

4 Symptomatologie

4.1 Allgemeines

 Es ist nicht möglich, ausschließlich mit der Applikation von Klassifikations-schemata die Diagnose einer kindlichen Schizophrenie zu stellen!

Klassifikationsschemata dienen lediglich der kurzfristigen Verständigung, sie müssen notwendigerweise an der Oberfläche bleiben. Wichtig sind deshalb sorgfältige und detaillierte Kasuistiken, die am besten in Form eines weltweiten Archivs allen Forschern zur Verfügung gestellt werden sollten. Gerade wegen der Seltenheit des Krankheitsbildes „kindliche Schizophrenie“ und wegen der großen Vielfalt der klinischen Erscheinungsweisen sowie der Heterogenität der Verlaufsmöglichkeiten sind solche ausführlichen Falldarstellungen von unschätzbarem Wert. So konnte der Verf. einer in einer auswärtigen kinderpsychiatrischen Klinik tätigen Kollegin bei der Diagnose einer kleinen Patientin helfen, auf deren Krankheitsverlauf an anderer Stelle eingegangen wird (s. Kap. 20 – Anhang 4.4.1.5a). Sowohl in diesem Kapitel als auch im Anhang werden deshalb ausführliche Fall- und Verlaufsbeschreibungen wiedergegeben.

Die Symptomatologie schizophrener Psychosen – so unverständlich und uneinfühlbar sie uns auch erscheinen mag – ist letztlich Ausdruck des Zusammenbruchs des Realitätsbezugs und der Entordnung intrapersonaler und intraindividuellder Relationen des betroffenen Individuums. Eine tiefgreifende *Störung des Ich-Erlebens* ist die Folge, das eigene Ich und dessen Bezüge zur personalen und dinglichen Mitwelt werden als verändert, als fremd und unvertraut erlebt. Beim Erwachsenen äußert sich dies in einer *Störung der Meinhaftigkeit*, einem *zentralen Symptom* der Schizophrenie. Eigenes Denken, Fühlen, Handeln und Erinnern werden nicht mehr als der eigenen Person

bzw. dem eigenen Ich zugehörig erfahren und somit nicht mehr als „meinhaftig“ empfunden.

Die phänomenologischen Auswirkungen dieser Beeinträchtigung sind unterschiedlich und machen die Vielgestaltigkeit schizophrener Symptome aus. Es leuchtet ein, dass die Symptomatologie schizophrener Psychosen vom *Grad der Ich-Reife* und der strukturellen Ausformung der kindlichen Persönlichkeit bestimmt wird.

4.2 Symptomatologie im frühen Kindesalter

Die psychopathologische Symptomatik beim schizophrenen Kind ist umso ärmlicher, je jünger es ist. Vor dem 10. Lebensjahr herrschen *unproduktive Symptome* vor, vorwiegend auf dem Gebiet des Antriebes, des Kontaktes, der Motorik, der Emotionalität und der Sprache. Kindliche Lebensfreude und Aktivität gehen verloren, es kommt zu Verlust des Spielinteresses, zu einer Abkehr von der kindlichen Bezugswelt, zur Unfähigkeit, Bindungen aufrechtzuerhalten, und es treten Alterationen der Grundstimmung auf, oft zum Ängstlichen/Misstrauischen hin. Es macht sich eine vorher nicht beobachtete Stimmungs labilität und eine gefühlsmäßige Abstumpfung bemerkbar, die bis zur Gefühlskälte und Rohheit gehen kann. Typisch sind auch regressiv-atavistische Tendenzen wie Einkoten, Einnässen, Koprophagie, Kotschmierer, Essen von Abfällen, WC-Furcht und Zerstörungsdrang.

Typische negative, unproduktive Frühsymptome sind somit:

- Antriebsarmut, Verlust alterstypischer Interessen
- autistischer Rückzug, extreme Introversion
- Bindungsunfähigkeit
- ängstlich-misstrauische Grundstimmung
- grundlose und inadäquate eruptive Gefühls- u. Wutausbrüche
- gemütsmäßige Abstufung
- regressiv-atavistische Verhaltensweisen (Einkoten, Einnässen, Koprophagie, Kotschmierer, Essen von Abfällen, WC-Furcht, Zerstörungsdrang)

Wahnideen und *Halluzinationen* sind in dieser Altersphase *selten*. Sie können aber schon bei jüngeren Schulkindern vorkommen, wie das Beispiel eines 7,5-jährigen Mädchens zeigt, das u. a. Menschenstimmen in seinem Kopf hörte:

„Die reden immer etwas, du Krabbe, du Drecksau, lauter hässliche und unanständige Dinge sagen die mir.“

Das Kind fühlte eine Schlange in seinem Bauch, wähnte vergiftet zu werden, fühlte sich „von bösen Mächten verfolgt“ und glaubte, das Essen sei *vergiftet*. Alles rieche nach Gift, überall sah das Mädchen Augen, die es beobachteten.

Transitivistische Depersonalisationserlebnisse

Charakteristische Frühformen des kindlichen Wahns sind sog. *transitivistische Depersonalisationserlebnisse*. Laroche (1961) beobachtete bereits bei 4- bis 5-jährigen Kindern diese wahnhaften Phänomene; sie können im Rahmen einer normalen Weiterentwicklung mit Elaboration eines adäquaten Realitätsbezugs durch das Kind später wieder

4.2 Symptomatologie im frühen Kindesalter

verschwinden oder aber in eine kindliche Schizophrenie übergehen (Eggers 1967, Laroche 1961). Die betroffenen Kinder identifizieren sich mit Personen, Tieren oder Gegenständen der Umgebung, wie z.B. das bereits zitierte 7,5-jährige Mädchen: „*Ich bin die Liesel*“, „*ich bin die Lampe*“.

Transitivistische Depersonalisationserlebnisse gehen bei schizophrenen Kindern oft mit einer Physiognomisierung und Personifizierung der gegenständlichen Welt einher. So sagte das 7-jährige Mädchen: „*Der Zug niest und hustet ja*“. Dinge und Pflanzen der Umgebung werden anthropomorphisiert, sie sprechen, husten, niesen, haben Köpfchen, Händchen und Beinchen, mit denen sie etwas tun; die Kinder verwandeln sich in die Gestalt eines kleinen Tieres oder eines Spielzeugs. Hierin zeigt sich die Unfähigkeit des kindlichen Ichs, zwischen Ich und Nicht-Ich zu unterscheiden, zugleich Ausdruck der beginnenden psychotischen Desintegration der Persönlichkeit.

Coenästhopathien, Spaltungserlebnisse

Typisch für das Kindesalter sind weiterhin *coenästhopathische Leibempfindungen* und wahnhaftige Befürchtungen, wie sie beispielsweise ein im Alter von 10 Jahren erkrankter Junge zu Beginn seiner Psychose äußerte: „*Der Nabel platzt*“, „*das Geschlecht geht entzwei*“, „*sind meine Pulsadern noch ganz?*“, „*das Herz bleibt stehen*“, „*ein Blitz geht durch mich durch*“. Hierin drückt sich der *Verlust des Erlebens der Ganzheit und Einheit der Person* aus. Hierauf weisen auch Äußerungen wie die eines 12-jährigen schizophrenen Mädchens hin: „*Ich bin nicht mehr ich selbst*“, „*ich bin in zwei kleine Menschlein geteilt*“. Das beweist, dass auch kindliche Schizophrene bereits *Spaltungserlebnisse* haben können, die der Krankheit ihren Namen gegeben haben („*Spaltungsirresein*“ – E. Bleuler 1911). Ein 9-jähriger Junge erlebte sich als „*fremd und unwirklich*“, er fühlte, dass „*die eine Hälfte meines Körpers weg, die andere aber noch da*“ sei.

Ein 29-jähriger Patient, der mit 11 Jahren erkrankt war, sagte mir bei der Nachuntersuchung: „*Ich weiß, dass mein Ich gespalten ist*“, die Spaltung bestehe in „*appollinisch und dionysisch*“, zwischen „*Tiefe und Oberflächlichkeit*“. Auch „*Verdoppelungserlebnisse*“ sind möglich. Ein 13-jähriges psychotisches Mädchen mit dem Namen „Gisela“ sagte: „*Die kleine Gisela ist in der großen Gisela drin*.“

Der Inhalt von *coenästhopathischen Wahnvorstellungen* spiegelt häufig alterstypische Befürchtungen wider, die sich auf die körperliche Integrität und die eigene Identität beziehen. In die psychotischen Ängste wird auch die Außenwelt einbezogen, wie dies bei zwei 10-jährigen Patienten der Fall war:

„*Die Sonne fällt vom Himmel*“, „*der Regen wird nicht mehr aufhören*“, „*alle Menschen werden ertrinken*.“ Ein 10-jähriges Mädchen hatte „*eine Beeinflussung aus der elektrischen Leitung*“ bemerkt, aus ihr seien Strahlen herausgekommen, die es am Kopf, an den Armen und an der Brust und „*überhaupt überall hin getroffen*“ hätten.

Ich-Identitätsstörung

Eine weitere charakteristische Störung des Ich- Erlebens, die sich auch bereits bei schizophrenen Kindern äußert, ist die *Störung der Identität des Ich*, d.h. des Bewusstseins, „*in der Zeitfolge identisch derselbe zu sein*“ (Jaspers 1959). Die Patienten behaupten, dass es gar nicht sie selbst gewesen seien, die vor der oder in der Psychose

etwas Bestimmtes getan oder gesagt hätten. Oder sie seien „verhext“ gewesen durch fremde Mächte oder durch Gegenstände wie z.B. eine Puppenstube. Das bereits zitierte 13-jährige Mädchen sagte:

„Als die Puppenstube mich ganz irre gemacht hat, habe ich von der furchtbaren Judenstirne träumen müssen.“

Im Verlauf mehrerer Wochen während der psychotischen Erkrankung fühlte sich dasselbe Mädchen als Ball, als Nacktfrosch, als Olive, die am Steuer sitzt, als Sternkind, als Marienkind.

„Der Nacktfrosch, die Olive, ich bin schon ganz komisch davon. So ein bunter Wechsel von der Olive, dann wieder ein Nacktfrosch, dann wieder die Gisela, dann von der kleinen Gisela reden.“

Zu den Störungen des Ich-Erlebens gehören auch Phänomene wie die Beeinflussung bzw. *Steuerung der eigenen Intentionen von außen*. Eigene Willensstrebungen, Bewegungen und Handlungen, z.T. auch sprachliche Äußerungen und eigenes Denken werden als von außen „gelenkt“ und „gemacht“ erlebt. So fühlte sich das o.g. Mädchen „*von der Olive gesteuert und gelenkt*“. Der im Alter von 10 Jahren erkrankte Junge mit den beschriebenen multiplen coenästhetischen Halluzinationen berichtete im Alter von 54 Jahren, dass er sich „*von fremden Mächten gesteuert*“ fühle, „*die steuern mich in meinem Bauch und wollen mich umbringen*“.

Eine im Alter von 9 Jahren erkrankte Patientin klagte bei der Nachuntersuchung 47 Jahre später darüber, dass ihre Gedanken durch das Fernsehen *beeinflusst* würden und sie vom Fernsehen *beauftragt* würde, etwas zu singen und andere Aufträge auszuführen. Sie litt darüber hinaus unter optischen und akustischen Halluzinationen, Gedankenlautwerden und paranoiden und anderen Wahnsymptomen.

4.3 Symptomatologie im späteren Kindesalter

In der *präpuberalen Phase* erreicht die Entwicklung *kognitiver Fähigkeiten* eine Stufe rational-kritischer Reflektionsfähigkeit. Denken und Wahrnehmen sind nicht mehr so innig miteinander verwoben, das Kind bewältigt seine Umwelt jetzt mehr und mehr kritisch-intellektuell im Kontrast zu der früheren mehr naiv-realistischen, gefühlsbetonten Umwelterfassung. Die Erfahrung und das Erkennen werden zunehmend rationalisiert, in der Präpubertät erfahren das Subjekt-Objekt-Bewusstsein sowie das Abstraktionsvermögen eine zunehmende Differenzierung. Gleichzeitig tritt eine Bereicherung und Vertiefung des Motivationsgefüges ein, die eine Annäherung an die Lebensthematik der Erwachsenenwelt mit sich bringt.

Wahnsymptome

Die *Wahnhalte* werden entsprechend *präziser* und *schärfer* formuliert. Die *Thematik wechselt*, sie ist nicht mehr so leib-bezogen, der eigene Körper steht nicht mehr so sehr im Mittelpunkt und ist nicht mehr alleiniges Ausdrucks-Symbol der eigenen Befindlichkeit. Die Themen werden schließlich (im 13.-14. Lebensjahr) abstrakter und gleichen denen des Erwachsenenalters (s. Tab. 5).

4.3 Symptomatologie im späteren Kindesalter

Tab. 5 Häufigkeit der verschiedenen Wahnformen in Abhängigkeit vom Lebensalter bei 57 kindlichen und präpuberalen Jugendlichen (mit freundlicher Genehmigung von Springer Science+Business Media: Olbrich HM (Hrsg.) Halluzination und Wahn, Halluzination und Wahn im Kindes- und Jugendalter, 1987, Ch. Eggers)

Wahnhalte	Alter			
	7-8	9-10	11-12	13-14 J.
Gesamtzahl n = 57	3	8	14	32
Transitivistische Depersonalisations- erlebnisse	1	1	-	-
Zönästhopathische Interpretationen	1	5	3	3
Beziehungsideen	1	1	14	17
Vergiftungsideen	1	1	6	10
Minderwertigkeitsideen	-	2	4	5
Bedrohtheitserlebnisse	-	3	5	5
Märchenhafte Inhalte	-	1	1	1
Beeinflussungsideen	-	1	6	11
Hypochondrische Ideen	-	-	7	15
Verfolgungsideen	-	-	6	14
Größen- und Sendungsideen	-	-	2	8
Beeinträchtigungen	-	-	2	2
Religiöse Ideen	-	-	1	4
Eingebildete Schwangerschaften	-	-	-	6

Wie aus Tabelle 5 ersichtlich, besteht eine Abhängigkeit der Wahnhalte von der Entwicklung bzw. geistig-seelischen Reifung des Kindes: zeitlich am frühesten treten transitivistische Depersonalisationserlebnisse sowie der coenästhopathisch-leibhypochondrische Inhaltstyp auf, vereinzelt in Gesellschaft mit Beziehungs- und Vergiftungsideen. Darauf folgen später Inhalte, die bereits ein reflektierendes bewussteres Erfassen sozialer Rollengefüge zur Voraussetzung haben: paranoide Wahnsymptome, die an Gewicht gewinnen, und hypochondrische Ideen. Verfolgungsideen treten – so berichten auch andere Autoren – erstmalig im 11. bis 12. Lebensjahr auf. Mit 13-14 Jahren kommen weitere, die kindliche Welt transzendierende Inhalte wie Größen-, Sendungs-, religiöse-, sexuelle-, depressive-, Selbstbeschuldigungs-, Maternitäts- und Liebes-Wahnideen hinzu. Ähnlich wie bei Erwachsenen sind in dieser Altersphase *paranoide* und *hypochondrische* Themen sowie *Verfolgungs-*, *Beeinflussungs-* und *Vergiftungsideen* vorherrschend (s. Tab. 6).

4 Symptomatologie

Tab. 6 Häufigkeit verschiedener Wahnthemen bei 57 schizophrenen Kindern (mit freundlicher Genehmigung von Springer Science+Business Media: Olbrich HM (Hrsg.) Halluzination und Wahn, Halluzination und Wahn im Kindes- und Jugendalter, 1987, Ch. Eggers)

	%
Paranoide Themen	58
Hypochondrische Themen	39
Verfolgungsideen	35
Vergiftungsideen	32
Beeinflussungserlebnisse	32
Bedrohlichkeitserlebnisse	23
Minderwertigkeitsideen	19
Größenideen	9
Sendungsideen	9
Beeinträchtigungsideen	7
Märchenhafte Inhalte	5

Hypochondrische Wahnideen waren bei den Kindern häufig mit dem Wahn, sterben zu müssen, dem Tod geweiht zu sein oder keine Lebenskraft mehr zu haben, kombiniert.

Während vor dem 10. Lebensjahr Wahnideen relativ flüchtig und unbeständig sind, wird ab dem 12. Lebensjahr mitunter schon eine mehr oder weniger weitgehende Systematisierung von Wahnsymptomen beobachtet. Dabei handelt es sich in der Regel um überdurchschnittlich intelligente, feinsinnige und empfindsame Kinder mit einer schon früh sich zeigenden Neigung zu Grübeleien über metaphysische oder religiöse Probleme. So hatte einem im Alter von 11 Jahren erkrankter Junge mit einem ausgeprägtem Wahnsystem bereits mit 5 Jahren geäußert: „*Ich betrachte dieses Leben nur als Übergangszeit.*“ Ganz ähnlich drückte sich ein schizophrenes Mädchen zu Beginn ihrer Psychose im Alter von 11 Jahren aus: „*Man muss an den Herbst des Lebens denken.*“ – Schon L. Voigt (1919) hatte festgestellt, dass bei „manchen Formen von Hebephrenie“ Kinder mit „*verblüffenden Einfällen, frühreifem und pseudogenialen Wesen*“ zu beobachten seien, die „*als Wunderkinder die Bewunderung des engeren und weiteren Bekanntenkreises finden*“. Umso überraschender komme dann später die „*ungünstige Fortentwicklung des Krankheitsprozesses*“ (Voigt 1919, S. 213).

Dies war auch bei dem oben genannten Mädchen der Fall. Allerdings gab es immer wieder positive und überraschende Aufwärtsentwicklungen, wie sie aus der nachfolgenden Beschreibung deutlich werden.

Im Alter von 12 Jahren kam es zu einer mehrere Wochen anhaltenden depressiven Verstimmung, die ohne ersichtlichen Grund aufgetreten war und folgenlos wieder abgeklungen ist. Im Alter von 13 Jahren, kurz nach dem mysteriösen Tod des Vaters, machte sich bei dem Mädchen eine übermäßige Betriebsamkeit und getriebene Unruhe bemerkbar, es traten zwanghafte Züge, insbesondere *Waschwänge* auf. Das Mädchen fing an zu grübeln, beschäftigte sich sehr mit religiösen Fragen. Es entwickelte prinzipienhafte Lebensregeln und rebellierte vermehrt gegen die Mutter. Zeitweise war es läppisch, albern, maniert, öfters „wie verträumt“, zeitweise auch unruhig und redete verworren. Wochenlang war es „ganz normal“. In den folgen-

4.3 Symptomatologie im späteren Kindesalter

den 3 Jahren war eine Psychoseaktivität kaum spürbar, es kam lediglich wiederholt zu 8 Tage lang anhaltenden Verstimmungszuständen. Im Alter von 16 Jahren wurde das Bild farbiger, die Psychose kam stärker zum Durchbruch, sie mutete vorwiegend hebephren an. Interessant ist auch hier, dass frühere *Gedanken* und *Themen wieder aufgegriffen* wurden, mit denen sich die feinsinnige Patientin schon früher beschäftigt hatte und die immer schon metaphysisch-religiösen Inhalts waren. Doch trat eine augenfällige Verflachung im Denken ein, das faselig, verschroben, versponnen wurde und damit an Überzeugungskraft bis zur Uneinfühlbarkeit verlor:

Das Mädchen sprach geziert und in manierterter Weise über Gott, den „*Spielleiter der Welt*“, und behauptete, dass „*die Welt nicht genügend spielt*“. Ihr Dasein habe es dadurch erwirkt, dass es „*den Mut vor die anderen menschlichen Eigenschaften gestellt*“ habe. Unter Berufung auf die gesetzlich garantierte persönliche Freiheit fing es an, im Unterricht die Beine auf den Tisch zu legen oder begann dort plötzlich zu singen. Von Gott wähte es einen Auftrag erhalten zu haben, etwas Entscheidendes zu tun. Das Mädchen „philosophierte“ über Gefühle wie: „*Hass und Furcht sind dasselbe ... die Teile sind ja eben nur Teile vom Ganzen. Das Gemeinschaftliche ist das Wesentliche und der Überbau.*“

Das insgesamt *hebephrene Bild* trug jedoch auch *katatone Züge*: neben Zeiten, in denen das Mädchen ausgesprochen läppisch, maniert, gestelzt, distanzlos und enthemmt war und merkwürdigen ideologieartigen Gedankengängen nachhing, inhaltslose Allgemeinplätze von sich gab, skurrile Zeichnungen malte, die die „*Gesetze im Menschen darstellen*“ sollten, gab es auch Phasen mit erregter Unruhe und Aggressionen. So hielt es einmal die Mutter 3 Stunden lang fest, drohte, ihr einen Knebel in den Mund zu stecken und wollte ein Messer haben, um sie umzubringen!

Dieses Erscheinungsbild blieb etwa für 3 Jahre konstant, dann trat eine *überraschende neue Wendung* ein: während das Mädchen bis dahin nicht einmal die Tonleiter auf einer Gitarre spielen konnte, obwohl es stundenlang damit beschäftigt war, nahm es jetzt mit Erfolg Klavierstunde und besuchte eine renommierte Werkkunstschule, die Aufnahmeprüfung hatte es trotz fehlender Lehre sehr gut bestanden. Diese Phase hielt jedoch nur ein halbes Jahr an, dann wurde das Mädchen wieder zunehmend unruhig, aggressiv, unbeständig, äußerte Wahnideen, redete zeitweise verworren, das Denken war zerfahren. Seit dem 20. Lebensjahr ist die Patientin dauernd in psychiatrischer Behandlung. Zeitweise ist sie anpassungsfähig, freundlich, fleißig, ihr Gedankengang logisch und geordnet. Zeitweise jedoch ist sie paranoid-versponnen und neigt zu unsinnigen Handlungen. Affektiv ist eine deutliche Nivellierung eingetreten mit Gleichgültigkeit und Mangel an Wärme. Die Patientin ist antriebsarm, wenig spontan, ihre Zeichnungen sind dürrig und durch Verschrobenheiten, inhaltliche Leere und Einfallsarmut gekennzeichnet. Produktiv-psychotische Zustände unterbrechen dieses Gleichmaß wenig florider Prozessaktivität nur noch selten, etwa alle paar Jahre. Sie sind durch *kataton-stuporöse Episoden mit Halluzinationen, Wahnideen, kataleptischen Haltungen, Mutismus, Negativismus, Nahrungsverweigerung* und immer wieder auftretende starke Erregungszustände mit Aggressionen gekennzeichnet. *Sowohl im Hinblick auf die klinische Phänomenologie als auch auf die Dynamik und Intensität des psychotischen Prozesses war der Krankheitsverlauf zu Beginn recht abwechslungsreich, während er später zunehmend spannungsärmer und farbloser wurde. Die psychosebedingte Persönlichkeitsveränderung blieb indessen so gut wie konstant, verschlimmerte sich auch nach Jahren nicht.*

Die Patientin kann in einem psychiatrisch betreuten Wohnheim für psychisch Kranke leben und arbeitet als Haushaltshilfe, ist aber nicht in der Lage, einen eigenen Haushalt zu führen. Organisatorische Dinge erledigt sie ebenfalls nicht. Trotz oberflächlicher Kontaktwünsche ist sie eher einzelgängerisch, die emotionalen Erwartungen ihrer Gruppe erfüllt sie nicht.

Zeiten mit verstärkter hebephrener Symptomatik mit läppisch-infantilem Verhalten wechseln sich ab mit relativ unauffälligen Phasen.

Bei der *Nachuntersuchung* durch den Verf. *40 Jahre nach Erkrankungsbeginn* zeigten sich bei der nunmehr 51,5 Jahre alten Patientin deutliche *Ordnungs- und Rückversicherungszwänge* sowie eine Neigung zu Ritualbildungen. Sie kann sich im Übrigen sinnvoll beschäftigen, sie hat Hobbys: Kegeln, Chorsingen, Schwimmen, Spaziergänge, Musikhören, VHS-Kurse besuchen, Tanzkurse, Reisen, Gruppenfahrten. Sie unternimmt gerne Städtereisen mit der Behinderten-VHS. Außerdem malt sie viel.

Seit 21 Jahren arbeitet sie in der Werkstatt „Spielkiste“, während sie vorher jahrelang nur gemalt habe, arbeite sie jetzt vormittags dort, sie schneide Spielzeug, das aus Holz gefertigt werde, glasiere es und brenne es danach. Nachmittags male sie für sich selbst.

Wie schon 29 Jahre zuvor, fällt in affektiver Hinsicht eine *deutliche Nivellierung auf mit Verflachung der emotionalen Tiefe und einer nur gering ausgeprägten emotionalen Beeindruckbarkeit und Betroffenheit*. Ihre Malereien sind durch Verschrobenheit, inhaltliche Leere und Einfallsarmut gekennzeichnet. Sie neigt zu verblasenen Floskelbildungen, wie dies schon in den ersten Krankheitsjahren der Fall war. Auffallend sind stereotype Ritualbildungen, auch im Kontaktbereich. Die Beziehungen zu ihren Mitmenschen sind eher oberflächlicher Natur und ebenfalls von zwanghafter Rigidität gekennzeichnet. Vom äußeren Verhalten ist die Patientin gepflegt und adrett. Sie sieht differenziert aus, man merkt ihr die gute Herkunft an und vermutet mehr von ihr. Hinter der adretten Fassade verbergen sich aber Rigidität und Eintönigkeit. Es ist viel Fassade, Attrappe, die Beziehungen sind oberflächlich und nicht tiefgreifend, emotionale Wärme ist nicht spürbar, weder Betroffenheit noch herzliche fürsorgliche Anteilnahme. Die künstlerischen Interessen wirken plakativ.

In sozialer Hinsicht kommt die Patientin erstaunlich gut zurecht, sie hat sich im Wohnheim gut arrangiert, erfüllt die an sie gestellten, reduzierten Erwartungen. Sie fühlt sich offensichtlich wohl, weil sie nicht mehr kritikfähig ist, so wie sie es früher, im Alter von 18 Jahren (!) ausgedrückt hat: *„Mein Talent hat überhaupt nachgelassen in dieser Zeit, das merke ich ganz genau ... es wird alles weniger, es ist nicht mehr so viel da, ooch ich bin nicht mehr so schnell begeistert, früher war ich mal Feuer und Flamme für etwas, jetzt bin ich das nicht mehr, jetzt bin ich vernünftiger.“*

4.4 Schicksal von Wahn und Halluzinationen im Weiterverlauf

Gerade bei früh, also vor dem 11. Lebensjahr erkrankten Kindern, kann der Eindruck der Unstetigkeit und Flüchtigkeit von positiv-produktiven Symptomen entstehen. Doch ist im Gegenteil häufig eine erstaunliche Konstanz der Wahn- und Halluzinationsthematik zu beobachten. So äußerte der Patient, der im Alter von 10 Jahren u. a. darüber berichtete, dass der „Bauch offen“ sei, der Nabel platze, das „Geschlecht entzwei“ gehe, bei der Nachuntersuchung 44 Jahre später, inzwischen 54 Jahre alt geworden: *„Der Apfel ist im Bauch und die Banane ist die Nase“*. Er fühlte eine „Kugel im Bauch“ und verlangte deshalb immer wieder, am Bauch operiert zu werden. Er fühlte sich von fremden Mächten gesteuert:

„Die steuern mich in meinem Bauch und wollen mich umbringen.“ „Du hast mir eine Kugel in meinen Bauch gesteuert.“ „Meine Mutter soll in Zukunft zu Hause bleiben, die steuert

mir dauernd in meinen Bauch und ihre Stimmen, die ich dauernd höre, kann ich nicht mehr ertragen.“

Während des Interviews stellte er wiederholt fest:

„Mein Geschlecht, mein Geschlecht ist doch schöner als eine Feldmaus.“

Auch bei dem im Alter von 7,5 Jahren erkrankten Mädchen war eine erstaunliche *Symptomkonstanz* der psychotischen Symptomatik festzustellen. Sie berichtete von fürchterlichen Qualen, die sie aushalten müsse und nach wie vor von einer Schlange, die ihr „den Magen zerfressen“ würde. Ab dem 12. Lebensjahr leidet die Patientin unter *imperativen Stimmen*, die ihr Befehle erteilen, und denen sie Antwort geben muss. Daneben immer wieder Suizidimpulse sowie optische und coenästhetische Halluzinationen. Unter dem Eindruck imperativer Stimmen zerreißt sie mehrmals täglich ihre Wäsche und ihr Bett. Sie unterhält sich mit dem „Hedemichel“, vor dem sie sich fürchtet. Dieser Zustand hält praktisch ununterbrochen 37 Jahre an, wobei Phasen mit stärkerer kataton-halluzinatorischer Symptomatik mit Phasen von völligem autistischen Zurückgezogensein miteinander abwechseln. Sie fühlt sich stets von dem „Hedemichel“ verfolgt, geängstigt, der erteile ihr auch Befehle, z.B. Wäsche und Kleider zu zerreißen. Bei der Nachuntersuchung, 42 Jahre nach Beginn der Erkrankung, halluziniert die Patientin während des Gesprächs optisch, lacht plötzlich auf und sagt: „Ei, der Kurt ist wieder da, da steht er doch.“

Halluzinationen

Halluzinationen werden *nicht durch äußere Sinnesreize ausgelöst*, wie dies bei illusionären Verkennungen der Fall ist. Sie beruhen vielmehr auf inneren Erregungsquellen. Hierfür sprechen sowohl fMRT- als auch PET-Untersuchungen (Copolew et al. 2000, McGuire et al. 2000). Die Patienten hören, sehen, riechen, schmecken oder fühlen etwas, was objektiv nicht nachvollziehbar ist.

Akustische Halluzinationen kommen bei erwachsenen Schizophrenen am häufigsten vor, dies ist auch bei früh beginnenden Schizophrenien ab etwa dem 12./13. Lebensjahr der Fall (s. Tab. 7).

Tab. 7 Häufigkeit von Halluzinationen verschiedener Sinnesqualitäten bei 57 schizophrenen Kindern (Alter 7–14 Jahre)

	%
akustisch	72
optisch	44
coenästhetisch	30
haptisch	12
olfaktorisch	0,9

Zu ganz ähnlichen Zahlen kamen auch Biederman et al. (2004), Garralda (1985) und Russell et al. (1989). L. Voigt (1919), der alle stationären Aufnahmen der Jahre 1905–1917 der psychiatrischen Universitätsklinik München (Leiter: E. Kraepelin) auf kindliche

und jugendliche Schizophrenien durchforscht hatte, fand 103 Patienten (60% ♂, 40% ♀), die vor dem 18. Lebensjahr erkrankt waren. Von ihnen litten 52,4% unter akustischen Halluzinationen.

Auch bei den kindlichen Halluzinationen gibt es *alterstypische Besonderheiten*. *Abnorme coenästhopathische Leibempfindungen* kommen bereits vor dem 11. Lebensjahr vor: die Kinder spüren sprechende oder singende Stimmen im Kopf oder im Bauch, fühlen Tiere im Körper, haben das Gefühl, als ob Rauch durch den Leib ziehe, dass der Kopf immer länger und größer oder „ganz schief“ werde, der Nabel platze, der Bauch offen sei, das Geschlecht „entzwei“ gehe, „ein Blitz durch den Körper fahre“ oder „eckige Steine“ im Bauch lägen. Ein 12-jähriges Mädchen fühlte sich unter Strom gesetzt, „*das gab so einen Knacks bei mir im Kopf und dann zogen die Schmerzen die Wirbelsäule entlang*“. Es hatte das Gefühl, „*als ob mir die Hände gespreizt würden*“, und verspürte ein „*Zucken durch den ganzen Körper*“. Ein 14-jähriges Mädchen hatte u. a. das Gefühl, als ob es im Eiskasten liege und Strom durch den ganzen Körper gehe.

Neben coenästhetischen, akustischen, optischen und olfaktorischen Halluzinationen kommen bei jungen schizophrenen Kindern auch *Zwangshalluzinationen* vor. Sie sind an verschiedenartige Zwangssymptome gekoppelt, gegen die sich die Kinder oft verzweifelt wehren. Typisch für solche Zwangshalluzinationen ist die völlige Einbeziehung des halluzinatorischen Geschehens und Erlebens in die Thematik der Zwangsgedanken und -befürchtungen, die mit Sterbens-, Todes-, Erstickungs- und Vergiftungsfurcht sowie mit zahlreichen Krankheitsvorstellungen verbunden seien können. Auffallend ist die „geringe sinnliche Lebhaftigkeit“ (Ziehen 1902) dieser Zwangshalluzination: Es handelte sich dabei um relativ unbestimmte Bilder und Visionen und kaum hörbare leise Stimmen.

So sah ein 9-jähriges Mädchen Gesichter von Frauen, „*die gucken mich so böse an, die haben so große schreckliche Augen und kommen immer näher, als wollten sie mich packen*“. Sie raunten ihm leise zu: „*Du musst sterben*.“ Auch fühlte sich das Mädchen von jemandem angefasst, der zu ihm sagte: „*Du musst sterben*.“ Das war auch die Thematik seiner Zwangshandlungen und -befürchtungen: es musste auf alle Steine treten, sonst müsse es sterben, es musste seiner Mutter alles sagen, damit es nicht sterben müsse. Es litt unter der Idee, eine Nadel verschluckt zu haben und musste sich u. a. vorstellen, dass Knochen in den Speisen seien, an denen es ersticken könne, oder dass es einen Gehirnschlag bekomme, verunglücke oder blind werde.

Bei den *akustischen Halluzinationen* handelt es sich meistens um *Stimmen teilweise imperativer Natur*. Ein 12-jähriger Junge hörte beispielsweise die „Stimme des Teufels“, die ihm Anweisungen gab und ihm alles mögliche Obszöne sagte. Häufiger werden Stimmen von Nachbarn, Freunden oder Bekannten gehört, die Handlungen kommentieren oder Drohungen („Ich bring dich um“), Beschimpfungen oder Beleidigungen ausstoßen. Es werden auch wispernde Stimmen wahrgenommen oder Musik aus dem Fußboden oder an den Wänden gehört. Zwei der von Eggers (1973) beschriebenen 57 Kinder hörten die Stimme Gottes bzw. himmlische Stimmen religiösen Inhalts. Interessant sind kindliche Versuche, sich gegen die akustischen Halluzinationen und quälenden Stimmen zu wehren. Ein im Alter von 10 Jahren erkranktes Mädchen sagte dazu:

„*Am besten wird man das los, wenn man nicht antwortet oder quasselt*“ (Eggers 1987).

4.4 Schicksal von Wahn und Halluzinationen im Weiterverlauf

Mannigfaltiger und bunter sind bei schizophrenen Kindern *optische Halluzinationen*. Teilweise handelt es sich um *Gestalten* („weiße Gestalt auf dem Flur“, „Hexe, Engel, Schlange, Teufel, kleine Männchen“, „toter Kopf auf der Strasse“), teilweise auch um groteske märchenhafte *Szenen*: so sah ein 11-jähriger Junge, „*einen Riesen aus Rauch sich um einen Apfel ringeln und den Menschen in die Münder kriechen*“ und abends übergroße Männer mit Leuchtschildern durch die Räume gehen. Ein 12-jähriges Mädchen sah Vater und Mutter an der Decke in einer Unterhaltung begriffen und hörte das „*Welttelefon*“ sprechen (s. Kap. 20, Anhang Nr. 4.4.1.6f.). Bei einigen Kindern hatten die optischen Halluzinationen bedrohlichen Charakter oder eine Beziehung zum Tode, sie sahen beispielsweise Totenköpfe, einen Totenkranz im Garten, einen Friedhof und einen Sarg darin, „*ein Bild an der Decke, von wo das Unheil herkommt*“ oder Menschen, die durch das Fenster Benzin gossen („*schönes Autobenzin*“), womit der Patient übergossen und verbrannt werden sollte.

Während *optische Halluzinationen* bei erwachsenen Schizophrenen eher eine untergeordnete Rolle spielen (Janzarik 1968), neigen psychotische Kinder zu *visuellen Erlebnissen*. Das hängt vielleicht mit der Affinität zu den zwischen Vorstellung und Wahrnehmung stehenden eidetischen Phänomenen zusammen, die Jaensch (1921) u. Kroh (1944) häufig bei Kindern in der Phase des anschaulich-konkreten Denkens gefunden haben. *Eidetische Phänomene* weisen gleichzeitig Charakteristika des Wahrnehmens und des Vorstellens auf, stellen also Zwischenstufen zwischen Wahrnehmung und Vorstellung dar.

Fast die Hälfte der von uns untersuchten 57 schizophrenen Kinder litt unter optischen Halluzinationen, sie hatten häufig märchenhafte und teilweise groteske Gestalten und Szenen zu Inhalt.

Eine Übersicht über die Häufigkeit von Halluzinationen, Wahnsymptomen und Denkstörungen bei schizophrenen Kindern in verschiedenen Untersuchungsgruppen gibt Tabelle 8.

Tab. 8 Relative Häufigkeit positiver Symptome aus sechs verschiedenen Studien mit schizophrenen Kindern im Alter zwischen 5 und 13 Jahren (% der Fälle von n Patienten)

Studien	Halluzinationen			Wahn-symptome	Gedanken-störungen
	auditorisch	optisch	andere		
Kolvin (1971) n = 24	82	30	30	58	60
Volkmar et al. (1988) n = 42	79	28	18	86	93
Russell et al. (1989) n = 35	80	13	23	63	40
Werry et al. (1991) n = 59	35	29	6	41	24
Green et al. (1992) n = 38	84	47	8	55	100
Eggers (1973) n = 57	50	36	21	63	29

Störungen der Motorik

Schizophrene Kinder weisen häufig eine auffallende *Motorik* auf. Sie ist durch eine Disharmonisierung, durch Stereotypien und bizarre, manierierte, automatenhaft-steife Körperbewegungen und gelegentlich kataleptische Verkrampfungen gekennzeichnet. In akuten Krankheitsstadien kann es zu katatonen Erregungszuständen und dranghafter Bewegungsunruhe kommen, z.T. mit Bewegungstereotypien wie Händereiben, Grimassieren, Schaukeln mit dem Oberkörper, rastloses Bestreichen der Extremitäten mit den Händen, Zupfen und Nesteln an Lippen, Nase oder Kleidungsstücken.

Vor allem junge Kinder mit Erkrankungsbeginn vor dem 11. Lebensjahr sind häufig dranghaft enthemmt, zerstören sinn- und ziellos Dinge, koten ins Zimmer, masturbieren ohne Scham vor Fremden, sind maßlos im Essen, beschädigen sich selbst mit scharfen und spitzen Gegenständen oft lebensgefährlich und unternehmen gelegentlich auch Suizidversuche.

Sprachstörungen

Sprachstörungen können sich in verschiedener Weise äußern. Die Sprache wird häufig dysgrammatisch und dient nicht mehr der mitmenschlichen Kommunikation. Die Kinder sprechen häufig nicht mehr in der Ich-Form, sondern von sich in der dritten Person. Typisch sind Neologismen und Sprachflussstörungen; psychotische Kinder sind mindestens phasenweise mutistisch oder aber im Gegenteil logorrhöisch. Sie neigen zu *manieriert-gestelzten Sprechweisen* (Näheres s. Kap. 5).

Die *Manieriertheit*, eine verschiedene Bereiche umfassende Störung, äußert sich bei einigen psychotischen Kindern auch im Schriftbild oder im zeichnerischen Ausdruck. Dies ist in den Zeichnungen eines 14-jährigen schizophrenen Mädchens ersichtlich (s. Abb. 2-5). Hier imponiert die *starre Maskenhaftigkeit* der dargestellten Gesichter und die schematisch-konturenbetonte Linienführung, wobei die Grenzen einerseits überbetont sind, andererseits aber in Abbildung 2 trotzdem ein fast wirres Durcheinander und Ineinandergreifen verschiedener Figuren vorherrscht. Gerade hier ist das *Nebeneinander von forcierter Grenzziehung und entordneter Grenzvermischung* auffallend, wobei in der einzigen Figur, die eine ganze weibliche Gestalt darstellt, die fast tänzerische Anmut durch die dazu heftig kontrastierende grob-drastische Strichführung wieder aufgehoben wird. Das alles gibt dem Bild den Charakter des Disharmonisch-Verworrenen. Die dargestellten Gesichter wirken durch die schematisch-konturenbetonte Starre unlebendig und unnatürlich. Das *Maskenhafte* in der Darstellung hat möglicherweise eine *magische Bedeutung als Schutz gegen Angst*. Die scharfe Konturierung kann überdies als *Versuch der Abgrenzung* gegenüber der Außenwelt oder als versuchte Abwehr gegenüber einem Überwältigtwerden durch unheimliche und fremde, außerhalb des eigenen Selbst befindliche Kräfte interpretiert werden, die das Ordnungsgefüge des betroffenen Kindes zu zerstören drohen.

Die Abbildung 4 soll eine Kinderklinik mit 2 Wasserstrahlen davor darstellen, die sich in der Mitte vereinigen; rechts eine Schaukel. Man könnte die Zeichnung als Ausdruck des *Ringens um Einheit und Ordnung* deuten. Denn die dargestellten Dinge stehen relativ beziehungslos nebeneinander ohne einen echten Bedeutungszusammenhang, wenn auch alles mit z.T. schwungvollen, z.T. kantigen Linien miteinander verbun-



Abb. 2 „Figuren“

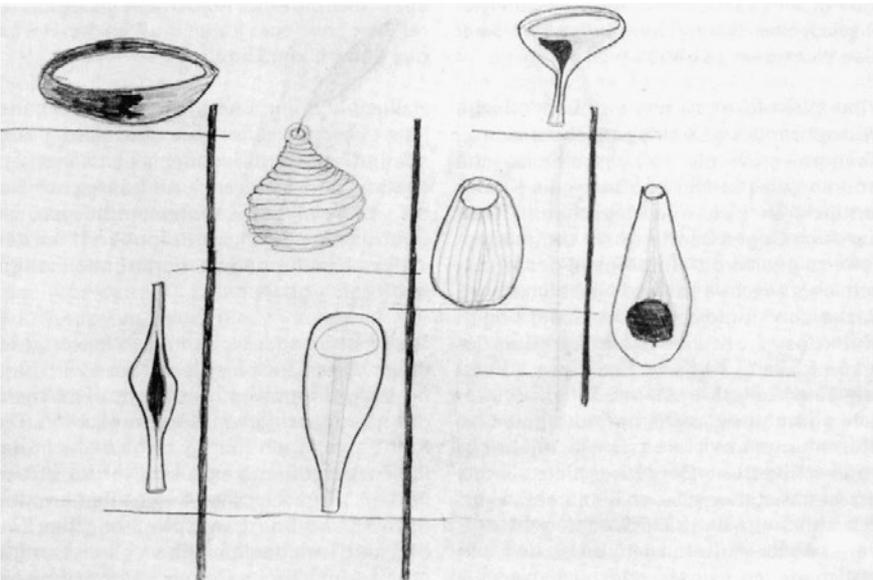


Abb. 3 „Gefäße“

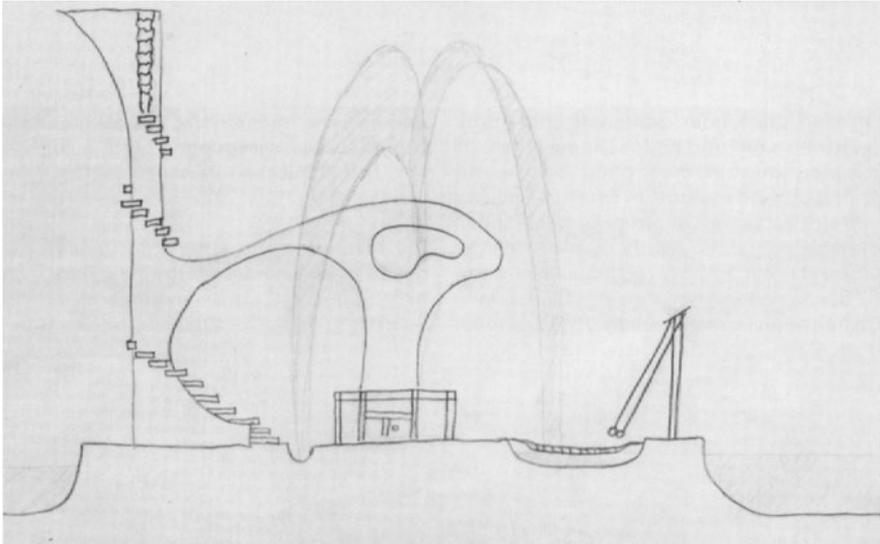


Abb. 4 „Kinderklinik“

den ist. Auffallend ist auch die surrealistisch anmutende Treppe links im Bild, die im Nirgendwo endet.

Das Ringen um Einheit und Ordnung ist auch Thema in Abbildung 5, einer Zeichnung desselben Mädchens. Eine schwebende Menschengestalt hält sich an 9 langen Strippen fest, die mit jeweils 3 Quadraten verbunden sind, die den „Geist“, den „Charakter“ und den „Körper“ darstellen. Die zerfallende Einheit, „das Gesetz“, kann, das ist wohl die Hoffnung der Patientin, „jeden Moment wieder eingefangen werden, dann ist der Mensch wieder gesund“. In dem Kommentar zu einer ähnlichen Zeichnung schreibt die Patientin:

„Wenn der Mensch ein Gesetz loslässt, gehen die anderen auch flöten und er ebenfalls. Flötengehen = Wahnsinn. Bald hinterher Selbstmord – kann auch scheinbar Verkehrsunfall o.ä. sein“.

Negativsymptomatik

Aus den bisherigen Schilderungen lässt sich bereits deutlich erkennen, dass die schizophrene Erkrankung des Kindes auf der *symptomatologischen Ebene* als *heterogenes Bild* in Erscheinung tritt. Diese Heterogenität wird noch komplexer, wenn weitere Kernsymptome kindlicher Schizophrenien ins Auge gefasst werden. Dazu gehören neben den beschriebenen Wahnsymptomen, Halluzinationen, Eigentümlichkeiten von Sprache, Denken und Motorik auch sogenannte *negative Symptome* wie Adynamie, Abulie, Apathie, Motivationsverlust, affektive Verflachung, mimische und gestische Ausdrucksarmut, emotionale Erstarrung, Sprachverarmung (stereotypes Denken mit eingeschränktem Abstraktionsvermögen) sowie sozialer Rückzug mit auffälligem Nachlassen der sozialen Leistungsfähigkeit.

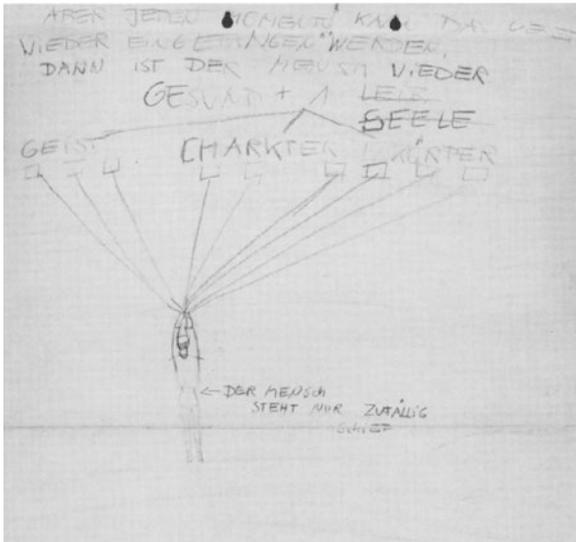


Abb. 5 „Schwebende Menschengestalt“

Bei der Bewertung *negativer Symptome* im Rahmen einer schizophrenen Erkrankung *muss sorgfältig geprüft werden* ob diese im *Vorfeld* der Psychose (Prodromalsymptom oder bereits prämorbid Fehlentwicklung), *während der schizophrenen Episode* oder *postepisodisch* als sog. Residualsymptomatik (passager oder endgültig) auftreten! Negative Symptome treten vorwiegend in *schleichend beginnenden und chronischen Verläufen* auf.

Dies war auch bei 13 Kindern der Fall, die im Alter von 10 Jahren oder früher erkrankt waren (Mittelwert 8,8 Jahre). Zur Klärung der Frage, ob negative oder positive Symptome bei Psychosebeginn überwiegen, wurde der PANSS-Typ berechnet (Differenz zwischen Anzahl der positiven und Anzahl der negativen Symptome). Tabelle 9 zeigt die Anzahl der Kinder mit positivem, negativem und undifferenziertem PANSS-Typ, aufgeteilt nach Typ des Psychosebeginns (akut: Beginn ≤ 1 Woche; schleichend: Beginn ≥ 4 Wochen).

Tab. 9 Verteilung der PANSS-Typen bei Psychosebeginn (n = 13)

Beginntyp	negativ	positiv	undifferenziert
akut	1	3	1
schleichend	6	0	2

Bei den fünf akut beginnenden Erkrankungen überwog zu Psychosebeginn der positive PANSS-Typ (60% der Patienten). Einmal war der PANSS-Typ negativ, einmal undifferenziert. Bei den acht schleichend beginnenden Psychosen zeigte sich häufiger der negative PANSS-Typ (75% der Patienten). Bei zwei Patienten war der PANSS-Typ undifferenziert, kein Patient mit schleichendem Psychosebeginn war dem positiven PANSS-Typ zuzuordnen. Demnach war die Initialsymptomatik bei den akut beginnenden Psychosen durch ein Überwiegen der positiven Symptome gekennzeichnet,

während bei den schleichend beginnenden Psychosen negative Symptome im Vordergrund standen.

Interessant ist die Frage, wie sich die positiven und negativen Symptome bei den 13 kindlichen Patienten (Erkrankungsbeginn: ≤ 10 Jahre) im *Langzeitverlauf* in einem Zeitraum von durchschnittlich 36 Jahren nach Erkrankungsbeginn weiterentwickelt haben, und ob es vom Kindes- zum Erwachsenenalter zu einer Verschiebung der Symptome gekommen ist. Deshalb wurden die Häufigkeiten der einzelnen PANSS-Symptome bei Psychosebeginn und zum Zeitpunkt der 2. Nachuntersuchung (KAT II) gegenübergestellt (s. Tab. 10).

Tab. 10 Relative Häufigkeiten der positiven und negativen Symptome (PANSS) zu Erkrankungsbeginn und zum 2. Katamnesezeitpunkt (KAT II) (n = 13)

	Beginn %	KAT II %
Pluskala		
P1 Wahnvorstellungen	39	36
P2 formale Denkstörungen	31	46
P3 Halluzinationen	54	55
P4 Erregung	23	27
P5 Größenwahn	0	9
P6 Argwohn/Verfolgungswahn	62	27
P7 Feindseligkeit	39	0
Minusskala		
N1 Affektverarmung	54	27
N2 emotionale Isolation	31	46
N3 Kontaktmangel	39	46
N4 passiv-apathische Isolation	39	9
N5 vermindertes abstraktes Denken	15	36
N6 mangelnde Spontaneität u. Gesprächsfähigkeit	15	36

Zu *Beginn der Psychose* zeigte mehr als die Hälfte der 13 Patienten die Symptome Argwohn/Verfolgungswahn (62%), Halluzinationen (54%) und Affektverarmung (54%). Sehr selten traten stereotypes Denken (8%) und vermindertes abstraktes Denken (15%) auf. Größenwahn kam zu Psychosebeginn nicht vor. Zum Zeitpunkt der 2. Nachuntersuchung traten Halluzinationen ebenfalls bei über der Hälfte der Patienten auf (55%). Formale Denkstörungen, emotionale Isolation und Kontaktmangel wurden jeweils von 46% der Patienten gezeigt. Sehr selten kamen passiv-apathische Isolation (9%) und Größenwahn (9%) vor. Feindseligkeit wurde zum 2. Nachuntersuchungszeitpunkt nicht beobachtet. Im Vergleich zum Psychosebeginn haben bei der 2. Nachuntersuchung die Symptome Argwohn/Verfolgungswahn, passiv-apathische Isolation, Feindseligkeit und Affektverarmung um mindestens 25% abgenommen, während vermindertes abstraktes Denken, formale Denkstörungen, emotionale Isolation

und stereotypes Denken um mindestens 10% zugenommen haben. Insgesamt ergibt sich also eine *erstaunliche Konstanz der Symptomatik* über den langen Zeitraum von 36 Jahren hinweg!

Crow (1980) nahm jeweils auf Grund vorherrschender Positiv- oder Negativsymptome eine Dichotomisierung der Symptomatologie schizophrener Psychosen in Typ I (vorwiegend positive Symptome) und Typ II (vorwiegend negative Symptome) vor. Andreasen u. Mit. (1994) haben eine Operationalisierung dieser Erscheinungsformen durchgeführt und Fragebögen zur Erfassung der Negativ- und der Positivsymptomatik entwickelt (Scales for the Assessment of Negative Symptoms/Scales for the Assessment of Positive Symptoms, SANS/SAPS). Die damit mögliche empirische Überprüfung der dichotomen Typisierung der Schizophrenie ergab, dass nur etwa 65% aller schizophrenen Patienten eindeutig der Gruppe der positiven oder der negativen Symptomatik zugeordnet werden konnten. Die übrigen ca. 35% der Patienten wiesen Mischsymptome auf, die sich keiner Gruppe zuordnen ließen.

Kay u. Mit. (1989) modifizierten die SANS/SAPS. Statt der 34 Positiv- und der 30 Negativsymptome von Andreasen und Olsen (1982) enthielt die von Kay et al. entwickelte PANSS (Positive and Negative Syndrom Scale) nur noch 7 eindeutig positive und 7 eindeutig negative Symptome, die durch 16 globale psychopathologische Merkmale ergänzt wurden. Kay u. Mit. kamen nach einer empirischen Überprüfung mit der PANSS zu dem Schluss, dass zwei Faktoren zur Beschreibung der Heterogenität der Symptomatik nicht ausreichend seien und die Negativ- und Positivsymptome in den Krankheitsepisoden nicht dichotom, sondern meist gemeinsam in unterschiedlicher Gewichtung auftreten! Liddle (1987) schlug aufgrund eigener Untersuchungen an Patienten mit der DSM-III-Diagnose „Schizophrenie“ eine Gruppierung der Symptome in drei Bereiche vor, die er als „*psychomotor poverty*“ (Negativsyndrom), „*reality distortion*“ (Positivsyndrom) und „*disorganisation*“ (Desorganisation) bezeichnete. Allerdings können selbst mit einer Dreifaktorenlösung nicht mehr als 60% der Patienten sicher klassifiziert werden! Liddle (1987) nimmt daher an, dass die schizophrene Symptomatik nicht Ausdruck einer einheitlichen Erkrankung sei, sondern dass die Symptome das Ergebnis unterschiedlicher pathologischer Prozesse seien.

Die Typologie von Crow wurde teilweise durch Untersuchungen mit der Magnet-Resonanz-Tomografie (MRT) bestätigt. Knoll et al. (1998) konnten zeigen, dass Negativsymptome häufiger mit atrophischen Substanzveränderungen im Neocortex verbunden sind. Das gilt vor allem dann, wenn es sich um so genannte primäre Negativsymptome im Sinne von Carpenter et al. (1988) handelt, die nicht auf Medikamente oder Deprivationen zurückzuführen sind. Eine von Okubo et al. (1997) publizierte PET-Studie erbrachte den Nachweis einer Reduktion präfrontaler D₁-Rezeptoren bei schizophrenen Patienten, ein Befund, der mit dem Schweregrad negativer Symptome und mit kognitiven Leistungseinbußen im Wisconsin Card Sorting Test korrelierte. Diese Befunde stehen mit der Hypothese einer verminderten meso-kortikalen dopaminergen Aktivität bei vorherrschender Negativsymptomatik in Einklang.

Allerdings ergaben Längsschnittuntersuchungen, dass eindeutig identifizierbare stabile Positiv- und Negativsyndrome nicht die Regel sind. Marneros et al. (1998) berichten, dass nach einem Verlauf von ca. 20 Jahren 76% der von ihnen untersuchten Patienten einen Wechsel des Subtyps aufwiesen und nur bei 24% stabile Positiv- oder Negativsyndrome vorlagen.

Auch bei einem Erkrankungsbeginn im Kindes- oder Jugendalter ist eine prägnante Symptomatik, die sich in eindeutig positive oder negative Subtypen einteilen ließe, in den ersten Episoden die Ausnahme. In der von Eggers und Bunk (1997) untersuchten Gruppe kindlicher Schizophrenien (Erkrankungsbeginn vor dem 14. Lebensjahr) waren in den ersten Krankheitsepisoden eher unspezifische kognitive Auffälligkeiten und sozialer Rückzug zu beobachten sowie Störungen der Affekte und des Realitätsbezugs. Eine von Bunk et al. (1999) durchgeführte Faktorenanalyse der PANSS Symptome führte zwar zu einer interpretierbaren Fünf-Faktoren Lösung, diese wick jedoch erheblich von vergleichbaren Symptombeschreibungen des Erwachsenenalters (Andreasen et al. 1994) ab. Erst im weiteren Verlauf der Erkrankung ergaben sich die für das Erwachsenenalter typischen Symptomstrukturen mit Positiv- und Negativsymptomatik, psychomotorischer Erregtheit sowie affektiven und kognitiven Störungen.

Zwangssymptome

Vor allem in der älteren Literatur gibt es zahlreiche Abhandlungen über das Auftreten von Zwangssymptomen im Rahmen schizophrener Psychosen des Erwachsenenalters. Die darin vertretenen Meinungen differieren allerdings erheblich. So rechnete E. Bleuler (1911) Zwangssymptome zu den akzessorischen Schizophreniesymptomen und sah die Zwangsneurose als eine lavierte Form der Schizophrenie an. Kraepelin (1908) dagegen lehnte einen „Übergang von Zwangsvorstellungen in andere Geistesstörungen“ bzw. eine nosologische Beziehung zwischen Zwangsneurose und Schizophrenie ab und Bumke (1906) stellte fest, dass „Zwangsvorgänge in der Anamnese von Geisteskrankheiten nicht gerade häufig“ seien. W. Stöcker (1914), der die engen Beziehungen zwischen manisch-depressivem Irresein und Zwangsvorstellungen hervorhebt – er berichtet über 41 Patienten mit Kombination von depressiven und anankastischen Symptomen – kommt andererseits zu der Aussage, dass Zwangsvorstellungen auf dem Boden anderer Psychosen „sehr selten zu beobachten“ seien. Die Seltenheit der beobachteten Fälle ist für C. Schneider (1930) Anlass zu der Feststellung, dass ein „enger Wesenszusammenhang von Zwangsneurose und Schizophrenie nicht zu erwarten“ sei. Den Zwangserscheinungen könne höchstens eine Auslösewirkung des schizophrenen Prozesses zuerkannt werden, da sie meist im Beginn gefunden würden. M. Bornszajn (1922) betont, dass es jedoch einen bestimmten Typus von Schizophrenie gebe, der zu Beginn als Zwangsneurose imponiere, weil bei ihm das gesamte klinische Bild von Zwangsvorstellungen beherrscht werde. In ähnlicher Weise vertreten G. Fossi (1962) und C. Christozov (1965) die Ansicht, dass Symptome von Zwangscharakter zu Beginn oder im Verlauf einer schizophrenen Prozesspsychose vorkommen könnten und mit zum klinischen Bild gehörend, nicht als wesensfremde Elemente aufgefasst werden dürften. In neueren Kohortenstudien ist die Spannbreite für die Manifestation von Zwangssymptomen bei schizophrenen Erkrankungen recht groß und liegt zwischen 7% (Eisen et al. 1997) und 52% (Bland et al. 1987). Diese Divergenzen sind größtenteils methodisch bedingt und hängen u. a. davon ab, ob lediglich einzelne Zwangssymptome oder das Vollbild einer Zwangsstörung vorliegen – Übersichten u. a. Frommhold (2006), Mukhopadhaya et al. (2009), Ohta et al. (2003), Tibbo et al. (2000).

In kasuistischen Beschreibungen kindlicher Schizophrenien berichteten u. a. Kanner (1957), Laroche (1961), Lutz (1937, 1938), Spiel (1961), v. Stockert (1950), Thomsen (1994),

Tramer (1931), Uschakov (1965) über das Vorkommen von Zwangssymptomen. Unter 50 jugendlichen Patienten (durchschnittl. Erkrankungsalter: 14,8 Jahre) mit einer schizophrenen Psychose beobachteten Nechmad et al. (2003) 13 (26%), die gleichzeitig die DSM-IV-Kriterien für eine Zwangsstörung erfüllten. Diese 13 Patienten wiesen im Vergleich zu den schizophrenen Jugendlichen ohne Zwangssymptome signifikant höhere SANS-Werte für affektive Verflachung und Abstumpfung auf.

Wir haben bei 6% von 57 Patienten mit einer katamnestisch gesicherten Frühschizophrenie (Erkrankungsalter zwischen 7–14 Jahren) das Vorkommen von Zwangssymptomen in Form von *Zwangsgedanken*, *Gedankenketten*, *Zwangsvorstellungen*, *Zwangsbefürchtungen*, *Zwangsimpulsen*, *Zwangshandlungen* und *Zwangsritualen* beobachtet. Der früheste Manifestationstermin von Zwangsphänomenen im Rahmen der untersuchten kindlichen Schizophrenien lag bei 9 Jahren. Bei 5 Patienten waren die Zwangssymptome relativ flüchtig und auf den *Beginn* der Psychose beschränkt. Bei einem Patienten waren sie jedoch *dauerhaft* und bestanden nach anfänglich flüchtiger paranoid-halluzinatorischer Symptomatik *jahrelang ohne begleitende* oder allenfalls nur zusammen mit im Hintergrund sich zeigender *psychotischer Symptomatik*, somit in diesem Fall über lange Strecken das Bild einer schweren Zwangsstörung vortäuschend, bevor nach 12-jährigem Krankheitsverlauf eine mehrere Wochen anhaltende schizophrene Episode kataton-paranoid-halluzinatorischer Symptomatik durchbrach (siehe nachfolgende Kasuistik).

Die Zwänge wurden von den Kindern als solche und nicht als Eingebungen oder Beeinflussungen erlebt. Sie wurden vielmehr als sinnlos oder, wie ein Patient sagte, als „blödsinnig“ erkannt. Die Kranken setzten sich gegen sie zur Wehr.

Die *prognostische Bewertung* von Zwangssymptomen im Krankheitsverlauf fällt unterschiedlich aus. So sprechen Fenton und McGlashan (1986) von einer eher ungünstigen Prognose, allerdings seien schwere defektive Verläufe selten. Dagegen hat Stengel (1957), der sich schwerpunktmäßig mit den Beziehungen zwischen Zwangssyndromen und Schizophrenie beschäftigt hat, auf die günstige Verlaufsweise schizophrener Erkrankungen hingewiesen, wenn Zwangssymptome das psychopathologische Bild beherrschen.

Aufgrund unserer Untersuchungen zu *Zwangszuständen bei kindlicher Schizophrenie* (Eggers 1968, 1969) kommen wir zu dem Schluss, dass diese Formen prognostisch einen *mittleren Bereich* zwischen Vollheilung und sehr schlechter Remission einnehmen. Dem entsprechen auch neuere Untersuchungen bei erwachsenen Schizophrenen (Bürgy 2007, Craig et al. 2002, Toyurovsky et al. 1999). Reznik et al. (2005) vertreten die Auffassung, dass Zwangssymptome, die vor dem Einsetzen der schizophrenen Psychose manifest sind, eine protektive Wirkung ausüben und die Prognose verbessern, während Zwangssymptome, die zusammen mit der schizophrenen Symptomatologie oder im Verlauf der Psychose auftreten eher ein Indikator für einen ungünstigen Verlauf, eine stärkere soziale Beeinträchtigung und stärker ausgeprägte Persönlichkeitsveränderungen seien.

Dies traf auch bei einem im Alter von 11 Jahren erkrankten Jungen zu, bei dem eine deutliche Wesensänderung auftrat: Der zuvor brave, folgsame, fleißige und angepasste Junge wurde aufmüppig, wollte immer die gleichen Speisen essen und stets dieselben Kleidungsstücke tragen, er wurde zunehmend stiller, der Kontakt immer schlechter. Schließlich wollte

er nichts mehr essen, ging nicht mehr aus dem Haus; stand stundenlang auf einem Fleck und starrte vor sich hin. Er fürchtete, das Essen sei durch schädliche Strahlen des Fernsehapparates *vergiftet*. Er hielt seinen Stuhl zurück, beschmierte sich, wusch sich nicht mehr richtig und entwickelte eine zwanghafte Penderie beim Zurechtlegen der Kleider, was nach einem langdauernden Ritual geschah; stundenlang lief er mitunter zwischen Tür und Flur umher. Er entwickelte *Zwänge* im Ablauf des morgendlichen Waschens und Ankleidens, wurde immer schwieriger, sonderbarer und autistischer, zeigte an nichts mehr Interesse und nahm merkwürdige Gewohnheiten an (z.B. ständiges Öffnen und Schließen der Türe). Der Gang war steif und marionettenhaft. Der Patient sprach kaum noch, und wenn, dann nur in monotoner Weise; seine Haltung wurde zunehmend negativistisch, Antrieb und Interesse nahmen immer mehr ab.

Der Junge entwickelte eine Fülle von uneinfindbaren absurden Zwangshandlungen, Zwangsgedanken und -befürchtungen. Die Zwangsvorstellungen und -handlungen sollten ihm als *Schutz gegen vermeintliche Strafen und bevorstehendes Unglück* dienen. Er *tyrannierte* seine Eltern mit unsinnigen, ritenhaften Wiederholungszwängen. Beispielsweise näherte und entfernte er sich in einem oft stundenlang anhaltenden Zeremoniell in stereotypisierter Weise von seinem Stuhl, um ihn dann im Sprung zu erreichen, einige Zeit reglos zu verharren und dann wieder von neuem zu beginnen. Oder er gab den Eltern absurde Befehle, die Türe häufig hintereinander zu öffnen und zu schließen, die Vorhänge auf- und zuzuziehen oder so lange starr auf einem Fleck stehenzubleiben, während er unmotivierte Bewegungen mit den Armen ausführte und leise unverständliche Worte vor sich hinhin murmelte, bis er sagte: „gut“. Wurde er in seinen Handlungen gestört oder weigerten sich die Eltern mitzumachen, geriet der Patient in Verzweiflungs- und Erregungszustände, in denen er schrie und tobte. Auch hatte er sich Hunderte von *Beschwörungsformeln* und *Bannsprüchen* ausgedacht, die er immer in der gleichen Reihenfolge, die schlimmste Bedeutung zuerst, sprechen musste, beispielsweise „kein Beinbruch, kein Armbruch, keine Verletzung“, oder „kein Mord, kein Raub, kein Diebstahl“. Bei jeder eintretenden Veränderung einer jeweiligen Situation musste der Junge sein Sprüchlein hersagen, um immer dann wieder von vorne zu beginnen, wenn eine neue Veränderung eintrat. *Zwangsbefürchtungen* äußerten sich besonders in der Furcht, epileptisch oder zuckerkrank zu werden oder die Bluterkrankheit oder eine Tuberkulose zu erwerben.

Im Alter von 12 Jahren erhielt der Junge eine erfolglose Behandlung mit 23 Elektro- und 17 Insulinschocks, mit 13 Jahren wurde er neun Monate lang stationär behandelt (Entlassungsdiagnose: „defektive Schizophrenie“). In der Folgezeit kam es zu einer deutlichen Besserung, der Junge konnte ein Internat besuchen; im Alter von 18 Jahren *Suizidversuch* mit Phasein und Omca, er wurde in völlig verwahrlosten Zustand in einem Heuschober aufgegriffen. Danach wieder Besserung, jedoch unterschiedlich starke depressive Schwankungen. Im Alter von 19 Jahren erneut unmotiviertes Fortlaufen, die schulische Leistungsfähigkeit war durch *Zwangsdenken* und *Gedankenketten* stark beeinträchtigt.

Ein halbes Jahr später lief er wieder aus dem Internat fort und fuhr ziellos mit der Bahn zwischen drei benachbarten Orten hin und her, er wusste nicht, ob er sich aus dem Zug stürzen oder in einen nahegelegenen See laufen sollte, bis er sich entschloss, nach Hause zu fahren, wo er völlig verstört und mit Weinkrämpfen geschüttelt ankam. Er gab an, dass seine Pläne sich dauernd änderten, sein Denken manchmal aussetze und sich „*dauernd etwas anderes vor seine Gedanken schiebe*“, so dass ihn die Verzweiflung gepackt habe und er weglief. Schon wochenlang vorher habe er nichts mehr arbeiten können, er halte es nicht mehr aus, habe Angst vor sich selbst und rief: „*Lauft zum Arzt bevor ich noch etwas sagen kann*“; er weinte viel.

Im Alter von 20 Jahren erfolgte die *erste Nachuntersuchung*. Der Patient sprach zunächst nur ganz selten, murmelte nur gelegentlich, kaum artikulierend, Unverständliches vor sich hin. Stattdessen benutze er seine Mutter als „Sprachrohr“, d.h. er befahl ihr zu antworten und über seine Krankheit und auch über seine intimsten Erlebnisse zu berichten. Nach und nach wurde er jedoch zugewandter und aufgelockerter, so dass ein Gespräch mit ihm jetzt möglich wurde. Bis vor kurzem hatte er nicht über seine Krankheit gesprochen. Er erzählte nun ausführlich über seine Zwangssymptomatik. Nach seinem ersten Orgasmus habe er starke „Schuldkomplexe“ entwickelt. Deshalb habe er sich hunderte von *Beschwörungsformeln und Bannsprüchen* „ausgedacht“. Seine multiplen Zwangsgedanken, -impulse und -handlungen erkannte er als „blödsinnig“ an, musste ihnen aber trotzdem nachgeben, er leide unter ihnen. In letzter Zeit leide er zusätzlich unter depressiven Stimmungen (Traurigkeits- und Einsamkeitsgefühle, Weinkrämpfe, Weltuntergangsstimmung, Suizidideen, Lust- und Interesselosigkeit, Antriebshemmung, Schlaf- und Appetitlosigkeit, Grübelneigung und stark hervortretende, multiple, vom Patienten nicht genau beschreibbare hypochondrische Beschwerden, merkwürdige *Misempfindungen* wie Kopfdruck, Ziehen im rechten Arm und Bein, Herzsensationen, Schmerzen „*vom rechten Auge bis zum linken Eckzahn ziehend*“). Der Patient zeigte eine ausgesprochene Neigung zu *paranoiden* Reaktionen. So äußerte er wiederholt die Befürchtung, dass ein Freund irgendwann in die Klinik kommen könnte, um die Aufzeichnungen über ihn und seine Erkrankung zu sehen und zu lesen; er fühlte sich beobachtet und glaubte, dass die Leute auf der Strasse ihm nachschauen würden. Außerdem berichtete er über *verschroben-läppische Verhaltensweisen*, wie sie für hebephrene Formen typisch sind: So lief er im Frühjahr zu Hause Weihnachtslieder singend und mit ausgebreiteten Armen herum, immer wieder flüsternd „*ich schwebe, ich schwebe*“. Auch wollte er nicht in einer Waldorfschule aufgenommen werden, weil er sich dort durch einen in der Ecke stehenden Globus gestört fühlte. Der Patient äußerte teilweise verstiegene Gedankengänge, formulierte nichtssagende Allgemeinplätze („eins bedingt das andere“, „man denkt halt, was man so denkt“) ohne Beziehung zum Gesprächsthema. Auf die Frage, warum er Goethes Faust schätze, antwortete er faselig, verworren und schließlich nur stereotyp „weil es so großartig ist“, „weil es so dargestellt ist“. Der Patient zeigte somit *deutliche Zeichen einer postpsychotischen Persönlichkeitsveränderung* mit hebephrenen Zügen, faseligem, a-logischem Denken und Affektverflachung.

Ein halbes Jahr nach der 1. Nachuntersuchung erkrankte der Patient, nachdem es ihm bis dahin gut ging (weder depressive noch anankastische Symptomatik) akut an einer *paranoid-halluzinatorischen Episode katatonen Gepräges* mit Verwirrtheit (Personen- und Ortsverkennungen) und einer stark *depressiv-hypochondrischen Komponente*. Nach 12 Wochen kam es zu einer deutlichen Besserung, und der Patient konnte sein Abitur machen. Die Mutter schrieb in einem Brief „Wenn wir an die vergangenen grauenvollen Jahre denken, da wir fast zugrunde gegangen wären, sind wir jetzt zufrieden und glücklich“. Es bestand nur noch eine leichte Zwangssymptomatik, der Patient fügte sich gut ins Familienleben ein, war hilfsbereit, freundlich und zuvorkommend. Der briefliche und persönliche Kontakt mit dem Patienten und seiner Mutter ist nie abgebrochen und setzte sich bis ins 55. Lebensjahr des Patienten fort. Der Patient selbst schrieb viele Briefe und auch Gedichte (s. Kap. 5).

Trotzdem konnten erst bei der 2. *Nachuntersuchung*, 38 Jahre nach Erkrankungsbeginn (Alter des Patienten 49 Jahre), noch *neue, wesentliche Details zur Vorgeschichte* eruiert werden – ein Vorteil sorgfältiger und wiederholter Nachuntersuchungen und langer Beobachtungszeiten!

So leide ein Enkel der Schwester des Vaters ebenfalls unter Zwangs- und psychotischen Symptomen, eine Cousine des Vaters, litt an einer *manisch-depressiven Psychose* und beging im Alter von 22 Jahren *Suizid*.

Auch der Patient selbst erkrankte im Alter von 35 Jahren an einer *manischen Phase* mit Größenideen, Getriebenheit, Weltverbesserungsideen, inadäquatem Affekt, gehobener Stimmung, Logorrhoe, Distanzlosigkeit und unangepasstem Verhalten, welche 1 Jahr lang anhielt.

Im Übrigen war der Weiterverlauf erstaunlich homogen und nach wie vor durch seine *multiplen Zwangsgedanken und -handlungen* sowie *paranoide Wahnideen* gekennzeichnet (der Patient fühlte sich u.a. von einem Mikrophon im Garten und von *Teleskopen beobachtet*). Vom inzwischen verstorbenen Vater habe er sich *elektrisiert* gefühlt. Er leidet unter den gleichen *Gedankenketten* und „*Bannsprüchen*“ wie früher, auch bezieht er nach wie vor seine Mutter in seine Zwangshandlungen ein. So ruft er: „*Mama, bitte, bitte geh' noch mal da hin.*“ Dann muss die Mutter wieder an einen bestimmten Ort zurückkehren, und er ruft dann „*wart, wart*“, bis sie sich dann wieder weiter bewegen darf. Jede zeitliche oder räumliche Begrenzung, z.B. Anfang oder Ende eines Radiovortrages, Anfang oder Ende eines Musikstücks, das Überschreiten einer räumlichen Schwelle von einem Zimmer ins andere, führen zu einer Aktivierung seiner Zwangssymptome, die letztlich der *Aufrechterhaltung des jeweils Gleichen*, der gleichen Situation dienen.

Der Patient lebt inzwischen mit seiner Mutter in einer 40m² großen Wohnung in einem Altenheim, der Tagesablauf ist fest programmiert und ritualisiert, seine Interessenschwerpunkte sind ebenfalls die gleichen geblieben, in einer festen Reihenfolge: Fremdsprachen, Etymologie, 2. Medizin, alle Gebiete, 3. Theologie, 4. Soziales, 5. Barockmusik.

10 Jahre lang, von 1970–1980, habe er immer nur Musik, alle Musikarten, Musikgeschichte, alles, was mit Musik zusammenhing, im Fernsehen und Radio gehört. Seit 1990 höre er nur noch Barockmusik, zehn Jahre lang habe er Musiklexika gesammelt und gelesen. Das Lesen sei für ihn „*ein schlimmes Leid, für mich als Philomat*“. Lesen sei eine „*Qual, weil ich nie zu Ende, weil ich immer neu wiederholen muss, immer von vorne anfangen muss*“.

Beurteilung

Schizophrene Psychose, die im Alter von 11 Jahren schleichend begonnen hat und durch ausgeprägte multiple Zwangssymptome gekennzeichnet ist. Der Gesamtverlauf (38 Jahre) ist abgesehen von einer paranoid-halluzinatorischen Episode im Alter von 21 Jahren und einer lang andauernden manischen Episode im Alter von 35 Jahren erstaunlich homogen, keine wesentliche Progredienz, insgesamt schlechte soziale Remission (DAS-3 Score: 4). Eindrucksvolle psychotische Persönlichkeitsveränderung mit recht skurrilen Zügen und ausgeprägtem sonderlingshaften Verhalten, Autismus, Kontaktängsten, paranoiden Tendenzen und symptombeherrschenden Zwängen. Aus entwicklungsdynamischer Sicht ist die sog. *Triangulierung missglückt*; der deutlich parentifizierte Patient befindet sich in einer *sympiotisch-oralen Abhängigkeitsbeziehung zu seiner Mutter*, aus der er sich nicht hat herausentwickeln können.