

Bschor, Grüner

6 h Crashkurs

Psychiatrie fast



Börm
Bruckmeier
Verlag

3. Auflage

4. Schizophrenie

4.1 Allgemeines

Wörtlich bedeutet der griechische Ausdruck Bewusstseins- oder Geistesspaltung, was aber irreführend ist, da Schizophrenie sich nicht etwa dadurch äußert, dass zwei (oder mehr) Persönlichkeiten gleichzeitig in einem Menschen existieren. Der Begriff "Schizophrenie" wurde 1911 von Eugen Bleuler eingeführt. Zuvor wurden schizophrene Symptome wie Hebephrenie (Hecker 1870), Katatonie (Kahlbaum 1868) und die Paranoia von Emil Kraepelin aufgrund der ungünstigen Prognose als Dementia praecox – das zur "Demenz führende Irresein" – zusammengefasst und gegen günstiger verlaufende, z.B. manisch-depressive Erkrankungen ("manisch-depressives Irresein") abgegrenzt.

Nach K. Schneider (1887–1967) zeichnet sich die Schizophrenie durch abnorme Erlebnisweisen aus, die die Wahrnehmung, das Erleben, Fühlen und Denken des Patienten betreffen.

Epidemiologie:

- Ersterkrankung überwiegend in der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter:
- < 14 Jahre: 2%
- 14–30 Jahre: 54%
- 30–40 Jahre: 26%
- > 40 Jahre: 18%
- 80% der Erkrankungen beginnen vor dem 40. Lebensjahr.
- Prävalenz: etwa 1%, d.h., die Schizophrenie ist eine häufige Erkrankung (jeder 100. hat irgendwann im Leben damit zu tun!).
- Inzidenz: 15–40 auf 100.000
- Frauen und Männer gleich häufig betroffen, allerdings erkranken Frauen 5–7 Jahre später (Östrogen als protektiver Faktor?)
- Erkrankungsrisiko für Verwandte:
- Großeltern: 1–2%
- Eltern: 5–10%
- Kinder: 10–16%
- Enkel: 2–8%

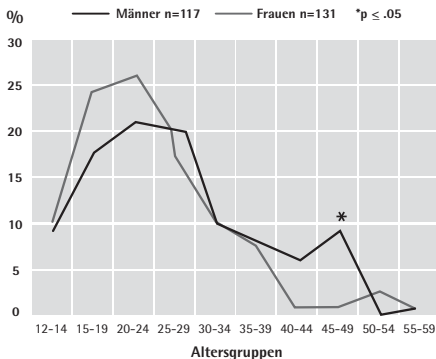
- Geschwister: 6–14%
- Zweieiige Zwillinge: 6–20%

IMPP

Die Wahrscheinlichkeit bei Geschwistern und zweieiigen Zwillingen ist also fast gleich.

- Eineiige Zwillinge: 50%
- Kinder zweier erkrankter Eltern: 40–70%
- Neurotiker: nicht erhöht (Woody Allen sei Dank!)

Verteilung der Krankheitsausbrüche über den Lebenszyklus bei Männern und Frauen



Modifiziert nach ABC-Schizophrenie-Studie aus: Häfner, Heinz: Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt. C.H. Beck, München 2000, S.207.

Merkregel: 1/3 der Patienten erkrankt nach einmaligem Auftreten der Krankheit nie wieder, 1/3 erkrankt erneut und das restliche Drittel erweist sich als therapierefraktär. Vermutlich ist der tatsächliche Verlauf aber eher ungünstiger.

Der schubförmige Verlauf führt oft zu Persönlichkeitsveränderungen (insbesondere Verlust an Energie, Motivation, Interessen und Konzentrations- und Denkvermögen), die sich bei jedem Schub verstärken (Residualsymptome).

Terminologie "Phase" versus "Schub"

Bei der Schizophrenie spricht man von "Schüben", um zu verdeutlichen, dass jeder Schub dauerhaft bleibende Restsymptome (Residualsymptome) zurücklassen kann (Bsp. aus der Neurologie: auch bei der multiplen Sklerose spricht man aus diesem Grund von "Schub"). Im Unterschied dazu werden die Krankheitsepisoden bei den affektiven Erkrankungen als (manische oder depressive) "Phasen" (oder "Episoden") bezeichnet, weil hier die Symptomatik meistens wieder vollständig abklingt.

Wie bei allen psychiatrischen Krankheitsbildern sollte auch hier eine organische Ursache ausgeschlossen werden, da z.B. auch organische Psychosen Symptome einer Schizophrenie hervorrufen können.

4.2 Ätiopathogenese

Die genaue Ursache der Schizophrenie ist unbekannt. Pathologisch-anatomisch finden sich bei Schizophrenen ein verkleinerter Thalamus (der sog. Filter der Wahrnehmung) sowie Atrophien frontal-temporal, Ventrikel-erweiterungen sowie eine Volumenminderung im limbischen System mit vermuteter Störung des Dopaminstoffwechsels (Ansatzpunkt der Neuroleptika).

Die Zwillingsforschung und Adoptionsstudien zeigen, dass eine genetische Veranlagung Voraussetzung für den Ausbruch einer Schizophrenie ist. Ist die genetische Belastung sehr hoch, kann sich die Erkrankung spontan manifestieren, ansonsten aufgrund äußerer Belastungsfaktoren (Familien- oder Berufskonflikte, Drogenkonsum etc.) (sog. Vulnerabilitäts-Stress-Modell). Biografische Faktoren (Erziehung, Bedingungen der persönlichen Entwicklung, Kommunikationsstil in der Familie) haben einen (günstigen oder ungünstigen) Einfluss auf den Verlauf.

4.3 Leitsymptome/Diagnosestellung

Die Leitsymptome der schizophrenen Erkrankungen wurden in Deutschland durch Kurt Schneider (1887–1967) in Symptome ersten und zweiten Ranges (pathognomonische, d.h. diagnoseweisende, sowie häufige, aber nicht diagnoseweisende Symptome) bzw. nach Eugen Bleuler (1857–1939) in Grundsymptome, welche die Krankheit charakterisieren, und akzessorische Symptome, welche hinzutreten können, unterteilt (s.u.). Heute wird die Diagnose nach der ICD-10 gestellt, die sich eng an das Konzept von Schneider anlehnt. Hiernach muss über einen Zeitraum von mindestens 1 Monat mindestens eines der folgenden Symptome bestanden haben (und eine organische Verursachung ausgeschlossen sein):

- Ich-Störungen (Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung)
- Verfolgungs-, Kontroll- oder Beeinflussungswahn (einschließlich des "Gefühls des Gemachten" bezogen auf den eigenen Körper oder eigene Gedanken) oder Wahnwahrnehmungen
- (Den Patienten) kommentierende oder dialogisierende Stimmen (akustische Halluzinationen)
- anderer bizarrer Wahn (z.B. Größenwahn)

oder, ebenfalls für mindestens 1 Monat, mindestens zwei der folgenden Symptome:

- Andere Halluzinationen
- Formale Denkstörungen mit Zerfahrenheit, Gedankenabreißen oder Neologismen
- Katatone Symptomatik
- Negativsymptomatik (s.u.) mit Verlust von Antrieb, Motivation, Intentionalität und affektiver Modulationsfähigkeit

Nach Kurt Schneider kann die Diagnose Schizophrenie bei Vorliegen eines Symptoms ersten Ranges und Ausschluss einer organischen Erkrankung gestellt werden – ebenso bei mehreren Symptomen zweiten Ranges.



	1. Ranges	2. Ranges
Ich-Störungen	Gedankenbeeinflussung, -entzug, -eingebug, -ausbreitung, Willensbeeinflussung	
Wahrnehmungsstörungen, akustische Halluzinationen	Akustische Halluzinationen, Gedankenlautwerden, Stimmen dialogischer, kommentierender Art	Andere akustische Halluzinationen (z.B. Geräusche), Akoasmen (S. 24)
Körperliche Halluzinationen	Leibliche Halluzinationen (Coenaesthesien), "von außen gemacht"	Leibliche Missempfindungen, "von innen", Patient fühlt sich "wie aus Stein"
Andere Halluzinationen		Olfaktorische, gustatorische, taktile (haptile) Halluzinationen
Affekt		Ratlos, verstimmt
Wahn	Wahnwahrnehmung (Rotes Auto = ein Zeichen!)	Wahneinfall ("Mein Mann will mich ermorden!")



Für das IMPP zumindest die Symptome ersten Ranges lernen!

Die wichtigsten schizophrenen Symptome seien noch einmal etwas genauer erläutert.

4.3.1 Formale Denkstörungen

(Denkablauf, wie der Patient denkt, siehe S. 20)

- Inkohärentes, zerfahrenes Denken
- Perseverationen (an einem Gegenstand "enechetisches" haftendes Denken)
- Gedankenabreißen, Gedankensperre
- Vorbeireden, Kontamination (Verschmelzung mehrerer Wörter zu einem neuen), Neologismen (Wortneuschöpfungen)

4.3.2 Inhaltliche Denkstörungen

(Begriffserläuterungen, siehe S. 22)

- Wahnstimmung
- Wahnwahrnehmung
- Wahn, z.B. Verfolgungswahn, aber auch jeder andere (bizarre) Wahn; zu Beginn eher einzelne Wahngedanken, im Verlauf der Erkrankung zunehmend systematisiertes Wahngebäude (= prognostisch ungünstig)

4.3.3 Ich-Störungen

(Begriffserläuterungen, siehe S. 25)

Insbesondere Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung, Gedankenentzug, Willensbeeinflussung, leibliche Beeinflussung, Depersonalisation, Derealisation.

4.3.4 Wahrnehmungsstörungen

(siehe auch S. 24)

Vorrangig akustische Halluzinationen, daneben Halluzinationen aller Sinnesgebiete. Bei den akustischen Halluzinationen handelt es sich häufig um kommentierende oder imperative (= Befehle gebende) Stimmen (Phoneme).

4.3.5 Störung der Affektivität

(siehe auch S. 26)

- Affektverflachung
- Inadäquater Affekt oder Parathymie: Der Affekt passt nicht zur Situation oder zu den Äußerungen des Patienten (jemand lacht auf einer Beerdigung).
- Ambivalenz (Nebeneinander gegensätzlicher Gefühle)
- Läppischer Affekt (z.B. bei der hebephrenen Schizophrenie [s.u.]): überzogene Albernheit, soziale Distanzlosigkeit, "Alles-egal"-Stimmung.
- Autismus: Mit Autismus bei Schizophrenie ist eine Ich-Versunkenheit des Patienten gemeint, der das Interesse an der Umwelt verliert und alle sozialen Kontakte vernachlässigt. Dieses Symptom der Schizophrenie darf nicht mit dem frühkindlichen Autismus, der eine eigenständige Erkrankung mit Beginn in der frühen Kindheit (s. Kap. Kinder- und Jugendpsychiatrie) ist, verwechselt werden!

4.3.6 Antrieb

Verlust von Antrieb und Intentionalität (Willensbildung), Ambivalenz

4.3.7 Psychomotorische Symptome (Katatonie)

(Begriffserläuterungen, siehe S. 28)

Bei der katatonen Form der Schizophrenie (s.u.) stehen diese Symptome im Vordergrund des klinischen Bildes. Die psychomotorischen Störungen äußern sich in:

- Haltungsstarre (Katalepsie) und Bewegungserstarren (Stupor)
- Wächserner Biegsamkeit (Flexibilitas cerea)
- Mutismus
- Negativismus, Echolalie, Echopraxie
- Hochgradiger (aggressiver) psychomotorischer Erregtheit: kann sich abrupt mit Stupor/Katalepsie abwechseln

4.3.8 Suizidalität und Aggression

5–10% der Erkrankten suizidieren sich, Fremd- und Eigengefährdung erklären sich durch die Symptome selbst.

Terminologie "Negativ- und Positivsymptomatik" ("Minus- und Plus-symptomatik")

Eine klinisch gebräuchliche, weil praktikable Einteilung unterteilt die schizophrenen Symptome in positive (= etwas tritt zum normalpsychologischen Erleben und Verhalten hinzu; auch "produktive Symptomatik" genannt) und negative (= Teile der Erlebens- oder Verhaltensfähigkeiten gehen verloren) Symptomatik.

Positivsymptomatik:

- Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen, Erregtheit, bizarre Verhaltensauffälligkeiten

Negativsymptomatik:

- Affektverflachung, Antriebsmangel, formale Denkstörungen, schizophrener Autismus

4.4 Typen der Schizophrenie

Einteilung nach dem GK nach Alter der Erstmanifestation: hebephrene Schizophrenie im jugendlichen Alter (Hebephrenie), Spätschizophrenien jenseits des 40. Lebensjahres und Altersschizophrenien nach dem 60. Lebensjahr.

Klassischerweise werden vier Typen der Schizophrenie unterschieden:

- **Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie:** klassische und häufigste Schizophrenieform, bei der Verfolgungswahn, Wahnwahrnehmungen wie akustische Halluzinationen und Ich-Störungen im Vordergrund der Symptomatik stehen. Sie beginnt meist zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr.
- **Hebephrene Schizophrenie:** Jugendform, beginnt besonders früh (um die Pubertät); die Affektstörungen (läppischer Affekt, Affektverflachung) und die Antriebsstörungen stehen im Vordergrund, produktive Symptome sind eher flüchtig. Beginn häufiger mit übertriebener Beschäftigung mit esoterischen Themen. Eher ungünstige Prognose.
- **Katatone Schizophrenie:** Bei ihr stehen psychomotorische Symptome (Katatonie, siehe S. 28) im Vordergrund. Heute eher selten. Der Beginn ist häufig im jugendlichen Alter, die Prognose eher günstig.
- Eine Sonderform ist die perniziöse (böartige) Katatonie, die sich bei lebensbedrohlich hohem Fieber durch das abwechselnde Auftreten von höchster Erregung und Stupor äußert. Hier muss sofort mit Neuroleptika oder Elektrokrampftherapie behandelt werden.
- Fatalerweise ähnelt das seltene maligne neuroleptische Syndrom bei hochdosierter Anwendung von Neuroleptika sehr stark der perniziösen Katatonie (Stupor, hohes Fieber, vegetative Dysregulationen, getrübbte Bewusstseinslage). Hier muss natürlich die Neuroleptikatherapie sofort abgesetzt werden. Differentialdiagnostisch sollte ebenso an eine Enzephalitis gedacht werden (Lumbalpunktion).
- **Schizophrenia simplex** verläuft ohne Positivsymptome (produktive Symptome) langsam progredient mit Negativsymptomen. Hierzu gehören Affektverflachung, Antriebsverlust und formalen Denkstörungen. Diagnosestellung oft schwierig, Prognose ungünstig.



Des Weiteren nennt der GK hier zusätzlich den coenaesthetischen (mit Körperhalluzinationen einhergehenden) Typ.

4.5 Verlauf und Prognose

Günstige Prognose	Ungünstige Prognose
Akuter Krankheitsbeginn, kurze Dauer	Schleichender, protrahierter Krankheitsbeginn, viele Schübe, produktiv-psychotische Residualsymptomatik (auch nach dem akuten Schub fortbestehende Positivsymptomatik)
Psychoreaktiver Auslöser	Kein auslösendes Moment nachweisbar
Hohes Erkrankungsalter	Früher jugendlicher Beginn, hebephrene Initialsymptomatik (Frühform: vor 10. Lebensjahr)
Bunte, bizarre, produktiv-psychotische Symptomatik, depressive und katatone Anfangssymptomatik	Kaum affektive Beteiligung des Patienten, Schizophrenia simplex (siehe S. 56)
Gute soziale Integration, gute Schulausbildung	Schlechte soziale Integration, Hirnveränderungen
Mehrere Fälle in der Familie sind günstig.	
	Pathologische Züge der Primärpersönlichkeit
	Psychiatrische Komorbidität, z.B. mit Suchterkrankungen (insbesondere Cannabis)



4.6 Therapie der Schizophrenie



4.6.1 Sozio-/Rehabilitationstherapie

Insbesondere bei Negativsymptomatik. Die Intensität der Therapie muss abgewogen werden: Unterstimulation kann Minussymptome (Antriebsstörung, Affektverflachung), Überstimulation kann Positivsymptome (Wahn, Halluzinationen, Erregung) begünstigen.

4.6.2 Psychotherapie

Die Psychotherapie hat während des akuten Schubs (z.B. während der stationären Behandlung) überwiegend stützenden, entängstigenden und realitätskorrigierenden Charakter. Große Bedeutung kommt ihr für den Langzeitverlauf zu. Hier soll sie u.a. Krankheits- und Behandlungseinsicht einschließlich Medikamentencompliance vermitteln sowie fördern, dass der Patient Frühzeichen eines neuen Schubs erkennt und rezidivprophylaktische Verhaltensstrategien erlernt (z.B. Stressvermeidung und -bewältigung).

4.6.3 Psychopharmaka

Neuroleptika bei produktiv-psychotischer Symptomatik und als Langzeitmedikation (in niedrigerer Dosierung) zur Schubprophylaxe. Atypische Neuroleptika wirken begrenzt auch gegen Negativsymptomatik. Bei Erregung Benzodiazepine.

4.7 Schizotype Störung

Eine chronische, das gesamte (Erwachsenen-)Leben bestehende Störung, die schizophrenieähnlich ist, aber nie eindeutig schizophrene Symptome zeigt. Sie wird z.T. als subklinische Form einer Schizophrenie, z.T. aber auch als eine Persönlichkeitsstörung interpretiert.

Symptome: kalter, unnahbarer Affekt; kaum Fähigkeit zu Freude; exzentrisches, seltsames Verhalten; sozial isoliertes Leben; paranoide oder bizarre Überzeugungen (inhaltliches Denken), die aber nicht eigentlich wahnhaft sind; vages, umständliches, exzentrisches formales Denken.