



108 II. Schizophrenie ICD-10V F20

Die Schizophrenie wird in der ICD-10 unter dem Code F20 klassifiziert. Dieser Hauptcode umfasst verschiedene Subtypen der Schizophrenie. Hier sind die wichtigsten:

Paranoide Schizophrenie F20.0, Hebephrenie Schizophrenie F20.1, Katatone Schizophrenie F20.2, Undifferenzierte Schizophrenie F20.3, Postschizophrene Depression F20.4 Schizophrenes Residuum F20.5, Schizophrenia simplex F20.6 und Sonstige Schizophrenie F20.8 F20.9 Nicht näher bezeichnete Schizophrenie.

Schizophrenie ist eine komplexe psychische Störung. Schizophrenie ist eine vielschichtige psychische Erkrankung, die das Denken, die Wahrnehmung, die Emotionen und das Verhalten einer betroffenen Person beeinflusst. Sie tritt meist im frühen Erwachsenenalter auf und kann entweder in akuten Episoden oder als langfristige chronische Erkrankung verlaufen.

Der Begriff Schizophrenie setzt sich aus dem griechischen Wort skizo (spalten) und Poren (Verstand, Gemüt) zusammen. Im Beginn dieses Jahrhunderts wurde Schizophrenie vom Schweizer Psychiater Eugen Bleuler für eine Gruppe von Krankheit definiert, bei der die Zerrissenheit des Denkens und Fühlens auffällig ist (vgl. Bondy, B 2008).

Kraepelin definierte bereits 1898 unter dem Begriff „Dementia praecox“ (vorzeitige Verblödung) das Erscheinungsbild dieser Krankheit. Stärker auf das psychogene Querschnittsbild bezogen, formulierte 1911 Bleuler den Begriff „Schizophrenie“ (Bewusstseinsspaltung) für diese endogene Psychose. Im modernen Klassifikationssystemen wurde das Konzept der Schizophrenie nach ICD-10V F. und DSM-IV modifiziert zu einer internationalen Konsensfindung (Möller, HJ 2005).

Definition

Das Erscheinungsbild dieser Erkrankung ist vielfältig und zeigt sich in Form von Ich-Störung, Wahn, Halluzinationen, formale Denkstörungen, psychomotorischen Störungen und Affektstörungen. Diese Kriterien müssen über einen längeren Zeitraum zutreffen, um von einer krankhaften Störung zu sprechen.

Aus Sicht eines subjektiv betroffenen Patienten, der beschreibt, wie es sich innerlich anfühlt, wenn man an dieser Störung leidet.

Zitat eines Betroffenen: in 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 Stund, ist sein innerer Schweinehund).

Wen trifft die Schizophrenie?

Wen trifft diese Störung? Ist sie gleich anzutreffen bei allen Völkern und Schichten? Die Antwort auf diese Fragen gibt uns die epidemiologische Forschung, weil sie sich nicht nur mit Zahlen beschäftigt, sondern auch mit der Ursache einer Erkrankung. Es bestehen markante geographische Unterschiede. Beispielsweise in Italien/Verona bei 1000 Einwohnern lag die Ersterkrankungsrate bei 0,08 % im Jahr. Hingegen lag in den USA/Rochester die Rate zehnmal höher (vgl. Bondy, B 2008).

Die Wahrscheinlichkeit an dieser Erkrankung zu leiden beträgt 0,5 bis 1 % im Jahr, laut Inzident rate. Bei der Durchschnittsbevölkerung beträgt das Risiko im Laufe des Lebens an dieser Erkrankung zu leiden 1%, Frauen und Männer gleich.

Zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr liegt die Häufigkeit des Ausbruches, 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. Später im Alter ab 40 spricht man von Spätschizophrenien. Die Höhe der Suizidrate bei dieser Erkrankung liegt bei 10%weltweit (vgl. Möller, H-J 2005).

Ätiopathogenese der Schizophrenie

Auslösende Faktoren können zerebrale Schäden sein bzw. auch psychosoziale Faktoren soziokultureller Art und genetisch bedingt. Bei Erkrankung bei Angehörigen ersten Grades etwa liegt das Erkrankungsrisiko bei einer Größenordnung von 10 %, bei Verwandtschaft zweiten Grades bei etwa 5%. Das Risiko an dieser Störung steigt auf 40%, wenn beide Elternteile betroffen sind. Die genetische Disposition liegt bei eineiigen Zwillingen bei 50 % und 15% bei zweieiigen (vgl. Möller, H-J 2005). Wichtig ist zu verstehen, dass das Bewusstsein und die intellektuellen Fähigkeiten nicht beeinträchtigt werden. In das fortgeschrittene Stadium tritt eine Persönlichkeitsveränderung ein mit dem Verlust des Gefühls von Individualität, Entscheidungsfreiheit und Einzigartigkeit (vgl. Dilling, H, Mombour W. Schmidt M. H.2008). Der Betroffene verliert seinen Bezug zur Wirklichkeit und den Mitmenschen, fühlt sich von unbekanntem Kräften getrieben. Es ist schwierig sich in die Innenwelt eines Betroffenen zu versetzen und diese Erkrankung nach zu vollziehen. Ohne sichtbaren äußeren Anlass tritt diese Erkrankung auf und verändert die Persönlichkeit des Betroffenen. Gesunde Anteile der Persönlichkeit bleiben oftmals erhalten neben den kranken Anteilen (vgl. Bondy, B 2008).

Aus biochemischer Sicht für Schizophrenie

Zentralnervöse dopaminerge Strukturen wirkt überaktiviert im mesolimbischen System und bezeichnet man als wichtigstes biochemisches Korrelat akuter schizophrener Symptomatik. Pharmakologische Befunde unterstützen diese Hypothese, da Neuroleptika die dopaminergen Rezeptoren (postsynaptischen Dopamin-D2-Rezeptoren) blockieren und so ihre antipsychotische Wirkung einsetzt. Siehe Abb.4.39 s. 138 (Möller, H-J 2005). Bis heute ist unklar, ob dopaminerge Überaktivität die Ursache von Störung ist. Man geht davon aus, dass ein Dopamin Überschuss oder eine Hypersensibilität dopaminerge Rezeptoren der Ausgangspunkt sind. Hier handelt es sich um einen Überschuss dopaminerge Aktivität im Verhältnis zu anderen Neurotransmittersystemen (vgl. Möller, H-J 2005). Das Serotonerge System und glutamatfrei System spielen eine wichtige Rolle bei Schizophrenie. Diese Hypothese wird bis heute diskutiert. Neuroleptika sind die Gegenspieler (Dopamin-D2-Antagonisten), Auslöser einer akuten Symptomatik Schizophrenie Erkrankter und sie ziehen eine Halluzination nach sich. Auch die Ursache einer erhöhten Dopamin Transmission sind Amphetamine.

Glutamaterges System und Dopaminerges System sind eng miteinander gekoppelt. Auch das Serotonerge System findet vermehrt Beachtung, da alle Neuroleptika auch einen Serotonin-5HT_{2A}-Antagonismus haben, neben den bereits erwähnten Dopamin-D₂-Antagonismus. 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. Die Symptome werden in drei Hauptkategorien unterteilt: positive Symptome, negative Symptome und kognitive Beeinträchtigungen.

1. Positive Symptome (verstärkte oder verzerrte Wahrnehmungen und Denkmuster)

Wahnvorstellungen: Unerschütterliche, irrationale Überzeugungen, die nicht durch Logik oder Beweise widerlegt werden können (z. B. Verfolgungs- oder Größenwahn).

Halluzinationen: Sinneswahrnehmungen, die nicht der Realität entsprechen, insbesondere das Hören nichtexistierender Stimmen. Desorganisiertes Denken und Sprechen: Unzusammenhängende oder schwer verständliche Gedanken und Sprache.

Ungeordnetes Verhalten: Unvorhersehbare oder unangebrachte Handlungen.

2. Negative Symptome (verminderte oder fehlende Fähigkeiten und Emotionen)
Eingeschränkte emotionale Ausdrucksfähigkeit (Affektverflachung). Verlust an Freude (Anhedonie). Sozialer Rückzug und geringes Interesse an zwischenmenschlichen Kontakten. Mangelnde Motivation (Apathie).

3. Kognitive Symptome (Beeinträchtigungen der geistigen Fähigkeiten) Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten. Probleme bei der Planung und Entscheidungsfindung. Eingeschränktes Bewusstsein für die eigene Erkrankung.

Behandlungsmöglichkeiten Psychoanalytische Sicht

Die Therapie von Schizophrenie ist vielseitig und hat das Ziel, akute Symptome zu reduzieren, Rückfälle zu vermeiden und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Eine Ich-Schwäche in der Kindheit begünstigt aus psychoanalytischer Sicht den Ausbruch der Krankheit sowie das Zusammentreffen genetischer Risiken mit ungünstiger Familienatmosphäre (vgl.

Möller, H-J 2005). Psychische Störungen sind oftmals aus einem Konflikt entstanden, mit Schwerpunkt auf einen frühen Konflikt und dessen Pathologischer Verarbeitung. Die Entstehung strukturellen Mangels, hier handelt es sich um primäre und sekundäre Störung des Selbst. Insbesondere die Primären führen zur Entstehung weiterer 5 Gruppen von Störungen Narzisstische Persönlichkeitsstörung, schizoide Störung, paranoide Persönlichkeiten, Psychosen und Borderline - Zustände (Mentzos, St,2010, S.142).

Eine Klinische Stichprobe

Die klinische Stichprobe von 81 Patienten zeigte, die relative Häufigkeit psychopathologischer Symptome,

Störung der Affektivität 96%:

- euphorisches Verhalten, läppisches Verhalten (je 9%)
- Panik und Angst (21%)
- Parathymie (31%)
- Depressive Stimmung (26%)
- Dysphorie/Gereiztheit, aggressive Gespanntheit (23%)
- Misstrauen (28%)
- Ich-Störung (46%):
 - Gedankenausbreitung/Fremdbeeinflussung des Denkens - (20%)
 - Depersonalisation/Derealisation (31%)
 - andere Fremdbeeinflussungserlebnisse (13%) (Möller, H-J 2005)
 - Autismus (15%)
- Formale Denkstörung (68%):

-Vorbeireden (19%)

- Gedankenabreißen/ Sperrung des Denkens (30%)

- Zerfahrenes Denken (35%)

Störung des Triebs und Sozialverhalten (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%)

- Abulie/Interessenverminderung (28%)

- Stupor (9%) (Möller, H-J 2005).

- Halluzinationen (49%):

- Kommentierende Stimmen/dialogisierende (36%)

- Leibhalluzinationen (14%)

- Optische Halluzinationen (18%)
- Sonstige akustische Halluzinationen und andersartige Stimmen (15%) (Möller, H-J. 2005).

Symptomatik der Schizophrenie

Schizophrenie hat verschiedene Erscheinungsformen. Nach Bleuler wird die Affektivitätsstörung, die sogenannte formale Denkstörung, 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 gehören Wahneinfälle, andere Sinnestäuschungen etc. Wichtig ist zu bedenken, bei der Diagnose Schizophrenie, 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. Bedeutend ist die positive und negative Symptomatik in letzter Zeit (Möller, H-J 2005). In der Schizophrenie gibt es keine Eindeutigkeit ein Symptom allein als Krankheit zu definieren. Sinnvoller ist vielmehr, dass Symptome in Gruppen unterteilt werden um eine eindeutige Diagnose zu erstellen.

Unterteilung der Symptome

I. Es folgt eine Unterteilung der Symptome, die gemeinsam auftreten und besonders wichtig zur Diagnosen Erstellung sind.

a) Gedankenentzug, Gedankeneingebung, Gedankenlautwerden oder Gedankenausbreitung.

b) Kontrollwahn, Gefühl des Gemachten, bezogen auf Körper und Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Beeinflussungswahn, Wahnwahrnehmungen.

c) Dialogische Stimme oder kommentierend, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen (vgl. Möller, H-J 2005).

d) Völlig unrealistischer lang andauernder Wahn, wie eine politische bzw. religiöse Persönlichkeit zu sein. Übernatürliche Kräfte zu besitzen (z.B: man steht in Kontakt mit Außerirdischen oder die Macht das Wetter zu kontrollieren).

II.

a) Halluzinationen, begleitet von undeutlich anhaltenden ausgebildeten Wahngedanken ohne deutlich affektive Beteiligung oder von flüchtigen Gedanken. Diese Symptome treten täglich über Wochen oder sogar Monaten auf.

b) Der Gedankenfluss wird durch Gedankenabrisse beeinträchtigt, Zerfahrenheit oder Neologismen zeigen sich.

c) Wächserne Biegsamkeit oder Haltungstereotypen, katatone Symptome wie Erregung, Negativismus, Stupor und Autismus.

d) Negative Symptome: verflachte oder inadäquate Effekte, auffällige Apathie, Sprachverarmung, sozialer Rückzug, Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit. Wichtig ist, dass diese Symptome nicht durch narkoleptische Medikamente verursacht sind oder einer Depression (vgl. Dilling, H, Mombour W. Schmidt M. H.2008).

III. Ziellosigkeit, manifestiert sich in einer in der selbst verlorenen Haltung, Trägheit und sozialen Rückzug. Diese Symptome sind typisch für (F20.6) Schizophrenia Simplex.

Um eine Diagnose zu erstellen, muss mindestens ein Symptom eindeutig sein oder zwei bis drei bei nicht eindeutigen Symptomen (aus den oben genannten Gruppen I. – III.). Weiterst müssen die Symptome mindestens einen Monat und darüber hinaus andauern. Bei kürzerer Dauer sollte man an (F23.2) akute schizophreniforme psychotische Störung denken. Zeigen sich schizophrene und affektive Symptome gleichzeitig und in gleicher Intensität, spricht man von einer (F25) Schizoaffektiven Störung. Ganz wichtig ist zu beachten, wenn das Gehirn beeinträchtigt ist durch Entzugserscheinungen oder Intoxikation, soll auf keinen Fall eine Schizophrenie Diagnose gestellt 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) Störung des Gehirns durch Alkohol.

Paranoide Schizophrenie F20.0

Das häufigste Erscheinungsbild 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 (Bondy, B 2008, S.44).

Hebephrene Schizophrenie Typ F20.1

Tritt ins besonders im Jugendalter auf. Affektive Störungen stehen im Vordergrund im Sinne nicht altersgemäßer Verhaltensweisen oder Gleichgültigkeit, verbunden mit Denkstörung, besonders unberechenbar, frech, vorlaut, keine Hemmungen mehr im Sozialverhalten (Möller, H-J 2005, S.147).

Katatone Schizophrenie Typ F20.2

Diese Form der Schizophrenie ist gekennzeichnet durch Antriebs- und Bewegungsstörung. Die Symptome treten plötzlich in schwerer Form auf: Erregung, starke Unruhe mit Erstarrung (katatone 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 Symptome sprechen gut auf die Medikamente an. Die Persönlichkeit verändert sich nicht so stark wie bei den anderen Typen (Bondy, B 2008, S.47 – 48).

Undifferenzierte Schizophrenie F20.3

Bei diesem Typ handelt es sich um mehrere Symptome ohne eindeutigen Hinweis auf die Diagnose. Patienten weisen entweder zu wenige oder auch zu viele Symptome auf (F20.0, F20.1, F20.2, F20.4, F20.5). Die oben genannten Kriterien müssen erfüllt sein zur Erstellung der Diagnose (Dilling, H, Mombour W. Schmidt M. H.2008, S.118 bis 119).

Postschizophrene Depression F20.4

Diese Störung steht im Anschluss einer Schizophrenie, typische Symptome sind noch vorhanden, aber in gemäßigter Form. Häufig überwiegt die negative Symptomatik. Es ist nicht so wichtig für die Diagnose dieser depressiven Symptome. Dies steht nur vorübergehend als Folge nicht mehr vorhandener psychotische Symptome. Das ist in Folge eine Reaktion auf die Erkrankung. Man soll sich nicht irren und eine Depression diagnostizieren (F32.2, F32.3 laut: ICD-10 V. F). Es ist nicht leicht festzustellen welche Symptome auf der Wirkung neuroleptischen Medikamente beruhen, welche zur Depression gehören oder ihren Ausgang in der Affektverflachung, Antriebsminderung der Schizophrenie haben. Ein hohes Suizidrisiko kennzeichnet diese Phase.

Wenn drei Kriterien erfüllt sind, kann eine Diagnose erstellt werden:

1. Es sind noch typische schizophrene Symptome vorhanden
2. Der Betroffene litt innerhalb der letzten 12 Monate an Schizophrenie Symptomen
3. Seit mindesten 2 Wochen sind depressive quälende Symptome im Vordergrund stehend (Dilling, H, Mombour W. Schmidt M. H.2008 S.119).

Symptome der postschizophrenen Depression

Die Anzeichen dieser Erkrankung können variieren, umfassen aber häufig folgende Bereiche:

Depressive Symptome

Anhaltende Niedergeschlagenheit oder tiefe Traurigkeit.

Anhedonie: Verlust der Fähigkeit, Freude oder Interesse an Aktivitäten zu empfinden. Gefühle von Wertlosigkeit oder Schuld, oft in Verbindung mit der Schizophrenie oder erlebten psychotischen Episoden. Suizidgedanken oder -versuche, insbesondere bei Betroffenen mit geringem sozialem Rückhalt.

Fortbestehende schizophrene Symptome

Leichte Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, jedoch in abgeschwächter Form im Vergleich zu akuten psychotischen Episoden. Emotionale Verflachung oder sozialer Rückzug als Teil der negativen Symptome.

Kognitive und alltagsbezogene Einschränkungen

Schwierigkeiten bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben oder beim Treffen von Entscheidungen. Probleme mit Konzentration und Gedächtnis, die die Lebensqualität weiter beeinträchtigen können.

Schizophrenes Residuum Typ F20.5

Dieser Typ stellt sich im Verlauf schizophrener Psychosen ein. Anfänglich ist eine Persönlichkeitsänderung durch Leistungsschwäche, affektive Nivellierung, Neigung zu hypochondrischen Beschwerden, Konzentrationsstörungen und depressive Verstimmungen zu bemerken. Im Falle eines schwerwiegenden Zustandes kommt es zu einer massiven Antriebs- und Interessenlosigkeit, Vernachlässigung der Körperpflege und autistischen Rückzug von sozialen Kontakten. Dieser chronische Zustand wird als Negativ Symptomatik bezeichnet. Wenn chronische bzw. negative Symptome sich mit Positivsymptomatik mischen, spricht man von „gemischtem Residuum“ (Möller, H-J 2005).

Schizophrenia Simplex F20.6

Es handelt es sich um eine Störung, die fast unmerklich sehr häufig schon in der Pubertät beginnt. Der Verlauf ist nicht so dramatisch. Wahn und Halluzinationen sind nicht vorhanden. Patienten mit dieser Störung bezeichnet sich durch Antriebslosigkeit, haben keine Interessen und Neigungen mehr und sind in sich zurückgezogen. Berufliche und soziale Kontakte sind verkümmert. Verlauf der Krankheit: Langsam schreitet die Krankheit fort, bis sich schließlich die Persönlichkeit auflöst (Bondy, B 2008).

sonstige Schizophrenie F20.8

- Hierzu zählen nicht näher bekannte Schizophrenien.
- Schizophrenie in ihrer zonästhetischen Ausprägung.

Ausgeschlossen werden drei verschiedene Schizophrenie Typen:

1. Zyklische Schizophrenie F25.2
2. Latente Schizophrenie F20.1
3. Akute schizophreniforme Störung F23.2

Nicht näher bezeichnete Schizophrenie F20.9

Auch hierzu zählt nicht näher bezeichnete Schizophrenie (Dilling, H, Mombour W. Schmidt M. H.2008).

Schizophrenie mit einer Neigung zu Gewalttaten

In der öffentlichen Meinung gelten schizophrene Personen als gewaltbereit und beziehen sich auf einzelne Fälle, verübt von einzelnen Geistesgestörten. Es ist nicht richtig, dass die Mehrheit der Straftaten von psychisch kranken Menschen verübt werden. Eine Studie in Deutschland in den Jahren 1955 bis 1964 zeigt, bei einer Aufklärungsrate von 90 %, dass nur 3% der Gewalttäter psychisch krank waren. Von 10 000 Schizophrenen verübten nur 5 Personen eine Gewalttat. Dies widerspricht dem Bild der öffentlichen Meinung (vgl. Bondy, B 2008, S. 56- 59).

Therapie der Schizophrenie

Sie setzt sich aus drei Bausteinen zusammen: Psychopharmakologie, Psychotherapien, soziotherapeutische Maßnahmen.

Die Psychopharmakologie steht im Vordergrund. Dabei soll man beachten, dass eine Kombination aus Neuroleptika als sinnvoll gesehen wird, nur wenn sie antipsychotisch starken Effekt haben durch Mischung eines nicht sedierenden Neuroleptikums mit einem sedierenden

Benzodiazepin. 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 geklärt ist und der Patient sich stabil genug fühlt, dann folgen Psychotherapien und soziotherapeutische Maßnahmen. Kontrolle ist erforderlich durch einen Facharzt für Psychiatrie oder ambulant. Wenn nach vier bis sechs Wochen sich kein Behandlungserfolg einstellt, so wird das Neuroleptikum (Clozapin) verabreicht (Möller, H-J 2005, S.149/150).

Medikamentöse Behandlung

Antipsychotische Medikamente sind die zentrale Therapieform zur Linderung der Symptome. Es gibt zwei Hauptgruppen:

Typische Antipsychotika (z. B. Haloperidol), Atypische Antipsychotika (z. B. Olanzapin, Risperidon, Clozapin).

Mögliche Nebenwirkungen wie Bewegungsstörungen oder Gewichtszunahme müssen regelmäßig überwacht werden.

Psychotherapeutische Ansätze

Kognitive Verhaltenstherapie (CBT): Unterstützt die Betroffenen im Umgang mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen sowie beim Entwickeln realistischer Denkmuster.

Psychoedukation: Vermittelt Patienten und Angehörigen Wissen über die Erkrankung, um den Umgang damit zu erleichtern.

Familientherapie: Trägt dazu bei, familiäre Belastungen zu verringern und die Unterstützung durch Angehörige zu stärken.

3. Soziale und berufliche Wiedereingliederung, Förderung sozialer Kompetenzen und der selbstständigen Lebensführung. Unterstützung bei der beruflichen Integration oder der Weiterbildung.

Krisenintervention und stationäre Therapie

In akuten Phasen kann eine stationäre Aufnahme notwendig sein, um Stabilität und Sicherheit zu gewährleisten.

Langfristige Betreuung

Regelmäßige psychiatrische Nachsorge. Unterstützung durch Selbsthilfegruppen.

Prognose

Der Verlauf der Schizophrenie ist individuell unterschiedlich. Faktoren wie die Schwere der Erkrankung, die Therapietreue und das soziale Umfeld spielen eine große Rolle. Mit einer geeigneten Behandlung können viele Betroffene ein stabiles und zufriedenstellendes Leben führen. Postschizophrene Depression (ICD-10: F20.4) Eine postschizophrene Depression ist eine depressive Episode, die nach einer Schizophrenie-Erkrankung auftritt. Sie entwickelt sich häufig in der Phase der Krankheitsverarbeitung oder in der Remission, wenn akute psychotische Symptome abklingen, aber emotionale Belastungen und psychische Folgen weiterhin bestehen.

Ziel der Therapien

Das Ziel der modernen Psychopharmakotherapien ist 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 weitere Begleitung auf dem Lebensweg. (Bräutigam W, Paul Ch, von Rad M, 1992, S. 393).

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, sie sind im Unbewussten verankert. Hier ist eine freie Assoziation und Traumdeutung von Bedeutung für die Therapie. Verdrängte Trauma 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 ist es wichtig dem Patienten zu erklären, dass Abwehr und Widerstand gegen die Therapie nicht zielführend sein werden. Nach Freud stehen schizophrene Patienten der Psychoanalyse nicht offen gegenüber. Das erschwert die Kontaktaufnahme. Der Patient ist reizüberflutet und die Befragung nach frühkindlichen Erfahrungen bringt noch mehr Verwirrung (Bondy, B 2008, S.106-109).

Verhaltenstherapeutische Ansätze

Zu weiteren psychotherapeutischen Maßnahmen zählen die Verhaltenstherapien auf kognitiver Ebene sowie Verbesserung der sozialen Kompetenzen und Familientherapien. Im Zentrum steht die supportive Behandlung, die Mut und Hoffnung weckt. Information über die Krankheit, Behandlungsmöglichkeit sind zu beachten sowie der Einflussfaktor von sozialen Konflikten und Stress. Wichtig ist die Behandlungsmotivation (Psychoedukation). Auch alle Probleme das tägliche Leben betreffend müssen erörtert werden. Insbesondere alle Arten von Stress, auch Unterstimulation.

Übungsprogramm zur Förderung kognitiven und sozialen Bewältigungsstrategien

Drei Übungsabschnitte zur kognitiven Differenzierung: Aufmerksamkeitsfokussierung zur Verbesserung der Informationsverarbeitung und Informationsaufnahme. Förderung der Begriffsbildung und logischen Denkens.

Soziale Wahrnehmung: Um Belastungen zu bewältigen wird kognitive Planung und Selbstorganisation gefördert. Belastungstraining: Hier wird gefördert wie man durch instrumentelle Verhaltensweise belastende Situationen bewältigt.

Aktive Entspannung als Zusatztechnik: Hier geht es um das Gleichgewicht von Harmonie und Disharmonie zur Entspannung (Möller, H-J 2005, S. 155-157).

Zur Akutzusatzbehandlung

Die Errichtung von Wohnheimen, Wohngruppen und „beschützenden Werkstätten“ trägt in den letzten Jahren zur besseren Rückführung des Erkrankten in den Alltag bei. Die Bevölkerung steht solchen Maßnahmen oft ablehnend gegenüber. Besser wäre es jedoch Verständnis für psychisch Kranke zu entwickeln und Solidarität mit ihnen zu zeigen. Ziel ist die Toleranz und positive Entwicklung zwischenmenschlicher Beziehungen für eine verständnisvolle, menschliche, positive Psychiatrie. Dies hat wiederum positive Auswirkungen auf den Patienten (Bondy, B 2008, S.111-112).

Psychotherapeutische Ansätze

Tiefenpsychologische oder psychoanalytische Therapie zur Aufarbeitung negativer Gedankenmuster. Interpersonelle Therapie, die sich auf den Aufbau und die Stabilisierung sozialer Beziehungen konzentriert.

Traumabewältigung, insbesondere bei Belastungen durch frühere psychotische Episoden.

Psychoedukation

Aufklärung über den Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Depression. Verbesserung des Verständnisses der Erkrankung sowohl für Betroffene als auch für deren Angehörige.

Soziale und berufliche Wiedereingliederung

Unterstützung bei der sozialen Interaktion und bei der Reintegration in den Alltag. Hilfe bei der Arbeitssuche oder bei Bildungsangeboten zur Förderung der Eigenständigkeit.

Suizidprävention

Regelmäßige psychiatrische Untersuchungen zur Früherkennung von Suizidgedanken. Aufbau eines stabilen Unterstützungsnetzwerks durch Familie, Freunde und Fachkräfte.

Ergänzende Therapieansätze

Achtsamkeits- und Stressbewältigungstechniken, um die Resilienz zu stärken. Bewegungs- und Kunsttherapie, um das allgemeine Wohlbefinden zu fördern.

Prognose

Die Aussichten auf eine Besserung hängen maßgeblich von einer frühzeitigen und konsequenten Behandlung ab. Durch eine individuell abgestimmte Kombination aus Medikamenten, Psychotherapie und sozialer Unterstützung können depressive Symptome erfolgreich reduziert und Rückfälle vermieden werden. Eine regelmäßige Nachsorge bleibt dabei essenziell, um eine langfristige Stabilisierung zu gewährleisten. Behandlungsmöglichkeiten. Das Hauptziel der Therapie ist die Linderung der depressiven Symptome und die langfristige Stabilisierung der psychischen Gesundheit. Eine ganzheitliche und interdisziplinäre Herangehensweise ist dabei besonders wichtig.

Medikamentöse Behandlung

Antidepressiva: Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) wie Sertralin oder Escitalopram. Alternativ Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (z. B. Bupropion).

Fortsetzung der Antipsychotika, um Rückfälle der Schizophrenie zu verhindern (z. B. niedrig dosiertes Quetiapin/Seroquel 25 mg, zweimal täglich). Wichtige Vorsichtsmaßnahmen: Eine enge medizinische Überwachung ist notwendig, da Antidepressiva in manchen Fällen psychotische Symptome verstärken können.

Literaturverzeichnis

- Andrawis A, (2021) Dissertation, Ganzheitliche Medizin Heilung und Heil, an der Collegium Humanum – Warsaw 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, 2. überarbeitete Auflage, Poligraf sp. z o. o.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.

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

Bibliographien

- Zepf S, (2000): Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie, Psychosozial-Verlag.
- Schizophrenia: A Very Short Introduction von Chris Frith
- The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) von der American Psychiatric Association
- Schizophrenie: Biologische Grundlagen, Klinik und Therapie von Dieter Naber
- "The Oxford Handbook of Schizophrenia" von Peter J. F. Delisi, M. R. O'Leary, und S. S. Walker
- Schizophrenia: A Handbook for the Primary Care Clinician von Jeffrey L. Cummings und Thomas W. McKee
- Psychopathology: A Competency-Based Assessment Model for Social Workers von S. S. Gross und M. M. Everall
- Cognitive Therapy for Schizophrenia: A Treatment Guide von David G. Kingdon und Douglas Turkington

- The Neuroscience of Schizophrenia von David J. Castle.

Andrawis A, 2025