

## Schizophrenie

Schizophrenie ist eine unverstandene psychische Störung, die aber eine gut behandelbare Erkrankung ist. Es gibt Krankheitserfahrungen, die ein „zentrales schizophrenes Syndrom“ formen, das bei Betroffenen überall auf der Welt zu finden ist: Dieses ist gekennzeichnet durch das Erleben der Eingebung von Gedanken, der Gedankenübertragung und des Gedankenentzugs, und durch Stimmen, die Betroffene über sich sprechen hören oder die ihre Handlungen und Gedanken begleiten, sowie durch die veränderte Wahrnehmung ihrer psychischen Umgebung. So kann z. B. die ganze Welt in einen so intensiven persönlichen Bezug zu den Betroffenen treten, dass sich jedes Geschehen speziell auf sie zu beziehen scheint und eine besondere Mitteilung an sie enthält.

Zwischen einem halben und einem Prozent der Bevölkerung entwickelt mindestens einmal im Leben eine Schizophrenie. Eine Schizophrenie kann leicht oder schwer, akut und dramatisch verlaufen oder schleichend und für Außenstehende kaum wahrnehmbar. Sie kann einmal auftreten oder auch nur eine kurze Zeit bestehen, in längeren oder kürzeren Abständen wiederkehren oder sogar ein ganzes Leben lang andauern.

Schizophrenie trifft oftmals Männer und Frauen, die mitten im Leben stehen. Im Kindesalter sind Jungen häufiger betroffen als Mädchen. Im Erwachsenenalter gibt es keinen Geschlechtsunterschied – jedoch erkranken Männer im Durchschnitt drei bis fünf Jahre früher als Frauen an einer Schizophrenie. Über die gesamte Lebensspanne betrachtet, erkranken die meisten Betroffenen zwischen dem 15. und dem 35. Lebensjahr. Im Kindes- und Jugendalter liegen Krankheitsgipfel zwischen sieben und neun sowie zwischen 15 und 16 Jahren.

### Erscheinungsformen

Weil die Schizophrenie in ihren Erscheinungsformen sehr vielfältig ist, ist sie auch für mit der Erkrankung Vertraute oft nur schwer greifbar. Unerfahrene – dies sind neben Angehörigen, Freundinnen und Freunden sowie Arbeitskolleginnen und -kollegen auch Betroffene zu Beginn ihres Leidens – stehen der Krankheit häufig ratlos und (ver-)zweifelnd gegenüber.

Es gibt verschiedene Klassifikationen von Schizophrenie; es wird zwischen Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und vorübergehenden psychotischen Störungen unterschieden. In der sog. ICD-Klassifikation („International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“) werden bis zu 40 Untergruppen angeführt, die hier jedoch nicht eingehender thematisiert werden sollen.

Wichtig zu wissen ist, dass die Zuordnung zu den einzelnen Gruppen meist erst nachträglich erfolgt.

Die Grafik auf der nächsten Seite zeigt exemplarisch eine Eingruppierung von Typ-I- und Typ-II-Schizophrenie (Remschmidt 2000: 187). Auf die medizinischen Fachbegriffe soll an dieser Stelle jedoch nicht näher eingegangen werden.

Bei Kindern finden sich eher unspezifische Symptome, wenig Positivsymptome; bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen häufiger Positivsymptome.

Hinsichtlich der Erscheinungsformen lassen sich z. B. folgende Subtypen der Schizophrenie unterscheiden:

#### 1) Paranoide (wahnbildende) Schizophrenie:

Diese häufigste Schizophrenieform tritt bereits im Jugendalter auf und ist der Prototyp der „positiven Schizophrenie“: Wahnideen und akustische Halluzinationen sind vorherr-

schend, aber auch Störungen des Denkens und der Affektivität kommen vor.

Die diagnostischen Leitlinien nennen als hervorstechende Merkmale (vgl. Remschmidt 2000: 185):

1. Ich-Störungen wie Gedankenlautwerden, Gedanken-  
eingebung oder Gedankenentzug und Gedankenausbrei-  
tung
2. Störungen der Wahrnehmung von Zeit, Raum, Farbe,  
Form, Körperbild usw.
3. Kontroll- und Beeinflussungswahn, Gefühl des  
Gemachten
4. akustische Halluzinationen, oft als Stimmen, die  
Gedanken und Handlungen kommentieren, oder als  
dialogische Stimmen, die über den Betroffenen reden

2) Hebephrene Schizophrenie:

Die hebephrene Schizophrenie ist durch Zeichen der Antriebsverflachung, Denkzerfahrenheit, eine affektive Verflachung und eine heitere, läppische Grundhaltung charakterisiert. Diese Form beginnt meist nach der Pubertät und sollte erst nach mehrmonatiger Beobachtungszeit diagnostiziert werden. Wegen der Entwicklung einer Minussymptomatik zählt sie zur Gruppe der „negativen Schizophrenien“. Die Prognose ist schlechter als bei der paranoiden Schizophrenie. Häufig werden plötzliches Versagen in der Schule, Isolation von sozialen Kontakten und Interessensverlust beobachtet. Außerdem sind bei den Patientinnen und Patienten schon vor Auftreten der ersten Symptome prämorbid Persönlichkeitszüge (Einzellängertum, Scheu, Schüchternheit) vorhanden.

3) Katatone Schizophrenie:

Bei der katatonen Schizophrenie stehen die motorischen Erscheinungen, akute Erregungszustände und Sperrungs-

zustände (Stupor) sowie mutistisches Verhalten im Vordergrund. Von den anderen Symptomen sind Wahnideen und Halluzinationen am häufigsten. Diese Form kommt in Industrieländern seltener vor.

Merkmale nach den diagnostischen Leitlinien [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) & Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)]:

1. katatoner Stupor oder Mutismus
2. Negativismus (unmotivierter Widerstand gegenüber Aufforderungen)
3. Haltungstereotypien und Rigidität (Einnehmen und Beibehalten bizarrer Körperhaltungen)
4. Erregungszustand (unmotivierte motorische Erregung)

4) Schizophrenia simplex:

Diese meist im Jugendalter beginnende Krankheitsform führt langsam und schleichend ohne besonders auffällige Symptome zum Defektzustand. Antriebsarmut, Energielosigkeit, Versagen in der Schule und eine depressive Stimmung sind kennzeichnend für diese schwer zu erkennenden schizophrenen Verläufe.

5) Schizophrene Rest- und Defektzustände:

Dabei handelt es sich um chronische Formen der Schizophrenie, bei denen Symptome der akuten Phase meist in abgeschwächter Form weiterbestehen.

6) Schizoaffektive Psychose:

Bei dieser Form treten manische und depressive Symptome gleichzeitig mit schizophrenen Symptomen auf.

(Remschmidt, 2000)	<b>Typ-I-Schizophrenie (positive Symptome, produktive Symptome, akute Schizophrenie)</b>	<b>Typ-II-Schizophrenie (negative Symptome, Rückzugs- symptomatik)</b>
Klinische Symptomatik	Halluzinationen, Wahn, positive Denkstörungen, gesteigerter Antrieb, Aggressivität, Erregung, bizarres Verhalten, Rededrang, Wortneubildungen	Affektive Verflachung, Antriebsarmut, sozialer und emotionaler Rückzug, Apathie, Spracharmut, verringerter Sprachantrieb, Anhedonie, negative Denkstörungen (Denkhemmung, Gedankenabreißen, Gedankensperre)
Aufmerksamkeit und Sensorik	Vermehrte Ablenkbarkeit, „breitere“ Aufmerksamkeit (broadened attention)	Verminderte Informationsverarbeitungskapazität, eingengte Aufmerksamkeit (narrowed attention)
Hemisphärenfunktion	Linkshemisphärische Hypofunktion	Frontale Dysfunktion, bilaterale Funktionsstörung
Prämorbid Persönlichkeit	Keine auffälligen Einschränkungen im kognitiven Bereich und in der Motorik	Einschränkungen im kognitiven Bereich und in der Motorik

## Ursache/Diagnose/Prognose

Die Diagnosestellung erfolgt anhand von ausführlichen ärztlichen Gesprächen und der genauen Beobachtung des Verhaltens der Betroffenen sowie anhand von zeitlichen Kriterien. Im Kindesalter sind schizophrene Psychosen schwer zu diagnostizieren, da sich die Symptomatik von der Schizophrenie Erwachsener unterscheiden kann. Im Jugendalter nähert sich die Symptomatik derjenigen der Erwachsenen an.

Da eine Schizophrenie ein sehr komplexes Krankheitsbild zeigt, geht man bei der Diagnostik anhand eines Achsen-Schemas (ICD-10) vor. Dieses Schema weist sechs verschiedene Blickwinkel auf, die ein ganzheitliches Bild der Patientin/des Patienten erstellen sollen:

1. Achse: Klinisch-psychiatrisches Syndrom
2. Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen (z. B. Lese-/Rechtschreibstörungen)
3. Achse: Intelligenzniveau
4. Achse: Körperliche Symptomatik
5. Achse: Abnorme psychosoziale Umstände (z. B. Trennung/Erkrankungen der Eltern)
6. Achse: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Eine Diagnose kann nur dann gestellt werden, wenn die Symptome fast ständig während mindestens eines Monats aufgetreten sind.

Bis heute gibt es noch keine speziellen klinischen Tests, mit denen allein man eine Schizophrenie feststellen könnte.

Eine Schizophrenie kann zu einer vollen Remission (Rückgang, vorübergehendes Nachlassen von Krankheitssymptomen), einer teilweisen Remission, aber auch zu einem chronischen Verlauf führen. Die Prognose hängt entscheidend vom Subtyp der Schizophrenie ab. Schwierigkeiten ergeben sich besonders bei Krankheitsformen, die schon im Kindesalter in Erscheinung treten, da diese aufgrund der physischen, psychischen und kognitiven Entwicklung von Kindern im Allgemeinen sehr schwierig zu diagnostizieren sind, was häufig zu einer erst spät einsetzenden Behandlung führt. Dann ist die Prognose wesentlich schlechter als bei einer im Erwachsenenalter auftretenden Schizophrenie.

Die Prognose ist besser, wenn sich das gesamte soziale Umfeld der Patientin/des Patienten auf die Erkrankung einstellt und ggf. an Therapien teilnimmt. Die Belastung wird minimiert und die Kooperation innerhalb der Familie gestärkt. Große Erfolge weist z. B. die Kombination von familienorientierter Therapie, Rehabilitationstraining und Langzeitmedikation auf. Dabei ist die Rückfallquote sehr niedrig. Leider gibt es aber auch Subtypen, die eine negative Prognose zur Folge haben und die Betroffenen dauerhaft einschränken. Häufig hängen diese Verläufe mit einem ungünstigen prämorbidem Persönlichkeitsbild der Betroffenen zusammen.

## Behandlung

Bei der Schizophrenietherapie von Erwachsenen besteht aus wissenschaftlicher Sicht hinreichende Sicherheit, dass die Kombination von medikamentöser Behandlung mit multimodalen psychosozialen und psychotherapeutischen Verfahren Erfolg verspricht. Psychoedukative Behandlungsprogramme unter Einbeziehung der medikamentösen Therapie sind geeignet, die Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens der Erkrankung zu senken. Die Psychoedukation ist ein die Therapie ergänzendes Angebot für Betroffene und ihre Familien mit dem Ziel, die psychisch Erkrankten und ihre Angehörigen bei der Bewältigung der Erkrankung und ihrer Folgen zu unterstützen. Der Gedanke hinter diesem Konzept ist, den Betroffenen zu helfen, durch einen informierten und bewussten Umgang mit dem Leiden rascher zu genesen und Wiedererkrankungen zu vermeiden. Die bisher bekannten Untersuchungen unterstützen die Annahme, dass die Erfahrungen aus der Erwachsenenbehandlung auch auf Jugendliche übertragen werden können – wenn die besonderen Entwicklungsbedingungen der Jugendlichen entsprechend berücksichtigt werden.

Die Grafik auf der nächsten Seite zeigt ein klassisches Behandlungs- und Therapieprogramm (Remschmidt 2000:195).

## Hinweise für Lehrkräfte

Da unter den Anforderungen der Schule die krankheitsbedingten Einschränkungen eher auffallen als zu Hause, kommt der Schule in der Früherkennung eine besondere Bedeutung zu. Wird ein Kind auffällig oder sind deutlich einige der oben genannten Symptome zu beobachten, sollte man den zuständigen Schulpsychologischen Dienst zurate ziehen und auch mit den Eltern in Kontakt treten. Die meisten Schübe der Schizophrenie beginnen nicht plötzlich. Ihnen geht eine Phase voraus, in der „Warnsymptome“ wie Angst, Verunsicherung, Schlafstörungen, Grübeln, Niedergeschlagenheit, Konzentrationsschwierigkeiten, Nachlassen von Interessen und Nervosität auftreten können. Warnsymptome sind von Kind zu Kind unterschiedlich ausgeprägt. In Therapien sollten die Schülerinnen und Schüler lernen, ihre persönlichen Warnsignale zu erkennen und mit ihnen umzugehen. Hilfreich ist es, wenn die Lehrkräfte die Warnsignale der betroffenen Schülerinnen und Schüler kennen und entsprechend Präventions- und Unterstützungsarbeit leisten können sowie – je nach Schweregrad – wissen, wann die Eltern zu alarmieren sind. Meist jedoch können betroffene Schülerinnen und Schüler bei akuten Schüben nicht am Schulalltag teilnehmen. Deshalb ist es wichtig, dass während und nach einem längeren Fehlen Integrationsarbeit und Wiedereingliederungsmaßnahmen geleistet werden.

## Materialien für Lehrkräfte

- Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (BApK) bietet einen Flyer für pädagogische Fachkräfte an: [www.psychiatrie.de/bapk/kinder/flyer](http://www.psychiatrie.de/bapk/kinder/flyer)
- Zur Weiterreichung an Eltern/Angehörige betroffener Kinder/Jugendlicher bietet sich die BApK-Broschüre „Wahnsinnskinder?“ an: [www.psychiatrie.de/bapk/kinder/broschuere-eltern](http://www.psychiatrie.de/bapk/kinder/broschuere-eltern)
- Zur Weiterreichung an Geschwister, Freundinnen und Freunde und alle, die mit einem psychisch kranken Menschen zusammenleben, bietet sich die BApK-Broschüre „Was ist denn nur mit Philip los?“ an: [www.psychiatrie.de/bapk/kinder/broschuere-geschwister](http://www.psychiatrie.de/bapk/kinder/broschuere-geschwister)
- Schulprojekt „Verrückt? Na und? – Seelisch fit in Schule und Ausbildung“: [www.verrueckt-na-und.de](http://www.verrueckt-na-und.de)

## Selbsthilfe/Patientenorganisation

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (BApK)  
[www.bapk.de](http://www.bapk.de)



**familien selbsthilfe  
psychiatrie**  
Bundesverband der Angehörigen  
psychisch erkrankter Menschen e.V.

## Weitere Internetadressen

- [www.kns.kompetenznetz-schizophrenie.info](http://www.kns.kompetenznetz-schizophrenie.info)

Akutphase	Remissionsphase	Reha-Phase I	Reha-Phase II
(klinische Behandlung)	(klinische Behandlung)	(Heimbetreuung)	(betreute Wohngruppe)
Stationäre Aufnahme	Weitere stationäre Behandlung	Depot-Medikation Gruppentherapie	Depot-Medikation Selbstverständigung in Gruppe
Neuroleptische Medikation	Neuroleptische Medikation	Einzeltherapie	
Baldige Aktivierung	Integration in Gruppe	Einübung der Tagesabläufe	Selbstversorgung
Einzeltherapie und Einzelbetreuung	Mitarbeit in AG	Schulbesuch	Anlernfähigkeit oder Lehre
Beschäftigungstherapie	Schulbesuch oder Einzelunterricht	Berufsfindung	
Kontakt zur Familie halten	Realitätstraining	Realitätstraining	
Gruppenaktivitäten (soweit möglich)	Konzentrationstraining Stadtaktivitäten/ Verselbstständigung Beurlaubungen Familiengespräche	Kreative Förderung Familienkontakt	
Ziel: Beeinflussung der Akutsymptomatik Verhinderung von Rückzug und Chronifizierung	Ziel: Reintegration in klinischen Bereich	Ziel: Reintegration in größere Gemeinschaft Realitätsanpassung Berufsfindung und -vorbereitung	Ziel: Selbstversorgung Berufliche Entwicklung

Quelle: Remschmidt, H. (Hrsg.) (2000): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Praktische Einführung für Krankenpflege-, pädagogische und soziale Berufe, 3. Aufl., Stuttgart: Thieme.