

Doch mehr als eine Adoleszenzkrise?

Der Patient war ein 17-jähriger Gymnasiast, der von den Eltern auf Anraten der Lehrperson im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst angemeldet wurde. Die Lehrperson hatte sozialen Rückzug und Leistungseinbußen bei dem sonst leistungsstarken Jugendlichen beobachtet. Die Eltern waren von der Empfehlung der Lehrperson überrascht, sie hatten zwar auch Veränderungen bei ihrem Sohn beobachtet, dachten jedoch, diese seien durch eine pubertäre Krise zu erklären.

Zwei Jahre zuvor war es zu einem Wechsel der Klassenkonstellation gekommen mit dem Verlust wichtiger Beziehungen für den Patienten. Dies wird als Ursache für die seit dieser Zeit auftretenden schleichenden Veränderungen angesehen. Der Patient hat sich zunehmend zurückgezogen und zum Zeitpunkt der Anmeldung war er nach der Schule nur noch in seinem Zimmer anzutreffen. Er erschien den Eltern weniger fröhlich, distanzierter und angespannter. Die Versuche der Eltern mit ihm in Kontakt zu treten, hatten oft in heftigen Auseinandersetzungen geendet, in denen sich die Eltern ohnmächtig fühlten. Der Patient hat im Unterricht kaum noch mitgemacht und wenn, dann hat er rätselhafte Dinge erzählt, die er selber nicht genau erläutern konnte.

Der Patient war von den Symptomen selbst beunruhigt. Es sei ihm meistens unwohl gewesen, außer Wut habe er kaum Gefühle gespürt. Seine Denk- und Konzentrationsfähigkeit erlebte er als eingeschränkt. Er beschrieb Wortfindungsstörungen, Gedankenverlangsamungen, Schwierigkeiten in der Denkinitiative und Gedankenblockaden. Der Patient berichtete auch wahnhaftige Ideen. So hatte er manchmal die Vorstellung, in einer Art „Trueman Show“ zu leben: Alle

um ihn herum seien Schauspieler, die ihm schaden könnten. Dementsprechend sei er der Freundlichkeit anderer mit Misstrauen begegnet. Auch hatte er oft das Gefühl, beobachtet zu werden und war überzeugt, dass andere seine Gedanken lesen könnten. Nach langem Zögern berichtete er, sich mehrmals zuerst an den Armen und später an den Oberschenkeln geritzt zu haben. Dies tat er nicht in suizidaler Absicht, sondern mehr aus einem für ihn nicht einfach zu beschreibenden Gefühl des Unwohlseins. Im Kontakt imponierten ein parathymes Lächeln, Mühe mit der Aufrechterhaltung des Blickkontaktes, bizarres Gestikulieren mit den Händen und eine psychomotorische Unruhe.

Nach der ausführlichen Abklärung wurde die Diagnose einer hebephrenen Schizophrenie gestellt und eine medikamentöse Behandlung mit Aripiprazol eingeleitet. In den nachfolgenden 5 Wochen fand eine stete Reduktion der Positivsymptomatik statt: Die paranoid gefärbten Gedanken traten zurück, die Parathymie verschwand und der Patient war allgemein offener. Jedoch berichtete er, weiterhin Mühe mit der Konzentration und Ausdauer zu haben. Auch wenn sich zwischen den Eltern und dem Patient die Kommunikation verbesserte, hatte er weiterhin Mühe, erweiterte soziale Kontakte zu pflegen. In der Schule verbesserten sich seine Leistungen kaum, sodass eine Rückstufung von der 5. in die 4. Gymnasialklasse beschlossen wurde. Für die Eltern stand jedoch der verbesserte Kontakt zu ihrem Sohn im Vordergrund, worüber sie sich sehr freuten, allerdings sahen sie die Medikation mit ihren Nebenwirkungen (leichte Übelkeit während des Essens, Reduktion der Nahrungsaufnahme und leichte Müdigkeit) als gesundheitsgefährdend.

Therapeutisch wurde die Einweisung in unsere Tagesklinik für Jugendliche empfohlen, um die kognitiven und affektiven Einschränkungen intensiver zu behandeln und um eine bessere medikamentöse Einstellung vorzunehmen. Hauptsächlich der Patient, aber auch seine Eltern, zeigten sich mit dem Vorgehen einverstanden. Einige Tage später meldete sich jedoch der Vater und teilte uns mit, dass er sich mit Verwandten und Bekannten über die Beurteilung und Behandlung unterhalten hatte. Er sei überzeugt, dass die Diagnose nicht stimme und es das Richtige sei, den Sohn ab jetzt so normal wie möglich zu begleiten. So hatte der Vater die Medikation eigenständig abgesetzt und die Aufnahme in die Tagesklinik abgesagt.

An dieser Stelle wurde es sehr wichtig, den Eltern in ihrer Sorge, ein krankes Kind zu haben, zu begegnen und ihnen die Möglichkeit zu geben, es kognitiv und

Was kann man aus diesem Fall lernen?

Auch wenn die Diagnostik und dementsprechend die Einleitung der Behandlungsmaßnahmen sehr wichtig sind, ist die Begleitung der Betroffenen, der Familienangehörigen und des unmittelbaren Umfelds essenziell. Die kognitive und emotionale Auseinandersetzung mit einer solchen Diagnose und deren Konsequenzen benötigt ausreichend Zeit. Die Eltern benötigten in diesem Fall mehr Zeit als der Patient, um die Erkrankung zu akzeptieren. Auch wenn man als Therapeut die Sorge hat, wichtige Zeit zu verlieren, ist es für die Behandlung essenziell, die notwendige Zeit zu investieren, damit alle Beteiligten einen Konsens betreffend Diagnose und Therapie finden können.

emotional zu verstehen und schrittweise zu akzeptieren. Sie konnten sich im Verlauf mit der Beibehaltung der ambulanten Termine einverstanden erklären. Ohne die Unterstützung der Medikation bei fortbestehendem schulischem Leistungsdruck entwickelte der Patient bald wieder

paranoid gefärbte Gedanken. Diesmal aber waren die Eltern mit spezifischen Maßnahmen und einem tagesklinischen Setting einverstanden.

Maurizia Franscini, Zürich



Korrespondenzadresse:
Dr. med. Maurizia Franscini, Oberärztin, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich, Neumünsterallee 3, 8032 Zürich, Schweiz, E-Mail: maurizia.franscini@kjpdzh.ch