Schizophrenie

In dieser Zusammenfassung werden die wichtigsten Inhalte zur Vertiefungsvorlesung Schizophrenie festgehalten

# Psychose

Der Begriff der Psychose ist ein sehr wichtiger im Zusammenhang mit Schizophrenie. Es wird aber oft fälschlicherweise mit Schizophrenie verwechselt bzw. gleichgesetzt.

Bei der Psychose handelt es sich um eine schwere psychische Störung, die mit einem zeitweiligen weitgehenden Verlust des Realitätsbezugs einhergeht. Psychose ist ein Überbergriff. Es gibt verschiedene «Arten» von Psychosen:



* **Organische** d.h. die Psychose ist körperlich begründet zum Beispiel liegt eine Hirnschädigung vor. Aber auch ein Tumor oder Stoffwechselstörung kann verantwortlich sein für eine körperliche Psychose



* **Affektive** d.h. die Psychose tritt auf, weil eine Person eine starke Depression hat. Es findet infolge der straken Depression ein Realitätsverlust statt.



* **Substanzinduziert** d.h. die Psychose wird durch Medikamente (falsche Dosierung oder Unverträglichkeit) oder Drogen wie LSD oder Cannabis ausgelöst



* **Schizophrene** meint eine Psychosen, die bei Schizophrenen entstehen.



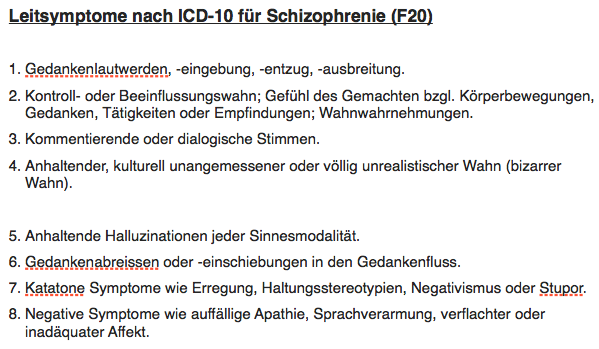
Es gilt sich zu merken Jede Schizophrenie ist eine Psychose aber nicht jede Psychose ist auch eine Schizophrenie.

Im ICD10 sind alle Krankheiten psychisch wie auch körperlich mit ihren Symptomen aufgeführt. In dieser Vorlesung geht es bei den psychischen Störungen um das Kapitel F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen. Wir werden uns aber Hauptsächlich mit der Diagnose F20 Schizophrenie auseinandersetztet.



# Leitsymptome

Im ICD10 werden folgende 8 Leitsymptomgruppen definiert:



Für eine Diagnose ist mindestes ein eindeutiges Symptom (zwei oder mehr, wen weniger eindeutig) der Gruppe 1-4 ODER mindestens zwei Symptome der Gruppen 5-8 erforderlich.



Die Symptome müssen fast ständige während eines Monats oder länger vorhanden gewesen Sein. Erst dann kann eine Diagnose gestellt werden.



Bei eindeutiger Gehirnerkrankung, während einer Intoxikation oder während eines Entzuges soll keine Schizophrenie diagnostiziert werden. Die Therapie gestaltet sich je nach Art der Psycho-Typ ganz anders.

!! Nach ICD10 würde es für eine Diagnose reichen, wenn eine Person während eines Monats kommentierenden Stimmen hört. Meistens sind aber mehrer Symptome vorhanden

## Leitsymptomgruppe 1

* **Gedankeneingebung:** Gedanken und Vorstellungen werden als von aussen her beeinflusst, gemacht, gelenkt, gesteuert, eingegeben, aufgedrängt empfunden.



* **Gedankenentzug:** Der Patient ist der Überzeugung, dass ihm seine Gedanken weggenommen oder „entzogen“ werden.



* **Gedankenausbreitung:** Der Patient ist überzeugt, dass ihm die Gedanken nicht mehr alleine gehören, andere an seinen Gedanken Anteil haben und wissen, was er denkt (Gedankenlesen).



* **Gedankenlautwerden:** Hören der eigenen (laut ausgesprochenen) Gedanken.

Im AMDP werde alle Bestandteile der **Leitsymptomgruppe 1**als Ich-Störungen eingeteilt.

Ich-Störungen umfassen **Störungen** des **Einheitserlebens**, der **Identität im Zeitverlauf**, der **Ich-Umwelt-Grenze**, der **„Ich-Haftigkeit“ aller Erlebnisweisen**, in denen körperliche Vorgänge und das eigene Denken, Fühlen oder Handeln **als von aussen gelenkt empfunden** werden. Darum wird die Schizophrenie allgemein als ICH-Krankheit bezeichnet. Bei Personen mit Schizophrenie ist die ICH-Grenze sehr durchlässig und löchrig. Patient hat das Gefühl andere sehen in mich herein. Die Unterscheidung zwischen ICH und AUSSEN ist schwierig



## Leitsymptomgruppe 2

* Kontroll- und Beeinflussungswahn meint, dass der Patient das Gefühl hat, das was er macht machen andere mit ihm. Er macht es nicht selbst. Er/sie hat das Gefühl von anderen gesteuert zu sein.
* **Gefühl des Gemachten** bzgl. Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen
* **Wahnwahrnehmungen**

## Leitsymptomgruppe 3: Kommentierende oder dialogische Stimmen

Im AMDP-System wird Stimmenhören wie folgt bezeichnet. Es ist eine Form der **akustischen Halluzination**, bei der menschliche **Stimmen (Phoneme)** wahrgenommen werden, ohne dass tatsächlich jemand spricht. Bei der akustischen Halluzination wird unterschieden ob Man Stimmen oder Geräusche hört.

Die Stimmen können den Patienten direkt ansprechen, **imperativ** oder **kommentierend** seine Handlungen begleiten oder in Rede und Gegenrede über ihn sprechen (**dialogisch**).

Das Stimmenhören als akustische Halluzination gehört im AMDP zur Oberkategorie der Sinnestäuschungen. In dieser Kategorie wird unterschieden zwischen **Illusionen, Halluzinationen** und **Pseudohalluzinationen**.

Als Unterscheidungskriterium zwischen Illusion und Halluzination dient das Vorhandensein einer Reizquelle.

Eine **Halluzination** ist eine Wahrnehmung ohne entsprechende Reizquelle. 🡪 Bsp: Ich höre zwei Personen über mich sprechen, aber weit und breit ist niemand zu sehen, der über mich sprechen könnte.

Eine **Illusion** ist eine Verkennung (verfälschte Wahrnehmung) von realen Gegenständen, Geräuschen oder Personen. 🡪 Bsp: Ich sehe weiter weg zwei Personen, die sich unterhalten und ich höre sie über mich sprechen

Bei einer **Pseudohalluzination** erkennt der Patient den Trugcharakter seiner Wahrnehmung. 🡪 Bsp: Ich sehe weiter weg zwei Personen, die sich unterhalten und ich höre sie über mich sprechen und ich bin mir bewusst, dass ich auf diese Entfernung nicht hören kann, was sie sprechen.

## Leitsymptomgruppe 4: anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn (bizarrer Wahn)

«Meine Leber wurde entfernt», sagt zum Beispiel ein Betroffener, aber es ist keine Narbe von der Leberextraktion sichtbar.

Die Wahnwahrnehmung ist eine wahnhafte **Fehlinterpretation** einer an sich richtigen Wahrnehmung. **Reale Sinneswahrnehmungen** enthalten eine **abnorme Bedeutung** (meist im Sinne der Eigenbeziehung). Betroffener nimmt reale Dinge wahr d.h. wir nicht kranken sehen das gleiche wie er/sie. Aber die Bedeutung des Wahrgenommenen ist falsch.

## Leitsymptomgruppe 5: anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität

Dazu gehören:

* Stimmenhören 🡪 siehe Leitsymptom 3
* Andere akustische Halluzinationen meint das Hören von **Geräuschen**, ohne dass solche Geräusche vorhanden sind (sog. Akoasmen). Im Krankheitsbild kommt das Stimmen und Geräusche hören meistens kombiniert vor. Es ist eher selten, dass Patienten nur entweder oder hört🡪 Bsp.: Musik, Stöhnen, Seufzen, unverständliches Murmeln.
* Optische Halluzinationen meint **Visuelle Wahrnehmung** ohne entsprechende Reizquelle. Bsp.: Lichtblitze, Muster, Gegenstände, Personen oder ganze Szenen.
* Körperhalluzinationen meinen **taktile Halluzinationen:** Taktile Wahrnehmungen ohne entsprechende Reizquelle. 🡪 Bsp.: Hand auf Haut, Wasser über den Rücken, Körnchen zwischen den Fingern.

**Coenästhesien:** Störungen des Leibempfindens, qualitativ abnorme Leibsensationen. Sind Wahrnehmungen die real nicht wahrgenommen werden können. 🡪 Bsp.: Darm wie versteinert, Gehirn schwappt hin und her.

* Geruchs- und Geschmackshalluzinationen meint **Geschmacks- und Geruchswahrnehmungen** ohne entsprechende Reizquelle. Im Mund breitet sich ein bestimmter (meist unangenehmer) Geschmack aus, ohne dass der Patient etwas gegessen oder getrunken hat. 🡪 Bsp.: fauliger Geschmack, Gasgeruch.

All diese Formen der Halluzination fallen in die Oberkategorie des Wahns. Das AMDP definiert Wahn wie folgt; Eine **unkorrigierbar** falsche Beurteilung der Realität, die **erfahrungsunabhängig** auftritt und an der mit **subjektiver Gewissheit** festgehalten wird, auch wenn sie im Widerspruch zur Erfahrung und zur Überzeugung der gesunden Mitmenschen steht (nicht Erkrankte sehen diese Dinge nicht).

Der Wahn gehört neben den überwertigen Ideen und den Zwangsgedanken zu den **inhaltlichen Denkstörungen**. Je grösser der Wahn bzw. das Wahnsystem ist, desto weniger kann man den Betroffenen davon überzeugen, dass seine Wahrnehmungen nicht real sind. Mit der Zeit entstehen durch die einzelnen Wahnerfahrungen richtige Wahnsysteme.

## Leitsymptomgruppe 6

* **Gedankenabreissen:** Plötzlicher Abbruch eines sonst flüssigen Gedankengangs ohne erkennbaren Grund, was vom Patienten erlebt wird.
* **Gedankeneinschiebungen in den Gedankenfluss**

Symptome, die im AMDP-System unter den formalen Denkstörungen eingeordnet werden.

* **Formale Denkstörungen** umfassen Denkstörungen des Denkablaufs; sie finden ihren Ausdruck in sprachlichen Äusserungen des Patienten.

## Leitsymptomgruppe 7: **Katatone Symptome (psychomotorisch)**

* **Erregung** (anscheinend sinnlose motorische Aktivität, die nicht durch äussere Reize beeinflusst ist)



* **Haltungsstereotypien** (Beibehalten unsinniger Haltungen)
* **Negativismus** (genau das Gegenteil des Verlangten wird ausgeführt; Widerstand gegenüber Versuchen, bewegt zu werden)
* **Stupor**(Verminderung der Reaktion auf die Umgebung, Verminderung von Spontanbewegungen)

## Leitsymptomgruppe 8: Negative Symptome

Damit sind Negative Symptome gemeint wie

auffällige **Apathie**,



**Sprachverarmung**,



**verflachter** oder **inadäquater Affekt**.



# Positiv und Negativsymptomatik / Verlauf

## Positiv- und Negativsymptomatik (Gaebel)oder Plus- und Minussymptomatik (Bäuml).

Die Positivsymptomatik meint das Gleiche wie die Plussymptomatik. Es sind Synonyme. Dabei handelt es sich um Symptome die «zusätzlich» auftreten d.h. bei gesunden Menschen sind diese Symptome nicht vorhanden. 🡪 Beispiel: Halluzinationen, Psychosen, Gedankeneingebung… Negativ- und Minussymptomatik sind ebenfalls Synonyme. Sie beschreiben Symptome/Eigenschaften die reduziert sind. 🡪 Beispiel: Appetitverlust, Antriebsverminderung, Stupor

### „Normalbereich“(nach Bäuml)

Von natürlicher Fröhlichkeit getragene Grundstimmung, normaler Tatendrang, nur gelegentliche Nervosität im „unverdächtigen“ Plusbereich; physiologische Ängstlichkeit bei bestimmten Anforderungen, Abgeschlagenheit, Müdigkeit etc. im „unverdächtigen“ Minusbereich.

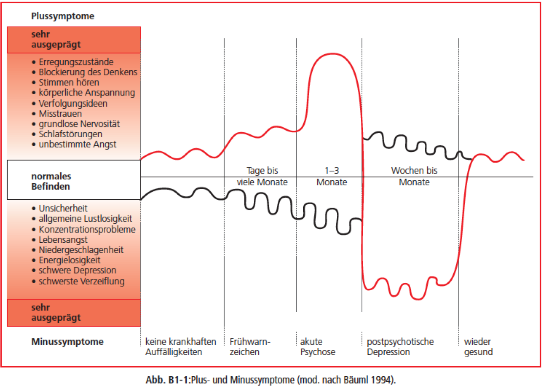
### Positivsymptomatik (nach Gaebel)

Symptome schizophrener Psychosen, die als Übersteigerung des üblichen Erleben interpretierbar sind, z. B. Halluzinationen, Wahn und Ich-Störungen =PSYCHOSE.

* Alles was zum «Normalen Dasein» dazukommt

### Negativsymptomatik(nach Gaebel)

Symptome schizophrener Psychosen, bei denen im Vergleich zum üblichen Erleben etwas zu fehlen scheint, z. B. Affektverflachung mit verminderter Mimik und Gestik, Antriebs- und Freudlosigkeit, vermindertes Sprechen.

Die rote Linie in dieser Abbildung zeigt an, welche Symptomatik in der jeweiligen Phase im Vordergrund steht. Im Vordergrund stehen meint, dass sie mehr auffallen.

Die schwarze Linie zeigt das Vorhandensein der gegensätzlichen Symptome der roten Linie d.h. es gibt in jeder Phase sowohl Positiv- als auch Negativsymptomatik. Aber die Symptomatik der schwarzen Linie ist in der jeweiligen Phase eher im Hintergrund. Sie werden von anderen Symptomen überdeckt.

In der postpsychotische Depression ist die Suizidalität erhöht.

Die gestrichelten Linien trennen die Phasen voneinander ab. Und «wieder gesund» meint eine Person ist symptomfrei.

Das gezeichnete Beispiel zeigt vom Anfang bis zur postpsychotischen Depression einen sehr typischen Verlauf. Aber die Symptomfreie-Phase tritt nicht immer ein. Die Kurven können sich im Laufe des Lebens wiederholen oder bei einem einmaligen Schub bleiben. Bevor es zur Symptomfreien Phase kommt, können sich auch mehrerer Kurven der vorhergehenden Phasen aneinanderreihen.

### Frühwarnzeichen(nach Bäuml)

Die Frühwarnzeichen können sowohl im negativen so wie im positiven Bereich auftreten.



* Nervosität;



* Schlafstörungen;



* Konzentrationsschwierigkeiten;



* Verstimmungsgefühle;



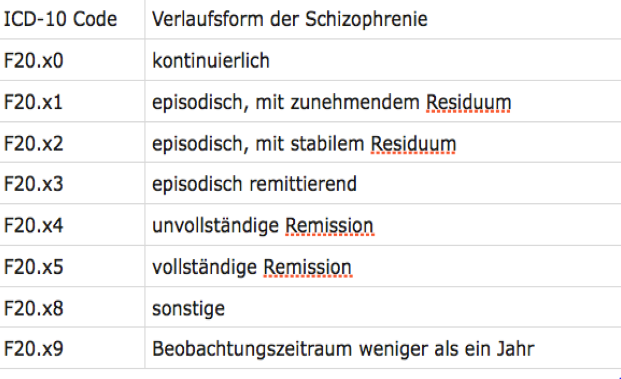
* Rückzugsbedürfnis etc.

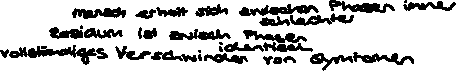


Akute schizophrene Phasen können verhindert werden, wenn die Frühwarnzeichen erkannt werden. Wenn ein Betroffener sich selber gut kennt, sich selber reflektiert und mit dem Arzt offen über alle Teile der Krankheit spricht, kann es helfen einen Rückfall zu vermeiden.

## Verlaufsformen der Schizophrenie

Im Einzelfall ist es unmöglich vorauszusagen, wie der Verlauf bei einem bestimmten Patienten langfristig sein wird. Die Abbildung zeigt m





# Unterformen der Schizophrenie(ICD-10 F20)

Die **klassischen Unterformen** der paranoiden, hebephrenen und katatonen Schizophrenie sowie der Schizophrenia simplex finden sich in unterschiedlicher Häufigkeit; die **paranoide Form** überwiegt mit über 65% der Fälle.

Die verschiedenen Formen stellen klinische Prägnanztypen dar, die sich am psychopathologischen Querschnittsbefund und an Verlaufsbesonderheiten orientieren, ohne dass ihnen eine sichere ätiologische Eigenständigkeit oder Verlaufsspezifität zuzuschreiben wäre. Die Diagnose der Unterformen richtet sich nach dem Leitsymptom, dass im Vordergrund steht.

## Paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0)

**Wahnvorstellungen** verschiedenster Art, vorwiegend akustische **Halluzinationen**(Phoneme, Akoasmen)



**Im Hintergrund:** Störungen des formalen Denkens, der Stimmung, des Antriebs, der Sprache sowie katatone Phänomene alle Verlaufsformen beobachtbar

## **Hebephrene Schizophrenie (ICD-10 F20.1)**

**Affekt-, Antriebs- und formale Denkstörungen** im Vordergrund. **Seltener** kommt es auch vor, dass **Stimmen gehört** werden.



Krankheitsbeginn 15. –25. Lebensjahr 🡪 eher junge Personen sind davon betroffen. Der Ausbruch ist im Vergleich zu anderen Schizophrenieformen eher früh. Verlaufsprognose eher ungünstig.



## Katatone Schizophrenie (ICD-10 F20.2)

Charakteristisch sind **psychomotorische Störungen**, die zwischen Erregung und Stupor wechseln können. **Katatone Sym****ptome** müssen nachweisbar sein. Die Katatonen Symptome sind einfach zu diagnostizieren. Eine „perniziöse“ Form der Katatonie liegt vor, wenn ein extremer Stupor mit Hyperthermie und vegetativer Dysregulation einhergeht.



Differenzialdiagnostisch müssen primäre Gehirnerkrankungen, Stoffwechselstörungen, Intoxikationen und ein malignes neuroleptisches Syndrom ausgeschlossen werden.



Verlaufsprognose eher günstig

## undifferenzierte Schizophrenie (ICD-10F20.3) 🡪 «Hilflose Diagnose»

**Atypische Form** der Schizophrenie wird diagnostiziert, wenn **keine der vorgeschriebenen Unterformen** zutreffen oder Merkmale verschiedener Unterformen vorliegen.

## Postschizophrene Depression (ICD-10 F20.4)

Von postschizophrener Depression wird gesprochen, wenn sich **im Anschluss** an eine akute Schizophrenie eine **depressive Episode** entwickelt, in der die Positivsymptome zurücktreten, aber noch vorhanden sind.



Eine **Abgrenzung von** depressiver Symptomatik, schizophrener Negativsymptomatik und medikamentös induzierter Hypokinese ist erforderlich. War vor der Depression keine Schizophrenie diagnostiziert worden bzw. sprechen die Symptome vor der Depression nicht für eine Schizophrenie, dann ist es eher nur eine Depression. Bei einer postpsychotischen Depression muss mit einem **erhöhten Suizidrisiko** gerechnet werden.

## schizophrenes Residuum (ICD-10 F20.5)

Es liegt vor, wenn sich **nach** mindestens **einer** früheren **akuten Episode** ein chronisches Bild mit ausgeprägter **Negativsymptomatik** entwickelt.



## Schizophrenia simplex(ICD-10 F20.6)

Diese Diagnose ist gekennzeichnet durch einen **blanden Verlauf** mit **progredienter Negativsymptomatik**, **zunehmenden Verhaltensauffälligkeiten** und **sozialer Desintegration** bis zur **Nichtsesshaftigkeit**.

* Die Diagnose ist schwer zu stellen, weil spezifische Symptome fehlen.
* Die Symptome sind schwierig erkennbar
* Der Verlauf dieser Form ist sehr langsam

# Differenzialdiagnostik

Abk.: DD

Es handelt sich um Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen (Krankheitszeichen)

Sie müssen mittels **Differentialdiagnostik** voneinander abgegrenzt werden, um zur Diagnose zu gelangen. Die **Differenzialdiagnose** einer **schizophrenen** Psychose **muss zu**

**nicht-organischen psychotischen Störungen** (schizotype Störungen, induzierte wahnhafte Störung, anhaltende wahnhafte Störung, akute vorübergehende psychotische Störung oder schizoaffektive Störung) sowie zu **organisch bedingten bzw. substanzbedingten psychischen Störungen** erfolgen. (Etwa 2 bis 5% aller akuten Schizophrenien liegt eine andersartige primäre oder sekundäre Gehirnerkrankung zugrunde.)



## Abgrenzung zu nicht-organischen psychotischen Störungen

Die Abgrenzung zu **akuten psychotischen Störungen (ICD-10 F23.0 –F23.3)** erfolgt vorrangig auf Grundlage der **Zeitspanne**, während die psychotischen Symptome vorlagen.



Die **schizotype Störung (ICD-10 F21)**i st durch das **Fehlen** eindeutiger und längerdauernder **psychotischer Symptome** gekennzeichnet.

Eindeutige Grenzen zu schizoiden oder paranoiden Persönlichkeitsstörungen existieren nicht.

Die **anhaltenden wahnhaften Störungen (ICD-10 F22)** sind vor allem durch eine



**chronische Verlaufstendenz** gekennzeichnet, **ohne dass die ICD-10-Kriterien der Schizophrenie erfüllt sind**.



### Schizoaffektive Psychosen (ICD-10 F25.0 –F25.2)

Sie müssen bei gleichzeitigem Vorkommen von schizophrenen und affektiven Symptomen (depressive oder manische) von



* -Unruhezuständen,
* -affektiven Symptomen bei Schizophrenie,
* -affektiven Störungen mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F30.2, F31.2, F31.5, F32.3, F33.3) abgegrenzt werden.
* Dabei handelt es sich um eine Mischdiagnose

# Epidemiologie

Begriff „Schizophrenien“

Die Symptome und **klinischen Verläufe** schizophrener Psychosen können sehr **heterogen**sein. Bis zum Ende des 19.Jahrhunderts lagen detaillierte Beschreibungen **einzelner Krankheitsbilder (Hebephrenie und Katatonie waren alleinstehende Krankheitsbilder)** vor, die als eigenständig erachtet wurden (z.B. **Katatonie** oder **Hebephrenie**).

## Emil Kraepelin - Münchner Psychiater (1856 –1926)

Er fasste **1896** erstmals mehrere Krankheitsformen unter dem Begriff ***Dementia praecox*** (frühzeitige Demenz) zusammen. Kraepelin beschrieb unterschiedliche psychopathologische Bilder. Gemeinsam sei ein schubförmiger Verlauf, ungünstige Langzeitprognose, demenzähnliches Endstadium. Die traditionelle Psychiatrie blieb von Kraepelins Konzept bestimmt (Wurzel von ICD und DSM).



## Eugen Bleuler-Schweizer Psychiater (1857 –1939)

Der Begriff ***Schizophrenie***(„gespalten sein“) geht auf ihn zurück.

**1911** fasste Bleuler im Wesentlichen die gleichen Krankheitsformen wie Emil Kraepelin in *„die Gruppe der Schizophrenien“* zusammen.

Er erkannte, dass nicht alle Schizophrenien eine schlechte Prognose haben und in ein demenzähnliches Endstadium münden.



Charakteristische **Grundsymptome**, die allen Schizophrenien zugrunde liegen, und **akzessorische** Symptome.

* Er verstand den Aufbau der Schizophrenie anders als heute. Aber es gibt gewisse Ähnlichkeiten

**Grundsymptome**

**akzessorische Symptome**

-Wahn

-Halluzinationen

-katatone Symptome u. a.

-formale Denkstörungen (v. a. Zerfahrenheit)

-Störungen der Affektivität (v. a. Ambivalenz)

-Antriebsstörungen

-Autismus

## Kurt Schneider - Deutscher Psychiater (1887 -1967)

Seine Lehre von den **Symptomen ersten und zweiten Ranges** stellte im weiteren Verlauf einen ersten Versuch der Operationalisierung der Diagnostik dar. In der englisch-amerikanischen Psychiatrie ist die auf Kraepelins Konzept basierende Symptomanordnung von Kurt Schneider bestimmend geblieben.



* Sein Ziel war eine besser Operationalisierung und eine bessere und genauere Kategorisierung zu erreichen

**Symptome 1. Ranges**



-Wahnwahrnehmung, dialogisierende akustische Halluzinationen

-Gedankenlautwerden, Gedankenentzug, Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung

-andere Beeinflussungserlebnisse mit dem Charakter des Gemachten



**Symptome 2. Ranges**

-Wahneinfall, sonstige Halluzinationen (z.B. optisch, olfaktorisch)

-Affektveränderungen

-Ratlosigkeit u. a.

## Lebenszeitprävalenz

Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens an Schizophrenie zu erkranken wird durchschnittlich mit 1% angegeben.

## -Einfluss von Alter und Geschlecht

Grundsätzlich kann sich eine schizophrene Erkrankung **in jedem Lebensalter** manifestieren.

In etwa zwei Drittel der Fälle tritt die erste Krankheitsepisode **vor dem 30. Lebensjahr**, nur in seltenen Fällen bereits vor dem 15. Lebensjahr auf.



Bzgl. **Erkrankungsrisiko** nur geringe Unterschiede. Neuerkrankungen 1,4 : 1 bei Männern gegenüber Frauen. Deutlichere Geschlechtsunterschiede finden sich im **Ersterkrankungsalter** und den **Verlaufsformen.**

* Männer 🡪 Gipfel Ersterkrankungen bei Männern 20-bis 25-jährig
* Frauen 🡪 Gipfel Ersterkrankungen bei Frauen **25-bis 30-jährig Zweiter Ersterkrankungsgipfel** bei Frauen in der Menopause. Der **schwerere Verlauf** in diesem Alter wird zum Teil durch den sinkenden Östrogenspiegel erklärt.

### Suizidrate

Schizophrene Patienten haben eine hohe Suizidrate, die in der Grössenordnung von **10 %** angegeben wird.



-manche Suizide in akut psychotischer Phase unter dem Einfluss von Wahnerleben oder Stimmen

-der grösste Teil der Suizide erfolgt ausserhalb akuter Krankheitsphasen (depressive Zustände, Bilanzsuizide)



## -Genetische Disposition und Umwelteinfluss

**Genetische Komponenten** spielen bei der Pathogenese schizophrener Psychosen eine wichtige Rolle.

**Adoptionsstudien** bestätigen die Bedeutung der genetischen Komponente und zeigen, dass **die genetische Belastung stärker wiegt** als die psychosoziale Belastung durch die Adoptionsfamilie. Dennoch reichen die genetischen Faktoren nicht aus, um die Varianz vollständig aufzuklären.

### multifaktorielle Genese

Heute wird bei schizophrenen Psychosen von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen, in der das Zusammentreffen einer **genetisch determinierten Vulnerabilität** mit **psychosozialen Stressfaktoren** für das Ausbrechen der Erkrankung verantwortlich gemacht wird. (Bäuml)

## -Einfluss des Verwandtschaftsgrades

Wenn genetische Faktoren allein entscheidend für das Auftreten einer Psychose wären, dann müssten eineiige Zwillinge eine Konkordanzrate von 100% haben.

Diese beträgt jedoch bei eineiigen Zwillingen „nur“ 50%, d.h. bei einem erkrankten Zwilling ist das Risiko des zweiten Zwillings später auch an Schizophrenie zu erkranken, 50% und nicht 100%.

Leseart der Grafik: Bin ich Cousine von jemandem der Schizophrenie hat, liegt mein eigenes Risiko an einer Schizophrenie zu erkranken bei 2%.

### Familiengenetische Studien

Familiengenetische Studien zeigen, dass **bei zunehmendem Verwandtschaftsgrad** mit einem schizophren Erkrankten das **Risiko** selbst zu erkranken **steigt**. Aus diesen Studien lässt sich auch ableiten, dass hierbei **nicht nur ein Gen** für die Vererbung verantwortlich sein kann, sondern dass hochwahrscheinlich ein **polygener Erbgang** vorliegt.

### Adoptionsstudien

Die **Adoption von gesunden Kindern** ohne schizophrene Familienangehörige in Familien mit einem Adoptivelternteil, der an Schizophrenie erkrankt war, geht **nicht** mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko der Kinder einher.

Früh **adoptierte Kinder schizophren erkrankter Eltern** zeigen ein **erhöhtes Erkrankungsrisiko**, auch wenn die Adoptionsfamilie selbst keine schizophrenen Erkrankungen aufweist.

# Ätiopathogenese

Ursachen; Warum etwa ein Prozent der Bevölkerung eine Schizophrenie entwickelt ist nicht eindeutig geklärt. Die Ätiopathogenese beinhaltet verschieden Modelle, welche die Entstehung einer Schizophrenie erklären sollen. Nicht alle behandelten Modelle sind heute noch gültig.

## Ältere, empirisch nicht belegte Hypothesen („schizophrenogene Mutter“, Double-bind-Theorie)

### Schizophrenogene Mutter

Das Konzept wurde 1940 von der Psychoanalytikerin **Frieda Fromm-Reichmann** formuliert. Es postuliert, dass ein **überfürsorgliches und dominierendes** Verhalten einer an sich emotional **kalten, zurückweisenden** Mutter bei ihrem Kind zu frühen emotionalen Störungen und zur Manifestation einer schizophrenen Psychose beitragen könne.



* **empirisch nicht bestätigt**
* **Die Mutter «generiert» die Schizophrenie durch ihr Verhalten bei ihrem Kind**

### Double-bind-Theorie

Modell der Entstehung schizophrener Psychosen von **Bateson**(1956). Schizophrenie als Resultat eines **intrafamiliären pathologischen Kommunikationsstils**, wobei die Mutter dem Kind gegenüber **unlösbare, einander widersprechende** Botschaften aussendet. 🡪 Die Wiedersprüche können vom Kind nicht aufgelöst werden. Die Unlösbarkeit dieser Widersprüche soll das Kind in Ratlosigkeit und Verwirrung versetzen und sich bei dem später schizophren Erkrankten als Ambivalenz und formale Denkstörung im Sinne der Denkzerfahrenheit manifestieren.



* **empirisch nicht bestätigt**

**Beispiel (von Bateson et al.)**

Ein junger Mann, der sich von einem schizophrenen Schub ziemlich gut erholt hatte, erhielt im Spital Besuch von seiner Mutter. Er freute sich, sie zu sehen, und legte ihr impulsiv seinen Arm um die Schulter, worauf sie erstarrte. Er zog dann seinen Arm zurück, und sie fragte: „Liebst du mich nicht mehr?“ Er wurde rot, und sie sagte: „Lieber, du musst nicht so leicht verlegen werden und Angst vor deinen Gefühlen haben.“

### Ältere, empirisch nicht belegte Hypothesen

Insgesamt gelten sämtliche bisher aufgestellten Hypothesen, die eine **monokausale Erklärung** der Schizophrenie durch **pathologische intrafamiliäre Beziehungsgeflechte** postulieren, als obsolet. Diskutiert wird ein **Zusammenspiel verschiedener Faktoren**, die in jedem Einzelfall in einer individuellen Kombination zum Ausbruch der Erkrankung führen.



## Expressed-Emotion-Konzept

**Expressed Emotion (EE)** ist das Ausmass an **kritischen Bemerkungen** bis hin zur **Ablehnung** oder gar **Feindseligkei**t seitens der primären Bezugspersonen gegenüber dem Patienten,

aber auch eine **überprotektiv**e, überfürsorgliche Einstellung zum Erkrankten.

**EE-Wert**

In Bezug auf psychotische Schübe konnte in Studien eine enge zeitliche Korrelation mit vorhergehenden kritischen Lebensereignissen–vor allem im familiären Kontext –gezeigt werden.

-Ein hoher EE-Wert geht mit einer höheren Rückfallrate (bis zu ca. 50%) einher.

-Bei einem niedrigen EE-Wert besteht ein Rezidivrisiko von etwa 15 bis 20%.

Unklar ist, ob hohe EE-Werte kausal den Verlauf verschlechtern oder selbst Ausdruck der familiären Kommunikationsstörung durch das Auftreten der Erkrankung sind.

Kritisch hinterfragen, ob der Patient/Betroffenen nicht durch sein Verhalten gegenüber der Umwelt genau das auslöst, was als Ursache/Entstehungsgrund von einer Schizoprenie betrachtet wird.

## Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Erstbeschreibung von **Zubin und Spring 1977**. Seither durch neu hinzukommende Erkenntnisse mehrfach erweitert. **Es schafft eine plausible Verbindung zwischen neurobiologischen und psychosozialen Faktoren.**

Das Zusammentreffen einer erhöhten Vulnerabilität und eines erhöhten Stresspegels führen zum Überschreiten eines „kritischen Grenzwertes“, so dass es zum Ausbruch einer Psychose kommt.

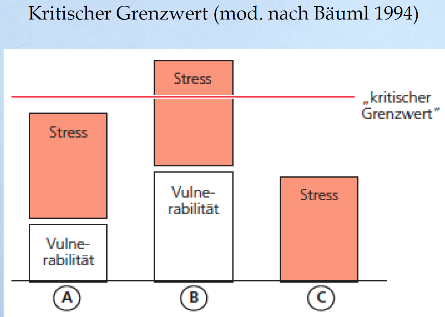
**Vulnerabilität**

gilt hier als eine genetisch bedingte Krankheitsanfälligkeit (auch Verletzlichkeit) im Sinne einer verminderten Fähigkeit bzw. Kapazität, Informationen und Reize auf unterschiedlichen Ebenen (kognitiv, emotional) zu verarbeiten.



**Stressfaktoren**

psychosoziale, aber auch biologisch-körperliche Belastungen, die eine emotionale und mentale Überlastung und Überforderung des Betroffenen bedingen



**Kritischer Grenzwert**

individuell unterschiedlich liegende Reiz-bzw. Informationsverarbeitungsschwelle

Bei Überschreiten kommt es zum Zusammenbruch der psychobiologischen und kognitiven Funktionen und zum Auftreten psychotischer Krankheitssymptome.

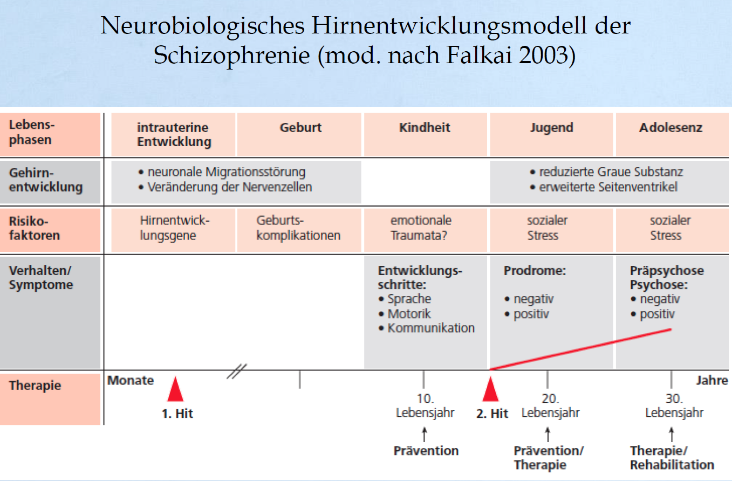
## Neurobiologisches Hirnentwicklungsmodell

Folge einer in der zweiten Schwangerschaftsdrittel auftretenden neuronalen Entwicklungsstörung



Ursachen (1. Hit):

* innere Faktoren wie eine genetische Disposition
* äussere Faktoren (Infektion mit Viren, Hypoxie, Traumata)



Die Störung selbst kommt erst mit beträchtlicher **Zeitverzögerung** postpubertär zum Tragen. Vermutlich lösen normale Entwicklungsprozesse oder zusätzliche pathogene Faktoren (2. Hit) die Manifestation der akuten Psychose aus (so genannte **„Two-Hit-Hypothese“**).

**Mögliche intrauterine Schädigungen**

Vielfältige Ursachen für die postulierte Hirnentwicklungsstörung im zweiten Schwangerschaftsdrittel (1. Hit):

Schwangerschaftskomplikationen:

* Influenza-Erkrankung der Mutter in dieser Zeit
* Unterernährung oder extreme Stressbelastung der Mutter

**Hirnmorphologische Befunde**

Neuropathologische Post-mortem-Untersuchungen in Kombination mit bildgebenden Verfahren:

* Zeichen einer allgemeinen Hirnatrophie mit Erweiterung der Hirnventrikel und der äusseren Liquorräume aufweisen.
* Insbesondere kommt es zu einer progredienten Volumenreduktion des frontotemporalen Kortex.

**Bedeutung der hirnmorphologischen Befunde**

Die strukturellen Hirnveränderungen sind unspezifisch. Sie können das Auftreten der Psychose nicht vollständig erklären. So finden sich sowohl schizophren Erkrankte mit unauffälliger Hirnmorphologie als auch gesunde Personen mit den hirnmorphologischen Veränderungen, wie sie auch bei vielen schizophrenen Patienten beschrieben wurden.

**Funktionsstörung der Neurotransmittersysteme**

Die medikamentöse Behandelbarkeit schizophrener Psychosen spricht dafür, dass das Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Neurotransmittersystemen bei der Schizophrenie gestört ist. Die deutlichsten Hinweise auf eine Funktionsstörung betreffen das dopaminerge System.



## Dopaminhypothese

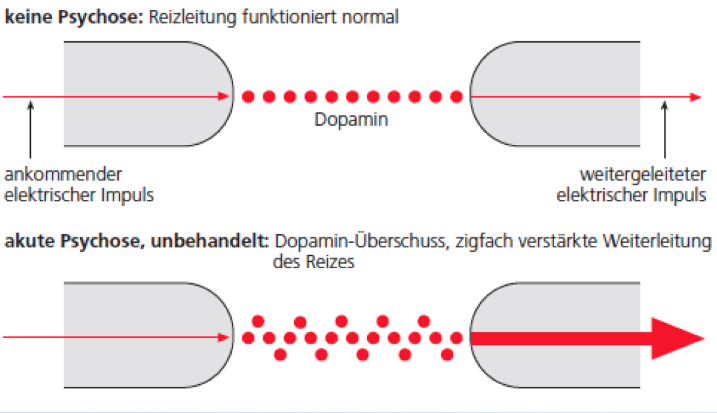
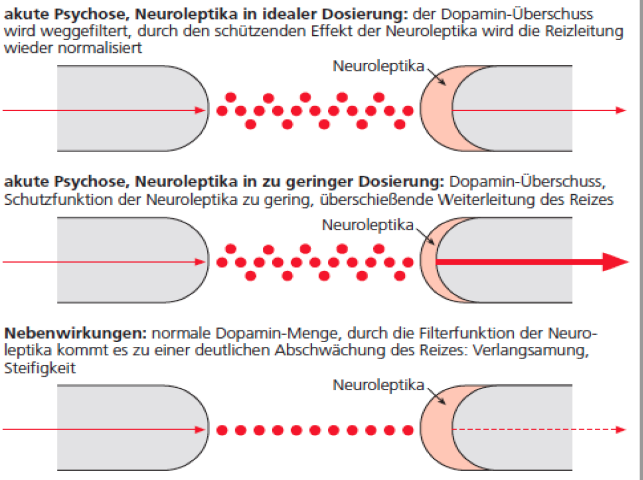
### Dopaminerge Funktionsstörungen

Aus dem Hirnstamm steigen Botenstoffe auf (Neurotransmitter).Einer davon ist das Dopamin.

### Dopaminhypothese früher

Ursprünglich besagte die Dopaminhypothese der Schizophrenie, dass das dopaminerge System funktionell überaktiv sei und deswegen die psychotischen Symptome auf die Blockade der Dopaminrezeptoren durch Neuroleptika anspräche.





### Dopaminhypothese heute

Eine Überaktivität des mesolimbischen dopaminergen Systems führt zu den Positivsymptomen, die im Allgemeinen gut auf Dopamin-DA2-Rezeptoren-Blocker ansprechen (Neuroleptika). Zugleich führt eine Unteraktivität im mesokortikalen dopaminergen System zu den Negativsymptomen (Antriebsmangel, Interesselosigkeit, Initiativearmut). Diese Symptome sprechen in der Regel schlechter auf Antipsychotika an.



* **Es gibt auch noch andere Neurotransmitter die bei der Schizophrenie eine Rolle spielen : Serotonin und Glutamat**

# Psychopathologie nach Benedetti und Rom

## Einführung

In diesem Kapitel geht es nicht mehr um die Aussensicht nach ICD-10 sondern um die Innenperspektive.

Für eine erfolgreiche Psychotherapietherapie ist es eine Voraussetzung, dass der Therapeut ein Verständnis vom innerpsychischen Geschehen eines an Schizophrenie erkrankten Menschen sich aneignet. Es geht darum, sich mit der Welt des Betroffenen auseinander zusetzte. Er/Sie lebt in seiner/ihrer eigenen Welt. Für Betroffene ist es schwierig zu beschrieben, was in ihrer Welt passiert. Medis helfen bei der Therapie als Entlastung, damit die eigene Welt nicht zu gross und belastend wird. Patienten brauchen in «Anfällen» Begleitung. Es gibt auch alternative Konzepte, als die bisher behandelten.

* Je mehr Erfahrung ein Patient mit der Erkrankung hat uns je mehr er/sie sich damit auseinandergesetzt hat, desto besser werden Frühwarnzeichen für erneute Episoden erkannt.

Die Unterscheidung zwischen Aussensicht und Innensicht ist entscheidend!

Im ICD-10 wird die Diagnose der Schizophrenie durch einen Kriterien-Katalog festgelegt.

Anhand einer vordergründigen Orientierung am Auftreten von Symptomen allein lässt sich ein ausreichendes Verständnis vom innerpsychischen Geschehen eines an Schizophrenie erkrankten Menschen nicht entwickeln.

### Sigmund Freud

Er ist Begründer der Psychoanalyse. Und lebte von 1856-1939.

Drei-Instanzen-Modell (Strukturmodell der Psyche):

Es ist das Bekannteste Modell von Freud.

* Über-Ich (Gebote, Verbote)
* Ich(Kritischer Verstand) 🡪 Benedetti geht davon aus das bei Schizophreniepatienten das ICH betroffen ist
* Es (Bedürfnisse)

### Gaetano Benedetti

Er ist Begründer der psychoanalytischen Psychosentherapie. Er lebte von 1920-2013. Das berühmteste Werk ist aus dem Jahr 2003; Todeslandschaften der Seele. Göttingen: Vandenhoeck& Ruprecht.

### Josi Rom

Er ist Schweizer Psychiater und Psychoanalytiker. Er wurde 1954 geboren und hatte eine Praxis in Winterthur.

Das Ich-Struktur-Modell von Rom ist hilfreich für die Entwicklung eines psychodynamischen Verständnisses schizophrener Menschen in der therapeutischen Arbeit.

### Ich-Grenze

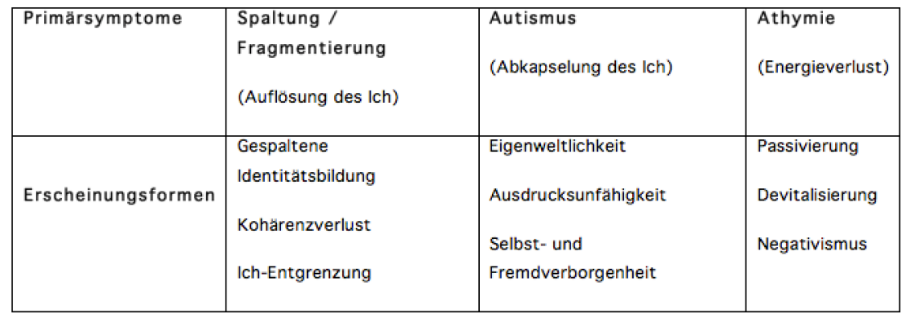
Das nebenstehende Model zeigt die Persönlichkeitsstruktur einer gesunden Person. Gesunde Menschen können normalerweise gut unterscheiden zwischen innen und aussen d.h. was bin ich und was sind andere. Nach Josi Rom ist die Ich-Grenze dem Ich zugehörig und trennt es vom Nicht-Ich.

Beim gesunden oder neurotisch organisierten Ich wird die Ich-Grenze als ein stabiler Kreis dargestellt.

**Der Gesunde ist sich seiner selbst bewusst**, kann sich abgrenzen und verfügt über eine **funktionierende Realitätskontrolle**.

## Psychopathologie nach Benedetti und Rom

### Primärsymptome der Schizophrenie

Es gibt drei Primärsymtome

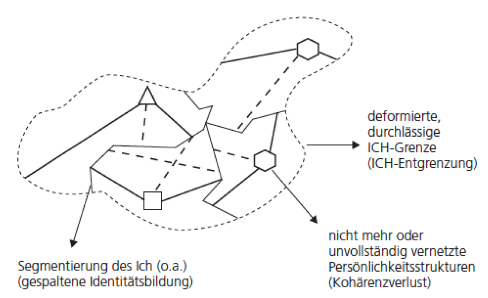
* **Fragmentierung** (Auflösung des Ich)
* **Autismus**(Abkapselung des Ich)
* **Athymie**(Energieverlust)

Es ist nur dann sinnvoll von einer Schizophrenie zu sprechen, wenn sich **die drei Primärsymptome** bei der gleichen Person **gleichzeitig** oder in zeitlicher Nähe zeigen. (Benedetti, Rom)

**Fragmentierung**

Die Fragmentierung meint den Auflösungsprozess des Ich

Dazu kommt es, weil Es und Überich getrennt voneinander agieren. Sie haben unkoordiniert die Macht übernommen, so dass der Innendruck im Ich ständig zunimmt. Es und Über-Ich üben Druck auf Ich aus. Dadurch verändert sich der Kreis. Der Druck ist zu stark. Kreis verformt sich. Ich-Grenze wird durch Deformation brüchig und es gibt Löcher.

Das ich verschwindet und zerfällt in Einzelteile. Durch die bröckelige Ich-grenze haben betroffenen Angst mit anderen in Kontakt zu treten. Die Angst besteht, weil sie sich nicht sicher sind, ob sie fähig sind, zwischen sich und dem was von aussen kommt zu unterscheiden. Darum braucht es in der Therapie eine lange Anfangsphase.

**Gespaltene Identitätsbildung**

Ist eine Erscheinungsform der Fragmentierung. 🡪 Abb.: Ich ist segmentiert dargestellt.

Einzelne Ich-Segmente werden als Aspekte der Aussenwelterlebt. Gefühl, in seinem Innern würden verschiedene Personen über den schizophrenen Menschen verhandeln. Gefühl, diesen Teilpersonen ausgeliefert zu sein, weil ihnen kein Selbst gegenübergestellt werden kann.

**Kohärenzverlust**

Ist eine weitere Erscheinungsform der Fragmentierung. 🡪 Abb.: Instabilität in der Vernetzung der Persönlichkeitsstrukturen untereinander.

Fragmentierende Auswirkung auf die Wahrnehmung. Der Kohärenzverlust wirkt destabilisierend auf Selbst- und Fremdbild. Es entsteht ein körperliches Gefühl einer inneren Unordnung.

**Ich-Entgrenzung**

Ist die dritte Erscheinungsform der Fragmentierung 🡪 Abb.: Gestrichelte Linie als durchlässige Ich-Grenze.

Die Funktion der Selbstabgrenzung fällt aus.

Die Funktion der Objektbeziehung fällt aus.

Das Ich fliesse durch die fragmentierte Ich-Grenze aus und löse sich verschmelzend im Universum auf. Dadurch ist die Unterscheidung zwischen Ich und ANDERE schwer. Im Erleben eines Schizophrenen Menschen kann dieser so gleichzeitig alles (Superexistenz) und nichts (Negativexistenz) sein. Mit der Problematik der Unterscheidung Ich oder Andere ist eine Angst verbunden d.h. Angst nicht unterscheiden zu können. Superexistenz meint, dass ICH durch die Löcher in der Ich-Grenze nach aussen fliesst. Es ist dann keine Ich mehr übrig. Betroffene müssen sich dann mit der Umwelt als Ich identifizieren. Es entstehen Gedanken wie «Ich bin Gott» Negativexistenz meint, dass sich das Ich immer mehr auflöst, bis kein Ich mehr vorhanden ist.

**Autismus (Primärsymptom)**

Meint den Abkapselungsprozess des Ich

Man kann sich die Ich-Grenze im autistischen Zustand nach aussen sehr viel dichterund weniger durchlässig vorstellen.

**Eigenweltlichkeit**

Kann von aussenbetrachtet sonderbar wirken, wenn er sich in seiner eigenen Welt bewegt.

Bsp.:

-spricht mit jemandem, der für andere nicht wahrnehmbar ist

-sagt Unverständliches

-hat einen merkwürdigen Ausdruck in den Augen

**Ausdrucksunfähigkeit**

Schizophrene Menschen haben es schwer, eigene Erlebnisse für andere verständlich zu formulieren. Die Erlebnisse sind in ihrer eigenen Welt entstanden, für die es oft keine Sprache oder keine anderen Menschen bekannte Sprache gibt.

* Das eigene Erleben ist schwer zu beschreiben

**Selbst- und Fremdverborgenheit**

Worte und Bilder zerfallen im Erleben des schizophrenen Menschen ständig, so dass er sich selbst immer fremder wird. Er ist sich selbst verborgen und damit auch für andere.

**Athymie**

Meint einen Energieverlus**t**

**Passivierung(Erscheinungsform der Athymie)**

Stellt sich im von aussensichtbaren Verhalten dar.

Der schizophrene Mensch zieht sich zurück und tut scheinbar überhaupt nichts mehr.

Der schizophrene Mensch selbst erlebt allerdings eine hohe Aktivität, die er dazu aufwenden muss, er selbst zu bleiben.

* Wahn kann für Menschen mit Psychosen ein grosser Schutz sein

**Devitalisierung (Erscheinungsform der Athymie)**

Ein Stillstehen der Zeit im Erleben des schizophrenen Menschen.

Kann von aussen als etwas Zeitloses, Unendliches wahrgenommen werden.

**Negativismus(Erscheinungsform der Athymie)**

Widerstand gegen Zuwendung von Mitmenschen und Umkehrung ihrer Aufforderungen in ein gegenteiliges Verhalten.

Das Ich droht sich zu verlieren -in der Auflösung im Nichts (Negativexistenz) oder in der Fusion mit der Welt (Superexistenz).

Der schizophrene Mensch beweist sich seine Existenz, indem er sich der Zuwendung seiner Mitmenschen entgegenstellt, sonst würde er sich durch Fusion mit diesem Mitmenschen verlieren.

# Psychodynamik nach Rom

Ein wichtiger Bestandteil ist die Frage; Wie laufen die eigenen und einzelnen Symptome ab?

## Warum halluzinieren Menschen überhaupt?

Die Fragmentierung lässt nicht viel Spielraum. Sie führt unausweichlich in den Wahn.

Wenn wir uns die Fragmentierung des Ich als unaufhörlichen Prozess ohne Gegenkraft vorstellen, so zerfällt das Ich stetig weiter. (Bildhaft darstellbar nur noch als chaotischer Punktehaufen aufgegangen in der Umwelt.)

## 3 Wege in den Wahn (nach Rom)

Welche Kräfte stehen dem Schizophrenen zur Verfügung, die Fragmentation zu bremsen, aufzuhalten oder abzulenken?

Im folgenden werden 3 Entwicklungen aufgezeigt, die letztendlich alle im Wahn münden –allerdings in einem Wahn mit ungleichen Qualitäten und Bedeutungen für den Betroffenen. Welcher Weg gegangen wird, ist abhängig von der Energie des Klienten.

### Wahn als Ausdruck der Abwehrlosigkeit



Der Mensch hat keine Energie, was bedeutet, dass die totale Fragmentierung droht.

Benedetti: Es geht so weit, bis es keinen Unterschied zwischen aussen und innen mehr gibt (Negativ-Existenz = Der Mensch löst sich in der Welt auf). Unter Umständen bleibt nur noch die Identifikation mit der Welt (= Superexistenz).



Die Kehrseite zeigt sich klinisch in mutistischen und katatonen Zuständen, im starren Verharren.



* **Dieser Weg endet entweder in Negativ- oder Superexistenz**

### Wahn als Rückzug oder Flucht

Der Mensch hat ein bisschen Energie.

Er kann sich mit einem Teil der Fragmente des Ich in eine eigene autistisch zu gepanzerte Welt retten. Diese ist irgendwann vom Rest der Welt abgeschnitten. Der Schizophrene kann uns im Extremfall nicht mehr erreichen. Dies ist aber keine bewusste Entscheidung, sondern es passiert einfach.

Mentzos: Der totale Rückzug zum Autismus bedeutet den Objektverlust.

Rettung in ein eigenes Wahnsystem mit eigenen Gesetzen Hier sollte der Therapeut folgende Haltung einnehmen; Interessiert zuhören und nachfragen. Selbst von der eigenen Welt erzählen. Dem Patienten seine Welt nicht ausreden. Es werden so mit der Zeit zwei parallele Welten existieren. Wen die Beziehung stabil genug ist, kann begonnen werden Patient in die reale Welt einzuladen. Sie wird dann einfacher zu verstehen.



Der Schizophrene pendelt lange Zeit zwischen Fragmentierung und Autismus hin und her.

Es können viele Jahre vergehen, bis ein einigermassenstabil-labiles Wahnsystem aufgebaut ist. Die Verfeinerung des Abwehrsystems wird zum Hauptziel seiner Existenz.

Für den schizophrenen Menschen ist es ein Lebenswerk, in dem er Ruhe finden kann.

Nach Rom darf Therapie keinesfalls darin bestehen, dieses Lebenswerk zu zerstören.

### Wahn als progressive Antwort auf die Fragmentation des Ich

Der Mensch hat recht viel Energie. Dieser Form braucht die meiste Energie.

Natürlich steht auch hier die Bedrohung, sich in der Negativ-Existenz zu verlieren, im Vordergrund. Nur steht hier im Rahmen der Wahnbildung mehr Energie für die Abwehr zur Verfügung.

Der Mensch steht in engem Kontakt mit der Umwelt, baut diese ein und verwendet den Wahn auch, um sich gegen den Zerfall zur Wehr zu setzen und sich mitzuteilen.

Wahn ist so zum grossen Teil eine aktive und teilweise auch erfolgreiche Abwehr –und Überlebensstrategie.

# Medikamentöse Therapie

Bei schizophrenen Patienten wird viel und oft mit Medis behandlet. Viele Therapeuten haben die Ansicht, dass es der einzige richtige Weg ist

## Vor Entdeckung der Neuroleptika

Vor der Entdeckung antipsychotisch wirksamer Psychopharmaka Ende der 1950er Jahre gab es keine symptomatischen Behandlungsmethoden.

- Wegsperren in Irrenhäusern

- Massnahmen zur Ruhigstellung waren z.B. kalte Duschen, Fixieren oder Lobotomie, bei der bestimmte Nervenbahnen im Gehirn chirurgisch durchtrennt wurden. Die Lobotomie ist die Trennung der Hirnhälften bzw. der Hirnnervenbahnen. Dieser Eingriff war operativ. Heute wird er nur noch sehr selten angewendet.

## Nach Entdeckung der Neuroleptika

Seit der Entdeckung der Neuroleptika Ende der 1950er-Jahre hat sich das Bild der Psychiatrie wesentlich gewandelt.

Chlorpromazin war das erste Neuroleptikum. Die Anwendung war Ende der 1950er-Jahre. Die medikamentöse Behandlung gilt heute als Basis der Therapie von Psychosen. Mit der Zeit wird die Dosis der Medikamente reduziert. Hier spielen die Frühwarnzeichen auch eine wichtige Rolle. Wenn sie auftreten und erkannt werden, kann die Dosis wieder erhöht werden.

### Akutphase

Es liegt eine akute schizophrene Psychose vor. Hier steht medikamentöse Therapie im Vordergrund,

- um eine möglichst rasche und effektive Reduktion der akuten psychotischen Symptome zu erreichen.

- Dies gelingt bei etwa 70% der Betroffenen innerhalb von einigen Wochen auch wenn Ausbruch schon da

psychotherapeutische Maßnahmen beschränken sich auf

- Verminderung von Stressoren

- Psychoedukation; meint Aufklärung über die vorliegende Störung d.h. Psychologen in Kliniken leiten Psychoedukationsgruppen und klären betroffene über die Schizophrenie auf.

### Antipsychotika (Neuroleptika)

Der Begriff „Neuroleptikum“ wird zunehmend durch den Begriff „Antipsychotikum“ ersetzt, der auf die klinisch bedeutsame Wirkung hinweist.

Heterogene Gruppe von Medikamenten mit

* antipsychotischem Wirksamkeitsschwerpunkt
* unterschiedlichem Nebenwirkungsprofil.
* Unterschiedlich starker Wirkung

Die Medikamente müssen «ausprobiert» werden d.h. jeder Patient reagiert anders auf Medikamente und muss eingestellt werden. Oftmals ist nicht das erste Medikament das richtige.

Man unterscheidet heute zwischen typischen und atypischen Antipsychotika (auch als Antipsychotika der ersten und zweiten Generation bezeichnet). Ziel ist es, das beste Medikament zu finden, welches auch für den Patienten passt d.h. die beste Wirkung und möglichst wenige Nebenwirkungen. Die Nebenwirkungen können sehr belastend sein. Darum braucht es immer ein Abwägen; ist es das richtige Medikament/Weg oder könnten auch andere Medis helfen.

#### Typische Antipsychotika

Ziel ist die Verminderung von Positivsymptomatik (wirken dopamin-antagonistisch). Sie wirken sedierend auf Erregungszustände

Bsp.: Haloperidol

Sie wirken **nicht** auf die Negativsymptome der Schizophrenie, sondern können sie sogar verschlimmern. Am Anfang gab es nur «typische» Antipsychotika. Erst später wurden andere Medikamente, die wirksam sind bei Schizophrenie sind, entwickelt

**Nebenwirkungen typischer Antipsychotika**

Extrapyramidales Syndrom (EPS): Störungen der Bewegungsabläufe. Dabei kommt es zu einer Zunahme oder Verminderung der Bewegungen, verbunden mit erhöhtem oder vermindertem Spannungszustand der Muskeln. Dies tritt bei 15% bis 50% der Patienten unter Behandlung mit typischen Antipsychotika auf.

Je grösser die extrapyramidal motorischen Nebenwirkungen, desto stärker die antipsychotische Wirkung.

Zum extrapyramidalen Syndrom gehören:

* Frühdyskinesien: unwillkürliche Bewegungen. Typisch sind: Schlundkrämpfe, mümmelnde Kaubewegungen, (Rabbit-Syndrome) und Sitzunruhe (Akathisie). Innerhalb der ersten Woche nach Behandlungsbeginn, dosisabhängig, vorübergehend, behandelbar mit Anticholinergika.
* Spätdyskinesien (tardive Dyskinesie): Bewegungsstörungen im Gesichtsbereich (Zuckungen, Schmatz- und Kaubewegungen) oder Hyperkinesen (unwillkürliche Bewegungsabläufe) der Extremitäten. Monate bis Jahre nach Therapiebeginn. Häufig irreversibel und sprechen auch auf Antagonisten nicht an.

#### atypische Antipsychotika

Es sind neuere Substanzen. Es gibt deutlich seltener motorische Nebenwirkungen. Sie haben eine vergleichbare Wirksamkeit auf die psychotische Symptomatik wie typische Antipsychotika. Zudem haben sie eine überlegene Wirksamkeit auf die Negativ- und depressive Symptomatik sowie auf eine geringe Verbesserung kognitiver Funktionen (Gedächtnis, Aufmerksamkeit etc.)

Bsp.: Clozapin (Mit Clozapin wurden die atypischen Antipsychotika 1971 eingeführt), Risperidon

**Nebenwirkungen atypischer Antipsychotika**

In Abhängigkeit von Wirkstoff und Dosierung:

* Gewichtszunahme
* sexuelle Funktionsstörungen
* Störungen des Stoffwechsels
* Störungen der kardialen Reizleitung

## Grenzen der medikamentösen Behandlung

* Nebenwirkungen
* Ausbleibende Wirksamkeit antipsychotischer Medikamente (30%)
* Unzureichende Mitwirkung der Patienten oder der Angehörigen (50%)
* mangelnde „Compliance“; Ablehnung oder mangelnde Akzeptanz der BehandlungGründe:
  + Befürchtete Nebenwirkungen
  + Krankheits- und Behandlungseinsicht ist krankheitsbedingt herabgesetzt
  + Ängste das Gift gegeben wird
* Compliance ist durch die Merkmale der Krankheit grundsätzlich schwierig d.h. die Schizophrenie erschwert oder verhindert sogar die Compliance

## ergänzend zur antipsychotischen Medikation

* Benzodiazepine (Beruhigungsmittel) zeitlich befristet bei
  + psychotischer Agitiertheit
  + Angst
  + Katatonie
  + Schlafstörungen
* Antidepressiva bei
  + ausgeprägten depressiven Syndromen
  + auch zur Suizidprävention

## Rückfallrisiko

Compliance ist wichtige Voraussetzung für die Reduzierung des Rückfallrisikos.

* ohne Medikamente hohe Rückfallquote
  + im ersten Jahr bei etwa 70%
  + im zweiten Jahr bei etwa 80%
* mit Medikamenten niedrige Rückfallquote
  + ca. 30% nach einem Jahr
  + ca. 50% nach zwei Jahren

## Dauer der Medikation

* Ersterkrankte:
  + Bei vollständiger Remission und erfolgreicher Erhaltungstherapie über 1 bis 2 Jahre ist ein Ausschleichen der Medikamente vertretbar.
* Gab es bereits Rückfälle:
  + Medikation über einen Zeitraum von 4 bis 5 Jahren oder lebenslang

## Erstmanifestation

**Frühestmögliche** antipsychotische Behandlung bei den ersten akuten Symptomen einer Schizophrenie. (**Benzodiazepine kurzzeitig** während diagnostischer Klärung möglich)

- in erster Linie **Atypika**

- möglichst **niedrig dosiert**

## Applikation/Verabreichung

### Orale Applikationsform

ist die am wenigsten invasive Massnahme. Die Patientenautonomie wird am besten gewährleistet.

**Depot-Antipsychotika**

Bsp.: Das atypische Risperidon. Damit ist eine Depot-Spritze gemeint. Wird bei Patienten eingesetzt, die Probleme haben Tabletten zu schlucken oder selber die Medis nicht zuverlässig einnehmen.

Wenn die kontinuierliche Einnahme nicht gewährleistet, die Medikation aber erfahrungsgemäß wirksam ist.

- intramuskuläre Injektion

- im Abstand von 1 bis 4 Wochen

Junge Personen entscheiden sich in einer Einrichtung oft für eine Spritze, weil sie die Medis nicht einnehmen wollen. Die Einnahme der Medikamente erinnern den Patienten immer wieder an die Krankheit.

## Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

* Elektrokrampftherapie
* wissenschaftlich anerkanntes
* zumindest kurzzeitig sehr wirksames Behandlungsverfahren

Hierbei wird nach informierter Einwilligung durch den Patienten unter Narkose und unter Muskelrelaxation durch eine kurze elektrische Reizung des Gehirns ein generalisierter Krampfanfall ausgelöst. Dadurch werden neurochemische Veränderungen in verschiedenen Neurotransmittersystemen bewirkt.

### Indikationen für eine EKT

Therapieoption der ersten Wahl bei

* **akuter lebensbedrohlicher Katatonie**
* **schwerer depressiver Symptomatik**
* **hoher Suizidalität**

Im Einzelfall ist der Einsatz der EKT auch bei eindeutiger **medikamentöser Behandlungsresistenz** nach adäquater Therapie in ausreichender Dosis und Zeitdauer gerechtfertigt.

Früh- oder Prodromalsymptome kündigen drohende Rückfälle an Patienten werden für Frühsymptome sensibilisiert In der Therapie können Patienten lernen die Frühwarnsymptome zu erkennen.

## Psychoedukation

Sie vermittelt Informationen über Krankheitsbild und Behandlung. Sie ermöglicht Krankheitsverständnis und Behandlungseinsicht (Compliance). Es wird ein selbstverantwortlicher Umgang mit der Erkrankung gelernt. Informiertheit als Grundlage gemeinsamer Entscheidungsfindungen mit den Behandlern

### Angehörigengruppen

Es gibt auch Psychoedukationsgruppe für Angehörige. Sie tragen zur Verbesserung des Wissenstands über Schizophrenie und deren Behandlung bei. Sie bringen auch emotionale Entlastung durch Austausch mit Gleichbetroffenen und Gespräche mit Therapeuten

### »Psychoseseminare«

gleichberechtigter Erfahrungsaustausch in trialogisch angelegten Gruppen mit

- Angehörigen

- Betroffenen

- Therapeuten

wird vielfach als hilfreich empfunden, wenngleich wissenschaftlich fundierte Wirksamkeitsnachweise bislang fehlen.

# Verschiedene Therapieschulen im Umgang mit schizophren erkrankten Menschen

## Psychotherapie (Auswahl)

* Kognitive Verhaltenstherapie 🡪 Fokus auf die Stimmen und Beeinflussung
* Systemische Familientherapie 🡪 Fokus liegt bei der Familie; was löst aus? Ziel ist die Kommunikationsmuster zu verbessern
* Psychoanalytische Psychosentherapie 🡪 Fkus auf die Beziehung

## Behandlungsziele

* weitestgehende Symptomfreiheit
* Wiedererlangung einer bestmöglichen Lebensqualität durch ein selbst bestimmtes, unabhängiges Leben
* (Wieder-)Herstellung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit (» Recovery «)
* Eigene Belange selbstverantwortlich zu vertreten (»Selbstbefähigung« bzw. »Empowerment«).
* über ärztlich empfohlene Maßnahmen abwägend mit entscheiden können

# Psychoanalytische Psychosentherapie

## Kurze Wiederholung

Gaetano Benedetti (1920 – 2013) war der Pionier der psychoanalytischen Psychosentherapie. Diese Therapiefrom entstand aus der Neurosentherapie. Er war italienischer Psychiater und Psychoanalytiker. Er studierte Psychopathologie an der Universität Zürich und war Assistenzarzt im Burghölzli. 1953wurde er Professor an der Universität Zürich, später an der

Universität Basel. Seine Tätigkeit war durchgehend klinisch.

## Psychoanalytische Psychosenpsychotherapie (nach Rom)

Ein speziell für die Behandlung von Menschen mit Psychosen entwickeltes Verfahren innerhalb der Psychoanalyse.

(Die Psychoanalyse wurde als ein Verfahren zur Behandlung von Neurosen entwickelt.)

Für dieser Form der Psychosentherapie ist wichtig den Unterschied zwischen Neurose und Psychose zu kennen.

### Zentrale Begriffe

**Neurose (in Abgrenzung zur Psychose)**

Sie ist eine leichtere psychische Störung ohne körperliche Ursachen. Der Realitätsbezug ist vorhanden. Gemachte konflikthafte und traumatische Erfahrungen werden abgewehrt und unbewusst gemacht.

* Jede Person hat oder hatte ein/mehrmals eine Neurose. Die Neurosen machen sich bemerkbar in gewissen Verhaltensweisen im Erwachsenenalter

**Psychose (in Abgrenzung zur Neurose)** Es handelt sich um eine schwere psychische Störung, die mit einem zeitweiligen weitgehenden Verlust des Realitätsbezugs einhergeht.

**Das Unbewusste**

ES ist das zentrale Konzept der Psychoanalyse. Es bezeichnet die Annahme, dass eine psychische Aktivität stattfindet, die vom Subjekt nicht bewusst wahrgenommen wird, jedoch entscheidenden dynamischen Einfluss auf dessen Verhalten und Erleben ausübt.

Emotionen oder ähnliches tritt immer in einer bestimmten Situation statt bzw. auf. Auch wenn man seine Verhaltensweisen ändern möchte, merkt man in der Situation selber, dass es manchmal nicht so einfach ist. Man muss die Situation verstehen, welche die Emotion auslöst, damit verhalten geändert werden kann.

#### psychoanalytische Behandlung einer Neurose

Man würde versuchen, dem Unbewussten auf die Spur zu kommen.

Also herauszufinden, welche Gefühle, Bedürfnisse und Impulse abgewehrt werden.

Neurotische Patienten in der Therapie:

Sie kommen grundsätzlich freiwillig in die Therapie, weil sie hoffen, dass ihnen dadurch geholfen wird. Sie erzählen bereitwillig, wenn man die Anamnese erheben will. Sie haben einen Inhaltswiderstand: Widerstand zeigt sich bei neurotischen Patienten infolge einer Konfrontation durch den Therapeuten mit inhaltlich für sie unangenehmen Themen, denen sie sich verschliessen möchten.

### Innenperspektive eines schizophrenen Menschens

* das Gefühl in einzelne Teile zu zerfallen
* nicht mehr gut zwischen Innen und Aussen unterscheiden
* Angst mit der Aussenwelt zu verschmelzen oder sich völlig in ihr aufzulösen
* im schlimmsten Fall ein Gefühl der Nicht-existenz
* Angst, anderen Menschen zu begegnen

Die Innensicht eines Schizophrenen mit Psychosen ist wichtig für die Therapie. Wichtig ist sie sich vorzustellen und versuchen zu verstehen. Der Therapeut sollte ein sich ein Bild von der Innensicht machen können.

### Ein Mensch mit Schizophrenie in der Therapie

Er/sie hat Angst, dem Therapeuten zu begegnen 🡪 Unterscheidung Ich und Andere

Es braucht eine entsprechende Therapiemodifikation (Psychosynthese). Wahn als Möglichkeit sich zusammenzuhalten (Damit ist der Wahn das einzige, was der Mensch hat. Den sollte man ihm nicht wegnehmen.) Die Anamnese zu erheben ist schwierig bis unmöglich. Zusammenhänge sind schwierig zu sehen durch die Fragmentierung des Patienten. Der Patient selber kann auch nur schlecht Auskunft geben was bin Ich und was sind die anderen. Schuld daran ist ebenfalls die Fragmentierung und die bröckelige Ich-grenze.

### Wissen um den Kontaktwiderstand bei schizophrenen Menschen

Benedetti unterscheidet zwei strukturell verschiedene Widerstände:

* **Inhaltswiderstand:**

Neurotische Patienten sind grundsätzlich mit dem Kontakt zum Therapeuten einverstanden und bereit von ihren Problemen zu berichten, um Unterstützung zu bekommen. Sie entscheiden sich freiwillig dazu. Widerstand zeigt sich bei ihnen infolge einer Konfrontation durch den Therapeuten mit inhaltlich für sie unangenehmen Themen, denen sie sich verschliessen möchten. Bei neurotischen Patienten handelt es sich um einen Inhaltswiderstand. Aus dem Inhaltswiderstand kann ein Kontaktwiderstand entstehen. Inhaltswiderstand kommt auch bei schizophrenen Patienten vor.

* Kontaktwiderstand

Sie haben aber solche Angst davor, mit einem fremden Menschen, in Kontakt zu treten, dass eine Arbeit an für diese Patienten unangenehmen Inhalten zunächst versperrt ist. Wir kommen gar nicht erst mit ihnen in Kontakt. Dieser Kontaktwiderstand ist dem Inhaltswiderstand vorgelagert, weshalb er in der Behandlung eines psychotischen Patienten immer zuerst bearbeitet werden muss. Dies stellt eine wesentliche Voraussetzung dar, um sich nachfolgend dem Inhaltswiderstand widmen zu können. Im Umgang mit dem Kontaktwiderstand empfiehlt Benedetti den Kontaktwiderstand früh zu deuten und korrektiv zu beantworten. Erstes Ziel ist den Kontaktwiederstand abzubauen

### „früh deuten“

meint: Von Anfang an auf die Angst des Patienten in der Kontaktnahme hinweisen, damit sich dieser von seinem Therapeuten verstanden fühlt.

Das kann in Form eines therapeutischen Monologes stattfinden, in dem mögliche Gründe genannt werden, die Vertrauen erschweren und Schutz nötig machen. (Besonders dann, wenn der Patient nicht antwortet.) Hier ist nicht die in der Neurosentherapie übliche Deutung des Inhaltswiderstandes gemeint, indem dem neurotischen Patienten sein Abwehrmechanismus aufgezeigt wird. Dies würde sich verstärkend auf den Kontaktwiderstand eines psychotischen Patienten auswirken, weil er sich abgelehnt fühlen würde.

### „korrektiv beantworten“

meint: Der Therapeut lässt durch sein Verhalten den Kontaktwiderstand hinfällig werden, indem er die Ängste und Unsicherheiten des Patienten respektiert und ihm keine belastende Kontakterfahrung vermittelt. Der Therapeut drängt den Patienten nicht, alles zu sagen, was ihm in den Sinn kommt.

### Weg in den Innenraum schizophrener Menschen

* Den Menschen als echten Partner gewinnen.
* Seiner anfänglich teils heftigen Ablehnung verständnisvoll begegnen.
* positivierend deuten
* ihm seinen Wahn lassen
* Mit Geduld und Gelassenheit den Wahn verstehen wollen.
* In erster Linie zuhören und verstehen, was in dem Patienten vorgeht. Es existieren beide Welten. Der Therapeut erzählt von seiner Welt. Im Idealfall kann Patient ab und zu in die Welt des Therapeuten (Realität) eintauchen mit Hilfe des Therapeuten

### Dualisierung

Dualisierung des Leidens: Die durch das therapeutische Mitsein gegebene existentielle Teilnahme des Therapeuten am Erleben des Patienten.

Dadurch wird das Leiden ein Erleben zu Zweit. Durch die Dualisierung wird seine Einsamkeit

aufgebrochen.

### Dualer Raum

Der Therapieraum, in dem die **Rahmenbedingungen** und die **Basisbeziehung** etabliert worden sind.

### Zwei Welten

Über weite Strecken findet die Therapie gleichzeitig in der Wahnwelt des schizophrenen Menschen und in unserer Welt statt. Die Therapiegeschichte bildet mit der Zeit eine provisorische Brücke zum Patienten. Es werden Übergangssubjekte gebildet.

### Übergangssubjekte

Sie können durch die anteilnehmende Zuwendung zum Patienten entstehen:

Bild aus Teilen vom Therapeuten und Teilen vom Patienten Etwas, das Symbolcharakter auch für den Patienten gewinnt. (Bsp.: Josi am See!)

Es entsteht ein Prototyp von etwas Gemeinsamem, das wiederum ein neues, gemeinsames Wissen zulässt, ohne das autistisch Wahnhafte in Frage zu stellen.



### Coexistenz

Ziel ist es, Realität und Wahn in einer gemeinsam gebildeten **Therapiewel**t koexistieren zu lassen und dem anderen jeweils von seiner Welt zu berichten, ohne dass es zum Kampf und zur Rivalität kommt. Es findet kein überzeugen statt von einer «richtigen» und einer «falschen» Welt. Beide Welten dürfen und sollen nebeneinander existieren.



### stabile Brücke

Der Therapeut beginnt sich mit dem Patienten nicht nur wahnintern zu unterhalten, sondern setzt im richtigen Zeitpunkt die Realität als zusätzliche Option daneben. Es handelt sich um eine Einladung, in unserer Begleitung vorerst ein Leben in der Realität auszuprobieren, ohne das Wahnhafte dafür aufgeben zu müssen. Irgendwann kann der Patient in unserer Sprache von seinem Wahn berichten und bemüht sich so, wie wir uns bemüht haben, seine Welt kennen zu lernen. Eine stabile Brücke zwischen zwei sich widersprechenden Krankheitseinsichten ermöglicht eine stabile nachhaltige Compliance.



## Zeitpunkt für Psychoedukation

In Lehrbüchern findet man häufig folgende Empfehlungen:

Neben der medikamentösen Behandlung mit Neuroleptika und einer guten Alltagsstrukturierung wird als Basistherapie eine Psychoedukation empfohlen und darauf aufbauend ein strukturiertes Vorgehen mit verhaltenstherapeutischen

Elementen. Rom hält das für vergebliche Mühe und schlägt genau andersherum die psychoanalytische Psychosentherapie als Vorbereitung für eine nachfolgende nicht analytische Therapieform wie beispielsweise eine verhaltenstherapeutische Psychoedukation vor, da er diese erst bei stabiler Compliance für sinnvoll hält.

### Wahninterne Deutung

Diese zielt darauf, dass der Psychotherapeut bereit ist, in den Wahn seines Patienten einzutreten, freilich immer er selber bleibend. Solange bis schließlich auch unsere logische Realität im ehemaligen Raum des Wahns Platz findet.

### Wahnexterne Deutung

Meint »Konfrontation des Wahns mit der Realität«. Damit wird oft viel zu früh angesetzt. »Die wahnexterne Deutung akzeptiert die Wahn-Aussage als solche nicht – sie widerspricht ihr –; aber sie akzeptiert den Kranken. (Benedetti)« Wahnextern deuten, würde heissen, mit der Realität zu konfrontieren.

**Zusammenfassung**

**Beziehung herstellen, einen dualen Raum schaffen, in dem man eine gemeinsame Sprache entwickelt und Übergangssubjekte bildet. Man versucht den Wahn zu verstehen und ihn schliesslich mit der Realität zu konfrontieren. Dabei geht es nicht um eine Heilung, sondern darum, dass die Menschen besser mit ihrem Wahn umgehen können.**