

[< zur Übersicht](#)

Psychotische Störungen/ Psychosen (Schizophrenie) F20

Zitiervorschlag: Uritmur, V. (2020). „Psychotische Störungen/Psychosen (Schizophrenie)“.

Abgerufen von Url <https://wsd-bw.de/doku.php?id=wsd:werkzeug:verhalten:themen:themenfeld5:d16>, CC BY-SA 4.0

	Die hier besprochenen psychischen Erkrankungen werden als psychotische Störungen zusammengefasst. Es wird hauptsächlich über die Schizophrenie gesprochen, der am weitverbreitetsten Störungsgruppe innerhalb der Psychosen bei Jugendlichen.
	• F20.0 paranoide Schizophrenie: Hauptsächlich paranoide Wahnvorstellungen, die zum Teil von akustischen Halluzinationen und Wahrnehmungsstörungen begleitet werden. Seltener sind Störungen der Gefühle, Motivation oder der Sprache. Bei Betroffenen spielen in der Regel Bewegungseinschränkungen keine Rolle. • F20.1 hebephrene Schizophrenie: In dieser Form der Schizophrenie stehen die affektiven Veränderungen im Vordergrund. Teilweise treten Wahnvorstellungen und Halluzinationen auf und das Verhalten wird unvorhersehbar und verantwortungslos. Zudem sind das Denken und die Sprache desorganisiert und zerfahren, so dass die Betroffenen einen Ausfall oder Mangel an früheren psychischen Eigenschaften erfahren. Bedingt durch diese tiefgreifenden Veränderungen kommt es zu einer Affektverflachung und einem deutlichen Antriebsverlust. Diese Form tritt in der Regel bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen auf. • F20.2 katatone Schizophrenie: Bei der katatonen Schizophrenie stehen Störungen der Psychomotorik im Vordergrund, die zwischen extremen Erregungen und Stupor (innerliches wie äußerliches Verharren) alternieren können. Dabei können die Betroffenen starre und bizarre Körperhaltungen über einen langen Zeitraum beibehalten. Zusätzlich können traumähnliche Zustände mit lebhaften szenischen Halluzinationen auftreten. • F20.6 Schizophrenia simplex: Spezifisches Merkmal dieser Form ist eine langsame Entwicklung, die sich durch ein merkwürdiges Verhalten, mit Einschränkungen gesellschaftliche Anforderungen zu erfüllen und mit einem allgemeinen Leistungsabfall einhergeht. Wie in den oberen beschriebenen Formen kommt es oft zu einer Affektverflachung und Antriebsminderung, ohne dass sich vorgehende Halluzinationen und Wahnvorstellung bemerkbar machen.
ICD 10 bzw. 11	
Statistik	• gehört zu den weltweit häufigsten psychischen Störungen • Lebenszeitprävalenz: circa 1-2% der Gesamtbevölkerung • 17 von 100.000 Menschen erkranken jährlich neu an Schizophrenie • aktuell circa eine Million Betroffene im deutschsprachigen Raum, weltweit circa 60 Millionen • Es sind etwa gleich viele Jungen wie Mädchen betroffen • Bei 1% bricht die Krankheit vor dem 10. Lebensjahr, bei 4% vor dem 14. Lebensjahr aus • Ersterkrankungsgipfel zwischen 15 und 25 Jahren • Jungen erkranken durchschnittlich fünf Jahre früher als Mädchen • Minimales Gewaltpotenzial (0,05% der Betroffenen werden polizeilich wegen Gewaltanwendungen erfasst) • zu 50-70% genetisch bedingt • frühkindliche Hirnschädigungen, zum Beispiel durch Hirnhautentzündungen • Veränderung der Nervenverbindungen im Gehirn
Ursachen und Risikofaktoren	• Störung des Gehirnstoffwechsels, vor allem beim Botenstoff Dopamin • Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft • Sauerstoffmangel bei Geburt • Starke und anhaltende Belastungen • Drogenkonsum
Komorbidität je nach Quelle	• 50% der Betroffenen entwickeln eine Sucht • 12% der Betroffenen leiden unter Zwangsstörungen • Persönlichkeitsstörungen treten häufiger auf • Persönlichkeitsstörungen sind häufige Vorläufer einer Psychose

Je nach Krankheitsphase können die Symptome unterschiedlich sein und sollen im Folgenden näher betrachtet werden:

Prodromalphase:

Im Schnitt kann diese Phase fünf bis sieben Jahre dauern, wobei sich die Schizophrenie innerhalb von wenigen Tagen entwickeln kann. Ältere Kinder und Jugendliche zeigen in der Prodromalphase häufig unspezifische Symptome, die häufig als ein erstes Anzeichen eines psychotischen Schubs verstanden werden:

- Ruhelosigkeit, Nervosität (ca. 70%)
- 60% Schlafstörungen
- Anspannung, Irritierbarkeit
- Leistungsabfall
- Konzentrationsstörungen
- Gedächtnisstörungen
- Ängste
- Gefühl, nicht verstanden zu werden
- Gefühl der Überforderung (ca. 50%)
- sich nicht freuen können
- sozialer Rückzug
- Reizbarkeit, Aggressivität
- Zwangsgedanken, Zwangshandlungen
- Antriebsverlust, Motivationslosigkeit (ca. 40%)
- sich ganz einer Sache oder einer Aufgabe widmen (ca. 30%)
- Humorlosigkeit
- Veränderung der Ernährung und Kleidung
- mangelnde Körperhygiene
- Selbstversunkenheit, innere Leere
- Stimmungsschwankungen
- Suizidgedanken
- Gefühl des Kontrollverlusts

In der Prodromalphase zeigen ältere Kinder und Jugendliche häufiger Kombinationen auf den oben aufgelisteten Symptomen, diese bestehen zum Teil in weiteren Phasen der Schizophrenie. Ein klares Warnzeichen bei Kindern und Jugendlichen sind Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten. Falls mindestens ein Elternteil eine schizophrene Störung hat, entwickeln diese mit ca. 70% ebenfalls eine psychotische Störung.

Symptome

Gegen Ende der Prodromalphase treten insbesondere folgende fünf Symptome auf:

- Gedankeninterferenz: Schwierigkeiten, einen Gedanken zu Ende zu denken, da immer wieder andere Gedanken aufkommen
- Gedankenblockade: Schwierigkeiten, einen Gedanken zu entwickeln und zu halten
- Perseverieren: ständiges Wiederholen eines Gedankens oder eines Themas
- Eigenbeziehungstendenz: Ereignisse in der Umgebung werden auf sich selbst bezogen

Wahrnehmungsveränderungen: Das normale Sehen, Hören, Fühlen, Riechen, Schmecken verändert sich und ist immer wieder beeinträchtigt, so dass z.B. Gegenstände etwa ihre Form und Farbe verändern und von neuartigen Gerüchen begleitet werden.

Zwischenphase:

Die Zwischenphase beginnt durchschnittlich ein Jahr vor der nächsten Phase, der Akutphase. In der Regel findet eine Verstärkung der Symptome statt und es kommen immer mehr Symptome hinzu, die kennzeichnend für das typische Bild der Akutphase sind.

Akutphase:

Die bereits vorhandenen Symptome werden verstärkt und es treten zusätzlich Kombinationen aus den folgenden Symptomen auf:

- Gedanken und Sprache: Das Denken kann in dieser Phase auf verschiedene Arten beeinflusst sein. Es wird dabei zwischen formalen und inhaltlichen Denkstörungen unterschieden. Bei formalen Denkstörungen reißen beispielsweise die Gedanken ab und sind so schnell, dass keiner verfolgt werden kann. Zu inhaltlichen Denkstörungen gehört das Gefühl, dass die eigenen Gedanken von anderen mitgehört, andere einem die Gedanken wegnehmen oder von anderen eingegeben werden. Weiterhin kann es dazu kommen, dass Begriffe falsch verwendet oder neue Begriffe erschaffen werden. Abstrakteres Denken ist nur noch bedingt möglich, so dass Ironie, Doppeldeutigkeit oder übertragene Bedeutungen nicht mehr nachvollzogen werden können. Das veränderte Denken drückt sich auch unmittelbar in der Sprache aus, die dann oft wirr und zerfahren ist. Manche Betroffenen verstummen in dieser Phase ganz oder teilweise, andere dagegen reden häufig sehr schnell und entwickeln ein hohes Redebedürfnis.
- Wahrnehmung: Für Betroffene treten reale Halluzinationen jeder Sinnesmodalität auf, am häufigsten sind optische und akustische Halluzinationen. Als besonders unangenehm werden Stimmen wahrgenommen, die beginnen Befehle zu geben. Oftmals werden zufälligen oder unabhängigen Ereignissen besondere Bedeutungen zugesprochen.
- Gefühle: Die Gefühle der Betroffenen können auf vielfältige Art verändert sein. Dabei reicht die Spanne von absoluter Leere, Dumpfheit und Gleichgültigkeit bis hin zu übermäßig gehobener Stimmung mit manischen Verhaltensweisen. Von außen betrachtet, wirken die verschiedenen Stimmungen und Gefühle meist unangemessen. Im weiteren Entwicklungsverlauf überwiegt eine Verflachung der Gefühle bis hin zur Apathie.
- Bewegung: Verschiedene Schwierigkeiten mit Bewegungen, wie z.B. einer erhöhten Grundanspannung der Muskeln, kann dazu führen, dass die Gliedmaßen der Betroffenen von außen bewegbar sind und dann in der vorgegebenen Position verharren oder bizarre Körperhaltungen über einen längeren Zeitraum gehalten werden (Katatonie). Zudem können teilweise auch fahrig, unruhige und überschießende Bewegungen beobachtet werden.
- Verhalten: Wenn das Verhalten von Halluzinationen, Wahnvorstellungen und veränderten Denkprozessen bestimmt wird, kann es von außen nicht mehr nachvollzogen werden und wirkt bizarr und völlig unangemessen. Das vom Umfeld wahrgenommene Verhalten löst häufig Befremden und Unverständnis aus, das wiederum von den Betroffenen z.B. mit Rückzug, Aggressivität oder Angst beantwortet wird, regressive Verhaltensweisen sind dabei nicht untypisch. Da der Verstand weitgehend erhalten bleibt, merken die Jugendlichen, dass etwas Seltsames passiert und versuchen sich die Veränderungen ihres Erlebens zu erklären, während sie sich in einer bizarr und unberechenbar gewordenen Welt zurechtfinden müssen.
- Psychotische Aura: Betroffene verbreiten oftmals eine besondere, schwer zu fassende Atmosphäre um sich. Verschiedene Aspekte, wie innere und äußere Lähmungen, Zähigkeit, Gefühlskälte, Leere, Hilflosigkeit und eine zwischenmenschliche Distanz spielen dabei eine Rolle. Die Begegnungen werden daher als sehr kräftezehrend erlebt.
- **Residuum:** Nach der Akutphase kann es bei einem Teil der Ersterkrankten zu keiner oder nur minimalen Einschränkungen kommen. Wenn Einschränkungen nach dem Abklingen bleiben, wird dies als schizophreses Residuum bezeichnet. Überwiegend setzen sich die Symptome dann aus Denk- und Konzentrationsstörungen, einer verflachten Stimmung, Reizbarkeit und Irritierbarkeit, vereinzelten bizarren Verhaltensmuster sowie einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit zusammen. Weitere Halluzinationen und Wahnvorstellungen können vereinzelt und kurzfristig noch auftreten, bei verstärktem Auftreten ist das ein Anzeichen für einen erneuten Rückfall.

**Intervention
allgemein**

Von Symptomen in einer frühen Prodromalphase zu sprechen und diese bei Jugendlichen zu erkennen stellt sich äußerst schwierig dar. Die genannten Anzeichen können sowohl in der Pubertät für verschiedene Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln typisch als auch für andere psychische Erkrankungen charakteristisch sein.

Bei einer erhöhten genetischen Disposition, durch betroffene Verwandte, sollte bei ersten möglichen Anzeichen eine frühzeitige Diagnostik in die Wege geleitet werden. Bei einer rechtzeitigen Erkennung und einer richtigen Behandlung kann die Auftretenswahrscheinlichkeit der Akutphase von 40% auf 10% reduziert werden. Liegt ein begründeter Verdacht auf eine Prodromalphase vor, ist eine Überprüfung und eine Reduzierung der möglichen Risikofaktoren, z.B. durch konfliktreiche Beziehungen, Überlastungen in der Schule, Ausbildung oder im Beruf, andere psychosoziale Belastungen und Drogenkonsum, unterstützend.

Besonders wichtig ist ein sicherer Rahmen mit klaren Regeln, eine geregelte Tagesstruktur und gesunde Ernährung. Vorbeugend können u.a. Maßnahmen zur Stressbewältigung, das Einüben von Entspannungstechniken, Trainingsfelder in der Alltagsbewältigung, der Persönlichkeitsentwicklung, im Konfliktmanagement, im Bereich der Kommunikation und der sozialen Kompetenz sowie zur Steigerung des Selbstvertrauens sein.

In der Regel erfordert die Akutphase einen Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Es ist die Aufgabe der Bezugspersonen den Jugendlichen zu einem Klinikaufenthalt zu motivieren, ihn dorthin zu begleiten, Kontakt zu halten und trotz der veränderten Umstände ein möglichst hohes Maß an Sicherheit zu vermitteln.

Für Jugendliche in der Akutphase ist eine gleichbleibende, angenehme, überschaubare und wenig befremdliche Atmosphäre ideal, der erst nach und nach mehr Reize hinzukommen sollten. Soziale Kontakte sollten geschützt herbeigeführt werden, um die Jugendlichen aktiv oder als Beobachter in eine Gruppe zu integrieren. Dieses hilft den Abstand zwischen den Betroffenen und anderen Jugendlichen nicht größer werden zu lassen.

Wahnvorstellungen und Halluzinationen stellen eine besondere Herausforderung an alle Beteiligten dar. Die Erlebnisse sind für diese Jugendlichen real und können nicht wegdiskutiert werden. In der Regel hilft es, ohne direkt auf die Halluzinationen und Wahnvorstellungen einzugehen, die eigene Sicht der Wirklichkeit einfließen zu lassen. Nebenbei kann beispielsweise erwähnt werden, dass man selbst keine Stimmen hört oder Insekten sieht. Sollten z.B. Gegenstände bewegend erlebt werden, könnte es helfen, wenn sie der Jugendliche anfässt.

Die Aufklärung der Eltern ist einer der wichtigsten Bestandteile der Elternarbeit. In der Regel brauchen die Eltern Unterstützung, da eine Schizophrenie die gesamte Familie belastet. Zunächst ist nach der Entlastung die Einsicht zur medikamentösen Behandlung notwendig. Durch den erhöhten Risikofaktor einer psychischen Erkrankung eines Elternteils, sind in der Familienarbeit die Grenzen und Möglichkeiten zu berücksichtigen. Für eine günstige Prognose des Jugendlichen sind folgende therapeutischen Maßnahmen innerhalb der Familie sinnvoll:

- Verbesserung des Familienklimas, speziell die innerfamiliäre Kommunikation und der innerfamiliäre Umgang mit Konflikten
- Informationen und Hilfen für den Umgang mit der Schizophrenie
- Stressreduktion und Umgang mit Stress
- Entwicklung von Problemlösetechniken zur eigenständigen Lösung aktueller Familienprobleme
- Verbesserung der Paarbeziehung der Eltern und der Lebensqualität aller Familienmitglieder

Literatur

Baierl, M (2017). Herausforderung Alltag, Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. Vandenhoeck & Ruprecht.

Internetquellen:

<https://www.icd-code.de/icd/code/F20.-.html> [21.10.2020]

[< zur Übersicht](#)

From:

<https://wsd-bw.de/> -

Permanent link:

<https://wsd-bw.de/doku.php?id=wsd:verhalten:themen:themenfeld5:d16>

Last update: **2023/01/30 13:00**

