

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 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 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 hirnganischer 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 medikamentösen Ansätze der Depressionsbehandlung verfolgen alle das gleiche Ziel: eine Erhöhung der Konzentrationen von Noradrenalin und Serotonin im synaptischen Spalt zwischen zwei Nervenzellen. Dies kann erreicht werden durch:

- Hemmung der Wiederaufnahme der Neurotransmitter,
- Hemmung des Abbaus der Neurotransmitter,
- Steigerung der Freisetzung der Neurotransmitter.

Lithium-Salze sind ebenfalls in der Depressionsbehandlung weit verbreitet, doch eignen sie sich besser zur Rezidivprophylaxe. Ihr Wirkmecha-

nismus ist nicht ganz geklärt. Wahrscheinlich beeinflussen sie in günstiger Weise die intrazelluläre Signalübertragung.

Psychotherapeutische Verfahren sind besonders bei neurotischer Konflikt- und Erlebnisverarbeitung sinnvoll. In den Gesprächen sollen die möglicherweise auslösenden Faktoren in der Entwicklung erkannt und bearbeitet werden. Eine zentrale Rolle spielt hier die Vorstellung von der Depression als eine nach innen gerichtete Aggression. Nicht selten zeigen Patienten gerade dann Aggressionen, wenn sie etwa zu ergotherapeutischen Angeboten motiviert werden sollen. Dieser nach außen gerichtete Ärger, evtl gegen das Pflegepersonal, kann durchaus als richtiger Schritt und Erfolg angesehen werden.

Bei der Lichttherapie mit mindestens 2000 Lux macht man sich den Zusammenhang von Licht und Stimmung zunutze. Manche Patienten bekommen wegen der kurzen und lichtarmen Tage in den Wintermonaten eine Depression. Licht hemmt den Umbau von Serotonin zu Melatonin. Durch Lichttherapie wird bewirkt, dass die Serotoninkonzentration nicht abnimmt.

Ein weiterer Ansatz, bei dem in einer Studie über 50% der Depressionspatienten geholfen werden konnte, ist die Wachttherapie. Hier ist der Patient 40 Stunden ohne Schlaf. Auch kurze Schlafphasen können den Behandlungserfolg zunichte machen. Die Wirkungsweise ist nicht ganz gesichert. Entweder wird die Ausschüttung eines noch nicht bekannten Schlafhormons verhindert, das Depressionen fördern kann, es könnte aber auch die bei der Depression üblicherweise gestörte Tagesrhythmik durchbrochen werden. Leider ist das gute Behandlungsergebnis nicht von Dauer.

Was tut die Pflege bei Depression? Die Pflege der Patienten erfordert vor allem einen bestimmten Umgang, Einfühlungsvermögen und ein Verständnis für das Wesen der Depression. So ist etwa flüchtiges Zusprechen von Trost falsch, da es dem Patienten nur zeigt, dass das Verständnis nicht da ist. Auch motivierende Aufforderungen wie „reißen Sie sich doch mal zusammen“ oder „Sie müssen einfach positiv denken“ belegen das Unverständnis, denn gerade damit haben die depressiven Menschen Schwierigkeiten. Es wäre so, als forderte man einen Gelähmten auf, einfach zu gehen.

Während der Anfangsphase einer medikamentösen Behandlung muss der Patient häufig kontrolliert und streng beobachtet werden, denn während sich die Stimmungsaufhellung durch Antidepressiva erst nach etwa 3-wöchiger Behandlung einstellt, leidet der Patient u. U. bereits unter den Nebenwirkungen und erfährt gleichzeitig bereits eine Antriebssteigerung. Dies kann dann der entscheidende Anstoß sein, das Suizidvorhaben doch noch in die Tat umzusetzen.

Unerfahrene Pflegenden geraten nach einer Phase des Mitleids nicht selten an einen Punkt der Frustration, in der Hilflosigkeit und Wut gegenüber dem Patienten entstehen können, da alles gute Zureden nichts hilft. Wichtig ist es, sich diese Muster bewusst zu machen, um die Gefühle nicht unbewusst am Patienten auszulassen. Eine sinnvolle Hilfe, die den Umgang mit dem Patienten erleichtert, erhalten Pflegenden bei Supervisionen.

Behutsam kann mit aktivierenden Maßnahmen begonnen werden, wobei dem Patienten stets genügend Rückzugsmöglichkeiten bleiben sollten. Kreislauftraining und Atemübungen haben einen belebenden und antidepressiven Effekt. Bei Arbeiten und Therapien in der Gruppe können Patienten dann erfahren, dass sie mehr können, als sie von sich gedacht hatten. Allerdings ist hier viel Geduld erforderlich. Der oft gestörte Tag- und Nacht-Rhythmus kann von einer guten Strukturierung des Tagesablaufs profitieren.

Die Antriebsstörung und auch die Lebensmüdigkeit können zur Vernachlässigung der Körperpflege und der Essgewohnheiten führen. Eine führende und aktivierende Begleitung alltäglicher Verrichtungen ist dann wichtig, ohne dass dem Patienten alles abgenommen werden soll. Auch Sondenernährung kann in der akuten Phase erforderlich werden. Die Nebenwirkungen der Psychopharmaka können sehr belastend sein. Umso wichtiger ist es, dass der Patient die Wirkungen und Nebenwirkungen gut versteht und die Notwendigkeit der regelmäßigen Einnahme einsieht. Das Vertrauen zu den Pflegenden und zu den Ärzten muss so sein, dass sich der Patient auch von zu Hause aus stets traut, Hilfe zu holen und nicht eigenmächtig die Dosierungen herauf- oder herabsetzt.

Merke. Die Aufforderung, sich zusammenzureißen kann bei einer Depression nicht helfen, weil gerade das Unvermögen dazu ein wesentlicher Teil der Krankheit ist. Es wäre so, als fordere man einen Blinden auf, endlich zu sehen.

Fall: Beate Frieses Zustand hat sich zwar nach 8 Wochen erheblich gebessert und sie kann die Klinik verlassen, doch wird ihr dringend zu einer ambulanten Weiterbetreuung geraten. Diese Nachsorge muss gleichzeitig als Vorsorge gegenüber einer neuerlichen Erkrankung angesehen werden. Dazu gehört auch, dass bereits in der Klinik eine Tagesstruktur aufgebaut wurde, die sie jetzt auf die häusliche Umgebung übertragen kann.

Herr Friese wünschte sich nichts mehr, als dass seine Frau wieder ganz die alte würde und war zwischenzeitlich selbst sehr verzweifelt. Er hatte erkennen müssen, dass durch seine Unterstützung, indem er ihr z. B. viele Arbeiten abgenommen hatte, sie eher noch tiefer in die Depression verfiel. Die Psychologen rieten ihm in eine sog. Angehörigengruppe zu gehen.