

Schizophrenie und Psychose



Krankheitsbild und Behandlung

Dr. Vera Onken, November 2023

Schizophrenie und Psychose



1. Epidemiologie
2. Ursachen
3. Symptomatik und Diagnosestellung
4. Verlauf
5. Behandlung
6. Umgang mit Betroffenen
7. Rechtliche Betreuung

Schizophrenie und Psychose – Begriffsklärung

„Psychose“ (ICD 10: F2X.X)

- Sammelbegriff für Erkrankungen mit psychotischen Symptomen, die auch bei der Schizophrenie vorkommen (Wahn, Realitätsverlust)
- Synonym für Störungen des sog. Schizophrenie- Formenkreises allg. (ICD 10: F2.X)
- Unabhängig von Dauer und Auslöser (Hirnerkrankung / Intoxikation)
 - Schizophrenie –Symptome, aber kürzer als ein Monat
 - Schizophrenie –Symptome, aber aufgrund Hirnerkrankung / durch Substanzen
 - Schizophrenie –Symptome, aber nur einzelne oder Überwiegen affektiver Symptome

Schizophrenie (ICD 10: F20.X) am besten abgrenzbar, da feste Diagnosekriterien

- typische Symptome im Vordergrund (Positiv- und/ oder Negativ- Symptome)
- Dauer mindestens ein Monat
- nicht verursacht durch andere Hirnerkrankung oder Intoxikation /Drogen

Schizophrenie 1. Epidemiologie

- Prävalenz: ca. 0,5-1%, bei Männern und Frauen gleichermaßen
- Ersterkrankung meist zwischen 18. und 35. Lebensjahr
 - (Männer insgesamt früher, im Alter zw. 20 und 25, Frauen im Alter zw. 25 und 30)
- individuell unterschiedlich schwerer Verlauf
- Schizophrenie ist weltweit eine der 10 Erkrankungen mit der größten Anzahl an durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahren (YLD, Years of life lived with disability)
- Reduktion der Lebenserwartung gegenüber Allgemeinbevölkerung um ca. 15- 20 Jahre durch
 - Krankheitstypische Symptomatik, Eigengefährdung, Suizidalität
 - psychische und körperliche Begleiterkrankungen (Sucht)
 - ungesunde Lebensstilfaktoren (Rauchen, Ernährung, Bewegung)
 - erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen + Lungenkrebs

Schizophrenie - 3. Symptomatik



Störung der Nervenzell-Kommunikation → Schwierigkeiten

- sich selbst und die Umwelt realistisch wahrzunehmen
- „wichtige“ von „unwichtigen“ Informationen zu trennen
- das Verhalten anderer realistisch einzuschätzen
- das eigene Verhalten an die jeweilige Situation anzupassen
- das eigene Denken folgerichtig und logisch aufzubauen

Schizophrenie 3. Symptomatik - „Hauptsymptome“

1. Ich-Störungen

- Gefühl einer Veränderung der Gedanken (Eingebung/ Entzug/ Ausbreitung)
- Gefühl der Willensbeeinflussung

2. Inhaltliche Denkstörungen

- Wahn (Beeinflussung, Kontrolle, Beobachtet-Werden)
- Gefühl des Gemachten (bestrahlt werden, beeinflusst werden)
- Wahnwahrnehmungen (Verkennung von Personen /Situationen)

3. Akustische Halluzinationen

- Stimmenhören (dialogische/ kommentierende/ imperative Stimmen)

4. Wahn

- anhaltend, unrealistisch und bizarr
(besondere Fähigkeiten, Auserwählt-Sein)

Schizophrenie 3. Symptomatik – „Denkverzerrungen“

Studienergebnisse aus den 2000er Jahren zeigten: verschiedene Bereiche des Denkens sind bei Schizophreniepatienten häufig beeinträchtigt und rufen „Denkverzerrungen“ hervor:

- **Attributionsstil**
 - (Monokausale) Ursachenzuschreibung
 - Externalisierung / Personalisierung von Misserfolgen
- **Voreiliges Schlussfolgern (besonders unter Stress)**
 - hastige Entscheidungen auf der Basis spärlicher Informationen (Kugeltest)
- **Unkorrigierbarkeit des Denkens / „Scheuklappendenken“**
 - Typisch bei Wahn; sich nicht lösen können von einmal getroffenen Einschätzungen
- **Vermindertes Einfühlungsvermögen (»Theory of Mind«)**
 - sich in Denken, Fühlen und Handeln (Motive) anderer hineinversetzen können (Soziale Kognition)
 - Bei Fehlen soz. Kontakte oder tatsächlicher Ausgrenzung, bei fehlenden soz. Rollenmodellen

Schizophrenie 3. Symptomatik - „Nebensymptome“

5. Anhaltende **Halluzinationen** jeder Sinnesmodalität

- Körperhalluzinationen, z.B. Strahlung spüren, eingebaute Chips fühlen

6. Formale **Denkstörungen**

- Sprunghafter Gedankengang, Gedankenabreißen, Zerfahrenheit
- Unfähigkeit zu sinnvollem, chronologischen Berichten, Sinn nicht mehr nachvollziehbar
- Danebenreden – Antworten ohne Bezug zur Frage

7. **Katatone** Symptome und veränderte **Motorik**

- Erregung mit psychomotorischer Unruhe
- reduzierte Psychomotorik bis zu Bewegungsunfähigkeit (Stupor)
- verarmte sprachliche Kommunikation bis zu Sprachlosigkeit (Mutismus)

8. „*negative*“ **Symptome** (s.u.)

Schizophrenie 3. Symptomatik - „Negativ-Symptome“

1. Affektverflachung, fehlende Schwingungsfähigkeit
 2. Verarmung der Sprache, Gestik, Mimik
 3. Antriebsminderung bis Apathie, Ziellosigkeit /Trägheit mit sozialem Rückzug
 4. Anhedonie /Freudlosigkeit (– Vorsicht Suizidalität)
 5. Störungen der Aufmerksamkeit, Konzentration, Denkgeschwindigkeit
- Zusätzlich: affektive Symptome (parathymes Lachen bis depressive Symptomatik)
 - **Die Intelligenz bleibt unverändert, aber formale Denkstörungen sind häufig**
 - **Keine „Persönlichkeitsspaltung“**

Schizophrenie - 3. Symptomatik

Beeinträchtigung im Alltag

- Verunsicherung und Misstrauen, Angst
- starke emotionale Belastung, Anspannung bis hin zu „Kampf-Modus“
- Störung der sozialen Interaktionsfähigkeit, Konflikte
- Überforderung bei der Lebensführung, Misserfolge
- Vermeidungsverhalten, Rückzug, Einsamkeit, depressive Symptomatik
- Schlafstörungen, Erschöpfung, Fehlernährung - körperliche Symptome
- „Selbstmedikation“
- Lebensmüdigkeit

Schizophrenie – Fallbeispiel Herr A.

- Wahrnehmung von auffälligem Geruch in der Wohnung (Gas, das von Nachbarn kommt)
- Auffälliges „Brummen“ verschiedener elektrischer Geräte, darin auch Stimmen zu erkennen
- Innehalten im Gespräch, Kopf-Wenden in andere Richtung, „Lauschen“
 - **Akustische Verkennung und Halluzinationen / Stimmenhören**
- Beobachtet-Fühlen in der Stadt und von den Nachbarn – andere lachen /reden über ihn
 - **Paranoide Gedanken, Verfolgungswahn**
 - **Beziehungsideen** (Verhalten anderer auf sich selbst beziehen)
 - Angst und Vermeidungsverhalten, sozialer Rückzug
- Konzentrationsstörungen, Ablenkbarkeit, Grübeln, Antriebsstörung
 - **Formale Denkstörungen** (Gedankenabreißen, Gedankensprünge)
 - **Negativsymptomatik** (Arbeitsgedächtnis, Merkfähigkeit)
 - Überforderung i.R. beruflicher Rehabilitation

Schizophrenie 2. Ursachen - Pathophysiologie

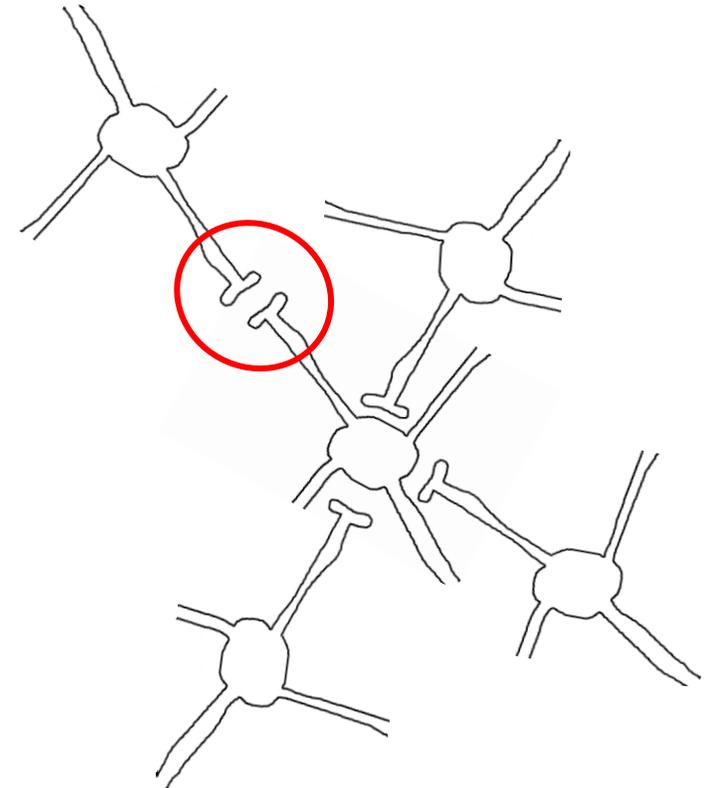
- Schizophrenie geht mit Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und der Gefühle einher , also mit einer Störung wichtiger **Funktionen des Gehirns**

Funktionieren d. Gehirns abhängig von:

- **Verknüpfung + Kommunikation** der Nervenzellen mithilfe von
 - **Nervenverbindungen (Synapsen)**
 - **Botenstoffen**

Krankheit entsteht durch

- Störungen bei der **Entwicklung + „Verschaltung“** von Nervenzellen
- Funktionsstörungen der **Nervenverbindungsstellen (Synapsen)**
- Fehlerhafter **Abbau von Synapsen + Nervenzellen**



Schizophrenie 2. Ursachen - Pathophysiologie

Verbindung Mittelhirn-
Limbisches System

- Botenstoff: Dopamin
- **überaktiv**
- **Positivsymptome**

Verbindung Mittelhirn-
Hirnrinde

- Botenstoff:
Dopamin + indirekte
Serotoninwirkung
- **reduzierte Aktivität**
- **Negativsymptome**

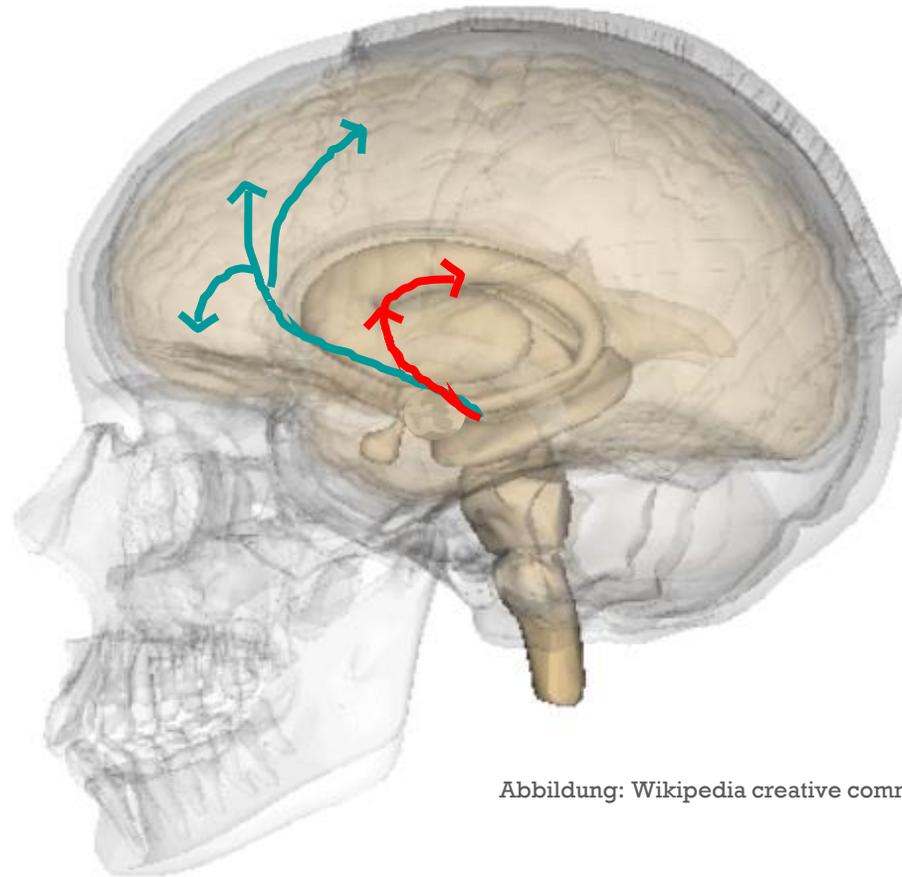


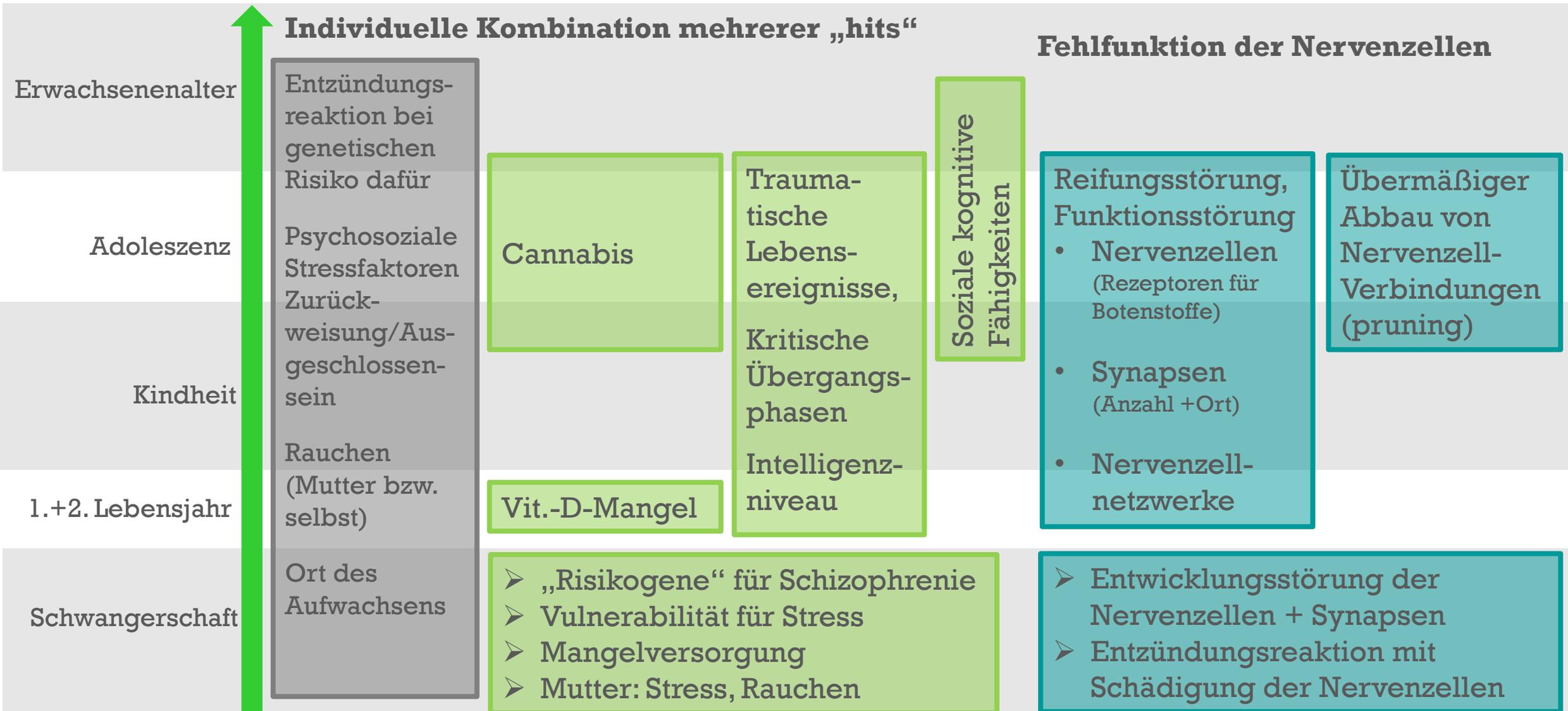
Abbildung: Wikipedia creative commons license

In allen Bereichen:
Signalübertragung
zwischen Nervenzellen
wird moduliert durch

- weitere Nervenzellen
- Wirkung
verschiedener
Botenstoffe

! Schizophrenie: Imbalance zwischen Aktivierung + Hemmung

Schizophrenie 3. Ursachen - Multiple-Hit-Theory



Schizophrenie - Fallbeispiel Herr A.



Herr A., Anfang 20

- Geboren in Polen, Familie mit niedrigem soziökonomischen Status, aufgewachsen getrennt von der Mutter bei der Großmutter
- Mutter: berufstätig in Deutschland, Vater: psychische Erkrankung
- Mit 18 Jahren Übersiedelung nach Deutschland
- Sprachbarriere, daher nur Anlerntätigkeit und Geringverdiener
- Lebte allein in sehr einfachen Wohnverhältnissen
- Jobben auf Baustellen – Konsum von Alkohol und Kokain mit Kollegen
- Ersterkrankung mit 19 Jahren

Schizophrenie - Fallbeispiel Herr A.



Herr A., Anfang 20

- Geboren in Polen, Familie mit **niedrigem soziökonomischen** Status, aufgewachsen **getrennt** von der Mutter bei der Großmutter
- **Mutter:** berufstätig in Deutschland, Vater: **psychische Erkrankung**
- Mit 18 Jahren **Übersiedelung** nach Deutschland
- Sprachbarriere, daher nur Anlerntätigkeit und **Geringverdiener**
- Lebte allein in sehr einfachen Wohnverhältnissen
- Jobben auf Baustellen – Konsum von **Alkohol und Kokain** mit Kollegen
- Ersterkrankung mit 19 Jahren

Schizophrenie - Fallbeispiel Herr B.



Herr A., Anfang 20

- Stammt aus Deutschland, keine besonderen familiären oder biografischen Belastungsfaktoren
- Abitur und anschließend Studienbeginn
- Cannabis-Konsum
- Erste psychotische Symptomatik mit 19 Jahren

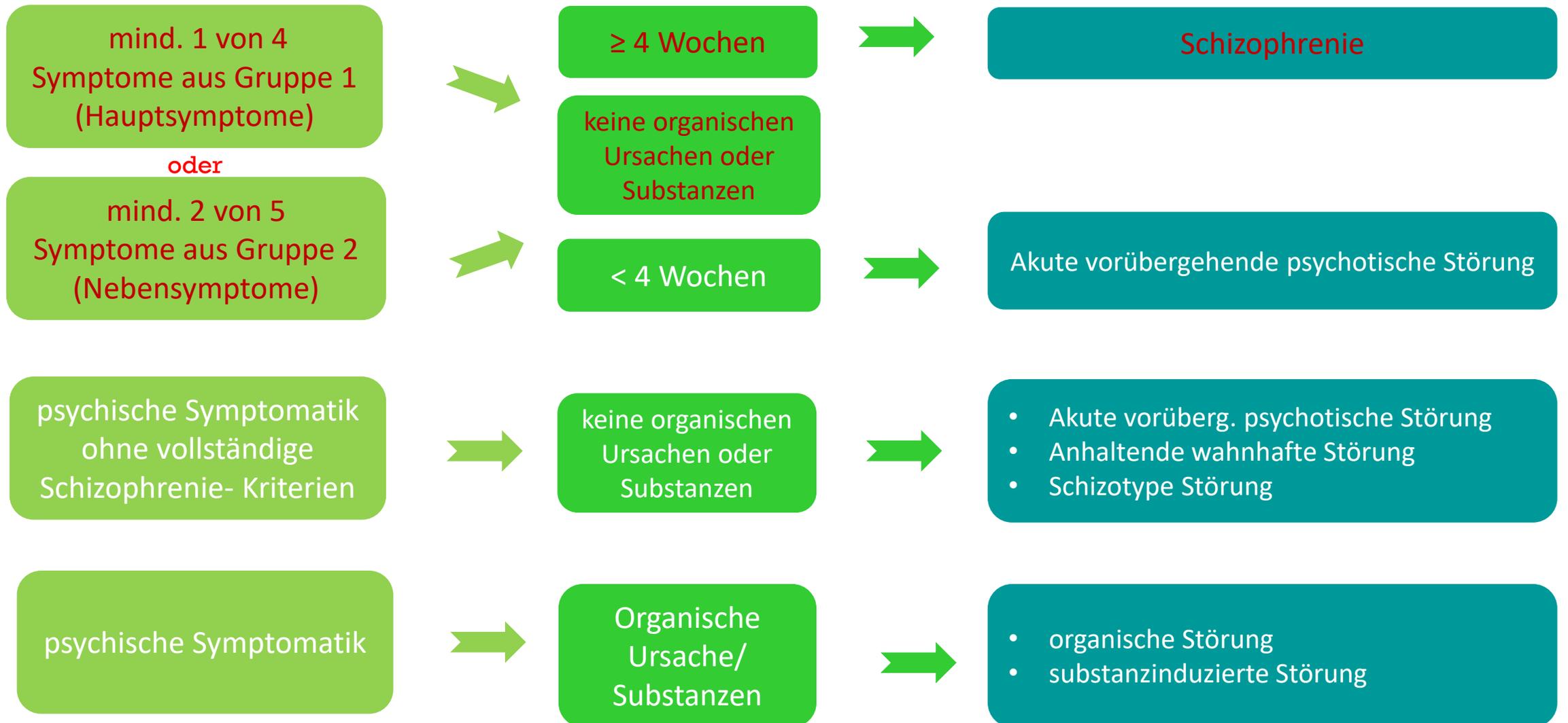
Schizophrenie - Fallbeispiel Herr B.



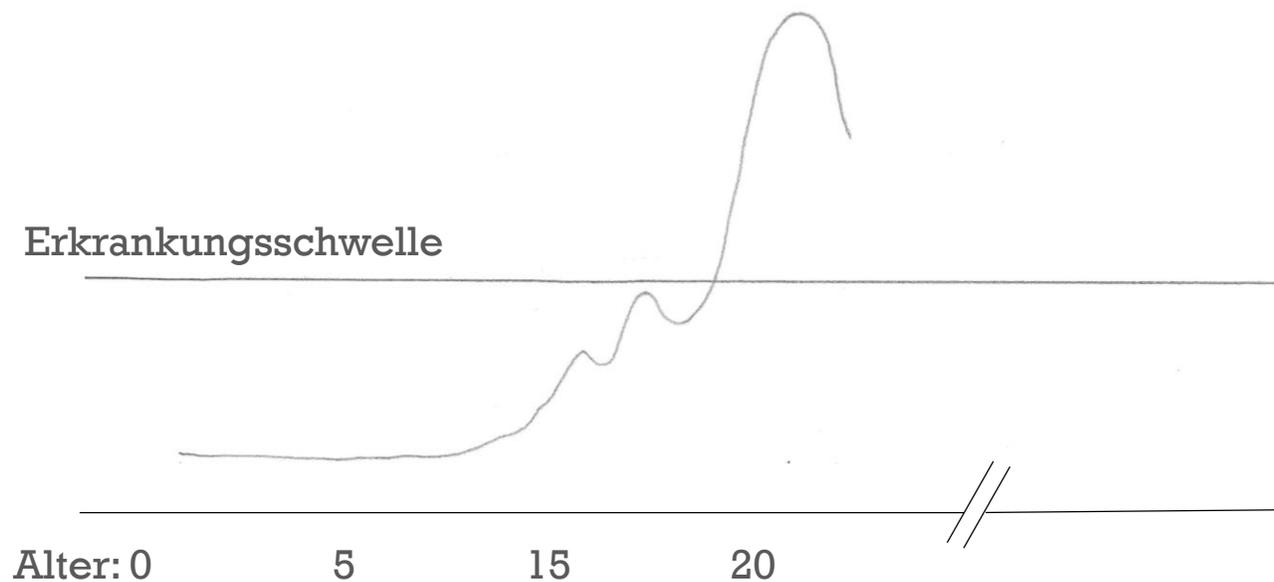
Herr A., Anfang 20

- Stammt aus Deutschland, keine besonderen familiären oder biografischen Belastungsfaktoren
- Abitur und anschließend Studienbeginn
- **Cannabis-Konsum**
- Erste psychotische Symptomatik mit 19 Jahren

Schizophrenie 3. Symptomatik - Diagnosestellung



Schizophrenie – 4. Verlauf

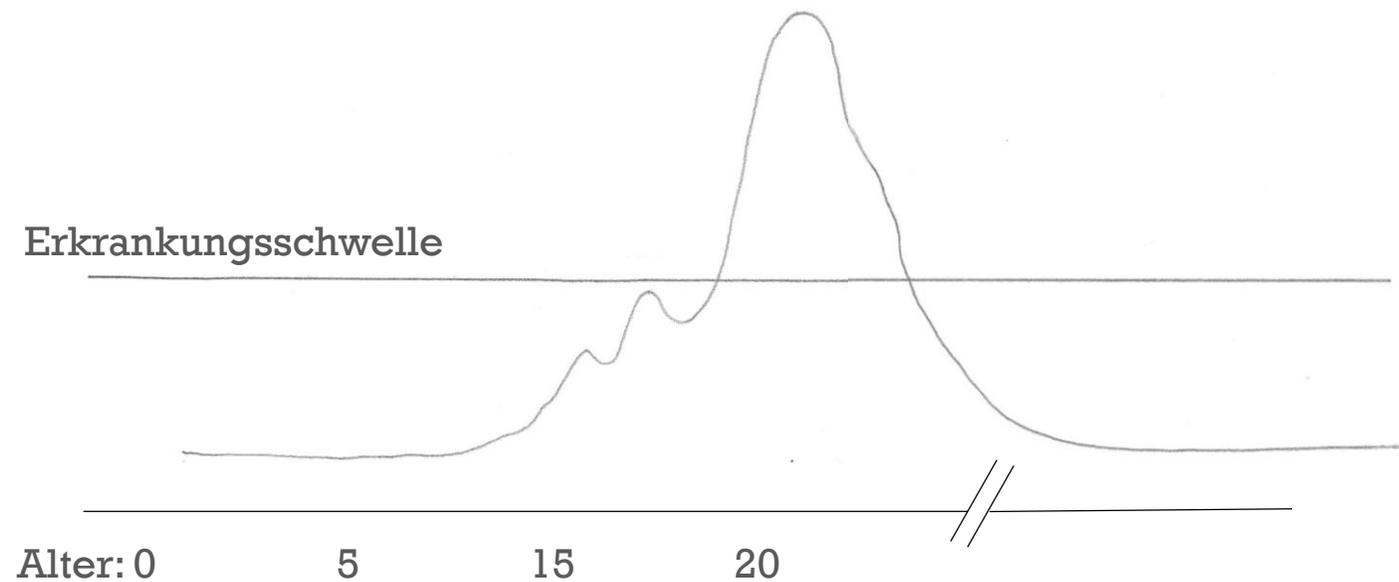


Prodromalphase

- schleichender Beginn mit kognitiven Einschränkungen
- „Leistungsknick“
- Sozialer Rückzug

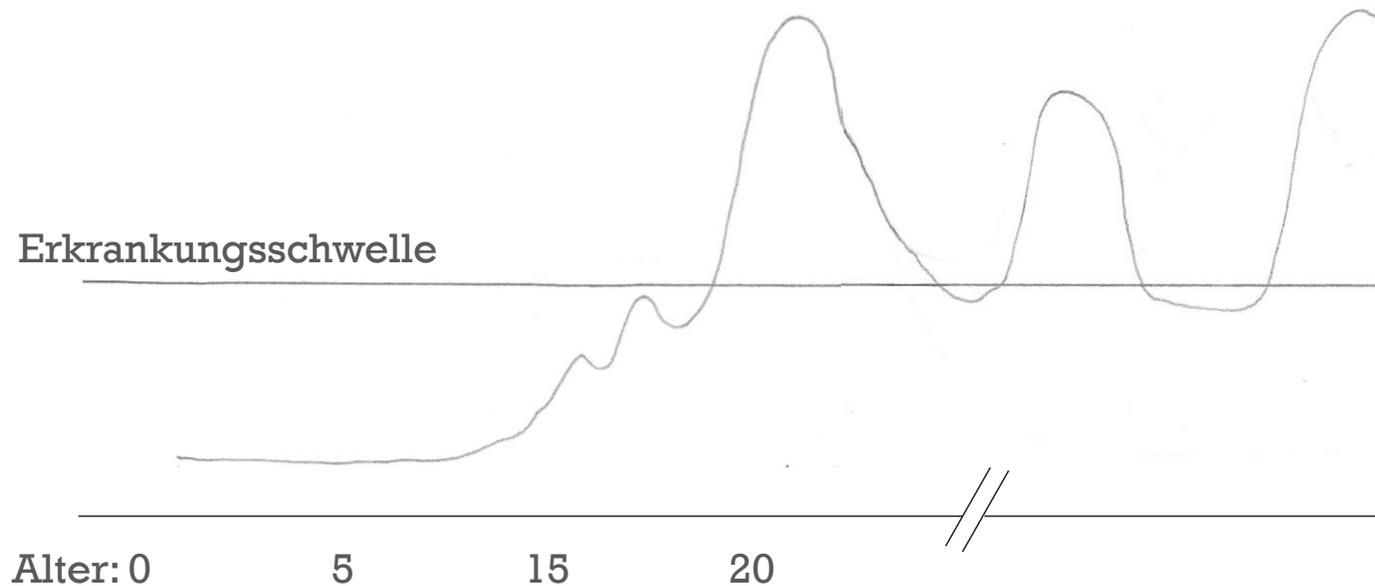
- Möglichst frühe Diagnostik
- Betreuung durch Früherkennungsambulanzen
- Abklärung des Erkrankungsrisikos
- Psychoedukation
- Sucht-Prophylaxe
- Ggf. Medikation
- Verhinderung der Erkrankung (durch Reduktion der Risikofaktoren) oder Verschiebung des Erkrankungszeitpunktes möglich

Schizophrenie – 4. Verlauf



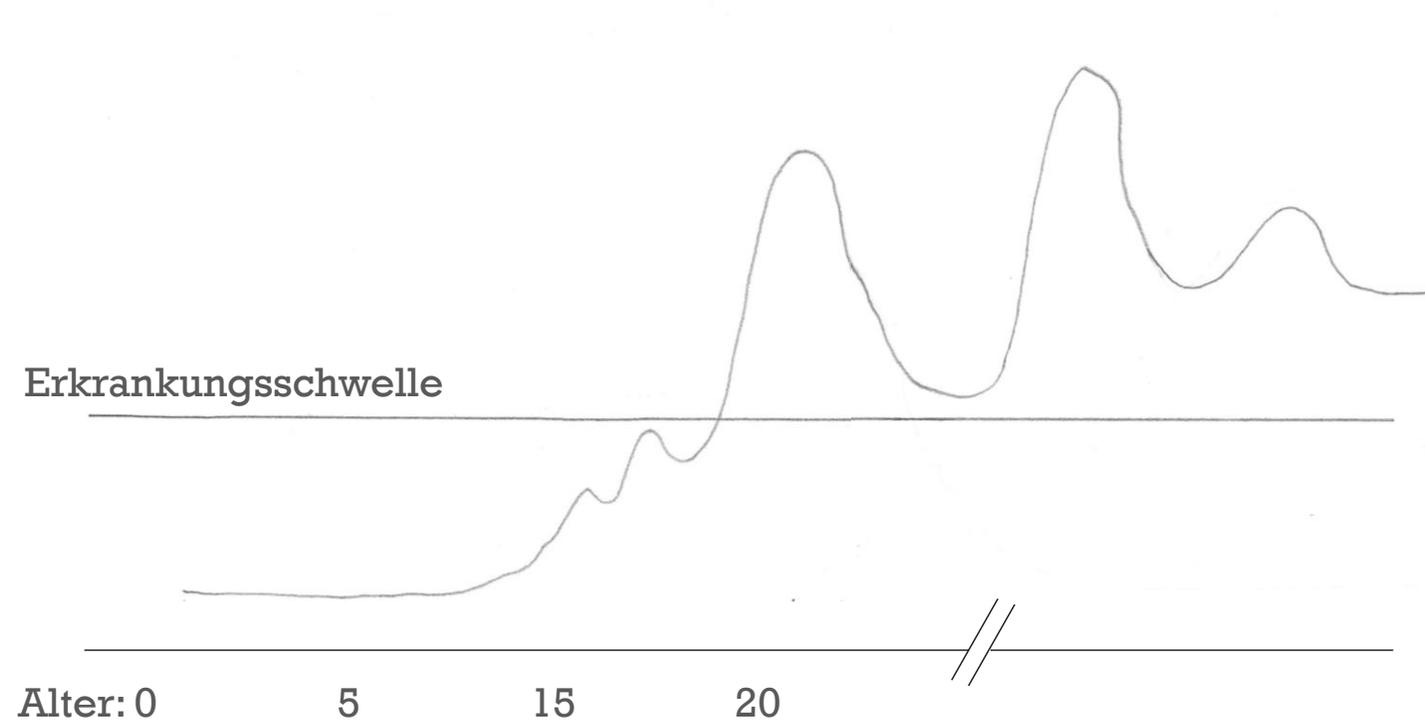
1. Einmalige Krankheitsphase mit Remission (ca. 20%)

Schizophrenie – 4. Verlauf



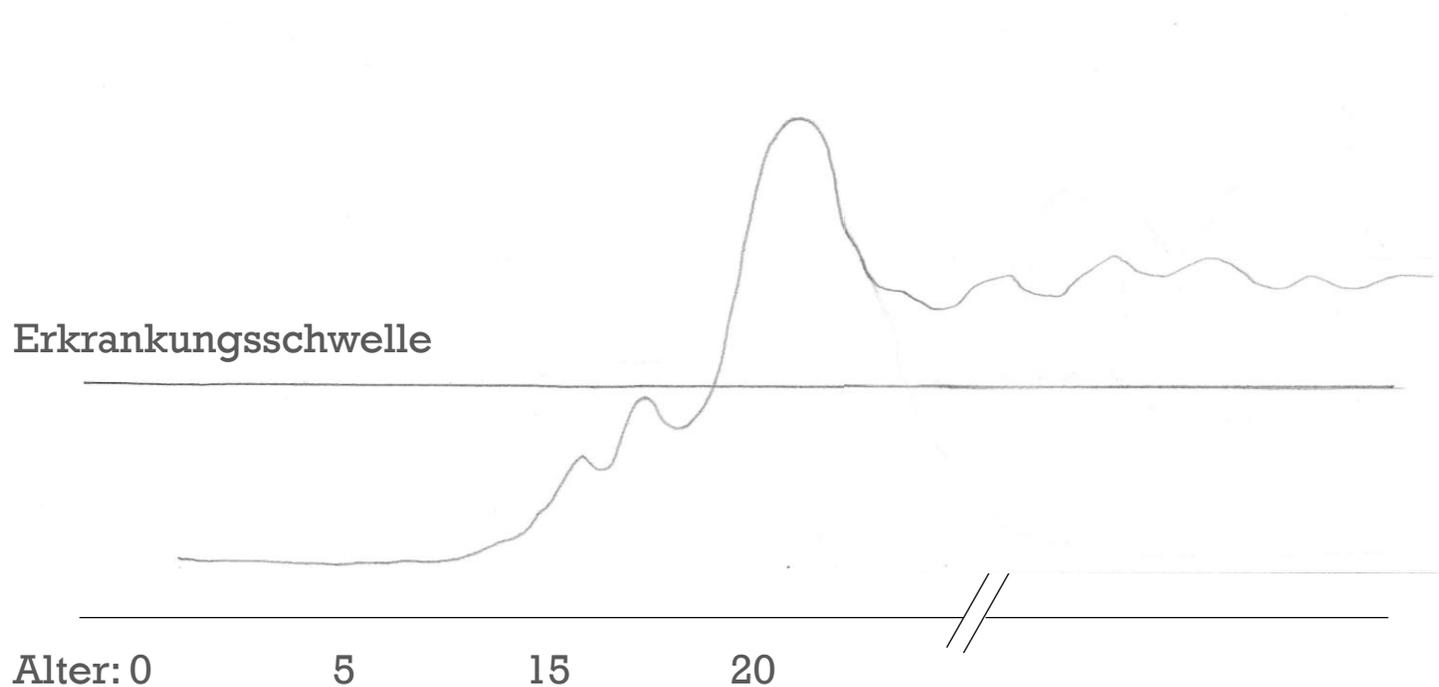
2. Phasenhafter Verlauf (ca. 60%)
 - a. mit Remission zwischen den Krankheitsphasen

Schizophrenie – 4. Verlauf



2. Phasenhafter Verlauf (ca. 60%)
 - b. Ohne vollständige Remission zwischen den Krankheitsphasen, im Verlauf bleiben Restsymptome

Schizophrenie – 4. Verlauf



3. Chronischer Verlauf mit Residuum / Restsymptomen
Teilweise progredienter Verlauf (ca. 10-15%)

Schizophrenie 6. Therapie und Rehabilitation

Therapie Akut:

- Medikamente
- Psychoedukation
- Ergotherapie
- Stimulationsverfahren
(z.B. EKT)

Therapie Längerfristig:

- Medikamente
- Psychotherapie
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Erhaltungs- EKT

Rehabilitation und Teilhabe

- Medizinische + berufl. Rehabilitation
- Soziale Teilhabe
- Selbsthilfe
- Angebote für Angehörige
- Vorsorge- Vollmacht / Betreuung

Schizophrenie 6. Therapie – Medikation

Behandlungs- Ziele

1. Akutsymptomatik: schnelle Entlastung durch
 - Beruhigung, Reduktion von Anspannung und Ängste (sedierende + angstlösende Medikation)
 - Reizabschirmung ([geschlossene] stationäre Aufnahme)
 - Realitätsverlust / Wahrnehmungsstörungen entgegen wirken – Antipsychotika
 - *Dauer der unbehandelten Krankheitsphase möglichst kurz halten! (bessere Verlaufsprognose)*
2. Im Verlauf: Symptome beseitigen – Antipsychotika + nichtmedikamentöse Verfahren
3. Nach akuter Krankheitsphase: Rückfallschutz – Antipsychotika + nichtmedikamentöse Verfahren
 - *Besonders der erste Rückfall verschlechtert die Verlaufs- Prognose*

Schizophrenie 6. Therapie – Medikation

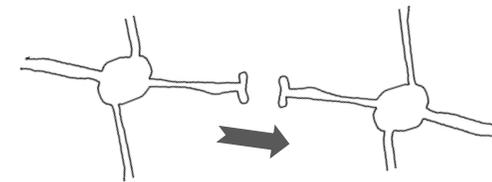
1. Generation Antipsychotika: Dopamin-Rezeptor-Blockade

- „Hochpotent“: Kontrolle von Positiv- Symptomen: Haldol (Haloperidol), Fluanxol (Flupentixol)
- „Niederpotent“ – Sedierung
Truxal (Chlorpromazin), Eunerpan (Melperon), Dipiperon (Pipamperon), Atosil (Promehazin)

- allgemeine Dopamin-Rezeptor-Blockade
- kaum Wirkung gegen Negativ-Symptome

➤ Nebenwirkungen:

- **Extrapyramidalmotorische Störungen (EPMS)**
 - Früh- und Spätdyskinesien
 - Parkinsonoid
- Sedierung
- Gewichtszunahme
- Hyperprolaktinämie
- langfristige kognitive Störungen



Schizophrenie Pathophysiologie + Medikation

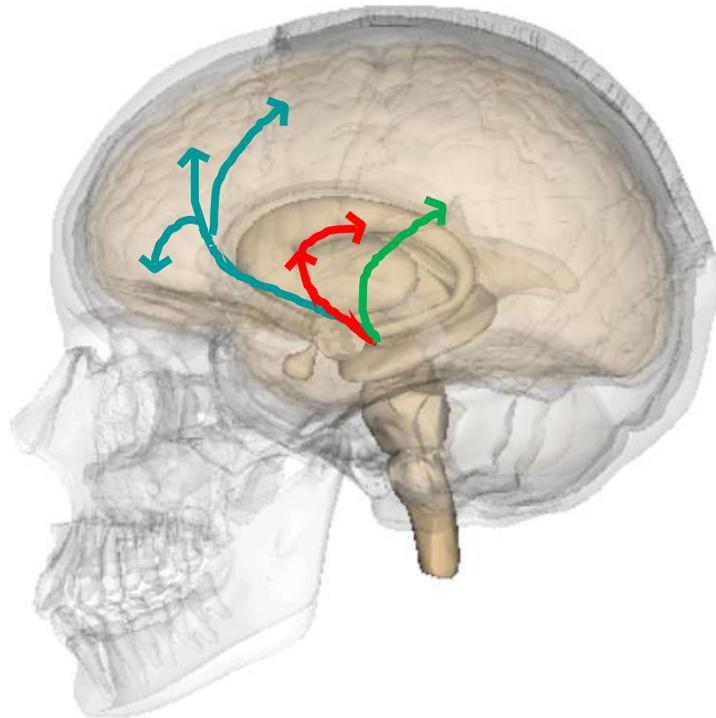


Abbildung: Wikipedia creative commons license

Verbindung Mittelhirn-Limbisches System

- Botenstoff: Dopamin
- **überaktiv**
- **Positivsymptome**

Verbindung Mittelhirn-Hirnrinde

- Dopamin + indirekte Serotoninwirkung
- **reduzierte Aktivität**
- **Negativsymptome**

Verbindung Mittelhirn-Zwischenhirn

- **Arbeitet ebenfalls mit Dopamin**
- **Motor. Nebenwirkung**

Blockade an Dopamin (D₂)-Rezeptoren



Reduziert Positiv-Symptome

Blockade an Dopamin (D₂)-Rezeptoren



Hilft kaum/nicht geg. Negativ-Symptomatik

Blockade an Dopamin (D₂)-Rezeptoren



Motorische Nebenwirkungen

Schizophrenie 6. Therapie – Medikation

2. Generation Antipsychotika (Atypika): Dopamin- und Serotonin-Rezeptor-Blockade (5HT_{2A}-Rezeptor)

- Olanzapin
- Quetiapin
- Risperidon, Paliperidon
- Lurasidon

➤ Weniger motorische Nebenwirkungen (EPMS), tlw. geringere Sedierung

Nebenwirkungen allgemein:

- Gewichtszunahme, Metabolisches Syndrom, kardiovaskuläres Risiko
- Prolaktin-Erhöhung
- Akathisie (Bewegungsunruhe)

Clozapin:

Wirkung an vielen versch. Rezeptoren, gute Wirksamkeit, auch geg. Negativ- Symptome
Seltene schwere NW: Agranulozytose (Verlust von Immunzellen) – nur Reservemedikament!
Weitere NW: Sedierung, Speichelfluss

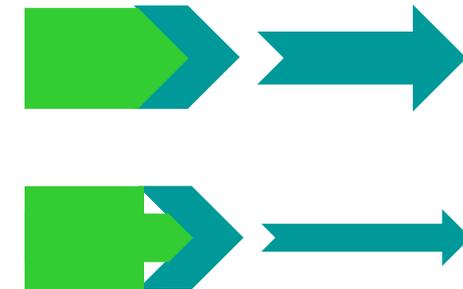
Schizophrenie 6. Therapie – Medikation

3. Generation: „Dopamin- Stabilisierer“: Dopamin- Partialagonisten (=reduzierte Wirksamkeit)

- Aripiprazol (Abilify), Brexiprazol, Cariprazin
- So wirksam wie Quetiapin und Haloperidol, aber weniger Nebenwirkungen
- Partialagonismus:
 - Hohe Dopamin-Konzentration am Rezeptor: Konkurrenz mit Dopamin → Dopamin-Wirkung sinkt
 - Niedrige Dopamin-Konzentration: reduzierte Aktivierung des Dopamin-Signalweges → Verbesserung von Negativ-Symptomen (Arbeitsgedächtnis)

Nebenwirkungen allgemein:

- Akathisie im Vordergrund
- tlw. auch Gewichtserhöhung
- weniger EPMS und Sedierung



Schizophrenie Pathophysiologie + Medikation

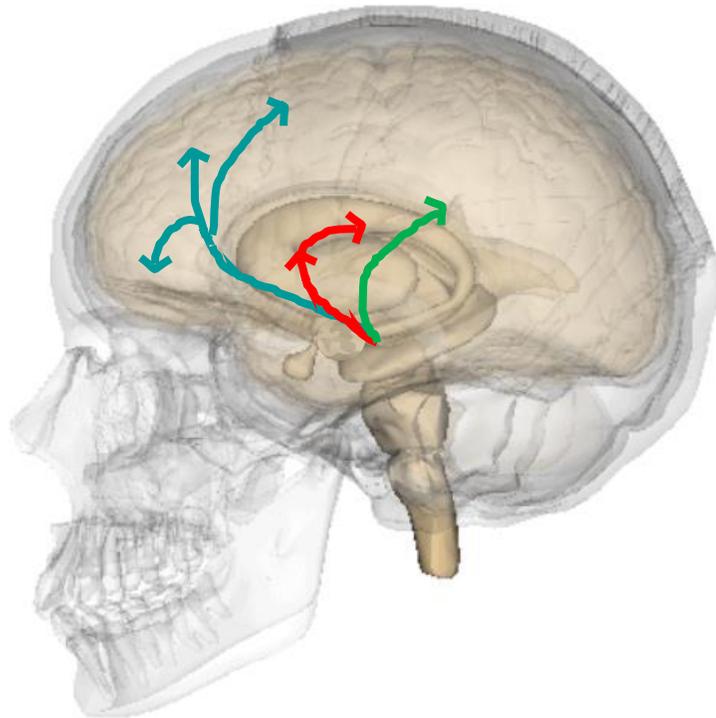


Abbildung: Wikipedia creative commons license

Verbindung Mittelhirn-Limbisches System

- Botenstoff: Dopamin
- **überaktiv**
- **Positivsymptome**

Verbindung Mittelhirn-Hirnrinde

- Dopamin + indirekte Serotoninwirkung
- **reduzierte Aktivität**
- **Negativsymptome**

Verbindung Mittelhirn-Zwischenhirn

- **Arbeitet ebenfalls mit Dopamin**
- **Motor. Nebenwirkung**

Reduzierte Aktivierung an Dopamin (D₂)-Rezeptoren



Wirkt gegen Positiv-Symptome

Reduzierte Aktivierung an Dopamin (D₂)-Rezeptoren



Wirkt bedingt gegen Negativ-Symptome

Reduzierte Aktivierung an Dopamin (D₂)-Rezeptoren



Weniger /keine motorischen NW

! Je nach Wirkstoff zusätzliche Wirkung auf weitere Botenstoffe, z.B. Blockade an **Serotonin Rezeptoren !**

Zeit zum Durchatmen



Schizophrenie 6. Therapie – Medikation

Tablette oder Spritze?

Orale Medikation:

- besser steuerbar
- mehr Unabhängigkeit, zugleich auch mehr Eigenverantwortlichkeit
- Komplianz schwieriger

Depot-Antipsychotika:

- Komplianz leichter
- zuverlässiger Erhalt des Blutspiegels
- geringere Rückfallrate als bei oraler Medikation – auch bei gleicher Dosis
- weniger Eigenverantwortlichkeit
- höhere Hürde durch Gabe als Injektion
- Schlechter steuerbar
- Statistisch langfristig günstigerer Krankheitsverlauf mit weniger Rückfällen

Schizophrenie 6. Therapie – Medikation

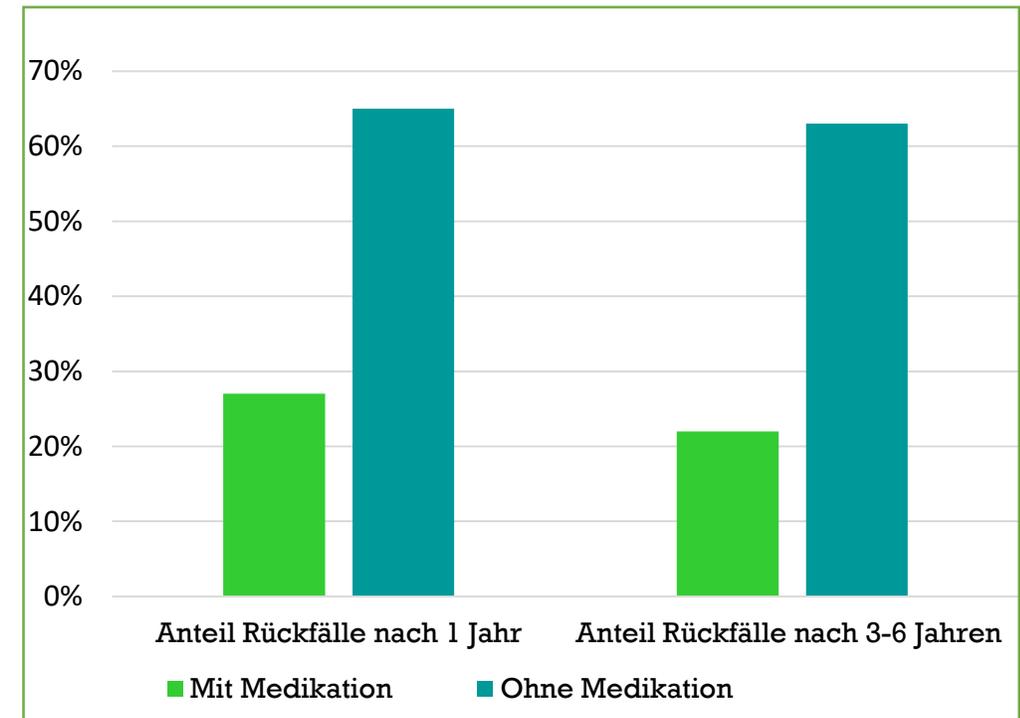
Behandlungsdauer

Ersterkrankung:

- Therapiedauer nach Remission: mind. 6-12 Monate
- Je nach individuellem Risiko auch länger
- Vorteile der Behandlung bleiben mind. über 3 Jahre Behandlungsdauer
- beste Ergebnisse, wenn keine Dosisreduktion

Wiederkehrender Verlauf /Rückfall:

- Therapiedauer nach Remission je nach individuellem Risiko mind. 2 Jahre oder mehr
- Betroffene profitieren mind. 3-6 Jahre von Rezidivprophylaxe
- Problem: Medikamentenwirksamkeit nimmt häufig mit der Anzahl der Episoden ab (trotz Dosissteigerung)



Nach Leucht et al; Lancet 2012 June 2; 379 (9831): 2063-71
Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention [...]

Schizophrenie 6. Therapie – nichtmedikamentöse Behandlung

- Behandlungsleitlinie Schizophrenie empfiehlt:
 - Psychoedukation
 - Kognitive Verhaltenstherapie (unter Einbezug der Familie), Familienintervention
 - Metakognitives Training + Kognitive Remediation
 - Soziales Kompetenztraining
 - Künstlerische und Bewegungstherapie (Empfehlungsgrad B)
 - Ergotherapie (Kann-Empfehlung)
 - Informationsangebot für Angehörige
- Theorie und Praxis sind (noch) nicht deckungsgleich – erwiesenermaßen wirksame Therapie findet zum Teil nicht statt!
- Einige Therapeuten machen kein Angebot für Menschen mit Psychose
- Viele Betroffene kennen Behandlungsmöglichkeiten nicht / können sie nicht organisieren
- Stimulationsverfahren, z.B. Elektrokrampftherapie (EKT)

Schizophrenie 6. Therapie – Psychoedukation

- So früh wie möglich – so oft wie nötig
 - Wenn möglich auch für Angehörige
 - Hauptthemen:
 - Krankheitsverständnis, Verlauf + Prognose
 - Behandlungsmöglichkeiten, einschließlich Nebenwirkungen
 - Krankheitsbewältigung *
 - !Fragen der Betroffenen!
 - 3 wichtigste Faktoren für Krankheitsrückfälle:
 - Belastende Lebensereignisse (erste 12 Monate nach Ersterkrankung)
 - Medikamenten-Komplianz
 - Cannabis-Konsum
- * Zunehmend Studienergebnisse, die auf positive Wirkung von Sport hinweisen

Schizophrenie 6. Therapie – Psychotherapie



Review zur Wirksamkeit versch. Interventionen als Rückfallschutz (Bighelli et al. Lancet Psychiatry 2021):

- Familientherapie, Familien-Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie waren wirksam
- An vielen Orten gibt es zu geringe Kapazitäten der Behandler
- Für viele Betroffene ist die Suche nach einem Behandlungsplatz und /oder der Weg dorthin ein unüberwindliches Hindernis

Schizophrenie 6. Therapie – Metakognitives Training

Studienergebnisse aus den 2000er Jahren: verschiedene Bereiche des Denkens, sind bei Schizophreniepatienten häufig beeinträchtigt und rufen sog. „Denkverzerrungen“ hervor:

- Attributionsstil
 - (Monokausale) Ursachenzuschreibung – Externalisierung / Personalisierung von Misserfolgen
 - Ziel: Steigerung eines geringen Selbstwertes (Erfolge sich selbst, Misserfolge anderen zuschreiben)
 - Folge: Misstrauen, Beeinflussungserleben, Konflikte, Medikamenten-Inkomplianz, Stimmen-Hören)
- Voreiliges Schlussfolgern (besonders unter Stress)
 - hastige Entscheidungen auf der Basis spärlicher Informationen (Kugeltest)
 - Ziel: schnelle Erklärung und „Ordnung“ schaffen, Motivationsdefizite
- Unkorrigierbarkeit des Denkens / „Scheuklappendenken“
 - Typisch bei Wahn; sich nicht lösen können von einmal getroffenen Einschätzungen
 - Sicherheits- und Vermeidungsverhalten festigt die Fehlinterpretationen
- Vermindertes Einfühlungsvermögen (»Theory of Mind«)
 - sich in Denken, Fühlen und Handeln (Motive) anderer hineinversetzen können (Soziale Kognition)
 - Bei Fehlen soz. Kontakte oder tatsächlicher Ausgrenzung, bei fehlenden soz. Rollenmodellen
 - Therapieziel: Gesichter und Emotionen anderer „verstehen“, ungeschriebene soz. Gesetze kennen

Schizophrenie 6. Therapie – Metakognitives Training

Metakognitives Training = Nachdenken über das eigene Denken

- Im Einzel- oder Gruppensetting
- Mithilfe vieler Übungen (Comics, Situationsbeschreibungen)
- Bewusstmachung möglicher Fehlinterpretationen
- Situationen analysieren lernen
- Alternative Interpretationsmöglichkeiten erarbeiten

Wirkung des Metakognitiven Trainings (MKT):

- weniger Wahnsymptomatik und voreiliges Schlussfolgern
- Verbesserung von Selbstwert und Lebensqualität

Diese Abbildung zeigt

- a. Eine Frau mit Kopfschmerzen
- b. Eine gefühlvolle Sängerin
- c. Eine Sportlerin
- d. Eine Frau die gerade von einem Flüchtlingsboot gerettet wurde

Schizophrenie 6. Therapie – Ergotherapie

- Stationär und ambulant
- Tagesstruktur und Beschäftigung /Ablenkung
- Allg. Steigerung der Konzentration und Ausdauer
- Spezifisches neurokognitives Training bei Negativsymptomen
- Verbesserung von Selbstständigkeit, Selbstwert und sozialer Interaktion

- ▶ Skillstraining: Erlernen von Fertigkeiten (Skills) im Umgang mit Stress
- ▶ Soziales Kompetenztraining (SKT): verhaltenstherapeutisches Programm zur Verbesserung der zwischenmenschlichen Fähigkeiten
- ▶ Soziokreativgruppe: Förderung der Kommunikationsfähigkeit

Spezialtherapien

- ▶ Entspannungstherapie/Stressbewältigung durch Achtsamkeit: als begleitende Methode bei Angststörungen, Depressionen, Burnout, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Migräne und chronischen Schmerzen
- ▶ Gedächtnistraining für Senioren: speziell für Demenz- und Alzheimer-Patienten, um die Alltagsfähigkeiten zu erhalten (z. B. kochen, anziehen)
- ▶ Kognitives Training: Trainieren und Verbessern von Alltagsfähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Zielsetzung und Entscheidungsfähigkeit
- ▶ Therapien für Kinder und Jugendliche bei Lese-/Rechtschreibschwäche und Dyskalkulie, Gruppe für Kommunikation und Medien, Psychomotorische Wahrnehmungs- und Skillsgruppe

Aus dem Flyer der ergotherapeutischen Ambulanz am ZI Mannheim

Schizophrenie 6. Therapie – Stimulationsverfahren

Elektrokrampftherapie (EKT)

- Generalisierter epileptischer Anfall wird unter Narkose durch einen von außen übertragenen Stromimpuls auf das Gehirn ausgelöst
- Ruft neurochemische Veränderungen bei verschiedenen Botenstoff-Systemen im Gehirn hervor
- hat neurotrophe Effekte (Erneuerung und Wachstumsförderung der Nervenzellen)

Indikation:

- Notwendigkeit schneller Verbesserung, wenn die Risiken der EKT geringer als diejenigen anderer Behandlung (schwere depressive Symptomatik; Schwangerschaft)
- Positive Vorerfahrung
- Therapieresistenz (erfolglose medikamentöse Behandlung)
- Malignes Neuroleptisches Syndrom (schwere Antipsychotika-Nebenwirkung)

Schizophrenie – Fallbeispiel Herr A.

Medikamentöse Behandlung:

- Erfolgte sehr spät, da lange Dissimulation der Symptome → lange unbehandelte Krankheitsphase
- Aripiprazol (Atypikum)
 - Symptomreduktion: Belastbarkeit und Alltagsbewältigung verbessert
 - Weiterhin Dissimulation der Symptome und Misstrauen, sozialer Rückzug
 - Weiterhin kognitive Störungen und Antriebsmangel
 - Weiterhin Neigung zu Suchtverhalten mit entspr. Rückfallrisiko

Teilhabe und Rehabilitation:

- Aufgrund anhaltender Symptomatik Überforderung in beruflicher Reha
- Erfolgreicher Wechsel in medizinische Reha-Maßnahme für psychisch Kranke (RPK)
- Aufgrund anhaltender Negativ- Symptomatik auch im Verlauf der medizinischen Reha keine ausreichende Belastbarkeit für berufliche Rehabilitationsmaßnahme erreichbar
- Tätigkeit in Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) mit Kompromissen möglich

Schizophrenie – Fallbeispiel Herr B.

- Körperverletzung i.R. Psychose, forensische Unterbringung

Medikamentöse Behandlung:

- schnell und ausreichend dosiert unter gleichzeitiger Drogenabstinenz
- Risperidon (Risperdal)
 - Rasche Symptomreduktion, schnelle Verbesserung der Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit
 - Profitierte von Psychoedukation
 - Einstellung auf Depotmedikation

Teilhabe und Rehabilitation:

- Entlassung aus Forensik mit Bewährungsaufgabe in stationäre Wohnform (Heim)
- Zeitnahe Teilnahme an Berufsvorbereitender Bildungsmaßnahme (BVB, berufliche Reha)
- Wechsel in Ausbildung im Rahmen der beruflichen Rehabilitation (Elektriker)
- In der Lage, Drogenabstinenz aufrecht zu erhalten
- konnte früheres Hobby wieder aufgenommen

Schizophrenie – Was kann ich tun?



Ambiguitätstoleranz – Anderssein anderer „aushalten“

- Symptomatik als Ausdruck der Erkrankung verstehen
- Diskussion über Wahnhalte vermeiden
- den Leidensdruck sehen und ggf. auch thematisieren
- fremdartiges, unsinniges Denken und Verhalten soweit möglich „aushalten“

Schizophrenie – Was kann ich tun?

Die Empfundene Irritation „nutzen“

- Für sich selbst klären: wie wirkt sich die Symptomatik auf das Verhalten aus?
- Akute Gefahr?
- Oder ist Verhalten zwar für mich unvorstellbar aber i.S. der Selbstbestimmung tolerierbar?
- Gefahren einschätzen und eigene „Toleranz- Grenze“ finden
- Eigen- und Fremdschutz
- Empathie und Zuversicht
 - Anliegen ernstnehmen, auf der Beziehungsebene darauf eingehen (Leidensdruck/ Ängste)
 - Soweit möglich, Unterstützung hierfür anbieten
 - Mit dem eigenem Wissen „arbeiten“ (z.B. über Nebenwirkungen, Rückfallschutz, Risikofaktoren, Behandlungsmöglichkeiten)
- *„Beziehung heilt“*
 - Verlässlichkeit als Ansprechpartner bieten, ggf. als Team
 - Das langsam wachsende Vertrauen kann Raum für korrigierende Erfahrungen bieten

Schizophrenie – Was kann ich tun?

Vertrauensbasis nutzen für Rückfall- Prävention

- Absprachen in „guten Zeiten“ bezüglich
 - Rückmeldungen über Denkverzerrungen
 - Rückmeldungen und Unterstützung bei Krankheitsrückfall
 - der Kooperation mit Angehörigen und Behandlern
- Behandlungs-Komplianz und Drogen-Abstinenz fördern
- um ggf. zur Kontaktaufnahme mit Angehörigen / Behandlern ermutigen, diese ggf. vermitteln

Im Notfall

- Verantwortungsübernahme bedeutet auch Entscheidungsbefugnis
- Im Notfall professionelle Hilfe aktivieren
- Eigenschutz

Schizophrenie – Was kann ich tun?

Selbstfürsorge im Kontakt mit Menschen mit Psychose

- Achtsamkeit bzgl. der besonderen zwischenmenschlichen Situation
- Mitgefühl (nicht Mitleid) mit den Betroffenen
- Selbstwahrnehmung trainieren - „Bauchgefühl“
- Eigene Grenzen achten
 - Was nehme ich mit nachhause?
 - Austausch im kollegialen Team
 - Ggf. Supervision
 - Eigene Einflussmöglichkeiten realistisch betrachten
 - Selbstmitgefühl

Rechtliche Betreuung II

- 1992 Reform des ursprünglichen Rechts der Vormundschaft + Pflegschaft → Betreuungsgesetz (BtG)
- Seit 01.01.2023 Neuerung des BtG → Betreuungsorganisationsgesetz (BtOG)
- Notvertretungsrecht für Ehegatten

Wer kann betreut werden?

- Erwachsene mit einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung /Krankheit
- Wenn sie ihre Angelegenheiten nicht selbst besorgen können

Wofür Betreuung?

- Ein Betreuer wirkt als gesetzlicher Vertreter in bestimmten Aufgabenkreisen (**Vermögenssorge, Gesundheitspflege, Vertretung gegenüber Ämtern und Sozialleistungsträgern, Post**)
- Die **Wünsche** der Betroffenen haben dabei Vorrang gegenüber ihren objektiven Interessen
 - *Früher: „wenn sie ihrem Wohl nicht zuwiderlaufen“* → jetzt: Wünsche ausschlaggebend

Welche Rechte gelten trotz Betreuung?

Der Betreute darf weiterhin

- Verträge abschließen und bevollmächtigen (solange Testierfähigkeit vorliegt und kein Einwilligungsvorbehalt)
- heiraten
- wählen
- ein Testament aufsetzen

Rechtliche Betreuung III



Wer entscheidet über die Betreuung?

- Das **Betreuungsgericht** bestellt den Betreuer auf Antrag des Betroffenen oder von Amts wegen
- Angehörige oder andere können bei Gericht eine Betreuung **anregen**
- Das Gericht muss den Betroffenen persönlich **anhören** (ggf. zuhause)
- Es muss ein **Sachverständigengutachten** bzw. ärztliches Zeugnis vorliegen
- Gegen den **freien Willen** darf ein Betreuer nicht bestellt werden

Rechtliche Betreuung IV



Welche Pflichten hat der Betreuer ?

- Der **Wille** des Betreuten steht im Vordergrund muss berücksichtigt werden
- **persönlichen Kontakt** suchen, Vertrauensverhältnis aufbauen, um die Wünsche der Betroffenen zu erfahren und sie in ihrer **Selbständigkeit** zu unterstützen
- Mindestens 1x/Jahr dem Gericht einen **Bericht** über den Verlauf der Betreuung, die Situation des Betreuten und dessen eigene Einschätzung vorlegen
- Ein **Vermögensverzeichnis** anlegen und jährlich eine Abrechnung bei Gericht vorlegen
- Bei akuter **Eigengefährdung** oder Gefahr eines **erheblichen finanziellen Schadens** zur Abwendung der Gefahr eine **Unterbringung** beantragen

Rechtliche Betreuung I



Fallbeispiel Frau X.

- Anregung der Betreuung durch die Nachbarn nach mehrfacher Sachbeschädigung / Diebstahl und verbaler Aggressivität, auffälligem Verhalten
- Hausbesuch zur Begutachtung:
 - F20- Diagnose Vorgeschichte
 - Selbstversorgung, alleinstehend, keine Kontakte
 - Wohnung und Kleidung unordentlich / schmutzig
 - Küche: offene Lebensmittel, Kühlschrank unhygienisch, aber gefüllt
 - Heizung funktioniert nicht, elektrischer Heizofen vorhanden
 - Große Menge unbearbeiteter Post
 - Misstrauisch im Kontakt, dissimulierend und abwiegelnd („Nachbarn sollen mich in Ruhe lassen“)
 - Körperlicher Zustand: sehr schlank, Schmerzen im Bein + Rücken, V.a. Mangelernährung, unregelmäßiger Puls

Rechtliche Betreuung V

Fallbeispiel Frau X.

- Ergebnis Begutachtung:
 - Betreuungsbedürftigkeit in allen u.g. Bereichen
 - Frau X. war einverstanden mit Betreuung für Finanzen und Gesundheit
 - Aufgaben für Betreuer:
 - medizinische Versorgung organisieren
 - finanzielle Situation klären
 - Lebensunterhalt sichern
 - Wohnsituation verbessern (Heizung)
- Anhörung durch den Richter erfolgte als Hausbesuch
- Betreuung wurde eingerichtet für die Bereiche **Gesundheitsfürsorge, Vermögenssorge, Vertretung gegenüber Ämtern und Sozialleistungsträgern, Post.**

Rechtliche Betreuung VII

Fallbeispiel Frau X.

Vorgehen des Betreuers:

- Klärung der finanziellen Situation: Frau X.. hat ihre finanziellen Mittel aufgebraucht
Erhält keine Sozialleistungen (nicht bereit diese zu beantragen)
- Frau X.. verhielt sich im Kontakt eher misstrauisch und verschlossen
- kooperiert nicht bzgl. med. Versorgung
- Die Wohnung war weiterhin in einem schlechten Zustand

Im Weiteren: Betreuer befürchtete fehlende Einsichtsfähigkeit und dadurch Eigengefährdung → Er beantragte die Unterbringung in einer geschlossenen Klinik

Rechtliche Betreuung VI

Wenn der freie Wille aufgehoben ist:

Wenn der Betreute seinen Willen nicht mehr frei vom Einfluss seiner Erkrankung bilden **und** danach handeln kann und

- eine Selbstgefährdung vorliegt /droht
- oder ein erheblicher Schaden für das Vermögen droht...
 - kann im Rahmen der Betreuung das Selbstbestimmungsrecht eingeschränkt werden...
- **Hierfür ist jeweils eine besondere gerichtliche Genehmigung notwendig!**
- nach gerichtlicher Genehmigung darf der Betreuer in einer Gefahrensituation in Untersuchungen oder Behandlungen **einwilligen**, auch, wenn damit für den Betreuten die Gefahr verbunden ist, zu sterben oder einen schweren gesundheitlichen Schaden zu erleiden
- nach gerichtlicher Genehmigung darf der Betreuer gegen den Willen des Betreuten eine geschlossene **Unterbringung oder freiheitsentziehende Maßnahmen** beantragen bzw. in diese einwilligen

Rechtliche Betreuung VII

Fallbeispiel Frau X.

Erneute Begutachtung mit Hausbesuch

- Frau X. berichtet über einen „Chip“ im Körper, durch den sie von Gott überwacht und gelenkt werde, wovon niemand wissen solle. Sie wolle daher nicht auffallen.
- Keine maßgebliche Situationsveränderung gegenüber vorausgegangener Untersuchung
- Keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung
- Frau X. gab an, kooperieren und einen Arzt aufsuchen zu wollen
- Unterbringung erfolgte nicht

Schizophrenie Take Home

- Überwiegend chronischer Verlauf mit frühem Beginn, hohes Risiko für langfristige Behinderung
- Multifaktorielle Genese (Genetik, Lebenserfahrungen, Umweltfaktoren, Drogen)
- Akute Krankheitsphase: Positivsymptomatik im Vordergrund (Wahn, Halluzinationen)
- Im Verlauf: Negativsymptome, die besonders ausschlaggebend für Alltagsbewältigung sind
- Medikation = wichtigste Behandlungsmöglichkeit, aber z.T. nicht ausreichend wirksam
- Weitere Behandlungsoptionen:
 - Psychoedukation
 - Psychotherapie (inkl. Angebote für Familien und Angehörige)
 - Metakognitives Training, Ergotherapie
 - Rehabilitation
 - Selbsthilfe
- (Rückfall-) Schutzfaktoren:
 - Medikamentenkompliance (Depot)
 - Drogenabstinenz
 - Familiäre Unterstützung
 - Soziale / berufliche Teilhabe

Arnhild Lauveng

- geboren 1972, norwegische Psychologin
- tätig in einer psychiatrischen Klinik- Ambulanz und als Dozentin
- litt 17 Jahre an einer psychischen Erkrankung
- verfasste zwei biografische Bücher
- erhielt 2004 den „Preis zur Förderung der Meinungsäußerung in der psychischen Gesundheit“

...“selbst wenn nicht jeder Schizophrene wieder ganz gesund werden kann, so führen doch viele Kranke durch unsere Hilfe ein besseres Leben, ein Leben mit weniger Beschwerden und mehr Kontakten zu Familie und Freunden. Allein darauf kommt es doch an“



Fragen?

Quellen:

1. [Aktion Mensch zum neuen Betreuungsrecht: Neues Betreuungsrecht: Mehr Selbstbestimmung ab 2023 - Aktion Mensch \(aktion-mensch.de\)](#)
2. [Arnhild Lauveng, Interview »Ratten und Wölfe jagten mich« - SZ Magazin \(sueddeutsche.de\) https://sz-magazin.sueddeutsche.de/gesundheit/ratten-und-woelfe-jagten-mich-75268nd Wölfe jagten mich« - SZ Magazin \(sueddeutsche.de\)](#)
3. Carolin Eichner, Fabrice Berna, Acceptance and Efficacy of Metacognitive Training (MCT) on Positive Symptoms and Delusions in Patients With Schizophrenia: A Meta-analysis Taking Into Account Important Moderators, *Schizophrenia Bulletin* vol. 42 no. 4 pp. 952–962, 2016 doi:10.1093/schbul/sbv225 Advance Access publication January 8, 2016.
4. [Christian Hakulinen, PhD^{1,2,3,4}; Roger T. Webb, PhD^{5,6,7}; Carsten B. Pedersen, DrMedSc^{2,3,4}; et al Esben Agerbo, DrMedSc^{2,3,4}; Pearl L. H. Mok, PhD^{5,6} Association Between Parental Income During Childhood and Risk of Schizophrenia Later in Life, *JAMA Psychiatry*. 2020;77\(1\):17-24. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.2299](#)
5. Dr. Oliver D Howes et al, The role of genes, stress and dopamine in the development of schizophrenia, *Biological Psychiatry* 2017 January 01; 81(1): 9-20. doi: 10.1016/j.biopsych.2016.07.014
6. Evangelia Maria Tsapakis et al. Novel Compounds in the Treatment of Schizophrenia – A Selective Review *Brain Sci.* 2023, 13, 1193
7. Experten-Statement Stellenwert von Cariprazin in der Behandlung der Schizophrenie, ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR NEUROPSYCHOPHARMAKOLOGIE UND BIOLOGISCHE PSYCHIATRIE (ÖGPB), 2021
8. Gründer G. et al. Arzneimitteltherapie 22. Jahrgang Heft 12 2004: Aripiprazol Pharmakodynamik und Pharmakokinetik [...]
9. Howes OD, McCutcheon R, Owen MJ, Murray, [The Role of Genes, Stress, and Dopamine in the Development of Schizophrenia](#). *RM.Biol Psychiatry*. 2017 Jan 1;81(1):9-20. doi: 10.1016/j.biopsych.2016.07.014. Epub 2016 Aug 6.
10. Howes OD et al. „Integration the Neurodevelopmental and Dopamine Hypotheses of Schizophrenia [...] *Biological Psychiatry* September 15, 2022; 92:501-513
11. [Irene Bighelli, PhD, Alessandro Rodolico, MD, Helena García-Mieres, PhD, Gabi Pitschel-Walz, PhD, Wulf-Peter Hansen, Johannes Schneider-Thoma, MD et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis, *Lancet* VOLUME 8, ISSUE 11, P969-980, NOVEMBER 01, 2021 DOI:https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00243-1](#)
12. Justin Davis et al. A review of vulnerability and risks of schizophrenia [...] *Neurosci Biobehav Rev.* 2016 June; 65: 185-194
13. Jauhar S, Laws K R, McKenna P J (2019): CBT für schizophrenia: a critical viewpoint; *Psychological Medicine* 49, 1233-1236.
14. [Mark Olfson¹, Tobias Gerhard², Cecilia Huang³, Stephen Crystal³, T Scott Stroup. Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States *JAMA Psychiatry* 2015 Dec;72\(12\):1172-81.doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.1737.](#)
15. Metakognitives Training für schizophrene Patienten (MKT) sechste Auflage, Version 6.1 *VanHam Campus Verlag 2010* letzte Revision: Juli 2015 www.uke.de/mkt
16. Neue Einblicke in die Entstehungsmechanismen der Schizophrenie, Homepage der Medizinischen Universität Wien, Abruf 31.10.2023
17. Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie, Priv.-Doz. Mag. Dr. Georg S. Kranz: Transkraniellen Magnetstimulation: Forschung und Evidenz in der Klinik, Nov 2, 2017, [Transkraniellen Magnetstimulation: Forschung und Evidenz in der Klinik | ÖGPB \(oegpb.at\)](#)
18. Piotr Stepnicki 1, Magda Kondej 1 and Agnieszka A. Kaczor; Current Concepts and Treatments of Schizophrenia *JAMA Psychiatry* 2015 Dec;72(12):1172-81. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.1737.
19. [Sohag N Sanghani¹, Georgios Petrides¹, Charles H Kellner Electroconvulsive therapy \(ECT\) in schizophrenia: a review of recent literature, *JAMA Psychiatry* 2018 May;31\(3\):213-222. doi: 10.1097/YCO.0000000000000418.](#)