

Als es vor etwa einem Jahr zum ersten Mal passiert, ist die 24-jährige Laura K.* so irritiert, dass sie sich an ihrem Arbeitsplatz umsieht: Hat sie jemand angesprochen? Sie öffnet sogar das Fenster und schaut hinaus. Ihre 3 Kolleginnen, die wie sie als Sekretärinnen in dieser großen Anwaltskanzlei arbeiten, schauen sie fragend an. Alle sind zuvor in ihre Arbeit vertieft, niemand hat etwas zu ihr gesagt. Trotzdem hat sie es doch genau gehört: „Du hast diesen Job überhaupt nicht verdient!“ Vielleicht ist es doch auf der Straße gewesen? Aber es hat so deutlich und nah geklungen! Ihre Kolleginnen sind zwar keine engen Freundinnen, aber sie kommen eigentlich gut miteinander aus. Man hilft sich hier und da, und sie kann sich nicht vorstellen, dass eine von ihnen so etwas zu ihr sagen würde.

Doch bei diesem Zwischenfall bleibt es nicht. Die Stimme spricht immer öfter zu ihr. Sie hat Angst, verrückt zu werden. Zweifellos ist die Stimme in ihrem Kopf; vielleicht ist es auch Gott, der zu ihr spricht. Aber dieser Gedanke erschreckt sie nur noch mehr, zumal sie keinen guten Stand bei ihm zu haben scheint. Die Stimme redet ihr ein, nichts wert und schlecht zu sein und dass sie die guten Dinge in ihrem Leben überhaupt nicht verdient hat. Wenn sie die Stimme hört, ist sie auch sehr von der Arbeit abgelenkt, macht Fehler, vergisst etwa Termine einzutragen und kann sich nicht mehr richtig konzentrieren.

Jedes Mal droht sie in Panik auszubrechen, am liebsten würde sie weglaufen. Den Gesprächen mit den Kolleginnen in den Pausen kann sie nicht mehr richtig folgen. Vor kurzem wagt sie es zum ersten Mal, der Stimme zu antworten und es kommt zu einer heftigen Diskussion. Sie fährt alleine im Auto und ist froh, dass sie niemand beobachten kann.

In den vergangenen Tagen ist die Stimme häufiger in ihrem Ohr und sie hat deswegen schreckliche Angst. Sie wird sie einfach nicht los. Manchmal, wenn sie ganz fest die Augen schließt und sich sehr auf einen völlig anderen Gedanken konzentriert, kann sie die Stimme verdrängen. Aber das klappt nicht immer, und auch nicht jede Situation ist für eine solche Übung geeignet. Wenn sie vorsichtig versucht, das Thema mit ihrem Partner zu besprechen und ihm erzählt, sie habe so viele Dinge im Kopf, dass sie sich kaum noch konzentrieren könne und überlastet fühle, meint er nur, sie solle früher schlafen gehen und sich nicht so anstellen. Das ist wirklich keine große Hilfe, und sie fühlt sich immer schlechter, ist unruhig und bekommt Schweißausbrüche.

**Fallbeispiel fiktiv, Namen frei erfunden*



REFLEXION

Krankheitsentstehung. Das Wesen der Schizophrenie ist schwer zu vermitteln. Das schizophrene Erleben ist so ungewöhnlich, dass es sich dem Gesunden nur schwer erklären 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 Mensch mehrere Persönlichkeiten in sich tragen würde, ist falsch. Der inzwischen umgangssprachlich häufig verwendete Begriff schizophren 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 das Sprechen, Rechnen oder Erinnern.

Die Ursachen der Veränderung sind unklar. Eine erbliche Komponente ist wahrscheinlich. Es gibt eine Reihe schwacher hirngorganischer 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 Symptomatik 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? Wichtig ist es, das soziale Umfeld des Betroffenen einzubeziehen und aufzuklären, sodass die Angehörigen ein Verständnis für die Erkrankung entwickeln und den Betroffenen unterstützen können.

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 Verständigung wird dann möglich und er kommt wieder in die Wirklichkeit zurück.

Ein großes Problem der Reintegration ist die Minussymptomatik (Ausfall oder Mangel von früher vorhandenen psychischen Eigenschaften), die auf Medikamente oder psychotherapeutische Methoden kaum anspricht. Durch verschiedene Therapieangebote, die Alltagsfähigkeiten und Beschäftigungen trainieren (z.B. Milieuthérapie, 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, dass 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, sei hilfreich. 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 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 eingehalten 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 Schizophrenie-Behandlung 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 bzw. deren Handling Teil der Pflegemaßnahmen. Das Blutbild muss wegen der z.T. nicht unerheblichen Nebenwirkungen der Neuroleptika regelmäßig auf Veränderungen kontrolliert werden.

Die Pflege kann auch die Angehörigen dabei unterstützen, zu lernen mit der Erkrankung umzugehen. Die Betroffenen sind darauf angewiesen, auf ein verständnisvolles Umfeld zu treffen. Neben dem Therapeuten, haben die Pflegekräfte hier einen guten Einblick und Zugang.

Fall: Nach 6 Wochen in der Klinik wird Laura K. entlassen. Man hat offenbar eine geeignete Medikation gefunden, die ihr die Stimmen nimmt. Sie soll sich dennoch weiter ambulant betreuen lassen. Die Medikation hat sie nach anfänglichen Schwierigkeiten bisher relativ gut toleriert. Sie hat ihr 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 hat.