

Im Kindesalter wurde Herr N. als auffällig schüchtern, ich-schwach und einzelgängerisch beschrieben. Trotz durchschnittlicher Intelligenz blieb er in der Grundschule sitzen. Die Großmutter mütterlicherseits verstarb im Alter von 36 Jahren durch Suizid, ebenso eine Tante aus der väterlichen Linie der Mutter im Alter von 56 Jahren. Ein Bruder der Mutter suizidierte sich mit 17 Jahren durch Strangulation. Die Mutter selbst litt an rezidivierender Schizophrenie und wurde zweimal stationär behandelt.

Kurz **vor dem 9. Lebensjahr** wurde N. zunehmend scheu und lief grundlos weg. Beobachtet wurden zudem Eigentumsdelikte, Zerstörungstendenzen, Schulschwänzen, starkes Onanieren. Die psychotische Symptomatologie begann schleichend **im 9. Lebensjahr**: Der Patient isolierte sich zunehmend von der Umwelt, entwickelte unverständliche und uneinfühlbare abstruse Verhaltensweisen, eine affektive Verarmung und eine Neigung zu Aggressionen. Er war schließlich gefühlsmäßig kaum noch ansprechbar („eiskalt“). Für sein tagelanges Wegbleiben gab er verschrobene Begründungen an, z. B. er rieche nach Dung. Zeitweise litt er unter Angst- und Erregungszuständen, zerriss dann seine Wäsche und war äußerst aggressiv. Seine Schrift veränderte sich zunehmend: Ineinander geschobene Buchstaben, jeder einzelne Buchstabe wurde ausgemalt, fast verschnörkelt, wodurch die Schrift unleserlich wurde. Er zog sich immer mehr zurück und beteiligte sich schließlich nicht mehr am Unterricht. **Mit 13 Jahren** nahmen die Verhaltensauffälligkeiten zu und machten eine einjährige stationäre Behandlung notwendig. Er unternahm einen Suizidversuch und zeigte erhebliche Aggressionen gegen Mutter und Bruder. Seine Motorik war manieriert-bizar, die Bewegungen waren eckig-steif.

Es kamen **positive Symptome** hinzu: Imperative akustische Halluzinationen, die ihn zu Suizidversuchen veranlassten (Strangulation!). Er litt unter **kataton-stuporösen Zuständen**, **hörte Stimmen**, die zu ihm sprachen und ihn beschimpften. N. äußerte **Beziehungs- und Verfolgungsideen**, hängte deshalb Wolldecken vor die Fenster, schaute immer wieder unter Bett und Matratze. **Vergiftungsideen** und **hypochondrische Wahnideen** sowie Beeinflussungsideen traten auf – er fühlte sich von Strahlen beeinflusst. Außerdem klagte er über merkwürdige **Körpermissempfindungen**: „Mein Kopf ist schief, bringen Sie mir den doch endlich gerade, halten Sie mich, ich kann nicht, bringen Sie meinen Kopf gerade, mein linkes Bein muss geschient werden, helf mir doch, mein Rücken muss geschient werden, ich habe Nervenkrämpfe, die Schmerzen beginnen wieder, so helfen Sie mir doch.“ Suizidversuche (Strangulation, Öffnen der Pulsadern) wiederholten sich. Hinzu kamen **formale Denkstörungen** (Gedankenabreißen, Gedankenlautwerden, Denkerfahrenheit).

Im Alter von **15 Jahren** erfolgte eine stetige Besserung, die 3 Jahre lang anhielt. Er war arbeitsfähig, ordentlich, sauber, gepflegt, führte sich gut an der Arbeitsstelle. **Mit 19 Jahren** verschlechterte sich die Symptomatik, wobei negative und positive Symptome **nebeneinander** vorkamen:

- Starre Mimik,
- steife und eckige Bewegungen und Körperhaltungen,
- undeutliche Sprache,
- monotone Stimme,
- Stereotypien,
- Grimassieren,
- inadäquates Lachen,

- „völlig leerer Affekt“,
- Antriebslahmheit.

Daneben konnten positive Symptome wie Wahneinfälle, Größen- und Vergiftungs-ideen, unlogische Denkinhalte, abnorme gedankliche Verknüpfungen sowie Neologismen, Gedankenabreißen und Beeinflussungs-ideen beobachtet werden: Er fühlte sich von einem Magneten hypnotisiert, der u. a. seine Pupille erweiterte. Der Patient litt unter **Koenästhopathien** (Körpermissempfindungen), verspürte „Weltschmerz in der Brust“, unter dessen Einfluss er einen **Suizidversuch** mit Tabletten unternahm. Im Alter von **20,5 Jahren** kam es zu einer Besserung mit Distanzierung von den Wahn-ideen, die 4 Jahre anhielt. Danach nahmen Vergiftungs- und Verfolgungs-ideen zu. Sein Verhalten wurde zunehmend uneinfühlbar. Nach 2 Jahren trat wieder eine Besserung ein. Im Alter von **28 Jahren** konnte der Patient entlassen werden und lebte in einem Wohnheim, war aber nach 3 Jahren so verwahrlost, dass er wieder aufgenommen werden musste. Mit **33 Jahren** trat erneut eine Episode mit Vergiftungs-ideen und Halluzinationen auf, die sich im Alter von 36 Jahren wiederholte und in den Folgejahren anhielt. Der Patient war in der Lage, leichte Arbeiten auszuführen.

Im Alter von **46 Jahren** war der Patient paranoid. Er berichtete von Beeinflussungs-, Vergiftungs-, Verfolgungs- und Bedrohtheits-ideen (Folterung). Die **Sprache** war auffallend **desorganisiert**, unbestimmt und floskelhaft. Es bestanden deutliche formale Denkstörungen mit **Denkzerfahrenheit** und **Gedankenabbrüchen**. Die Gedankengänge wirkten verschoben, waren alogisch, weitschweifig, ungeordnet und vage. Er sprach mit sehr leiser, monotoner, wenig modulierter Stimme, teilweise flüsterte er nur. Die Bewegungen waren eckig, abgehackt, bizarr, maniert. Der Patient lebte sozial sehr zurückgezogen und war stark kontakteingeschränkt. Allerdings malte er sehr schöne Bilder, die er verkaufte.

Diese kurz skizzierte Krankengeschichte, beginnend mit dem 9. Lebensjahr, ist typisch für das klinische Erscheinungsbild einer kindlichen Schizophrenie sowie für den Krankheitsverlauf bis ins mittlere Erwachsenenalter von 46 Jahren.

Die Schizophrenie des Kindes- und Jugendalters ist ein bislang wenig beforschtes Gebiet. Dies hängt u. a. damit zusammen, dass das Vorkommen kindlicher Psychosen von namhaften Vertretern der Erwachsenenpsychiatrie bis in die erste Hälfte des vorigen Jahrhunderts noch bestritten wurde, obwohl Kraepelin und auch Bleuler bereits auf mögliche Frühformen der Schizophrenie in dieser Altersstufe hingewiesen haben. Zwei weitere Gründe sind

- die Seltenheit von Schizophrenien mit frühem Erkrankungsbeginn sowie
- lange bestehende Probleme der nosologischen Einordnung und Klassifikation kindlicher Psychosen.

Die Darstellung des komplexen Krankheitsbildes beginnt, an das einleitende Fallbeispiel anknüpfend, mit der **phänomenologischen Beschreibung** der Symptombereiche und schizophrenen Unterformen unter Berücksichtigung ihrer vom Entwicklungsalter abhängigen Erscheinungsform und **Klassifizierung**. Es folgt ein Einblick in **gegenwärtig vermutete Ursachen** der alters- und geschlecht-abhängigen Auftretenshäufigkeit. Der Diagnoseprozess wird unter Beachtung der im Kindesalter besonders schwierigen **Differenzialdiagnostik** nahe gebracht. **Erkrankungsverlauf, Prognose** und **soziale Folgen** werden beschrieben. Danach werden empirische Befunde zu **ätiologischen Konstrukten** und den heute bekannten **Risikofaktoren** dargestellt. Eine Übersicht effektiver **Behandlungsmethoden** schließt das Kapitel ab.