

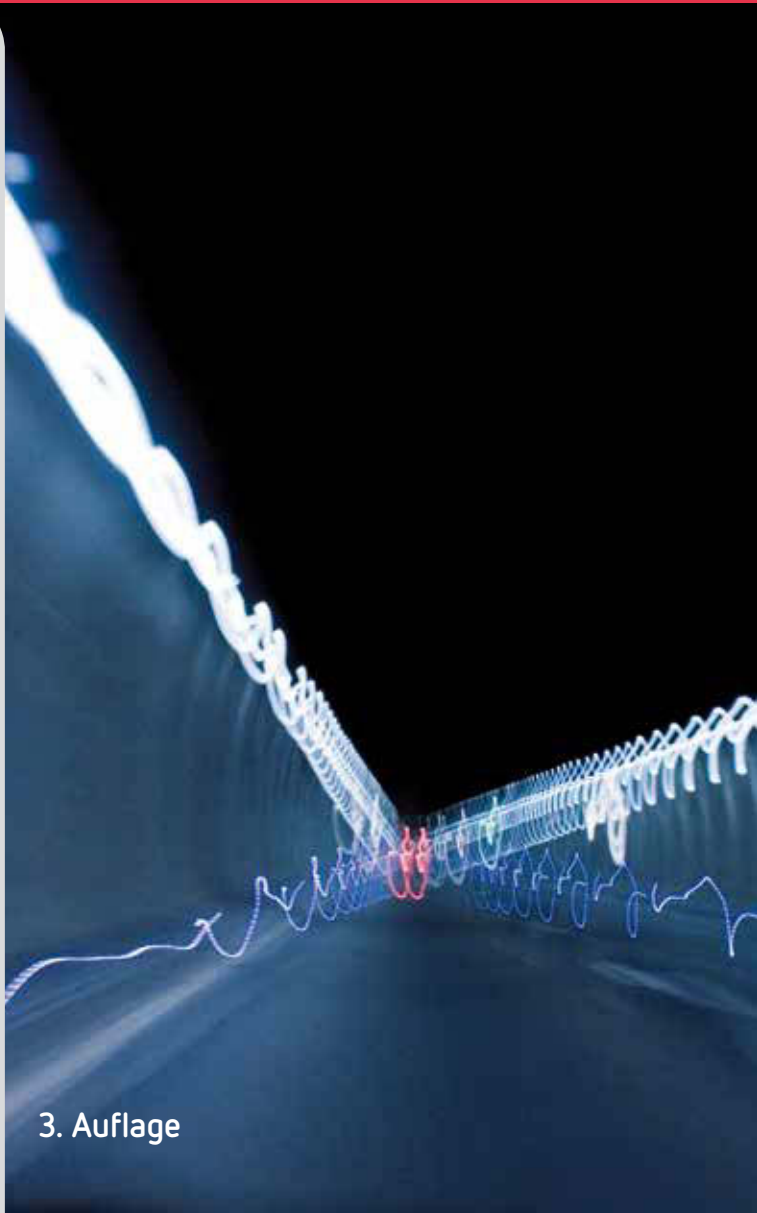
Schizophrenie

Die Krankheit verstehen,
behandeln, bewältigen

Asmus Finzen

Psychiatrie
Verlag 

3. Auflage



Asmus Finzen

Schizophrenie

Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen

Psychiatrie
Verlag 



Asmus Finzen, Jahrgang 1940, Professor der Psychiatrie, engagiert sich seit mehr als vier Jahrzehnten für Menschen, die an schizophrenen Psychosen erkranken. Als Klinikleiter war er sowohl in Deutschland (Wunstorf) als auch stellvertretend in der Schweiz (Basel) tätig. Seine zahlreichen Veröffentlichungen in Fach- und Tagespresse fanden ein breites Echo. Seit seiner Emeritierung setzt er sich verstärkt für Patientenrechte, für gleichberechtigte Patient-Therapeut-Beziehungen sowie gegen Vorurteile, Diskriminierung und Stigmatisierung psychisch Kranker ein. Weitere Informationen finden Sie unter www.finzen.de.

Asmus Finzen

Schizophrenie

Die Krankheit verstehen,
behandeln, bewältigen

Psychiatrie
Verlag 

Asmus Finzen

Schizophrenie

Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen

3., korrigierte Auflage 2020

ISBN-Print: 978-3-96605-046-3

ISBN-PDF: 978-3-96605-047-0

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Weitere Bücher zum Umgang mit psychischen Störungen unter: www.psychiatrie-verlag.de

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2011, 2013, 2020

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Lektorat: Uwe Britten, Eisenach

Umschlaggestaltung: GRAFIKSCHMITZ, Köln

unter Verwendung eines Fotos von skyla80/photocase.de

Typografiekonzeption: Iga Bielejec, Nierstein

Satz: Psychiatrie Verlag, Köln

Druck und Bindung: Medienhaus Plump, Rheinbreitbach

Vorwort	11
Eine Geschichte	14
Kindheit und Schulzeit	15
Rückzug und erste Krise	16
Erleichterung und Ratlosigkeit	18
Ausbruch und Zusammenbruch	20
Das Leben danach	22
Die Krankheit	25
Das zentrale schizophrene Syndrom	25
Schizophrenie als Metapher	27
Die zweite Krankheit	28
Die schizophrene Erkrankung: eine Katastrophe für die ganze Familie	30
Stigma und Schuldzuweisung	30
Die Identität der Eltern und die Rolle der Kinder	32
Die Familienkatastrophe »Schizophrenie«	33
Das Leid der Kinder	43
Wenn Eltern psychisch erkranken	43
Schweigen und Schuldgefühl	45
Wie kann Hilfe aussehen?	46
Niemand hat Schuld	49
Was haben wir falsch gemacht?	49
Unbekannte Ursachen – erhöhte Verletzlichkeit	51
Entwicklungskrisen sind unvermeidbar	52

Was können wir tun?	54
Jenseits der Schuld: Verantwortung	55
Im Vorfeld der Psychose: Frühintervention – Vorstellungen und Wirklichkeit	57
Unspezifische Symptome	57
Ratlosigkeit und Unverständnis	59
Überempfindlichkeit und Verletzlichkeit	60
Bewältigungsversuche im Vorfeld	61
Das Dilemma der Frühintervention	63
Wenn die Krankheit »ausbricht«: Symptome und Zeichen	65
Symptome – die Systematik Bleulers	66
Die »zusätzlichen« Symptome	77
Was nicht gestört ist: die »intakten Funktionen«	81
Die Krankheit erhält ihren Namen – die Diagnose und was sie bedeutet	83
Blinde Flecken und Verdrängung	84
Diagnosekriterien	85
Engagement, Wissen und Erfahrung	87
Der Name der Krankheit	89
Der lange Weg des Leidens: Verlauf und Prognose	90
Psychosen bei Kindern und Jugendlichen	90
Krankheitsphasen	92
Die beginnende Schizophrenie	93
»Offenbarung« und »Ausbruch«	98
Die aktive Phase	100

Die Konsolidierung	101
Verlauf und Prognose	103
Erleben und Miterleben	108
»Die Gedanken werden handgreiflich« – Erfahrungsberichte	109
Menschen in der Psychose zuhören	112
Ursachen und Anlässe I: soziale und psychologische Aspekte	121
Psychische Erkrankung als Verhaltensstörung	122
Labeling: die Etikettierungstheorie	123
Soziale Schicht und psychische Krankheit	125
»Life-Events«: die Rolle lebensverändernder Ereignisse	126
Schizophrenie und Familie	127
Psychologische und psychodynamische Aspekte	128
Ursachen und Anlässe II: biologische Aspekte und Vulnerabilität	132
Veränderungen der Gehirnstruktur	133
Störungen der Gehirnentwicklung	134
Biochemie und Neurobiologie	135
Genetische Aspekte	136
Vulnerabilität: Die Ursachen sind nicht bekannt	140
Behandlungsgrundsätze	145
Wege der Behandlung	146
Behandlung individualisieren	147
Wider das Verzagen: die Haltung der Angehörigen	148
Über Behandlung verhandeln	149

Die akute Psychose	157
Medikamentenbehandlung bei akuten Krisen	157
Zuwendung	160
Frühes Einbeziehen der Kranken – vertrauensvolle Beziehungen entwickeln	161
Zeit und Geduld	161
Die Erfahrung der Krise	162
Psychoinformation und Psychoedukation	163
Psychotherapie	165
Milieutherapie	165
Die Zeit der Krise – die Angehörigen	168
Wenn es losgeht	168
Und immer wieder: die Frage nach der Schuld	170
Angehörige brauchen Verständnis	172
Angehörige brauchen Informationen	173
Zukunftsperspektiven	174
Der steinige Weg zur Wiederherstellung	176
Anfängliche Schwierigkeiten	176
Regression und Aktivierung	177
Kontinuierlich Geduld zeigen	178
»Woodshedding«	180
Zeit für Psychotherapie	181

Rückfallvermeidung und Wiedererkrankung – eine Herausforderung	183
Prophylaxe von Anfang an	183
Vorbehalte gegen Medikamente	184
Anzeichen eines Rückfalls	186
Wiederaufnahme der Neuroleptikatherapie	187
Diätetik des Lebens	188
Langfristige Strategien	190
Selbsthilfe	190
Familienklima und Rückfallrisiko	192
Wenn die Krankheit andauert – »Therapieresistenz«	194
Fortbestehen »produktiver« Symptome	194
Fortbestehen negativer Symptome	195
Fehlende Kooperation	196
Mangelnde »Krankheitseinsicht«	197
Störungen des Handelns und Wollens	198
Der »Drehtüreffekt«	198
Doppelerkrankung Psychose und Abhängigkeit	200
Was lässt sich tun?	201
Rehabilitation und psychosoziale Hilfen	205
Grundlagen der Rehabilitation bei psychischen Störungen	205
Berufliche Rehabilitation – was ist zu tun?	207
Psychosoziale Rehabilitation	208
Hilfen im Alltag	209

Risiken: Suizidalität, Gewalt, Verweigerung und Zwang	211
Suizid und Suizidgefährdung	211
Gewalt	212
Wenn Kranke Medikamente ablehnen	214
Zwangsbehandlung	216
Mit den Kranken leben	219
Akzeptieren, was ist	219
Auf sich achten	225
Angehörigenselbsthilfe	230
Das Zusammenleben verändert alle Beteiligten	232
Angehörige als Experten	233
Nachwort: Was mir zu sagen noch wichtig ist	235
Literatur	241
Internet-Adressen	249
Stichwortverzeichnis	250

Vorwort

»Wenn Sie nicht wissen, was Schizophrenie ist, seien Sie froh.«

Motto einer britischen Angehörigenvereinigung

»Dem Schizophrenen bleibt das Gesunde erhalten.«

Eugen Bleuler

Die Schizophrenie ist die schillerndste aller psychischen Störungen. Sie kann leicht sein oder schwer. Sie kann akut und dramatisch verlaufen oder schleichend und für Außenstehende kaum wahrnehmbar. Sie kann kurze Zeit andauern oder ein ganzes Leben. Sie kann einmalig auftreten. Sie kann in längeren oder kürzeren Abständen wiederkehren. Sie kann ausheilen oder zu Invalidität führen. Sie trifft Jugendliche im Prozess des Erwachsenwerdens oder in der beruflichen Entwicklung. Sie trifft Frauen und Männer, die mitten im Leben stehen, und solche an der Schwelle des Alters.

Weil die Schizophrenien, die Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, so vielfältig in ihren Erscheinungsformen sind, sind sie auch für mit der Krankheit Vertraute oft nur schwer greifbar. Unerfahrene – das sind auch Kranke am Beginn ihres Leidens, Angehörige, Freunde und junge Berufskollegen sowie die breite Öffentlichkeit – stehen der Krankheit eher ratlos und sogar (ver)zweifelnd gegenüber. Wo viel Unklarheit besteht, müssen Vorurteile Platz greifen. Diese versteigen sich vom Mythos der Unheilbarkeit bis zur Unterstellung, die Schizophrenie gebe es gar nicht. Sie sei eine Erfindung der Psychiater, »ein von Eugen Bleuler erfundenes Wort«, wie Thomas Szasz 1976 schrieb. Leider trifft das nicht zu. Bleuler hat zwar das Wort »erfunden«, aber nicht das Leiden, für das es steht. Er hoffte, damit der Stigmatisierung der Kranken durch die von Kraepelin geprägte Bezeichnung »Dementia Praecox« entgegenzuwirken. Leider ist das, wie wir heute wissen, gründlich misslungen (vgl. S. 89).

Doch bei alledem gilt: Psychische Krankheiten sind behandelbar, auch die Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, schizophreniforme, schizotype und wahnhaftige Störungen. Die größten Hindernisse für

eine erfolgreiche Therapie sind nicht die begrenzten Möglichkeiten der Medizin und der Psychotherapie: Oft dauert es (zu) lange, bis psychotisches Erleben und Verhalten als Krankheit erkannt wird. Ebenso oft finden die Betroffenen erst spät angemessene Hilfe. Schließlich erweisen sich Vorurteile und Stigmatisierung als Behandlungshindernisse ersten Ranges. Alles dies macht es schwer, angemessen mit der Krankheit umzugehen – und, wenn sie anhält, mit ihr zu leben.

»If you don't know Schizophrenia, you're lucky«, mahnt die englische National Schizophrenia Fellowship; und in Österreich wird die Frage gestellt: »Gehören Sie auch zu den 80 Prozent der Österreicher, die nicht wissen *wollen*, was Schizophrenie ist?«

Dieses Buch wendet sich an alle, die das wissen sollten: die Kranken, ihre Angehörigen und Freunde, ihre Nachbarn und Kollegen; an alle, die beruflich mit psychisch Kranken zu tun haben; an Verantwortliche im Gemeinwesen und in der Politik – und schließlich an eine aufgeklärte Öffentlichkeit. Es will helfen, Wege zu suchen, die Krankheit, wo immer möglich, zu überwinden oder, wenn das nicht möglich ist, ihre Auswirkungen zu begrenzen, und wenn es sein muss, mit ihr zu leben. Es will die Kranken und ihre Angehörigen ermutigen, Hilfe zu suchen und Geduld und Hoffnung zu bewahren. Es appelliert an die Behandelnden, nicht vorschnell vor der Krankheit und ihren Folgen zu kapitulieren. Es setzt auf das Zusammenwirken von Kranken, Angehörigen und Behandelnden, auf den »Dialog« zwischen den Beteiligten, aber auch auf die Unterstützung durch die Gemeinschaft der Gesunden, der nicht Betroffenen.

Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis gehören zu den wenigen Krankheiten, bei denen die Diagnose wenig über die Prognose, über den Krankheitsausgang aussagt. Eine Besserung, ja eine weitgehende Wiederherstellung ist auch nach Jahren möglich, selbst wenn der Verlauf sich zunächst ungünstig anlässt. Das verlangt von allen Beteiligten nicht nur einen langen Atem. Es erfordert auch langfristige Behandlungsstrategien: Beharrlichkeit, Geduld, die Bereitschaft zu Neuanfängen und die Gewährleistung einer langfristigen Kontinuität der Behandlung. Bereits die erste psychotische Krise ist ein so dramatisches Geschehen, dass es nicht nur um Behandlung geht, sondern zugleich um die Bewältigung der Erkrankung, um das Leben mit der Krankheit und ihren Auswirkungen. Das geht aber nur, wenn Angehörige und Betroffene von Anfang an einbezogen werden. Und wenn sie dabei die Hilfe erfahren,

die sie benötigen. Diese Grundüberzeugung ist der Leitgedanke meiner Überlegungen.

Ich leite dieses Buch mit der authentischen Lebens- und Krankheitsgeschichte eines jungen Mannes ein, mit dem ich zusammen aufgewachsen bin – und mit dem ich verwandt bin. Anschließend versuche ich dann die zentrale Symptomatik schizophrener Psychosen und ihre sozialen Folgen zu beschreiben. Ich versuche zu zeigen, was es für eine Familie bedeutet, wenn eines ihrer Mitglieder krank wird. Ich stelle klar, dass niemand daran schuld ist. Ich befasse mich mit den Geschehnissen im Vorfeld der Psychose. Erst danach wende ich mich den medizinischen Abläufen und der Therapie zu: Diagnose, Frühintervention, Akutbehandlung, Wiederherstellung, Wiedererkrankung, Rehabilitation – und schließlich der Frage, was zu tun ist, wenn die Krankheit andauert.

Schon von Anfang an bedeutet die Erkrankung, dass man lernen muss, »mit ihr zu leben«, ihre Auswirkungen zu bewältigen, und zwar auch für Partner und Angehörige. In allen Darstellungen des Krankheitsverlaufs versuche ich ihre Situation einzubringen, ihren Umgang und ihre Auseinandersetzungen mit der Krankheit sowie deren Folgen für ihr eigenes Leben. Ich frage, was man tun kann, wenn scheinbar nichts mehr geht. Ich zeige, wie wichtig es für die Mitbetroffenen ist, auf sich und ihre Kräfte zu achten.

Dies ist in einem gewissen Sinn ein persönliches Buch geworden. Es vermittelt die Essenz meiner Erfahrungen aus fünf Jahrzehnten der Arbeit und des Lebens mit psychosekranken Menschen. Und es ist, zugegeben, lang geworden. Aber es muss nicht von Anfang bis Ende gelesen werden, jeder kann sich die Abschnitte heraussuchen, die ihn besonders interessieren und die er für hilfreich hält.

Asmus Finzen

Berlin, im Herbst 2019

Eine Geschichte

»Vor dem Ausbruch der Psychose findet man meist Änderungen im gewohnten Wesen. Die späteren Kranken werden empfindsamer und zurückgezogener, geben persönliche Beziehungen und Interessen auf.«

Manfred Bleuler

Patienten sind Menschen. Die Krankheit ist Teil ihrer Biografie. Aber sie sind nicht nur Kranke. Sie haben ein Leben jenseits der Krankheit – davor, danach, daneben. Das ist eine Binsenweisheit, dennoch tun gerade psychiatrisch Tätige gelegentlich gut daran, sich das in Erinnerung zu rufen, begegnen wir ihnen doch in der besonderen Situation ihrer Erkrankung in aller Regel zum ersten Mal. In gesunden Tagen haben wir sie nicht gekannt.

Wir fragen dann im sogenannten Anamnesegespräch nach dem Vorleben. Aber wir tun das unter dem Blickwinkel der besonderen Patient-Therapeut-Beziehung. So wird das Vorleben zur Krankheitsvorgeschichte, eben zur Anamnese. Über das frühere – das gesunde, das normale – Leben erhalten wir nur indirekte Informationen, sei es von den Kranken selbst, sei es von ihren Angehörigen oder von Dritten.

Auch bei der Entstehung der Krankheit waren wir nicht dabei. Das Bild, das wir uns davon machen, entbehrt des eigenen Augenscheins. Das gilt nicht nur für den Einzelfall. Das Bild der Psychiatrie von der beginnenden Psychose beruht in erster Linie auf Erzählungen und nicht auf Beobachtungen. Ob es nun durch gezielte Befragung, durch Exploration, zustande kommt oder ob es sich im Laufe einer Psychotherapie allmählich entwickelt: In jedem Fall geschieht es unter dem Blickwinkel und dem Einfluss der inzwischen erfahrenen Erkrankung.

Bevor ich mich dem Versuch zuwende, die Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis wissenschaftlich authentisch und zugleich verständlich darzustellen, will ich eine Geschichte erzählen. Es ist die Lebens- und Leidensgeschichte von Holger Andresen. Holger ist der Sohn eines Freundes. Ich kenne ihn seit seiner Kindheit. Ich habe ihn als Schuljungen, als Zivildienstleistenden und als jungen Studenten immer wieder aus der Nähe erlebt. Ich war dabei, als er in eine Krise geriet,

als er schließlich erkrankte. Ich habe ihn als Freund begleitet, nicht als Arzt. Aber weil ich Psychiater bin, habe ich seine Entwicklung in die Krankheit natürlich auch mit den Augen des Psychiaters gesehen. Holgers Geschichte ist »wahr«. Sie ist es in dem Sinn, dass ich sie so erlebt habe. Zugleich ist sie »erdichtet«: Die handelnden Personen sind andere als im wirklichen Leben. Auch der Rahmen und die Schauplätze sind – selbstverständlich! – verändert.

Kindheit und Schulzeit

Holger war ein freundliches, ein strahlendes, ein liebes Kind. Mit großen, offenen Augen und unbezwingbarer Neugier eroberte er die Welt für sich. Er lernte früh laufen und sprechen. Seine beiden älteren Geschwister nahmen ihn dabei fürsorglich unter ihre Fittiche. Selbstverständlich gab es Reibereien und Rivalitäten zwischen ihnen, wie immer unter Geschwistern.

Die Eltern kamen offensichtlich gut miteinander klar, obwohl die Mutter von der Ausschließlichkeit des Lebens mit drei kleinen Kindern zeitweise recht genervt war. Der Vater, ein gefragter Anwalt, kam während der Woche abends meist spät nach Hause. Aber am Wochenende war er fast immer da und verfügbar. Als Holger mit drei Jahren in den Kindergarten kam, seine Schwester eingeschult wurde und sein Bruder die dritte Klasse erreicht hatte, ergriff die Mutter die Gelegenheit, zunächst stundenweise, dann halbtags in ihren Beruf als Psychologin in eine Beratungsstelle zurückzukehren.

Der Lebensstil der Familie war mehr oder weniger konventionell: Haus am Stadtrand, Mittelklasseauto, Sommerurlaub in Dänemark, gelegentliche Theater- und Konzertbesuche, Einladungen von Freunden, Bekannten und Nachbarn und entsprechende Gegenbesuche.

Holgers Grundschuljahre und die ersten Jahre im Gymnasium verliefen unspektakulär. Er war von Anfang an ein ausgezeichneter Schüler. Scheinbar mühelos heimste er eine gute Note nach der anderen ein. Daneben nahm er seit dem sechsten Lebensjahr Klavierunterricht. Er spielte Handball in der Schulmannschaft und später im Verein – vorzugsweise im Tor. Seine freie Zeit verbrachte er zu Hause mit Lesen und Musikhören – viel Klassik – oder mit seinen beiden Freunden. Die drei

hatten sich in der ersten Grundschulklasse kennengelernt und bildeten seither eine verschworene Gemeinschaft, die sich mehr oder weniger selbst genügte.

Seine beiden älteren Geschwister entwickelten sich sichtbar anders als er. Sein Bruder war schon früh überwiegend aushäusig. Er war entweder auf dem Sportplatz oder mit seinen vielen Freunden – und bald auch mit Freundinnen – unterwegs. Er bastelte an Stereoanlagen, an Mofas und später an Motorrädern herum. Die Schule nahm er von der leichten Seite. Immerhin schaffte er mit zwanzig Jahren ohne »Ehrenrunde« das Abitur mit gerade noch ausreichendem Notendurchschnitt. Nach Ableistung des Wehrdienstes begann er, wie er es gewünscht hatte, ein Betriebswirtschaftsstudium an einer entfernten Universität.

Seine Schwester hatte viel Ähnlichkeit mit ihrem älteren Bruder. Sie verbrachte ihre Zeit, wann immer möglich, mit lauter Musik und Freunden in Discos und bei Konzerten. Die Schule besuchte sie eher widerwillig. Aber im zweiten Anlauf brachte sie es schließlich doch zum angestrebten Abschluss.

Rückzug und erste Krise

Als Holger sechzehn Jahre alt war, verließ sein älterer Bruder das Elternhaus. Der Auszug hinterließ für Holger eine unerwartet schmerzliche Lücke. Des Bruders Lockerheit und Unbekümmertheit fehlten ihm. Seine eigenen ernsthaften Züge traten in der Folgezeit immer stärker in den Vordergrund. Er wandte sich verstärkt klassischer Musik zu und ging abends selten aus dem Haus. Er kehrte nach dem Handballtraining direkt aus seinem Tor nach Hause zurück. Und während seine Kameraden sich mit den Mädchen aus der Klasse in der »Milchbar« trafen, las er Dostojewski.

Die anderen begannen ihn deswegen zu necken. Sie verstanden nicht, dass er sich daraufhin noch mehr zurückzog. Sie sagten, er sei einfach zu empfindlich. Manchmal hatten wir den Eindruck, er versuchte damit, möglichen Kränkungen und Verletzungen aus dem Weg zu gehen. Aber ich würde lügen, wenn ich behauptete, irgendjemand sei darüber besorgt oder beunruhigt gewesen. Er machte in seiner pubertären Entwicklung kaum Anstalten, sich vom Elternhaus zu lösen. Nur gelegent-

lich kam es zu unvermittelten, heftigen Auseinandersetzungen mit dem Vater.

Kurz vor dem Ende des vorletzten Schuljahres, er war mittlerweile fast neunzehn, geriet er ohne sichtbaren äußeren Anlass in eine Krise. Ganz unvermittelt wollte er nicht mehr zur Schule gehen. Auch das Training stellte er ein. Er überwarf sich aus für uns unverständlichen Gründen mit seinem Klavierlehrer. Er stand zu Hause stundenlang vor dem Spiegel und betrachtete sein Gesicht. Er mochte nicht mehr vor die Tür treten, und zwar ohne dass er einen Grund dafür nennen konnte oder wollte. Er kam morgens nicht aus dem Bett. Er suchte die Schule verspätet auf. Manchmal kam er gar nicht dort an. Seine beunruhigten Eltern spürten, dass er Angst vor etwas hatte. Sie konnten nicht begreifen, warum und was es war. Seine überragenden Leistungen blieben, wie in all den Jahren zuvor, ungefährdet. Auch über Konflikte oder konkrete Schwierigkeiten mit Lehrern oder Mitschülern berichtete er nicht.

Die Eltern reagierten verständnislos und ungehalten auf seine Veränderung. Sie hielten ihm vor, er möge sich gefälligst zusammennehmen. Jeder habe mal ein Tief. Er könne wenige Wochen vor dem Ende des vorletzten Schuljahres nicht sein Abitur riskieren. Das Aufstehen und der Gang zur Schule wurden zum allmorgendlichen Kampf zwischen seiner Mutter und ihm. Eine Woche lang quälte er sich aus dem Haus. Dann verweigerte er sich gänzlich. Er würde nicht mehr gehen, erklärte er. Seine Eltern waren ratlos und außer sich zugleich.

In dieser Situation rief Holger mich an. Ich arbeitete damals in einer kleinen Universitätsstadt in Süddeutschland. Ich hatte ihn seit den vergangenen Sommerferien, die er überwiegend bei uns verbracht hatte, nicht mehr gesehen. Ich fiel aus allen Wolken, als er mitten in der Schulzeit fragte, ob er kommen dürfe. Er habe sich mit den Eltern zerstritten. Er könne nicht mehr zur Schule; er könne aber auch nicht im Haus bleiben.

Bei der Ankunft wirkte er verängstigt und ratlos. Er erzählte, die Reise sei schrecklich gewesen. Die Leute hätten ihn alle angestarrt. Sie seien so merkwürdig gewesen. Er bat mich, einen Umweg zu machen, damit wir nicht zu vielen Menschen begegneten. Er habe das Gefühl, sie kämen ihm einfach zu nahe. Überhaupt werde ihm alles zu viel, zu laut und zu grell. Er fühle sich von innen durch seine Gedanken und von außen durch die Menschen bedrängt.

Wir versuchten ihm zu helfen, zunächst einmal zur Ruhe zu kommen. Er tat sich schwer damit. Er war hin- und hergerissen. Dass er nicht zur Schule konnte, bedrückte ihn, obwohl er froh war, nicht gehen zu müssen. Er hatte Schuldgefühle. Er dürfe nicht klein begeben. Er habe letztlich keinen Grund für seine Angst und seine innere Aufgeregtheit. Immerhin konnte er schlafen.

Ich konnte mir in den nächsten Tagen viel Zeit für ihn freihalten. Wir unternahmen lange Wanderungen durch die einsamen Wälder außerhalb der Stadt. Es beruhigte ihn sichtlich, dass uns kaum jemand begegnete. Die Stille tat ihm wohl. In der Stadt sei in den letzten Wochen alles so laut gewesen. Auch die grellen Farben und die bunten Lichter an den Abenden seien regelrecht auf ihn eingestürmt. Ein flegelhafter Radfahrer, der unvermittelt auftauchte und ihn fast umfuhr, erschreckte ihn über die Maßen. Ich konnte ihm nicht begreiflich machen, dass das sicher nicht mit Absicht geschehen sei. Er brach in Tränen aus und schluchzte, so etwas sei in den letzten Wochen immer wieder passiert: Er werde gerempelt, Autos kämen auf ihn zu, alte Frauen starrten ihn an, Jugendliche riefen ihm Unverschämtheiten nach. Er begreife das alles nicht mehr.

In der Schule sei das alles besonders schlimm. Seit die Klasse im vergangenen Jahr neu zusammengesetzt worden sei, habe sich alles zum Schlechteren verändert. Es herrsche ein fürchterliches Klima. Fast alle hätten etwas gegen ihn. Sie tuschelten und redeten hinter seinem Rücken über ihn. Wenn seine beiden Freunde nicht wären, hätte er schon vor Monaten nicht gewusst, was er tun solle. Manchmal sei er in letzter Zeit nicht so sicher, ob die beiden nicht auch von den anderen beeinflusst würden. Seine Eltern seien in dieser Situation wenig hilfreich. Sie sagten ihm, er bilde sich das alles ein. Manchmal denke er, sie stünden auf der anderen Seite. Das könne ja wohl nicht sein. Aber sie würden ihm einfach nicht glauben.

Erleichterung und Ratlosigkeit

Die Tage vergingen. Die langen Spaziergänge und die Ruhe zeigten allmählich Wirkung. Holger fasste wieder Mut. Er ließ sich nicht mehr durch jede unverhoffte Begegnung aus dem Gleichgewicht bringen. Er

überzeugte sich in langen Telefonaten, dass seine Eltern doch auf seiner Seite standen. Er zwang sich, unter Leute zu gehen. Er ging allein ins Kino, in Cafés und in Kneipen. Er ließ die abendlichen Lichter von Schaufenstern und Reklame auf sich wirken.

Schließlich beschloss er zurückzufahren. Er müsse sich dem stellen. Er müsse lernen, die Abneigung und Gehässigkeit der anderen in der Schule auszuhalten. Vielleicht habe er sich manches ja doch eingebildet. Vielleicht sei es gar nicht so schlimm, wenn er stärker wäre und sich besser auf die anderen einstellen könne. Er werde jedenfalls nicht klein begeben.

Erleichterung bei den Eltern und bei mir trat ein, aber auch ein beträchtlicher Rest an Ratlosigkeit. War er einfach nur erschöpft und übermäßig gestresst? War das Klima in der Klasse wirklich so böswillig? Reagierte er überempfindlich, wie das seit Jahren viele behaupteten? Hörte er irgendwie »das Gras wachsen«? Hatte er irgendwelche Probleme, von denen die Eltern und ich nichts wussten? Täuschte die scheinbar so heile Familienwelt über versteckte Konflikte hinweg?

Wir bekamen es nicht heraus. Holger zeigte keine Neigung, darüber zu diskutieren. Internat und Psychotherapie wurden zum Thema. Holger blockte beides mit Nachdruck ab. Psychotherapie sei keine Lösung für die Art, wie die anderen mit ihm umgingen. Im Übrigen müsse er sich durchbeißen und das könne er am besten zu Hause. Dort fühle er sich doch noch am sichersten.

Nach den Sommerferien nahm er die Schule wieder auf. Mithilfe eines Tranquilizers überwand er die Angst der ersten Tage. Er schaffte es. Aber seine Schulleistungen ließen nach. Wir führten das auf die fehlenden Wochen vor den Ferien zurück. Allein, er erholte sich nicht. Es schien, als seien seine frühere Arbeitskraft und seine Leistungsmotivation wie weggeblasen. Er konnte sich nicht konzentrieren. Er zehrte von dem in den zwölf Jahren angehäuften Wissen. Um alles Neue machte er einen Bogen. Wenn Neues gefordert wurde, kam er nicht mit. In Chemie und Physik musste er erstmals in seiner Schulkarriere Nachhilfeunterricht nehmen, um mit Mühe den Anschluss zu erreichen.

Holger schien das wenig zu kümmern. Ihm sei sein soziales Leben wichtiger als seine Leistungen. Aber für uns Außenstehende tat sich auf der sozialen Seite nicht mehr als früher, eher weniger. Er spielte wieder Klavier, stand wieder im Tor, ging zu Schulveranstaltungen. Ansonsten aber verkroch er sich in seinem Zimmer. Er las auch kaum noch. Er

hörte keine Musik mehr. Wenn er überhaupt etwas tat zu Hause, so saß er vor dem Fernseher.

Auf unser Zureden suchte er schließlich doch eine Psychotherapeutin auf. Nach drei Sitzungen brach er das Unternehmen allerdings wieder ab. Die Frau habe ihm lauter Fragen über Dinge gestellt, die sie nichts angingen. Sie sei ihm keine Hilfe. Immerhin, er wirkte jetzt entspannter. In den Telefonaten beklagte er sich nicht mehr über die vielsagenden Blicke und das gehässige Getuschel der anderen. Er schien in die Klassengemeinschaft zurückgefunden zu haben und absolvierte schließlich das Abitur mit leidlich gutem Notendurchschnitt.

Ausbruch und Zusammenbruch

Nach den Prüfungen wollte er unbedingt von zu Hause weg. Er erlebte die Beziehung zu seinen Eltern seit der Krise als angespannt. Sie hinderten ihn daran, selbstständig zu werden. Sein Ersatzdienst war ihm willkommene Gelegenheit auszuziehen. Er stellte den Antrag, in meine Stadt versetzt zu werden, um nicht ganz allein zu sein.

Er wurde als Pfleghelfer in einer Privatklinik eingesetzt, tat sich allerdings schwer in der neuen Umgebung. Das Leid der Kranken bedrückte ihn. Er fand überhaupt keinen Anschluss und hatte Mühe mit dem breiten schwäbischen Dialekt. Auch zu mir kam er nur selten: Er müsse lernen, selbstständig zu leben und sich nicht ständig anzulehnen. Er belegte Volkshochschulkurse, brach sie jedoch nach kurzer Zeit wieder ab. Die Leute seien so unfreundlich zu ihm.

Bald beklagte er, wie sich die Kolleginnen und Kollegen und die Vorgesetzten im Krankenhaus über ihn lustig machten, über ihn tuschelten, ja laut über ihn redeten. Auf seine Nase hätten sie es besonders abgesehen. Er höre immer wieder, wie sie sagten: »Hat der eine hässliche Nase!«, »Hat der einen Zinken!«. Sie sei ja auch groß, aber so mit ihm umzugehen, sei gemein.

Wenn er mich besuchte, stand er ständig vor dem Spiegel und betrachtete und betastete seine Nase. An keiner spiegelnden Glasfläche konnte er vorbeigehen, ohne nach seiner Nase zu schauen. Wenn er etwas Geld verdiente, würde er sie sich operieren lassen, meinte er. Sie war keineswegs groß und hässlich, diese Nase. Zwanzig Jahre war er mit ihr

zufrieden gewesen – und jetzt dieses Theater! Ich spürte, dass ich zunehmend gereizt reagierte. Aber ich half ihm damit nicht: »Wozu hat man denn Freunde, wenn die einem nicht glauben!«, rief er eines Abends verzweifelt aus und knallte die Tür hinter sich zu.

Er beantragte die Versetzung in eine andere Klinikabteilung und war erleichtert, als er dort anfangen konnte. Der Betrieb war weniger hektisch, die Leute waren freundlich. Alles schien in Ordnung. Aber nach zwei Wochen ging es abermals los: Getuschel, übles Gerede. Es wurde sogar noch schlimmer. Es ging jetzt nicht nur um die Nase, sondern um das ganze Gesicht, das hässlich sei. Sein ganzer Körper sei verwachsen. Auch die Leute auf den Straßen sähen ihn wieder so eigenartig an. Auch sie redeten über ihn. Er sei ganz sicher. Er bilde sich das nicht ein. Schließlich habe er Ohren. Er begann, sich über das unverschämte Verhalten der Menschen aufzuregen. Er empörte sich. Wenn dies so weitergehe, würde er die Verantwortlichen ansprechen und zur Rechenschaft ziehen. So könne man nicht mit ihm umgehen. Im Übrigen, und das sei ja wohl das Letzte, habe bei seinem vorigen Besuch auch einer meiner Gäste so über ihn geredet.

Am Tag darauf kam er in Panik zu uns. Er halte es nicht mehr aus: Jetzt befassten sie sich schon im Radio mit ihm. Und gerade habe sich jemand im Fernsehen über seine große Nase aufgehalten. Alles habe sich gegen ihn verschworen. Selbst das Diktiergerät, mit dem er versuchte habe, das Gerede über ihn aufzuzeichnen, werde gestört. Es sei nichts darauf.

Meine Versuche, ihm das auszureden, waren vergebens. Ich schlug ihm vor, er möge sich beurlauben lassen und schleunigst nach Hause zu den Eltern zurückkehren. Nein, er müsse das aushalten. Er sei ohnehin verurteilt; er würde alle mit ins Unglück ziehen. Er dürfe nicht heim.

Kaum zu Hause in seiner Wohnung, rief er mich an, jetzt in Panik. Sein ganzer Körper stehe unter Strahlen. In seinem Kopf finde eine Sendung statt. Die Sprecher sagten, seine Mutter habe Krebs; sein Vater sei schon tot und wir würden auch sterben. Er sei verurteilt. Es sei alles hoffnungslos. Ich möchte bitte sofort zu ihm kommen und ihm helfen. Als ich zu ihm kam, war er gequält von Angst und Verzweiflung. Ich solle ihm helfen zu sterben, damit dies aufhöre.

Er kam in die Klinik, in der Hoffnung, dort den Tod zu finden. Panik und Angst machten jede Auseinandersetzung mit ihm unmöglich. Auf die Injektion von Haloperidol und Valium reagierte er mit Entspannung und schließlich mit Schlaf. Am nächsten Morgen stand ihm die

Erinnerung an die entsetzlichen Erlebnisse des Vorabends noch in den Augen: Nur das nicht wieder, gebt mir was dagegen! Das konnte er immerhin äußern. Wir spürten, dass ganz Verschiedenes mit ihm und in ihm geschah, zu dem wir keinen Zugang hatten, von dem wir ausgeschlossen waren. Er konnte uns auch nicht einbeziehen, weil er fest davon überzeugt war, dass wir alle seine Gedanken lesen könnten, dass wir alles hörten, was auch er hörte.

Innerhalb weniger Tage wurde er ruhig, fast gelassen. Er erzählte uns von den eigenen Gedanken, die vor wenigen Tagen noch schrecklich laut gewesen waren, und von den Stimmen, die ständig in ihm sprachen. Sie waren nicht mehr so schrill und bedrohlich. Er fand sie unterhaltsam: »So bin ich nie allein«, meinte er eines Tages. Als sie leiser wurden und schließlich verschwanden, bedauerte er das. Fast gleichzeitig ließ seine Geräuschempfindlichkeit nach. Auch das Getuschel und die beziehungsreichen Blicke der Mitmenschen, die er in der Klinik im Übrigen nicht wahrgenommen hatte, spürte er bei seinen Spaziergängen außerhalb der Station bald nicht mehr.

Stattdessen litt er an Medikamentennebenwirkungen: Er verspürte ein heftiges Ziehen in den Muskeln und erlebte seine Beweglichkeit als eingeschränkt. Zugleich konnte er seine Füße nicht stillhalten. Er war müde und gleichgültig und konnte sich nicht konzentrieren. Mit den Therapeuten begann er über die Dosierung zu verhandeln und setzte mit unserer Unterstützung eine rasche Reduktion durch, wenig später gegen unseren Rat auch seine Entlassung.

Das Leben danach

Die Therapeuten stellten damals die Diagnose einer paranoiden Psychose – eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Holger und seine Eltern hatten große Mühe, diese Diagnose zu akzeptieren, die ihnen wie ein gewaltiger Einbruch in ihr Leben erschien. Dass er sich so rasch wieder gefangen hatte, schien die Experten zudem Lügen zu strafen. Schon nach drei Wochen hatte er aus dem Krankenhaus entlassen werden können. Nur widerwillig ließ er sich überreden, die Medikamente weiterhin einzunehmen. Sie machten ihn müde und unkonzentriert; und wenn er sie einnehme, sei das ein Zeichen dafür, dass er krank sei. Im

Übrigen seien die Nebenwirkungen schlimmer als die positiven Wirkungen. Immerhin, ein Gutes hatte die Diagnose: Sie befreite ihn von der Beendigung des Zivildienstes. Er konnte vorzeitig sein Studium aufnehmen und trat in die Fußstapfen seines älteren Bruders und studierte Betriebswirtschaft.

Inzwischen sind mehr als zwanzig Jahre vergangen. Holger weiß heute, dass er mit der Bürde einer schweren psychischen Störung leben muss. Er hat anfangs bittere Erfahrungen gemacht. Schon drei Monate nach der Entlassung hatte er die Medikamente abgesetzt, weil ihn die Nebenwirkungen beeinträchtigten. Sechs Wochen später war er wieder in der Klinik, diesmal für wesentlich längere Zeit. Eine Rehabilitationsbehandlung in der Tagesklinik hatte sich angeschlossen. Die Wiederaufnahme des Studiums scheiterte.

In dieser Situation fand er eine Teilzeitarbeit in einem Archiv und eine Psychotherapeutin, die ihm half, seine vielfältigen Lebensprobleme zu verarbeiten, die Krankheit zu begreifen, seine Fähigkeiten und seine Belastbarkeit auszuprobieren und aus allem das Beste zu machen. Dabei kam ihm seine alte Beharrlichkeit und Zielstrebigkeit zustatten. Er lernte, seine Medikation jenseits einer niedrigen Basisdosierung, je nach Belastung, selbst zu regulieren. Er knüpfte an alte Freundschaften und Bekanntschaften wieder an.

Nach Abschluss der Psychotherapie fühlte er sich stark genug, um eine Ausbildung als Verwaltungsangestellter zu beginnen und drei Jahre später abzuschließen. Mittlerweile hat er über zehn Jahre lang keinen Rückfall mehr gehabt, aber er erlebt sich selbst immer noch als verletzlich und begrenzt belastbar. Vor einiger Zeit schrieb er mir, er sei guten Mutes, obwohl er keine Arbeit finde. Er erhalte jetzt Hartz IV, sodass er wenigstens nicht von seinen Eltern abhängig sei.

Privat habe er nicht so Erfreuliches zu vermelden. Seine Freundschaft mit einer Kollegin, die in letzter Zeit ohnehin etwas abgekühlt sei, sei nun wohl endgültig vorbei. Sie habe Kinderwünsche und unternehme gern lange Reisen. In beiden Punkten könne er ihre Erwartungen nicht erfüllen. Außerdem habe sie etwas gegen seine »gesundheitliche Vergangenheit«.

Holger hat sich »gefangen«. Er lebt selbstständig in einer kleinen Wohnung und nimmt jeden Aushilfsjob an. Aber die Krankheit hat Spuren hinterlassen, sie hat seinen Lebensweg bis heute geprägt. Er weiß, er muss sie auch für die Zukunft in Rechnung stellen. Er hat gelernt, mit

ihr zu leben und seine Lebensziele darauf einzustellen – das mag man als traurig ansehen, aber alle Beteiligten wissen, dass es auch schlimmer hätte kommen können.

Für mich ist in den ganzen zwanzig Jahren die Frage offengeblieben, ob ich die Krise schon früher als beginnende Psychose hätte erkennen müssen, ob meine abwartende Haltung richtig war oder ob ich schon früher hätte intervenieren müssen – letzten Endes, ob der Krankheitsverlauf bei einem früheren Eingreifen vielleicht milder ausgefallen wäre.

Die Krankheit

»Schizophrenie ist ein von Eugen Bleuler erfundenes Wort.«

Thomas Szasz

»Schizophrenie (griech.) von E. Bleuler eingeführter Name für die bis dahin nach E. Kraepelin Dementia Praecox genannte Gruppe verschiedenartiger, in ihrem Wesen noch wenig erforschter Krankheitszustände. Die meisten Erkrankungen heilen nach wenigen ›Schüben‹ aus.«

Brockhaus Lexikon 1992

Die Schizophrenie ist eine unverstandene psychische Störung. »Schizophrenie« steht für ein Leiden, das Angst macht. Sie ist zudem die schillerndste aller psychischen Störungen. Schizophrenie ist gleichwohl – entgegen einem weitverbreiteten Vorurteil – eine zwar ernste, aber gut behandelbare Krankheit. Die Schizophrenie ist nicht selten. Sie ist so häufig wie die insulinpflichtige Zuckerkrankheit. Jeder Hundertste von uns erkrankt daran. In jeder Nachbarschaft gibt es jemanden, der daran leidet.

Das zentrale schizophrene Syndrom

Jenseits aller Vielfalt, der ich in späteren Kapiteln nachgehen werde, gibt es Krankheitserfahrungen, die ein »zentrales schizophreses Syndrom« (Wing) abbilden, das bei Kranken überall in der Welt anzutreffen ist. Es ist gekennzeichnet durch das Erleben der Eingebung von Gedanken, der Gedankenübertragung und des Gedankenentzugs, durch Stimmen, die der oder die Betroffene über sich sprechen hört oder die seine Handlungen und Gedanken begleiten, durch die veränderte Wahrnehmung seiner physischen Umgebung. So kann beispielsweise die ganze Welt in einen so intensiven persönlichen Bezug zu ihm treten, dass sich jedes Geschehen speziell auf ihn zu beziehen scheint und eine besondere Mitteilung an ihn enthält.

Es ist leicht einzusehen, dass die davon Betroffenen alle geläufigen Erklärungen ihres kulturellen Hintergrunds abrufen, um diese Störung zu erklären: etwa Hypnose, Telepathie, Radiowellen oder Besessenheit. Mit einiger Fantasie kann man sich vorstellen, was sich zu Beginn einer schizophrenen Psychose abspielt, und verstehen, weshalb Angst, Panik und Niedergeschlagenheit so häufig sind, warum das Urteilsvermögen so oft beeinträchtigt ist. Menschen, die unerschütterlich von der Wirklichkeit dessen, was sie sehen und hören, überzeugt sind, haben aus Sicht der Mitmenschen »Wahnideen«. Sie erleben, dass andere ihnen zu nahetreten, sie bedrohen; sie fühlen sich verfolgt. Die Außenwelt nimmt das als »Verfolgungswahn« wahr.

Andere Kranke isolieren sich. Ihre eigenen Gefühle werden ihnen fremd. Sie brechen ihre sozialen Kontakte ab. Sie verlieren ihren Antrieb. Sie kommen nicht mehr aus dem Bett. Sie vernachlässigen sich. Sie können gleichsam nicht mehr *wollen*. Sie kommen ihren persönlichen und sozialen Verpflichtungen nicht mehr nach. In der Folge geraten sie in vielfältige Schwierigkeiten.

Das Erleben, insbesondere aber das Verhalten der Erkrankten sind für andere oft nicht nachvollziehbar. Es leuchtet ein, dass eine Verständigung zwischen verschiedenen Wahrnehmungswelten nur schwer möglich ist, manchmal sogar unmöglich. Vor allem solange die Krankheit nicht als solche erkannt ist, reagieren Mitmenschen mit Unverständnis. Sie erwarten, dass die anderen – die Kranken – die Regeln des üblichen mitmenschlichen Umgangs einhalten, dass sie sich »normal« verhalten. Sie kommen gar nicht auf den Gedanken, sie könnten es mit psychisch gestörten, verstörten Menschen zu tun haben. Sie verstehen deren Angst und Schreckhaftigkeit nicht und reagieren mit Gereiztheit, wenn sie mit ihrem Wunsch nach früher üblicher Nähe und sozialem und emotionalem Umgang zurückgewiesen werden. Auch das Gefühlsleben der Kranken ist oft gestört, ohne dass die Menschen aus ihrer Umgebung dies wissen können.

Im Alltag gehen langwierige Leidensphasen dem Begreifen voraus, dass eine Krankheit vorliegt: heftige Konflikte zwischen den Kranken und ihren Angehörigen, Abbrüche von Freundschaften, sozialer Rückzug, Ausschluss aus Vereinigungen und Gruppen, in denen sie lange gelebt haben, Berufs- und Wohnungsverlust, wenn nicht gar Verwahrlosung. Dem Scheitern der normalen psychologischen Bewältigungsversuche folgt die krisenhafte Zuspitzung, der psychische Zusammenbruch, der

die Diagnose und die psychiatrische Behandlung oft erst möglich macht (HÄFNER 2018, 2010).

Aber mit der Therapie ist es nicht getan, denn die Schizophrenie ist eine Krankheit, die den Kern der Persönlichkeit berührt und das psychosoziale Beziehungsgeflecht verändert. Unabhängig vom weiteren Verlauf muss das Psychoseerleben reflektiert und bewältigt werden. Und die Verwerfungen im sozialen Netzwerk müssen überwunden werden – in der Familie, im Freundeskreis, in Ausbildung und Beruf. Dabei bedarf der Genesende jenseits der Therapie auch der Unterstützung durch die Gemeinschaft der Gesunden.

Schizophrenie als Metapher

Schizophrenie ist nicht nur eine Krankheit; sie ist zugleich eine Metapher. Sie ist ein Symbolbegriff und steht im sprachlichen Gebrauch für alles mögliche andere – und nichts davon ist gut. Das Wort »Schizophrenie« wird somit zu einer Metapher der Diffamierung, des Vorurteils und der Diskriminierung. Seine metaphorische Verwendung hat entscheidenden Anteil an der Stigmatisierung, der Beschädigung der Identität der von der Krankheit Betroffenen. Und das hat verheerende Folgen: »Jeder, der mit Psychosekranken und ihren Angehörigen zu tun hat, weiß, welchen Schrecken die bloße Erwähnung des Wortes ›Schizophrenie‹ hervorruft. Er hat gelernt, es nur sehr vorsichtig oder überhaupt nicht zu verwenden. Offenbar hat der Begriff«, so der Wiener Psychiater Heinz KATSCHNIG (1989), »ein Eigenleben entwickelt, das der heutigen Realität der Krankheit Schizophrenie in keiner Weise entspricht.«

Das ist nicht das Ergebnis eines Versagens der Psychiatrie im Umgang mit ihrer zentralen Krankheit, sondern eine direkte Folge der Instrumentalisierung des Begriffs als Metapher der Diffamierung. Als solche hat sie nichts mit jener Krankheit zu tun, deren besonderes Kennzeichen darin liegt, dass »das Gesunde dem Schizophrenen erhalten bleibt« (E. BLEULER 1911/1988). Schizophrenie als Metapher wird ausschließlich abwertend gebraucht. Sie nährt Vorstellungen von Unberechenbarkeit und Gewalttätigkeit, von unverständlichem, bizarrem oder widersinnigem Verhalten und Denken. Ob Teenager etwas »schizo« finden oder

ob politisch Tätige das Handeln des Gegners als »schizophren« brandmarken, macht da keinen Unterschied. Das Wort »schizophren« eignet sich hervorragend zur diffamierenden Verkürzung.

Was hilft es da, wenn der englische Sozialpsychiater John Wing mahnt, Schizophrenie habe nichts mit Gewalttätigkeiten bei Fußballspielen zu tun oder mit dem Verhalten gestresster Politiker, mit Drogenabhängigkeit oder Kriminalität, mit der Kreativität von Künstlern oder nicht nachvollziehbaren Umtrieben von Wirtschaftsmanagern und Generälen: »Es ist nicht einmal richtig, dass alle Menschen mit der Diagnose Schizophrenie ›verrückt‹ sind; sie können aus der Sicht des Laien vollkommen gesund sein« (WING 1978/2010, S. 133).

Dieser Missbrauch des Wortes »Schizophrenie« leitet sich von vagen, vorurteilsbehafteten Vorstellungen von der Krankheit Schizophrenie ab. Aber diese prägen das Bild der Allgemeinheit von der Krankheit und den daran Erkrankten. Wen kann es da wundern, dass die Diagnose Angst und Schrecken und heftige Abwehr auslöst? Man will sie nicht wahrhaben. Schizophrenie ist deshalb keine Krankheit wie andere. Sie ist eine »verrufene« Krankheit (SONTAG 1978).

Die zweite Krankheit

Zum Leiden an der Krankheit, ihren Symptomen und sozialen Folgen kommt das Leiden an Vorurteilen, Diskriminierung und Schuldzuweisung, am Stigma der Krankheit Schizophrenie, das auf diese Weise zu einer zweiten Krankheit wird, die um alles in der Welt verborgen werden muss. Deshalb wird immer wieder gefordert, die Medizin möge den Schizophreniebegriff aufgeben. Leider zeigt die Erfahrung, dass solche Unternehmungen regelmäßig scheitern. Aber nichts spricht dagegen, im Alltag den weniger belasteten – wenngleich ungenaueren – Begriff der Psychose zu verwenden.

Wer versucht, Schizophreniekranken und ihre Angehörigen zu verstehen und ihnen zu helfen, wird mit Betroffenheit feststellen, in wie schrecklicher Weise das Bild der Allgemeinheit von der Krankheit ihr Leiden verstärkt. Es verzerrt die Selbstwahrnehmung der Kranken und ihrer Angehörigen, untergräbt ihr Selbstbewusstsein und prägt den Umgang der Gesunden mit ihnen in fataler Weise. So bleibt es nicht aus, dass

die Diagnose Schizophrenie von allen Betroffenen und Mitbetroffenen in doppelter Weise als Katastrophe erlebt wird. Daraus folgt, dass sich alle Ansätze zur Bewältigung der Schizophrenie nicht auf die Behandlung der Krankheit selbst beschränken dürfen. Sie müssen den Betroffenen – den Kranken wie den Angehörigen – zugleich dabei helfen, die verletzenden und ungerechten Folgen von Diskriminierung und Stigmatisierung zu überwinden (FINZEN 2013, 2010a).

Ich werde in den folgenden Kapiteln versuchen, dieser doppelten Aufgabe gerecht zu werden. Dabei wende ich mich zunächst den psychosozialen Auswirkungen des Einbruchs der Krankheit in die Lebenswelt der Betroffenen zu. Erst danach werde ich mich mit dem Verlauf der Krankheit und dem Umgang mit ihr beschäftigen. Ich beginne mit der Darstellung der Folgen des Einbruchs der Psychose für das Erleben und das Zusammenleben aller Beteiligten – auch weil deren Bewältigung darüber entscheidet, welche menschliche Unterstützung die Kranken in ihrem Leben mit der Krankheit und bei ihrer Bewältigung erfahren werden.

Rückfallvermeidung und Wiedererkrankung – eine Herausforderung

Der Rückfall – besser: die Wiedererkrankung – gehört leider zur Schizophrenie wie die Entgleisungen des Blutzuckerspiegels zum Diabetes. Die Schizophrenie ist eine chronisch-rezidivierende Erkrankung wie die manisch-depressive Krankheit. Nur eine Minderheit der Kranken, etwa ein Fünftel bis ein Drittel, bleibt von Rückfällen verschont. Deren Vermeidung wird somit zum zentralen Bestandteil der langzeitigen Schizophrenietherapie.

Der Rückfall (»Rezidiv«) hat zwei mögliche Ursachen. Er kann Ausdruck des natürlichen Verlaufs der Psychose sein, die phasenhaft – früher sagte man »in Schüben« – in unregelmäßigen Abständen wieder auftreten kann. Häufiger ist der Rückfall nach einer unvollständigen Wiederherstellung. Die Krankheitsphase ist nicht wirklich abgeklungen. Ihre Symptome werden durch die Medikamente nur unterdrückt. Unter diesen Umständen ist die Wiedererkrankung Folge einer unzureichenden Behandlung, des Abbruchs der Medikamentenbehandlung oder einer neuerlichen psychosozialen Überforderung der Kranken.

Prophylaxe von Anfang an

Die Schizophrenie gehört zu den wenigen schweren Erkrankungen, bei denen die Diagnose keine Aussage über die Prognose enthält. Vielmehr ist es der individuell und sozial mitbedingte Verlauf, der die Weichen für die Zukunft stellt. Jeder Rückfall wird zur zusätzlichen Belastung. Jeder Rückfall verstärkt das Risiko, aus der Bahn geworfen zu werden, sozialen Statusverlust zu erleiden und Freunde, Arbeit oder Wohnung zu verlieren. Oft erhöhen Krankheitsrezidive auch die Gefahr, dass die Kranken sich nach der Akutbehandlung nicht wieder vollständig erholen. Zudem gilt traditionell die Regel, dass es achtzehn Monate dauert,

bis sie nach einem Rückfall, der zur Krankenhauseinweisung geführt hat, ihr früheres optimales psychosoziales Niveau wieder erreichen.

Im Mittelpunkt der Rückfallprophylaxe steht zunächst die Medikamentenbehandlung, die Fortsetzung der ursprünglichen Medikamententherapie in niedriger Dosierung. Nach Überwindung einer ersten schizophrenen Episode gibt es nach dem heutigen Erkenntnisstand nur einen Grund, auf die prophylaktische Langzeitmedikation zu verzichten: die Hoffnung, die Kranken könnten zu jener Minderheit gehören, deren Psychose definitiv ausheilt. Angesichts der vielfältigen unerwünschten Wirkungen der uns zur Verfügung stehenden Medikamente ist dies in der Tat ein gewichtiger Grund.

Die Risiko-Nutzen-Abwägung legt dennoch nahe, auch bei vollständiger Überwindung aller Krankheitssymptome eine Stabilisierungsphase von sechs bis zwölf Monaten abzuwarten, bevor unter enger ärztlicher Kontrolle ein vorsichtiger Absetzversuch in ausschleichender Dosierung unternommen wird. Voraussetzung dafür ist, dass keine diskreten Restsymptome verblieben sind. Die Chancen, dass das gut geht, sind umso günstiger, je begrenzter die vorangegangene psychotische Episode gewesen ist, je weniger und je kürzer Prodromalsymptome vorhanden waren, je rascher die akuten produktiven Symptome abgeklungen sind und je kürzer schließlich die Zeit bis zur vollständigen Remission war.

Vorbehalte gegen Medikamente

Oft ist es in dieser Phase schwer, die Kranken und ihre Angehörigen von der Notwendigkeit der medikamentösen Nachbehandlung zu überzeugen. Das hat vielfältige Gründe. Zum einen haben die Medikamente in der Psychiatrie einen schlechten Ruf. Zum anderen besteht in der Bevölkerung ganz allgemein eine Skepsis gegenüber der Dauereinnahme von Medikamenten. Sie würden abhängig machen. Sie würden nur dämpfen. Sie würden nicht wirklich helfen und nur gegen Symptome wirken, die ja jetzt gar nicht mehr vorhanden seien. Das sind nur einige der Vorbehalte. Außerdem gibt es reale Nebenwirkungen, unter denen die Patientinnen und Patienten leiden und die von Fachleuten manchmal nicht ausreichend ernst genommen werden.

Dazu gehören die Gewichtszunahme und die Auswirkungen auf sexuelles Empfinden und Verhalten. Dazu gehören medikamentenbedingte Müdigkeit und Inaktivität im Sinne einer Übersedierung. Dazu gehören schließlich die subjektiv erlebten extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen, insbesondere eine quälende Bewegungsunruhe im Sinne der Akathisie sowie Muskelsteifigkeit und Muskelschmerzen im Rahmen eines Parkinsonoids. Leider lassen sich diese Nebenwirkungen nicht immer ganz vermeiden.

Es gehört wenig Fantasie dazu, zu begreifen, dass all diese Gründe zusammen die Kranken eher dazu veranlassen, die Medikamente abzusetzen – und sei es auf eigene Faust –, als dem ärztlichen Ratschlag zur Vorsicht bereitwillig zu folgen. Dazu bedarf es geduldiger und beharrlicher Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit, die nach der ersten Krankheitsepisode noch schwieriger ist als nach der zweiten und dritten. Dazu kommt ein starkes, nachvollziehbares Motiv, es ohne Medikamente versuchen zu wollen, gegen das die betreuenden Therapeutinnen und Therapeuten nur ihre statistisch begründete Erfahrung setzen können. Gerade wenn es ihnen gut geht, haben Kranke wie ihre Angehörigen nach Überwindung der ersten Erkrankungsphase das mächtige Bedürfnis und die übergroße Hoffnung, sich zu beweisen, dass sie doch nicht schizophreniekrank sind, dass es sich bei ihrer psychotischen Episode um eine einmalige, lebensgeschichtlich einzuordnende psychische Krise gehandelt hat.

Der Arzt befindet sich hier in einer schwierigen Situation. Er kann vor einer vorzeitigen Beendigung der Medikamentenbehandlung warnen. Wenn die Kranken darauf bestehen, kann er sich einer Probe aufs Exempel kaum entziehen, wenn er nicht einen vollständigen Behandlungsabbruch riskieren will. Tatsächlich ist der kontrollierte Absetzversuch mit professioneller Begleitung weniger risikoreich als der Behandlungsabbruch mit abrupter Medikamentenverweigerung. Leider muss hinzugefügt werden, dass der Behandlungsabbruch und die unzureichende Nachbehandlung ohnehin häufiger sind als die systematische und regelmäßige therapeutische Begleitung nach der Remission.

Anzeichen eines Rückfalls

Wenn die Medikamente abgesetzt werden, ist eine sorgfältige Beobachtung durch die Therapeuten ebenso unabdingbar wie durch die Patienten. Typischerweise werden die ersten Tage der Medikamentenreduktion von den Kranken als umfassende Besserung ihres Zustands erlebt. Sie fühlen sich wacher. Sie sind aktiver. Sie sind sozial zugewandter. Wenn es gut geht, kann das auch so bleiben. Leider ist die Entwicklung in den meisten Fällen anders. Nach unterschiedlich langer Zeit, nach zwei, vier, sechs, acht Wochen tritt eine Änderung zum Negativen ein, deren Anzeichen vielfältig sein können und sich über das gesamte Spektrum der Prodromal- und Frühsymptome schizophrener Psychosen erstrecken. Es ist hilfreich, wenn Therapeutinnen und Therapeuten die Vorgeschichte der Psychose sorgfältig erhoben haben. Es spricht einiges dafür, dass sich frühere Prodrome bei einem Rückfall wiederholen.

Einige dieser Zeichen und Symptome seien hier angeführt: vermehrte Ängstlichkeit, sozialer Rückzug, Schlafstörungen, Vernachlässigung der Kleidung und/oder der Körperpflege, vermehrte Aktivität, vermehrter Rededrang, Überreaktionen auf akustische oder optische Reize, insbesondere Farben, Anklänge von paranoiden Ideen oder Befürchtungen, körperliche Missbefindlichkeiten und hypochondrische Anwandlungen, vermehrte Ambivalenz und Ratlosigkeit, Schwerbesinnlichkeit, Veränderungen des Affekts, Klagen über andrängende Gedanken.

Die bloße Aufzählung so zahlreicher diskreter Zeichen macht deutlich, was alles geschehen und der Beobachtung trotzdem entgehen kann, wenn man nicht sorgfältig nachfragt, wenn man nicht der Zusammenarbeit der Kranken und ihrer Angehörigen gewiss sein kann.

Faustregel muss sein, dass jede Veränderung, welcher Art auch immer, die nicht plausibel durch äußere psychosoziale Ereignisse erklärt werden kann, erstes Zeichen eines beginnenden Rückfalls sein kann. In dieser Phase sind Angehörige, Therapeuten und die Kranken selbst angehalten, sorgfältig auf Veränderungen zu achten; gleichwohl muss betont werden, dass sie gleichsam nicht das Gras wachsen hören sollten. Nicht jede unerwartete oder unerwünschte Reaktion eines ehemals Psychosekranken ist schon als Zeichen eines Rückfalls zu interpretieren. Das führt zu Überängstlichkeit, Überfürsorglichkeit und Gängelung – und entsprechend vielleicht zu Widerstand.

Wiederaufnahme der Neuroleptikatherapie

Die Gewichtung der Zeichen und Symptome – der *potenziellen* Zeichen und Symptome muss man in diesem Zusammenhang sagen – hat in einem besonnenen Prozess zu erfolgen. Ist man zu der Erkenntnis gekommen, dass man es mit einem beginnenden Rezidiv zu tun hat, sollte man die Neuroleptikabehandlung schleunigst wieder aufnehmen, selbstverständlich in Absprache mit den Kranken. In dieser Initialphase des Wiederbeginns ist das dann in der Tat nicht mehr Rückfallprophylaxe, sondern Behandlung von neu aufgetretenen, wie immer zunächst diskreten Krankheitssymptomen. Man muss deshalb eine Dosisfindungsphase einschalten, bevor man zur Routinetherapie zurückkehren kann.

Leider findet der Rückfall in der Regel nicht unter solchen Bedingungen der klinischen Beobachtung statt. Medikamente werden ohne ärztliche Begleitung abgesetzt oder unregelmäßig eingenommen. Viele Kranke denken, es werde schon gut gehen. Nicht selten folgen sie dem Rat von Angehörigen, noch häufiger von Freunden, die ihnen wohlmeinend raten, doch mal auf die Medikamenteneinnahme zu verzichten. Sie würden davon nur krank. Bei fehlender kritischer Selbstbeobachtung dauert es länger, bis die Kranken zurück in die Behandlung finden. Gerade wenn sie sich selbst beweisen wollen, dass ihre Psychose Ausdruck einer Lebenskrise war und sich nicht wiederholen wird, tendieren sie dazu, die Zeichen des Wiedererkrankens zu missdeuten.

Das beste Mittel, die Wiedererkrankung zu vermeiden, ist die konsequente Rückfallprophylaxe mit Medikamenten. Leider ist diese aber noch keine Garantie. Auch bei regelmäßiger Medikamenteneinnahme kann es zum Rückfall kommen. Aus Gründen, die mit dem phasenhaften bzw. dem schubweisen Verlauf des Krankheitsprozesses zu tun haben, kann die Krankheit unabhängig von der Behandlung eine solche Durchschlagskraft entwickeln, dass es zum psychotischen Rezidiv kommt. Es spricht einiges dafür, dass solche Wiedererkrankungen auch nicht durch rechtzeitige, zum Teil massive Erhöhung der Medikamente abgefangen werden können.

Diätetik des Lebens

In den Katalog der Maßnahmen der Rückfallprophylaxe gehört neben der Medikamentenbehandlung auch eine »Diätetik« des Lebens mit der Psychose: die Erkundung der eigenen Verletzlichkeit, die Vermeidung von überfordernden psychosozialen Situationen, das aktive Aufsuchen und Herbeiführen von Lebenssituationen, die guttun, die aufbauen (siehe das Kapitel zu den Behandlungsgrundsätzen).

Mit der Gewissheit, dass wir es mit einem chronisch-rezidivierenden Verlauf zu tun haben, beginnt das eigentliche Ringen um die Bewältigung der Schizophrenie – letztlich um das Leben mit der Krankheit. Das kann nur gelingen, wenn alle Beteiligten zusammenwirken, wenn die Kranken bei ihrer Aufgabe der Unterstützung der ihnen nahestehenden Menschen wie der Behandelnden gewiss sein können. Dazu bedarf es des Lernens auf allen Seiten. Grundvoraussetzung dafür ist, wie bei allen chronisch-rezidivierenden Erkrankungen, die Befähigung der Kranken zur aktiven Auseinandersetzung mit ihrem Leiden. Sie müssen lernen, so gut es geht mit ihrer Krankheit zu leben, wenn sie sich schon nicht völlig überwinden lässt. Voraussetzung dafür wiederum ist, dass sie so viel wie möglich über diese Krankheit wissen, dass sie aus der Betroffenenperspektive zu Experten ihrer Krankheit werden. Für die Angehörigen ist das nicht anders.

Die Therapeuten wiederum müssen sich auf die langfristige Begleitung ihrer psychosekranken Patientinnen und Patienten einlassen. Leider ist die Verbindung von lang andauernder Präsenz und Kompetenz im gegenwärtigen medizinischen Versorgungssystem keine Selbstverständlichkeit.

Die langfristige Behandlungsperspektive erleichtert auch die Beratung in Lebensfragen, die eher mit Krankheitsfolgen als mit der Krankheit selbst zu tun haben, die aber dennoch Einfluss auf den weiteren Verlauf nehmen. Dazu gehören Tipps und Hilfen für eine Strukturierung des Tages, insbesondere wenn Arbeitsunfähigkeit besteht oder der Arbeitsplatz verloren gegangen ist. Von Bedeutung sind auch Hinweise zur Ernährung. Gewichtszunahme ist eine häufige Medikamentennebenwirkung – wenngleich nicht nur durch diese bewirkt, denn insbesondere bei Störungen des Handelns, Wollens und allgemeinen Antriebs vermindert sich das natürliche Bedürfnis, sich zu bewegen.

Dazu gehören aber auch Hilfen beim Umgang mit Genussmitteln einschließlich Alkohol und Nikotin. Es bringt wenig, sich dabei auf Verbote zurückzuziehen.

Gerade die Nikotinabhängigkeit ist bei Menschen, die eine Psychose durchlitten haben, weit verbreitet. Wahrscheinlich hängt das auch damit zusammen, dass das Alkaloid im Tabak bis zu einem gewissen Grad bestimmte Nebenwirkungen – leider aber auch Wirkungen – der Medikamente neutralisiert. Die Hilfe kann nur in der Unterstützung eines maßvollen Umgangs damit bestehen. Weshalb soll man ausgerechnet von Psychosekranken erwarten, was die meisten sonst Gesunden auch nicht zustande bringen?

Ähnliches gilt für den Umgang mit Alkohol. Der Rat zu lebenslanger Abstinenz ist meistens völlig unrealistisch. Auch hier gilt es, den Patienten dabei zu helfen, das richtige Maß zu finden, und sie immer wieder auf die Verminderung der Verträglichkeit bei Medikamenteneinnahme hinzuweisen. Ein gänzlicher Verzicht wäre bei vielen wünschenswert. Ein Verbot aber, das nicht durchzusetzen ist, würde die vertrauensvolle Beziehung zwischen Behandelnden und Behandelten empfindlich stören.

Zur Diätetik des Lebens gehört natürlich auch die Pflege von Beziehungen zu anderen Menschen. Die Beziehungsfähigkeit ist im Verlauf von Psychosen verhältnismäßig häufig nachhaltig gestört. Die krankheitsbedingte große Verletzlichkeit und die Stigmatisierung der Krankheit erweisen sich als Hindernisse bei der Aufrechterhaltung vorhandener, insbesondere aber bei der Anbahnung und Entwicklung neuer Beziehungen. Das gilt auch und vor allem für partnerschaftliche und Liebesbeziehungen. Der Gesprächspartner in diesen Dingen muss nicht der Therapeut sein, wenn andere Vertrauenspersonen vorhanden sind. Aber wenn das nicht der Fall ist, kann das sehr wohl dessen Aufgabe sein. Das gilt insbesondere, wenn Patienten und Patientinnen über verminderte sexuelle Bedürfnisse und/oder Potenzstörungen klagen. Dabei handelt es sich oft um Medikamentennebenwirkungen, aber nicht immer. Hier Rat zu geben und günstigenfalls Abhilfe zu schaffen, gehört zur ärztlichen Behandlung (vgl. FINZEN 2009, S. 133–139).

Ein besonderes Problem jüngerer Patientinnen ist der Umgang mit dem Kinderwunsch (KRUMM 2010). Dabei dürfen wir Partner, Freunde, Angehörige und Therapeuten sie nicht alleinlassen! Wir können den Wunsch auch nicht einfach unter Verweis auf das genetische Risiko abtun, wie das früher üblich war. Dieses hat zwar in die Beratung ein-

zugehen, aber genauso wichtig ist die Auseinandersetzung mit der Frage, welche Belastung – und welche Freude und Erfüllung – es mit sich bringt, ein Kind in die Welt zu setzen und großzuziehen.

Langfristige Strategien

Spätestens nach dem ersten Rückfall ist es notwendig, eine langfristige Behandlungsstrategie zu entwickeln, die von Kranken und Therapeuten gemeinsam getragen wird. Die klassische Arzt-Patienten-Rolle verändert sich. Die paternalistische Vorstellung von Medizin ist in der Psychiatrie ohnehin seit Langem infrage gestellt. Aber bei einer Krankheit mit chronisch-rezidivierendem Verlauf zeigt sich das besonders deutlich. Hier kann es nicht mehr darum gehen, dass der Patient einfach nur tut, was die Ärztin oder der Arzt ihm sagt.

Auf lange Sicht kommt es darauf an, einen Behandlungsplan zu erarbeiten, dem ein gemeinsames Krankheits- und Behandlungsverständnis zugrunde liegt und der von beiden Seiten aktiv mitgetragen wird – ein Vertrag, der letzten Endes ausgehandelt werden muss. Die Krankheit wird behandelt. Aber über die Art und Weise der Behandlung wird verhandelt. Eine Therapie, hinter der vor allem die Experten stehen, die die Kranken selbst aber nicht überzeugt, kann langfristig nicht tragfähig sein. Sie ist ständig vom Behandlungsabbruch bedroht. Da ist es kontraproduktiv, wenn die Behandelnden den Kranken ihre therapeutischen Vorstellungen aufdrängen. Die Gewinnung der Kranken für eine gemeinsame aktive und konstruktive Behandlungslinie wird damit zu einer zentralen Aufgabe. Neben Psychoinformation bzw. Psychoedukation und einer begleitenden Psychotherapie gewinnen damit die Selbsthilfe und die Ermutigung dazu an Gewicht – für die Angehörigen wie die Kranken.

Selbsthilfe

Die psychoedukative Gruppenarbeit ist einer der vielfältigen Wege der Hilfe zur Selbsthilfe, die heute psychoseerkrankten Personen zur Verfügung stehen. Das Psychoseseminar ist ein anderer möglicher Weg. Dort

treffen sich zeitlich begrenzt für jeweils ein »Semester« psychoseerfahrene Menschen, Angehörige, Experten verschiedener Berufsgruppen und interessierte Mitbürger im Rahmen einer Volkshochschule, einer psychosozialen Beratungsstelle, eines Universitätsseminars oder Ähnlichem, auf jeden Fall aber außerhalb eines institutionalisierten therapeutischen Rahmens. Alle Beteiligten steuern ihre Erfahrungen bei, als Kranke oder ehemals Kranke, als Ärztinnen oder Psychologen, Sozialarbeiterinnen oder Krankenpfleger, als beteiligte Angehörige, Freunde, Nachbarn oder schlicht als Interessierte, die ihren gesunden Menschenverstand einbringen.

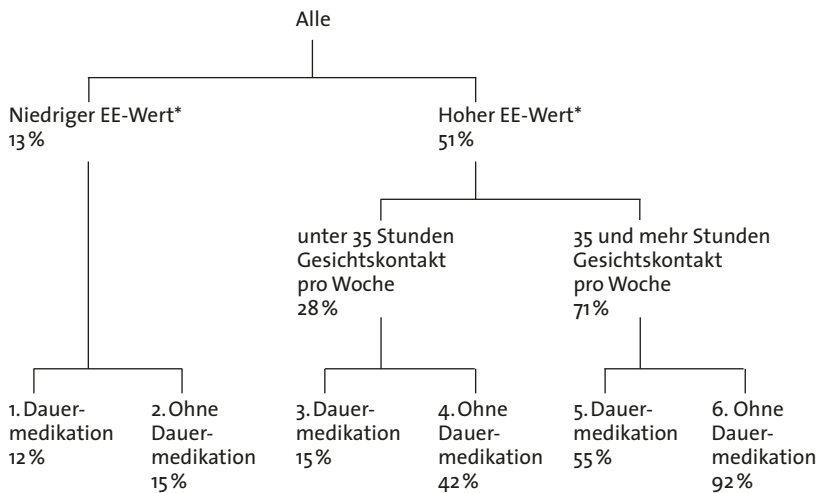
Diese Seminare haben den Vorteil, dass sie die Psychose bis zu einem gewissen Grad normalisieren und unmittelbare Verbündete bei der persönlichen Entstigmatisierung und beim Stigmamanagement schaffen. Das Psychoseseminar relativiert die »Einmaligkeit« des Erlebens in der Psychose. Es zeigt, dass auch Menschen, die nicht in psychiatrischer Behandlung waren, Grenzerfahrungen gemacht haben, die sie in die Nähe psychotischen Erlebens gebracht haben, und hilft bei der sozialen Einordnung des eigenen Erlebens bzw. der eigenen psychiatrischen Vorerfahrungen.

Eine weitere Möglichkeit der Hilfe bieten Selbsthilfegruppen von Angehörigen wie von psychisch Kranken oder ehemals psychisch Kranken. Solche Gruppen können für viele Kranke hilfreich sein. Andere erleben sie eher als Belastung, weil sie sie ständig mit der Krankheit und mit dem Leid anderer konfrontieren. Dazu kommt, dass Selbsthilfegruppen nicht ganz selten einen einseitigen Charakter entwickeln, dass sie sich beispielsweise grundsätzlich gegen den Einsatz von Neuroleptika wenden oder dass sie die Psychiatrie vorrangig als eine Institution der Gewalt betrachten. Selbstverständlich können psychotisch erkrankte Menschen solche Erfahrungen machen, dies ist aber keineswegs immer so. Und selbst wenn es so ist, können solche Selbsthilfegruppen für manche eine Hilfe sein, ihre traumatischen Erfahrungen mit der Psychiatrie und der psychiatrischen Behandlung zu bewältigen.

Familienklima und Rückfallrisiko

In Forschungen über die Beziehung zwischen Schizophreniekranken und ihren Angehörigen, insbesondere den Eltern und in geringerem Ausmaß den Partnern, wird offenbar, dass die Atmosphäre nicht selten gespannt, manchmal sogar feindselig ist, dass man Mühe hat, sich gegenseitig zu ertragen, und doch aufeinander angewiesen ist – und dass dies unmittelbare Folgen für den weiteren Krankheitsverlauf hat. Wenn das Familienmilieu entspannt und freundschaftlich ist, wird das Rückfallrisiko vermindert. Wenn große familiäre Spannungen bestehen, insbesondere wenn Angehörige ständig Kritik aussprechen, erhöht sich das Rezidivrisiko. Ein einfaches Schema der englischen Gruppe um Julian Leff und Christine Vaughn verdeutlicht diese Zusammenhänge.

Psychopharmaka, emotionale Atmosphäre und Rückfallrisiko (Leff 1989)



* Rückfallrate (Prozent) einer Gruppe von 125 schizophrenen Patienten innerhalb von neun Monaten nach der Entlassung; niedriger EE-Wert: n = 69, hoher Wert: n = 56 (EE: emotional involvement).

Es geht hier nicht darum, zu urteilen oder gar zu verurteilen. Jeder, der mit psychisch Kranken, mit über die Maßen verletzlichen Menschen, zusammengelebt oder im therapeutischen Rahmen gearbeitet hat, weiß, wie schwer es ist, immer Gelassenheit zu wahren. Jeder, der mit seiner Verletzlichkeit oder mit psychotischen Symptomen eng mit anderen

Menschen zusammengelebt hat, weiß, wie leicht Gereiztheit auf beiden Seiten aufkommen kann.

Solche Probleme lassen sich nicht immer auflösen. Wichtig ist zu klären, was sich dort abspielt, und dass Wege aus der Falle des Beziehungsclinchs gesucht werden. Das kann in dem pragmatischen englischen Ansatz bestehen, den zeitlichen unmittelbaren Kontakt auf 3 5 Stunden in der Woche zu begrenzen, zum Beispiel durch den Besuch einer Tagesstätte, durch den Aufenthalt in einer eigenen Wohnung oder andere äußere Maßnahmen. Das kann aber auch darin bestehen, dass sich alle Beteiligten an einen Tisch setzen und versuchen, eine Lösung zu finden, die von gegenseitiger Toleranz und Einsicht getragen ist. Aber es ist oft schwer, die richtige Relation von Nähe und Distanz zu finden. Dabei zu helfen ist ein Ziel von Psychoedukation.