

Schizophrenie

Definition:

Bei schizophrenen Erkrankungen kommt es meist zum Auftreten charakteristischer, symptomatisch außerordentlich *vielgestaltiger* psychopathologischer Querschnittsbilder mit Wahn, Halluzinationen, formalen Denkstörungen, Ich-Störungen, Affektstörungen und psychomotorischen Störungen. *Es fehlen die nachweisbaren körperlichen Ursachen.* (Schizophrene Psychosen wurden früher in die Hauptgruppe der sog. *endogenen Psychosen* eingereiht, da bei ihnen anlagebedingte Faktoren eine wichtige Rolle spielen).

Geschichte der Klassifikation der Schizophrenie

- **Dementia praecox** (frühzeitige Verblödung) — **Kraepelin** 1896: Zusammenfassung einer Reihe von Psychosen mit progredientem und deshalb mit *ungünstigem Verlauf* im Sinne einer schweren Persönlichkeitsstörung.
- **Schizophrenie** (Bewusstseinspaltung) — E. **Bleuler** 1908: Erweiterung des Begriffes von Kraepelin. Zur Diagnose stand die *Symptomatologie (das psychopathologische Querschnittsbild) im Vordergrund*. Von diesem Zeitpunkt an entstanden breitere und engere Schizophrenie-Konzepte (Randpsychosen, schizophrenieforme Psychosen usw.). Nach Bleuler sind die vier „A“: Ambivalenz, Assoziationen, Affektstörungen und Autismus für die Sch. charakteristisch.

Coopers Untersuchungen: in den USA wird ein weiterer Schizophreniebegriff verwendet, in England hingegen diagnostiziert man häufiger die „affektive Psychose“.

- **K. Schneiders Konzept** von den **Symptomen 1. und 2 Ranges** versucht die Diagnosestellung mit einer *Symptomliste bestimmter Ausdruckssymptome und Erlebnisweisen*. (Die Theorie sagt über das „Wesen der Sch.“ nichts aus, dennoch ermöglicht sie zu 90 Prozent eine richtige Diagnosestellung.)
 - ✓ Schizophrenie kann nur dann diagnostiziert werden, wenn *Symptome 1. Ranges* zum Vorschein kommen und keine körperliche Grundkrankheit nachweisbar ist. Symptome 1.Ranges sind: dialogische, imperative, kommentierende Stimmen, Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Willensbeeinflussung, leibliche Beeinflussungserlebnisse (meist mit dem Charakter des Gemachten), Wahnwahrnehmungen, Beziehen alltäglicher Wahrnehmungen auf sich selbst (bei letzten beiden keine Korrektur möglich). Symptome 1. Ranges sind nicht in jeder Etappe der Erkrankung vorhanden (sie können in den Hintergrund treten oder auch verschwinden).
 - ✓ Der Nachweis von *Symptomen 2. Ranges* mit bestimmten Ausdruckssymptomen (formale Denkstörungen, katatone Symptome, Affekt- und Kontaktstörungen [depressive und heitere Verstimmungen], Ratlosigkeit usw.) kann die Diagnosestellung festigen.

- In den letzten Jahren tauchten Bemühungen zur Bildung von **Interviewtechniken** auf, die versuchten, für zuverlässige und kongruente diagnostische Zuordnungen Leitfäden zu erarbeiten.

- **Aufteilung nach Symptomatologie:**

Schizophrene Erkrankungen treten in einem recht vielfältigen und *heterogenen Erscheinungsbild* zutage. Die Symptomatik lässt sich nach verschiedenen Gesichtspunkten gliedern, z. B. nach **Grundsymptomen** und **akzessorischen Symptomen** (siehe Bleulers, aber auch Schneiders Konzept).

Bei der Abgrenzung der Symptome sollten zwei wesentliche Typen erwähnt werden: **Syndrom mit Plus-Symptomatik, Syndrom mit Minus-Symptomatik.**

- ✓ **Plus-Symptomatik:** hierzu gehören Gedankenlautwerden, dialogisch-kommentierende Stimmen, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Willensbeeinflussung, leibliche Beeinflussungserlebnisse, Wahnwahrnehmungen usw.
- ✓ **Minus-Symptomatik:** bedeutet negative Symptome, wie Antriebslosigkeit, affektiven und sozialen Rückzug, Sprach- und Gedankenverarmung, affektive Stumpfheit, Apathie, Einengung der Interessen und der Spontaneität, Verlust der Energie, leichtere körperliche und seelische Erschöpfbarkeit; alles in allem ein **affektives, kognitives, psychomotorisches, soziales wie vegetatives Defizit.**

Die negative Symptomatik kommt vor allem bei chronischen Störungen vor, wobei die verschiedenen Zustände häufig ineinander übergehen. (Nach Abklingen der akuten Symptomatik entsteht ein chronischer Zustand, aber auch bei einer chronisch gewordenen Symptomatik *können erneut akute Episoden klar zutage liegen.*)

Crows Konzept: die positiven Symptome entstehen infolge der *Hyperaktivität des Dopamin-Systems*, die negativen werden durch *Verminderung der Aktivität des Dopamin-Systems* verursacht. (Der Zerfall der Zellen kann auch mitwirken.) Allerdings ist Crows Konzept nicht eindeutig unter Beweis gestellt.

Symptome der Schizophrenie

Die *Diagnose Schizophrenie* ist *keinesfalls mit Wahn und Halluzinationen identisch* (da diese produktiven Symptome auch fehlen können). Zu den relevanten, aber *nicht spezifischen* psychopathologischen Symptomen, Symptombereichen gehören: Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen, formale Denkstörungen, Affektstörungen, katatone Symptome, Störungen des Willens, der Psychomotorik, sowie des Trieb- und Sozialverhaltens.

- ✓ Wahninhalte sind meist Beziehungs- und Verfolgungsideen. Schizophrene Wahngedanken haben im Gegensatz zu Wahnideen anderer Genese etwas Bizarres oder Magisch-Mystisches in sich.
- ✓ Halluzinationen treten meist in Form von Stimmenhören zutage, aber auch elementare akustische, Geschmacks- und Geruchshalluzinationen sowie Körperhalluzinationen (Coenaesthesien) können in Erscheinung treten.
- ✓ Eine Ich-Störung kann Fremdbeeinflussung, Depersonalisation, Derealisation, Gedankeneingebung und Gedankenausbreitung usw. sein. Im Sinne der „doppelten Buchführung“ lebt der Kranke zugleich in der wirklichen wie der wahnhaften Welt. Bei voll ausgeprägtem *Autismus* sondert er sich völlig gegenüber der Umwelt ab.
- ✓ Störungen des formalen Denkens (typisch schizophrene) sind die Folgenden: Zerfahrenheit, Sperrung, Neologismus, Kontaminationen (heterogene Sachverhalte verschmelzen miteinander), Paralogik, Symboldenken, Konkretismus usw.

- ✓ Affektive Störungen können Parathymie, Paramimie, läppischer Affekt, psychotische Ambivalenz, Affektarmut usw. sein.
- ✓ Katatone Symptome sind: Stupor, Raptus, Katalepsie, Befehlsautomatie, Negativismus, Echolalie, Echopraxie, Bewegungsstereotypen, Haltungsstereotypen, Verbigeration.
- ✓ Störungen des Antriebs- und Sozialverhaltens erscheinen beim schizophrenen Residualsyndrom u. a. in einem Mangel an Initiative, Interesse und Energie. Als Folge führen sie zum sozialen Rückzug.

Unterformen der Schizophrenie (klinische Typen)

➤ **Hebephrene Form**

- ✓ Charakteristisch ist der frühe Beginn (meist in der Pubertät);
- ✓ Affektstörungen: Affektivität wird oberflächlich und stumpf, läppische Grundstimmung, leere Heiterkeit sowie hochgradige Ambivalenz sind die Hauptcharakteristika;
- ✓ Aktivitätsstörungen: Verhalten wird bizarr, autistisch, infantil;
- ✓ Denkstörungen: Inkoherenz im Gedankengang, aber auch Sinnestäuschungen und Wahnideen (sie sind jedoch nicht systematisiert);
- ✓ Der Krankheitsverlauf ist *prozessartig* und kann zu einer hochgradigen Desorganisation führen.

➤ **Paranoid-halluzinatorische Form**

- ✓ im Vordergrund stehen wahnhaft und halluzinatorische Erlebnisse;
- ✓ Krankheitsbeginn liegt zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr;
- ✓ Wahnideen sind unterschiedlich, meist systematisiert;
- ✓ Persönlichkeit bleibt meist gut erhalten.

➤ **Katatone Form**

- ✓ die psychomotorischen Störungen können zwischen akuter, extremer Erregung oder Stupor schwanken;
- ✓ Neben katatonen Symptomen (Befehlsautomatismen, Negativismus, stereotype Haltungen usw.) können auch Wahn und Sinnestäuschungen erscheinen;
- ✓ Prognose ist eher günstig (jedoch nicht bei Jugendlichen);
- ✓ bei periodischer Katatonie wechseln sich akute Erregungen und Stupor ab;
- ✓ bei Katatonie ist die Gefahr, dass eine perniziöse (tödliche) Katatonie auftritt, groß!

➤ **Schizophrenia simplex:**

- ✓ entsteht fast unmerklich, latent (es fehlen die produktiven Symptome);
- ✓ Vitalität, Dynamik verschwindet;
- ✓ Der Patient wird zunehmend autistisch.

➤ **Residuale Schizophrenie**

- ✓ Sch. in der Anamnese, aber im Querschnitt erscheinen nur negative Symptome (eine Persönlichkeitsstörung im Sinne von Affektarmut, Antriebsmangel, sozialem Rückzug);
- ✓ Symptome sind: Leistungsschwäche, Kontaktschwäche, affektive Nivellierung, Konzentrationsstörungen, Neigung zu depressiven Verstimmungen und hypochondrischen Beschwerden;
- ✓ bei schweren Residualzuständen kommt es zu ausgeprägter Einengung der Interessen, zu autistischem Rückzug von Sozialkontakten, zu massiver Antriebs- und Interesselosigkeit, erheblicher affektiver Verarmung, Vernachlässigung der Körperpflege.

➤ **Schizoaffective Psychose**

- ✓ Der Verlauf zeigt Charakteristika der Affektstörungen (akuter Beginn, phasenhafter oder bipolarer Verlauf), im klinischen Bild jedoch auch Symptome der Schizophrenie;
- ✓ wird *als selbständige Kategorie* in den Klassifikationssystemen geschlüsselt.

Epidemiologie:

Die Prävalenz der schizophrenen Psychosen liegt bei 0,5-1%. Das Lebensrisiko für Schizophrenie beträgt in der Durchschnittsbevölkerung ca. 1%. Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen. Das durchschnittliche Prädilektionsalter für Ausbruch der Erkrankung liegt bei Männern im Alter von 21 Jahren, bei Frauen etwa fünf Jahre später.

Diagnostik und Differentialdiagnose

Die Diagnose stützt sich auf die Beschreibung klinischer Syndrome. Die Diagnose einer Schizophrenie ist dann zuverlässig, wenn verschiedene Diagnosekriterien erfüllt sind. (*Wahn und Halluzinationen allein bestätigen die Schizophrenie nicht.*)

- **ICD-10** (International Classification of Diseases) liegt bei. Die Diagnose erfolgt auf Grund der Psychopathologie.
- **DSM-IV** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders): bezieht zur Diagnose auch den Verlauf (Punkt B) in folgender Weise ein: Zur Diagnose Sch. müssen die Arbeitsfähigkeit, die sozialen Kontakte, die Stufe der Selbstversorgung eindeutig unter dem Niveau stehen, wie vor dem Krankheitsbeginn. (Das bedeutet soviel, dass Sch. nur dann diagnostiziert werden kann, wenn sie mit Residualsymptomen endet.) Die Diagnose Sch. darf nur nach 6 Monaten gestellt werden, bis dahin spricht man von einer *schizophrenieformen Psychose*.

ICD-10 und DSM-IV sind Regelsysteme (z. T. unterschiedlich), beide enthalten einen Kriterienkatalog (im Detail zahlreiche Überschneidungen). In DSM erfolgt die Bewertung entlang fünf Achsen: I. klinische Störungen, II. Persönlichkeitsstörungen, mentale Retardation, III. somatische Zustände, IV. psychosoziale und Umgebungsprobleme, V. Einschätzung der Funktionen (GAF) Punktwertung: 0–100.

Differentialdiagnostisch sind folgende Abgrenzungen von Belang:

- ✓ organische Krankheitsbilder (besonders exogene Psychosen);
- ✓ affektive und schizoaffektive Erkrankungen;
- ✓ Psychosen mit Wahnsymptomatik (paranoide Psychosen);
- ✓ Persönlichkeitsstörungen (vom schizotypen, schizoiden, borderline oder paranoiden Typ);
- ✓ neurotische Störungen (kommen zum Krankheitsbeginn häufig vor);

Verlauf der Schizophrenie:

- ✓ Prodromalstadium: dem Auftreten des Vollbildes kann eine Stufe mit atypischen Symptomen vorhergehen (z. B. depressive oder pseudoneurasthenische Beschwerden).
- ✓ Die akuten Manifestationen dauern von Wochen bis Monaten.
- ✓ Die Krankheit verläuft oft in Schüben und führt zu einer chronischen Residualsymptomatik.
- ✓ Es kommen aber auch phasische Verläufe mit akuten Krankheitsmanifestationen und jeweils völligen Remissionen vor.
- ✓ In einem geringen Prozentsatz bleibt die produktiv-schizophrene Symptomatik zeitlebens bestehen, bei dem Großteil kommt es zu Residualzuständen.
- ✓ Suizidale Krisen sind auch nicht auszuschließen.
- ✓ Postpsychotische Depressionen bzw. Erschöpfungszustände sind ebenfalls bekannt.

Prognose der Schizophrenie

Bis zu den 1930er Jahren stand fest: Sch. sei eine endogene Erkrankung, die *immer* zu einem ausgeprägten Residualsyndrom führt (Persönlichkeitsänderung). Nihilistische Auffassung!

In den letzten Jahrzehnten wurde eine Reihe von *katamnestic* Untersuchungen in die Wege geleitet. In manchen Punkten stimmen sie allesamt überein:

- ✓ Den Verlauf der Sch. kennzeichnet außerordentliche Vielfalt.
- ✓ Die *Gesamtprognose* schizophrener Erkrankungen hat sich *wesentlich gebessert*. Zu 20 % kann es zu einer spontanen Heilung kommen, bei der Hälfte aller Erkrankungen ist eine (oft wesentliche) Besserung vorherzusagen (wobei auch Rezidive wie Residualsymptome in Erscheinung treten können). Bei einem Drittel der Fälle ist nach wie vor ein eindeutig ungünstiger Verlauf registrierbar.
- ✓ Zu Beginn stehen vielgestaltige produktive Symptome im Vordergrund, später kommt es zu negativen, unproduktiven Erlebnis- und Verhaltensweisen.
- ✓ Familiäre Belastung, Geschlecht, Konstitution, Erkrankungsalter sind für die Prognose nicht entscheidend (biologische Faktoren).
- ✓ Hinsichtlich der Prognose spielen die prämorbid Persönlichkeit, die initiale Symptomatik und der Verlaufstyp eine wichtige Rolle.
- ✓ Die Prognose ist besser, wenn die *prämorbid* (*primäre*) *Persönlichkeit ausgeglichen, der Beginn akut und produktiv*, außerdem wenn *der Verlauf phasenhaft* ist. Je *deutlicher* ferner die *situativen Auslöser* sind, umso günstiger ist auch die Prognose.

Ätiopathogenese:

Schizophrenie hat eine *multifaktorielle Ätiopathogenese*.

✓ Genetische Faktoren

- Studien (Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien) ergaben eine Evidenz für die *genetische* Grundlage, genetische Teilverursachung. (Die Konkordanzrate eineiiger Zwillinge liegt bei 50 %, zweieiiger bei 17 %. Sollten beide Eltern an Sch. erkrankt sein, so liegt die Rate bei ihrem Kind bei 36,6 %.)
- Das Modell der Erbanlage ist ein *polygen-multifaktorielles*.
- In erster Linie ist jedoch nicht die Erkrankung selbst erbbar, sondern eine *Vulnerabilität* (erst beim Hinzutreten zusätzlicher Bedingungen entsteht eine Psychose).

✓ Biochemische Theorien

- **Dopamin-Hypothese:** Im mesolimbischen und mesokortikalen System findet man eine Hyperaktivität zentralnervöser dopaminerger Strukturen sowie *in den postsynaptischen D2-Rezeptoren* eine *Hypersensibilität dopaminerger Rezeptoren*. (Korreliert mit der schizophrenen Symptomatik.) Die Wirksamkeit der Neuroleptika und die Auslösbarkeit einer akuten Symptomatik bei schizophrenen Patienten durch Stimulanzien (z. B. Amphetamin, die die Dopamintransmission erhöhen) unterstützen diese Hypothese.
- **Serotonin-Rezeptoren:** spielen bei der Sch. auch eine wichtige Rolle Die Wirkung atypischer Psycholeptika bestätigt diese Behauptung.
- **Glutamat** steht auch im Mittelpunkt neuerer Untersuchungen.

- ✓ **Psychosoziale** Faktoren wurden als kausale oder auslösende Faktoren beschrieben.
 - Schizophrene sind in der sozialen Unterschicht überrepräsentiert. Forschungsergebnisse zeigten, dass psychosoziale Einwirkungen eher für den Verlauf, weniger jedoch für die Entstehung der Erkrankung verantwortlich sind.
 - Das Erleben einer erhöhten „*Life-event Belastung*“ vor dem Ausbruch einer Schizophrenie ließ sich als Ursache oder Impuls nicht nachweisen.
 - Es wurden auch Störungen im *Rollengefüge der Familie*, *pathologische Kommunikationsmuster* innerhalb der Familie und der Typus der *dominanten „schizophrenogenen“ Mutter* beschrieben.
 - Am besten untermauert sind Befunde, die eine erhöhte Rezidivneigung derer aufweisen, die in „*High-Expressed-Emotions*“-Familien leben.
 - Der enge *zeitliche Zusammenhang zwischen Konflikten oder situativen Belastungen* und dem *Krankheitsbeginn* spricht für die kausale Mitwirkung psychosozialer Faktoren.

- ✓ **Störungen der Informationsverarbeitung** (kognitive Basisstörungen) können Denkstörungen von Schizophrenen zum Teil erklären. Sie stehen im Zusammenhang mit negativen Symptomen. Dazu gehören:
 - Schwäche der selektiven Aufmerksamkeit (Filterfunktion für irrelevante Informationen). Die Leistung der Aufmerksamkeit ist bei Schizophrenen niedriger und bleibt auch bei erfolgreicher Therapie niedriger. (Bei gesunden Geschwistern entdeckt man auch mangelhaftes Funktionieren der Aufmerksamkeit.)
 - Gedächtnisstörungen (meist ist die Reproduktion gestört).
 - Störungen der Reaktions- und Assoziationshierarchien.

Therapie der Schizophrenie

Eine *mehrdimensionale* Therapie der Sch. verknüpft psychopharmakologische sowie psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen.

- ✓ **Pharmakotherapie:** Führte von Anfang der 1950-er Jahre an zu einer *entscheidend positiven Wende in der Behandlungssituation*.

- Die **medikamentöse Behandlung** mit Antipsychotika (früher Neuroleptika genannt, zur Zeit aber auch Präparate, die keine extrapyramidalen Nebenwirkungen haben) gehört zu den therapeutischen Standardverfahren. Sie unterdrücken bestimmte psychotische Symptome (Dämpfung der Psychomotorik, haben einen sedierenden Effekt usw.). Die klassischen Mittel beeinflussen fast nur die produktiven Symptome (Dopamin-Antagonismus), manchmal verstärken sie sogar die Minus-Symptomatik. Die sog. **atypischen Antipsychotika** (Clozapin, Risperidon, Olanzapin, Sertindol, Quetiapin) *beseitigen auch die negativen Symptome und haben wesentlich weniger Nebenwirkungen*.

Grundsätzlich sollte man eine *Monotherapie* durchführen. Bei akuten Schizophrenen wird sofort mit einer vollen Dose begonnen. Eine *Erhaltungstherapie* muss nach Abklingen der akuten Symptome *wenigsten über 6 Monate* weitergeführt werden.

- **Elektrokrampfbehandlung:** Bei einigen, hauptsächlich katatonen Formen (tödliche Katatonie, Stupor, bei dem ein eindeutiger Therapieerfolg nach einigen Tagen nicht registrierbar ist) sollte man so bald wie möglich eine – oft *vital indizierte* – EKT durchführen.

- **Rezidivprophylaxe:** Die Psychopharmaka spielen auch in der Vorbeugung gegen Relapse eine Rolle (*Langzeitmedikation* mit wesentlich niedrigeren Dosen). Hauptregeln: bei Erstmanifestation oder langen symptomfreien Intervallen sollte man eine *1-2 Jahre lang dauernde* Rezidivprohylaxe, nach 2-3 Manifestationen, oder wenn ein Rezidiv innerhalb eines Jahres auftritt, mindestens eine *2-5 Jahre lang dauernde*, bei häufig rezidivierenden Psychosen eine *zeitlich unbegrenzte* Prophylaxe verwenden. Individuelle Nutzen-Risiko-Erwägungen sollten ebenfalls berücksichtigt werden! Depot-Neuroleptika können den Compliance erleichtern.

- ✓ **Psychotherapie:** wird meist durch eine psychopharmakologische Therapie gestützt.

- Supportive Behandlung: erfordert Informationen über die Erkrankung, ihre Therapie und Behandlungsmöglichkeiten, sowie über die pathogen wirkenden Umwelterscheinungen. Die Patienten brauchen bei der Bewältigung schwieriger Lebensentscheidungen Hilfe. Bei der Beratung sollte man unbedingt auf die Über- und Unterstimulation achten.

- Verhaltenstherapie: bietet verschiedene Trainingsprogramme zur Behandlung kognitiver Basisstörungen, Programme zur Stressbewältigung und der sozialen Kompetenz, Belastungstraining, aktive Entspannung usw.

- Familientherapie: zielt auf eine Reduktion der hohen „Expressed Emotion“ ab.

✓ **Soziotherapien:** Vielfältige soziotherapeutische Maßnahmen gehören zur Behandlung schizophrener Erkrankungen. Die wichtigsten sind:

- Ambulanzen, Betreuung;
- milieutherapeutische Maßnahmen;
- Psychoedukation;
- Arbeits- und Beschäftigungstherapie;
- Übergangsinstitutionen: Tageskliniken, Nachtkliniken, geschützte Werkstätten, therapeutische Wohngemeinschaften, Wohnheime usw.

Bei allen psychosozialen Therapien sollte die Förderung nach dem *Prinzip der kleinen Schritte* erfolgen (wachsende Anforderungen im Hinblick auf die Aufgabenstellung), außerdem sollte man eine aktive Kooperation mit dem therapeutischem Team anstreben.

Im Vordergrund steht immer das Ziel, dem Patienten so weit wie möglich beizustehen, ihn zu unterstützen und ihm eine selbständige Lebensführung zu gewährleisten.