

Die nachstehend aufgeführten Kapitel
sind Auszüge aus dem Buch
„Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis“
von Dr. Josef Bäuml.
Erschienen im Springer-Verlag

2.3 Psychotische Erlebnisinhalte

2.3.1 Wie funktioniert normalerweise die Wahrnehmung von Reizen im Gehirn?

Hierbei handelt es sich um ein Zusammenspiel von biochemischen und elektro-physiologischen Vorgängen (Abb. 7). Durch Schallwellen, die bei einem Gespräch entstehen, oder auch durch einen Berührungsreiz auf der Haut, wie dies z. B. bei einem Händedruck geschieht, wird ein kurzfristiger mechanischer Reiz ausgelöst, der einen elektrischen Strom zur Folge hat und nach mehrfacher Umschaltung in biochemisch arbeitenden Synapsen (Nervenumschaltstationen) einen Sinnes-eindruck in unseren „Großhirnrechner“ weiterleitet. Durch eine komplizierte Verschaltung mit Rückgriff auf frühere Erfahrungen erstellt dann unser „innerer Computer“ ein Bild der Außenwelt.

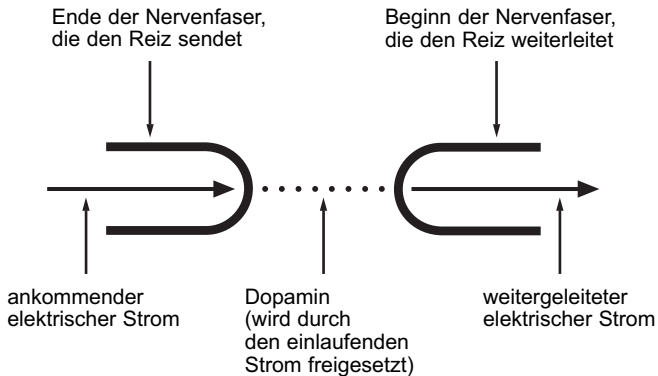


Abb. 7. Normale Synapse (dort findet die Reizübertragung von einer Nervenzelle auf die andere statt). Der am Nervenende ankommende Strom setzt Dopamin frei. Dieses wandert, durch den „synaptischen Spalt“ hindurch und trifft auf die gegenüberliegende Nervenfaser. Dadurch wird ein neuer elektrischer Stromimpuls erzeugt, der die Weiterleitung dieses Reizes bewirkt

Auf den folgenden Seiten wird versucht, die komplizierten Vorgänge, die beim Zustandekommen von psychotischen Erlebnisweisen ablaufen, möglichst einfach und anschaulich zu beschreiben. Die Darstellung vereinfacht sicher in mancher Hinsicht und ist teilweise noch nicht ausreichend wissenschaftlich gesichert. Dennoch soll den mit medizinischen Fakten weniger vertrauten Lesern eine Vorstellung ermöglicht werden, wie man sich die Entstehung dieser Krankheit erklären könnte und welche Abhilfemaßnahmen sich daraus ableiten lassen.

2.3.2 Wie kann man sich das Zustandekommen psychotischer Erlebnisse erklären?

Nach heutigem Wissensstand liegt bei Psychosen, ein krankhaftes Überangebot von Dopamin im Gehirn vor, speziell im limbischen System (Abb. 8). Dopamin ist ein sogenannter Neurotransmitter, d. h. ein Botenstoff im Gehirn, der für das Zustandekommen von zahlreichen Informationsprozessen vonnöten ist. Damit ein Außenreiz (Geräusche, Sprache, Bilder, Gerüche, Berührungen etc.) im Gehirn normal verarbeitet werden kann, müssen die Sinnesreize sowohl auf elektro-physiologischem Weg, (dabei fließen ganz schwache Ströme) als auch auf bio-chemische Weise (dabei reagieren verschiedene chemische Stoffe miteinander) weitergeleitet werden. Auf dem Weg zur Großhirnrinde müssen 3 Nervenumschaltstellen („Synapsen“) durchlaufen werden (s. Abb. 8), ehe - die von außen eingehenden Signale in Empfindungen etc. umgesetzt werden können.

Wie in Abb. 7 dargestellt, löst ein in der Nervenzelle ankommender elektrischer Strom einen biochemischen Prozeß aus; dadurch wird Dopamin freigesetzt und wandert durch den sogenannten „synaptischen Spalt“ zur gegenüberliegenden Nervenzelle. Dort wird erneut ein biochemischer Prozeß in Gang gesetzt, daraus entsteht wiederum ein elektrischer Strom, der die einlaufende Botschaft in gleicher Stärke weiterleitet.

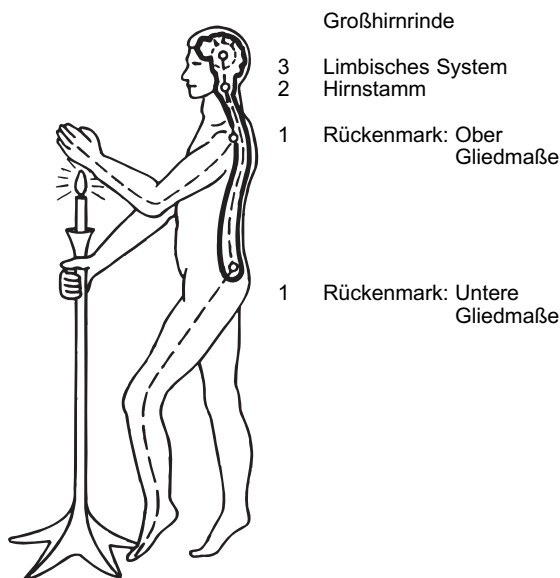


Abb.8. Reizleitung zur Großhirnrinde mit dreifacher „synaptischer“ Umschaltung. 1. Synapse: Einspeisung des Außenreizes in das Rückenmark, 2. Synapse: Umschaltung der Rückenmarksbahnen auf weiterleitende Querverbindungen im Hirnstamm, 3. Synapse: 1 Limbischen System ("Stimmungskammer") erfolgt die Verschaltung der Bahnen aus dem Hirnstamm mit den Projektionsbahnen (weiterleitende Fasern) zur Großhirnrinde. Bei Dopaminüberschuß im Limbischen System kommt es zu einer massiven Reizüberflutung; hierdurch entstehen psychotische Symptome

Bei Psychoseerkrankten hat der einlaufende Strom eine massive Dopaminfreisetzung zur Folge, so daß ein ungleich stärkerer elektrischer Strom weitergeleitet wird. Dadurch kommt es zu einer vielfachen Verstärkung der ursprünglichen Signalintensität. Auf diese Weise werden normale Außenreize plötzlich um ein Zifaches verstärkt, so daß den Erkrankten ein „äußerer Aufruhr, ein Inferno sozusagen“ vorgetäuscht wird, was zu zahlreichen Spekulationen und Mutmaßungen über die Außenwelt führen muß. (Abb. 9).

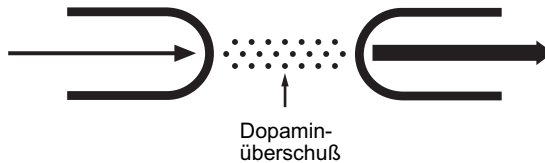


Abb. 9. Synapse: Akute Psychose, unbehandelt. Während einer akuten Psychose hat der in normaler Stärke einlaufende Strom eine massive Dopaminfreisetzung zur Folge. Dadurch kommt es in der gegenüberliegenden Nervenfaser zu einer zigfachen Verstärkung des ursprünglichen Reizes. Ein unverhältnismäßig starker elektrischer Strom wird, daraufhin weitergeleitet

2.3.3 Wie wirkt sich, dieses Ungleichgewicht von Neurotransmittern aus?

Normalerweise werden alle von außen einlaufenden Informationen zunächst in einer besonderen „Kontrollstation“, (Formatio reticularis) in unserem Hirnstamm „gefiltert“. Dies trifft für Geräusche, Stimmen, Seheindrücke, Gerüche und Berührungsempfindungen gleichermaßen zu. Nur sinnvolle und im Augenblick brauchbare Reize werden in voller Stärke weitergegeben, der Rest wird abgedämpft und ausgeblendet. Zur Veranschaulichung sei an eine Unterhaltung mit einem Gesprächspartner erinnert:

Normalerweise konzentriert man sich auf die Worte des Gegenübers, behält seine Mimik im Auge, registriert vielleicht auch noch dessen Körperausdünstung. Aber alle anderen Eindrücke wie z. B. zufällig auftauchende Autos, vorbeifliegende Flugzeuge, Straßenlärm, das Ticken einer Uhr etc. werden weitgehend „weggefiltert“.

Durch den Überschuß an Dopamin wird diese Filterfunktion jedoch erheblich gestört, es kommt zu einer Zunahme von Nebenreizen. Die daraus resultierende „Reizüberflutung“ macht es nahezu unmöglich, wichtige Signale von unwichtigen zu unterscheiden. Es strömen sozusagen „tausend Dinge“ gleichzeitig auf das Gehirn ein (Abb. 10).

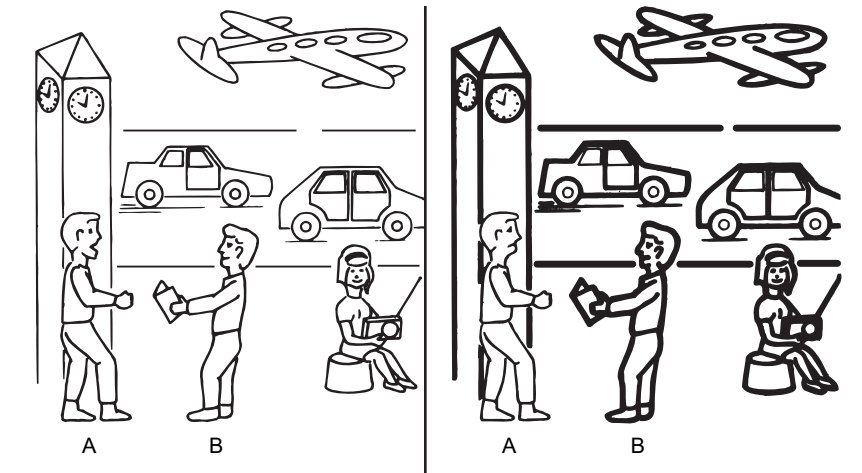


Abb. 10. Reizüberflutung während einer akuten Psychose. Das Bild links zeigt eine normale Gesprächssituation; die neben dem Turm stehende Person (A) führt eine Unterhaltung mit dem Gegenüber (B), die übrigen Geräuschquellen werden nur am Rande wahrgenommen. Das rechte Bild will die dramatischen Veränderungen während einer akuten Psychose veranschaulichen: Alle Geräusche und Vorgänge in der unmittelbaren Umgebung stürmen ungebremst auf den Betroffenen ein, er muß sich geradezu erdrückt und überwältigt fühlen. Die Unterscheidung von wichtigen und unwichtigen Reizen sowie das ausschließliche Konzentrieren auf den Gesprächspartner ist kaum möglich

2.3.4 Wie reagieren die Patienten zu Beginn einer Psychose?

Diese Reizüberflutung führt zu einer erheblichen Störung der Informationsaufnahme und Informationsverarbeitung. Wenn die Psychose akut losbricht, wirken viele Patienten völlig ratlos, sie verstummen, sind kaum noch kontaktfähig. Viele Patienten versuchen sich zu schützen, indem sie sich abkapseln, zurückziehen, alles vermeiden, was diesen inneren Erlebnissturm weiter anheizen könnte.

2.3.5 Wie reagiert unsere Großhirnrinde auf diese Reizüberflutung?

Der Informationsverarbeitungsprozeß in unserem Gehirn kann annähernd mit einem „Computer“ verglichen werden. Dieser sucht für diesen Ansturm von außen eine Erklärung. Wenn es überall „klingelt“, wenn auf allen Kanälen verstärkt gesendet wird, dann muß wohl draußen „die Hölle los sein“, dann kann man wohl dem Frieden nicht trauen, dann hat man sich also doch nicht getäuscht, als man dachte, jemand habe eben einen heimlichen Wink gegeben usw.

Aus einer Vielfalt von ahnungsvollen Vermutungen kann sich allmählich ein bestimmter Verdacht ergeben. Bisher belanglose Ereignisse bekommen ganz neue Bedeutungen („bedeutungsvolles Angemetetsein“), ein zufälliges Blinzeln kann als verabredetes Zeichen für einen Hintermann gedeutet werden, ein gerade hupendes

Auto wird einem nachspionierenden Detektiv zugeordnet, gut gemeinte Beschwichtigungsversuche der Angehörigen können als insgeheimes Schuldzugeständnis und Beweis für die vermuteten Machenschaften angesehen werden (vgl. hierzu 1.1.3).

2.3.6 Haben die psychotischen Erlebnisse einen Bezug zur Lebensgeschichte?

Häufig dauert es eine geraume Zeit, bis sich aus der Vielzahl von Einzelergebnissen allmählich ein gewisses System herauskristallisiert. Dabei greift unser Gehirn auf Ereignisse und Daten zurück, die sich im bisherigen Leben zugetragen haben. Was im Erinnerungsspeicher (Unbewußtes) ganz „oben auf schwimmt“ und die Betroffenen sehr stark bewegt hat, wird vermutlich eher in vermeintliche Wirklichkeit umgesetzt, als Ereignisse, die harmlos waren und schon viele Jahre zurückliegen. Dies erklärt, warum aktuell anstehende Probleme auch in der Psychose häufig eine besondere Bedeutung besitzen.

2.3.7 Können sich Patienten später an diese inneren Erlebnisse erinnern?

Fast alle psychotischen Erlebnisse bleiben in unvergeßlicher Erinnerung! Nur bei schweren katatonen Psychosen oder bei starker Zerfahrenheit mit verwirrtheitsähnlichen Zuständen kann es zu einem Verblässen der Erinnerung kommen. Häufig sprechen aber Patienten nicht gerne über diese Erlebnisse, da sie unter diese schreckliche Zeit einen Schlußstrich ziehen wollen. Durch behutsames und taktvolles Eingehen auf diese gut verständlichen Ängste wird im Rahmen der Behandlung versucht, den Patienten zu helfen, das Zustandekommen dieser Erlebnisse zu verstehen und „zu verdauen“.

2.3.8 Wie kann man sich das „bunte Erscheinungsbild“ vieler Psychosen erklären?

Wie bereits erwähnt versucht sich unser Gehirn einen Reim auf den ungewohnten Informationssturm zu machen. Gleichzeitig kommt es wohl zu vielen „Kurzschlüssen“, so daß zufällige Phantasien genauso wie altgehegte Ängste oder Wunschträume plötzlich als normale Wirklichkeit erlebt werden. Dadurch kann es zu einer schwer durchschaubaren und kaum nachvollziehbaren Kombination aus unterschiedlichsten Lebensbereichen kommen. Hauptakteure bleiben jedoch zu meist Bekannte und Freunde sowie herausragende Personen aus dem eigenen Kulturkreis. Während z. B. bei Eingeborenenstämmen in Afrika hauptsächlich Zauberer, Buschmänner und wilde Raubtiere eine Rolle spielen, tauchen bei uns in Mitteleuropa bevorzugt Spione, die Polizei und Gestalten aus den christlichen Religionen auf.

2.3.9 Warum reagieren viele Patienten so mißtrauisch während der akuten Psychose?

Viele Patienten argwöhnen, daß die bisher vertraute Umwelt nur „so tue“, als ob sie von den seltsamen Ereignissen in der Umgebung nichts mitbekommen würde. Dies schürt den Verdacht, daß sie mit den Verursachern dieser Alpträume insgeheim unter einer Decke stecken, daß sie also auch bei diesem „Verwirrspiel“ mitmachen. Deshalb kann besonders, zu jenen Menschen eine unverständliche, mißtrauische und ablehnende Haltung entstehen, die dem Patienten bisher am nächsten standen.

Von jenen sind sie nämlich auch am meisten enttäuscht aufgrund des irrtümlich unterstellten „scheinheiligen und unaufrichtigen“ Verhaltens.

Viele Patienten erleben sich in dieser Zeit sehr ungeschützt und von außen beeinflusbar, was die Skepsis und den Argwohn gegenüber ihren Mitmenschen zusätzlich erhöht.

2.3.10 Müssen die psychotischen Inhalte immer verständlich und einfühlbar sein?

Wie bereits unter 2.3.6 beschrieben, spielt die momentane Lebenssituation häufig eine besondere Rolle. Aber nicht immer kann ein Bezug zur aktuellen Lebensgeschichte hergestellt werden. Wenn völlig unvereinbare und bisher nie bewußt wahrgenommene Ängste und Phantasien sehr plötzlich auftauchen, kann dies zu einer totalen Fassungslosigkeit der Betroffenen führen. Diese Patienten wirken häufig sehr verschlossen, ratlos und unzugänglich und sind manchmal zu keinem normalen Gespräch in der Lage.

2.3.11 Kann ein Patient unterscheiden, ob eine Stimme „echt“ oder nur eine „Halluzination“ (Trugwahrnehmung) ist?

Nein! Die Situation eines psychotisch erkrankten Menschen ist in etwa vergleichbar mit einer Person, die auf der Erde steht und nicht begreifen kann, daß sich dieser Planet dreht. Als Erdenbewohner hat man nicht den ausreichende Abstand, um diese Tatsache fassen zu können.

So ähnlich geht es einem Patienten mit einer akuten Psychose. Sein „Rechenzentrum“ kann nicht unterscheiden, ob die für den Sinneseindruck verantwortliche Information tatsächlich von außen kommt oder nur das Ergebnis einer inneren Falschmeldung" ist. Durch den Dopaminüberschuß kommt es nämlich zu einer Vielzahl von „Fehlzündungen“ und „Kurzschlüssen“ innerhalb des Zentralnervensystems. Die unkontrollierte Impulsgebung einzelner Nervenzellen führt dann zu vermeintlichen Sinneseindrücken ohne echte Grundlage. Dieser Vorgang könnte mit dem Verwirrspiel von „Agenten“ verglichen werden, die Falschmeldungen und Gerüchte in Umlauf bringen, die frei erfunden und ohne echte Grundlage sind, um den „Gegner“ zu verunsichern und fertig zu machen.

2.3.12 Wie kann man sich das Zustandekommen von Halluzinationen (Trugwahrnehmungen) bildhaft vorstellen?

Zur besseren Verständlichkeit wurde hierzu in Abb. 11 ein anschauliches Modell entworfen.

Ein Mann im zweiten Stock eines großen Gebäudes erhält einen Telefonanruf. Aus dem Hörer ertönt eine Frauenstimme. Ganz unabhängig davon, ob er die Anruferin kennt oder nicht er wird beim besten Willen nicht sagen können, woher der Anruf kommt. Ob aus der Telefonzelle gegenüber oder von einem anderen Apparat im selben Gebäude - die Stimme aus dem Hörer wird in beiden Fällen die gleiche Lautstärke besitzen.

So ähnlich kann man sich die Situation von Menschen mit akustischen Halluzinationen (vermeintlicher Höreindruck) vorstellen.

Die Patienten hören eine Stimme, diese spricht ganz deutlich zu ihnen, sie können sogar angeben, aus welcher Richtung und aus wieviel Metern Entfernung die Stimme kommt.

Aber sie können nicht - wie die Person im zweiten Stock - unterscheiden, ob sich der Sprecher/die Sprecherin außen („Telefonzelle“) oder im eigenen Gehirn („Zimmer im Parterre, gleiches Gebäude“) befindet.

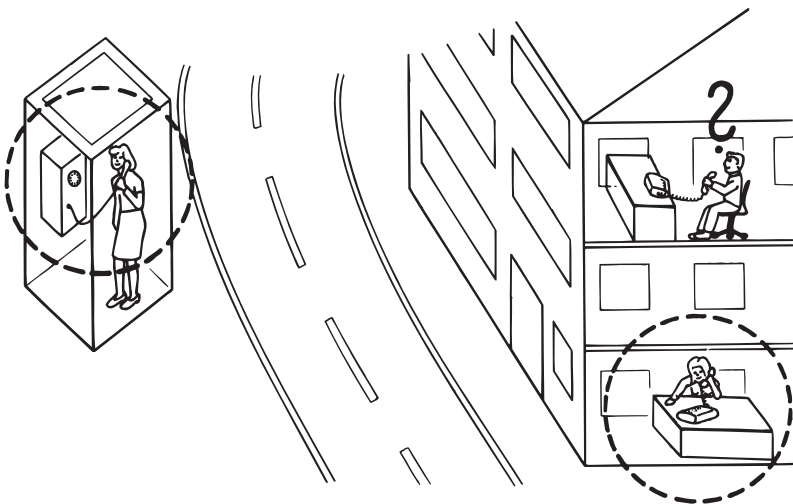


Abb. 11. Halluzinationen (Trugwahrnehmungen). Der Mann im zweiten Stock kann nicht angeben, woher der Anruf kommt. Ob von der Dame aus dem selben Haus oder aus der Telefonzelle gegenüber, die Lautstärke im Hörer wird sich in beiden Fällen gleichen. So ergeht es Patienten mit akustischen Halluzinationen (Stimmenhören). Auch sie können nicht unterscheiden, ob die Stimmen aus dem eigenen Kopf - oder von außen kommen

Die Patienten sind ein Opfer der „inneren Fehlschaltungen“ einem akut Erkrankten ist es somit nicht möglich, zwischen einem tatsächlichen und einem halluzinierten Geräusch (Truggeräusch) zu unterscheiden.

Dieses Modell veranschaulicht auch, wie sich die Grenzen zwischen Innen- und Außenwelt bei einer akuten Psychose verschieben bzw. auflösen können.

2.4 Bewältigungsversuche der Patienten

2.4.1 Wie verhalten sich die Erkrankten?

Viele Betroffene kämpfen zu Beginn der Erkrankung mit bewundernswerter Energie und Ausdauer gegen die aufkommenden Trugwahrnehmungen und die angstmachenden Erlebnisse an, da ihnen gleichsam der Boden unter den Füßen weggezogen wird.

Anfangs beherrscht sie der Gedanke: „Das kann doch nicht wahr sein, das mußt du dir einbilden...“. Derartige Äußerungen werden immer wieder von Patienten gemacht, nachdem sie die akute Phase hinter sich haben. Viele unternehmen automatisch das Richtige: Sie ziehen sich zurück und versuchen abzuschalten, da sie ein großes Bedürfnis nach Ruhe und Ungestörtsein haben. Sie möchten die Reizüberflutung eindämmen, wollen abschalten. Da dies häufig nicht gelingt, versuchen sie, sich abzulenken; sie nehmen einen Umgebungswechsel vor, verreisen oder mischen sich bewußt unter Menschenansammlungen, um endlich auf andere Gedanken zu kommen. Manche wiederum schalten ein Radiogerät auf volle Lautstärke, um das Stimmenhören zu übertönen (vgl. 1.8.1).

Jeder Patient könnte darüber einen eigenen Roman schreiben. Als Nichtbetroffener kann man nur erahnen, wie schlimm und beängstigend es sein muß, wenn man seinen eigenen Sinneseindrücken „nicht mehr trauen kann“ (Tabelle 12).

Tabelle 12. Häufige „Ablenkungsversuche“ von Patienten mit beginnenden Psychosen

-
- Die Stimmen einfach nicht beachten
 - Selbstberuhigung: „Das kann doch nicht wahr sein, da täuschst du dich...“
 - Rückzug in die eigenen vier Wände, abschalten
 - Sich unter der Bettdecke verkriechen, schlafen wollen
 - Ablenkungsversuche: essen, lesen, Musik hören
 - Umgebungswechsel: wegfahren, Freunde besuchen, umherwandern
 - Radiogerät auf volle Lautstärke drehen, Stimmen übertönen
 - Ohren verstopfen, Kopfhörer aufsetzen
 - Sport betreiben bis zur Erschöpfung
 - Sich in Menschenansammlungen stürzen, in der Menge „untertauchen wollen“
-

2.4.2 Welche weiteren Formen der „Selbstbehandlung“ sind bekannt?

Viele Patienten greifen aufgrund ihrer Ratlosigkeit in vermeintlicher Selbsthilfe zum Alkohol, um sich dadurch zu entspannen und die inneren Turbulenzen zu dämpfen. Damit machen sie instinktiv etwas Richtiges! Durch den sedierenden (dämpfenden) Effekt des Alkohols kann es tatsächlich zu einer Beruhigung der überreizten Nerven mit einer Abnahme der krankhaften Eindrücke kommen. Natürlich ist dies keine empfehlenswerte Therapie, da es durch den Alkohol längerfristig zu einer Verschlimmerung des psychotischen Erlebens kommt.

Aber dieser Selbstbehandlungsversuch mit Alkohol läßt einige Parallelen (Gemeinsamkeiten) zur Behandlung mit Psychopharmaka (Medikamente, die auf die Psyche wirken) erkennen.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß es nur durch Neuroleptika (s. Kap. 3) zu einer nachhaltigen Dämpfung und Beruhigung, der inneren Überreiztheit kommt.

2.5 Erbliche und körperliche Faktoren

2.5.1 Ist die erhöhte „Vulnerabilität“ (Verletzlichkeit) erblich bedingt?

Wie bereits unter 2.2.8 erwähnt erkranken, weltweit etwa 1 % aller Menschen – unabhängig von Land, Kontinent oder Kulturkreis – im Laufe ihres Lebens mindestens einmal an einer Psychose. Dabei gibt es Familien, in denen Psychosen häufiger auftreten als in anderen. Bei Blutsverwandten liegt das durchschnittliche Erkrankungsrisiko bei 10 %, wenn ein Familienmitglied erkrankt ist.

Ist ein Elternteil erkrankt, beträgt das Risiko der Kinder etwa 10–15%, auch an einer Psychose zu erkranken. Haben beide Elternteile eine Psychose durchgemacht, so erhöht sich das Risiko der Kinder auf 30-50%.

Bei eineiigen Zwillingen schwankt die Erkrankungsrate von 25–50 %, bei zweieiigen Zwillingen liegt sie bei 10–15 % und ist damit ähnlich hoch wie bei normalen Geschwistern. Diese haben eine Erkrankungswahrscheinlichkeit von etwa 6–10 %. Die Tatsache, daß bei eineiigen Zwillingen die Erkrankungsrate deutlich höher ist als bei zweieiigen Zwillingen unterstützt die Annahme, daß ein erblicher Faktor von wesentlicher Bedeutung sein muß. Bei Verwandten zweiten Grades (Onkel, Tanten, Nichten, Neffen usw.) beträgt die Erkrankungsrate nur noch 3–4 % (Tabelle 13; vgl. auch 2.2.8)

Tabelle 13. Erkrankungsrisiko von Verwandten

Erkrankungsrisiko von Kindern, wenn	
– ein Elternteil erkrankt ist	10 – 15 %
– beide Elternteile erkrankt sind	30 – 50 %
Erkrankungsrisiko von Geschwistern, wenn,	
– ein eineiiger Zwilling erkrankt ist	25 – 50 %
– ein zweieiiger Zwilling erkrankt ist	10 – 15 %
– keine Zwillingungsverwandtschaft besteht	6 – 10 %
Erkrankungsrisiko, wenn ein	
– Verwandter zweiten Grades erkrankt ist (z. B. Onkel, Tante, Nichte, Neffe usw.)	3 – 4 %

2.5.2 Warum sind Psychosen keine „Erbkrankheit“?

Wie die Zahlen von 2.5.1 belegen, sind erbliche Einflüsse nur eine Teilursache. Von entscheidender Bedeutung sind noch weitere Faktoren. Dies ergibt sich z. B. aus der Tatsache – wie aus Tabelle 13 ersichtlich –, daß beispielsweise die Erkrankung eines eineiigen Zwillings keineswegs bedeutet, daß auch sein Zwillingspartner an einer Psychose erkrankt, obwohl er ja die völlig gleiche erbliche Veranlagung aufweist. Außerdem wäre bei dem Vererbungsmuster der meisten klassischen Erbkrankheiten zu erwarten, daß bei der Erkrankung eines Elternteils die Hälfte der Kinder ebenfalls von der Krankheit betroffen sind. Dies ist aber bei den Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie nicht der Fall; das Erkrankungsrisiko der Kinder, wenn ein Elternteil erkrankt ist, beträgt vielmehr nur 10–15 %.

2.5.3 Haben die Ehepartner von Patienten ebenfalls ein erhöhtes Erkrankungsrisiko?

Nein! Sofern sie nicht selber aus einer Familie stammen, wo psychotische Erkrankungen vorliegen, haben sie nur das allgemeine Erkrankungsrisiko von 1 %. Psychotische Erkrankungen sind eben nicht „ansteckend“!

2.5.4 Welche Rolle spielen somatische (körperliche) Faktoren?

Darunter versteht man in erster Linie krankhafte Veränderungen der Gehirnssubstanz, wie dies z. B. nach Zwischenfällen bei der Geburt durch Sauerstoffmangel oder nach schweren Gehirnentzündungen der Fall sein kann.

Im Computertomogramm (Schichtenaufnahmen des Gehirns, s. 1.7.4) lassen sich bei einem Teil der Patienten Abweichungen von der üblichen Norm feststellen; in erster Linie handelt es sich dabei um eine Erweiterung des Ventrikelsystems (Wasserkammern des Gehirns). Derartige Veränderungen haben möglicherweise einen negativen Einfluß auf, den Krankheitsverlauf. Die Behandlung kann langwieriger, aufwendiger und für den Patienten insgesamt unangenehmer werden. Die Beeinträchtigung der „Gehirnarchitektur“ scheint sich auf das Ausmaß der Vulnerabilität (seelische Verwundbarkeit, s. 2.2.4 und 2.2.5) auszuwirken.

Untersuchungen haben gezeigt, daß Geburtszwischenfälle bei Patienten, die eine familiär gehäufte Erkrankungsneigung für Psychosen besitzen, zu einem früheren Ausbruch der Erkrankung und zu langwierigeren Behandlungsverläufen führen können.

2.6 Zur frühkindlichen Entwicklung

2.6.1 Kann durch eine gestörte „Eltern-Kind-Beziehung“ alleine eine Psychose ausgelöst werden?

Nein! Als man sich in den 50er Jahren intensiv mit dem seelischen Werdegang von psychisch Kranken beschäftigte, stellte man fest, daß dem innerfamiliären Klima während der Kindheit eine besondere Bedeutung zukommt. Kinder, die sich bei ihren Eltern geborgen und wohlgefühlt haben, wirken im späteren Leben in der Regel selbstsicherer, robuster und weniger anfällig als jene, die sich zu Hause ungeliebt und vernachlässigt fühlten.

Im Grunde ist dies nur eine Bestätigung dessen, was erfahrene Erzieher und Pädagogen in ihrer täglichen Arbeit auch beobachten können; Kinder aus einem stabilen Elternhaus sind normalerweise ausgeglichener und in ihren Leistungen beständiger als Heranwachsende, die z. B. in einem Heim leben müssen.

Aus diesen Erkenntnissen wurde dann gefolgert, daß von der Qualität der elterlichen Fürsorge nicht nur die allgemeine Lebenstüchtigkeit abhinge, sondern auch die Weichen gestellt würden für das spätere Erkranken bzw. Nichterkranken an einer Psychose. Man glaubte festgestellt zu haben, daß sowohl durch überängstlich-überbehütendes Verhalten als auch durch eisige Gleichgültigkeit und vordergründige Freundlichkeit bei eigentlicher innerer Ablehnung des Kindes die seelische Reifung derart gestört würde, daß später zwangsläufig eine Psychose auftreten müsse. In weiteren Untersuchungen ergaben sich Hinweise, daß der Umgangsstil zwischen Eltern und Kindern dahingehend krankmachend sein könnte, daß Eltern, die einerseits den Kindern großzügig etwas erlauben und sie andererseits für Übertretungen aber hart bestrafen, ihre Kinder durch diese Beziehungsfalle (double bind) in eine Psychose „treiben“ würden. In zahlreichen Studien konnte aber dieser vermutete Zusammenhang nicht eindeutig nachgewiesen werden.

Eine Zusammenstellung beeindruckender Dokumente, welche Not und welches Unglück mit diesen vorschnellen Behauptungen über viele Familien gebracht wurde, befinden sich in einem Buch von Prof. Dörner mit dem Titel: „Freispruch der Familie“ (Psychiatrie Verlag 1984). Vor allem das Schlagwort der „schizophrenen Mutter“ (Mütter, die die Krankheit selber verursacht haben sollen) spukt noch immer in den Köpfen vieler leidgeprüfter Angehöriger herum! Diese Bezeichnung hat bei vielen Familien unsagbares Leid ausgelöst, da alle Eltern neben den belastenden Auswirkungen, der Erkrankung zusätzlich mit dem Vorwurf leben mußten, grundsätzlich selber am Ausbruch der Psychose schuld zu sein.

2.6.2 Welche Bedeutung hat eine gestörte Eltern-Kind-Beziehung?

Gestörte Eltern-Kind-Beziehungen können die seelische Reifung eines Menschen erheblich beeinträchtigen. Beschwerden dieser Art sind typisch für psychogene Erkrankungen, die demzufolge nicht selten ihren Keim in der Kindheitsentwicklung haben können.

Ob schwere Störungen der Eltern-Kind-Beziehung auch die Vulnerabilität für Psychosen erhöhen können, läßt sich zwar nicht mit Sicherheit sagen, es ist aber durchaus vorstellbar, daß eine ständige Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls oder auch eine extreme überfürsorgliche Behütung des Kleinkindes die Anfälligkeit für psychotische Erkrankungen erhöhen kann.

Andererseits muß aber auch festgestellt werden, daß kleinere Erziehungsfehler, wie sie ja vermutlich in sehr vielen Familien auftreten, sicher keine schizophrene Psychose bedingen können. Außerdem ist darauf hinzuweisen, daß Patienten mit einer psychotischen Erkrankung häufig schon in früher Kindheit eine Reihe von Verhaltensauffälligkeiten zeigen, die verständlicherweise die mit der Erziehung befaßten Personen verunsichern und zu einer negativen Beeinflussung des Familienklimas beitragen können. In solchen Fällen ist also die Störung der Familienatmosphäre nicht die Ursache sondern die Folge der Erkrankung. Aus diesen Gründen ist es sicher nicht gerechtfertigt, den Angehörigen in oftmals sehr einseitiger Weise eine Sündenbockrolle in bezug auf die Krankheitsentstehung zuzuweisen. (Tabelle 14)

Tabelle 14. Mögliche Auswirkungen einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung

- Ängstlich-selbstunsicheres Verhalten
 - Mangelndes Selbstvertrauen
 - Geringes Durchsetzungsvermögen
 - Neigung zu grundloser Niedergeschlagenheit
 - Fehlende Lebensfreude
 - Hemmungen im Kontaktbereich
 - Kein ausreichendes Durchhaltevermögen
-

2.7 Auswirkungen von Streß

2.7.1 Welche Bedeutung haben belastende Lebensereignisse?

Durch eine Häufung von seelischen Belastungsmomenten kann es bei entsprechend veranlagten Menschen mit einer erhöhten Vulnerabilität (Verletzlichkeit) zum Ausbruch einer Psychose kommen. Vor allem bei Wiedererkrankungen lassen sich in den Wochen vorher häufig akute Belastungen feststellen (berufliche Überforderung, Übernahme neuer Lebensaufgaben, Ärger und Enttäuschungen, Verluste, Ortswechsel etc.).

Auch bei Ersterkrankungen finden sich häufig in den Wochen und Monaten vorher problematische Lebensereignisse. Wie unter 2.2.1–2.2.7 beschrieben, können die seelischen „Sicherungen“ bei entsprechend veranlagten Menschen unter anhaltender Belastung eben leichter „durchbrennen“.

2.7.2 Welche Möglichkeiten gibt es, sich gegen unvermeidbaren Streß zu schützen?

Wenn Prüfungen sich häufen, eine neue berufliche Aufgabe zu bewältigen ist, ein Wechsel des Arbeitsplatzes bevorsteht oder eine spannungsgeladene Beziehung zu Kollegen etc. nicht rasch geklärt werden kann, muß bei vorhandener Vulnerabilität die Gefahr einer seelischen Überlastung sehr ernst genommen werden.

Wenn, sich Streßereignisse immer wieder häufen und deren Bewältigung regelmäßig größere Schwierigkeiten bereitet, sollte mit dem Arzt nochmals gründlich überlegt werden, ob nicht durch eine klärende Aussprache mit den Konfliktpartnern am Besten unter Einschaltung von Angehörigen oder anderen vertrauten Personen - eine Entspannung der Situation herbeigeführt werden kann. Außerdem ist im psychotherapeutischen Gespräch nach Möglichkeiten zu suchen, wie die bestehenden Schwierigkeiten umgangen und umwunden werden können, wobei es vor allem auf eine Stärkung der Bewältigungsmechanismen ankommt.

Ist allerdings eine Vermeidung dieser Streßmomente sowie eine Abhilfe auf normalem Wege durch Aussprache etc. nicht möglich, hat es sich bei einer Reihe von Patienten bewährt, die medikamentöse Dosis vorsichtshalber etwas zu erhöhen, auch wenn noch keine Frühwarnsymptome aufgetreten sind.

Nach dem Abklingen der Streßphase kann die Dosis wieder verringert werden, falls zwischenzeitlich keine Frühwarnzeichen aufgetreten sind. Derartige Maßnahmen müssen in jedem Fall mit dem behandelnden Arzt abgesprochen werden, der dann im Einzelfall entscheiden kann, inwiefern dieses Vorgehen in Frage kommt.

Tabelle 15. Abhilfe bei unvermeidbarem Streß

Denkbare Situationen:

- Prüfungen
- Arbeitsplatzwechsel
- Akuter Leistungsdruck
- A haltende Überforderung
- Zwischenmenschliche Spannungen, die sich nicht beheben lassen,
- Beginn einer Jahreszeit, in der es früher schon öfters zu Rückfällen kam
- Grundsätzlich alle Situationen, die zu einer erheblichen inneren Anspannung führen und die kurzfristig anderweitig nicht bewältigt werden können

Praktisches Vorgehen:

- Zur besseren Bewältigung derartiger Streßsituationen unbedingt eine psychotherapeutische Behandlung einleiten
 - Erhöhung der medikamentösen Dosis, auch wenn noch keine Frühwarnsymptome aufgetreten sind
 - Dosis wieder reduzieren, sobald der akute Streß vorbei ist
-

2.7.3 Kann durch Streß bei jedem Menschen eine Psychose ausgelöst werden?

Nein, in der Regel nicht! Menschen, die keine anlagemäßig bedingte erhöhte Vulnerabilität (Verletzlichkeit) besitzen, reagieren bei anhaltendem Streß entsprechend ihrer besonderen Veranlagung in anderer Weise, wie z. B. mit Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Beeinträchtigung des Schlafes, Magenschmerzen, Kopfweh und evtl. einer bedrückten Stimmung. Durch ein klärendes Gespräch, durch freundschaftlichen Zuspruch oder auch eine Arbeitspause mit Urlaub klingen solche streßbedingten Beschwerden normalerweise rasch wieder ab.

2.7.4 Können Psychosen auch ohne ersichtlichen Streß ausbrechen?

Häufig, beginnen psychotische Erkrankungen völlig unerwartet und ohne ersichtlichen äußeren Anlaß. Vor allem bei Ersterkrankungen lassen sich nicht immer eindeutige Zeichen der Überforderung ausmachen. Ein solch unerwarteter Krankheitsausbruch stellt meistens eine ungeheuerliche Belastung für die Betroffenen und deren Angehörige dar. Die Angehörigen stehen dem veränderten Verhalten des Familienmitglieds oft völlig fassungslos, hilflos und verstört gegenüber. Die meisten Laien wissen auch heute noch sehr wenig über psychotische Erkrankungen und den bei dieser Krankheit erforderlichen Umgangsstil.

Durch eine verantwortungsbewußtere Berichterstattung in den Zeitungen, im Rundfunk und vor allem im Fernsehen könnte der Informationsstand deutlich verbessert werden, was die bestehenden Vorurteile vermindern und die Lebensbedingungen von Patienten und Angehörigen sicher günstig beeinflussen würde!

2.8 Das „EE“-Konzept

2.8.1 Was versteht man unter dem „EE“-Konzept?

Dieser Begriff stammt aus dem englischen Sprachraum und wurde in den 60er Jahren von englischen Psychiatern erstmals beschrieben.

Die „EE“ steht für „expressed emotion“; sinngemäß wird mit diesem Begriff umschrieben wie „heftig und wie ausgeprägt die gefühlsmäßigen Reaktionen eines Menschen im Umgang mit anderen“, hier speziell zwischen Angehörigen und Patienten, sind.

Es wurde der Frage nachgegangen, ob sich in den Familien von Patienten intensivere und heftigere gefühlsmäßige Reaktionen als in anderen Familien finden lassen; und zum zweiten versuchte man festzustellen, ob sich ein Zusammenhang herstellen läßt zwischen der Intensität von Gefühlen verschiedenster Art auf Seiten der Angehörigen und dem Krankheitsverlauf der Patienten. Die Wissenschaftler gingen von der bekannten Tatsache aus, daß anhaltender seelischer Streß krank machen kann. Es interessierte nun die Frage, ob eine anhaltende seelische Aufgewühltheit bei entsprechend veranlagten Menschen zum Ausbruch bzw. Wiederauftreten einer Psychose führen kann. Und bei langjährigen Untersuchungen des Krankheitsverlaufes zeigte sich tatsächlich, daß es typische Verhaltensweisen in Familien gibt, die mit einem erhöhten Rückfallrisiko verbunden sind (s. 2.8.2).

2.8.2 Was sind typische „HEE“-Verhaltensweisen bei Angehörigen?

„HEE“ heißt „High expressed emotion“, also „sehr ausgeprägte gefühlsmäßige Reaktionen“. Bei den durchgeführten Untersuchungen bezieht sich dieses „HEE“ auf das Verhalten der Angehörigen. Besonders durch Überfürsorglichkeit mit Bevormundung, durch Kritik und durch feindselige Ablehnung kann es zu einer solchen „HEE“-Situation kommen (Tabelle 16). In mehreren wissenschaftlichen Untersuchungen konnte belegt werden, daß diese Faktoren sich auf den weiteren Krankheitsverlauf sehr ungünstig auswirken können. D. h. in Familien, wo die Patienten bevormundet und überbehütet werden, wo sie häufig kritisiert und „niedergemacht“ werden und wo man sie eine feindselige Ablehnung spüren läßt, kommt es zu gehäuften Wiedererkrankungen.

Tabelle 16. Typische „HEE“-Verhaltensweisen von Angehörigen („High Expressed Emotions“: sehr heftige gefühlsmäßige Reaktionen)

-
- Kritikfreudigkeit
 - Feindselige Ablehnung
 - Bevormundung und Überbehütung
-

Sehr wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, daß diese „HEE-Verhaltensweisen“ den Betroffenen selbst oftmals nicht bewußt sind und auch von Außenstehenden nicht ohne weiteres zu erkennen sind. In der Regel gelingt es nur besonders geschulten und dafür ausgebildeten Therapeuten, derartige Verhaltensmuster rasch zu erfassen.

Nicht jeder also, der sich öfters einmal dabei ertappt, energisch und spontan reagiert zu haben, muß gleich befürchten, „rückfallverursachend“ zu sein.

Und sollten sich infolge eines komplizierten Krankheitsverlaufes derartige Verhaltensmuster eingeschlichen und verfestigt haben, so können diese unter fachmännischer Anleitung, z. B. im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Familientherapie, gründlich bearbeitet und „abtrainiert“ werden. Genauere Informationen hierzu können in entsprechenden Fachbüchern nachgelesen und bei jedem Nervenarzt oder Psychotherapeuten erfragt werden (s. Kapitel 4).

2.8.3 Ist bei EE“-Familien das Verhalten der Angehörigen immer alleine rückfallverursachend?

Nein! Häufig besteht auch der umgekehrte Zusammenhang. Bei sehr schwer erkrankten Patienten mit langer Erkrankungsdauer, anhaltenden psychotischen Erlebnissen und gleichzeitig fehlendem Antrieb und mangelnder Selbständigkeit fühlen sich die Angehörigen in der Regel sehr gestreßt. In ihrer Hilflosigkeit reagieren sie dann ungeduldig, gereizt, ablehnend, bevormundend usw. Meistens treten solche kritischen Situationen in jenen Familien auf, wo es gehäuft zu erneuten Wiedererkrankungen kommt. Sehr oft handelt es sich dabei um Patienten, die ihre Medikation zu früh abgesetzt oder nur halbherzig eingenommen haben.

2.8.4 Welche Konsequenzen ergeben sich aus dem „HEE“-Konzept?

Im Einzelfall kann man gut verstehen, daß auch Angehörigen manchmal die „Nerven durchgehen“ und sie gereizt, ungeduldig und überkritisch reagieren. Aber die Erfahrung hat gezeigt, daß es sich lohnt, derartige Verhaltensweisen möglichst zu vermeiden! Erstens wirkt ein solcher Umgangsstil äußerst kränkend und beschämend auf die Patienten, da dieses „Durchhängen“ ja krankheitsbedingt ist und – abhängig vom Krankheitsstadium – willentlich nur schwer oder gar nicht zu beeinflussen ist. Zweitens können durch derartige Verhaltensweisen Wiedererkrankungen ausgelöst werden.

Deshalb ist es für alle Angehörigen unumgänglich, sich mit den Besonderheiten der Erkrankung vertraut zu machen und in Angehörigengruppen zu lernen, mit diesen Schwierigkeiten möglichst gut zurechtzukommen (s. 4.11.2). Bei hartnäckigen Beziehungsschwierigkeiten kann eine Familientherapie in die Wege geleitet werden.

Es müssen alle Chancen genutzt werden, den Patienten ein weitgehend unabhängiges und selbständiges Leben zu ermöglichen; dies wirkt sich nicht nur förderlich auf das Selbstwertgefühl der Patienten aus, es verringert auch die „Reibungsfläche“ zwischen Patien und Angehörigen.

2.8.5 Gibt es einen hundertprozentigen Schutz gegen eine Psychose?

Nein! Auch in Familien wo sich alle sozusagen „vorbildhaft“ verhalten, wo also ein überkritischer und feindseliger Umgangston vermieden wird und die Patienten nicht bevormundet werden, kann es trotzdem zu Wiedererkrankungen kommen.

Bisher gibt es keine absolut zuverlässige Methode, um den Ausbruch oder das Wiederauftreten einer Psychose sicher zu verhindern.

Aber wenn nach dem Abklingen der akuten Erkrankung eine wirksame medikamentöse Langzeitbehandlung vorgenommen wird, dann kann das Wiedererkrankungsrisiko, das ohne Neuroleptika innerhalb eines Jahres statistisch bei 70–80% liegt, auf etwa 20% verringert werden (s. 3.5.1).

Darüberhinaus wirken sich all jene Maßnahmen als stabilisierend aus, die dem Patienten helfen, ein möglichst sorgenfreies Leben mit einer befriedigenden beruflichen Tätigkeit und einer sinnvollen Freizeitgestaltung zu führen (s. 4.10.1 ff.).

Das Buch
„Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis“
von Dr. Josef Bäuml
ist im Springer-Verlag
unter ISBN 3-540-57916-8 erschienen.