

Unter **Schizophrenie** werden psychische Erkrankungen verstanden, die durch Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und der Gefühle gekennzeichnet sind. Das **Erkrankungsrisiko** liegt bei ca. 1%, Männer und Frauen sind gleichermaßen betroffen. Die **Hauptursache** wird in genetischen Faktoren gesehen: die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder im Laufe ihres Lebens an Schizophrenie erkranken beträgt bei einem erkrankten Elternteil 13% - sind beide Eltern betroffen, liegt die Wahrscheinlichkeit, dass auch deren Kind erkrankt, bei 45%. Als weitere Ursachen kommen frühkindliche Hirnschädigungen oder Infektionen (z.B. Herpes simplex, Influenza, Toxoplasmose oder Borrelien) infrage. Auffällig ist eine Störung des Dopaminhaushalts (Neurotransmitter mit Gehirn), der durch Gabe von bestimmten Medikamenten (Neuroleptika) positiv beeinflusst werden kann. Häufige **Krankheitsauslöser** sind psychosozialer Stress und intensives emotionales Erleben (auch von als positiv bewerteten Ereignissen) sowie Missbrauch von Stimulanzien (Amphetamine) und Cannabinoiden (Haschisch, Marihuana).

Die **Symptome der Schizophrenie nach Schneider** sind:

Positivsymptome (übersteigertes Erleben)	Negativsymptome (reduziertes Erleben)
formale Denkstörungen: Gedankenabreißen, Perseveration („Gedankenschleifen“), Denkverlangsamung oder –hemmung, Ideenflucht, Konkretismus, Neologismen (Wortneuschöpfungen), inkohärentes (unzusammenhängendes), eingeeengtes oder umständliches Denken	kognitive Defizite: komplexe Zusammenhänge werden nicht mehr verstanden und können nicht mehr dargestellt werden, kurzschrittiges Denken, Verarmung des sprachlichen Ausdrucks bis hin zu Perseverationen (stereotypes Wiederholen des immer gleichen Wortes oder Gedankens)
inhaltliche Denkstörungen: überwiegend Wahnbildung (z.B. Verfolgungs-, Beeinträchtigungs- und Beziehungswahn) und Halluzinationen (akustisch, optisch, kinästhetisch, olfaktorisch)	dynamische Entleerung: Motivationsmangel, Antriebsarmut, Affektverflachung (die normale Schwingungsfähigkeit zwischen verschiedenen Gefühlen geht verloren)
Ich-Störungen: Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Erleben von „fremd gemachten“ Gefühlen, Handlungen oder Impulsen	Motorische Defizite: reduzierte Mimik und Gestik, Spracharmut, geringe sichtbare Resonanz auf Ansprache

Negativsymptome können lange Zeit vor den akuten psychotischen Symptomen auftreten (Prodromalphase), oft verbunden mit Schlafstörungen, depressiven und Angstsymptomen. Bei etwa 40% der an Schizophrenie Erkrankten überdauern die Negativsymptome das Abklingen der akuten Positivsymptomatik (Residuum). 20% der Betroffenen erleben nur einen akuten schizophrener Schub bei vollständiger Remission (Abklingen der Symptomatik), 40% erleben mehrere schizophrene Schübe, die jeweils ohne Restsymptomatik abklingen. Das Suizidrisiko liegt bei etwa 10%.

Folgenden **Unterformen der Schizophrenie** sind zu unterscheiden:

Bezeichnung	Leitsymptome
Paranoide Schizophrenie	überwiegend Positivsymptome wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen (z.B. Hören von kommentierenden oder befehlenden Stimmen). Häufigste Form der Schizophrenie
Katatone Schizophrenie	überwiegend psychomotorische Störungen wie Erregungszustände, Stupor (keine/kaum Bewegungsaktivität), Haltungsstereotypien (Einnehmen und längeres Beibehalten bizarrer Körperhaltungen)
Hebephrene Schizophrenie	Veränderung der Stimmung, Störung von Antrieb und Denken, Affektverflachung. Beginn im Jugendalter
Schizophrenia simplex	überwiegend Negativsymptome, Betroffene wirken „seltsam und verschroben“, ziehen sich mehr und mehr zurück. Schleichender Beginn im Erwachsenenalter, langsames Fortschreiten, eher ungünstige Prognose

Die Verlaufsprognose ist eher günstig bei unauffälliger Primärpersönlichkeit, höherem Ausbildungsniveau, guter sozialer Anpassung, ungestörten Familienverhältnissen, akutem Krankheitsbeginn, erkennbarem psychosozialen Auslösefaktoren und ausgeprägter Positivsymptomatik. Eher ungünstig ist die Prognose bei sozialer Isolation oder fortdauernden sozialen Stresssituationen, längerem Bestehen der Episode vor Behandlungsbeginn, vorangegangenen psychiatrischen Behandlungen, früherem Verhaltensauffälligkeiten und fehlender Beschäftigung. Insbesondere ein familiäres Klima, in dem Familienangehörigen gegenüber dem Patienten übermäßig häufig Kritik äußern, Feindseligkeiten oder emotionales Überengagement zeigen („High-Expressed-Emotions“), kann das Rückfallrisiko erhöhen und den Genesungsverlauf erschweren.

Von der Schizophrenie ist die **vorübergehende akute psychotische Störung** zu unterscheiden. Sie ist nur von kurzer Dauer (unter 1 Monat), beginnt plötzlich und klingt vollständig ab. Charakteristisch für eine **anhaltende wahnhafte Störung** ist die Entwicklung einer einzelnen Wahnidee ohne Halluzinationen, Ich-Störungen und formale Denkstörungen bei chronischem Verlauf.

Die **Therapie** der Schizophrenie erfolgt in erster Linie durch einen Psychiater in Form einer angemessenen Medikation (vorwiegend Neuroleptika zur Regulierung des Neurotransmitterhaushalts im Gehirn) während einer akuten Phase und zur Verringerung des Rückfallrisikos. Teilweise ist auch eine stationäre Behandlung zur medikamentösen Einstellung oder bei Selbst- oder Fremdgefährdung erforderlich. Psychotherapie setzt ergänzend zur psychiatrischen Behandlung an bei:

- Verbesserung der Medikamenten-Compliance (Motivation zur langfristigen Einnahme einer Erhaltungsdosis mit dem Ziel, das Rückfallrisiko zu verringern)
- Verbesserung des familiären emotionalen Klimas in Richtung „Low-Expressed-Emotions“ (s.o.) unter Einbeziehung der Angehörigen
- Erkennen von Frühwarnzeichen für einen akuten Krankheitsschub und konstruktiver Umgang damit
- Förderung weiterer Verhaltensweisen, die das Rückfallrisiko verringern (z.B. regelmäßiger Lebensrhythmus, Vermeiden von Über- und Unterforderung)
- Aufbau von Aktivitäten und sozialen Kontakten
- Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung (Belastungen durch das Krankheitserleben selbst, Einschränkungen im Lebensvollzug, Stigmatisierung)