

Prodromalsymptome und Residualentwicklung nach einer schizophrenen Erstmanifestation

Verlaufsbeobachtung unter Anwendung des kognitiven Leistungsdefizit-Tests FAMOUS

1 Vorgeschichte, Prodromalerscheinungen

Unser Klient Andreas¹, dessen Entwicklungsgeschichte im Folgenden geschildert werden soll, wurde als erster von zwei Söhnen eines Beamten und einer Privatangestellten 1975 in Wien geboren, wo er nach unauffälliger Kindheit auch seine Schuljahre verbrachte und 1993 die Reifeprüfung mit ausgezeichnetem Erfolg absolvierte. Nach Abschluss der Mittelschule inskribiert er auf der Wirtschaftsuniversität in Wien und schließt im Fach Betriebswirtschaftslehre 1996 den ersten Studienabschnitt im vorgeschriebenen Zeitraum erfolgreich ab. Das Studienjahr 1996/97 verbringt er, planungsgemäß in England. Nach seiner Heimkehr berichtet er über positive Erfahrungen bei Erfüllung all seiner Erwartungen.

Bis zu diesem Zeitpunkt fällt Andreas in der familiären Umgebung durch keinerlei Besonderheiten seines Verhaltens auf. Er nimmt nach seiner Rückkehr alte freundschaftliche Beziehungen wieder auf und widmet sich der Fortführung seiner Studien mit einem angemessenen Energieaufwand.

Erstmals bemerken die Eltern im darauf folgenden Jahr 1998 eine gewisse Änderung im Verhalten ihres Sohnes. Andreas ist zu diesem Zeitpunkt 23 Jahre alt. Es ist eine deutlich registrierbare Rückzugstendenz und die zunehmend reservierte Haltung, die er den Eltern gegenüber einnimmt, nicht mehr zu übersehen. Er nimmt kaum mehr teil am familiären Geschehen, verbringt viel Zeit in seinem Zimmer, und er zeigt auch keinerlei Interesse, Freunde zu treffen.

Die Familie versucht die nun mehr auffällige Persönlichkeitsveränderung von Andreas zu tolerieren. Es wird sein sonderbares Verhalten auf eine kurz zuvor erlebte Enttäuschung in einer partnerschaftlichen Beziehung zurückgeführt und toleriert. Bestimmte Konflikte, die nach Meinung der Eltern stets aus Nichtigkeitsgründen entstehen, sind jedoch nicht mehr abzuwenden. Als nun der Sohn berichtet, ein Auslandssemester in den USA verbringen zu wollen, stimmen die Eltern mit einer gewissen Erleichterung zu – in der Erwartung, dass sich das Verhalten von Andreas nach seiner Rückkehr im positiven Sinne ändern wird. Auffallend erscheint den Eltern nun, dass Andreas, der zu den Zeiten seines Englandaufenthaltes regelmäßig Berichter-

¹ Der Name wurde verändert.

stattungen lieferte, ihnen aus den USA nur sporadische, nichts sagende Nachrichten zukommen ließ.

Nach seiner Heimkehr aus den USA erweckt Andreas einen zuvor nicht wahrnehmbaren, in vielerlei Hinsicht befremdenden Eindruck, dessen augenfälligstes Merkmal in einer gewissen geistigen Abwesenheit, gekoppelt mit einer ausgesprochen feindseligen Haltung und gesteigerter Konfliktbereitschaft den Eltern gegenüber besteht. Er besucht nicht mehr die Vorlesungen auf der Universität, und es erscheint kaum mehr möglich, ihn zu Gesprächen mit verbindlichem Realitätsbezug anzuhalten. Die Eltern berichten, dass sie hinter der fremdartig wirkenden Verhaltensfassade, mit der ihnen Andreas entgegentrat, kaum mehr ihren Sohn erkennen konnten. Andreas fühlt sich seinerseits von den Eltern nicht verstanden und zurückgewiesen zu sein. Er hält ihnen vor, dass sie nicht bereit seien, ihn bei Verfolgung seiner Lebensziele zu unterstützen. Nach der beinahe schon unerträglichen Anhäufung von Konflikten, die sich in affektgeladenen verbalen Ausbrüchen äußern, konsultiert der mittlerweile 25-jährig gewordene Andreas auf Initiative der Eltern unsere Ambulanz² und zeigt volle Kooperationsbereitschaft bei Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchungen.

Im psychischen Statusbericht finden sich zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung keine Hinweise auf eine drohende psychotische Exazerbation: Der Patient ist im Bewusstsein klar und in allen Bereichen voll orientiert, er wirkt etwas verlangsamt, ängstlich und misstrauisch. Affektiv ist er leicht verflacht, etwas erschwert modulierbar. Die Konzentration ist geringfügig herabgesetzt, eine thematische Fixierung ist jedoch durchaus möglich. Das Vorhandensein von Angstgefühlen wird negiert. Alle Fragen werden im klaren Duktus, adäquat beantwortet, auch wenn immer wieder Versuche unternommen werden, das Gespräch spontan auf die politische Situation in Österreich zu lenken. Halluzinationen und produktive Ideen sind nicht explorierbar, wohl aber bestimmte Größenvorstellungen.

Über den Tagesablauf befragt berichtet Andreas, mit der aktuellen politischen Lage sich im Detail vertraut machen zu wollen, da es seinen ernsthaften Strebungen entspreche, sich ehemals zum Bundespräsidenten wählen zu lassen. Das Studium der politischen Situation in Lektüren und beim Fernsehen reiche ihm vollkommen aus, sein Tagesprogramm zu erfüllen. In den selbstbezogenen Äußerungen fällt wohl ein realitätsferner Zug auf, deutlich ausgeprägte Wahnhalte lassen sich jedoch nicht erkennen.

Nach der psychischen Statuserhebung wird Andreas unter Anwendung von FA-MOUS im Hinblick auf seine kognitiven Fähigkeiten untersucht. Die erhobenen Resultate veranschaulicht der folgende Computerausdruck:

² Sozialpsychiatrische Ambulanz Ottakring (PSD Wien) – Leitung: Prim. Dr. E.-J. Friedl.

FAMOUS(A) - System zur Erfassung kognitiver Leistungsdefizite
von V. Szendrödi, E.-J. Friedl u. G. Guttmann

Testperson: Andreas
Alter: 25a
Bildung: 2
Testdatum: 20.12.2000

Die Untersuchung erbrachte die folgenden Resultate:

Gesamtwert:	46
Konvergentes Denken:	14
Divergentes Denken:	15
Integrative Denkvorgänge:	17
Ergopsychometrischer Index:	-1
Differenziertheitsgrad:	2

Funktionstüchtigkeit in den einzelnen Leistungsbereichen

Konzentrationskraft/Aufmerksamkeit:	4
Sprachgebundene Fertigkeiten:	3
Anschauungsgebundene Fertigkeiten:	4
Einfallsreichtum/Produktivität:	4
Selektion/Projektion:	4
Verkürzungen:	7
Vergleiche:	6
Verkettungen:	8
Verdichtung/Inversion:	2
Verarbeitungskapazität/Urteilkraft:	4

Alters- und bildungsbezogene Einstufung der erzielten Resultate: STARK BEEINTRÄCHTIGT

Die erbrachten Leistungen wurden auf der folgenden Skala bewertet:

10. Sehr gut
9. Gut
8. Adäquat
7. Subadäquat
6. Leicht beeinträchtigt
5. Mittelgradig beeinträchtigt
4. Stark beeinträchtigt
3. Mentale Insuffizienz ersten Grades
2. Mentale Insuffizienz zweiten Grades
1. Mentale Insuffizienz dritten Grades

Aus dem dargestellten Profil der Testergebnisse wird ersichtlich, dass der Proband in allen *Grundsätzlichen Leistungsdimensionen* schwere Einbußen zu verzeichnen hat. Die *Gesamtleistung* liegt mit [46] Punkten wesentlich unter dem Niveau der alters- und bildungsadäquaten Vergleichspopulation und ist auf der verwendeten klinischen Skala mit „STARK BEEINTRÄCHTIGT“ zu qualifizieren.

Auch wenn das Profil der globalen Skalenwerte (*Konvergentes Denken* =>[14], *Divergentes Denken* [15], *Integrative Denkvorgänge* [17]) bei einer annähernden Gleichverteilung keine markanten Einbrüche aufweist, so fällt doch auf, dass die erbrachten Leistungen mit dem Komplexitätsgrad typischer Aufgabenstellungen besser werden. Oder umgekehrt: Je eher eine Aufgabenstellung die spontane Verarbeitung aktueller Eindrücke erfordert, umso schlechter fallen die Leistungen aus. Der Pro-

band unterliegt in den Bereichen „*Konzentration*“ und „*Selektive Aufmerksamkeitszuwendung*“ bei stark beeinträchtigtem *Kurzzeitgedächtnis* und eingeschränkter *assoziativer Freiheit* deutlich registrierbaren Störungen, während er bei Aufgabenstellungen, deren erfolgreiche Bewältigung nach Anwendung *logischer Sätze* und der Abrufbarkeit *fest abgelegter Wissensbestände* verlangen, relativ gut abschneidet. Völlig unauffällig erscheinen etwa die entlang der primären Dimensionen „*Verkettungen*“ =>[8] und „*Verkürzungen*“ =>[7] vorgewiesenen Leistungen. Aus diesem Trend lässt sich ableiten, dass die beobachtbaren Denkstörungen mehr *quantitativ* und weniger *qualitativ* akzentuiert sind.

Die dynamischen Parameter erscheinen im Normbereich. Der nahe bei Null liegende *Ergopsychometrische Index* [-1] besagt, dass weder eine ausgeprägte *Stressanfälligkeit*, noch eine nennenswerte *psychomotorische Verlangsamung* die Denkfähigkeit wesentlich beeinflusst. Die im positiven Wertebereich liegende, mäßig ausgeprägte Maßzahl für den *Differenziertheitsgrad* =>[2] widerspiegelt die oben besprochene Beobachtung, wonach die beobachtbaren Störungen in den primären (hypostasierenden) Fähigkeitsbereichen *konvergentes und divergentes Denken* deutlicher als in den ontogenetisch später in Erscheinung tretenden *denkoperativen Bereichen* hervortreten. Dieses Resultat zeigt wohl eine gewisse Tendenz an, ist jedoch nicht signifikant.

2 Manifestation der schizophrenen Erkrankung

Nur wenige Wochen nach der Erhebung des dargestellten Befundes kommt es bei Andreas zu einer psychotischen Exazerbation mit deutlich ausgeprägten Wahninhalten, Vergiftungsideen und Größenvorstellungen. Nach tätlichen Angriffen auf den Vater erfolgt eine Zwangseinweisung, die jedoch bald in eine freiwillige, etwa 5 Monate anhaltende stationäre Behandlung umgewandelt wird.

Eine vollständige Remission kann trotz intensiver rehabilitativer Maßnahmen bei medikamentöser und psychotherapeutischer wie auch soziotherapeutischer Behandlung – nicht erreicht werden. Andreas verlässt nach seinem Krankenhausaufenthalt das Elternhaus und zieht in einer betreuten Wohngemeinschaft ein. Es gelingt ihm aber nicht, einen verbindlich durchstrukturierten Tagesablauf zu etablieren. Nach rezidivierender psychotischer Exazerbation kommt es 2003 erneut zu einem Krankenhausaufenthalt.

In der Aufnahmesituation wirkt Andreas erschöpft, äußert die Befürchtung, verfolgt, vergiftet zu werden, gibt an, in letzter Zeit sich nur noch mit Brot und Tiefkühlkost ernährt zu haben und kaum noch zu einem Schlaf gekommen zu sein. Neben quantitativen Denkstörungen, die vor allem in Form von Gedankenabreißen auftreten, lassen sich auch Beeinflussungsideen und akustische Halluzinationen explorieren. Auf eine entsprechende Frage gibt Andreas an, die angeordneten Medikamente vor Monaten eigenwillig abgesetzt zu haben.

3 Therapie und Erfolgskontrolle

Die neuerlichen, nach Abklingen der Akutsymptomatik durchgeführten Testuntersuchungen legen die Vermutung einer schizophrenen Residualentwicklung nahe. Im November 2003 wird ein umfangreiches, stationär durchgeführtes Rehabilitationsprogramm eingeleitet, das im März 2004 abgeschlossen wird. Nach Beendigung des Programms, in dessen Mittelpunkt die unbedingte Einhaltung eines verbindlichen Tagesablaufs steht, der nun eine deutlich registrierbare Stabilisierung bewirkt, begibt sich Andreas erneut in die Betreuung unserer Ambulanz. Neben der medikamentösen Behandlung erfolgt hier auch eine psychotherapeutisch intendierte Begleitung der sozialen Reintegration, welche bei kontinuierlich durchgeführter medikamentöser Behandlung die folgenden Bereiche umfasst:

- Einzelgespräche im Abstand von 14 Tagen mit der Zielsetzung „Verbesserung der Selbstwahrnehmung, Erhöhung der Frustrationstoleranz, Umgang mit Autonomie und Identitätsproblematik“.
- Psychoedukative Maßnahmen zur Erkennung vulnerabler Stellen und Einrichtung eines Frühwarnsystems.
- Soziotherapie: Planung und Förderung der Verwirklichung zukunftsorientierter Aktivitäten entlang der Achsen „Arbeit, Wohnen und Freizeitgestaltung“.
- Arbeitstherapie mit den primären Zielsetzungen der Wiederherstellung sachbezogenen Problembewusstseins und Festigung zeitlicher und räumlich bedingter Strukturen.

Die Fortschritte, welche durch die engmaschige Betreuung erzielt werden konnten, sind überzeugend: Andreas beschließt, an einem Berufsfindungskurs teilzunehmen und schließt diesen nach 5 Monaten Besuch erfolgreich ab. Es bestehen während des Kursbesuches keine sozialen Anpassungsprobleme, und auch die Beziehung zu den Eltern erfährt eine weitgehende Konsolidierung.

In Rahmen fortgesetzter rehabilitativer Bemühungen wird der Besuch eines für die Dauer von 70 Wochen geplanten Buchhaltungskurses vorgesehen, der Andreas im Besitz seiner ersten Eindrücke vor keine besonders schwierigen Aufgaben stellen soll. Der anfängliche Optimismus erweist sich jedoch als unbegründet. Trotz bemerkenswerter Einsatzbereitschaft gelingt es Andreas nicht, beim forcierten Tempo des Kurses mitzuhalten und den vorgetragenen Stoff zu verarbeiten. Er bricht den Besuch des Kurses mit Enttäuschung und deutlich reduziertem Selbstbewusstsein ab.

Rund fünf Jahre nach der Erstuntersuchung wird mit Andreas – nach mehrfachen psychotischen Exazerbationen – der kognitive Leistungsdefizittest FAMOUS erneut durchgeführt. Die erhobenen Ergebnisse vermitteln das folgende Bild:

FAMOUS(A) – System zur Erfassung kognitiver Leistungsdefizite
von V. Szendrödi, E.-J. Friedl u. G. Guttman

Testperson: Andreas
Alter: 30a
Bildung: 2
Testdatum: 30.9.2005

Die Untersuchung erbrachte die folgenden Resultate:

Gesamtwert:	51
Konvergentes Denken:	15
Divergentes Denken:	15
Integrative Denkvorgänge:	21
Ergopsychometrischer Index:	5
Differenziertheitsgrad:	6

Funktionstüchtigkeit in den einzelnen Leistungsbereichen

Konzentrationskraft/Aufmerksamkeit:	6
Sprachgebundene Fertigkeiten:	5
Anschauungsgebundene Fertigkeiten:	4
Einfallsreichtum/Produktivität:	4
Selektion/Projektion:	6
Verkürzungen:	7
Vergleiche:	5
Verkettungen:	6
Verdichtung/Inversion:	4
Verarbeitungskapazität/Urteilkraft:	4

Alters- und bildungsbezogene Einstufung der erzielten Resultate: MITTELGR.BEEINTRÄCHTIGT

Die erbrachten Leistungen wurden auf der folgenden Skala bewertet:

10. Sehr gut
9. Gut
8. Adäquat
7. Subadäquat
6. Leicht beeinträchtigt
5. Mittelgradig beeinträchtigt
4. Stark beeinträchtigt
3. Mentale Insuffizienz ersten Grades
2. Mentale Insuffizienz zweiten Grades
1. Mentale Insuffizienz dritten Grades

Im Gesamtergebnis bildet sich mit [51] erreichten Wertpunkten eine wesentliche Besserung ab, die auch in einer höheren Position auf der Klinischen Skala einen Niederschlag findet. Auffallend ist beim Vergleich der beiden Testprofile, dass die beobachtbare Remission fast ausschließlich entlang der Dimension „*Integrative Denkvorgänge*“ stattgefunden hat. Positiv lässt sich dieses Ergebnis so deuten, dass im Bereich des operativen Denkvermögens eine weitgehende Konsolidierung stattgefunden hat, die sich eindeutig auf die Rückentwicklung von Wahnhaltungen zurückzuführen ist. Der negative Aspekt des im Profil erfassten Zustandsbildes wird dadurch ersichtlich, dass die Leistungsparameter in den primären Fähigkeitsbereichen (*Konvergentes und Divergentes Denken*) kaum eine Remission beobachten lassen. Sie stagnieren weiterhin bei [15] Wertpunkten und weisen auf eine schizophrene Residual-

entwicklung hin, der sich im Quantitativen Denkbereich in Form *beeinträchtigter Konzentration* und *Verarmung der Gedankenwelt* abbildet.

Das Abbauphänomen wird auch bei Betrachtung der im positiven Wertebereich liegenden, stark ausgeprägten Messgröße für den *Differenziierungsgrad* =>[6] ersichtlich. Sie beinhaltet den Hinweis darauf, dass die aktuell verfügbaren mentalen Fähigkeiten in den *hypostasierenden Bereichen* (Konvergentes bzw. Divergentes Denken) wesentlich unter jenem Niveau liegen, das in der intellektuellen Reifungsphase für die Entfaltung der aktuell beobachtbaren Messgröße im Funktionsbereich *Integrative Denkvorgänge* =>[21] erforderlich war.

Der ebenfalls im positiven Wertebereich liegende, stark ausgeprägte *Ergopsychometrische Index* =>[5] (maximal möglicher Wert = 7) zeigt an, dass die „*Erkennung von Mustern vor einem störenden Hintergrund*“ erschwert stattfindet. Hierbei wird eine reduzierte Stresstoleranz signalisiert, deren Ursachen sowohl in primär psychischen wie auch in organischen Bereichen liegen können.

Bei der Bewertung der dargestellten Testergebnisse ist zu beachten, dass sich die Standards auf alters- und bildungsadäquate Vergleichspopulationen beziehen und die Note „MITTELGRADIG BEEINTRÄCHTIGT“ dem Probanden im Umfeld junger Maturanten und studentischer Bevölkerungsschichten zugewiesen wird. In einem anderen Standardbereich, etwa in der Gruppe 35-jähriger Facharbeiter käme Andreas mit den gleichen Gesamtleistungen in die nicht grob auffällige klinische Klasse „SUBADÄQUAT“.

Im Lichte der erfassten Resultate erscheint es nun mehr als verständlich, dass Andreas den eher höher gestellten Anforderungen des Buchhaltungskurses nicht gerecht werden konnte. Eine intellektuell fordernde Verarbeitung aktueller Umweltinformationen scheitert derzeit allem Anschein nach nicht so sehr an Einbußen im Bereich denkoperativer Fähigkeiten, sondern viel mehr an der weiterhin vorhandenen Störungen auf der Eingangsseite des Informationsverarbeitungssystems: an der beeinträchtigten Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistung. Die geplanten Maßnahmen werden sich deshalb vor allem auf die Aufhebung von Defiziten in diesen Bereichen konzentrieren. Sollte sich jedoch als Effekt der erforderlichen Übungen lediglich das aktuell erbrachte Leistungsniveau stabilisieren, so wäre es trotzdem angebracht, über erfolgreich abgeschlossenen rehabilitativen Bemühungen zu sprechen.

4 Zusammenfassung, Ausblick

Aus dem dargestellten Krankheitsverlauf wird ersichtlich, dass kognitive Störungen bereits vor der Manifestation der ersten psychotischen Exazerbation auftraten. Primär war vom Krankheitsprozess die Eingangsseite des Informationsverarbeitungssystems (Kurzzeitgedächtnis, Aufmerksamkeit) wie auch die Funktionstüchtigkeit einfacher Denkmechanismen (Steuerung assoziativer Abläufe, Abrufbarkeit einfacher Denkinhalte) betroffen. Relativ gut erhalten blieben vor Ausbruch der Erkrankung höhere denkoperative Fähigkeiten (Anwendung logischer Sätze, Anwendbarkeit fest abgelegter Wissensbestände). Die durchgeführten rehabilitative Maßnahmen

konnten vor allem an kognitiven Funktionsbereichen greifen, welche in der ersten Erkrankungsphase von dem bereits laufenden Prozess nicht stark betroffen waren. Es bleibt abzuwarten, ob gezielt durchgeführte Maßnahmen die Funktionstüchtigkeit in derzeit unverändert defizitären, von der Residualentwicklung stark betroffenen Leistungsdimensionen heben können.