

Schizophrenie

Dossier von Pro Psychotherapie e.V.

Autorin: Angelika Völkel

Inhaltsverzeichnis

Bezug zur Realität geht verloren	2
Frühsymptome Jahre vor Ausbruch der Krankheit	3
Diagnose	3
Formen der Schizophrenie	6
Häufigkeit, Entstehung und Verlauf	7
Früherkennung	8
Typische Frühwarnsymptome (Prodromalsymptome) sind	9
Therapie	9
Früherkennungszentren	14
Quellen und Links	16

Bezug zur Realität geht verloren

Als es vor etwa einem Jahr zum ersten Mal passierte, war die 24-jährige Anna G. so irritiert, dass sie sich an ihrem PC-Arbeitsplatz umsah, ob sie jemand angesprochen hatte. Sie hatte sogar das Fenster geöffnet und hinausgeschaut. Ihre drei Kolleginnen, die wie sie als Sekretärin in einer großen Anwaltskanzlei arbeiteten, schauten sie fragend an. Alle waren zuvor in ihre Arbeit vertieft gewesen, niemand hatte etwas zu ihr gesagt. Trotzdem hatte sie es doch genau gehört: „Du hast diesen Job überhaupt nicht verdient!“ Vielleicht war es doch auf der Straße gewesen? Aber es hatte so deutlich und nah geklungen und außerdem hatte sie gewusst, dass sie gemeint war! Ihre Kolleginnen waren zwar keine engen Freundinnen, aber sie kamen eigentlich gut miteinander aus. Man half sich hier und da und sie konnte sich nicht vorstellen, dass eine von ihnen so etwas zu ihr sagen sollte.

Doch bei diesem Vorfall blieb es nicht. Die Stimme sprach immer öfter zu ihr. Anna G. hatte Angst, verrückt zu werden. Zweifellos war die Stimme in ihrem Kopf; vielleicht war es auch Gott, der zu ihr sprach. Aber dieser Gedanke erschreckte sie nur noch mehr, zumal sie keinen guten Stand bei ihm zu haben schien. Die Stimme redete ihr ein, nichts wert und schlecht zu sein und dass sie die guten Dinge in ihrem Leben überhaupt nicht verdient hätte. Wenn sie die Stimme hörte, war sie auch sehr von der Arbeit abgelenkt, machte Fehler, vergaß etwa Termine einzutragen und konnte sich nicht mehr richtig konzentrieren. Jedes Mal drohte sie in Panik auszubrechen, am liebsten wäre sie weggelaufen.

Den Gesprächen mit den Kolleginnen in den Pausen konnte sie nicht mehr richtig folgen und zog sich, wenn man sie fragte, im Gespräch meist auf Allgemeinplätze zurück, was die anderen manchmal irritierte. Vor kurzem hatte sie es zum ersten Mal gewagt, der Stimme zu antworten und es kam zu einer heftigen Diskussion. Sie fuhr alleine im Auto und war froh, dass niemand sie beobachten konnte.

*In den vergangenen Tagen war die Stimme häufiger in ihrem Ohr und sie hatte deswegen schreckliche Angst. Sie wurde sie einfach nicht los. Manchmal, wenn sie ganz fest die Augen schloss und sich sehr auf einen völlig anderen Gedanken konzentrierte, konnte sie die Stimme verdrängen. Aber das klappte nicht immer, und auch nicht jede Situation war für eine solche Übung geeignet. Wenn sie vorsichtig versuchte, das Thema mit ihrem Partner zu besprechen und ihm erzählte, sie habe so viele Dinge im Kopf, dass sie sich kaum noch konzentrieren könne und überlastet fühle, meinte er nur, sie solle früher schlafen gehen und sich nicht so anstellen. Das war wirklich keine große Hilfe, und sie fühlte sich immer schlechter, war unruhig und bekam Schweißausbrüche. *)*

*) Quelle: Vieten Markus, Fallbuch Pflege. Krankheiten verstehen 1. 2007 modifiziert für I care Pflege 2015, Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Anna G. leidet an einer Schizophrenie. Psychische Grundfunktionen, die dem Einzelnen die Sicherheit geben, wer er ist und dass er über sich und seine eigenen Fähigkeiten verfügen kann, sind besonders von dieser Störung betroffenen Menschen, die an dieser Störung leiden, haben in gewisser Weise ihr Selbstverständnis verloren, eine einzigartige Person zu sein. Das geht so weit, dass Betroffene beispielsweise davon überzeugt sind, dass andere Menschen wissen oder steuern können, was sie denken oder fühlen.

Bedrohlich klingende Stimmen zu hören, ohne einen Menschen zu sehen, der spricht, das kann erschreckend sein. Die Gedanken im Kopf nicht mehr als die eigenen zu identifizieren, den Körper als so verändert wahrzunehmen, dass man nicht mehr weiß, ob er zu einem selbst gehört, das nimmt einem jede Sicherheit.

Die Schizophrenie ist die häufigste Störung aus dem Komplex der Psychosen. Menschen, die an einer [Psychose](#) leiden, verlieren für eine gewisse Zeit den Bezug zur Realität. Wahrnehmung, Denken, Gefühle und auch der Kontakt zu anderen Menschen verändert sich plötzlich und leider auf meist sehr bedrohliche Art und Weise.

Frühsymptome Jahre vor Ausbruch der Krankheit

Doch so unvermutet die Störung ausbrechen mag, die meisten Betroffenen entwickeln bereits Jahre davor Frühsymptome. Zum Beispiel ziehen sie sich sozial immer mehr zurück, sie neigen verstärkt dazu, Dinge auf sich zu beziehen, sie leiden unter depressiven Verstimmungen oder unter Konzentrations- und Gedächtnisstörungen.

Das Denken, die Gefühle, die Wahrnehmung wie Hören, Sehen oder Riechen verändern sich bei einer Schizophrenie. Die Wahrnehmung des eigenen Inneren und dessen, was außerhalb der eigenen Person geschieht, können Betroffene kaum noch unterscheiden. Das kann dazu führen, dass sie Stimmen hören, Erscheinungen sehen, die Menschen in ihrer Umgebung nicht wahrnehmen können oder dass sie ihren eigenen Körper oder Körperempfindungen als völlig verändert erleben. Schon vor Ausbruch einer akuten Psychose kann der Betroffene Wahn oder Halluzinationen erleben.

Der eigenen Wahrnehmung nicht mehr trauen zu können, ist eine so erschütternde Erfahrung, dass die meisten Betroffenen es nicht mehr schaffen, mit einem anderen Menschen offen darüber zu sprechen. Dazu kommt, dass viele Betroffene zwangsweise in die Psychiatrie eingewiesen und behandelt werden. Das sind Erfahrungen, die extrem verunsichern.

Schizophrenie ist eine schwere Erkrankung und muss unbedingt behandelt werden. Sie beeinflusst das gesamte Leben der Betroffenen sehr stark. Im Durchschnitt haben Betroffene eine um 20 Jahre niedrigere Lebenserwartung als gesunde Menschen und ein größeres Risiko an körperlichen Erkrankungen wie Krebs oder Lungenleiden, Stoffwechsel- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu leiden.

Sehr viele, die an dieser Störung erkranken, schaffen es nicht, sich langfristig auf dem ersten Arbeitsmarkt zu behaupten. Der Jobverlust führt dann oft dazu, dass die Miete nicht mehr bezahlt werden kann. Der soziale Abstieg ist vorprogrammiert. Denn die wenigsten, die das erleben, verfügen über ein ausreichend stabiles soziales Netz, das sie dann auffangen könnte.

Je früher Menschen, die an Schizophrenie leiden, behandelt werden, desto besser können sie behandelt werden und ihr Leben so fortsetzen, wie sie es vor der Erkrankung geführt haben.

Diagnose

Schizophrene Störungen beeinträchtigen den Menschen in seiner Individualität so stark wie kaum eine andere psychische Erkrankung. Der Betroffene kann sich im Grunde nicht mehr auf das verlassen, was er wahrnimmt, denkt oder fühlt. Weil er es aber doch tut, kommen er und seine Umwelt nicht mehr miteinander zurecht.

In welcher Form das Krankheitsbild ausbricht, ist individuell sehr unterschiedlich und hängt mit der jeweiligen Persönlichkeit und Lebensgeschichte zusammen.

Mit dem Störungsbild der Schizophrenie wird mehr als eine einzige Krankheit beschrieben, es handelt sich im Grunde um einen ganzen Symptomkomplex. Die ICD-10, die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, unterteilt die Symptome in drei Gruppen, die eine besondere diagnostische Bedeutung haben und oft zusammen auftreten.

Um die Diagnose Schizophrenie stellen zu können, muss laut [ICD-10](#), der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, mindestens eines der folgenden Symptome eindeutig vorhanden sein:

- Gedankenlautwerden
- Kontrollwahn oder Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen
- kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten sprechen;
- oder auch ein anhaltender, kulturell unangemessener Wahn.

Die Diagnose Schizophrenie kann auch gestellt werden, wenn mindestens zwei der folgenden Symptome auftreten: anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität wie Hören, Sehen oder Riechen, katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien oder wächserne Biagsamkeit. Katatone Symptome sind Störungen des Antriebs und der Psychomotorik und sie äußern sich in unnatürlichen und stark verkrampften Haltungen des ganzen Körpers. Eine Haltungstereotypie bezeichnet ein längeres Verharren in einer Körperhaltung, selbst wenn jemand von außen versucht, diese Haltung zu verändern. Die wächserne Biagsamkeit, im Fachbegriff *Flexibilitas cerea*, beschreibt einen Zustand, in dem der Betroffene aufgrund der mangelnden Widerstandsfähigkeit der Muskulatur passiv so bewegt werden kann, als sei er aus Wachs. Weitere Symptome können Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss oder auch Negativsymptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder unangemessene Affekte sein.

Die Symptome der Schizophrenie werden auch in Positiv- beziehungsweise Plussymptome und in Negativ- beziehungsweise Minus-Symptome eingeteilt. Positiv beziehungsweise Plus, weil etwas dazu kommt, was vorher nicht da war, zum Beispiel das Hören von Stimmen, das Sehen von Erscheinungen, die andere nicht sehen können oder Denkstörungen und Wahnerleben. Negativ oder Minus bedeutet, dass etwas verlorengegangen ist. So hat der Betroffene ein verflachtes Gefühlsleben, er leidet unter Antriebslosigkeit, fühlt sich energielos oder zieht sich sozial sehr zurück. Symptome aus beiden Gruppen können auch gleichzeitig auftreten, so kann jemand Stimmen hören und über Antriebsverlust und depressive Stimmung klagen.

Positiv- beziehungsweise Plussymptome

- Denkstörungen
- Erregung und Anspannung
- Wahnerlebnisse, Wahnstimmung
- Halluzinationen
- Ich-Störungen und Fremdbeeinflussungserlebnisse

Negativ- beziehungsweise Minussymptome

- Verarmung des Gefühlslebens
- Innere Leere

- Niedergeschlagenheit und Depression
- Mut- und Hoffnungslosigkeit
- Minderwertigkeitsgefühl
- Antriebslosigkeit
- Fehlende Spontaneität
- Rückzugsverhalten und Kontaktverarmung

Dass man sich innerlich leer und niedergeschlagen fühlen oder dass man sehr erregt und angespannt sein kann, ist für die meisten Menschen nachvollziehbar. Es sind vor allem die Denk- und Ich-Störungen oder auch die Wahnvorstellungen, die für Außenstehende schwer zu verstehen sind und die dazu beitragen, dass die Betroffenen kaum über ihr Erleben sprechen und sich isolieren.

Denkstörungen

Wer darunter leidet, fühlt sich zerstreut und kann sich schwer konzentrieren. Der Gedankenfluss kann abreißen, das Denken verlangsamt sich. Plötzlich verliert man den gedanklichen Faden und kann einem längeren Gespräch nicht mehr folgen. Das abstrakte Denken fällt schwer und das Gesagte wird meist ganz konkret verstanden. So geht beispielsweise die Bedeutung von Sprichwörtern verloren. Dass man mit dem Sprichwort „Lieber den Spatz in der Hand als die Taube auf dem Dach!“ sagen möchte, dass es besser sei, etwas Kleineres tatsächlich zu besitzen als auf etwas Größeres zu hoffen, das schwer erreichbar ist, können Betroffene meist nicht mehr nachvollziehen. Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, entwickeln manchmal sogar eine Art eigene Sprache, zumindest Neologismen, das sind neue Wortschöpfungen, zum Beispiel trausam als Zusammenfassung von traurig und einsam.

Ich-Störungen

Darunter versteht man, dass jemand die schützende Grenze zwischen der eigenen Person und der Umwelt verloren hat. Viele Menschen, die unter einer Schizophrenie leiden, haben das Gefühl, von außen beeinflusst oder sogar gesteuert zu werden. Betroffene haben den Eindruck, dass die eigenen Gedanken von anderen gehört oder von anderen abgezogen werden können. Es kann aber auch die Gewissheit bestehen, dass Gedanken anderer in das eigene Innere gelangen.

Halluzinationen

Halluzinationen sind Sinneseindrücke, die ohne einen entsprechenden äußeren sinnlichen Reiz entstehen. Das kann alle Sinnesbereiche betreffen, am häufigsten ist jedoch das Hören von Stimmen. Geruchs- und Körperhalluzinationen kommen ebenfalls häufiger vor, optische Halluzinationen, also Erscheinungen oder Visionen treten seltener auf.

Bei akustischen Halluzinationen hören Betroffene eine Stimme, die das, was der Betroffene gerade tut, kommentiert. Es können aber auch mehrere Stimmen gleichzeitig sprechen. Schwerwiegender wird es, wenn die Stimmen Befehle und Handlungsanweisungen an die Betroffenen richten oder im Falle von mehreren Stimmen auch miteinander über den Betroffenen sprechen. Die Stimmen sind fast immer bedrohlicher Art, insofern ist es leicht vorstellbar, dass Betroffene unter ihrem Einfluss unerwartete Reaktionen oder auch selbstschädigendes Verhalten zeigen.

Halluzinationen, die den Körper betreffen, lassen zum Beispiel die eigenen Gliedmaßen als verkrüppelt erscheinen oder Körperteile fühlen sich an, als seien sie verbrannt oder aufgelöst. Diese Empfindungen lösen meist sehr viel Angst aus.

Wahnstimmung und Wahnerleben

Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, können Wahnvorstellungen entwickeln. Meist geht es um Geschehnisse, die unheilvoll sind und für die sie Erklärungen haben, die andere Menschen schwer nachzuvollziehen können. Sie beziehen Verhaltensweisen anderer auf sich und ihr Leben und das in einer Art und Weise, die Außenstehende meist nicht mehr verstehen können.

Formen der Schizophrenie

Paranoide Schizophrenie

Diese Form der Schizophrenie tritt mit zirka 65 Prozent am häufigsten auf. Die Hauptsymptome sind Wahnvorstellungen, vor allem Verfolgungswahn oder Abstammungswahn und Halluzinationen wie das Hören von Stimmen, die den Betroffenen bedrohen oder ihm Befehle erteilen. Reizbarkeit, plötzliche Wutausbrüche, Misstrauen und auch Furchtsamkeit bestimmen das Gefühlsleben.

Jemand, der unter einem Abstammungswahn leidet, ist beispielweise davon überzeugt, ein Abkömmling des Zaren von Russland zu sein, ohne dass irgendwelche Hinweise dafür vorliegen.

Hebephrene Schizophrenie

Diese Störung betrifft besonders jüngere Menschen zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr. Vor allem das Gemütsleben ist betroffen, die Stimmung verflacht und die Betroffenen verhalten sich der Umgebung gegenüber häufig nicht passend. So kichern sie beispielsweise, obwohl die Situation eine gewisse Ernsthaftigkeit verlangen würde. Sie verhalten sich häufig maniert, also gekünstelt, selbst wenn es um ganz alltägliche Dinge geht.

Katatone Schizophrenie

Diese Form der Schizophrenie kommt in den Industrieländern kaum noch vor, in anderen Ländern außerhalb Europas und Nordamerikas, vor allem in Entwicklungsländern aber immer noch häufig. Im Vordergrund stehen psychomotorische Störungen, die meist zwischen Extremen wie Erregung und Stupor, also einem Zustand psychischer und motorischer Erstarrung abwechseln. Außerdem kommt es vor, dass Betroffene entweder Befehle und Anweisungen wie automatisch befolgen (Befehlsautomatismus) oder dass sie sich partout weigern, selbst sinnvollen Anweisungen zu folgen oder sogar genau das Gegenteil von dem machen, was sie tun sollten. Das nennt man dann Negativismus. Die katatonen Erscheinungen können mit einem traumähnlichen Zustand mit lebhaften szenischen Halluzinationen einhergehen.

Von einer perniziösen oder malignen, also bösartigen Katatonie spricht man, wenn der Stupor, das ist die krankhafte Erstarrung, mit Fieber einhergeht. Diese Form der Schizophrenie kann lebensgefährlich sein. Dank Intensivmedizin und medikamentöser Behandlung haben die Betroffenen heute eine relativ hohe Überlebenschance.

Schizophrenia simplex

Diese Form der Schizophrenie ist schwer zu diagnostizieren. Es kommen keine Halluzinationen oder Wahn vor. Die Betroffenen leiden vor allem unter Affektverflachung oder Antriebsminderung, sie wirken untätig und ziellos und es fällt ihnen immer schwerer, sich sozial einzufügen. Das kann so weit gehen, dass sie sozial regelrecht verwaizen und irgendwann nicht mehr imstande sind, sesshaft zu sein.

Begleiterkrankungen (Komorbiditäten)

Meistens geht die Schizophrenie noch mit anderen psychischen Störungen einher, vor allem mit **Depression** und **Angststörung**. Viele Patient*innen versuchen, sich mit **Drogen** oder **Alkohol** selbst zu beruhigen, in der Folge verstärken die Substanzen dann allerdings die Symptome. Außerdem stellt eine Abhängigkeit, die relativ schnell aus dem anfänglichen Konsum entstehen kann, eine zusätzliche Belastung dar.

Menschen, die an einer Schizophrenie leiden, sind stark suizidgefährdet. Die Betroffenen leiden unter Reizüberflutung, Wahnideen, Verfolgungsängsten oder Halluzinationen. Sie hören Stimmen, die sie beschimpfen, bedrohen oder sie zu Handlungen auffordern, vor denen sie sich fürchten. Die Folgen der Krankheit wie Isolation oder sozialer Abstieg tragen außerdem dazu bei, dass viele Erkrankte nicht mehr die Kraft haben, ihren Zustand zu ertragen und ihrem Leben ein Ende setzen wollen, fünf bis 12 Prozent der an Schizophrenie Erkrankten begehen tatsächlich **Selbstmord**. Die Rate der Suizidversuche ist geschätzt zwei- bis fünfmal so hoch.

Häufigkeit, Entstehung und Verlauf

Die Schizophrenie kann schleichend beginnen mit allmählicher Entwicklung seltsamer Gedanken und Verhaltensweisen, aber auch akut mit schwerwiegend gestörtem Verhalten.

Das Krankheitsbild der Schizophrenie kommt in allen Kulturen vor. Insgesamt gesehen tritt es bei Frauen und Männer beinahe in gleich häufig auf. Zirka ein Prozent der Bevölkerung ist von der Erkrankung betroffen.

Als gesichert gilt, dass für die Entstehung einer Schizophrenie ein Zusammenspiel von genetischen Faktoren, neurobiologischen Veränderungen im Gehirn und psychosozialen Einflüssen verantwortlich ist. Faktoren, die das Risiko erhöhen, sind beispielsweise eine genetische Veranlagung, vorgeburtliche Hirnentwicklungsstörungen, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen oder auch, ob man im Winter geboren wird. Daneben spielt auch die soziale Herkunft eine Rolle, etwa in welcher Umgebung jemand aufgewachsen ist. Menschen, die in der Stadt leben, sind häufiger betroffen als Landbewohner. Auch die Lebensgewohnheiten sind entscheidend, so kann der Konsum von Cannabis eine Schizophrenie auslösen. Lebensgeschichtliche Ereignisse wie Flucht oder Migration stellen ebenfalls Risikofaktoren dar.

Der Verlauf kann sehr unterschiedlich sein, er ist nicht immer chronisch oder sich verschlechternd. Bei einem Teil der Fälle kommt es zur fast vollständigen oder sogar vollständigen Heilung, das nennt man Spontanremission.

Es gibt verschiedene psychologische Modelle, die auch im Hinblick auf die Schizophrenie einen sinnvollen Erklärungsversuch darstellen.

Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Vereinfacht formuliert entstehen nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell psychische Störungen abhängig von der individuellen Anfälligkeit durch akuten oder chronischen Stress. So kann beispielsweise jemand, der über eine ausreichend starke Resilienz, das heißt Widerstandsfähigkeit, verfügt, belastende Ereignisse besser verarbeiten als ein Mensch mit erhöhter Vulnerabilität. Würden beide ein von außen betrachtet etwa gleich belastendes Ereignis erleben, würde die Person mit höherer Vulnerabilität mit größerer Wahrscheinlichkeit eine psychische Störung entwickeln.

Expressed-Emotion-Konzept

Das Expressed Emotion-Konzept (EE) ist eine Theorie, die davon ausgeht, dass Angehörige durch das emotionale Klima einen entscheidenden Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben. In einem Testverfahren kann ermittelt werden, ob die Angehörigen einem high-expressed-emotion- oder low-expressed-emotion-Status angehören. High-Expressed-Emotions (HEE) bedeutet dabei, dass die Familienangehörigen gegenüber dem Patienten übermäßig häufig Kritik äußern, Feindseligkeiten zeigen oder von einem emotionalen Überengagement gekennzeichnet sind. Der ungünstige Einfluss von high-expressed-emotions auf die Rückfallquote von Schizophrenie wurde in einer Reihe von Studien nachgewiesen.

Theory of Mind

Theory of Mind oder kurz ToM bedeutet die Fähigkeit, nachvollziehen zu können, was andere Menschen bewegt, und einschätzen zu können, wo der andere steht. Die ToM ist eine spezifisch menschliche Eigenschaft, die sich bei Kindern um das dritte Lebensjahr herum entwickelt. Das Wissen um die Absichten und Wünsche anderer und die Möglichkeit, eigenes Verhalten daran anzupassen, bestimmen unterschiedlichste Lebensbereiche. Zu zwischenmenschlichen Problemen kommt es, wenn Defizite in diesem Bereich bestehen, wie das bei Menschen der Fall ist, die an Schizophrenie erkrankt sind.

Früherkennung

Die ersten Krankheitszeichen können sehr unterschiedlich sein. Symptome und Verhaltensweisen wie Interessensverlust an der Arbeit, an sozialen Aktivitäten, am persönlichen Erscheinungsbild und an der Körperhygiene können zusammen mit generalisierter Angst, leichter Depression und Selbstversunkenheit dem Auftreten psychotischer Symptome Wochen oder sogar Monate vorausgehen.

Die erste akute Psychose fällt oft mit dem Beginn eines neuen Lebensabschnitts zusammen, zum Beispiel nach dem Auszug aus dem Elternhaus, bei Berufs- oder Studienbeginn oder nach einer Trennung.

Anfangs verfügen die meisten Betroffenen noch über eine Krankheitseinsicht, jedoch nicht mehr, sobald die Krankheit voll ausgebrochen ist. Das Gefühl, dass etwas nicht stimmt, nimmt mit fortschreitender Verschlechterung der Psychose ab. Deshalb ist es entscheidend, so früh wie möglich mit der Behandlung zu beginnen.

Gerade wenn die Krankheit schleichend beginnt, ist es sehr schwer, die Vorboten zu erkennen. Da jeder psychotische Schub eine große Belastung für die Betroffenen darstellt und zu irreversiblen Schäden führen kann, ist es für diejenigen, die gefährdet sind und ihre Angehörigen gleichermaßen wichtig, die typischen Frühwarnzeichen zu erkennen.

Typische Frühwarnsymptome (Prodromalsymptome) sind

- zunehmende Geräusch- und Lärmempfindlichkeit
- allgemeine innere Unruhe, Nervosität
- Schlaflosigkeit
- Konzentrationsstörungen
- Unbestimmte Angst
- Misstrauen
- Gereiztheit
- Interessensverlust
- Niedergeschlagenheit

Menschen, die Anzeichen für eine Psychose bemerken, sollten sich an spezialisierte Früherkennungs- und Therapiezentren wenden. Studien belegen, dass Unterstützungsprogramme, die im frühen Stadium der Krankheit genutzt wurden, die Lebensqualität und den Umgang mit den Beschwerden verbessern und das Risiko für Rückfälle senken können. Verschiedene Kliniken verfügen über ein Schizophrenie-[Früherkennungszentrum](#), wo Sie als Betroffener oder Angehöriger Unterstützung finden.

Therapie

Die Therapie wird meist individuell auf die Patient*innen abgestimmt. Sie setzt sich zusammen aus medikamentöser Therapie, Psychotherapie, psychosozialen Interventionen und anderen therapeutischen Verfahren. Anfangs kann eine stationäre Behandlung wichtig sein, die dann ambulant weitergeführt wird.

Psychoedukation

Grundlage einer Schizophreniebehandlung sollte eine umfassende Psychoedukation sein. Das bedeutet, dass Patient*innen über die Schizophrenie und deren Therapiemöglichkeiten so aufgeklärt werden, dass sie selbst über mehr Kompetenz im Umgang mit ihrer Krankheit verfügen. Am besten werden Angehörige oder Vertrauenspersonen sehr früh einbezogen.

Ein gutes Verständnis über diese Krankheit soll den Betroffenen helfen, die Behandlung selbst mitzugestalten und besser mit den Beschwerden zurechtzukommen. Eine umfassende Aufklärung trägt außerdem dazu bei, negative Selbstbilder und Ängste abzubauen.

Eine Psychoedukation kann in Einzel- oder Gruppengesprächen stattfinden. Sich mit anderen, die in einer ähnlichen Situation sind, auszutauschen, kann eine große Hilfe sein.

Die Krankheit zu verstehen, ist eine wichtige Voraussetzung dafür, sie zu bewältigen. Studien bestätigen, dass Psychoedukation einen großen Beitrag leisten kann, dass Beschwerden und Beeinträchtigungen im Alltag weniger werden. Auch das Risiko für einen Rückfall sinkt, wenn jemand an solchen Angeboten teilnimmt, zum Beispiel deshalb, weil Betroffene kompetenter werden, Anzeichen einer

akuten Psychose zu erkennen und sich rechtzeitig Hilfe zu suchen oder imstande sind, Stressauslöser schneller zu erkennen und zu vermeiden.

Psychotherapie

Lange Jahre galt Psychotherapie bei Menschen mit Schizophrenie als kontraindiziert, also nicht angezeigt. Man nahm an, dass sie Psychosen sogar aktivieren würde. Seit 2014 die Psychotherapierichtlinien geändert wurden, dürfen psychotische Erkrankungen wie die Schizophrenie auch psychotherapeutisch behandelt werden. Inzwischen kommen die unterschiedlichsten psychotherapeutischen Schulen zum Einsatz, zum Beispiel Kognitive Verhaltenstherapie, Systemische Therapie oder psychoanalytische und psychodynamische Verfahren.

Medikamentöse Therapie

Seit den 1950er Jahren werden psychotische Störungen mit Neuroleptika behandelt. Der Pariser Psychiater Jean Delay (1907 bis 1987) entdeckte 1952 die antipsychotische Wirkung des ursprünglich zur Narkosevorbereitung bestimmten Mittels Chlorpromazin. [Neuroleptika](#) tragen dazu bei, dass gestörte psychische Funktionen, die sich in Halluzinationen oder Wahn zeigen, wieder geordnet werden können, deshalb heißen sie auch Antipsychotika. Diese antipsychotische Wirkung unterstützt Patienten darin, auch psychotherapeutisch behandelt werden zu können. Gleichzeitig wirken diese Medikamente meist beruhigend und dämpfend.

Schlaf- und Beruhigungsmittel wie Benzodiazepine werden vorübergehend bei starker Unruhe und Schlafstörungen eingesetzt. Sie werden dann meist zusätzlich zu Antipsychotika eingenommen. Depressive Verstimmungen oder Störungen treten häufig begleitend zur Schizophrenie auf, deshalb werden auch Antidepressiva eingesetzt.

Neuroleptika können die Symptome einer Psychose deutlich lindern und auch Rückfällen vorbeugen. Sie können aber zum Teil schwere Nebenwirkungen haben und Langzeitfolgen nach sich ziehen. Deshalb sollte der Nutzen und die Risiken dieser Medikamente genau abgewogen und geprüft werden, in welcher persönlichen Situation und Krankheitsphase sich die Patient*innen befinden.

Die Medikamente sollten so niedrig wie möglich dosiert werden und ein Behandlungselement innerhalb einer multimodalen Therapie darstellen.

Familientherapie

Die persönliche Umgebung spielt bei der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie eine große Rolle. Das Familienklima kann den Krankheitsverlauf stark beeinflussen, zum Guten, aber auch zum Schlechten. Wenn überforderte Familienmitglieder, sich oder den anderen Schuld zuweisen oder ein von zu viel Kritik, Abwertung oder auch Überfürsorglichkeit geprägtes Klima ein hohes Rückfallrisiko für die Erkrankten birgt, kann eine **Familientherapie** alle Beteiligten dabei unterstützen, gemeinsam besser miteinander und mit der Krankheit umgehen zu lernen.

Mit Unterstützung der Therapeutin, des Therapeuten können alle gemeinsam umsetzbare Lösungen für familiäre Probleme erarbeiten. Studien belegen, dass das Risiko für eine erneute akute Psychose in den ersten Jahren nach einer [Familientherapie](#) verringert ist.

Recovery-Prozess

Spätestens seit den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurde ein ganzheitlicher Therapieansatz immer populärer. So fließen die Gedanken des Recovery-Konzeptes mehr und mehr in die ambulante und stationäre Behandlung ein. Recovery wird dabei als ein Prozess verstanden, in dem die Individualität des Betroffenen im Mittelpunkt steht.

Recovery ist Englisch und bedeutet auf Deutsch Erholung. Doch es geht dabei nicht nur Erholung oder um Genesung von einer Krankheit. Vielmehr sollen die Patient*innen auf unterschiedlichen Ebenen dabei unterstützt werden, trotz und mit bestehenden psychischen Problemen ein weitgehend selbstbestimmtes Leben führen zu können und ein positives Selbstverständnis zu erlangen. Das Ziel ist nicht um jeden Preis Symptommfreiheit, sondern vielmehr, den Betroffenen und ihren Angehörigen ein breites Spektrum an Therapiemöglichkeiten anzubieten, wozu auch niederschwellige Angebote, Unterstützung durch Genesungshelfer oder Hilfe zur Selbsthilfe gehören.

Die Schwerpunkte von Recovery sind:

- Selbsthilfe,
- Selbstpflege,
- Selbstverantwortung,
- die Gesundheit steht im Fokus, nicht die psychische Störung;
- Umfassende Unterstützung in allen Lebensbereichen

Weil bei Menschen, die an einer Schizophrenie leiden, krankheitsbedingt meist viele Lebensbereiche in Mitleidenschaft gezogen werden, ist es besonders wichtig, dass Betroffene neben einer psychotherapeutischen oder medikamentösen Behandlung auch Angebote erhalten, die sie dabei unterstützen, weiterhin am Arbeitsleben teilnehmen, ausreichend für sich selbst sorgen oder ein soziales Umfeld erhalten zu können.

So werden Betroffene, die unter einer anhaltenden Negativsymptomatik leiden und deren soziale Kompetenzen eingeschränkt sind, durch das **Training sozialer Fertigkeiten** unterstützt.

Ergotherapie hilft, in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit kompetenter zu werden. **Kognitive Remediation** - auf Deutsch heißt das so viel wie die Förderung von gedanklichen Prozessen - unterstützt die Verbesserung von Aufmerksamkeit und Konzentration, Gedächtnisleistung oder der Lernfähigkeit. Therapieformen, die sich kreativer Medien bedienen wie **Musik oder Kunst** helfen, sich selbst und die eigene Befindlichkeit ausdrücken zu können, ohne von außen geäußert oder stigmatisiert zu werden.

Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, tragen ein höheres Risiko für viele körperliche Krankheiten. Deshalb dient eine **angemessene sportliche Betätigung** der Unterstützung der körperlichen Gesundheit, die aufgrund der überdurchschnittlich hohen Sterberate der Betroffenen sehr viel regelmäßiger überwacht werden sollte als dies bei gesunden Menschen nötig ist.

Gemeindepsychiatrie

Die Gemeindepsychiatrie, so wie sie heute in Deutschland existiert, stellt bereits eine Form der Umsetzung des Recovery-Konzepts dar, denn sie trägt dazu bei, dass psychisch kranke Menschen zu

Hause leben können und in ihrem direkten Lebensumfeld Unterstützung erhalten. Eine gemeindepsychiatrische Versorgung von Menschen mit Schizophrenie soll zum Beispiel dazu beitragen, Klinikaufenthalte möglichst zu vermeiden. Studien zeigen, dass die Versorgung im häuslichen Umfeld die Eigenständigkeit und die soziale Integration von Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, nachweislich stärkt.

Zu den Angeboten gehören:

- ambulante gemeindepsychiatrische Teams, die Hausbesuche machen,
- teilstationäre Einrichtungen, die tagsüber Beratung und Therapie anbieten,
- Wohngruppen,
- Tagesstätten,
- Beratungsstellen,
- berufliche Rehabilitationseinrichtungen

In der gemeindepsychiatrischen Versorgung arbeiten verschiedene Berufsgruppen aus Psychiatrie, Psychotherapie, Sozialarbeit oder Sozio- und Ergotherapie zusammen. In manchen Städten können sich Betroffene in akuten Notsituationen zu Hause von ambulanten Kriseninterventionsteams helfen lassen.

Stationäre Behandlung

Eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung kann notwendig werden:

- bei akuter Suizidalität
- bei ausgeprägten Wahn- oder Angstzuständen
- bei ausgeprägter Antriebshemmung
- bei Behandlung komplizierender Begleiterkrankungen
- bei komplexen Behandlungssituationen
- bei unklaren körperlichen Begleiterkrankungen
- bei schweren unerwünschten Arzneimittelwirkungen
- wenn sich der Betroffene nicht mehr ausreichend selbst ernähren oder pflegen kann

Soteriaprojekt

Soteria ist Griechisch und heißt auf Deutsch so viel wie Wohl, Bewahrung, Rettung oder Heil. Der amerikanische Psychiater Loren Mosher gründete in den 1970er Jahren in Kalifornien eine wohngemeinschaftsähnliche Einrichtung als alternative Behandlungsform für Menschen mit Schizophrenie. Es ging ihm darum, die Patient*innen in kleinen Gruppen sehr individuell durch ihre Psychose so zu begleiten, so dass sie sich getragen fühlen konnten, ohne bevormundet zu werden und sozial eingebunden blieben, ohne eingeeengt zu werden. Mosher setzte zwar Neuroleptika ein, aber in sehr viel niedrigerer und individualisierter Dosierung als das vorher üblich war.

In Anlehnung daran gründete der Schweizer Psychiater Luc Ciompi 1984 ein Soteria-Projekt in Bern, das bis heute existiert.

Kernelemente des Soteria-Konzeptes sind:

- Psychosebegleitung in Form aktiven Dabei-Seins (“being-with”),
- Zurückhaltender Umgang mit neuroleptischer Medikation,
- milieutherapeutischer Ansatz;

Inzwischen fanden in vielen psychiatrischen Kliniken sogenannte Soteria-Elemente Einzug in den klinischen Alltag, dort werden Stationen beispielsweise offen geführt und sind wohnlich eingerichtet. Die therapeutische Beziehung zum Patienten steht noch mehr im Mittelpunkt.

Außerdem gibt es Einrichtungen im ambulanten Bereich und im Bereich der Selbsthilfe, die nach soteria-nahen und soteria-ähnlichen Prinzipien arbeiten.

Trialog

Der Trialog wurde ursprünglich im Zusammenhang mit psychotischen Erkrankungen entwickelt und man versteht in der Psychiatrie darunter das gleichberechtigte Gespräch zwischen Patient*innen, ihren Angehörigen und den psychiatrischen Fachleuten wie Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen oder Krankenpflegepersonal.

Studien haben gezeigt, dass engagierte und gut informierte Angehörige einen Krankheitsverlauf positiv beeinflussen können. Deshalb wird der Trialog mit psychisch Erkrankten und deren Angehörigen in vielen Kliniken immer wichtiger.

Genesungsbegleiter*innen

Genesungsbegleiter*innen sind Menschen, die selbst eine psychische Erkrankung hatten oder haben und psychisch Kranke bei ihrem Genesungsprozess unterstützen. Darauf werden sie in speziellen Fortbildungen vorbereitet. Gerade im stationären Bereich können Genesungsbegleiter*innen eine wichtige Brücke zwischen Patient*innen und Klinikpersonal bilden. Als Psychiatrie-Erfahrene wissen sie, wie bedrohlich die Krankheit sein und wie unverstanden man sich vom Personal fühlen kann. Außerdem spielen sie eine wichtige Rolle gegenüber den Angehörigen, indem sie wie eine Art Übersetzer vermitteln können, wie es dem Betroffenen geht. Indem sie selbst an einer Schizophrenie litten oder leiden, können sie dem Erkrankten Mut machen und ihn zur Therapie motivieren.

Selbsthilfe

Bei der Selbsthilfe in Gruppen können sich Menschen, die unter einer gleichen Störung leiden, gegenseitig helfen, persönliche Probleme aus eigener Kraft beziehungsweise zusammen zu bearbeiten. Positive Erfahrungen in Selbsthilfegruppen können nachgewiesenermaßen dabei helfen, dass das Wiedererkrankungsrisiko sinkt. In Selbsthilfegruppen haben Betroffene und auch Angehörige manchmal zum ersten Mal die Gelegenheit, wirklich offen über das eigene Erleben zu sprechen.

Nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für deren nahes Umfeld können die Symptome beängstigend sein. [Angehörige](#) brauchen deshalb manchmal auch selbst Unterstützung, um mit der Erkrankung und ihren Folgen für den Betroffenen und das ganze Umfeld besser umgehen zu können.

Früherkennungszentren

Berlin

Früherkennungs- und Therapiezentrum für beginnende Psychosen (FETZ)
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte
Schumannstr. 20–21
10117 Berlin
Tel.: (030) 4 50 51 70 78
E-Mail: fetz@charite.de
www.charite.de/fetz

Bochum

Psychosezentrum Ruhrgebiet
Westfälisches Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie, Bochum
Alexandrinenstr. 1–3
44791 Bochum
Tel.: (0234) 50 77 – 0
E-Mail: info@psychosezentrum.de
www.psychosezentrum.de

Bonn

Abteilung für Medizinische Psychologie der Universität Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25
53105 Bonn
Tel.: (0228) 28 7 - 63 02
E-Mail: c.schroeder@uni-bonn.de
www.zebb.de

Düsseldorf

LVR-Klinikum Düsseldorf -
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf
Tel.: (0211) 92 2 - 34 90
E-Mail: elisabeth.streit@lvr.de oder kim.teufel@lvr.de
www.rk-duesseldorf.de

Hamburg

Psychosen Ersterkennungs- und Behandlungsprojekt (PEB)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Tel.: (040) 42 8 03 - 32 36 oder -76 70
E-Mail: lambert@uke.uni-hamburg.de
www.uke.uni-hamburg.de

Köln

Früherkennungs- und Therapiezentren in Deutschland (FETZ)
Joseph-Stelzmann-Str. 9
50931 Köln
Tel.: (0221) 47 8 - 40 42
E-Mail: beratung@fetz.org
www.fetz.org

München

FETZ-München
Früherkennungs- und Therapie-Zentrum für Psychotische Krisen
Psychiatrische Universitätsklinik der LMU
Nussbaumstr. 7
80336 München
Tel.: (089) 51 60 - 58 66
E-Mail: fetz@psy.med.uni-muenchen.de
<http://www.med.uni-muenchen.de>

Quellen und Links

1. Anthony, W.A. (1993): Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal 16: 11-2
2. Bäuml, J, Lambert, M, van de Roemer, A (2009): Psychosen – Auf den Punkt gebracht: Ein Wegbegleiter für Betroffene und Angehörige, Zweibrücken: VDM-Verlag
3. Berg-Peer, J (2013): Schizophrenie ist scheiße, Mama! Vom Leben mit meiner psychisch erkrankten Tochter, Frankfurt am Main: Fischer Verlag
4. Häfner, H, Bechdorf, A., et al (2012): Psychosen – Früherkennung und Frühintervention, Schattauer 2012
5. Kieser, L, Kieser, C (2015): Genesungsbegleiter in der psychiatrischen Versorgung, Psychotherapie im Dialog 3, 2015, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 81-84
6. Küchenhoff, J (2012): Psychose, Psychosozial-Verlag, 2012
7. Krieger E, Fieker, M, Moritz, S, Nagel, M (2015): Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose (MKT+), Psychotherapie im Dialog 3, 2015, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 64-68
8. Mehl, S, Lincoln T (2015): KVT bei Wahn und Halluzinationen, Psychotherapie im Dialog 3, 2015, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 58-63
9. Von Peter, S, Wilfer, A, Gervink, A (2019): Recoveryorientierte Gruppenarbeit für Menschen mit Psychoseerfahrungen: Ein Non-Manual, Köln: Psychiatrie Verlag
10. Pfammatter, M, Tschacher W (2015): Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen: Rollen, Ziele und Wirksamkeit. Psychotherapie im Dialog 3, 2015, Stuttgart: Thieme Verlag, S. 22-27
11. Sauter, D, Abderhalden, C, Needham, I, Wolff, S (2011): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern: Huber Verlag
12. Schultze-Lutter, F, Schmidt, S (2015): Ätiologie der Psychosen, Aktueller Stand, Psychotherapie im Dialog 3, 2015, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 16-21
12. Watkins, P.N. (2009): Recovery – Wieder genesen können. Bern: Huber Verlag

Links

1. [Hubert, M: Teufel und Beelzebub: Die Krise der Psychopharmaka, Artikel auf deutschlandfunk.de](#)
2. www.kns.kompetenznetz-schizophrenie.info
3. [Psychiatriegeschichte](#)
4. [Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde \(DGPPN\) \(Hrsg.\). März 2019](#)
5. [Recovery - Ein ressourcenorientierter Ansatz](#)
6. [Schizophrenie - Informationen für Angehörige](#)
7. [Selbsthilfe bei Schizophrenie, Gesundheitsinformationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen \(IQWiG\)](#)
8. [Selbsthilfegruppen: Internet-Plattform für die Suche nach Selbsthilfegruppen und zur Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfe in der Psychiatrie](#)
9. [Soteria – Schizophrenie und Psychosen milieutherapeutisch behandeln](#)
10. <https://soteria-netzwerk.de/soteria-einrichtungen>
11. [Trialog unterstützt Angehörige psychisch Kranker](#)