



107 I. Schizophrenie ICD-10 V F 20-29

Wie Andrawis A, (2021) beschrieben hat, setzt sich der Begriff Schizophrenie aus dem griechischen Wort skizo (spalten) und phren (Verstand, Gemüt) zusammen. Am Beginn dieses Jahrhunderts wurde, wie schon Bondy erwähnt, Schizophrenie vom Schweizer Psychiater Eugen Bleuler für eine Gruppe von Krankheiten verwendet, bei der die Zerrissenheit des Denkens und Fühlens auffällig ist. In einem weiteren Sinn definierte Kraepelin bereits 1898 mit dem Begriff „Dementia praecox“ (vorzeitige Demenz) das Erscheinungsbild dieser Krankheit. Stärker auf das psychogene Querschnittsbild bezogen, formulierte 1911 Bleuler den Begriff „Schizophrenie“ (Bewusstseinsspaltung) für diese endogene Psychose. In modernen Klassifikationssystemen wurde das Konzept der Schizophrenie nach ICD-10 und DSM-IV zwecks internationaler Konsensfindung modifiziert. Einbezogen wurden moderne empirische Untersuchungsergebnisse und die Notwendigkeit einer Operationalisierung (Andrawis A, 2021).

Definition

In der ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th Edition) sind Schizophrenie und ähnliche Störungen in der Kategorie F20-F29 klassifiziert. Hierbei handelt es sich um eine Gruppe von psychischen Störungen, die als psychotische Störungen bekannt sind und zu denen Schizophrenie gehört.

Die Diagnose der Schizophrenie

Die Diagnose der Schizophrenie erfordert in der Regel eine umfassende klinische Bewertung und Beurteilung durch einen qualifizierten Fachmann im Gesundheitswesen, in der Regel einen Psychiater oder Psychologen. Die Diagnose basiert auf einer gründlichen Untersuchung der Symptome, des Krankheitsverlaufs und der Lebensgeschichte des Patienten. Hier sind die Schritte, die normalerweise bei der Diagnose der Schizophrenie durchgeführt werden:

1. Klinische Bewertung: Der Fachmann wird eine ausführliche Anamnese und Untersuchung durchführen, um die aktuellen Symptome und den Krankheitsverlauf zu verstehen. Dazu gehören Gespräche über Wahrnehmungsstörungen, Denkprobleme, emotionale Zustände und soziale Funktion.

2. Psychiatrische Bewertung: Symptome wie Halluzinationen (falsche Wahrnehmungen), Wahnvorstellungen (falsche Überzeugungen), Gedankenstörungen und soziale Rückzugsverhalten bewerten.

3. Ausschluss anderer Erkrankungen: Es ist wichtig sicherzustellen, dass die Symptome der Schizophrenie nicht durch andere medizinische oder neurologische Erkrankungen verursacht werden. Daher können Labortests oder bildgebende Verfahren durchgeführt werden, um körperliche Ursachen auszuschließen.

4. Diagnosekriterien: Die Diagnose der Schizophrenie basiert auf den diagnostischen Kriterien, die im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) oder in der International Classification of Diseases, 10th Edition (ICD-10) festgelegt sind. Der Patient muss bestimmte Kriterien erfüllen, um die Diagnose zu erhalten.

5. Dauer der Symptome: Die Symptome der Schizophrenie müssen über einen längeren Zeitraum andauern, normalerweise mindestens sechs Monate, wobei mindestens einen Monat lang deutliche psychotische Symptome wie Halluzinationen oder Wahnvorstellungen vorhanden sein müssen.

6. Ausschluss anderer psychischer Störungen: Der Fachmann wird sicherstellen, dass die Symptome nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden können.

7. Funktionsbeeinträchtigung: Schizophrenie führt oft zu einer erheblichen Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und persönlichen Funktionsfähigkeit. Dies wird bei der Diagnose berücksichtigt.

Die Diagnose der Schizophrenie kann komplex sein, da die Erkrankung vielfältige Symptome aufweisen kann und es wichtig ist, andere mögliche Ursachen für diese Symptome auszuschließen. Sobald die Diagnose gestellt wurde, kann eine umfassende Behandlungsstrategie entwickelt werden, die Psychotherapie, medikamentöse Therapie und

Unterstützungsdienste umfasst. Die Behandlung sollte individuell auf die Bedürfnisse des Patienten zugeschnitten sein und von einem Fachmann im Gesundheitswesen geleitet werden. Die frühzeitige Diagnose und Behandlung sind entscheidend, um die Symptome zu lindern und das Leben des Betroffenen zu verbessern (Andrawis A, 2018).

Schizophrenie schizotype und wahnhafte Störungen F20: Schizophrenie (F20-F29)

Diese Kategorie umfasst verschiedene Formen von Schizophrenie, einschließlich paranoider Schizophrenie, hebephrener Schizophrenie und katatonen Schizophrenie. Schizophrenie ist durch Symptome wie Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Denkstörungen und sozialen Rückzug gekennzeichnet.

Schizotype Störung F21

Dies ist eine Störung, bei der Personen exzentrisches Verhalten, Gedankenanomalien und soziale Isolation aufweisen, jedoch nicht alle Symptome der Schizophrenie aufweisen.

Wahnhafte Störungen F22

Diese Kategorie umfasst wahnhafte Störungen, bei denen wahnhafte Überzeugungen (feste, unveränderliche Überzeugungen, die nicht der Realität entsprechen) im Vordergrund stehen, ohne die ausgeprägten Denk- und Wahrnehmungsstörungen, die bei der Schizophrenie auftreten.

Die genaue Diagnose und Unterscheidung zwischen verschiedenen Arten von Schizophrenie und psychotischen Störungen erfordert eine sorgfältige klinische Bewertung durch einen qualifizierten Fachmann im Gesundheitswesen. Die ICD-10 dient als internationale Klassifikation zur Kodierung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen und hilft dabei, Diagnosen zu dokumentieren und medizinische Informationen weltweit zu standardisieren.

Das Erscheinungsbild dieser Erkrankung ist vielfältig und zeigt sich in Form von Ich Störung, Wahn, Halluzinationen, formalen Denkstörungen, psychomotorischen Störungen und Affektstörungen. Um von einer krankhaften Störung zu sprechen, müssen diese Kriterien über einen längeren Zeitraum bestehen.

Zitat aus Sicht eines subjektiv betroffenen Patienten, der beschreibt, wie es sich innerlich anfühlt, wenn man an dieser Störung leidet:

„Zwei Seelen wohnen, ach in meiner Brust, und 'ne innere Stimme habe ich auch noch! (Was ihn nicht schlafen lässt, was ihn antreibt zu jeder Stunde, ist sein innere Schweinehund!“).
(ebd.).

Epidemiologie

Wen trifft nun diese Störung? Ist sie bei allen Völkern und Schichten gleichermaßen anzutreffen? Die Antwort auf diese Fragen gibt uns, wie schon Bondy beschreibt, die epidemiologische Forschung, weil sie sich nicht nur mit Zahlen beschäftigt, sondern auch mit der Ursache einer Erkrankung. Es bestehen markante geographische Unterschiede. Beispielsweise lag in Verona/Italien bei 1000 Einwohnern die Ersterkrankungsrate bei 0,08% im Jahr, hingegen in Rochester/USA zehnmal höher (Andrawis A, 2021).

In der Durchschnittsbevölkerung liegt das Risiko einer Erkrankung bei Frauen und Männer gleichermaßen bei 1%

Wie Möller erwähnt, bricht die Krankheit meist zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr aus, wobei Männer etwas früher erkranken als Frauen. Der Hebephrenie Subtyp manifestiert sich vor allem in der Pubertät, der paranoid-halluzinatorische Subtyp ab dem 30. Lebensjahr, ab dem 40. Lebensjahr spricht man von Spätschizophrenie. Die Höhe der Suizidrate bei dieser Erkrankung liegt weltweit bei 10%. (ebd.).

Ätiopathogenese der Schizophrenie

Auslösende Faktoren können zerebrale Schäden bzw. auch psychosoziale Faktoren soziokultureller Art und eine genetische Anlage sein. Bei Erkrankung der Angehörigen ersten Grades etwa liegt, wie schon Möller erklärt, das Erkrankungsrisiko bei einer Größenordnung von 10 %, bei Verwandtschaft zweiten Grades bei etwa 5%. Das Risiko für diese Störung steigt auf 40%, wenn beide Elternteile betroffen sind. Die genetische Disposition liegt bei eineiigen Zwillingen bei 50 % und 15% bei zweieiigen Zwillingen (ebd.).

Wichtig ist zu verstehen, dass das Bewusstsein und die intellektuellen Fähigkeiten nicht beeinträchtigt werden. Wie schon Dilling et. al. betonen, tritt im fortgeschrittenen Stadium eine Persönlichkeitsveränderung mit dem Verlust des Gefühls von Individualität, Entscheidungsfreiheit und Einzigartigkeit ein.

Der Betroffene verliert seinen Bezug zur Wirklichkeit und den Mitmenschen, fühlt sich von unbekannten Kräften getrieben. Wie schon Bondy betont, ist es schwierig sich in die Innenwelt eines Betroffenen zu versetzen und diese Erkrankung nachzuvollziehen. Ohne sichtbaren äußeren Anlass tritt diese Erkrankung auf und verändert die Persönlichkeit des Betroffenen. Gesunde Anteile der Persönlichkeit bleiben oftmals neben den kranken Anteilen erhalten (ebd.).

Schizophrenie aus biochemischer Sicht

Zentralnervöse dopaminerge Strukturen wirken, wie schon Möller beweist, im mesolimbischen System überaktiviert. Man bezeichnet sie als wichtigstes biochemisches Korrelat akuter schizophrener Symptomatik. Pharmakologische Befunde unterstützen diese

Hypothese, weil Neuroleptika die dopaminergen Rezeptoren (postsynaptischen Dopamin-D2Rezeptoren) blockieren und so ihre antipsychotische Wirkung einsetzt (ebd.).

Bis heute ist unklar, ob dopaminerge Überaktivität die Ursache der Störung ist. Man geht davon aus, dass ein Dopaminüberschuss oder eine Hypersensibilität dopaminerger Rezeptoren der Ausgangspunkt ist. Wie schon Möller beschreibt, handelt es sich hier um einen Überschuss dopaminerger Aktivität im Verhältnis zu anderen Neurotransmittersystemen.

Das serotonerge und das glutamaterge System spielen, wie schon Möller betont, bei Schizophrenie eine wichtige Rolle. Diese Hypothese wird bis heute diskutiert. Neuroleptika sind die Gegenspieler (Dopamin-D2-Antagonisten). Sie lösen akut Symptome aus und verursachen Halluzinationen. Auch Amphetamine sind die Ursache einer erhöhten Dopamin-Transmission. Das glutamaterge und das dopaminerge System sind eng miteinander gekoppelt. Auch das serotonerge System findet vermehrt Beachtung, da alle Neuroleptika neben dem bereits erwähnten Dopamin-D2-Antagonismus auch einen Serotonin-5HT_{2A}-Antagonismus haben. Die psychosozialen Faktoren spielen als Ursache und Auslöser bei Schizophrenie eine wesentliche Rolle. In niederen sozialen Schichten ist diese Erkrankung häufiger anzutreffen. Auch der Stress durch Überstimulation hat negative Auswirkung auf das Entstehen dieser Krankheit (ebd.).

Die psychoanalytische Sicht der Schizophrenie

Wie schon Andrawis beschreibt, begünstigt eine Ich-Schwäche in der Kindheit aus psychoanalytischer Sicht den Ausbruch der Krankheit, ebenso das Zusammentreffen genetischer Risiken mit ungünstiger Familienatmosphäre. Psychische Störungen entstehen, wie schon Menzies beschreibt, oftmals aus einem frühen Konflikt und dessen pathologischer Verarbeitung. Dies ist die Entstehung strukturellen Mangels, hier handelt es sich um primäre und sekundäre Störungen des Selbst. Insbesondere die primären führen zur Entstehung weiterer 5 Gruppen von Störungen (narzisstische, schizoide und paranoide

Persönlichkeitsstörung, Psychose und Borderline Andrawis A, (2021)

Eine klinische Stichprobe zur Häufigkeit psychopathologischer Störungen

Die klinische Stichprobe von 81 Patienten, die Andrawis (2018) beschreibt, zeigte die relative

- | | |
|---|--|
| Häufigkeit psychopathologischer Symptome: | - euphorisches Verhalten, läppisches Verhalten (je 9%) |
| | - Panik und Angst (21%) |
| - Störung der Affektivität (96%): | - Parathymie (31%) |

- depressive Stimmung (26%)
 - Dysphorie / Gereiztheit, aggressive Gespanntheit (23%)
 - Misstrauen (28%)
 - Ich-Störung (46%):
 - Gedankenausbreitung / Fremdbeeinflussung des Denkens (20%)
 - Depersonalisation / Derealisation (31%)
 - andere Erlebnisse durch fremden Einfluss (13%)
 - Autismus (15%)
 - Formale Denkstörung (68%):
 - Vorbeireden (19%)
 - Gedankenabreißen / Sperrung des Denkens (30%)
 - Zerfahrenes Denken (35%)- Störung des Trieb- und Sozialverhaltens (63%):
 - gesteigerte Erschöpfbarkeit (10%)
 - Aggressionstendenz (19%)- Verwahrlosungstendenz / Pflegebedürftigkeit (13%)
 - Kontaktmangel (45%)- Wahn (79%):
 - Liebeswahn (3%)
 - Größenwahn/religiöser Wahn (11%)
 - Beeinträchtigungswahn/ Verfolgungswahn (59%)
 - Beziehungswahn (48%)
 - Störungen des Willens und der Psychomotorik (60%)
 - Manierismus (11%)
 - Negativismus / Autismus (je 8%)
 - Katalepsie (4%)
 - Agitiertheit / Apathie / Stereotypen (je 13%)
- Symptomatik der Schizophrenie
- Abulie / Interessenverminderung (28%)
 - Stupor (9%)
 - Halluzinationen (49%):
 - Kommentierende Stimmen/dialogisierende (36%)
 - Leibhalluzinationen (14%)
 - Optische Halluzinationen (18%)
 - Sonstige akustische Halluzinationen und andersartige Stimmen (15%) (Andrawis A, 2021).

Verschiedene Erscheinungsformen

Schizophrenie hat verschiedene Erscheinungsformen. Nach Bleuler werden die Affektivitätsstörung, die so genannte formale Denkstörung und Ich-Störung, als typische Grundsymptome definiert. Schneider unterscheidet zwischen Symptomen des ersten und zweiten Ranges. Zum ersten Rang gehören interpretierende Stimmen, Gedankenentzug, Wahnwahrnehmung, Gedankenlautwerden. Zum zweiten Rang zählen Wahneinfälle, andere Sinnestäuschungen, etc.

Wie schon Möller betont, ist bei der Diagnose Schizophrenie wichtig zu bedenken, dass sie nicht zwingend parallel zu Wahn und Halluzination verlaufen muss. Es gibt Arten von Schizophrenie, die diese Symptome nicht bilden. Teilweise finden sich die Symptome auch in anderen psychischen Erkrankungen. Auffällig ist aber, dass 80% der Erkrankten Wahnsymptome entwickeln. Ein Symptom allein definiert Schizophrenie nicht eindeutig als Krankheit. Um eine eindeutige Diagnose zu erstellen, ist es sinnvoller Symptome gruppenweise zusammenzufassen (ebd.). Es folgt eine Unterteilung der Symptome nach Möller, die gemeinsam auftreten und besonders wichtig zur Diagnoseerstellung sind:

1. Gruppe

- a) Gedankenentzug, Gedankeneingebung, Gedankenlautwerden oder Gedankenausbreitung.
- b) Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Wahnwahrnehmungen. Gefühl des Gemachten, bezogen auf Körper und Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen
- c) Dialogische oder kommentierende Stimme oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen.
- d) Völlig unrealistischer, lang andauernder Wahn, wie z.B. eine politische bzw. religiöse Persönlichkeit zu sein oder übernatürliche Kräfte zu besitzen (z.B: man steht in Kontakt mit Außerirdischen oder man hat die Macht das Wetter zu kontrollieren).

2. Gruppe

- a) Halluzinationen, begleitet von undeutlichen anhaltenden ausgebildeten Wahngedanken ohne deutlich affektive Beteiligung oder von flüchtigen Gedanken. Diese Symptome treten täglich über Wochen oder sogar Monate auf.
- b) Der Gedankenfluss wird durch Gedankenabrisse beeinträchtigt, Zerfahrenheit oder Neologismen zeigen sich.
- c) Wächserne Biegsamkeit oder Haltungsstereotypen, katatone Symptome wie Erregung, Negativismus, Stupor und Autismus.
- d) Negative Symptome, wie schon Andrawis beschreiben: verflachte oder inadäquate Effekte, auffällige Apathie, Sprachverarmung, sozialer Rückzug, Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit. Wichtig ist, dass diese Symptome nicht durch neuroleptische Medikamente oder eine Depression verursacht werden (Andrawis A, 2018).

3. Gruppe

Ziellosigkeit manifestiert sich in einer im Selbst verlorenen Haltung, Trägheit und sozialen Rückzug. Diese Symptome sind typisch für Schizophrenia simplex (F20.6).

Um eine Diagnose zu erstellen, muss mindestens ein Symptom eindeutig sein, bei nicht eindeutigen Symptomen mindestens zwei bis drei (aus den oben genannten Gruppen I. – III.). Überdies müssen die Symptome mindestens einen Monat und darüber hinaus andauern. Bei kürzerer Dauer sollte man an eine akute schizophreniforme psychotische Störung (F23.2) denken.

Zeigen sich schizophrene und affektive Symptome gleichzeitig und in gleicher Intensität, spricht man von einer schizoaffektiven Störung (F25).

Wenn das Gehirn durch Entzugerscheinungen oder Intoxikation beeinträchtigt ist, soll auf keinen Fall Schizophrenie als Diagnose erstellt werden. Es werden ähnliche Erscheinungsbilder der Schizophrenie bei Epilepsie oder anderen Gehirnerkrankungen unter (F06.2) definiert. F1.5

ist eine durch Drogen (sowie Koffein) verursachte Gehirnschädigung. F1.0 eine Störung des Gehirns durch Alkohol (ebd.).

Klassifikationen der Schizophrenie ICD-10 F20.0 – F20.9 nach Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008.

Paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0)

Das häufigste Erscheinungsbild, wie schon Bondy bestätigt, zeigt Halluzinationen und Wahn. Die Patienten fühlen sich abgehört und bedroht, ferngesteuert und beeinflusst. In ihren Gedanken zeigen sich Sprunghaftigkeit und Zerfahrenheit. In der akuten Phase stellen sich schwere, nicht nachvollziehbare Gefühlsausbrüche ein, "wie von Dämonen besessen". Von allen Symptomen ein wenig zu viel: zu aktiv, zu laut. Die Grundsymptome treten in den Hintergrund, während produktive Symptome im Vordergrund stehen (Andrawis A, 2021).

Hebephrene Schizophrenie (ICD-10 F20.1)

Wie Andrawis (2018) beschreibt, tritt sie insbesondere im Jugendalter auf. Affektive Störungen stehen im Vordergrund, im Sinne von nicht altersgemäßen Verhaltensweisen oder Gleichgültigkeit, verbunden mit einer Denkstörung. Der Betroffene scheint besonders unberechenbar, frech, vorlaut und keine Hemmungen mehr im Sozialverhalten zu zeigen (Andrawis A, 2021).

Katatone Schizophrenie (ICD-10 F20.2)

Diese Form der Schizophrenie ist, wie schon Andrawis beschreibt (2013), gekennzeichnet durch Antriebs- und Bewegungsstörung. Die Symptome treten plötzlich in schwerer Form auf: Erregung, starke Unruhe mit Erstarrung (katatoner Stupor) oder Gereiztheit und Aggressivität. Wahn und Halluzination als Grundstörung treten in den Hintergrund. Der Verlauf der Katatonie in zahlreichen Episoden ist relativ kurz. Die Persönlichkeit verändert sich nicht so stark wie bei den anderen Typen (ebd.).

Undifferenzierte Schizophrenie

Undifferenzierte Schizophrenie (ICD-10 F20.3)

Bei diesem Typ handelt es sich um mehrere Symptome ohne eindeutigen Hinweis auf die Diagnose. Wie schon Dilling et. al. erklären, weisen Patienten entweder zu wenige oder auch zu viele Symptome auf (F20.0, F20.1, F20.2, F20.4, F20.5). Die oben genannten Kriterien müssen zur Erstellung der Diagnose erfüllt sein (ebd.).

Postschizophrene Depression ICD-10 F20.4

Wie schon Andrawis erklären (2013), besteht diese Störung im Anschluss an eine Schizophrenie. Typische Symptome sind noch vorhanden, aber in gemäßigter Form. Häufig überwiegt die negative Symptomatik. Sie ist nicht so wichtig für die Diagnose dieser depressiven Symptome. Dies steht nur vorübergehend als Folge nicht mehr vorhandener psychotischer Symptome. Es ist eine Reaktion auf die Erkrankung. Man sollte hier nicht vorschnell eine Depression diagnostizieren (F32.2, F32.3 laut: ICD-10 Kapitel –V.). Es ist nicht leicht festzustellen, welche Symptome auf der Wirkung narkoleptischer Medikamente beruhen, welche zur Depression gehören oder ihren Ausgang in der Affektverflachung und Antriebsminderung der Schizophrenie haben. Ein hohes Suizidrisiko kennzeichnet diese Phase.

Wenn drei Kriterien erfüllt sind kann eine Diagnose erstellt werden

1. Typische schizophrene Symptome sind noch vorhanden
2. Der Betroffene litt innerhalb der letzten 12 Monate an Schizophrenie-Symptomen
3. Seit mindestens 2 Wochen stehen depressive, quälende Symptome im Vordergrund (ebd.).

Schizophrener Residuum Typ ICD-10 F20.5

Dieser Typ stellt sich im Verlauf schizophrener Psychosen ein. Wie schon Möller beschreibt, ist anfänglich eine Persönlichkeitsänderung durch Leistungsschwäche, affektive Nivellierung, Neigung zu hypochondrischen Beschwerden, Konzentrationsstörungen und depressive Verstimmungen zu bemerken. In schweren Fällen kommt es zu einer massiven Antriebs- und Interesselosigkeit, Vernachlässigung der Körperpflege und autistischem Rückzug von sozialen Kontakten. Der chronische Zustand wird als Negativsymptomatik bezeichnet. Wenn sich chronische bzw. negative Symptome mit Positivsymptomatik mischen, spricht man von „gemischtem Residuum“ (ebd.).

Schizophrenie Simplex ICD-10 F20.6

Hier handelt es sich um eine Störung die, wie schon Andrawis beschreibt (2013), fast unmerklich und sehr häufig schon in der Pubertät beginnt. Der Verlauf ist nicht so dramatisch, Wahn und Halluzinationen sind nicht vorhanden. Patienten mit dieser Störung zeichnen sich durch Antriebslosigkeit aus, haben keine Interessen und Neigungen mehr und leben in sich zurückgezogen. Berufliche und soziale Kontakte sind verkümmert. Verlauf der Krankheit: Die Krankheit schreitet langsam voran bis sich die Persönlichkeit schließlich auflöst (ebd.).

Sonstige Schizophrenie (ICD-10 F20.8)

- Hierzu zählen nicht näher bekannte Schizophrenie-Formen
- Schizophrenie in ihrer synästhetischen Ausprägung

Ausgeschlossen werden drei verschiedene Schizophrenie-Typen:

1. Zyklische Schizophrenie (ICD-10 F25.2)
2. Latente Schizophrenie (ICD-10 F20.1)
3. Akute Schizophrenieformale Störung (ICD-10 F23.2)

Nicht näher bezeichnete Schizophrenie ICD-10 F20.9

Hierzu zählen nicht näher bekannte Schizophrenie-Formen. Schizophrenie mit einer Neigung zu Gewalttaten. In der öffentlichen Meinung gelten, wie schon Bondy beschreibt, schizophrene Personen als gewaltbereit. Dies bezieht sich aber nur auf einzelne Gewalttaten, die von einzelnen Geistesgestörten verübt wurden. Es ist nicht richtig, dass die Mehrheit der Straftaten von psychisch kranken Menschen verübt wird. Eine Studie in Deutschland aus den Jahren 1955 bis 1964 zeigt, dass lediglich 3% der Gewalttäter, bei einer Aufklärungsrate von 90%, psychisch krank waren. Von 10.000 Schizophrenie-Kranken verübten also nur 5 Personen eine Gewalttat. Dies widerspricht allerdings dem Bild der öffentlichen Meinung (ebd.).

Therapie der Schizophrenie

Die Therapie setzt sich aus drei Bausteinen zusammen: Psychopharmakologie, Psychotherapien und soziotherapeutische Maßnahmen.

Wie schon Andrawis (2013) betont, steht hierbei die Psychopharmakologie im Vordergrund. Dabei sollte man beachten, dass eine Kombination aus Neuroleptika nur dann als sinnvoll gesehen wird, wenn sie durch Mischung eines nicht sedierenden Neuroleptikums mit einem sedierenden Benzodiazepin einen starken antipsychotischen Effekt hat. Im Stadium akuter psychotischer Episoden ist ein stationärer Aufenthalt unbedingt notwendig. Wichtig ist die Verabreichung einer hohen Dosis Neuroleptika im akuten Stadium. Darauf wird in weiterer Folge auf die Verträglichkeit der Nebenwirkungen beim Patienten geachtet. Wenn das Akutstadium vorbei ist und der Patient sich stabil genug fühlt, folgen Psychotherapien und soziotherapeutische Maßnahmen. Eine Kontrolle ist durch einen Facharzt für Psychiatrie oder ambulant erforderlich.

Wenn sich nach vier bis sechs Wochen kein Behandlungserfolg einstellt, wird das Neuroleptikum Clozapin verabreicht (Andrawis A, 2018).

Im weiteren Sinn Die Therapie der Schizophrenie ist in der Regel ein langfristiger Prozess, der eine umfassende Behandlungsstrategie umfasst. Die Hauptziele der Behandlung sind die

Linderung von Symptomen, die Verhinderung von Rückfällen und die Verbesserung der Lebensqualität des Betroffenen. Hier sind einige der wichtigsten Behandlungsansätze für Schizophrenie:

Antipsychotische Medikamente

- Antipsychotika sind Medikamente, die dazu dienen, die Symptome der Schizophrenie zu kontrollieren, insbesondere Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Denkstörungen.
- Es gibt zwei Hauptklassen von Antipsychotika: typische (erste Generation) und atypische (zweite Generation) Antipsychotika. Die Wahl des Medikaments hängt von den individuellen Bedürfnissen des Patienten ab und kann in Absprache mit einem Psychiater erfolgen.
- Die Einnahme von Antipsychotika sollte unter ärztlicher Aufsicht erfolgen, da sie Nebenwirkungen haben können. Die richtige Dosierung und die Überwachung von Nebenwirkungen sind wichtig.

Psychotherapie

Psychotherapie, insbesondere kognitive Verhaltenstherapie (CBT) und unterstützende Psychotherapie, kann dazu beitragen, die Bewältigungsfähigkeiten des Patienten zu verbessern, das Krankheitsverständnis zu fördern und die Symptome der Schizophrenie zu bewältigen.

CBT kann auch dazu beitragen, negative Denkmuster und psychotische Überzeugungen zu erkennen und zu ändern.

Soziale Unterstützung und Rehabilitation

Soziale Unterstützung durch Familie und Freunde ist von großer Bedeutung. Eine unterstützende Umgebung kann zur Genesung beitragen.

Rehabilitationsprogramme können den Betroffenen dabei helfen, wichtige Fähigkeiten für das tägliche Leben, die berufliche Integration und die soziale Interaktion zu erlernen oder wiederzugewinnen.

Behandlung von Begleiterkrankungen

Viele Menschen mit Schizophrenie leiden auch an Begleiterkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder Substanzmissbrauch. Diese Begleitstörungen sollten ebenfalls behandelt werden.

Medikamentenmanagement und regelmäßige ärztliche Kontrollen

- Die Einnahme von Medikamenten sollte regelmäßig erfolgen, und der Patient sollte sich in ärztlicher Behandlung befinden, um die Wirksamkeit der Medikamente zu überwachen und Nebenwirkungen zu bewerten.

Frühintervention

Frühzeitige Diagnose und Behandlung sind entscheidend, um die Prognose zu verbessern und die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen zu verringern.

Die Behandlung der Schizophrenie ist in der Regel langfristig und erfordert Geduld und Engagement sowohl von Seiten des Betroffenen als auch des Behandlungsteams. Die individuelle Behandlungsstrategie kann je nach den spezifischen Bedürfnissen und Symptomen

des Patienten variieren. Es ist wichtig, dass die Behandlung eng mit einem Psychiater oder Psychotherapeut abgestimmt wird, um die besten Ergebnisse zu erzielen.

Ziel der Therapie

Das Ziel der modernen Psychopharmaka Therapien ist, wie schon der Autor beschreibt, die Stabilisierung der Gefühlslage; das Denken wird klarer und geordnet. Patienten fühlen sich entlastet und können wieder leichte Tätigkeiten meistern. Die sozialtherapeutischen Maßnahmen empfehlen geordnete Wohnverhältnisse und klar definierte Aufgaben im Berufsfeld. Konflikte in der Familie sollten vermieden werden. Die Psychotherapien bieten eine weitere Begleitung auf dem Lebensweg (ebd.).

Psychotherapien für Schizophrenie

Aus psychoanalytischer Sicht wurzeln viele psychische Probleme in der Kindheit. Dabei geht es um die Sichtbarmachung der Persönlichkeitsstrukturen durch Aufarbeitung ungelöster traumatischer Erlebnisse in der Kindheit, die im Unbewussten verankert sind. Wie schon Bondy betont, ist hier eine freie Assoziation und Traumdeutung für die Therapie von Bedeutung. Verdrängte Traumata und Konflikte werden ins Bewusstsein gebracht, um eine angemessene seelische Verarbeitung zu ermöglichen. Der positive Wille des Patienten ist hier von großer Bedeutung.

Ich glaube, hier wäre es wichtig dem Patienten zu erklären, dass Abwehr und Widerstand in der Therapie nicht zielführend sind. Nach Freud stehen schizophrene Patienten der Psychoanalyse nicht offen gegenüber. Dies erschwert die Kontaktaufnahme. Der Patient ist reizüberflutet und die Befragung zu frühkindlichen Erfahrungen bringt noch mehr Verwirrung hervor (Andrawis A, 2021).

Verhaltenstherapeutische Ansätze

Zu weiteren psychotherapeutischen Maßnahmen zählen, wie schon Möller beschreibt, die Verhaltenstherapien auf kognitiver Ebene sowie die Verbesserung der sozialen Kompetenzen und Familientherapien. Im Zentrum steht die supportive Behandlung, die Mut und Hoffnung weckt. Informationen über die Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten sind zu beachten sowie der Einflussfaktor von sozialen Konflikten und Stress. Wichtig ist die Behandlungsmotivation (Psychoedukation). Ebenso müssen alle Probleme des täglichen Lebens erörtert werden, insbesondere alle Arten von Stress, wie auch Unterstimulation.

Möller stellt ein Übungsprogramm vor, dass Aufmerksamkeit und Fokussierung zur Verbesserung der Informationsverarbeitung und Informationsaufnahme, die Begriffsbildung und das logische Denken trainieren soll.

Soziale Wahrnehmung: Um Belastungen zu bewältigen wird kognitive Planung und Selbstorganisation gefördert.

Belastungstraining: Hier werden instrumentelle Verhaltensweisen zur Bewältigung von belastenden Situationen geübt.

Aktive Entspannung als Zusatztechnik: Hier geht es um das Gleichgewicht von Harmonie und Disharmonie zur Entspannung (ebd.).

Zur Akutzusatzbehandlung

Die Errichtung von Wohnheimen, Wohngruppen und „beschützenden Werkstätten“ trägt, wie schon Bondy erwähnt, in den letzten Jahren zur besseren Rückführung der Erkrankten in den Alltag bei. Die Bevölkerung steht solchen Maßnahmen oft ablehnend gegenüber. Besser wäre es jedoch, Verständnis für psychisch Kranke zu entwickeln und ihnen gegenüber Solidarität zu zeigen. Ziel ist die Toleranz und die positive Entwicklung zwischenmenschlicher Beziehungen für eine verständnisvolle, menschliche und positive Psychiatrie. Dies hätte wiederum positive Auswirkungen auf den Patienten (ebd.).

Literaturverzeichnis

Andrawis A, (2021) Dissertation, Ganzheitliche Medizin Heilung und Heil, an der Collegium Humanum – Warszawa Management University Univ.

Andrawis A, (2018): Humanmedizin und Psychotherapiewissenschaft, zwischen Theorie und Praxis, Eigenverlag.

Andrawis A, (2018): Psychoanalyse zur Überwindung, frühkindlicher Traumata zweijährige Patientenanalyse, von Jänner 2012 bis Februar 2014, Der verborgene Teil des Eisbergs Model Freud, 2. überarbeitete Auflage, Verlag Poligraf, Wydawnictwo, ISBN: 978-3-9504659-0-4

Andrawis A, (2018): Determinanten des Entscheidungsverhaltens, von Verdrängung Heilung, Glaube, zur Bedeutung der Aufdeckung frühkindlicher Verdrängungen, durch Psychoanalyse und im Zusammenhang mit christlicher Glaubenshaltung, Verlag Poligraf, Wydawnictwo Poligraf sp. z o. o., ul ISBN: 978-3-9504659-0-7.

Andrawis A, (2015): Der verborgene Teil des Eisbergs, Eine zweijährige Patientenanalyse von Jänner 2012 bis Februar 2014, 1. überarbeitete Auflage, Eigenverlag

Andrawis A, (2018): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Verlag Poligraf, Wydawnictwo Poligraf sp. z o. o., ISBN: 978-3-9504659-2-1.

Andrawis A, (2018): Psychoneuroimmunologie PNI Komplementärmedizin, und Ganzheitliche Heilung, Verlag Poligraf, Wydawnictwo Poligraf sp. z o.o., ISBN: 978-3-9504659-3-8

Andrawis A, (2013): Der verborgene Teil des Eisbergs. Eine zweijährige Patientenanalyse eigener Verlag.

Bibliographie

Bürgin D, Resch F, Schulte-Markwort M (2009): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, 2., überarbeitete Aufl. Verlag Huber

Dilling H, Mombour W, Schmidt M H (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8. überarbeitete Aufl., Verlag Hans Huber

Kernberg O F (1998): Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten, Verlag Hans Huber

Mentzos S (2010): Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven, Fischer-Verlag

Möller H-J, Laux G, und Deisster A (2010): MLP Duale Reihe Psychiatrie, Hippokrates Verlag

Möller H-J, Laux G, Deister A (2014): Psychiatrie und Psychotherapie, 5. Auflage, Thieme Verlag.

Schuster P, Springer-Kremser M (1997): Bausteine der Psychoanalyse. Eine Einführung in die Tiefenpsychologie, 4. Auflage, WUV-Universitätsverlag.

Schuster P, Springer-Kremser M (1998): Anwendungen der Psychoanalyse. Gesundheit und Krankheit aus psychoanalytischer Sicht, 2. überarbeitete Auflage, WUV-Universitätsverlag

Zepf S, (2000): Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie, Psychosozial-Verlag.

Andrawis A, 2025