder lediglich als Untergruppen mit geringfügigen Besonderheiten gesehen werden.

Für medizinische Laien, die als Sozialarbeiter, Rechtsanwälte oder Beschäftigungstherapeuten viele Psychiatriepatienten erleben, ist es immer wieder kaum faßbar, daß ihre so unterschiedlichen Klienten im medizinischen Sinne die gleiche Krankheit haben sollen. Sie werden sich aber um deren individuelle Besonderheiten und Bedürfnisse kümmern und brauchen sich nicht den Kopf der Psychiater über das wissenschaftliche Niveau dieser Fachrichtung zu zerbrechen.

Den Psychiatern selbst sollte es aber vielleicht allmählich etwas mehr Kopfzerbrechen machen, schon wegen ihres Ansehens in der gebildeten Öffentlichkeit.

Die derzeit gültige Einteilung dieser Krankheit bzw. Krankheitsgruppe sieht nach dem international angewendeten Diagnoseverzeichnis der WHO folgendermaßen aus [Erläuterungen von mir sind jeweils in eckige Klammern gesetzt]:

”Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20–F29)

[Das heißt, wer eine Diagnose liest, deren erste Ziffer 2 ist, weiß, daß es sich um etwas schizophrenieartiges oder nahe verwandtes handelt.]

In diesem Abschnitt finden sich Schizophrenie als das wichtigste Krankheitsbild dieser Gruppe, die schizotype Störung, die anhaltenden wahnhaften Störungen und eine größere Gruppe akuter vorübergehender psychotischer Störungen. Schizoaffektive Störungen werden trotz ihrer umstrittenen Natur weiterhin hier angeführt.“

Unter F20. mit einer folgenden Ziffer erscheinen die Diagnosen, die zur Schizophrenie im engeren Sinne gehören:

„F20 Schizophrenie

[Hier folgt die Beschreibung der Gemeinsamkeiten.]

Die schizophrenen Störungen sind im allgemeinen durch grundlegende charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate [= unangemessene] oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewußtseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite [= Einbußen der geistigen Leistungsfähigkeit] entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome.

[Im Gegensatz zu den bis hierher genannten Positivsymptomen handelt es sich bei Negativsymptomen um die Verminderung von Antrieb, Initiative und Kontaktfähigkeit.]

Der Verlauf der schizophrenen Störungen kann entweder kontinuierlich episodisch mit zunehmenden oder stabilen Defiziten sein, oder es können eine oder mehrere Episoden mit vollständiger oder unvollständiger Remission [= Zurücktreten der Krankheitserscheinungen] auftreten.“

Die dritte Ziffer der Diagnose, nach dem Punkt, kennzeichnet jeweils die Untergruppe:

„F20.0 Paranoide Schizophrenie

Die paranoide Schizophrenie ist durch beständige, häufig paranoide Wahnvorstellungen gekennzeichnet, meist begleitet von akustischen Störungen und Wahrnehmungsstörungen. Störungen der Stimmung, des Antriebs und der Sprache, katatone Symptome [= Bewegungsauffälligkeiten] fehlen entweder völlig oder sie sind wenig ausgeprägt.

F20.1 Hebephrene Schizophrenie

Eine Form der Schizophrenie, bei der die affektiven [= Gefühls-] Veränderungen im Vordergrund stehen, Wahnvorstellungen und Halluzinationen flüchtig und bruchstückhaft auftreten, das Verhalten verantwortungslos und unvorhersehbar ist und Manierismen [= eigenartige stereotype Gewohnheiten] häufig sind. Die Stimmung ist flach und unangemessen. Das Denken ist desorganisiert, die Sprache zerfahren. Der Kranke neigt dazu, sich sozial zu isolieren. Wegen der schnellen Entwicklung der Minussymptomatik, besonders von Affektverflachung und Antriebsverlust, ist die Prognose zumeist schlecht. Eine Hebephrenie soll in aller Regel nur bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen diagnostiziert werden.

F20.2 Katatone Schizophrenie ...

Die katatone Schizophrenie ist gekennzeichnet von den

im Vordergrund stehenden psychomotorischen Störungen, die zwischen Extremen wie wie Erregung und Stupor [= Erstarrung] ... alternieren können ...“

(Quelle: ICD-10 von 1984)

Dem aufmerksamen Leser mag es hier schon seltsam erscheinen, daß beim gleichen Krankheitsbild einmal Stimmungs- und Antriebsstörungen praktisch fehlen (Paranoide Schizophrenie) und einmal im Vordergrund stehen (Hebephrenie), während bei der katatonen Schizophrenie wiederum ein völlig anderer Verhaltensbereich, die Psychomotorik das Bild bestimmt.

Zur Illustration der Varianten von Schizophrenie seien hier zunächst zwei Menschen mit ihrer Krankheitsentwicklung skizziert.

Frau Müller ist jetzt knapp sechzig. Sie war immer eine tüchtige Hausfrau, zog drei Kinder groß und half im Betrieb ihres Mannes mit. In der Zeit, als das ganze Land aufgewühlt war vom Terror der RAF und den Gegenmaßnahmen des Staates, hatte sie im Nachbarhaus in ihrer ruhigen Villensiedlung eine konspirative Wohnung ausgemacht und der Polizei gemeldet. Ihrem Ehemann wurde von einem Beamten daraufhin empfohlen, seine Frau doch einmal einem Psychiater vorzustellen. Er und die halbwüchsigen Kinder ließen die Sache damals auf sich beruhen, weil das Familienleben in den gewohnten Bahnen weiterging.

In den letzten Jahren traten aber häufiger Störungen auf, weil Frau M. immer wieder Terroristen bemerkte und von der Familie aufgeregt forderte, etwas zu unternehmen und persönliche Schutzmaßnahmen zu ergreifen. Seit die Kinder aus dem Haus sind, gibt es für den Mann kein normales Leben mehr. Frau M. beschuldigt ihn der Untreue, will aber selber nichts mehr mit ihm zu tun haben. Sie fühlt sich von ihm bedroht, findet überall untrügliche Zeichen für Vergif-

tungsanschlage und schläft nachts kaum noch. Zu ihrem Schutz hat sie an ihrem Schlafplatz eine Konstruktion aus Stoffen und Stangen angebracht; ihre von der Familie geschätzte Kreativität und ihr Bastelgeschick sind in diesem tragischen Zerrbild noch zu erkennen. Auch im äußeren Erscheinungsbild fällt sie jetzt in der Nachbarschaft auf. Bei jedem Wetter schützt sie sich durch einen schreiend bunt herausgeputzten Strohhut vor den auf sie gerichteten Strahlen. Fast immer beschäftigt sie sich mit dem Biotensor, einem antennenartigen Gerät, das bei Gefahr lebhaft ausschlägt.

Nachdem eine Tochter sie zu einem Behandlungsversuch zu mir vermittelt hat, kommt sie gerne und punktzlich zu jedem Termin. Natürlich will sie nichts davon hören, krank zu sein, aber sie erzählt bereitwillig ihre Lebensgeschichte und die aktuellen Vorfälle und führt mir vor, wie der Biotensor funktioniert. Sie ist entschlossen, sich scheiden zu lassen. Wie ich vom Ehemann höre, findet auch er das am Besten. Unverkennbar ist sein Groll wegen des unmöglichen Verhaltens seiner Frau. Wird er fair und sachlich reagieren können, wenn es um die Aufteilung des gemeinsam erwirtschafteten Vermögens geht? Frau M. ist keinesfalls in der Lage, ihre Interessen zu vertreten.

Meine Bemühungen enden, als die Tochter sie zu sich in eine andere Stadt nimmt. Bei einem Besuch dort sei sie "ganz die Alte" gewesen und habe die Sehenswürdigkeiten genossen. Leider kann ich der Tochter keine Hoffnung machen, daß nicht auch dort der Biotensor nach einiger Zeit heftig ausschlagen wird.

Jürgen Sch. ist 22 Jahre und macht seinen Eltern seit zwei Jahren größte Sorgen. In der Schule war er noch in der Oberstufe ein Anfuhrertyp, gut im Sport, Initiator einer Rockgruppe, mehrmals Klassensprecher. In der zwolfsten

Klasse verlor er wegen Unstimmigkeiten in der Schülermitverwaltung die Lust und zog sich davon zurück. Das Abitur schaffte er wie erwartet problemlos.

Im folgenden Urlaub bei einem Onkel im Ausland kam es zu einem tragischen Unfall. Er ließ ein geladenes Jagdgewehr unachtsam herumliegen, ein Kind spielte damit und kam ums Leben. Die gerichtliche Untersuchung läuft noch, er wird mit einer Verurteilung rechnen müssen. Seitdem ist er verändert.

Die Familie war hilflos, wie sie mit dem Unglück und seiner Schuld umgehen sollte und hielt es für das Beste, nicht davon zu reden. Er hat noch keine Anstalten gemacht, sich für einen Beruf oder ein Studium zu entscheiden. Meist schläft er tagsüber lange und verschwindet später, um irgendwann nachts wieder aufzutauchen; manchmal weckt er die Eltern, weil er keinen Schlüssel dabei hat. Wenn er im Musikkeller am Synthesizer komponiert, schaudert der Mutter – von der er die Musikbegabung "geerbt" hat – vor dem unheimlichen und zerrissenen Ausdruck der Klänge. Ohne Bescheid zu sagen, fuhr er bereits zweimal für einige Tage zu Freunden in andere Städte. Auf die Vorhaltungen der besorgten Eltern sagte er nur pampig, er sei doch schließlich erwachsen.

Soviel erfuhr ich von den Eltern, die ihn erfolglos zur Behandlung bei mir motivieren wollten.

Zwei Jahre später machte die Mutter einen erneuten Versuch, und diesmal kam er mit. Er hatte sich wegen etwas Krankem im Kopf selber in Behandlung begeben und war jetzt schon seit längerem auf einer psychiatrischen Rehabilitationsstation. Als nächster Schritt war die Unterbringung in einer sozialpsychiatrischen Langzeiteinrichtung vorgesehen. Er begegnete mir freundlich, aber gänzlich desinteressiert. Er sei mit der Behandlung und der geplan-

ten Verlegung völlig einverstanden. Einzig die ständige Medikamenteneinnahme störe ihn. Auf die Frage nach seinen persönlichen geistigen Interessen erwiderte er kurz angebunden: "Buddhistische Philosophie". Einem ersten Behandlungsschritt stimmte er zu, doch zum folgenden Termin meldete er sich einige Minuten vorher über Anrufbeantworter ab.

Für die wissenschaftliche Psychiatrie haben Frau M. und Jürgen Sch. die gleiche Krankheit und werden deshalb gemeinsam als Schizophrene beforscht. Das geschieht mit den faszinierenden Möglichkeiten der bildgebenden Verfahren, bei denen erkennbar wird, welche Gehirnbereiche bei welcher psychischen Tätigkeit besonders durchblutet, d. h. aktiv sind. Auch die Ableitung der Hirnströme (EEG) erlaubt durch computergestützte Auswertungen, Veränderungen der Gehirnaktivität bei bestimmten Reizen zu erfassen. Frau Müller und Jürgen Sch. gehören bei derartigen Untersuchungen gemeinsam zu den schizophrenen Versuchspersonen, die mit den Befunden bei Gesunden verglichen werden.

Wenn beide schließlich infolge ihres Krankheitsschicksals zu den Menschen ohne Wohnsitz gehören, interessieren sich Sozialpsychologen dafür, wie Schizophrene mit dieser Situation umgehen.

Als Betroffene in einem Psychoseminar werden sie beide kaum auftauchen; Frau Müller, weil sie es energisch bestreitet, psychisch krank zu sein, und Jürgen, weil er jeden Schwung verloren hat. Als Angehörige finden sich dort möglicherweise Frau Müllers Tochter und Jürgens Eltern ein.

Auch bei allen psychotherapeutischen Bemühungen steht die Gemeinsamkeit der Schizophreniediagnose im Vordergrund. Die systemische Familientherapie hat ein Konzept

für die Bedeutung schizophrener Verhaltens in der familiären Interaktion und leitet daraus therapeutische Konsequenzen ab. *„Aktiv verändern kann eine Situation aber nur der, der sich als handelndes Subjekt konstruiert. Dies ist der Grund, weswegen der einzelne konsequent als eigenverantwortliche Person behandelt wird, die sich, aus welchen Gründen auch immer, entschieden hat, so zu leben, wie sie lebt.“* So Fritz Simon, Autor des Buches *Meine Psychose, mein Fahrrad und ich*.

Natürlich betrachtet auch die Psychopharmakologie sie aufgrund ihrer gleichen Diagnose in Therapiestudien gemeinsam. In der täglichen Praxis bekommen sie ebenfalls die gleichen Medikamente, wobei man bei Frau M. die Wirkung auf die Positivsymptome bewertet und bei Jürgen hofft, daß sich etwas an den Negativsymptomen ändert.

Wer Menschen wie Frau Müller oder Jürgen aus der Berufserfahrung kennt, wird kaum bezweifeln, daß beide an einer schweren psychischen Krankheit leiden. Doch stimmt diese Ausdrucksweise eigentlich genau genommen? Gemeinsam ist beiden, daß sie zumindest subjektiv nicht an einer Krankheit leiden. Frau Müller leidet unter den feindlichen Nachstellungen; noch genauer gesagt: sie scheint weniger im üblichen Sinne zu leiden, als sich vielmehr heftig darüber zu empören. So wie sie die Machenschaften jeweils durchschaut und ihre Abwehrmaßnahmen einsetzt, scheint sie sich keineswegs hilflos zu fühlen. Als ich ihr anbot, sie durch meine Behandlung unempfindlicher zu machen, wollte sie nichts davon wissen. Sie wäre ja geradezu aufgeschmissen, wenn sie nichts mehr davon mitbekommen würde.

Jürgen ist jenseits von Leid, Angst oder Empörung und verwirklicht, wenn auch unfreiwillig, das buddhistische Ideal des leidenschaftslosen Nicht-Verhaftetseins.

Was gibt uns dann eigentlich das Recht, diese beiden Menschen als krank zu bezeichnen? Müßten wir nicht ihre Art des In-der-Welt-Seins, die sie gefunden haben, akzeptieren und respektieren?

Dies war der Kern der hitzig geführten Debatte um den medizinischen Krankheitsbegriff in der Psychiatrie, von der in Kapitel 1 die Rede war. Solange Krankheit subjektiv vom betroffenen Individuum aus definiert wird, stoßen wir hier tatsächlich an die Grenzen seiner Sinnhaftigkeit.

Krankheit ist aber nie nur ein Verlust des individuellen, subjektiven Wohlbefindens.

Jeder Kranke geht in unterschiedlichem Maße seinen Mitmenschen verloren. Wer sich das Bein gebrochen hat, muß seine Teilnahme an einer Bergwanderung mit Freunden absagen und wird bei dieser Gelegenheit von ihnen vermißt. Wer zucker- oder alkoholkrank ist, fehlt den anderen als fröhlicher Mit-Genießer bei einer Tortenschlacht oder auf dem Oktoberfest.

Im Extremfall einer Krankheit mit tödlichem Ausgang geht der Mensch unwiederbringlich denen verloren, die ihn noch gebraucht hätten oder gern mit ihm zusammen waren. Deshalb können wir den gesellschaftlichen Auftrag an die Medizin durchaus so definieren: Sorge dafür, daß uns niemand unnötigerweise verloren geht! Alle medizinischen Fortschritte führen dazu, daß selbst schwer beeinträchtigte Menschen immer besser dabei bleiben und mithalten können. An den Heilritualen archaischer Kulturen ist dieses Anliegen der Gemeinschaft noch unmittelbar zu erkennen. Das Gesundmachen wird nicht an den Spezialisten delegiert, der es in der Abgeschlossenheit seines Sprechzimmers praktiziert, sondern es ist – unter der Anleitung des schamanischen Fachmanns – eine öffentliche Angelegenheit, an der alle mitwirken.

Selbst wenn Schizophrenie subjektiv nicht leiden sollten, wie es in Jürgens Fall den Anschein hat, so sind sie doch ihren Mitmenschen auf tragische Weise verloren gegangen. Jürgen wird seine Musikbegabung weder als Lehrer noch als Hobby zur Freude anderer nutzen können. Frau Müller wird ihren Enkelkindern nichts mehr nähen oder basteln. Die systemische Betrachtungsweise, "daß sie sich, aus welchen Gründen auch immer, entschieden haben, so zu leben, wie sie leben", wird hier zum zynischen Unsinn.

Wie viele Eltern in ähnlicher Lage wie die von Jürgen haben von sozialpsychiatrischen Beratern schon die Empfehlung gehört, sie sollten ihn die Konsequenzen seines gemeinschaftswidrigen Verhaltens spüren lassen? Ihm Grenzen setzen, etwas von ihm fordern, ihn vor die Tür setzen und nicht immer wieder mitleidig aufnehmen! Die meisten dieser Eltern bringen das nicht fertig und lassen sich lieber vorwerfen, sie könnten ihre doch eigentlich schon erwachsenen Kinder einfach nicht loslassen.

Sollte eine derartige Beratung doch einmal fruchten oder sollte Jürgen aus disziplinarischen Gründen die Langzeit-einrichtung verlassen müssen, so wird er vermutlich die erleichternde Wirkung von Alkohol oder anderen Drogen entdecken und sich mit anderen drogenkranken Ausgestoßenen im Stachus-Untergeschoß in München oder an den entsprechenden Plätzen auf der ganzen Welt versammeln. Dort trifft er auf andere Menschen, die ein Psychiater schizophren nennen würde. Zum Beispiel die Frau mit dem vollbepackten Handwagen, neben der ich einmal im Buswartehäuschen Platz nahm. Sofort blaffte sie mich in aufgebrachtem Ton an, was mir denn einfiel, in ihrem Kopf zu denken?

Trotz der großen Unterschiede im Erscheinungsbild und Krankheitsverlauf mag es wegen der gleichen sozialen Fol-

gen manchem plausibel erscheinen, daß Jürgen und Frau Müller die gleiche Krankheit haben.

Um die Suche nach dem gemeinsamen Nenner der Schizophrenie fortzusetzen, sei noch das Leben eines dritten schizophranen Menschen skizziert.

Greta S.-T. lebt allein mit ihrer achtjährigen Tochter und gehört als Bürohalbtagskraft zum Team einer kleinen Werbeagentur. Niemand, am wenigsten ihr Mann, hatte verstanden, warum sie vor vier Jahren die Trennung wollte. Um ihr die vielleicht nötige Selbstfindung zu ermöglichen, war er schließlich ausgezogen. Die gemeinsame Elternschaft für Lena stand nie in Frage und wurde harmonisch praktiziert. So konnte Herr T. – natürlich mit einigem organisatorischen Aufwand – auch bei den drei schizophranen Schüben einspringen, die Greta S.-T. bisher erlitten hat.

Für das damals fünfjährige Kind muß die unheimliche Veränderung der Mutter beim ersten Mal sehr erschreckend gewesen sein. Nachbarn wurden auf die verstörte Kleine aufmerksam und fanden die Mutter in nicht ansprechbarem Zustand in der Wohnung. Sie bewegte sich seltsam starr, schien gebannt zu lauschen, wehrte zunächst wortlos alles ab, ließ sich aber schließlich in die Klinik bringen.

Hier ging es ihr schnell wieder gut; schon nach vierzehn Tagen wirkte sie unauffällig, wandte sich Lena in der gewohnten liebevollen Weise zu und konnte nach vier Wochen entlassen werden. Auch ihre Kolleginnen freuten sich über den glimpflichen Verlauf und brauchten sie wieder dringend. Die Entlassungsdiagnose lautete: Psychotische Episode, Verdacht auf Erstmanifestation einer katatonen Schizophrenie. Dies ist eine korrekte Diagnose, weil sie bei der kurz verlaufenen psychotischen Ersterkrankung noch nichts festlegt, aber gleichzeitig erkennen läßt, an was die Ärzte am ehesten gedacht haben. Unter der folgenden neu-

roleptischen Dauerbehandlung litt sie sehr, fühlte sich nicht nur äußerlich durch die deutliche Gewichtszunahme entstellt, sondern überhaupt nicht mehr wie sie selber. Deshalb setzte sie nach einigen Wochen alles ab, auch mit Billigung ihres psychiatrie-kritischen Noch-Ehemannes.

Leider wiederholte sich nach knapp einem Jahr die Psychose. Lena hatte möglicherweise etwas gespürt, denn sie hatte den Vater dringend gebeten, außer der Reihe bei ihm übernachten zu dürfen. Als er sie zurückbrachte, fand er die Patientin in einem hilflosen, wie angsterstarrten Zustand vor und fuhr sie in die Klinik. Wieder dauerte es nur wenige Tage, bis sie wieder unauffällig erschien. Diesmal mußte sie sich ernsthafter mit der Notwendigkeit einer langfristigen Medikamenteneinnahme auseinandersetzen und willigte dem Kind zuliebe ein. Bis auf die dadurch bedingten Beschwerden ging ihr Leben danach ungestört weiter.

Die Kolleginnen unterstützten und ermutigten sie und hatten auch allerlei Ideen, wie diese Ereignisse astrologisch zu verstehen und vielleicht mit Bachblüten zu behandeln seien. Greta S.-T. sind solche New-Age-geprägten Gedanken keineswegs fremd, und sie sucht selber nach Zusammenhängen, die ihre Ausnahmestände begreiflich machen könnten.

Lena entwickelte sich unbeschwert weiter und erklärte, daß sie eine dicke Mutti besonders lieb habe.

Der Psychiater hatte in Frau S.-T. eine ausgesprochen einsichtige und kooperative Patientin, die psychisch völlig gesund wirkte. Deshalb sah er nach zwei Jahren den Zeitpunkt für das Ausschleichen der Medikation gekommen. Bereits unter der Dosisreduktion kam es jedoch zum dritten Schub.

Die Patientin und ihr persönliches Umfeld haben sich nun darauf eingestellt, mit der Krankheit zu leben. Glückli-

cherweise ist sie ja zwischen den Schüben immer wieder der Mensch, den alle kennen und mögen. Daß sie durch die Medikamente ihre frühere quirlige Lebhaftigkeit nicht mehr zum Ausdruck bringen kann, wird in Kauf genommen.

Als Dritte gehört Greta S.-T. gemeinsam mit Frau Müller und Jürgen in allen Forschungsvorhaben, z. Bsp. zur Erblichkeit, bei statistischen Erhebungen und für die psychiatrische Alltagspraxis zum Kollektiv der schizophranen Patienten.

Im Gegensatz zu den beiden anderen wird sie möglicherweise als Betroffene an einem Psychoseseminar teilnehmen und dort Einzelheiten über ihre psychotischen Erlebnisse berichten, die die Klinikpsychiater nie zu hören bekamen, weil sie nicht danach fragten.

Für die Bewältigung ihrer Krankheit wird sie die Unterstützung eines psychoanalytisch orientierten Therapeuten in Anspruch nehmen und mit ihm über ihre Kindheit reden. Wie hat sie die Eltern erlebt? Mutter kalt, Vater schwach. Dem Therapeuten wird auffallen, daß sie zeitlebens ein schwach entwickeltes Selbstwertgefühl hatte und dies durch Leistung und soziale Anpassung kompensierte. Seine Erkenntnisse gehen in das psychoanalytische Wissen über die Entstehung von schizophranen Psychosen ein.

Ihre befreundete Kollegin hat indessen mit einem Reinkarnationstherapeuten über ähnliche Fälle gesprochen und erfahren, daß hier massive karmische Belastungen vorliegen. Die Patientin selber ist – schon ihrem Kind zuliebe – zu angepaßt und ängstlich, um sich auf irgendwelche Außenreitertherapien einzulassen.

Die große Frage bleibt: Wie bekommt die Psychiatrie die drei geschilderten Menschen: Frau Müller (paranoid), Jürgen (hebephran) und Greta S.-T. (kataton) unter den einen Hut der Diagnose Schizophrenie? Mehr als die geschichtlich

entstandene Übereinkunft, die sich in den Diagnosekriterien widerspiegelt, wird sich dafür beim besten Willen nicht anführen lassen.

Machen wir das Bild nun noch etwas bunter durch die Fallskizze eines schizoaffektiven Patienten.

Die Verfasser von Psychiatrielehrbüchern treten verlegen von einem Fuß auf den anderen, wenn sie sich dazu äußern, ob dieses Krankheitsbild zur Schizophrenie gezählt werden soll oder nicht. In den Diagnoseverzeichnissen DSM und ICD wird es diesem Bereich zugeordnet, wenn auch mit Bemerkungen, die ein schlechtes Gewissen verraten.

ICD 10: *„Schizoaffektive Störungen werden trotz ihrer umstrittenen Natur weiterhin hier angeführt.“*

DSM-III-R: *„ ... stellt eines der am wenigsten einheitlichen und kontroversesten Konzepte in der psychiatrischen Nosologie dar.“*

Kann es wirklich sein, daß ausgerechnet bei den elementar menschlichen Krankheiten der Psychiatrie die Kunst der Diagnosestellung immer einfacher wird, während in allen anderen medizinischen Fachgebieten ständig alles komplizierter wird? Tatsächlich hat die Kreation der Diagnose „schizoaffektiv“ die Tätigkeit des Diagnostizierens sehr erleichtert.

Obwohl bereits 1933 erstmals vorgeschlagen, war sie noch in meiner Assistenzarztzeit bei den Vorgesetzten als Verlegenheitsdiagnose verpönt. Diese „rückständigen alten Obermedizinalräte“ verlangten, daß wir uns bei jedem Patienten, der sowohl eine Gemütsverstimmung wie schizophrene Merkmale aufwies, entscheiden sollten, was im Zentrum steht und was zweitrangig dazu kommt.

In den Fällen, wo dies – nicht bloß mangels differentialdiagnostischer Fähigkeiten – einfach nicht zu entscheiden sei, sollten beide Diagnosen dokumentiert werden; der wei-

tere Verlauf werde vielleicht eine Klärung bringen.

Der unaufhaltsame Fortschritt, wie er sich in den Diagnosemanualen niederschlägt, ist über diese Ansicht hinweggegangen und erspart heutigen Assistenzärzten viel Mühe.

Robin F., geboren 1964, war von Kindheit an ein etwas ängstlicher, kontaktscheuer Bücherwurm, ganz im Gegensatz zum Rest der Familie. Im Studium zeigte er eine enorme geistige Leistungsfähigkeit. Zum Abschluß gönnte er sich eine Reise durch Afrika, und kam verändert zurück: selbstsicher, aufgeschlossen, kontaktfreudig. Einige Monate später hatte der sonst nicht sehr eifrige Kirchgänger bei der Besichtigung einer Basilika etwas, das er rückblickend als Erleuchtungserlebnis beschreibt. Den Angehörigen machte er danach zunehmend Sorgen durch Geldausgaben, reichlichen Alkoholgenuß in verrufenen Lokalen und verworrene großspurige Reden.

Bis zur gerichtlichen Unterbringung vergingen einige Wochen, unter der neuroleptischen Behandlung normalisierte sich sein Verhalten dann schnell. In seinem manieähnlichen Zustand war er der Überzeugung gewesen, durch Anschluß an die kosmische Weisheit unermeßliche Heilkräfte zu besitzen, die insbesondere gesellschaftlichen Randgruppen zugute kommen sollten.

Rückblickend fragten sich die Eltern, ob bereits sein vermeintlich erfreulich verändertes Wesen nach der Afrika-reise ein Vorwarnzeichen des psychotischen Ausbruchs gewesen war. Daß das Medikament für die Malariavorbeugung Psychosen auslösen kann, hatten sie dem Beipackzettel entnommen. Darauf seien die Psychiater aber nicht eingegangen.

Der weitere Krankheitsverlauf des jungen Mannes war dadurch bestimmt, daß die Neuroleptika, die er langfristig

einnahm, die Stimmungslage zur depressiven Seite verschoben. Dieser Effekt tritt in individuell unterschiedlichem Maße auf; dieser Patient war davon schwer betroffen. Eine Weiterqualifizierung im Beruf schaffte er mit großen Mühen, sonst hatte er keinerlei Lebensqualität.

Mehrere weitere Klinikaufnahmen waren wegen schwerer Depression mit Suizidgefahr erforderlich.

Nach zwei Jahren versuchten die Klinikärzte, das Haloperidol abzusetzen, während ein Antidepressivum weitergegeben wurde. Darauf geriet er innerhalb weniger Tage in einen psychotischen Zustand mit ängstlichem Mißtrauen und wiederum Erlösungsideen. Hier ist offenbar bei einem besonders empfindlichen Patienten der Effekt des schnellen Absetzens zusammengetroffen mit der psychosetzenden Wirkung, die tendenziell jedes Antidepressivum hat.

Berücksichtigen wir die Möglichkeit, daß auch Robin F., genau wie viele andere meiner Patienten, das Haloperidol nach dem Abklingen der ersten maniformen Phase nicht mehr gebraucht hätte, und durch die Weiterverordnung unnötig mit der dadurch hervorgerufenen Depression belastet wurde, so wird deutlich, wie dringend sich die Psychiatrie um die Besonderheit der schizoaffektiven Störungen kümmern muß.

Mit der neuroleptischen Langzeitmedikation behandelt man diese Menschen wie Schizophrene, obwohl sie außerhalb ihrer psychotischen Zeiten keinerlei schizophrene Merkmale zeigen, keinen Wahn, keine Halluzinationen, keine Denk- oder Affektstörungen. Mit Lithium oder ähnlich wirkenden Mitteln versucht man, wie bei Manisch-Depressiven die Stimmungsschwankungen zu unterdrücken. Das ist bei oft auftretenden Phasen sicher einen Versuch wert, wird aber allzu häufig auch dann noch unermüdlich fortgeführt, wenn es trotzdem immer wieder zu psychotischen

Episoden kommt. Anders als die manisch-depressive Erkrankung, bei der die Phasen grundlos, allenfalls gekoppelt an jahreszeitliche Rhythmen auftreten, ist bei den Psychosen der Schizoaffectiven meist ein auslösendes Ereignis zu erkennen, das für die Betroffenen im weitesten Sinne Stress bedeutete. Alle vorbeugenden Maßnahmen stehen bei diesem Krankheitsbild auf der Grundlage eines soliden und auch offen eingestandenen Nicht-Wissens. Wie hieß es doch früher so schön? Vor die Behandlung haben die Götter die Diagnose gesetzt. Hier aber wird auf vage Vermutungen hin drauflos behandelt.