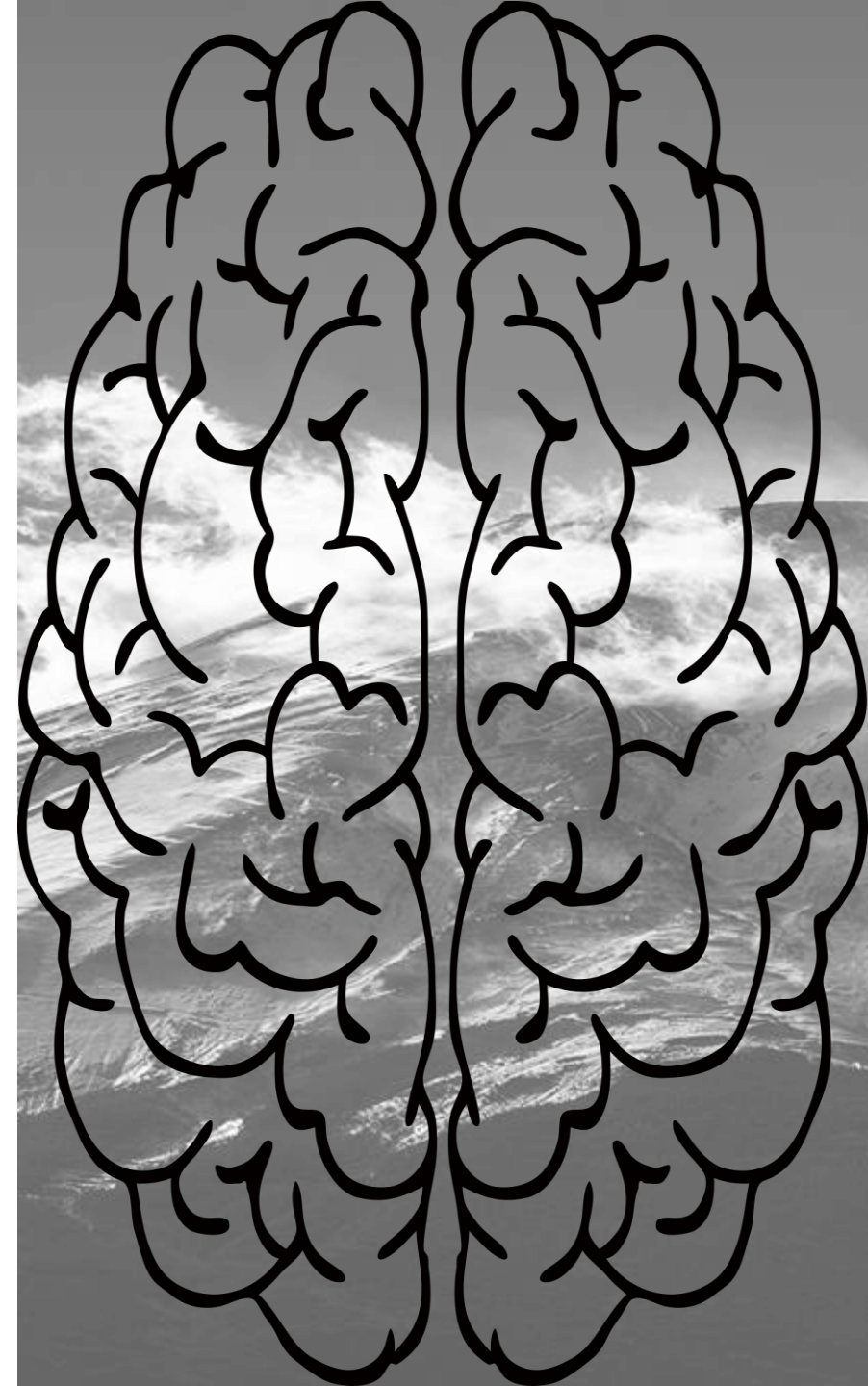


|

SCHIZOPHRENIE

[ˌʃɪtsoˈfʁeːniː]

diagnostizieren ✦ etikettieren ✦ stigmatisieren



INHALT

-
1. Einführung – Was ist Schizophrenie?
 2. Symptome & Verlauf
 3. Diagnostik
 4. Prävalenz, Ursachen & Erklärungsmodelle
 5. Behandlungsmöglichkeiten
 6. Stigmatisierung & gesellschaftliche Herausforderungen
 7. Fazit & Ausblick

1. EINFÜHRUNG & WAS IST SCHIZOPHRENIE?

DEFINITION (DSM-5, ICD-10 & ICD-11) – ABGRENZUNG ZU ANDEREN PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

- Begrifflichkeit „Schizophrenie“ durch Eugen Bleuler als Weiterentwicklung der vorangegangenen Bezeichnung „Dementia Praecox“ (Emil Kraepelin im Jahr 1863) eingeführt
- Historischer Ursprung der modernen Schizophreniekonzeption – Tendenziell veraltet, aber konzeptuell weiterhin einflussreich
- Schizophrenie als Gruppe von Erkrankungen (Formenkreis) mit Spaltung psychischer Funktionen – im klinischen Rahmen noch immer gebräuchlich
- Zentrale Symptome: Assoziationslockerung, Affektverflachung, Ambivalenz, Autismus (4A)

Quellen

Bleuler (2014/1911, S. 4-5)

Finzen (2020, S. 66-76)

Lavretsky (2008, S. 3-5)

Silvano (1974, S. 29-42)

1. EINFÜHRUNG & WAS IST SCHIZOPHRENIE?

DEFINITION (DSM-5, ICD-10 & ICD-11) – ABGRENZUNG ZU ANDEREN PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

- Schizophrenie ist eine schwere psychische Erkrankung, die zu tiefgreifenden Veränderungen im Denken, Fühlen, Wahrnehmen und Verhalten führt
- Sie gehört zu den psychotischen Störungen und betrifft weltweit etwa 0,5 bis 1 % der Bevölkerung
- Eine chronische, oft schubweise verlaufende Störung, die durch verschiedene Hauptmerkmale gekennzeichnet wird

Quellen

Dilling/Freyberger (2023, S. 126–130)

APA/Falkai/Wittchen (2024, S. 101–109)

2. SYMPTOME & VERLAUF

- Die Erkrankung verläuft *überwiegend* schubweise:
 1. Akutphase
 2. Stabilisierung
 3. Residualphase
- Teilweise ist eine komplette Remission möglich, bei vielen Betroffenen trifft jedoch eher ein chronischer Verlauf zu
- Ein früher Behandlungsbeginn verbessert die Prognose exorbitant

Quellen

DGPPN (2019, S. 20–21)

Häfner (2017, S. 34–35)

Lieb (2023, S. 177)

2. SYMPTOME & VERLAUF

Kategorie	Symptome 1. Ranges	Symptome 2. Ranges	Uncharakteristische Symptome
Wahrnehmungsstörungen	Dialogische, kommentierende, imperative Stimmen	Optische, olfaktorische, gustatorische, taktile Halluzinationen	Sensorische Störungen
Wahrnehmungsstörungen	Gedankenlautwerden		Illusionäre erkenntnissen
Wahrnehmungsstörungen	Leibliche Beeinflussungserlebnisse. (Leibhalluzinationen)	Zönaesthesien	
Ich-Störungen	Gedankeneingebung		Depersonalisation
Ich-Störungen	Gedankenentzug		Derealisation
Ich-Störungen	Gedankenausbreitung		
Ich-Störungen	Willensbeeinflussung		
Inhaltliche Denkstörungen	Wahnwahrnehmungen		
Inhaltliche Denkstörungen		Wahneinfall	

Quellen

Tabellen nach Lieb (2023, S. 165)

2. SYMPTOME & VERLAUF

Negativsymptome	Positivsymptome
Affektverflachung	Halluzinationen
Verarmung von Sprache, Mimik, Gestik	Wahn
Apathie	Ich-Störungen
Anhedonie	Bizarres Verhalten
Aufmerksamkeitsstörungen	Formale Denkstörungen
Sozialer Rückzug	

Quellen

Tabelle nach Lieb (2023, S. 167)

3. DIAGNOSTIK

- Schizophreniediagnostik gründet sich im Wesentlichen auf den psychopathologischen Befund, die Verlaufsbeobachtung und den Ausschluss einer organischen Ursache
- Kein klinischer oder neurobiologischer Parameter, der spezifisch für die Diagnose einer Schizophrenie
- Kein psychopathologisches Symptom, welches allein bei Schizophrenie vorkommt, bzw. für diese Erkrankung spezifisch
- Das psychopathologische Bild der Schizophrenie unterscheidet sich mehr oder weniger deutlich von der Symptomatik anderer psychischer Störungen
- Diagnosestellung bei der Vollaussprägung der Symptomatik i. d. R. nicht schwierig

Quellen

Berger (2019, S. 43)

Lincoln et al. (2019, S. 20)

Rapoport/Frangou (2012, S. 37-39)

3. DIAGNOSTIK

DIAGNOSTISCHE LEITLINIEN DER WAHNHAFTEN STÖRUNG IN DER ICD-10

- Wahn oder Wahnsystem mit nicht typisch schizophrenen Inhalten (keine völlig unmöglichen oder kulturell inakzeptablen Vorstellungen)
- Häufige Wahninhalte: Verfolgungs-, Größen-, Eifersuchts-, Liebes- oder hypochondrischer Wahn
- Dauer der Wahngedanken von mindestens drei Monaten

Nichterfüllen der Kriterien für eine Schizophrenie

- Keine anhaltenden Halluzinationen (eigene Diagnostik: Wahnhafte Störungen, F22 ff.)
- Fortbestehen der Wahngedanken auch nach Rückbildung etwaiger affektiver Symptome (Abgrenzung: u.a. Depression, Schizoaffektive Störung)

Quellen

Falkai et al. (2017, S. 1601-1604)

DGPPN (2019, S. 31)

Dilling/Freyberger (2023, S. 126-127)

3. DIAGNOSTIK

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISEASES« DSM-V

- Dimensionaler Ansatz – beispielsweise katatone Symptome als diagnoseunabhängige Merkmale (Specifier) oder als eigenständige Diagnose (Katatonie) erfassbar
- Für die Diagnosestellung müssen zwei der folgenden Symptome während einer einmonatigen Zeitspanne vorliegen:
 - Wahn
 - Halluzinationen
 - desorganisierte Sprechweise
 - desorganisiertes Verhalten
 - Negativsymptome

Quellen

Falkai et al. (2017, S. 1601-1604)

DGPPN (2019, S. 31)

Dilling/Freyberger (2023, S. 126-127)

3. DIAGNOSTIK

DIAGNOSTISCHE LEITLINIEN DER WAHNHAFTEN STÖRUNG IN DER ICD-11

- Deutliche Annäherung an das derzeit gültige DSM-V Manual

In der ICD-11 werden die wahnhaften Störungen hinsichtlich des Verlaufs unterteilt. Hierbei wird ausdrücklich auf die Möglichkeit einer Voll- bzw. Teilremission hingewiesen

- Wahnhafte Störung, ggw. Symptomatisch
- Wahnhafte Störung, ggw. Teilremittiert
- Wahnhafte Störung, ggw. Vollremittiert

Bedeutet:

- Wegfall der Subtypen
- Stärkere Betonung auf Verlaufsaspekte & Symptomatik (bspw. positiv, negativ, etc.)
- Genauere Darstellung erlaubt stärker „dimensionalen Ansatz“ (ähnlich DSM-V), kaum mehr Fokus auf Entitäten (ICD-10)

Quellen

Lieb (2023, S. 164)

Schultze-Lutter / Meisenzahl / Michel (2024, S. 301-309)

3. DIAGNOSTIK

DIAGNOSEBEZEICHNUNG SCHIZOPHRENIE DSM-V, ICD-10 UND ICD-11 IM VERGLEICH

Kriterium	ICD-10 (F20)	ICD-11 (6A20)	DSM-5(-TR)
Zeitkriterium	≥ 1 Monat (manche Verlaufsformen ≥ 6 Monate)	≥ 1 Monat	Gesamtdauer ≥ 6 Monate, aktive Phase ≥ 1 Monat
Hauptsymptome (Auswahl)	Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen, formale Denkstörungen, katatone Symptome, Negativsymptome	Mind. 2 aus: Wahn, Halluzinationen, Denkstörung, desorganisiertes Verhalten, Negativsymptome	Mind. 2 aus: Wahn, Halluzinationen, Denkstörung, desorganisiertes Verhalten, Negativsymptome (mind. 1 aus Wahn, Halluzination, Denkstörung)
Subtypen	Ja (paranoid, hebephren, kataton etc.)	✗ entfallen	✗ entfallen
Funktionsbeeinträchtigung erforderlich?	Nein (implizit über Verlauf, aber nicht obligat)	✅ Ja, erforderlich (sozial, beruflich etc.)	✅ Ja, deutliche soziale oder berufliche Beeinträchtigung
Diagnostische Ausrichtung	kategorial, symptomorientiert	dimensional und funktional	dimensional mit Zusatzspezifizierungen
Negativsymptome	optional, eher bei Residualzuständen	gleichrangig zu Positivsymptomen	gleichrangig, oft prognostisch relevant
Ich-Störungen (Gedankeneingebung etc.)	explizit genannt als Leitsymptom	nicht mehr explizit erforderlich	indirekt erfasst durch Desorganisationssymptomatik
Kognitive Symptome	nicht aufgeführt	optional als zusätzliche Dimension	optional erfasst, nicht diagnostisch notwendig
Spezifizierer	durch Subtypen ersetzt	optionale dimensionsbezogene Bewertung (z. B. Negativsymptomatik)	z. B. mit Katatonie, episodisch, mit Residuen, Grad der Remission



Quelle: Eigene Darstellung.

4. PRÄVALENZ, URSACHEN & ERKLÄRUNGSMODELLE

1. Lebenszeitprävalenz (Lifetime Prevalence)

- Weltweit: etwa 1 % (2%) der Bevölkerung
- DE: ca. 0,8 bis 1 % der Bevölkerung
- Grundsatz: 1 von 100 Menschen entwickelt im Laufe des Lebens eine Schizophrenie

2. Punktprävalenz (Anteil aktuell Erkrankter)

- Weltweit: ca. 0,3 bis 0,5 %
- Deutschland: ca. 0,4 % (Schätzung)

3. Inzidenz (Neuerkrankungen im Jahr)

Etwa 15–30 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner
(DE entsprechend: ca. 12.000–25.000)

4. Geschlechterunterschiede

- Frauen erkranken etwas seltener und später (zw. 25–30 Jahren), Verlauf häufig besser
- Männer haben ein höheres Risiko zu erkranken, sind i.d.R. jünger (zw. 18–25 Jahre), Verlauf schlechter, höhere Chronifizierungsanteile

Quellen

Hasan et al. (2020, S. 412–413)

Häfner (2017, S. 248–249)

4. PRÄVALENZ, URSACHEN & ERKLÄRUNGSMODELLE

- Genetische Prädisposition (familiäre Häufung, Risiko steigt mit dem Grad der genetischen Verwandtschaft)
- Neurobiologische Veränderungen (insbesondere der Dopamin-Haushalt)
- Entwicklungsfaktoren (u.a. pränatale Komplikationen, belastende Umweltfaktoren)
- Psychosoziale Belastungen (u.a. Migration, Traumata, Substanzmittelmissbrauch)
- Regionale Unterschiede: Großstädter erkranken häufiger als Bewohner*innen ländlicher Regionen

Quellen

Gottesman (1991, S. 68)

Holzinger et al. (2001, S. 177–179)

Häfner (2005, S. 250–251)

Heinz/Dörner (2019, S.)

4. PRÄVALENZ, URSACHEN & ERKLÄRUNGSMODELLE

- Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (auch Diathese-Stress-Modell) ist eines der wichtigsten Erklärungsmodelle für die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen – insbesondere für Schizophrenie
- Es beschreibt, wie genetische und psychische Anfälligkeiten (Vulnerabilität) im Zusammenspiel mit belastenden Lebensereignissen (Stress) zur Auslösung und Aufrechterhaltung einer psychischen Erkrankung führen können
- Ergänzt wird das Modell durch Coping-Mechanismen und Schutzfaktoren (wie soziale Unterstützung, Resilienz)
- Bildet den theoretischen Rahmen, auf dem Frühintervention und individuelle Behandlungsplanung (inklusive psychosozialer Strategien)
- Formelhaft ausgedrückt:
 $\text{Psych. Störung} = \text{Vulnerabilität} \times \text{Stressbelastung}$

Quellen

Häfner (2005, S. 283–287)

Berger (2019, S. 631)

4. PRÄVALENZ, URSACHEN & ERKLÄRUNGSMODELLE

- Beispiel: Schizophrenie

Faktorart	Beispiele
Vulnerabilität	Genetische Prädisposition, dopaminerge Dysfunktion, frühkindlicher Hirnschaden
Stressoren	Rassismus, Adoleszente Krisen, Substanzmittelmissbrauch, Arbeitslosigkeit
Ausbruch	Psychose als Reaktion auf übersteigerte Stressbelastung bei erhöhter Anfälligkeit
Behandlung	Pharmakologische Therapie -> Senkung der biologischen Vulnerabilität; Psychotherapeutische Intervention -> Stressreduktion & Coping

Quellen

Häfner (2005, S. 283-287)

Darstellung: Eigene Darstellung

5. BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Besonders relevante therapeutische Interventionen im Rahmen der Behandlung einer gesicherten Schizophrenie sind:

- Pharmakologische Therapie
(v.a. (Depot-) Neuroleptika, Tranquilizer)
- Psychotherapie
(v.a. Kognitive Verhaltenstherapie)
- Psychoedukation

Quellen

Heinz / Dörner (2019, S. 271-277)

5. BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Pharmakologische Therapie

- Pharmakologische Therapie der Schizophrenie ist ein zentraler Bestandteil der Behandlung
- Dient vor allem der Reduktion akuter psychotischer Symptome, der Vermeidung von Rückfällen und der Stabilisierung des Gesamtverlaufs, bzw. der Erhaltung / Wiedererlangung von Lebensqualität
- Sie basiert vorrangig auf der Verabreichung von Antipsychotika, die individuell dosiert und angepasst werden.

Wichtige Wirkstoffgruppen:

- Typische Antipsychotika (1. Gen.)
- Atypische Antipsychotika (2. Gen.)
- Partielle Dopamin-Agonisten (3. Gen.)

Quellen

Heinz / Dörner (2019, S. 858 ff.)

DGPPN (2019, S. 58)

Huhn et al (2019, S. 940–941)

5. BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Pharmakologische Therapie

Auswahl des Medikaments ist abhängig von versch. Faktoren:

- Symptomprofil (z. B. Positiv- Vs. Negativsymptomatik)
- Verträglichkeit und Nebenwirkungen (bspw. Metabolisches Syndrom)
- Vorbehandlung und individuelles Ansprechverhalten
- Therapieziel (Akut- Vs. Erhaltungsbehandlung)
- Präferenz der/des Betroffenen sowie Adhärenz

Quellen

Heinz / Dörner (2019, S. 858 ff.)

Berger (2019, S. 123-130)

5. BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Einordnung der pharmakologischen Therapie

- Nach Ersterkrankung sind mind. 1–2 Jahre Erhaltungstherapie einzuhalten
- Bei chronischem Verlauf ist häufig eine dauerhafte Medikation notwendig
- **Problem:** Abruptes Absetzen -> hohes Rückfallrisiko (ca. 60–80 % der Betroffenen, losgelöst von Alter/Geschlecht/Herkunft)

Quellen

Heinz / Dörner (2019, S. 858 ff.)

Huhn et al (2019, S. 940–941)

5. BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Kognitive Verhaltenstherapie

- Weniger Fokus auf Wahninhalte
- Hilft Betroffenen, mit Symptomen besser umgehen zu können (Psychoedukation)
- Verbesserung der Einsichtsfähigkeit
- Entwicklung von funktionalen Bewältigungsstrategien
- Erlernen des Umgangs mit (vor-) urteilenden Angehörigen und dem sozialen Umfeld

Quellen

Garett (2012, S. 171-177)

Hargarter (2017, S. 11-12)

Maramis/Sajideh (2023, S. 1-3)

Roder/Brenner/Müller (2019, S. 50)

Turkington/Kingdon/Weiden (2006, S. 371-373)

5. BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Ziele der kognitiven Verhaltenstherapie

- Reduktion psychotischer Symptome (Wahn, Halluzinationen)
- Verbesserung der Selbstreflexion und Krankheitseinsicht
- Entwicklung von alternativen Erklärungsmodellen für belastende Erlebnisse
- Förderung von Selbstwirksamkeit, Lebensqualität und sozialer Integration
- Prävention von Rückfällen durch Erkennung früher Warnzeichen
- Abbau von Selbststigmatisierung und sozialer Isolation

Quellen

Garety (2012, S. 171-177)

Hargarter (2017, S. 11-12)

Maramis/Sajideh (2023, S. 1-3)

Roder/Brenner/Müller (2019, S. 50)

Turkington/Kingdon/Weiden (2006, S. 371-373)

5. BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Einordnung der kognitiven Verhaltenstherapie

- Signifikante Reduktion von Wahnideen und Halluzinationen (v. a. bei einer Positivsymptomatik)
- Gute Wirksamkeit bei chronischem Verlauf
- Kein Ersatz für Pharmakologische Therapie, dennoch wichtige Ergänzung
- Effektstärken: höchstens moderat, aber klinisch sehr relevant

Quellen

Garett (2012, S. 171-177)

Hargarter (2017, S. 11-12)

Maramis/Sajideh (2023, S. 1-3)

Turkington/Kingdon/Weiden (2006, S. 371-373)

5. BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Metakognitives Training (MKT)

- Im Kern ein (psychotherapeutisches) Gruppenprogramm, welches ursprünglich speziell für Menschen mit Schizophrenie und/oder psychotischen Symptomen entwickelt wurde
- Es zielt darauf ab, kognitive Verzerrungen (bspw. voreiliges Schlussfolgern, Katastrophisieren, Grübeln) zu erkennen und zu hinterfragen – ohne die Inhalte des Wahns direkt zu konfrontieren
- Metakognition bedeutet „Denken über das Denken“ (die Fähigkeit, das eigene Denken und Wissen zu reflektieren, zu überwachen und ggf. zu korrigieren)

Menschen mit Schizophrenie zeigen häufig:

- Schwierigkeiten in der Selbstreflexion
- Überschätzte Sicherheit im Urteil („Ich bin mir 100 % sicher, dass ich verfolgt werde“)
- Kognitive Verzerrungen (z. B. voreiliges Schlussfolgern, Attributionsfehler)

Quellen

Acuña et al. (2024, S. 11-13)

Bidoni/Sharifi/Masoomi (2023, S. 183-185)

Fieker/Schneider (2015, S. 221-222)

Oosterhout (2015, S. 52-55)

Steffen et al. (2016, S. 59-61)

Steffen / Bohn / Veckenstedt et al. (2010, S. 10 ff.)

Veckenstedt/Scheunemann (2023, S. 260)

5. BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Ziele des Metakognitiven Trainings

- Sensibilisierung für Denkfehler (nicht: „Wahn wegmachen“)
- Verbesserung der Einsicht („Könnte ich mich irren?“)
- Reduktion von Wahnüberzeugungen
- Förderung von Selbstreflexion, Empathie und Realitätsprüfung
- Verbesserung der Compliance und des Funktionsniveaus

Quellen

Acuña et al. (2024, S. 11-13)
Bidoni/Sharifi/Masoomi (2023, S. 183-185)
Fieker/Schneider (2015, S. 221-222)
Oosterhout (2015, S. 52-55)
Steffen et al. (2016, S. 59-61)
Steffen / Bohn / Veckenstedt et al. (2010, S. 10 ff.)
Veckenstedt/Scheunemann (2023, S. 260)

5. BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Einordnung des Metakognitiven Trainings

- Ersetzt keine klassischen Psychotherapeutischen Interventionen (insbesondere: Kognitive Verhaltenstherapie)
- Nicht in jeder Erkrankungsphase zielführend
- Zweifel an der Wirksamkeit durch Meta-Analysen & Fallstudien ausgeräumt, Effektstärken ähnlich der KVT
- Modulare Struktur fördert Niedrigschwelligkeit, Einstieg durch Rotationsprinzip jederzeit möglich
- Keine Psychotherapeutische Ausbildung notwendig, Befähigung durch Qualifizierung und Berufstätigkeit im psychiatrischen Versorgungskontext
- In div. Institutionen der psychosozialen Versorgungslandschaft (Kliniken, Tagesstrukturzentren, SpDi, etc.) mittlerweile etabliert

Quellen

Acuña et al. (2024, S. 11-13)

Bidoni/Sharifi/Masoomi (2023, S. 183-185)

Fieker/Schneider (2015, S. 221-222)

Oosterhout (2015, S. 52-55)

Steffen et al. (2016, S. 59-61)

Steffen / Bohn / Veckenstedt et al. (2010, S. 10 ff.)

Veckenstedt/Scheunemann (2023, S. 260)

6. STIGMATISIERUNG & GESELLSCHAFTLICHE HERAUSFORDERUNGEN

- Aktuelle Studien zeigen, dass sich der „kulturelle Kontext“, in welchem psychische Erkrankung mittlerweile erlebt wird, in den vergangenen Jahren deutlich gewandelt hat
- Beispiel: Während Menschen, die an einer Depression erkrankt sind, deutlich mehr Akzeptanz – durch alle Gesellschaftsschichten – erfahren, wird eine Schizophrenie oder eine Suchterkrankung „nach wie vor und zunehmend als außerhalb des eigenen Erlebens“ wahrgenommen und mit einem deutlichen Bedürfnis nach Abgrenzung zu den Betroffenen in Verbindung gebracht
- Stigmatisierung wirkt auf verschiedenen Ebenen: Betroffene stehen nicht Fokus der öffentlichen (medialen) Aufmerksamkeit, wenn, dann nahezu ausschließlich in einem negativen, maximal stigmatisierenden oder diffamierenden Kontext
- Betroffene erleben sich als „defekt“, Übernahme negativer Stereotype begünstigt Selbstabwertung als konstantes Symptom

Quellen

Angermeyer / Matschinger (1992, S. 3-4)

Finzen (2020, S. 31)

Goffman (1963, S. 5-10)

Hoffmann (2005, S. 214-217)

Schomerus/Spalholz/Speerforck (2023, S. 416-420)

6. STIGMATISIERUNG & GESELLSCHAFTLICHE HERAUSFORDERUNGEN

- Therapieverweigerung ein großes Problem
- Angehörige (Courtesy stigma, aka „stigma by association“) werden in „Sippenhaft“ genommen
- Kampf gegen Stigmatisierung weiterhin eine große Herausforderung für die Zukunft, denn von einer Gleichstellung seelischer gegenüber somatischen Erkrankungen kann bisher nicht die Rede sein
- Psychisch erkrankte Menschen brauchen, besonders in Fällen mangelnder Selbstermächtigung, noch immer erkennbar nachhaltige Unterstützung bei der Genesung und sozialer Inklusion, um Stigmatisierung und struktureller Diskriminierung die Stirn bieten zu können

Quellen

Angermeyer / Matschinger (1992, S. 3-4)

Finzen (2020, S. 31)

Goffman (1963, S. 5-10)

Hoffmann (2005, S. 214-217)

Schomerus/Spalholz/Speerforck (2023, S. 416-420)

7. FAZIT & AUSBLICK

- Das Wissen um die Erkrankung hat sich stark verändert, Forschung belegt, dass die Kombination von Psychotherapie mit medikamentöser Therapie den Behandlungserfolg bei u.a. Schizophrenien verbessern kann
- Therapeutische Interventionen (u.a. Neuroleptika der 3. Generation, MKT, Soziotherapie) und Diagnosemanuale orientieren sich mittlerweile deutlich stärker an den individuellen Problemlagen der betroffenen Menschen
- Empowerment & Funktionsverbesserung als zentrale Behandlungsaspekte verändern die psychosoziale Versorgung bereits nachhaltig
- Kampf gegen Stigmatisierung weiterhin eine große Herausforderung für die Zukunft, denn von einer Gleichstellung seelischer gegenüber somatischer Erkrankung kann bisher nicht die Rede sein
- Psychisch erkrankte Menschen brauchen grundsätzlich, besonders in Fällen mangelnder Selbstermächtigung während psychotischer Episoden, noch immer erkennbar nachhaltige Unterstützung bei der Genesung und sozialer Inklusion, um Stigmatisierung und struktureller Diskriminierung die Stirn bieten zu können
- Aufklärung durch Öffentlichkeitskampagnen o.ä. unter der Zuhilfenahme von Betroffenen, bzw. Psychiatrieerfahrenen Personen sollten besonders wirksam sein
- Bestehende Angebote sollten durch neue, inklusive Angebote ergänzt werden

Quellen

Eigene Bewertung.

LITERATUR

Acuña, Vanessa / Guerra, Maria / Toledo, Orlando / Cobaisse, Matias / Silva, Javier / Cavieres, Alvaro (2024). A qualitative report on metacognitive training (MCT) for people with schizophrenia. In: Counselling and Psychotherapy Research, Volume 31, Issue 5, 11/24. [Abgerufen am 21.06.2025. Verfügbar unter: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.3065>].

Angermeyer Matthias C. / Matschinger Herbert (1992) Wissensbestände, Überzeugungssysteme und Einstellungsmuster der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland bezüglich psychischer Erkrankungen. Abschlussbericht. Mannheim: Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Abteilung psychiatrische Soziologie.

Arieti, Silvano (1974): Interpretation of Schizophrenia. Second Edition. Completely Revised and Expanded. New York: Basic Books Inc.

Association, American Psychiatric – APA (2024): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5-TR – Deutsche Ausgabe. Falkai, Peter / Wittchen, Hans-Ulrich (Hrsg.). 1. Auflage. Göttingen, Niedersachsen: Hogrefe Verlag.

Berger, Mathias (2019): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 6., vollständig neu bearbeitete Auflage mit umfangreichen Ergänzungen auf der Online-Plattform. München: Elsevier.

Bidoni, Zahra / Sharifi, Vandad / Masoomi, Maryam (2023). Efficacy of Individual Metacognitive Training in Patients with Schizophrenia: A Case Study. In: Journal of Iranian Medical Council. Volume 7, Issue 1, January 2024, S. 180–186. [Abgerufen am 21.06.2025. Verfügbar unter: https://www.jimc.ir/article_184583.html].

Bleuler, Eugen (2014): Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien (1911). Unveränd. Neuaufl. der Ausg. Leipzig, Wien: Deuticke. Gießen: Psychosozial-Verl. (Bibliothek der Psychoanalyse). [Zugriff am 31.05.2025. Verfügbar unter: <https://archive.org/details/b21296157/page/n5/mode/2up>]

LITERATUR

DGPPN e.V. (Hrsg.) (2019): S3-Leitlinie Schizophrenie. Kurzfassung, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019. [Abgerufen am 25.06.2025. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>].

Dilling, Horst / Freyberger, Harald J. (2023): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 10., aktualisierte Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM (German Modification) 2023. Hogrefe: Bern.

Falkai, Peter / Schennach, Rebecca / Lincoln, Tanja / Schaub, Annette / Hasan, Alkomiet (2017): Schizophrene Psychosen. In: Hans-Jürgen Möller et al. (Hrsg.) Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, 5. Auflage, Teil VI: Schizophrenie, Schizophrenie ähnliche Störungen und nichtorganische Wahnerkrankungen. Berlin: Springer Reference Medizin.

Fieker, Martina / Schneider, Brooke C. (2015): Metakognitives Training bei Schizophrenie. In: Psychotherapeut 60 (3), S. 216–224.

Finzen, Asmus (2020): Schizophrenie. Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen. 3., korrigierte Auflage 2020. Köln: Psychiatrie Verlag.

Garett, Phillipp A. (2012): Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis. In: Lieberman, Jeffrey A. / Murray, Robin M. (Hrsg.): Comprehensive Care of Schizophrenia: A Textbook of Clinical Management. New York: Oxford University Press.

Goffman, Irving (1963): Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Englewood-Cliffs (USA): Prentice-Hall.

Gottesman, Irving I. (1991): Schizophrenia Genesis: The Origins of Madness. San Francisco (USA): Freeman.

Häfner, Heinz (2017): Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt. 4., vollst. überarb. Aufl. Beck: München.

Hargarter, Ludger (2017): Pharmazeutische Forschung in der Schizophrenie – Im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft, Klinik, Politik und unternehmerischer Verantwortung. In: Drug Research 67 (S 01), S. 11–12.

LITERATUR

Hasan, Alkomiet / Falkai, Peter / Lehmann, Isabell / Gaebel, Wolfgang (2020): Clinical practice guideline: Schizophrenia. Deutsches Ärzteblatt Int., Jg. 2020, Nr. 117, S. 412–419.

Heinz, Andreas / Dörner, Klaus et al. (2019): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 25., Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.

Hoffmann, Sven (2005): Schizophrenie und Stigma. In: Psych Pflege Heute 11 (04), S. 212–219.

Holzinger, Anita / Müller, Peter / Priebe, Stephan / Angermeyer, Matthias C. (2001): Die Ursachen der Schizophrenie aus der Sicht der Patienten. In Psychiatrische Praxis 28 (4), S. 174–179.

Huhn, Maximilian et al. (2019): Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. In: Lancet, Volume 394, Issue 10202, S. 939–951. [Abgerufen am 27.06.2025. Verfügbar unter: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2819%2931135-3>].

Lieb, Klaus (2023): Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. Urban & Fischer Verlag. 10. Auflage. München: Elsevier.

Lincoln, Tania / Pedersen, Anya / Hahlweg, Kurt / Wiedl, Karl-Heinz / Frantz, Inga (2019): Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen: Hogrefe Verlag. [Abgerufen am 30.05.2025. Verfügbar unter: <https://elibrary.hogrefe.com/book/10.1026/02883-000>].

Maramis, Margarita Maria / Sajidah, Salma Nur (2023). Cognitive Behavioral Therapy Efficacy in Schizophrenia: A Literature Review. International Journal of Research Publications, 122 (1). [Abgerufen am 21.06.2025. Verfügbar unter: <https://ijrp.org/filePermission/fileDownload/4/34fe7e435048bb3a971db6c175c15915/2>].

LITERATUR

Moritz, Steffen / Werner, Dirk / Menon, Mahesh / Balzan, Ryan P. / Woodward, Todd S. (2016): Jumping to negative conclusions – a case of study-gathering bias?: A reply by the developers of metacognitive training (MCT) to the meta-analysis of van Oosterhout et al. (2015). *Psychological Medicine*, 46 (1), S. 59–61.

Moritz, Steffen / Bohn, Francesca / Veckenstedt, Ruth et al. (2010): *Metakognitives Training für schizophrene Patienten (MKT)*. Hamburg: Campus Verlag.

Oosterhout van, Bert / Smit, Frank / Krabbendam, Lydia / Castelein, Sander (2015): A. B. P. Staring: Metacognitive training for schizophrenia spectrum patients: a meta-analysis on outcome studies. In: *Psychological Medicine*. Band 46, Nr. 1, 2016, S. 47–57. [Abgerufen am 26.06.2025. Verfügbar unter: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/57410E23DB1FA13D6BEC1EBD82076941/S003329171600009Xa.pdf/letter_to_the_editor_should_we_focus_on_quality_or_quantity_in_metaanalyses.pdf].

Rapoport, Judith L. / Frangou, Sophia (2012): Diagnosis and Management of Child and Adolescent Onset Schizophrenia. In: Liebermann, Jeffrey A. / Murray, Robin M. (Hrsg.): *Comprehensive Care of Schizophrenia: A Textbook of Clinical Management*. New York: Oxford University Press.

Roder, Volker / Brenner, Hans D. / Müller, Daniel (2019): *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten IPT*. 7., vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.

Schomerus, Georg / Spahlholz, Jenny / Speerforck, Sven (2023): Die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu psychischen Störungen. In *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 66 (4), S. 416–422.

LITERATUR

Schultze-Lutter, Frauke / Meisenzahl, Eva / Michel, Chantal (2024): Schizophrenien und andere psychotische Störungen in der ICD-11. In: Psych up2date. Jg. 2024, Ausgabe 06, S. 301-320.

Tölle, Rainer / Windgassen, Klaus (2014): Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie. 17., überarbeitete und ergänzte Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer.

Turkington, Douglas / Kingdon, David / Weiden, Peter J. (2006): Cognitive behavior therapy for schizophrenia. The American journal of psychiatry, 163 (3), S. 365-373.

Veckenstedt, Ruth / Scheunemann, Jakob (2023): Metakognitives Training für Patient*innen mit Psychose im Gruppen- und Einzelsetting. In Psychotherapeutenjournal 22 (3), S. 255-260.