

Anti-Stigma-Kampagne München

im Rahmen des weltweiten WPA-Programmes zum Abbau von Stigma und  
Diskriminierung wegen Schizophrenie



# Krankheitsbild der Schizophrenie

---

Anti-Stigma-Aktion München und Bayerische Anti-Stigma-Aktion (BASTA)  
In Kooperation mit der World Psychiatric Association (WPA)

## Schizophrenie: vielgestaltig und unverstanden

*so häufig wie die  
Zucker-  
krankheit*

Schizophrenie ist so häufig wie Diabetes: etwa jeder Hundertste erkrankt daran. In jeder Nachbarschaft gibt es jemanden, der daran leidet. Bislang aber ist Schizophrenie eine unverstandene psychische Störung, und aus dem Unwissen erwächst Angst.

*Schizophrenie  
hat vielfältige  
Erscheinungs-  
formen*

Ihre Erscheinungsformen sind vielfältig: Sie kann leicht sein oder schwer, akut und traumatisch oder schleichend und für Außenstehende kaum wahrnehmbar. Sie kann einmalig auftreten oder in längeren und kürzeren Abständen wiederkehren, ausheilen oder zur Invalidität führen. Laien stehen der Krankheit häufig ratlos oder zweifelnd gegenüber, was zu Vorurteilen führt: Schizophrenie, so wird behauptet, sei eine unheilbare Störung, oder der Betroffene sei gar nicht wirklich krank, er spiele dies nur, weil er sich in Szene setzen wolle. Dies ist nicht richtig. Schizophrenie ist eine ernste, wenngleich in der Regel gut behandelbare Krankheit, und sie kann jeden treffen.

*Schizophrenie ist  
gut behandelbar*

## Wie verändert sich ein Mensch, der an Schizophrenie erkrankt?

*Vorstadium:  
erhöhte  
Sensibilität*

Der eigentlichen Erkrankung geht meist ein Vorstadium voraus, in dem sich die später Erkrankten allmählich verändern. Sie geraten in eine fortgesetzte Anspannung ihres Denkens und Fühlens, werden empfindsamer und verletzlicher. Erst im akuten Stadium der Psychose treten die Symptome in aller Deutlichkeit auf. Dem sozialen Umfeld eines Menschen, bei dem eine schizophrene Erkrankung beginnt, können zweierlei Veränderungen an ihm auffallen: einerseits treten meist sogenannte „produktive“ oder „positive“ Symptome auf - Wahnerleben, Halluzinationen,

*„positive“ und  
„negative“  
Symptome*

Störungen des Denkens und Redens – andererseits zeigt der Betroffene oft gleichzeitig „negative“ oder „Defizitsymptome“ (Antriebsmangel, sozialen Rückzug, Apathie und mangelnde emotionale Ansprechbarkeit). Die intellektuellen Fähigkeiten und die Klarheit des Bewußtseins sind in der Regel nicht beeinträchtigt; im Laufe der Zeit können jedoch kognitive Defizite entstehen. Unter kognitiven Defiziten versteht man geistige Einbußen von Hirnleistungsfunktionen, die u.a. das Gedächtnis und die Merkfähigkeit, das Denken und Urteilen, die Auffassung sowie die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit betreffen.

*die Intelligenz  
ist nicht  
beeinträchtigt*

Der Erkrankte nimmt seine Umgebung verändert wahr. Dazu gehören beispielsweise Störungen der äußeren Wahrnehmung, optische und/oder akustische Halluzinationen. Der Kranke kann überempfindlich werden gegenüber Geräuschen, Gerüchen und Geschmack; das Zeiterleben kann sich verändern. Auch kann z.B. die ganze Welt in einen so intensiven persönlichen Bezug zu dem Erkrankten treten, daß der Kranke jedes Geschehen als speziell auf sich bezogen erlebt und es eine besondere Bedeutung für ihn erhält. Er kann das Gefühl haben, daß andere Personen seine intimsten Gedanken oder Gefühle lesen bzw. hören können oder sie sogar beeinflussen. Es ist gut verständlich, daß der Patient alle in seinem kulturellen Hintergrund und nach seinen bisherigen Lebenserfahrungen geläufigen Erklärungen anführt, um diese Veränderung dingfest zu machen: Hypnose könnte im Spiel sein, Telepathie, Radiowellen oder „fremde Mächte“.

*die Umgebung  
wird verändert  
wahrgenommen*

Oftmals kommt es zu akustischen oder (wenngleich seltener) auch visuellen Halluzinationen: es werden Dinge gesehen oder Stimmen gehört, die nicht wirklich da sind. Meist erteilen diese Stimmen Befehle oder kommentieren die Handlungen und Gedanken der Person. Ähnlich wie bei einer depressiven Störung haben schizophrene Patienten auch häufig das Gefühl,

*Halluzinationen  
und  
Wahnerleben*

*Veränderungen  
im emotionalen  
Erleben*

„gar keine Gefühle mehr“ zu haben, ihre Stimme wirkt vielfach tonlos und unmoduliert. Dies unterstreicht, ebenso wie gelegentliche unangemessene emotionale Reaktionen (z.B. über ein trauriges Ereignis lachen), den Eindruck ihrer emotionalen Unansprechbarkeit.

## Der Krankheitsverlauf

*ein Viertel der  
Erkrankten  
wird vollständig  
geheilt*

*schubhafter  
Verlauf*

*chronischer  
Verlauf*

Der weitere Verlauf schizophrener Erkrankungen ist nach Abklingen der Ersterkrankung nicht einheitlich. Bei etwa einem Viertel der Erkrankten kommt es zu einer (fast) vollständigen Heilung der Ersterkrankung. Beim sog. episodischen Verlauf kommt es zu Wiedererkrankungen, wobei die Zeitintervalle und die Häufigkeit des Auftretens dieser Schübe oder Episoden variabel sind. Jeder dieser Schübe kann einen sog. Residualzustand in Form einer Persönlichkeitsveränderung hinterlassen, der in leichteren Fällen die Arbeits- und Anpassungsfähigkeit nicht aufhebt (soziale Remission). Etwa ein Drittel der Kranken erfährt einen ausgesprochen ungünstigen, chronifizierten Verlauf. Jede erneute Krankheitsepisode hinterläßt bleibende Veränderungen in der Persönlichkeit bis hin zum weitgehenden Verlust sozialer Fertigkeiten und zur Hospitalisierung. Jedoch kann es auch bei chronisch-progredienten Verlaufsformen der Schizophrenie in späteren Jahren therapeutisch bedingte oder spontane Besserungen geben.

Ein Rückfall kann nach Monaten, nach Jahren, vereinzelt auch nach Jahrzehnten auftreten. Die zweite psychotische Episode kann auf ganz verschiedene Weise verlaufen. Die Ergebnisse von drei Verlaufsstudien zeigen, daß bei zwei Dritteln der Krankheitsverlauf sehr günstig oder günstig ist. Seit damals sind die Behandlungsmöglichkeiten noch einmal entscheidend verbessert worden, so daß heute mit hoher Wahrscheinlichkeit der Langzeitverlauf schizophrener Erkrankungen noch günstiger ist.

*der  
Langzeitverlauf  
hat sich  
verbessert*

## Unterformen der Schizophrenie

- dauerhafte Wahnvorstellungen (beispielsweise Verfolgungs-, Vergiftungs-, Beeinträchtigungs- oder Beziehungswahn)
- meist begleitet von akustischen Halluzinationen und anderen Wahrnehmungsstörungen
- im akuten Zustand teils deutliche Denkstörungen
- häufig furchtsam und mißtrauisch

*Paranoide  
Schizophrenie*

- motorische Störungen, z.B. nicht durch äußere Reize beeinflusste, anscheinend sinnlose motorische Aktivität, verminderte Reaktionen auf die Umgebung oder verminderte spontane Bewegung und Aktivität
- körperliche Zwangshaltungen und -stellungen, die oft über lange Zeit beibehalten werden
- u.U. episodenhafte Erregungszustände oder traum-ähnliche Zustände mit lebhaften Halluzinationen

*Katatone  
Schizophrenie*

- mangelnde emotionale Ansprechbarkeit, Antriebslosigkeit, zerfahrenes Denken, weitschweifige Sprache
- bruchstückhaftes Wahnerleben und Halluzinationen
- flache, unpassende Stimmung, oft begleitet von Kichern oder selbstversunkenem Lächeln
- häufig Grimassieren, unnatürlich-gekünstelt ausgeführte Bewegungen, Faxen, hypochondrische Klagen oder immer wiederholte Äußerungen
- relativ früher Beginn (15.-25. Lebensjahr), Negativsymptome entwickeln sich schnell, eher schlechte Prognose
- vor Erkrankungsbeginn meist schüchterne, einzelgängerische Persönlichkeiten; neigen nach Krankheitsausbruch dazu, sich zu isolieren

*Hebephrene  
Schizophrenie  
(„Desorganisierter“  
Typus)*

## Mögliche Folgen der Erkrankung

*Konflikte und  
soziale Isolation*

Im Alltag gehen langwierige Leidensphasen dem Begreifen voraus: Nicht selten kommt es zu heftigen Konflikten, zu Abbrüchen von Freundschaften, zum sozialen Rückzug der Betroffenen, zum Ausschluß aus Vereinigungen und Gruppen, in denen sie lange gelebt haben. Die Erkrankten können ihren Beruf und ihre Wohnung verlieren und verwahrlosen. Oft werden Diagnose und psychiatrische Behandlung erst möglich, wenn normale psychologische Bewältigungsversuche gescheitert sind, die Situation sich krisenhaft zuspitzt und der Erkrankte psychisch zusammenbricht.

*psychischer  
Zusammenbruch*

Wenn wir das Wort Schizophrenie im Zusammenhang mit einem bestimmten Menschen gebrauchen, verwenden wir eine wissenschaftliche Abstraktion, die sich aus einigen speziellen Aspekten seines Verhaltens und seines Erlebens ableitet. Wenn sie schwerwiegend sind, erscheint uns seine Persönlichkeit verändert. Dennoch bleibt er ein einzigartiges menschliches Wesen. Er bleibt es, weil das grundsätzliche Kennzeichen der Schizophrenie darin besteht, daß das Gesunde dem Schizophrenen erhalten bleibt. Die Diagnose „Schizophrenie“ ist kein Etikett für Menschen, die sich sonderbar verhalten.

*die  
Individualität  
bleibt erhalten*

*Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:*

Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Leitung: Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller  
Dr. med. Ronald Bottlender  
Dr. med. Peter Dobmeier  
Nußbaumstraße 7  
D-80336 München

Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller  
Tel.: 089/5160-5501  
Fax: 089/5160-4749  
Email: [hans-juergen.moeller@psy.med.uni-muenchen.de](mailto:hans-juergen.moeller@psy.med.uni-muenchen.de)

Dr. med. Ronald Bottlender  
Tel.: 089/5160-5751  
Fax: 089/5160-5875  
Email: [ronald.bottlender@psy.med.uni-muenchen.de](mailto:ronald.bottlender@psy.med.uni-muenchen.de)

Dr. med. Peter Dobmeier  
Email: [peter.dobmeier@psy.med.uni-muenchen.de](mailto:peter.dobmeier@psy.med.uni-muenchen.de)

MA Psych. Petra Decker  
Tel.: 089/5160-5780  
Fax: 089/5160-5875  
Email: [petra.decker@psy.med.uni-muenchen.de](mailto:petra.decker@psy.med.uni-muenchen.de)

Weitere Infos unter:

<http://www.openthedoors.com>  
<http://www.openthedoors.de>

Verfaßt von der Anti-Stigma-Arbeitsgruppe der LMU  
im Zusammenhang mit BASTA, der Bayerischen Anti-Stigma-Aktion.