

Fallbeispiel – Schizophrenie. Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen...

Als es vor etwa einem Jahr zum ersten Mal passierte, war die 24-jährige Anna Grün so irritiert, dass sie sich an ihrem PC-Arbeitsplatz umsah, ob sie jemand angesprochen hatte. Sie hatte sogar das Fenster geöffnet und rausgeschaut. Ihre drei Kolleginnen, die wie sie als Sekretärin in dieser großen Anwaltskanzlei arbeiteten schauten sie fragend an. Alle waren zuvor in ihre Arbeit vertieft gewesen, niemand hatte etwas zu ihr gesagt. Trotzdem hatte sie es doch genau gehört: „Du hast diesen Job überhaupt nicht verdient!“ Vielleicht war es doch auf der Straße gewesen? Aber es hatte so deutlich und nah geklungen und außerdem hatte sie gewusst, dass sie gemeint war! Ihre Kolleginnen waren zwar keine engen Freundinnen, aber sie kamen eigentlich gut miteinander aus. Man half sich hier und da, und sie konnte sich nicht vorstellen, dass eine von ihnen so etwas zu ihr sagen sollte.

Doch bei diesem Zwischenfall blieb es nicht. Die Stimme sprach immer öfters zu ihr. Sie hatte Angst, verrückt zu werden. Zweifellos war die Stimme in ihrem Kopf; vielleicht war es auch Gott, der zu ihr sprach. Aber dieser Gedanke erschreckte sie nur noch mehr, zumal sie keinen guten Stand bei ihm zu haben schien. Die Stimme redete ihr ein, nichts wert und schlecht zu sein und dass sie die guten Dinge in ihrem Leben überhaupt nicht verdient hätte. Wenn sie die Stimme hörte, war sie auch sehr von der Arbeit abgelenkt, machte Fehler, vergaß etwa Termine einzutragen und

konnte sich nicht mehr richtig konzentrieren. Jedes Mal drohte sie in Panik auszubrechen, am liebsten wäre sie weggelaufen.

Den Gesprächen mit den Kolleginnen in den Pausen konnte sie nicht mehr richtig folgen und zog sich, wenn man sie fragte, im Gespräch meist auf Allgemeinplätze zurück, was die anderen manchmal irritierte. Vor kurzem hatte sie es zum ersten Mal gewagt, der Stimme zu antworten und es kam zu einer heftigen Diskussion. Sie fuhr alleine im Auto und war froh, dass niemand sie beobachten konnte.

In den vergangenen Tagen war die Stimme häufiger in ihrem Ohr und sie hatte deswegen schreckliche Angst. Sie wurde sie einfach nicht los. Manchmal, wenn sie ganz fest die Augen schloss und sich sehr auf einen völlig anderen Gedanken konzentrierte, konnte sie die Stimme verdrängen. Aber das klappte nicht immer, und auch nicht jede Situation war für eine solche Übung geeignet. Wenn sie vorsichtig versuchte, das Thema mit ihrem Partner zu besprechen und ihm erzählte, sie habe so viele Dinge im Kopf, dass sie sich kaum noch konzentrieren könne und überlastet fühle, meinte er nur, sie solle früher schlafen gehen und sich nicht so anstellen. Das war wirklich keine große Hilfe, und sie fühlte sich immer schlechter, war unruhig und bekam Schweißausbrüche.



REFLEXION

Krankheitsentstehung. Das Wesen der Schizophrenie ist schwer zu vermitteln. Das schizophrene Erleben ist so ungewöhnlich, dass es sich dem Gesunden nur schwer vermitteln lässt. Nicht ganz unschuldig daran ist sicherlich der Umstand, dass der Begriff Schizophrenie in unserer Umgangssprache gerne für alles widersinnige, paradoxe ja sogar für Inkonsequenz verwendet wird. Auch die Übersetzung mit Persönlichkeitsspaltung ist irreführend. Die Annahme, dass ein an Schizophrenie Erkrankter mehrere Persönlichkeiten in sich tragen würde, ist falsch.

Der inzwischen umgangssprachlich häufig verwendete Begriff schizophrene im Sinne von widersinnig, paradox oder inkonsequent hat nichts mit dem Krankheitsbild der Schizophrenie zu tun.

Im Zentrum der Erkrankung stehen typische Veränderungen des Denkens, der Wahrnehmung und der Affekte. Der Bezug des Kranken zur Wirklichkeit ist gestört, wovon die intellektuellen Fähigkeiten jedoch unberührt bleiben. Allerdings können sich im Laufe der Zeit kognitive Defizite entwickeln.

Das Gefühl von Individualität und Einzigartigkeit sowie die Vorstellung der Entscheidungsfreiheit sind auch Leistungen des Gehirns und der Psyche. Diese Dinge scheinen selbstverständlich zu sein, doch sind auch sie nur Gehirnfunktionen wie etwa sprechen, rechnen oder erinnern. Geläufiger ist uns, dass diese Fähigkeiten z. B. nach einem Schlaganfall, gestört sein können.

Die Ursachen der Veränderung sind unklar. Eine erbliche Beteiligung ist wahrscheinlich. Es gibt eine Reihe schwacher hirnologischer Befunde, die für die Erkrankung verantwortlich sein können. Im Rahmen der erblichen Komponente scheint eine gestörte Auswanderung bestimmter Neurone in den präfrontalen Kortex während der Hirnentwicklung eine Rolle zu spielen. Am nächsten kommt man der Wahrheit wohl, wenn man die Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises als Stoffwechselstörungen des Gehirns betrachtet. Die Krankheitsverläufe innerhalb des schizophrenen Formenkreises sind außerordentlich variabel.

Schizophrenien kommen in der ganzen Welt und in allen Kulturen etwa gleich häufig vor. Sie stehen mit einem Ungleichgewicht von Neurotransmittern im Gehirn in Zusammenhang. Dabei bleibt aber ungewiss, ob dies Ursache oder Folge der schizophrenen Sym-

ptomatiken ist. Allerdings ist etwa der nachgewiesene Dopaminüberschuss für die Reizüberflutung des Gehirns verantwortlich, was die Denkstörungen erklären könnte. Parkinsonpatienten, deren Dopaminsubstitution etwas zu hoch ist, können ganz ähnliche Wahnsymptome und Halluzinationen entwickeln. Folgerichtig helfen Medikamente, die bei Dopaminüberschuss eingesetzt werden, oft dabei, das Denken wieder zu normalisieren.

Gibt man bei bestimmten Schizophreniesymptomen ein Medikament, das Dopamin im Gehirn vermindert, können als Nebenwirkung Symptome wie bei der Parkinson-Krankheit entstehen. Gibt man bei der Parkinson-Krankheit Medikamente, die die Dopaminkonzentration im Gehirn erhöhen, kann es zu Nebenwirkungen kommen, die an die Halluzinationen bei der Schizophrenie erinnern.

Nach dem Vulnerabilitätskonzept der Schizophrenie wird nicht einfach die Krankheit oder deren Anlage vererbt, sondern die Anfälligkeit (Vulnerabilität) dafür, auf Belastungen mit einer Schizophrenie zu reagieren. Kommt es im Laufe des Lebens zu Verletzungen durch besondere psychische oder körperliche Belastungen, verändert sich der Hirnstoffwechsel. Je größer die Anfälligkeit eines Menschen ist, desto geringere zusätzliche Belastungen können dann zum Ausbruch der Erkrankung führen. Bisher ließ sich nicht nachweisen, dass es soziale und psychologische Krankheitsursachen gibt, allerdings steht fest, dass sich soziale und psychologische Faktoren deutlich positiv oder auch negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken. Auch die Einnahme von Alkohol und anderen Drogen kann bei entsprechender Disposition eine schizophrene Psychose auslösen.

Wie kann geholfen werden? Die Medikamente spielen in der Therapie und auch in der Pflege eine große Rolle. Mit einer neuroleptischen Behandlung kann der Patient einen inneren Abstand zu seinen meist quälenden Gedanken und Ängsten bekommen. Eine Verstärkung wird dann möglich und er kommt wieder in die Wirklichkeit zurück.

Ein großes Problem der Reintegration ist die Minussymptomatik, die auf Medikamente oder psychotherapeutische Methoden kaum anspricht. Durch verschiedene Therapieangebote, die Alltags-

Fallbeispiel – Schizophrenie. Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen...

fähigkeiten und Beschäftigungen trainieren (z. B. Milieuthherapie, Ergotherapie) soll dem Patienten ein möglichst selbstständiges Leben ermöglicht werden. Ergänzt wird das Behandlungskonzept z. B. durch körperliche Aktivierung (Sport), Ergo- und Arbeitstherapie.

Leider haben die Neuroleptika bei einer angemessenen Dosierung die Nebenwirkung, dass sie den Patienten stark dämpfen. Nicht selten empfindet er dies als sehr belastend und nimmt die Medikamente nicht mehr ein. Eine weitere Gefahr besteht darin, dass die Medikamente nach der erfolgreichen Unterdrückung der Symptome vom Patienten abgesetzt werden und die Beschwerden bald wiederkehren.

Was tut die Pflege bei Schizophrenie?

Der Umgang mit einem Schizophrenen bedarf natürlich einer ganz besonderen Form der Zuneigung und des Respekts und zwar aus dem einfachen Grunde, weil das Pflegemittel Kommunikation ganz anders eingesetzt werden muss. Zuspruch, Aufklärung, Beratung, Trost, Empathie, Vertrauen sind Begriffe, die beim Umgang mit Schizophrenen eine andere Deutung erfahren. Wenn der Patient sich etwa von fremden Einflüssen beherrscht sieht, die ihm Gedanken eingeben, ist das seine Wirklichkeit. Die wirkliche Umgebung im Krankenhaus, die Pflegenden und Ärzte, ja auch die Angehörigen werden angesichts dieser subjektiv empfundenen Bedrohung völlig unwichtig. Einwände, wie: „das kann aber nicht stimmen“ oder „finden Sie nicht auch, dass diese Vorstellung ganz unsinnig ist“, helfen dem Patienten in keiner Weise. Sie werden ihn im Gegenteil auch noch verärgern. Das bedeutet aber nicht, ihn in seinem Wahn zu unterstützen oder gar mitzumachen. Der schizophrene Patient ist nicht dumm und es würde sein Misstrauen erregen. Mit einem Satz wie: „Sie glauben also, dass die Außerirdischen Ihnen Gedanken einflößen. Wir werden Sie da schützen, so gut wir können“ zeigen Sie Verständnis, ohne sich oder ihn lächerlich zu machen. Sie nehmen die Aussagen ernst, bleiben jedoch bei Ihrer Sicht der Wirklichkeit.

Hilfreich ist es stets, sachliche Themen zu behandeln, damit der Patient den Weg aus seiner Wahnwelt heraus in die Wirklichkeit findet, wie z. B. die – körperlichen – Gesundheitsfragen, die Arbeit in der Ergotherapie, sein Auto oder das Fußballspiel vom Vorabend. Von Vorteil sind außerdem Aktivitäten nach festen Regeln, also Sport und Spiele. Aber auch klare und feste Regeln für den Stationsalltag. Hier kommt der Patient oft mit sich und vor allem auch mit anderen gut zurecht, weil die Vorgaben genau festgelegt sind. Vermeiden sollte man dagegen Gespräche über seine Gefühle, seine Wahninhalte, ebenso Spiele oder Aktivitäten, die die Fantasie anregen oder einen freien Gedankenlauf fördern. Gleiches gilt für Ironie, komplizierte und ausgedehnte Erklärungen oder vage Aussagen. Verabredungen sollen getroffen und besonders von den Pflegenden genau eingehal-

ten werden. Tages- und Wochenpläne können stützende Strukturen schaffen.

Immer ist viel Geduld, ein gesundes Selbstvertrauen und auch viel eigene Fantasie im Umgang mit Schizophrenen nötig. Geduld, weil Sie immer wieder zurückgewiesen oder enttäuscht werden, auch wenn zwischenzeitlich alles ganz positiv verlief. Aber vielleicht ist der Patient plötzlich dahinter gekommen, dass Sie mit den Außerirdischen unter einer Decke stecken. Sie brauchen ein gesundes Selbstvertrauen, damit Sie nicht Gefahr laufen, diese Wechselbäder persönlich zu nehmen. Vielleicht gibt der Patient Ihnen nur nicht die Hand, weil er überzeugt ist, dass durch die Berührung sein Geschlecht umgewandelt wird. Und Fantasie benötigen Sie auch, um all diese Verrücktheiten nachzuempfinden, die innere Logik zu verstehen und darüber vielleicht einen besseren Zugang zum Patienten zu erlangen.

Eine wesentliche Aufgabe ist die Kontrolle der Medikamenteneinnahme. So kann man den Therapieverlauf und die Nebenwirkungen besser beurteilen und den Arzt entsprechend informieren. Das kann aber auch sehr schwierig sein, da der Patient sich mitunter tage- oder wochenlang weigert die Medikamente zu nehmen oder sich alles Erdenkliche einfallen lässt, um die Pflegenden zu täuschen. Entweder lässt er Tabletten verschwinden oder er sammelt sie in suizidaler Absicht. Aus diesen Gründen findet die Medikamenteneinnahme i. d. R. unter Aufsicht statt. Das kann dann auch bedeuten, nach der Einnahme den Mundraum zu überprüfen, um zu sehen, ob die Tablette geschluckt wurde.

Dopamin als Neurotransmitter sowohl für den Bewegungsablauf als auch bei der Schizophrenie spielt eine große Rolle. Eine wesentliche Nebenwirkung der üblichen medikamentösen Schizophreniebehandlung sind die langsam zunehmenden parkinsonartigen Bewegungsstörungen, wodurch letztlich die Behandlungsmöglichkeit der Schizophrenie auch begrenzt sein kann. In jedem Fall sind bei einer Langzeitmedikation mit antidopaminergen Substanzen Bewegungsstörungen auch Teil des pflegerischen Problems.

Das Blutbild muss wegen der z. T. nicht unerheblichen Nebenwirkungen der Neuroleptika regelmäßig auf Veränderungen kontrolliert werden.

Fall: Nach 6 Wochen in der Klinik wurde Anna Grün entlassen. Man hatte offenbar eine geeignete Medikation gefunden, die ihr die Stimmen nahm. Sie sollte sich dennoch weiter ambulant betreuen lassen. Die Medikation hat sie nach anfänglichen Schwierigkeiten bisher relativ gut toleriert und die nötige Distanz zu den Stimmen verschafft. Gleichzeitig ist ihr die ganze Geschichte aber sehr, sehr peinlich, weil sie selbst jetzt genau zu den Menschen gehört, die sie früher immer für verrückt gehalten hatte.