

10 Mortalität

Patienten, die an einer schizophrenen Psychose leiden, haben eine deutlich reduzierte Lebenserwartung, eine finnische Studie ergab eine Verkürzung um mehr als 20% gegenüber der Allgemeinbevölkerung (Tiihonen et al. 2009). Durch Bestimmung der standardisierten Mortalitätsrate (SMR) lassen sich belastbare Zahlen gewinnen, sie wird ermittelt durch einen Vergleich der beobachteten Mortalitätsrate in einer bestimmten Patientengruppe (z.B. Schizophrenie) mit der alters- und geschlechtsspezifischen Mortalitätserwartung einer Standardpopulation. So würde eine standardisierte Mortalitätsrate von 2,0 bedeuten, dass schizophrene Patienten ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung doppelt so hohes Sterbensrisiko haben als die Durchschnittsbevölkerung. Verschiedene Metaanalysen ergaben SMRs von 1,51 bzw. 1,57 für schizophrene Patienten (Brown 1997, Harris und Barraclough 1998). Saha et al. (2007) berichten in ihrer Metaanalyse von 37 Studien aus 35 Ländern über einen linearen Anstieg des Mortalitätsrisikos bei schizophrenen Patienten in den letzten 26 Jahren und fanden eine Erhöhung der Sterblichkeitsquote von 2,5 gegenüber der Allgemeinbevölkerung.

Die Reduzierung der Lebenserwartung bei Schizophrenen ist durch mehrere Faktoren bedingt. In ca. 60–70% sind es natürliche Todesursachen, welche die Lebenserwartung bei schizophrenen Patienten um etwa 10 Jahre verkürzen. Insbesondere sind hierfür Herz- und Kreislauf-Erkrankungen verantwortlich zu machen, welche wiederum durch Faktoren wie Adipositas, Rauchen, arterielle Hypertension, Hyperglykämie (Diabetes) und Hyperlipidämie bedingt sind. Die zuletzt genannten Faktoren werden unter dem unpräzisen Begriff des „metabolischen Syndroms“ zusammengefasst, welches bei schizophrenen Patienten gegenüber der Allgemeinbevölkerung in der gleichen Altersgruppe um das 2–3fache erhöht ist (De Hert et al. 2009).

Einen Überblick über die Prävalenz und das relative Risiko kardiovaskulärer Faktoren gibt Tabelle 70.

Tab. 70 Prävalenz und relatives Risiko (RR) kardiovaskulärer Erkrankungen bei Schizophrenie (aus de Hert et al. 2009)

Risikofaktoren	Schizophrenie
Adipositas	45–55 (1,5–2)
Rauchen	50–80 (2–3)
Diabetes	10–15 (2)
Hochdruck	19–58 (2–3)
Dyslipidämie	25–69 (≤ 5)
Metabolisches Syndrom	37–63 (2–3)

Für das erhöhte Vorkommen kardiovaskulärer Erkrankungen sind mehrere Gründe verantwortlich zu machen, wie Gleichgültigkeit gegenüber gesundheitlichen Erfordernissen und krankheitsbedingten Einschränkungen v. a. bei chronisch Erkrankten mit vorherrschender Negativsymptomatik, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und verbreiteter Nikotinabusus. Der Anteil von Rauchern ist bei schizophrenen Patienten gegenüber der Allgemeinbevölkerung mehr als doppelt so hoch (Fleischhacker et al. 2008). Das ist auch die Ursache für das erhöhte Vorkommen von pulmonalen Erkrankungen (u. a. Lungenkrebs).

Neben den genannten Erkrankungen haben Schizophrene erhöhte Prävalenzen für HIV-Infektionen und Hepatitis (Folge von Drogenabusus), Osteoporose, verminderte Schmerzempfindlichkeit, sexuelle Dysfunktionen (Übersicht bei Leucht et al. 2007). Mit Ausnahme des Lungenkrebses ist die Inzidenz von Krebserkrankungen eher niedrig (Catts et al. 2008).

Wie in Kapitel 8.3.2 (Stichprobenumfang, experimentelle Mortalität) beschrieben, sind zwischen der ersten und zweiten Nachuntersuchung 7 Patienten verstorben. Ein Überblick über Todesursachen und Todesalter gibt Tabelle 71.

Für den Anstieg der Mortalitätsraten in den letzten 2–3 Jahrzehnten werden von zahlreichen Autoren die erhöhte Verschreibung von Antipsychotika der 2. Generation (sog. Atypika) verantwortlich gemacht, da sie häufig mit einer starken Gewichtszunahme einhergehen (s. Kap. 13.2.6). Dies trifft insbesondere für *Olanzapin*, *Clozapin*, *Risperidon* und *Quetiapin* zu. Neuere Studien deuten darauf hin, dass Kinder und Jugendliche, die neuroleptisch behandelt werden, ein höheres Risiko für Gewichtszunahme und metabolische Effekte aufweisen (Correll 2008, Kumra et al. 2008).

Jedoch sind die Ergebnisse durchaus widersprüchlich. So fanden Ray et al. (2009) in ihrer Studie an 44.000 Patienten mit einer Monotherapie mit typischen Neuroleptika und 46.000 Patienten mit ebenfalls monotherapeutisch verordneten Atypika gleichermaßen ein *dosisabhängig erhöhtes Risiko* für plötzlichen Herztod, unabhängig von der Einnahme typischer oder atypischer Neuroleptika. Dagegen berichten Tihihonen et al. (2009) aufgrund ihrer Untersuchung an 30.803 Männern und 36.078 Frauen, dass eine Langzeitbehandlung mit Neuroleptika im Vergleich zu unbehandelten Patienten mit einer geringeren Sterblichkeitsrate einhergeht. Eine Behandlung mit *Quetiapin* war mit dem höchsten Risiko, eine *Clozapin*-Therapie dagegen mit dem geringsten Mortalitätsrisiko verknüpft, ein Befund, den die Autoren mit der besonders sorgfältigen Überwachung von Clozapin-Patienten und mit deren vermindertem Suizidrisiko

Tab. 71 Todesursachen bei 7 im Zeitraum zwischen erster und zweiter Katamnese verstorbenen Patienten

Pat/ Geschlecht	Erkrankungs- alter	Sterbe- alter	Todesursache	Diagnose
1 w	10 J	42 J	Unglücksfall (Strangulation bei Fixierung i.R. eines katatonen Erregungszustandes)	katatoner Subtyp F20.2 schweres Residuum F20.5
2 w	11 J	29 J	Unglücksfall (Zimmerbrand)	schizoaffektive Störung F25.20 schizophrenes Residuum F20.5
3 w	12 J	46 J	Bronchopneumonie mit Sepsis u. Atem- u. Kreislaufinsuffizienz	paranoider Subtyp F20.0 schizophrenes Residuum F20.5
4 w	12 J	75 J	Pneumonie	desorganisierter Untertyp F20.1 schizophrenes Residuum F20.5
5 w	12 J	60 J	Herzversagen	paranoider Subtyp F20.0 schizophrenes Residuum F20.5
6 w	12 J	56 J	Zustd. n. schwerem Schädel-Hirn-Trauma mit Tetraspastik, hirnorg. Psychosyndrom, Status epilepticus, hypoxäm. Hirnschädigung. Osteomyelitis, Porphyrrie, Multiorganversagen	paranoider Subtyp F20.0 schizophrenes Residuum F20.5
7 m	13 J	44 J	wahrsch. Suizid	paranoider Subtyp F20.20 schizophrenes Residuum F20.5

erklären. Im Übrigen beobachteten die Autoren keine Abnahme der Lebenserwartung der von ihnen untersuchten Patienten im Zeitraum zwischen 1996 und 2006. Interessanterweise war der Unterschied in Bezug auf die Lebenserwartung zwischen schizophrenen Patienten und Allgemeinbevölkerung im Alter von 20 Jahren größer (durchschnittlich 25 Jahre) als bei 40-jährigen Patienten (durchschnittlich 18 Jahre), was auf ein erhöhtes Suizidrisiko bei jüngeren Patienten hinweisen dürfte.

In Bezug auf unterschiedliche psychiatrische Erkrankungen ist das *Suizidrisiko* bei Patienten mit schizophrenen sowie mit bipolaren und unipolaren affektiven Störungen am höchsten. Dies ergab eine schwedische prospektive Verlaufsstudie an einer Kohorte von 39.685 Patienten, die wegen eines Suizidversuchs in einem Zeitraum zwischen 1973 und 1982 stationär behandelt worden waren – die Verlaufsbeobachtung erstreckte sich auf Perioden zwischen 21 und 31 Jahren (Tidemalm et al. 2008). Bakst et al. (2010) haben das Suizidrisiko bei 529 ersthospitalisierten schizophrenen Patien-

ten im Alter zwischen 15 und 60 Jahren in einer Verlaufsstudie 6, 24 und 48 Monate nach der stationären Behandlung untersucht und folgende Risikofaktoren für Suizidabsichten und Suizidversuche eruiert (in absteigender Reihenfolge):

- vorausgegangene Suizidgedanken und -versuche
- Schweregrad depressiver Symptome (Hamilton-Skala)
- Drogenabusus
- inhaltliche und formale Denkstörungen
- jüngeres Alter (< 28 Jahre)

Vor der stationären Aufnahme hatten 28% und während der 48-monatigen Verlaufsbeobachtung 13,6% der Patienten Suizidversuche unternommen. – Auch andere Studien haben bei jüngeren Patienten ein erhöhtes Suizidrisiko gefunden (Addington et al. 2004, Verdoux et al. 2001). Die ausgeprägteren suizidalen Tendenzen bei jüngeren Patienten werden mit einem verstärkten Drogenabusus in dieser Altersgruppe in Verbindung gebracht.

In ihrer groß angelegten Metaanalyse zur Mortalität bei Schizophrenie stellten Saha et al. (2007) fest, dass der Suizid mit 12.86 das höchste SMR aufwies, d.h. dass das Suizidrisiko bei Schizophrenen gegenüber der Allgemeinbevölkerung um das 12-fache erhöht ist! Als *Hauptrisikofaktoren* für einen Suizid identifizieren Hawton et al. (2005) in ihrer Metaanalyse an 29 prospektiven und retrospektiven Kohorten- und Fallkontrollstudien affektive Symptome und Syndrome im Rahmen einer schizophrenen Erkrankung, Suizidgedanken und -versuche, agitiertes und ruheloses Verhalten, Einsicht in die Tatsache einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten, Alkohol- und Drogenmissbrauch, rezente Verlusterlebnisse und mangelnde Behandlungcompliance.

In ihrer Chestnut-Lodge-Verlaufsstudie an insgesamt 322 Patienten mit einer Schizophrenie-Spektrum-Störung (darunter 187 schizophrene und 87 schizoaffective Psychosen), die durchschnittliche Verlaufsdauer lag bei 19 Jahren, beobachteten Fenton et al. (1997) bei 40% der Patienten Suizidgedanken, 23% berichteten über Suizidversuche und 6,4% starben in Folge eines erfolgreichen Suizids. Patienten mit einer paranoiden Unterform hatten das größte Suizidrisiko (12%). Patienten, die erfolgreich Suizid begingen, wiesen einen signifikant niedrigeren Schweregrad negativer Symptome bei der Krankenhausaufnahme auf als Patienten ohne suizidale Tendenzen. Patienten mit einem residualen Syndrom hatten ein erniedrigtes Suizidrisiko (1,5%), ebenso solche mit einem hebephrenen Untertyp. Enttäuschungen über eigenes Versagen bzw. Diskrepanzen zwischen Idealvorstellungen und realistischen Möglichkeiten, dysphorische Zustände, Stress, Einsamkeit und die Einsicht über abnehmende Leistungsfähigkeit und entsprechende Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und herabgesetztem Selbstvertrauen waren mit suizidalem Verhalten verknüpft.

Das *Suizidrisiko* ist bei schizophrenen Patienten in allen Altersstufen etwa gleich groß (s. Tab. 72-74).

Aus den Tabellen ist ersichtlich, dass die Anzahl der Suizidhandlungen (Suizidversuche + erfolgreiche Suizide) bei schizophrenen Patienten aller Altersstufen bei etwa 25% liegt. Die Rate an erfolgreichen Suiziden liegt im Langzeitverlauf zwischen 5 und 10% (Bleuler 1972, Eggers 1974, Fenton et al. 1997, Huber et al. 1979).

Tab. 72 Todesgedanken, Suizidideen und Suizidhandlungen bei 57 schizophrenen Kindern im Alter zwischen 7 und 14 Jahren (Längsschnitt-Studie), durchschnittl. Kat.frist 15 Jahre

Todesgedanken	14 Patienten	(25%)
Suizidabsichten	9 Patienten	(15%)
Suizidversuche	11 Patienten	(20%)
Suizide	3 Patienten	(5%)
Summe	37 Patienten	(65%)

Tab. 73 Todesgedanken, Suizidideen und Suizidversuche bei 64 schizophrenen Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 18 Jahren (Querschnitt-Studie)

Todesgedanken	14 Patienten	(22%)
Suizidgedanken	9 Patienten	(14%)
Suizidversuche	18 Patienten	(28%)
Summe	41 Patienten	(64%)

Tab. 74 Suizidrate bei Schizophrenen (Langzeitstudien)

Autor	Pat.-Zahl	%
Bleuler 1972	208	4,5%
Eggers 1973	57	5,4%
Fenton et al. 1997	187	6,4%
Huber et al. 1979	758	4,3%

Die aufgrund von Querschnittsbeobachtungen gewonnene Ansicht, dass Suizidhandlungen vorwiegend zu Erkrankungsbeginn unternommen werden, muss aufgrund unserer Langzeituntersuchungen relativiert werden: Die drei geglückten Selbstmorde (57 Patienten der 1. Katamnese-Studie) ereigneten sich erst 6, 13 und 14 Jahre nach Ausbruch der Psychose im Kindesalter. Alle drei Patienten waren weiblich. Sie suizidierten sich im Alter von 19, 21 und 22 Jahren, jeweils nach dem 3., 4. und 7. schizophrenen Schub. In einem Fall blieb die gewählte Todesart unbekannt, das Mädchen wurde tot aufgefunden. Eine Patientin legte sich vor einen D-Zug, die dritte strangulierte sich. Alle drei Mädchen litten bereits früh, vor Ausbruch der schizophrenen Psychose – die jüngste Patientin bereits mit 8 Jahren – an depressiven Verstimmungen. Im späteren Ablauf der Psychose, die jeweils zu leichten bis sehr schweren Persönlichkeitsveränderungen geführt hatte, hatten sie wiederholt Suizidabsichten geäußert oder Suizidversuche unternommen (Sturz vom Balkon, Strangulationsversuche, Giftpilze). Die Todesgedanken durchzogen *leitmotivartig* die ansonsten an schizophrenen Inhalten äußerst reichen und eindrucksvollen Psychosen. Dies sei am Beispiel eines bei Erkrankungsbeginn 8-jährigen Mädchens erläutert.

Das prämorbid stille, scheue, zurückhaltende und wenig zärtliche Mädchen, das sich leicht zurückgesetzt fühlte, unter Minderwertigkeitsgefühlen litt und eine mäßige Schülerin war, erkrankte 8-jährig an einer mehrere Wochen lang anhaltenden depressiven Phase, die durch

den Tod einer Freundin ausgelöst worden war. Es war still, „ganz depressiv“, zog sich zurück, sprach kaum noch, verweigerte die Nahrung, schlief sehr schlecht, grübelte viel und war „ganz anders“. Immer wieder äußerte es Todesgedanken: „ach, wenn ich doch gestorben wäre, das wäre doch viel besser“. Nach Ablauf dieser Phase erschien das Kind wie früher.

Nach einem 6-jährigen erscheinungsfreien Intervall setzte im Alter von 14 Jahren der erste Schub einer schizophrenen Prozesspsychose ein, der 3 Monate lang anhielt und leichte aber deutliche Defektzeichen hinterließ. 3 Jahre später kam es zum zweiten schizophrenen Schub, in dessen Verlauf die Patientin unter dem Einfluss imperativer akustischer Halluzinationen mehrere Suizidversuche unternahm (Strangulation, Trinken von Salzsäure). Ein Jahr später, im Alter von 18 Jahren, setzte der dritte schizophrene Schub ein, der zu einer starken Persönlichkeitsveränderung und nicht mehr zur Remission führte. Die Patientin musste wegen stetiger Suizidversuche und Suizidimpulse mit teilweise erheblichen Selbstbeschädigungen dauernd beaufsichtigt werden. In den letzten Tagen vor dem Suizid wirkte sie jedoch auffallend ruhig, ausgeglichen und luzide. Am Abend vor dem Selbstmord fragte sie nach dem Tod ihrer Freundin, der 14 Jahre zuvor die depressive Phase bei ihr ausgelöst hatte. An diesem Abend nahm sie gegen ihre übliche Gewohnheit keine Schlafmittel und hatte im Gegensatz zu sonst in dieser Nacht gut geschlafen. Auch am Morgen verhielt sie sich völlig unauffällig, hatte ihr Bett gemacht, den Tisch gedeckt und erschien auffallend ruhig. Während die Eltern noch am Tisch saßen, ging sie fort und warf sich vor den morgendlichen D-Zug Hamburg-Basel. Nach ihrem Tod wurden folgende Tagebuchnotizen der Patientin gefunden: *„Mir ist, als könnte ich meine Gedanken nicht mehr zusammenhalten, als wollte der Wahnsinn mich erreichen, wie ist mir bang“*; und *„sehnsüchtig gehen meine Blicke zum Mond, er scheint so hell, aber auch er vermag mir keinen Trost zu übersenden“*.

Das Todes-Thema klang in dieser Psychose bemerkenswert früh, im Alter von 8 Jahren, im Rahmen einer depressiven Phase an, deren Symptomatik sich in nichts von derjenigen einer typischen depressiven Phase eines Erwachsenen unterschied. Die Thematik setzte sich dann immer stärker und bedrängender in der 6 Jahre später einsetzenden schizophrenen Prozesspsychose fort, die im Alter von 21 Jahren mit dem Selbstmord endete. Der Suizid erfolgte in einer Phase anscheinend ruhiger Gelassenheit und Luzidität und wirkte geplant. Wie auch die Tagebuchnotizen der Patientin vermuten lassen, stand sie zu diesem Zeitpunkt unter einem erheblichen Leidensdruck und schien zumindest ein Gefühl des Bedrohtseins bzw. der „tödlichen Gefährdung“ (Battegay 1970) des eigenen Selbst durch den psychotischen Prozess zu haben.

Suizidversuche wurden bei den 11 Patienten (20%) der ersten Katamnesestudie (s. Tab. 72) bis zu 20 Jahre nach Erkrankungsbeginn beobachtet. Die durchschnittliche Latenzzeit zwischen Psychosebeginn und Suizidversuch betrug bei ihnen 8,4 Jahre. Nur zwei der 11 Patienten unternahmen ihren ersten Suizidversuch unmittelbar nach Psychosebeginn. Die überwiegende Mehrzahl von 18 jugendlichen schizophrenen Patienten der jugendpsychiatrischen Abteilung des ev. Krankenhauses Essen-Werden, die im Alter zwischen 13 und 18 Jahren im Zeitraum von 1973 bis 1980 stationär behandelt worden waren, unternahmen dagegen erste Suizidversuche schon im ersten Krankheitsjahr (s. Tab. 75).

Der Unterschied zwischen der COS-Gruppe und den Adoleszenten ist möglicherweise altersbedingt, jugendliche schizophrene Suizidanten verhalten sich in dieser Hinsicht wie erwachsene Schizophrene, bei denen Suizidhandlungen vorwiegend in frühen Krankheitsstadien beschrieben werden.

Tab. 75 Zeitpunkt des 1. Suizidversuchs (18 Pat. des ev. Krankenhauses E-Werden)

Zeitpunkt	Pat.	%
Im 1. Krankheitsjahr	12	67%
Im 2. Krankheitsjahr	3	17%
Im 3. Krankheitsjahr	1	5%
Im 4. Krankheitsjahr	2	11%
Summe	18	100%

Das *hohe Suizidrisiko* schizophrener Psychosen des Kindes- und Jugendalters wird nicht nur durch die genannten Zahlen sondern auch durch die große Zahl an wiederholten Suizidversuchen belegt: Die 14 Patienten mit *aktiven Suizidhandlungen* der ersten Katamnesestudie (s. Tab. 72) unternahmen jeweils bis zu 15 Suizidversuche in einem Zeitraum von durchschnittlich 15 Jahren nach Erkrankungsbeginn. 1 Patient der zweiten Katamnesestudie verstarb 31 Jahre nach Ausbruch seiner Psychose im Alter von 13 Jahren an einem fraglichen Suizid im Alter von 44 Jahren, nach einem vorausgegangenen Suizidversuch im Alter von 40 Jahren (Öffnen der Pulsadern). Ein Patient unternahm zwei Suizidversuche im Alter von 37 und 54 Jahren, jeweils 27 und 44 Jahre nach Beginn seiner Psychose im Alter von 10 Jahren. Ähnlich wie dies bei erwachsenen Schizophrenen der Fall ist, überwogen bei den Selbstmordhandlungen symptomatologisch die paranoid-halluzinatorischen Verlaufsformen!

Bei den meisten Suizidversuchen handelte es sich um „missglückte“ Unternehmungen, deren Gelingen nur durch rechtzeitiges Eingreifen durch Pflegepersonal oder Familienangehörige verhindert werden konnte. Die ganz überwiegende Mehrzahl (80%) der im Kindesalter erkrankten Patienten wählte *aktive Methoden* (Strangulation, Aufschneiden der Pulsadern, Sturz aus großer Höhe, vor den Zug werfen und Sprung ins Wasser).

Bei den 14 Patienten der 1. Katamnesestudie mit wiederholten Suizidversuchen bzw. mit entgültigem Suizid (s. Tab. 72) bestanden Zusammenhänge zwischen aktiven Suizidhandlungen und primärcharakterlichen Wesenseigentümlichkeiten: Bei den Patienten mit Suizidhandlungen überwogen die prämorbid auffälligen Charaktere gegenüber prämorbid syntonen Persönlichkeiten signifikant auf dem 0,01% Niveau ($X^2 = 14,6$; $p < 0,001$). Prämorbid schizoide, kontaktschwache und überempfindliche Kinder sind im Rahmen schizophrener Psychosen *suizidgefährdeter* bzw. prädisponieren eher zu autoaggressiven Akten als solche, die prämorbid unauffällig sind.

Todesgedanken in Form von Ängsten und/oder Überzeugungen sterben zu müssen wurden von 14 (25%) der 57 Patienten der 1. Katamnesestudie geäußert und zwar jeweils zu Beginn der Psychose. Sie glaubten sterben zu müssen und fürchteten sich vor dem Tod, ließen aber *nie Todeswünsche oder Sterbenssehnsucht* erkennen. Dies war jedoch bei den 23 Patienten der Fall, die Suizidabsichten geäußert und aktive Suizidhandlungen begangen hatten (s. Tab. 72). 8 der 14 Kinder mit Todesgedanken hatten genauere Vorstellungen darüber, wie bzw. woran sie sterben würden (z.B. Gehirnschlag, Erstickungstod, Ermordung). Ein 14-jähriger Junge halluzinierte ein Bild an der Zimmerdecke, von wo aus Benzin auf ihn gegossen würde, mit dem er angesteckt und wie eine Fackel lebendig verbrannt würde. Die übrigen 6 Patienten mit wahn-

haften Todesgedanken hatten keine genauen Angaben über die von ihnen befürchtete Todesart gemacht, litten aber ebenfalls unter starken Angstgefühlen. Ein 12-jähriges Mädchen schloss sich mit der Bibel ein mit der Begründung, dass es nun sterben müsse. Alle 14 Patienten mit Todesgedanken waren zum Zeitpunkt ihrer Todesäußerung unter 14 Jahre, der Jüngste 9 Jahre alt. Sie standen alle am *Beginn* ihrer Erkrankung.

9 der 57 Patienten der 1. Katamnesestudie äußerten *sowohl Suizidgedanken als auch Suizidabsichten*, ohne jeweils einen Suizidversuch zu unternehmen. Im Gegensatz zu den eben erwähnten ängstlich-wahnhaften Todesgedanken ohne Verknüpfung mit Selbsttötungsabsichten wurden Selbstmorddrohungen und -absichten auch im späteren Verlauf der schizophrenen Psychose, bis zu 20 Jahre nach Erkrankungsbeginn, oft zum wiederholten und teilweise auch zum ersten Mal geäußert. 2 Patienten drohten nur zu Beginn ihrer Psychose im Alter von 11 bzw. 12 Jahren mit Selbstmord, während die übrigen 7 Patienten auch später Suizidabsichten hegten. 2 Patientinnen äußerten erstmalig im 7. (Alter: 21 Jahre) bzw. im 8. Schub (Alter: 32 Jahre) der schizophrenen Psychose Suizidgedanken unter Einfluss imperativer akustischer Halluzinationen bzw. in einem akut-psychotischen, erregt-verworrenen Zustand. Nur eine der beiden Patientinnen hatte zu Beginn der Erkrankung Todesgedanken gehabt.

Sechs der 9 Patienten hatten bei Ausbruch der Psychose im Alter zwischen 11 und 13 Jahren auch unter wahnhaften Todesvorstellungen gelitten bzw. glaubten, sterben zu müssen. Ein 12-jähriger Junge, der familiär hochgradig mit Suiziden belastet war und an einer malignen, progredienten Prozesspsychose erkrankte, befahl beispielsweise seinem Bruder: „*Nimm das Messer und schneide mir den Hals durch*“ und sagte: „*das beste wäre, wenn sie mich totmachen würden*“. Später hat er häufig rezidivierende schizophrene Schübe durchgemacht mit gefährlichen und bizarren Selbstbeschädigungen und häufig geäußerten Suizidabsichten, ohne jedoch bislang einen ernsthaften Suizidversuch unternommen zu haben.

Die Tatsache, dass 65% der 57 Patienten der 1. Katamnesestudie unter quälenden Todesvorstellungen und Sterbensangst litten sowie Selbstmordabsichten geäußert oder immer wieder aktive Suizidhandlungen unternommen hatten, zeigt, welche Bedeutung die Auseinandersetzung mit dem Todesthema bei kindlichen Psychosen hat! Dahinter steckt aber auch die Beschäftigung mit dem Einbruch in das persönliche Leben durch die Psychose.

Bemerkenswert früh, bereits im Alter von 8 und 9 Jahren, beschäftigten sich die schizophrenen Kinder mit dem Tod bzw. äußerten Sterbenswünsche. Schon im 11. Lebensjahr wurden Suizidversuche unternommen. Entsprechend den Untersuchungen von E. Stern (1957) besitzen bereits 6–7-jährige Kinder Vorstellungen vom Tod, die denen der Erwachsenen ähneln, durch deren Erziehung sie beeinflusst sind. Vorher zeigt das Kind im Allgemeinen noch keine affektiven Reaktionen gegenüber dem Tod, seine Vorstellungen vom Tod sind äußerlich, undifferenziert und dinghaft, was sich nicht bewegt, wird als tot angesehen. Todesangst wird bei Kindern in der Regel erst vom 8. Lebensjahr ab beobachtet, so wie es bei unseren Patienten auch der Fall war. Es scheint aber so, dass der Tod als solcher in seiner Bedeutung vom Kind in dieser Altersstufe noch nicht unbedingt verstanden wird. So fürchtete sich ein 9-jähriges psychotisches Mädchen mit Sterbensangst weniger vor dem Sterben selbst als vor der Vorstellung, im Grabe zu liegen. Nicht der Tod selbst in seiner Fremdheit bzw. Unvertrautheit und Endgültigkeit wird als bedrohlich empfunden.

Es sind eher die Begleitumstände des Abgeschlossen- und Getrenntseins die ängstigen, worin sich ebenfalls eine mehr äußerliche Betrachtungsweise des Todes durch das Kind offenbart.

Deutungsversuche

Das Verhältnis schizophrener Patienten zum Tod ist so erregend wie die Krankheit selbst, an der sie leiden. Eine verstehenspsychologische Deutung der Einstellung Schizophrener zum Tod ist außerordentlich schwierig. Das Todesproblem wird schon vom Gesunden in jeweils höchst unterschiedlicher Weise reflektiert.

In einem Vortrag an der Heidelberger Universität im Jahre 1972 stellte Gadamer die Frage:

„Weiß das Kind sein Wissen? Weiß irgendjemand von uns was er weiß, wenn er weiß, dass er sterben muss? Ist unser Fragen nach dem Tod nicht immer und notwendig ein Verdecken dessen, was man weiß, ein Verdecken von etwas undenkbarem, dem Nicht-Sein?“ (Gadamer 1972).

Die Beschäftigung mit dem Thema des Sterbens beim inzwischen erwachsen gewordenen Schizophrenen gerade auch beim sog. „Defekt-Schizophrenen“ kann vielleicht als ein Nicht-Verdecken-Können der Todesproblematik verstanden werden, d.h. als eine Unfähigkeit der Schizophrenen auszuweichen und zu verschleiern. Denn der Schizophrene zeigt auch sonst wenig Geschick im taktischen Manövrieren sowohl im Denken als auch im Handeln. Es gibt auch andere sehr eindrucksvolle und oft ergreifende Hinweise dafür, dass der schizophrene Patient das agile und gleichfalls naheliegende Taktieren des „Common sense“ und das verdeckende Ausweichen des Gesunden nicht mehr beherrscht.

Die Suizidneigung schizophrener Kinder hat sicher noch andere Gründe, sie ist gleichfalls vieldeutig. Sie kann, soweit sie irgendwie einfühlbar ist, Ausdruck introjizierter Aggressivität im Rahmen depressiver Verstimmungszustände sein. Bei einigen sonst heteroaggressiven Schizophrenen dürfte sicher auch der Umschlag von Heteroaggressivität in Autoaggressivität eine Rolle gespielt haben. Einige Suizidhandlungen schienen Folge raptusartiger sinnloser Impulshandlungen zu sein, entsprangen offenbar mannigfaltigen Wahnbildungen oder entstanden unter Einfluss imperativer Halluzinationen und unmotivierter Ängste. Einige Patienten, wie das oben beschriebene Mädchen, standen unter einem quälenden Leidensdruck mit unbeschreiblichen Vernichtungs- und Bedrohtheitsgefühlen, die zum Selbstmordentschluss beigetragen haben dürften.

Auch Patienten mit einem postpsychotischen Residualsyndrom unternahmen aktive Suizidhandlungen. Zu einer Abstumpfung oder Gleichgültigkeit gegenüber der Erkrankung war es bei ihnen nicht gekommen. Ihre Äußerungen zeugten im Gegenteil von tiefer Leidensfähigkeit und zumindest zeitweise auch von Krankheitseinsicht. Sie beklagten die von ihnen registrierte Denkschwäche oder die Unfähigkeit, nicht mehr leistungsfähig zu sein oder sich nicht mehr freuen zu können. Das Leben sei deshalb sinnlos und sie seien es nicht mehr wert zu leben. Sie haben dafür ihre eigenen Worte wie: Sie fühlten sich „innerlich ganz verbrannt“ oder „innerlich ganz steif“. Ein Patient sagte bei der Nachuntersuchung im Alter von 29 Jahren: „früher bin ich ge-

mütsenpfendend gewesen, jetzt bin ich schon so ausgegloist“; ein anderer „es ist in mir alles so leer, so schwarz. Mein Ich ist anders geworden. Ich habe keine Lust mehr zu leben“. Ein weiterer Patient drückte die von ihm empfundene Leistungsminderung so aus: Sein Gehirn sei wie eine „Streichholzdose“ geworden.

„Nur solange es noch das Dunkel des gelebten Augenblicks gibt, haben wir Zukunft und werden von der Hoffnung bestimmt“, so hat es der Tübinger Philosoph Walter Schulz in seiner Gedenkrede auf Ernst Bloch formuliert. Dem Schizophrenen aber erscheint sowohl das Gegenwärtige als auch das Zukünftige dunkel, ohne Hoffnung. Der Selbstmord mag diesen Patienten als der einzig mögliche Ausweg erscheinen, um dem Gefühl des drohenden Zerfalls durch den psychotischen Prozess zu entgehen. Das Suizidrisiko ist jedenfalls erheblich und Suizidabsichten, die im Rahmen einer schizophrenen Psychose geäußert werden, müssen sehr ernst genommen werden.